

İstanbul Tıp Fakültesi
Geleneksel
İç Hastalıkları Günleri
İnteraktif Güncelleştirme 2022



24 - 27 Mart 2022
NG Enjoy Hotel, Sapanca

İç Hastalıkları Eğitim ve
Yardımlaşma Derneği

15.
İç Hastalıkları
Hemşireliği
Günleri
26 Mart 2022



BİLDİRİ KİTABI

www.ichastaliklarigunleri.com

BİLİMSEL SEKRETERYA



Prof. Dr. Kıvanç Çefle

Doç. Dr. Timur Selçuk Akpınar

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Tel: 0212 414 20 00

E-posta: kcefle@gmail.com

E-posta: doktortimur@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: +90 216 573 18 36

E-mail: istanbul1@devent.com.tr

IV

ÖNSÖZ

V

KURULLAR

VI

BİLİMSEL PROGRAM

X

SÖZLÜ SUNUM LİSTESİ

22

SÖZLÜ BİLDİRİLER

58

POSTER BİLDİRİLER

101

YAZAR DİZİNİ

Değerli Meslektaşlarımız;

İç Hastalıkları Eğitim ve Yardımlaşma Derneği tarafından düzenlenmekte olan “Geleneksel İç Hastalıkları Günleri – İnteraktif Güncelleştirme” toplantıları, başta iç hastalıkları asistanları ve uzmanları olmak üzere dahiliye pratiği içinde olan tüm meslektaşlarımıza bilgilerini güncellemek için eşsiz bir fırsat sunmaktadır. 2021 yılında çevrim içi yapılan toplantımız büyük bir beğeni görmüş ve yüksek bir katılım sayısına ulaşmıştır. Bir sonraki toplantımız 24-27 Mart 2022 tarihleri arasında NG Enjoy Hotel, Sapanca’da bu kez yüz yüze olarak gerçekleştirilecektir. Bu anlamda, sizlerle bir kez daha aynı ortamda bulunacak olmanın heyecanını duyuyoruz.

Bilimsel programımız, iç hastalıkları pratiğinde en çok rastlanan sorunlara odaklanacak şekilde oluşturulmaktadır. Hocalarımız “interaktif” ve “uzmanına danış” formatındaki toplantılarda deneyim ve bilgi birikimlerini katılımcılarla paylaşmaktadır. Dört güne yayılan bir süre boyunca, hekimler oturum saatleri dışında da öğretim üyeleriyle bir araya gelebilmekte ve bilgi alışverişinde bulunabilmektedir. Tahmin edileceği üzere özellikle genç meslektaşlarımız bu toplantılardan büyük yarar sağlayacaktır. Bu yıl da, önceki yıllarda olduğu gibi katılımcılar sözlü sunum olanağı bulabilecektir.

Sizleri 24-27 Mart 2022 tarihlerinde NG Enjoy Hotel, Sapanca’da aramızda görmeyi umuyor, değerli katkılarınızla da hedefe ulaşmış bir toplantıya ev sahipliği yapmayı diliyoruz.

Prof. Dr. Kerim Güler

Prof. Dr. Şükrü Palanduz

EŞ BAŞKANLAR

Prof. Dr. Kerim Güler
Prof. Dr. Şükrü Palanduz
Prof. Dr. Meliha Nalçacı
Prof. Dr. Tufan Tükek

DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Ahmet Gül
Prof. Dr. Mehmet Akif Karan
Prof. Dr. Kubilay Karşıdağ
Prof. Dr. Sabahattin Kaymakoğlu
Prof. Dr. Aydın Türkmen
Prof. Dr. Mustafa N.Yenerel
Prof. Dr. Sezai Vatansever

SEKRETERLER

Prof. Dr. Kıvanç Çefle
Doç. Dr. Timur Selçuk Akpınar

24 Mart 2022, Perşembe	
13.45 - 14.00	Açılış
14.00 - 15.30	KURS Sıvı ve elektrolit, asit baz dengesi bozukluklarının değerlendirilmesi <i>Oturum Başkanı: Mehmet Şükrü Sever</i> - Volüm ve sodyum metabolizması bozuklukları - Savaş Öztürk - Potasyum metabolizması bozuklukları - Aydın Türkmen - Asit-baz metabolizması bozuklukları - Halil Yazıcı
15.30 - 16.00	KAHVE ARASI
16.00 - 17.30	Her yönüyle COVID aşılıları - Ahmet Gül, Serap Yavuz
17.30 - 18.00	KAHVE ARASI
18.00 - 18.45	UYDU SEMPOZYUMU Güncel Kanıtlar ile Yeni T2DM Hastası için Erkenden Harekete Geçmenin Önemi ve Kolay Yolu <i>Konuşmacılar: Tufan Tükek, Ahmet Kaya Bilge, Ayşe Kubat Üzüm</i>
18.45 - 19.45	İnteraktif Oturum 1 (Akılcı İlaç Kullanımı) TIME uygulaması ve olgularla kullanımı: Yaşlıda ilaç tedavisinde güçlü bir yardımcı <i>Mehmet Akif Karan, Gülistan Bahat Öztürk, Çağlar Özen Aydın</i>
19.45 - 21.00	YEMEK



25 Mart 2022, Cuma

07.15 - 08.15	Uzmanına Danış Oturumları <ul style="list-style-type: none">• Genel Dahiliye: Vakalar eşliğinde enteral beslenme ve enteral ürünlerin seçimi - <i>Mustafa Altınkaynak</i>• Romatoloji: Acil poliklinikte artritli hastaya yaklaşım - <i>Yasemin Yalçınkaya</i>• Hematoloji: Kanamaya eğilim Tanıya giden yol ve ilk müdahale - <i>Meliha Nalçacı</i>• Geriatri: Yaşlıda osteoporoz tedavisi - <i>Gülistan Bahat Öztürk, Meriç Esra Bozkurt</i>• Nefroloji: Kronik böbrek yetersizliği hastasında preoperatif konsültasyon - <i>Savaş Öztürk</i>• Endokrinoloji: HbA1c düzeyi %8 ve üzerine çıktığında yaklaşım nasıl olmalı? - <i>İlhan Satman</i>
08.30 - 09.30	İnteraktif Oturum -2 Amiloidoz: Alt tipleri, tanı ve tedavisi - <i>Ahmet Gül</i>
09.30 - 10.30	İnteraktif Oturum -3 Bir diyabetik bireyin yaşam öyküsü Oturum Başkanları: <i>Kubilay Karşıdağ, Ayşe Kubat Üzüm</i> Konuşmacılar: <i>Ümmü Mutlu, Ayşe Merve Ok, Göktuğ Sarıbeyliler, Özge Telci Çaklılı, Cemile İdiz, Elif Bağdemir</i>
10.30 - 11.00	KAHVE ARASI
11.00 - 12.00	UYDU SEMPOZYUMU Hangi hasta için Forziga? Konuşmacılar: <i>Timur Selçuk Akpınar, Halil Yazıcı</i>
12.00 - 13.00	ÖĞLE YEMEĞİ
13.00 - 14.00	İnteraktif Oturum - 4 Olgularla glomeruler hastalıklar: Tedavide yenilikler Oturum Başkanı: <i>Semra Bozfakioğlu</i> Konuşmacı: <i>Savaş Öztürk</i>
14.00 - 15.00	İnteraktif Oturum - 5 Olgularla hemolizli hastaya yaklaşım (Multidisipliner olgu tartışması) Konuşmacılar: <i>Mustafa Yenerel, Kerim Güler</i>
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI
15.30 - 16.30	UYDU SEMPOZYUMU Farklı Diyabetik Bireylere Tek Çözüm: Ryzodeg Moderatör: <i>Kubilay Karşıdağ</i> Konuşmacı: <i>Ayşe Kubat Üzüm</i>
16.30 - 18.00	İnteraktif Oturum -6 (Yuvarlak Masa) İç hastalıklarında rezistans; olmasını istemezsin Moderatör: <i>Sabahattin Kaymakoğlu</i> <ul style="list-style-type: none">• Antibiyotik rezistansı - <i>Serap Yavuz</i>• Helicobacter pylori rezistansı - <i>Sabahattin Kaymakoğlu</i>• İBH'de steroid rezistansı - <i>Filiz Akyüz</i>• Diüretik rezistansı - <i>Halil Yazıcı</i>
18.00 - 19.00	Uzmanına Danış Oturumları <ul style="list-style-type: none">• Gastroenterohepatoloji: Gastroözofageal reflülü hastaya yaklaşım – Refrakter reflüde ne yapalım? - <i>Aslı Çifçiabaşı Örmeci</i>• Romatoloji: Romatolojide laboratuvar testlerinin akılcı kullanımı - <i>Bahar Artım Esen</i>• Endokrinoloji: Tiroid nodülü olan hasta nasıl değerlendirilmeli? - <i>Ayşe Kubat Üzüm</i>• Allerji: Kimlerde ilaç allerjisi düşünelim? Ne yapalım? - <i>Aslı Akkor</i>• Acil Dahiliye: Hipertansif Aciller - <i>Vakur Akkaya, Murat Köse, Alpay Medetalibeyoğlu</i>• Diyabet: Obez hastanın metabolik cerrahi için hazırlanması süreci nasıl planlanmalı? - <i>Başkan: Özlem Soyluk Selçukbiricik</i>• Konuşmacı: <i>B.Fulya Çalikoğlu</i>
19.00	YEMEK

AstraZeneca novo nordisk 

26 Mart 2022, Cumartesi

07.15 - 08.15	Uzmanına Danış Oturumları <ul style="list-style-type: none">• Gastroenteroloji: Diabetes mellitus ve gastrointestinal sistem - <i>Kadir Demir</i>• Gastroenteroloji: Gastrointestinal traktusun nedeni bilinmeyen kanamaları - <i>Filiz Akyüz</i>• Nefroloji: Gebelik ve böbrek hastalıkları - <i>Serra Artan</i>• Romatoloji: İnflamatuvar kas hastalıkları-Güncel yaklaşım - <i>Murat İnanç</i>• Genetik: Genetik tanı testleri - <i>Şükrü Öztürk</i>• Endokrinoloji: Hirsut hastaya klinik yaklaşım Oturum Başkanı: <i>Nurdan Gül</i> Konuşmacı: <i>Hülya Hacışahinoğulları</i>
08.30 - 09.30	İnteraktif Oturum -7 GASTROENTEROLOJİDE OTOİMMÜNİTE (Panel) Moderatör: <i>Bilger Çavuş</i> Konuşmacılar Otoimmün pankreatit: <i>Fatih Beşışık</i> Otoimmün hepatit: <i>Sabahattin Kaymakoğlu</i> Otoimmün enterit: <i>Bilger Çavuş</i>
09.30 - 10.30	İnteraktif Oturum -8 Tiroid 2022: Tanı, tedavi, takip ilkeleri Oturum Başkanı: <i>Ferihan Aral</i> <ul style="list-style-type: none">• Gebelikte tiroid hastalıklarının takip ve tedavisi nasıl düzenlenmeli? - <i>Gülşah Yenidünya Yalın</i>• Tirotoksikoz: Ayırıcı tanı, tedavi ve sonrası nasıl planlanmalı? - <i>Nurdan Gül</i>• Subklinik Tiroid Hastalıkları: Klinik değeri, kimde nasıl tedavi edilmeli? - <i>Özlem Soyluk Selçukbiricik</i>
10.30 - 11.00	KAHVE ARASI
11.00 - 12.00	UYDU SEMPOZYUMU Moderatör: <i>Kerim Güler</i> Diyabet 1.0 Şeker & Diyabet 2.0 Kalp Konuşmacı: <i>Tufan Tükek</i> Diyabet 3.0 Diyabetik Yağlı Karaciğer Konuşmacı: <i>Sabahattin Kaymakoğlu</i>
12.00 - 13.00	ÖĞLE YEMEĞİ
13.00 - 14.00	İnteraktif Oturum -9 Erişkinde primer immün yetersizlikler - <i>Semra Demir</i>
14.00 - 15.00	UYDU SEMPOZYUMU Moderatör: <i>Tufan Tükek</i> Dahiliye pratiğinde NT-proBNP Konuşmacılar: <i>Tufan Tükek, Ahmet Kaya Bilge</i>
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI
15.30 - 16.30	İnteraktif Oturum -10 Olgularla lenf bezi büyümesine yaklaşım - <i>S. Kalayoğlu Beşışık, Artür Salmalıoğlu, Gülçin Yegen, Ayşe Mudun</i>
16.30 - 17.30	İnteraktif Oturum -11 Kalp yetersizliği ve hipertansiyon: tedavide neler değişti? - <i>Kerim Güler, Tufan Tükek</i>
17.30 - 17.45	ARA
17.45 - 18.45	İnteraktif Oturum -12 Onkolojide immünoterapi alan hasta: Genel dahiliyecinin bilmesi gerekenler (Onkoloji, Romatoloji, Gastroenteroloji) Oturum Başkanı: <i>Sezai Vatansever</i> Konuşmacılar: <i>Fatih Beşışık, Bahar Artım Esen, Murat Sarı</i>
20.00	YEMEK



BİLİMSEL PROGRAM

27 Mart 2022 Pazar	
09.00 - 10.30	İnteraktif Oturum -13 İç hastalıklarında multidisipliner sendromlar Oturum Başkanı: Sabahattin Kaymakoglu Kardiyorenal sendromlar - Alaattin Yıldız Hepatorenal sendrom - Aydın Turkmen Endokrin Hipertansiyon - Ayşe Kubat Üzüm
10.30 - 11.00	KAHVE ARASI
11.00 - 12.30	Genel Dahiliye Olgu Sunumu Oturum Başkanı: Bülent Saka Konuşmacılar: Timur Selçuk Akpınar, Mustafa Altınkaynak, Yağmur Göksoy
12.30 - 12.45	KAPANIŞ

SÖZLÜ SUNUM LİSTESİ

26 Mart Cumartesi • B Salonu - Sözlü Sunumlar

Oturum Başkanları: Kıvanç Çefle, Murat Köse, Alpay Medetalibeyoğlu					
09.30 - 10.30	SS-01	09:30	09:35	İnsülin direnci hipertansiyon ve magnezyum ilişkisi	Ebru Öztürk
	SS-02	09:35	09:40	ST-segment elevasyonlu miyokart enfarktüsü hastalarında miyokart hasarı parametreleri ve intra-miyokardiyal deformasyon fonksiyonları arasındaki ilişki	Ahmet Demirkiran
	SS-03	09:40	09:45	Ulusal standardize COVID-19 vaka sorgulama kılavuzunun tanısal değeri: gerçek yaşam verileri	Gökhan Tazegül
	SS-04	09:45	09:50	Yeni tanı hipertansif hastalarda D vitamini düzeyi ile evrelendirilmiş hipertansiyon arasındaki ilişki	Ayşe Basmakcı
	SS-05	09:50	09:55	Nivolumab ilişkili Otoimmün Hipofizit	Merve Korkmaz Yılmaz
	SS-06	09:55	10:00	Erken evre meme kanseri hastalarında adjuvan kemoterapi alan hastalarda tedaviye bağlı komplikasyonlarla ilişkili inflamatuvar belirteçlerin belirlenmesi	Utku Burak Bozbulut
	SS-07	10:00	10:05	Açlık kan şekeri Covid-19'da prognozu elirleme de etkili midir?	Ayşe Basmakcı
	SS-08	10:05	10:10	Soliter fibröz tümörlü bir hastada pazopanib sonrası şiddetli hipoglisemi: olgu sunumu	Havva Sezer
	SS-09	10:10	10:15	Hangi kardiyovasküler hastalık değerlendirme risk puanlama sistemi Türk popülasyonu için daha uygundur?	Ecem Bozkurt
	SS-10	10:15	10:20	Covid-19 pandemi döneminde subakut tiroidit olguları ve kalıcı hipotiroidi gelişimini etkileyen faktörler	Bünyamin Aydın
	SS-11	10:20	10:25	Küretajla Remisyona Giren Graves Olgusu?	Ali Nail Yağcı
	SS-12	10:25	10:30	Acil Dahiliye Polikliniğimize başvuran Üst GİS kanamalı hastaların değerlendirilmesi	Tuba Olcay Vardal
10.30 - 11.00	KAHVE ARASI				

26 Mart Cumartesi • B Salonu - Sözlü Sunumlar

Oturum Başkanları: Kıvanç Çefle, Murat Köse, Alpay Medetalibeyoğlu					
13:00 - 15:00	SS-13	13:00	13:05	Şiddetli ve Kritik Seyirli COVID-19 Nedeniyle Takip Edilen Demans Hastalarının Antisitokin Tedavi Cevapları: Retrospektif Kontrollü Çalışma	Murat Bektaş
	SS-14	13:05	13:10	Bevacizumabın kolon kanserli hastalarda sol ve sağ ventrikül sistolik ve diyastolik fonksiyonlarına etkisi	Muharrem Nasifov
	SS-15	13:10	13:15	Diyabetik Olmayan Hipertansif Hastalarda Serum Ürik Asit Düzeyi ile Metabolik Sendrom Arasındaki İlişki	Mehmet Çelik
	SS-16	13:15	13:20	Aşkar ve subklinik hipotiroidi vakalarının lipid profillerinin karşılaştırılması	Bahar Arıcan Tarım
	SS-17	13:20	13:25	Sistemik Lupus Eritematosus'lu Hastalarda Pulmoner Tutulum	Naci Şenkal
	SS-18	13:25	13:30	COVID-19 Hastalarında Endotelial Nitrik Oksit Sentetaz Genine Ait Fonksiyonel Varyantların (rs1799983 ve Intron 4a/b VNTR-27 BP) Araştırılması	Naci Şenkal
	SS-19	13:30	13:35	Karaciğerde Dev Kitle ile Başvuran Hastada İndolent Lenfoma Seyrinde Görülen Hipergamaglobulinemi ve Alveolar Hemoraji	Erdem Bektaş
	SS-20	13:35	13:40	Bilateral Femur Başı Avasküler Nekrozu ile Başvuran Hemokromatozis Olgusu	Ayşenur Yılmaz
	SS-21	13:40	13:45	DNA Onarım Gen Varyantları (XRCC4 VE XRCC1) ile Covid-19 Enfeksiyonu Arasında Bir Bağlantı Olabilir	Hilal Konyaoğlu
	SS-22	13:45	13:50	İnsidental Olarak Saptanan Bir Adrenal Gangliyonöroma Olgusu	Ramazan Çakmak
	SS-23	13:50	13:55	Aralıklı Ortaya Çıkışı İle Tanısal Zorluk Oluşturan Eritromelalji: Olgu Sunumu Ve İrdeleme	Beliz Mehveş Beşişik Terzioğlu
	SS-24	13:55	14:00	Bilateral renal hücreli karsinom ile eş zamanlı tanı koyulan hafif zincir myelomu vakası	Yağmur Göksoy
	SS-25	14:00	14:05	Psödohiperfosfatemi:Olgu sunumu	Ecem Atasoy Biricik
	SS-26	14:05	14:10	Metotreksat Toksikitesi: Olgu Sunumu	Simge Yıldız
	SS-27	14:10	14:15	Obezite Cerrahisi Adayları Kendilerini Bekleyen Süreçten Ne Kadar Haberdar?	Bedia Fulya Çalkoğlu
	SS-28	14:15	14:20	İnmenin Önlenmesinde Rutin Kardiyoloji Kontrolü ve Ritm Holter Monitörizasyonun Önemi	Yusuf Emre Uzun
	SS-29	14:20	14:25	COVID-19 Hastalarında serum glipikan-3 düzeyleri	Orkide Kutlu
	SS-30	14:25	14:30	İnaktif COVID-19 Aşısı Sonrası Yaşlı Bir Hastada Latent Otoimmün Diyabet Olgusu	Ümmü Mutlu
	SS-31	14:30	14:35	Kemoterapi Tedavisi Alan Hematoloji Hastalarının Öğrenim Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörler	İpek Aycil
	SS-32	14:35	14:40	İmmün trombositopeninin eşlik ettiği Erdheim Chester hastalığı olgusu	Bekir Doğan
SS-33	14:40	14:45	COVID-19-İlişkili Makrofaj Aktivasyon Sendromlu Hastalarda Anakinra Tedavisine Yanıtı Öngörebilecek Bulguların Araştırılması	Shirkhan Amikishiyev	
SS-34	14:45	14:50	Renal Hücreli Karsinom Tanılı Bir Hastada Everolimus'a Bağlı Geç Tıp Aşırı Duyarlılık Reaksiyonunun Başarılı Desensitizasyonu	İlkin Deniz Toprak	
SS-35	14:50	14:55	COVID-19 pandemi döneminde diyabet hastasının tedaviye uyum durumunun değerlendirilmesi	Ayşe Basmakçı	
SS-36	14:55	15:00	COVID-19 ilişkili Pulmoner Makrofaj Aktivasyon Sendromunda Öncül Kriter Çalışması	Shirkhan Amikishiyev	
15:00 - 16:30	KAHVE ARASI				

26 Mart Cumartesi • B Salonu - Sözlü Sunumlar

Oturum Başkanları: Kıvanç Çefle, Murat Köse, Alpay Medetalibeyoğlu					
16:30 - 17:20	SS-37	16:30	16:35	Hastanede yatan yaşlı kalça kırığı hastalarında preoperatif delirium sıklığı ve ilişkili faktörler	Banu Özulu Türkmen
	SS-38	16:35	16:40	Exenatide alerjisi saptanan iki hastada başarılı desensitizasyon	Osman Ozan Yeğit
	SS-39	16:40	16:45	Hesaplanmış globülinin (HG) antikor eksikliği için tarama testi olarak Türk yetişkin hastalarda validasyonu	Osman Ozan Yeğit
	SS-40	16:45	16:50	Adalimumab tedavisi sırasında COVID-19 ilişkili pulmoner MAS gelişen ve yüksek doz anakinra ihtiyacı olan olgu sunumu	Yusuf Emre Uzun
	SS-41	16:50	16:55	Obezite Polikliniğinde takip edilen Sublinik Hipotiroidili hastaların 1 yıllık andropometrik ve laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmesi	Müjgan Kaya Tuna
	SS-42	16:55	17:00	'Tek Merkez, Çok Deneyim' ERU-NET 655 vakalık nöroendokrin tümör serisinden tanımlayıcı veriler (Erciyes Üniversitesi Nöroendokrin Tümör G	İrem Erdoğan Veziroğlu
	SS-43	17:00	17:05	Özofagus ve gastrik varis kanamalarımızın retrospektif incelenmesi: Yeni sorun NASH!	Rahşan Olga Metin
	SS-44	17:05	17:10	Dapson kullanımına bağlı methemoglobinemi	Hakan Şıvgın
	SS-45	17:10	17:15	Crohn hastalığında nadir bir manifestasyon: iliak ven trombozu	Cansu Yazar
	SS-46	17:15	17:20	Covid-19 ile enfekte ileri yaş hastalarda Nutrisyonel Risk Tarama 2002 ile değerlendirilen nutrisyonel riskin hastane içi mortalite ile ilişkisi	Büşra Can

TIME APLİKASYONU VE OLGULARLA KULLANIMI: YAŞLIDA İLAÇ TEDAVİSİNDE GÜÇLÜ BİR YARDIMCI

Çağlar Özer Aydın, Mehmet Akif Karan, Gülistan Bahat Öztürk

İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı, İstanbul

Yaşlanma ile birlikte artan hastalıklar çok sayıda ilaç kullanımını da beraberinde getirmektedir. Devamlı ve düzenli olarak günde 4 veya 5 ilacın kullanımı “fazla ilaç kullanımı” olarak ifade edilebilecek “polifarmasi” olarak adlandırılmaktadır. “Fazla ilaç kullanımı” kimi bireylerde uygun ve yararlı olabilir. Ancak “fazla sayıda ilaç kullanan” bireylerde, kullanılmakta olan bazı ilaçların, uygunsuz, yani potansiyel olarak zararlı olabilme ihtimali de artmaktadır. İleri yaştaki bireylerde, çok sayıda ilaç kullanımının yanında, ayrıca ‘uygun olmayan’ ilaçların kullanımı da sıklıkla görülmektedir.

Yaşlanma ile birlikte vücutta olan değişiklikler yaşlı bireyleri ilaç yan etkilerine daha duyarlı hale getirmektedir. Genç erişkinlerde görülmeyen veya önemsiz olan birtakım yan etkiler ileri yaştaki bireylerde çok daha önemli hale gelmektedir. Dahası, yaşlı bireylerde ortaya çıkan ilaç yan etkilerine ait problemler, yeni ve ek bir hastalık gibi düşünülerek bir başka ilacın kullanımına başlanmasına neden olabilmekte ve bu da “reçeteleme kaskatı” olarak adlandırdığımız, artan sayıda ilaç ve artan sayıda olumsuz etki içeren bir süreci başlatabilmektedir.

Ayrıca yaşlı bireylerde “uygun olmayan, potansiyel zararı olan ve gereksiz” fazla ilaç kullanımının yanı sıra, kullanılması faydalı ve gerekli olduğu halde kullanılmayan ilaçlar da, ülkemizde ve dünya genelinde sıklıkla bildirilmektedir.

Tüm bu bilgiler ışığında yaşlı bireylerde uygun ilaç seçimi ve ilaç tedavisi düzenlenmesi çok önemli bir konudur ve sıklıkla yaşlının tıbbi bakımının en önemli alanını oluşturmaktadır. Bu bağlamda, çeşitli Avrupa ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri’ndeki bilim insanları tarafından, sağlık profesyonellerine yardımcı ve rehber

olması için “akılcı ilaç kullanım kriterleri” geliştirilmiştir. Farklı ülkelerde kullanıma sunulan ilaçlar ve hekimlerin reçeteleme pratikleri arasında anlamlı farklılıklar vardır. Bu nedenle ülkemizde sağlık profesyonellerine yol gösterecek akılcı ilaç kullanım rehberi ihtiyacı doğmuştur.

2020 yılında Türkiye Akademik Geriatri Derneği’nin Akılcı İlaç Çalışma grubundaki geriatri hekimlerinin önderliğinde, Türkiye’de alanında uzman ve yaşlı hasta tedavisi konusunda deneyimli öğretim üyelerinin geniş katılımı ile (12 ayrı ana branş ve 5 ayrı İç Hastalıkları alt branşından toplamda 49 danışman öğretim üyesi ve 23 çalışma grubu öğretim üyesi) Türkiye Yaşlıda Uygunsuz İlaç Kullanım Kriterleri (Turkish Inappropriate Medication Use in the Elderly)- (TIME Kriterleri) oluşturulmuştur. Bir rehber niteliğinde olup iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda yaşlı bireylerde kullanım sırasında potansiyel zararlı etkilerin olabildiği, bu nedenle dikkatle ve/veya düşük dozda kullanılması veya kullanılmaması gereken ilaçlara ve besin desteklerine dikkat çeken “TIME-to- STOP kriterleri” yer almaktadır. İkinci kısımda yaşlı bireylerde kullanılmasının önemli ölçüde faydalı olduğu ancak pratikte kullanımı gözden kaçabilen ilaçlara ve besin desteklerine dikkat çeken “TIME-to-START kriterleri” bulunmaktadır.

TIME kriterlerine ulaşılmasını ve hasta başında zorlanmadan pratik kullanımını sağlamak için TIME Kriterleri Aplikasyonu (mobil uygulaması) oluşturulmuştur. Bu bağlamda TIME kriterleri, yaşlı bireylerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi amacıyla hekimlerin başvurabilecekleri bir kaynak olarak sunulmuştur.

Oturum esnasında olgular eşliğinde uygunsuz ilaç kullanımını konusu tartışılacak, TIME kriterleri ve aplikasyonu kullanım pratiği anlatılacaktır.

KANAMAYA EĞİLİM TANIYA GİDEN YOL VE İLK MÜDAHALE

Meliha Nalçacı

Klinik olarak bir hastada kanama diyatezi olduğunu düşündüren bulgular spontan kanama olması, travma sonrası kanamaların uzun sürmesi, birden çok yerden kanama olmasıdır. Kanamanın durmasını sağlayan hemostaz mekanizmaları primer (vasküler yapı ve trombositler) ve sekonder (pıhtılaşma sistemi) olarak ayrılabilir. Primer hemostaz bozukluğunda kanama yeri deri ve mukozadır, yüzeysel ekimozlar küçük ve çok sayıdadır, travma sonrası erken kanama olur, kadında sıktır ve çoğu kez edinseldir. Sekonder hemostaz bozukluğunda doku içine kanama olur, yüzeysel ekimozlar büyük ve tektir, travma sonrası geç kanama olur, erkekte sık görülür, çoğu kez herediterdir.

Kanamalı hastada en iyi tanısal testin öykü olduğu unutulmamalıdır. Trombosit sayımı, periferik kan yayması, kanama zamanı, PT ve aPTT primer tarama testleridir.

Herediter hemostaz bozukluklarına çoğu kez çocukluk yaşında tanı konmuş olup tedavi eksik olan kan komponentini yerine koymak şeklinde olmaktadır

Akut başlangıçlı, ciddi kanama bulguları ile başvuran, daha önce kanama öyküsü olmayan erişkin hastada iç hastalıkları uzmanının hızlı tanı koyması ve tedaviyi planlaması gereklidir. Böyle bir hastada aPTT > 40 sn ise tanı edinsel hemofili olabilir. Sadece aPTT uzun olan ve kanaması bulunan hastalarda karışım testi

yapılarak etyoloji aydınlatılmalıdır. aPTT uzun ancak kanaması olmayan hastalarda lupus antikoagülanı varlığı söz konusu olabilir. Kanama öyküsü olmayan ve akut kanama nedeniyle gelen hastada aPTT ve kanama zamanı uzaması varsa edinsel von Willebrand sendromu akla gelmelidir.

Heparin kullanan bir hastada trombositopeni saptanması heparine bağlı trombositopeni varlığını düşündürmelidir. Trombositopeni saptanan ancak kanama tanımlamayan hastada yabancı trombositopeni sık rastlanan bir bulgudur.

Kanayan bir hastada primer tarama testlerinin normal bulunması von willebrand hastalığı, faktör XIII eksikliği, bazı disfibrinojenemi formlarını araştırmayı gerektirebilir.

PT, aPTT ve kanama zamanı uzun olan bir hastada fibrinojen eksikliği saptanabilir. PT ve aPTT uzamasının birlikte olduğu hastalarda oral antikoagülan kullanımı sorgulanmalıdır.

Edinsel kanama diyatezi ile gelen hastaya hızla tanı koymak ve acil tedavi planlamak gereklidir. Esas tedavi altta yatan hastalığı düzeltmek olmalıdır. Bazı durumlarda bunun yanı sıra eksik olan kan komponenti de yerine konmalıdır.

OBEZ HASTANIN METABOLİK CERRAHİ İÇİN HAZIRLANMASI SÜRECİ NASIL PLANLANMALI?

Fulya Çalıkoğlu

Obezite ve tip 2 diyabet, eşlik eden pek çok metabolik bozuklukla birlikte hastaların mortalite ve morbidite risklerini artıran ciddi kronik hastalıklardır. International Diabetes Federation (IDF)'in 2021 yılı verilerine göre tüm dünyada 537 milyon yetişkin diyabetlidir ve bu sayının 2045 yılında 783 milyona ulaşması beklenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2022 verilerine göre ise dünya çapında 1 milyardan fazla insan obezdir (650 milyonu yetişkin, 340 milyonu ergen ve 39 milyonu çocuk). Bu sayı gün geçtikçe artmakla birlikte 2025 yılına kadar yaklaşık 167 milyondan fazla insanın fazla kilolu veya obez olacağı ve bu nedenle sağlıklarının olumsuz etkileneceği (kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, kronik böbrek hastalığı, non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı, metabolik sendrom ve birçok kanser türü) tahmin edilmektedir. Tüm bireysel tedavi yöntemleri uygulanmış ancak başarı sağlanamamış morbid obez hastaların tedavisinde sonraki basamak bariyatrik cerrahidir. Cerrahiyle kilo kaybı sağlamanın yanında, eşlik eden kronik hastalıklarda da iyileşme gözlemlendiği farklı çalışmalarla ortaya konmuştur.

Bariyatrik cerrahi adayları değerlendirme için geldiklerinde, birçoğunun obezite ile ilişkili teşhis edilmiş ya da tanı konmuş ama yetersiz tedavi edilmiş pek çok tıbbi ya da psikolojik sağlık sorunlarına sahip olduğu görülmektedir (1). Bu nedenle ameliyat için adayları değerlendiren multidisipliner ekibin, özellikle obezitenin sağlık riskleri ve ilişkili hastalıkların teşhisi, değerlendirilmesi ve en uygun şekilde tedavisi konularında bilgi

sahibi ve bariyatrik cerrahi alanında deneyimli olması gereklidir (2). Bu ekipte endokrinoloji, genel cerrahi ve anestezi uzmanları, psikiyatrist ve diyetisyen bulunmalı, bilinen komorbid durumlarda probleme ilişkin spesifik uzmanlar da ekibe katılmalıdır (3).

Bariyatrik cerrahiye aday hastaların ameliyat olabilirliği açısından değerlendirilmesi, obez hastaların diğer major cerrahiler öncesinde yapılan değerlendirmelerine benzerdir (2). Ancak ek olarak, önerilecek bariyatrik prosedürü etkileyebilecek faktörlere yönelik, obezitenin nedenleri ve komplikasyonları konusunda özel bir dikkatle, daha fazla değerlendirme yapılmalı ve bariyatrik cerrahi için tıbbi gereklilik belgelenmelidir. Bariyatrik cerrahi öncesinde aday hastalarla ilgili yapılması gereken tüm değerlendirmeler aşağıda özetlenmiştir (2-5).

Kaynaklar:

1. Benotti PN. Patient Preparation for Bariatric Surgery. New York: Springer; Chapter 4: Initial Medical Evaluation; 2014:21-25.
2. Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery. *Obes Facts* 2013;6:449-468.
3. TEMD Bariyatrik Cerrahi Kılavuzu. Bölüm4: Bariyatrik Cerrahi Hastalarının Preoperatif Değerlendirmesi, Ankara, 2019:29-35.
4. Lee PC, Dixon J. Bariatric-metabolic surgery: A guide for the primary care physician, *The Royal Australian College of General Practitioners*; July 2017:vol.46, no.7,465-471
5. AACE/TOS/ASMBS Guidelines, Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient—2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 9 (2013) 159-191

EĞİTİM	<ul style="list-style-type: none"> Tekli veya gruplar halinde verilecek eğitimlerde ameliyata hazırlık süreci, yara bakımı, ağrı yönetimi, gerekli aktivite düzeyi, post-operatif sıvı tüketimi ve diyet aşamaları, cerrahinin faydaları, riskleri ve komplikasyonları ayrıntılarıyla anlatılmalı; cerrahi prosedür seçenekleri, cerrahin ve ekibin bu konudaki önerileri ve operasyondan sonra uzun süreli takip ve vitamin takviyesi gerekliliği, hasta ve hasta yakınlarıyla kapsamlı bir şekilde tartışılmalıdır. 	
BOF*	<ul style="list-style-type: none"> Hasta, cerrahi riskler ve komplikasyonlarla ilgili açıklamaları anladığını ve operasyondan sonraki yaşam tarzı değişikliklerine ve yaşam boyu takibe uyum göstereceğini beyan ettiği BOF'u onaylayarak imzalamalıdır. <p>* BOF: Bilgilendirilmiş Olur Formu</p>	
ANAMNEZ	<ul style="list-style-type: none"> Mevcut yaşam tarzı değerlendirilmeli (diyet davranışı ve fiziksel aktivite düzeyleri; iş ve ev ortamı), obezite sebepleri, kilo öyküsü (obezitenin başlangıç yaşı, kilo alımı/kilo kaybı, maksimum/minimum ağırlık), önceki kilo verme girişimleri (diyetler, ilaçlar, operasyon) ve yeniden kilo alımını tetikleyebilecek faktörler sorgulanmalı, cerrahi risk oluşturabilecek komorbiditeler aydınlatılarak, yaşa uygun kanser taraması yapılmalı ve sigara/alkol/madde kullanımı öyküsü alınmalıdır. Özellikle sigara/tütün mamülleri kullanan hastalar, cerrahiden en az 6 hafta önce kullanımı bırakmalıdır. Kötü yara iyileşmesi, anastomoz ülseri ve genel sağlık riski göz önüne alındığında cerrahiden sonra da tütün ve ürünlerinin kullanımından kaçınılmalıdır. 	
FM**	<ul style="list-style-type: none"> Vücut ağırlığı, boy, Beden Kitle İndeksi, Bio-impedans cihazlarıyla vücut kompozisyon (yağ, yağsız kütle ve kas kütlesi) analizi, bel çevresi, boyun çevresi, kan basıncı, sistemik muayene <p>** FM: Fizik Muayene</p>	
LAB***	<ul style="list-style-type: none"> Açlık Kan Şekeri, HbA1c, Kreatinin, Elektrolitler, AST, ALT, Lipid Profili,Hemogram, Demir/Ferritin, Vitamin B12, Folat, Kalsiyum, Albumin, D vitamini, Vitamin A, E ve Tiamin (opsiyonel) <p>*** LAB: Laboratuvar</p>	
ENDOKRİNOLOJİ	<p>DİYABET:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pre-operatif glisemik kontrol, öncelikle tıbbi beslenme tedavisi ve fiziksel aktivite ile; gerektiğinde OAD ve insülin kullanılarak sağlanmalıdır Pre-operatif glisemik hedefler; HbA1c \leq % 6.5-7.0, açlık kan şekeri \leq 110 mg/dl ve 2. saat tokluk kan şekeri \leq 140 mg/dl olmalıdır. HbA1c % 7.0-8.0 gibi daha yüksek hedefler, ilerlemiş mikrovasküler veya makrovasküler komplikasyonları, yaygın ko-morbid koşulları veya ideal hedefe ulaşmanın zor olduğu uzun süreli diyabeti olan hastalarda göz önünde bulundurulmalıdır. HbA1c $>$ %8.0 ya da kontrolsüz diyabeti olan hastalarda bariyatrik cerrahi gerekliliğine, klinik değerlendirmeye karar verilmelidir. <p>TİROİD:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiroid hastalığından şüpheleniliyorsa test yapılarak değerlendirilmelidir. Cerrahi öncesinde hipotiroidi tespit edildiğinde, L-tiroksin ile tedavi edilmelidir. <p>LİPİDLER:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tüm obez hastaların açlık lipid paneline bakılmalıdır Dislipidemi bulunan hastalara uygun tedavi, cerrahiden önce başlanmalıdır <p>PCOS**** VE FERTİLİTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cerrahi için aday hastalar ameliyat öncesi ve sonrası 12-18 ay süreyle gebelikten korunmalıdır PCOS hastaları, cerrahi sonrasında fertilitenin artacağı konusunda bilgilendirilmelidir Ameliyat sonrası tromboemboli riskini azaltmak için östrojen içeren ilaçlar premenopozal dönemdeki kadınlarda cerrahiden 1 siklus önce, post-menopozal kadınlarda 3 hafta önce kesilmelidir Malabsorptif türdeki operasyonlardan sonra oral kontraseptiflerin etkinliğinin azalacağı bilinmelidir <p>**** PCOS: Polikistik Over Sendromu</p>	<p>Glukoz (Aç/tok) HbA1c İnsülin C-Peptid</p> <p>TSH sT4</p> <p>HDL LDL VLDL T.Kolesterol Trigliserid</p> <p>LH, FSH, Testosteron, DHEAS, Prolaktin, Pelvik USG(gerektiğinde)</p> <p>1 mg dexametazon supresyon testi</p>
KARDİYO-VASKÜLER	<ul style="list-style-type: none"> EKG dışındaki invaziv olmayan kardiyak testlerin uygulanma gerekliliği, bireysel risk faktörleri, öykü ve fizik muayene bulguları doğrultusunda belirlenir Bilinen kalp hastalığı bulunan hastalar için kardiyoloji konsültasyonu istenmelidir Kalp hastalığı riski taşıyan hastalar, perioperatif β-adrenerjik blokaj için değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Derin ven trombozu (DVT) veya kor pulmonale öyküsü olan hastalar tanısız olarak değerlendirilmelidir 	<p>EKG</p> <p>Venöz Doppler inceleme</p>
PULMONER	<ul style="list-style-type: none"> Cerrahiye aday hastalar akciğer grafisi ve obstrüktif uyku apnesi açısından taramalıdır. Tarama testleri pozitifse doğrulamak amaçlı polisomnografi yapılmalıdır. İntrensek akciğer hastalığı veya bozuk uyku düzenine sahip hastalara, arteriyel kan gazı ölçümü de dahil olmak üzere ileri pulmoner değerlendirme yapılmalıdır. 	<p>Akciğer grafisi Spirometri Polisomnografi (gerektiğinde) Arter kan gazı (gerektiğinde)</p>

GİS	<ul style="list-style-type: none"> Klinik olarak anlamlı gastro-intestinal şikayetler varlığında cerrahi öncesi görüntüleme (USG, endoskopi) yapılmalıdır Abdominal USG, semptomatik safra kesesi hastalığını ve yüksek karaciğer fonksiyon testlerini değerlendirmek için yapılmalıdır H.pylori varlığı, yaygınlığın yüksek olduğu bölgelerde taranabilir 	Batın USG Endoskopi
PSIKİYATRİ	<ul style="list-style-type: none"> Cerrahi öncesi tüm hastalar için çevresel, ailevi ve davranışsal faktörleri değerlendiren psikososyal-davranışsal bir değerlendirme yapılmalıdır. Bilinen psikiyatrik hastalığı olan veya madde, vb. bağımlılığı bulunan hastalar, cerrahi prosedür uygulanmadan önce zihinsel sağlık değerlendirmesine tabi tutulmalıdır. Özellikle gastrik bypass operasyonundan sonra alkol metabolizmasının bozulması ve post-operatif alkol kullanım bozukluğu riski nedeniyle, yüksek riskli gruplar alkol kullanımını bırakmalıdır 	
NUTRİSYONEL	<ul style="list-style-type: none"> Tüm hastalar, bariyatrik cerrahi öncesi ve sonrasında yaşamlarına beslenme ve davranış değişikliklerini dahil etme motivasyonları ve yetenekleri açısından değerlendirilmelidir Tüm hastalara bariyatrik cerrahiden önce, mikro besin ölçümleri de dahil olmak üzere uygun bir beslenme değerlendirmesi yapılmalıdır. Bu değerlendirme, kısıtlayıcı cerrahi prosedürlerle karşılaştırıldığında, emilim bozucu prosedürlerden önce daha kapsamlı olmalıdır. Preoperatif kilo kaybı, hepatomegali veya yağlı karaciğer hastalığı olan hastalarda karaciğer hacmini azaltarak ameliyatın teknik yönlerini iyileştirmeye yardımcı olabilir. Bu nedenle hastalar cerrahi öncesinde kilo kaybı için teşvik edilmelidir. Cerrahiye aday hastalara nutrisyonel değerlendirmeyle birlikte, gıdaların besin içerikleri, uygun porsiyonların belirlenmesi, yiyecek ve içecek alternatiflerinin bulunması, ameliyat öncesi kilo verme ve postoperatif yeme davranışları ile ilgili eğitim de verilmelidir. 	

HİRSUT HASTAYA KLİNİK YAKLAŞIM

Hülya Hacışahinoğulları

Kadınlarda erkeklerde görülen paternde androjene duyarlı bölgelerde vellüs kıllarının terminal kıllara dönüşümü hirsutizm olarak adlandırılır. Androjen bağımlı olmayan jeneralize kılların artmasıyla karakterize hipertrikozdan ayırımı yapılmalıdır. Hirsutizm tanısında modifiye Ferriman-Gallwey puanlama sistemi kullanılır. ABD ve Birleşik Krallık bölge kadınlarında skor ≥ 8 ise Akdeniz, Hispanik ve Orta Doğu bölge kadınlarında skor $\geq 9-10$ ise hirsutizm olarak tanımlanır. Hirsutizmin belirleyicisi plazma androjeni ile kıl folikülünün androjene duyarlılığı arasındaki etkileşimdir. Hirsutizm derecesi androjen seviyesi ile iyi korelasyon göstermez. Hastalarda %80'den fazlasında sebep hiperandrojenemidir ve hiperandrojeneminin diğer klinik bulguları akne, alopesi, ovulatuvar menstruel disfonksiyon ve virilizasyondur. Menstruel bozukluk, infertilite, galaktore, obezite, akantozis nigrikans, klitromegali, ani başlayan veya hızlı progrese olan ya da tedavi altında progrese olan hirsutizm hiperandrojenimi ile prezente olan endokrinopatileri düşündürür. Bu açıdan hiperandrojenemik hastalar Cushing sendromu, hiperprolaktinemi, polikistik over sendromu (PKOS), nonklasik konjenital adrenal hiperplazi (LOKAH), hızlı progrese hirsutizm ya da virilizasyon varlığında (klitromegali, sesin kalınlaşması veya kas kitlesinin artması) androjen üreten tümörler açısından değerlendirilmelidir. Androjen ve anabolik steroid, valproik asit kullanımı sorgulanmalıdır. Hiperandrojenemik hastaların %70-80'inde PKOS mevcuttur. Menstruel disfonksiyon, hirsutizm ve yüksek testosteron seviyesi varlığında PKOS dışındaki durumların dışlanması gerekir. Bu nedenle testosteron, aile öyküsü ve riskli etnik grupta ise 17 OH progesteron, LH/FSH, PRL, DHEA-S, TSH seviyesi ölçülmesi, pelvik USG çekilmesi, klinik bulgularına göre Cushing sendromu açısından tarama testlerinin planlanması önerilir. Androjen artışının kaynağını bulmaya yönelik daha ileri değerlendirme testlerinde hastanın klinik ve laboratuvar verilerinin yönlendirmesine göre androstenedion ölçümü, cosyntropin uyarı

testi, DHEA, 17 OH pregnenolon, 11 deoksikortizol ve nadir KAH alt tipleri için genetik değerlendirme, adrenal androjenleri suprese etmek için deksametazon supresyon testi, adrenal BT, uygun hastaya transvajinal over USG, oral kontraseptif ilaç ile ya da GnRH ile androjen supresyon testleri yapılır.

Tedavide hiperandrojeneminin primer bir nedeni varsa ona yönelik tedavi planı yapılır. Hirsutizme yönelik tedavide ise non farmakolojik ve farmakolojik yöntemler yer alır. Non farmakolojik yöntemler depilasyon (traş, kopartma ve sülfür içerikli kimyasal maddelerle kılların uzaklaştırılması) ve epilasyondur (ağda, fotoepilasyon, elektrolizle epilasyon). Topikal olarak ornitin karboksilat inhibitörü enflornitin de seçenekler içinde yer alır. Bir uzaklaştırma yöntemi olmasa da bazı hastalar kılların rengini açmaya yönelik hidrojen peroksit tercih edebilirler. Farmakolojik tedaviler içinde oral kontraseptifler, antiandrojen ilaçlar ve 5 alfa redüktaz inhibitörleri yer alır. Oral kontraseptif tedavi hirsutizm olan hastalarda ilk tercihtir. Çoğunlukla etkisinin görülmesi için 6 ay beklenmelidir. Venöz tromboemboli ve metabolik etkileri nedeniyle tedavi seçiminde risk durumu değerlendirilmelidir. Venöz tromboemboli riski olan hastalarda (yaş >39 veya obezite varlığı) etinilöstradiol seviyesi düşük, düşük riskli progesterin içeren preparatlar tercih edilmesi önerilir. OKS tedavisine yeterli yanıt alınamıyorsa uygun hastada tedaviye antiandrojen eklenir. Seçenekler arasında siproteron asetat, spironolakton, flutamid yer alır, 5 alfa redüktaz inhibitörü finasterid ise bir diğer tedavi seçeneğidir. Flutamid hepatotoksisite nedeniyle tercih edilmemektedir. Daha önce OKS kullanmış ve yeterli yanıt öyküsü yoksa ve ciddi hirsutizmi mevcut ise OKS ile birlikte eş zamanlı antiandrojen tedavi başlanabilir. Spironolaktonun hirsutizm tedavisinde kullanım dozu 50-200 mg/gündür. Doz bağımlı olarak menstruel siklusu bozabilir. Antiandrojenler teratojenlerdir ve hastalar mutlaka gerekli doğum kontrol yöntemi konusunda bilgilendirilmeli ve uyarılmalıdır.

GEBELİKTE TİROİD HASTALIKLARININ TAKİP VE TEDAVİSİ NASIL DÜZENLENMELİ?

Gülşah Yenidünya Yalın

Üreme çağındaki kadınlarda prekonsepsiyonel dönemden, gebelik ve postpartum döneme kadar pek çok aşamada önemli olumsuz etkilere sebep olabilen tiroid fonksiyon bozukluklarının tanı ve tedavisinin zamanında ve doğru bir şekilde düzenlenmesi, hem gebeliğin seyri hem de anne ve fetüs sağlığı üzerine olumlu etkileri olması açısından oldukça önemlidir. Gebelikte eşlik eden tiroid disfonksiyonları abortus, preterm doğum, kanama, preeklampsi, perinatal morbidite ve mortalite artışı, düşük doğum ağırlığı ve fetusta nörokognitif gelişim geriliğine neden olabilmektedir. Reprodüktif dönemdeki kadınlarda tiroid otoantikör pozitifliği %5-15, subklinik hipotiroidi %10, aşikâr hipotiroidi %2-4, hipertiroidizm % 0,5-1 oranlarında bildirilmekte olduğundan gebelikte tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi önem taşımaktadır (1). Bunun yanı sıra gebelikte tiroid hormonlarının metabolizmasını etkileyen bir dizi fizyolojik olay da gerçekleşmekte olup bunlar böbreklerden iyot klirensinin artması, tiroid bağlayıcı globulin artışı ile birlikte plazma total T3 ve total T4 düzeylerinin artması, tiroid bezinin iyot tutulumunun artması ve plasental deiyodinaz tip 3 aktivitesinin artması ile T4 ve T3 yıkımının artması olarak sıralanabilir. Gebelik sırasında artan “human koriyonik gonadotropin (β -hCG) hormon”, TSH ile arasındaki belirgin moleküler benzerlik nedeni ile tiroid bezi üzerine stimulan bir etki gösterek gebeliğin erken döneminde tiroid bezinin iyot tutulumunun artmasına ve TSH değerinde baskılanmaya yol açabilir. Diğer taraftan artmış renal iyot atılımı ve iyodun transplasental yolla fetusa taşınması nedeni ile de gebelikte artmış iyot ihtiyacı söz konusudur. Önlenemez mental retardasyonun dünyadaki en sık nedeni iyot eksikliği olup WHO (World Health Organization) ve IGN (Iodine Global Network) gebelikte ve laktasyonda en az 250 μ g/gün iyot alımını önermektedir (2). TEMD (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği), ülkemizde tüm gebelere ve gebelik planlayanlara 100-150 μ g/gün ilave iyot desteği verilmesini, desteğe gebelik planlandığında başlanıp, gebelik dönemi ve laktasyon tamamlanıncaya kadar devam edilmesini önermektedir (3). Gebelikte subklinik hipotiroidi %2-3, aşikâr hipotiroidi ise %0,3-0,5 oranında bildirilmektedir. İyod düzeylerinin yeterli olduğu bölgelerde gebelikte hipotiroidizmin en sık nedeni otoimmün tiroid hastalığıdır. Ülkemizin

iyot eksikliği bölgesi olması, tiroid disfonksiyonun önemli fetal ve maternal olumsuzluklara neden olabilmesi ve TSH ölçüm maliyetinin kabul edilebilir olması nedeni ile TEMD, tüm gebelere ve gebelik planlayan kadınlara başlangıçta TSH ölçümü yapılmasını önermektedir (4). Gebelikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler de göz önünde bulundurulduğunda trimester spesifik referans aralıklarının kullanılması önerilmektedir. Böyle bir imkan olmadığında normal referans aralığının üst sınırının kabaca 0,5 mIU/L, alt sınırının 0,4 mIU/L azaltılması önerilir (0,1-4,0 mIU/L) (5). Bunun yanı sıra TEMD, gebelikte optimal TSH düzeyleri için ilk trimesterde 0,1-2,5 mIU/L; ikinci trimesterde 0,2-3,0 mIU/L; üçüncü trimesterde ise 0,3-3,0 mIU/L değerlerinin kullanılabilirliğini önermektedir. TSH yüksekliği saptanması durumunda subklinik veya aşikâr hipotiroidizm açısından sT4 düzeyi de değerlendirilmeli ve anti TPO pozitifliği mutlaka araştırılmalıdır. Anti TPO pozitifliği olan gebelerde gebeliğin ilerleyen haftalarında TSH düzeyleri belirgin değişkenlik gösterebileceğinden dört haftada bir TSH kontrolü yapılmalıdır. Serum TSH düzeyinin 10 mIU/L üzerinde olması ya da gebelikte artmış TSH düzeylerine (>2,5 mIU/L) eşlik eden azalmış sT4 düzeyleri aşikâr hipotiroidi varlığını ifade eder. Subklinik hipotiroidizm ise serum TSH düzeyi 2,5-10 mIU/L aralığında olup, sT4 düzeyi normal olan gebeler için kullanılan tanıdır. Levotiroksin tedavisinin anti-TPO pozitif subklinik hipotiroidide obstetrik riskleri azalttığı gösterilmiş olduğundan bu grup hastalarda (TSH >2,5 mIU/L) levotiroksin tedavisi verilmesi düşünülmelidir (4,5). Ancak, antikör negatif subklinik hipotiroidide obstetrik riskin arttığına dair yeterli çalışma olmadığından bu hastalarda levotiroksin replasmanı daha tartışmalı olup TSH normal referans aralığının üzerinde olduğunda (>4,0 mIU/L) düşünülebileceği ve aşikâr hipotiroidi (TSH > 10 mIU/L ya da TSH yüksekliği ile birlikte sT4 düşüklüğü) olan hastalarda ise mutlaka replasman yapılması gerektiği yönündedir. Hipotiroidi nedeniyle zaten rutin olarak tiroid hormon replasmanı almakta olan gebelerde ise gebelik sırasında artan ihtiyaç gözlemlenerek almakta olduğu levotiroksin dozu %25-30 oranında artırılmalıdır. Fonksiyonel tiroid dokusu olmayan, ablasyon (cerrahi veya RAI tedavisi sonrası) yapılmış olan kadınlarda, doz artış ihtiyacı ve miktarının otoimmün tiroidite bağlı hipotiroidisi olan

kadınlara göre daha yüksek olabileceği unutulmamalıdır. Tedavi altında TSH değerinin $<2,5$ mU/L tutulması önerilmektedir (4,5).

Gebelikte özellikle ilk trimesterdeki fizyolojik değişiklikler, hem klinik hem de biyokimyasal olarak tirotoksikozu taklit edebileceğinden hipertiroidi tanısının konulması zor olabilir. Gebelikte tiroid hormonlarının artışındaki en sık iki neden, gestasyonel hipertiroidi (β -hCG kaynaklı geçici hipertiroidizm) ve Graves hastalığıdır. Gestasyonel hipertiroidi, gebeliğin ilk trimesterinde β -hCG artışına bağlı olarak görülen, genellikle gebeliğin ilk yarısı ile sınırlı, sıklıkla asemptomatik olan ve ATİ tedavisi endikasyonu olmayan, hidrasyon ve bulantı, kusmanın kontrol altına alınması şeklindeki destek tedavi ile takip edilen bir klinik tablodur. Graves hastalığına ise hipertiroidi semptomlarına tipik klinik bulguların (guatr, oftalmopati) ve TRAb pozitifliğinin eşlik etmesiyle tanı konulabilir. Gebelikte hipertiroidinin ayırıcı tanısında tiroid sintigrafisi yapılması fetal hipotirodiye neden olabileceğinden kesinlikle kontrendikedir. Hipertiroidinin kendisi kadar hastalığın tedavisi de gebelik sürecini ve sonlanımını olumsuz etkileyebilir. Anti tiroid ilaçlar (ATİ), plasentadan geçip, fetal tiroid bezini etkileyebilir. Metimazol ile ilgili teratojenite şiddeti daha ağır olduğu için (aplazia kutis, koanal ve özefagus atrezi, omfalosel) özellikle ilk trimesterde Propiltiourasil (100-200 mg/gün) kullanılması önerilmektedir. ATİ tedavisi alan hastalarda tiroid hormonları ile birlikte AST, ALT ve hemogram takibi yapılmalı ve tedavi dozları sT4 normalin hafif üstünde olacak şekilde (fetüsü hipotiroididen korumak amacıyla) ayarlanmalıdır. Gerekli olan vakalarda β -bloker tedavi, semptomların kontrolü için gebelik sırasında kısa süreli ve düşük dozlu olarak kullanılabilir. Ancak fetal büyüme geriliğine, neonatal hipoglisemi, apne ve bradikardiye neden olabileceğinden kullanımı yalnızca birkaç hafta ile sınırlandırılmalıdır. Graves hastalığı tanısı konulan gebelerde, tanı anında TRAb ölçümü yapılmalı ve pozitifse 22-26. haftalarda tekrar

ölçülmelidir. TRAb pozitif olan gebelerde, antikorlar plasentadan fetusa geçerek intrauterin ve neonatal dönemde geçici bir hipertiroidizme neden olabileceğinden dikkatli olunması gerekir.

Gebelik sırasında tiroid bezinin ve nodüllerinin boyutunda da artış görülebilir. Biyopsi endikasyonları gebe olmayanlardaki gibi olup İİAB sonucunda tiroid malignitesi tespit edilmesi durumunda, patolojik LAP ya da tiroid dışına uzanım bulgusu yoksa ve gebeliğin erken döneminde tespit edilmişse lezyon USG ile takip edilebilir. Diğer taraftan tanı anında ileri evredeyse, şüpheli lenf nodu görünümü ya da tiroid dışına uzanım bulgusu varsa, patolojik olarak meduller ya da anaplastik karsinom tespit edilmişse ya da USG takipleri sırasında 24-26. haftadan önce nodüle büyüme (%50'den fazla volüm artışı ya da iki çapta %20'den fazla artış) saptanırsa ikinci trimesterde cerrahi planlanabilir. Takipler sırasında lezyon gebelik ortasına kadar stabil kalırsa ya da gebeliğin ikinci yarısında tanı konmuşsa cerrahi doğum sonrasına bırakılabilir. Takip kararı alınan hastalarda TSH düzeyi 2 mIU/L üzerinde ise levotiroksin replasmanı ile TSH düzeylerinin 0,3-2 mU/L arasında tutulması önerilir.

Kaynaklar

1. National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). J Clin Endocrinol Metab. 2002 Feb; 87(2): 489-99
2. World Health Organization/International Council for the Control of the Iodine Deficiency Disorders/United Nations Children's Fund (WHO/ICCIDD/UNICEF) 2007 Assessment of the iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. World Health Organization, Geneva.
3. İyot Eksikliği Hastalıkları ve Türkiye'deki Durum, TEMD Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2020
4. Gebelik ve Tiroid Hastalıkları, TEMD Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2020
5. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum, Thyroid. Mar 2017.315-389.

TİROTOKSİKOZ: AYIRICI TANI, TEDAVİ VE SONRASI NASIL PLANLANMALI?

Nurdan Gül

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

Tirotoksikoz kanda dolaşan tiroid hormonu miktarının fazla olması, hipertiroidi ise tiroid bezinden fazla miktarda tiroid hormonu sentezlenmesi ve salgılanmasıdır. Her iki durumda da klinik bulgular benzerlik gösterse de etiyoloji ve tedavinin farklı olması nedeniyle tanının doğru konması önemlidir.

Tirotoksikoz ile İlişkili Belirti ve Bulgular

Halsizlik, sinirlilik, çarpıntı, sıcağa tahammülsüzlük ve iştah artışına rağmen kilo kaybı tirotoksikozda hastalarının çoğunda görülmektedir. İleri yaş grubundaki hastalarda ise iştahta azalma görülebilmekte ve hipertiroidinin kardiyovasküler sisteme yönelik olumsuz etkileri klinik tabloya hakim olmaktadır. İleri yaş grubundaki hastalarda atriyal fibrilasyon gibi ritm bozuklukları ve kalp yetersizliği hastaneye başvuru nedenlerindedir.

Ayırıcı Tanı

Tirotoksikoza orbitopati, dermopati (pretibiyal mik-södem) ve akropaki eşlik ettiğinde ön planda Graves hastalığı düşünülmelidir. En önemli hipertiroidi sebeplerinden Graves hastalığında fizik muayenede diffüz bir guatr palpe edilmektedir. Tiroid bezinin kanlanmasındaki artışa bağlı olarak palpasyonla *thrill* alınır ve dinlemekle üfürüm duyulur. Tiroid nodüllerinin sık görüldüğü toplumlarda eşlik eden nodüllerin de olabileceği akılda tutulmalıdır.

Baskılanmış tiroid stimulan hormon (TSH) ile birlikte normal serbest T4 (sT4) ve serbest T3 (sT3) düzeylerinin bulunması subklinik tirotoksikoza, yüksek sT4 ve sT3 düzeylerinin bulunması ise aşikar tirotoksikoza düşündürür. Tiroiditlerde sT4 düzeyinin, hipertiroidide ise sT3 düzeyinin ağırlıklı olarak yüksek bulunması eti-yolojik tanı açısından yol gösterici olabilir.

Nadir hipertiroidi sebeplerinden olan TSH salgılayan hipofiz adenomu varlığında ise sT4 ve sT3 yüksek olmasına rağmen TSH baskılanmaz. Böyle bir hormon profili ile karşılaşıldığında ayırıcı tanıda tiroid hormon direnci de düşünülmelidir.

Graves hastalığında anti tiroid peroksidaz antikoru (Anti-TPO) %75 oranında pozitifdir. Graves hastalığı için daha spesifik bir antikor olan TSH reseptör antikor (TRAb) hastaların yaklaşık %80'inde pozitif

bulunmaktadır, ancak tanı koymak için rutin olarak bakılması gerekli değildir.

Hipertiroidi ve tirotoksikoz etiyojisini belirlemede tiroid bezinin radyoaktif iyot (RAİ) tutma özelliği çok yardımcı olmaktadır. Dünyada iyot yeterli bölgelerde hipertiroidinin en sık nedeni Graves hastalığıdır (%80). İyot yetersizliği bölgelerinde ise %50 vakada neden toksik multinodüler guatr ve toksik adenomdur. Bu hastaların çoğunluğunu da ileri yaş grubundaki hastalar oluşturmaktadır.

Tiroid bezinde normal veya artmış RAİ tutulumu ile ilişkili tirotoksikozlar

- Graves hastalığı
- Toksik multinodüler guatr
- Toksik adenom
- İnsan koryonik gonadotropin artışına bağlı nedenler
 - Gebeliğin geçici tirotoksikoza
 - Trofoblastik hastalıklar
 - Mol hidatiform
 - Koryokarsinom
- TSH salgılayan hipofiz adenomu
- Tiroid hormon direnci

Tiroid bezinde azalmış RAİ tutulumu ile ilişkili tirotoksikozlar

- Sessiz tiroidit
- Postpartum tiroidit
- Subakut ağrılı tiroidit
- Palpasyon tiroiditi
- İlaça bağlı tiroidit (Lityum, amiodaron, interferon alfa)
- Fazla miktarda tiroid hormonu kullanımı (iyatrojenik, faktisyöz)
- Akut tiroidit
- Struma ovarii
- Fonksiyonel tiroid kanseri metastazları

Tipik laboratuvar ve sintigrafik bulguların varlığında tiroid ultrasonografisi de etiyojik tanıyı destekleyici olabilir. Graves hastalığında tiroid parankiminde nodül yoktur. Parankimde heterojenite ve kanlanma artışı izlenir. Ancak tiroid nodüllerinin sık görüldüğü toplumlarda Graves hastalarında ultrasonografide nodül görülebileceği akılda tutulmalıdır. Bir hastada iki ayrı tiroid hastalığı birlikte görülebilir. Bu nodüllerin ultrasonografik

özellikleri nihai tedavi kararını belirleme aşamasında yol gösterici olabilir. Gebelik ve emzirme dönemi gibi tiroid sintigrafisinin çekilemediği hastalarda Doppler ultrasonografide tiroid bezinde kanlanma artışı olması gerçək bir hipertiroidiyi düşündürmektedir.

Hipertiroidi Tedavisi

Semptomatik tedavi

Semptomatik tirotoksikozu olan bütün hastalarda özellikle de istirahatte kalp hızı 90/dk'yı aşarsa beta adrenerjik blokaj önerilir. Propranolol, atenolol veya metoprolol bu amaçla kullanılabilir. Tiroid fırtınası gibi durumlarda, yoğun bakım hastalarında oral tedavi verilemiyorsa parenteral esmolol kullanılabilir. Bronko-obstruksiyonu olan, Reynaud fenomeni olan hastalarda göreceli olarak daha selektif olan beta-1 blokerler denenebilir. Beta bloker kullanması sakıncalı olan hastalarda ise diltiazem ya da verapamil gibi kalsiyum antagonistleri kalp hızını kontrol etmek amacıyla kullanılabilir. Ek bir sorunu olmayan, gebe ve emzirme dönemindeki hastalarda ise propranolol 10-40 mg, günde 3-4 kez verilmek suretiyle ilk tercih edilen ilaçtır.

Antitiroid ilaçlar

Hipertiroidi tedavisinde ülkemizde antitiroid ilaç olarak metimazol ve propiltiourasil kullanılmaktadır. Bu ilaçlar tiroid peroksidazı inhibe ederek tiroid hormon sentezini baskılar. Bunun yanı sıra immünomodülatör etkileriyle Graves hastalığında remisyonu kolaylaştırır. Metimazol daha az yan etki profili, uzun yarılanma ömrü sebebiyle ilk seçenek olarak tercih edilir. Propiltiourasil periferde T4'ün T3'e dönüşümünü engellediği için tiroid krizinde tercih edilen ilaçtır.

Gebelikte ilk trimesterde metimazol kullanımına bağlı embriyopati vakaları bildirilmiştir. Gebeliğin ilk trimesterinde metimazol kullanılan gebelerde koanal atrezi, özofageal atrezi, omfalosel, konjenital kalp anomalileri, üriner sistem malformasyonları ve *aplasia cutis*, yüzde dismorfik görünüm gibi tablolar görülebileceği için zorunlu kalındığında bu dönemde tedavi amacıyla propiltiourasil tercih edilmelidir.

Antitiroid ilaçlar Graves hastalığında remisyon sağlama amacıyla 12-18 ay kadar kullanılmaktadır. Eğer hasta diğer tedavi seçeneklerini tercih etmiyorsa ya da ek hastalıklar nedeniyle diğer tedavi seçenekleri uygun değilse antitiroid ilaçlar daha uzun süre kullanılabilir. Antitiroid ilaçlar aynı zamanda kalıcı çözüm gereken hastaların operasyona hazırlık aşamasında ötiroidiyi sağlamak amacıyla da kullanılır.

Antitiroid ilaç kullanımına bağlı olarak majör ve minör yan etkiler görülebilir. Minör yan etkiler %5 kadar hastada görülen kaşıntı, artralji ve gastrointestinal yan etkilerdir. Antihistaminik verilerek antitiroid ilaca devam edilebilir ya da diğer ilaca geçiş yapılabilir.

Antitiroid ilaçların majör yan etkileri nadir görülür. Mutlak granülosit değerinin 500/mm³'ün altına düşmesi

olarak tanımlanan agranülositoz en çok korkulan ve nispeten daha sık görülen bir majör yan etkidir ve hayatı tehdit edebilir. Tedavinin ilk 3 ayında görülme ihtimali daha fazladır. Hastalar titremeye yükselen ateş, boğaz ağrısı gibi yakınmalarla doktora başvururlar. Antitiroid ilaç kullanan hastaların hemogramında granülosit 1000/mm³'ün altına düştüğünde antitiroid ilaçlar kesilmeli ve infeksiyon varlığında geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır. Düzeltme sürecini hızlandırmak amacıyla granülosit koloni stimüle edici faktör verilmesi gerekebilir.

Diğer majör yan etki hepatotoksisitedir. Bu yan etki de agranülositoz gibi tedavinin başladığı ilk 3 ay içerisinde daha sık görülmektedir. Propiltiourasil kullanan hastalarda karaciğer transplantasyonu gerektirecek karaciğer yetersizliği görülme ihtimali daha fazladır. Hastalar sarılık, kaşıntı, idrar renginde koyulaşma, dışkı renginde açılma gibi şikayetlerle başvurabilir ya da kontroller sırasında karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme gözlemlenir. Günlük uygulamalarda hemogram ve karaciğer fonksiyon testleri sıklıkla istenmektedir ama kılavuzlar başlangıçta testlerin istenmesini önerir, takipler sırasında rutin kontrol önerilmez.

Antitiroid ilaçlara bağlı vaskülit çok daha nadir görülen bir yan etkidir. Tedavinin daha geç safhalarında görülmektedir. Propiltiourasil kullanan hastalarda daha sıktır. Antinötrofil sitoplazmik antikoları ile ilişkilidir. Bazı hastalarda sadece ilacın kesilmesi yeterli olabilir. Ciddi vakalarda yüksek doz steroid tedavisi gerekebilir.

Önemli olan antitiroid ilaçların başlanması sırasında, gelişebilecek yan etkiler konusunda hastaların bilgilendirilmesidir. Sözel uyarıların yanı sıra agranülositoz ve hepatotoksisite ile ilgili önlemlere ilk reçetede mutlaka yazılı olarak yer verilmelidir.

Radyoaktif İyot Tedavisi

Oldukça güvenli ve maliyet olarak uygun bir tedavi olması sebebiyle toksik multinodüler guatr, toksik adenom ve nüks eden Graves hastalarında ilk seçenek olarak tercih edilebilir. Sigara içen ve oftalmopatisi olan Graves hastalarında tercih edilmez. Tedavi öncesinde hastalar ultrasonografi ile ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Şüpheli nodüllerin varlığında biyopsi yapılmalı ve kanser şüphesinde cerrahi ilk seçenek olarak tercih edilmelidir. Gebelikte ve emzirme döneminde kontrendikedir.

Cerrahi girişim

Özellikle retrosternal, bası bulguları olan, büyük guatrın tedavisinde, malignite şüphesinin olduğu durumlarda ve orta-ağır düzeyde oftalmopatisi olan Graves hastalarında ilk seçenektir. Nüks eden Graves hastalarında en etkili tedavi yöntemidir. Kalıcı ve geçici hipoparatiroidi, rekürren sinir paralizisi gibi komplikasyonlar nedeniyle deneyimli cerrahlar tarafından yapılması önerilir. Gebelikte operasyon gerekli olduğunda ikinci trimesterde yapılması tercih edilir.

Düşük RAİ Tutulumu ile İlişkili Tirotoksikozlarda Tedavi

Tiroid bezinde azalmış RAİ tutulumu ile ilişkili tirotoksikozların büyük bir kısmını tiroidit hastaları oluşturmaktadır. Tedavi olarak ön planda semptomatik tirotoksikozu önlemek amacıyla beta adrenerjik blokaj önerilir. Tiroidit seyri sırasında hipotiroidi gelişmesi durumunda beta bloker tedavinin kesilerek levotiroksin başlanması gerekebilir. Tiroidit seyri sırasında gelişen hipotiroidi kalıcı ya da geçici olabilir. Bu nedenle levotiroksin dozunun azaltılarak ya da kesilerek hastanın yakın takibi uygundur.

Ateş, boğaz ağrısı, C reaktif protein ve eritrosit sedimentasyon hızı gibi inflamatuvar belirteçlerin yüksekliği ile karakterize subakut tiroidit tablosunda ise ek olarak nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar veya asetil salisilik asit ilk seçenek olarak kullanılabilir. Hastanın şikayetlerine kısa sürede yeterli yanıt alınamıyorsa glukokortikoid tedavi başlanması gerekebilir.

Çok daha nadir görülen bir tablo olan akut supuratif tiroidit benzer klinik bulgular nedeniyle subakut tiroidit ile karışabilir. Hastalar, ateş, yutma güçlüğü, ses kısıklığı, boyunda ağrı ve eritem, tiroidde ağrılı, hassas kitle ile prezente olabilir. Öncesinde subakut tiroiditte olduğu

gibi bir üst solunum yolu infeksiyonu öyküsü olabilir. Subakut tiroidit ile supuratif tiroidit ayrımı yapılamadığında ince iğne aspirasyon biyopsisi sırasında gram boyama ve kültür yapılması tanı koydurucudur. Etiyoloji bakteriyel ise daha akut başlar. Fungal, parazitik, mikobakteriyel ve fırsatçı enfeksiyonlarda daha kronik ve sinsi bir seyir izler. Tedavide uygun antibiyotik kullanımı ve abse varlığında drenaj önerilir.

Kaynaklar

1. Gül N. Basedow Graves hastalığı. Tanakol R., Editör. Hipertiroidi ve Tirotoksikozlar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.1-8.
2. Gül N. Tiroid Bezi Hastalıkları. İntörn Eğitimi Notları, Dinççağ N., Editör, Ema Tıp Kitabevi, Ankara, 2019. ss.11-33.
3. Burch HB, Cooper DS. Management of Graves disease: A Review. jAMA. 2015;314(23):2544-54.
4. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg p, Maia AL, et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for diagnosis and management of hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis. Thyroid. 2016;26(10):1343-421.
5. Alexander EK, pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. Thyroid. 2017;27(3):315-89.
6. Pearce EN, Farwell AP, Braverman LE. Thyroiditis. N Engl J Med. 2003;348(26):2646-55. Erratum in: N Engl J Med. 2003;349(6):620.

SUBKLİNİK TİROİD HASTALIKLARI: KLİNİK DEĞERİ, KİMDE NASIL TEDAVİ EDİLMELİ ?

Özlem Soyuluk Selçukbiricik

Subklinik Hipertiroidi

Primer hipertiroidi aşikar olduğunda serum tiroid hormon düzeyleri (tiroksin; T4 ve triiodotironin; T3) yüksek ve tirotropin (TSH) düzeyi de baskılıdır. Subklinik hipertiroidide ise TSH düzeyi baskılı iken serum tiroid hormon düzeyleri referans aralıklarının orta veya üst sınırına yakın olmakla beraber normal sınırlar içindedir. Subklinik hipertiroidisi olan hastaların %65-75'inde serum TSH düzeyleri 0.1-0.4 mU/L arasında iken (hafif subklinik hipertiroidi) geri kalan hastaların TSH düzeyleri 0.1 mU/L düzeyinden daha düşüktür (ağır subklinik hipertiroidi).

Subklinik hipertiroidi sebepleri aşikar hipertiroidi sebepleri ile aynıdır. En sık görülen endojen sebepler Graves hastalığı, toksik multinodüler guatr veya toksik adenomdur. Ekzojen tiroid hormon kullanımına bağlı subklinik hipertiroidi, endojen hipertiroidiye göre çok daha sık görülmekle beraber ya replasman amaçlı verilen replasman tedavisinin fazla gelmesine, ya hastanın bilinçli ve gizli bir şekilde ilacı fazla almasına ya da bilinçli şekilde tiroid karsinom takibinde olduğu gibi TSH supresyonu amacı ile replasmanın yüksek dozla yapılmasına bağlıdır. Endojen subklinik hipertiroidide T3 seviyeleri tipik olarak referans aralıklarının üst sınırına yakın ama normal düzeylerde. Oysa ekzojen levotiroksin (LT4) kullanımına bağlı subklinik hipertiroidide T3 düzeyleri referans aralığının orta veya alt kısmına yakın olur.

Subklinik hipertiroidisi olan yaşlı hastalar genellikle asemptomatik iken genç hastalarda hafif adrenerjik semptomlar bulunabilir. Fizik muayenede diffüz veya nodüler şekilde büyümüş bir tiroid bezi, Graves oftalmopatisine ait bulgular, taşikardi, tremor gibi bulgular saptanabilir.

Subklinik hipertiroidi zaman içinde aşikar hipertiroidiye progrese olabilir ya da subklinik olarak kalsa bile kardiyovasküler sorunlara, kemik kaybı, kırık ve demansa yol açabilir. Ağır subklinik hipertiroidisi olan hastalarda atrial fibrilasyon, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığından ölüm, majör kardiyovasküler olay riski normal popülasyona göre belirgin düzeyde daha yüksektir. Subklinik hipertiroididen aşikar hipertiroidiye geçişi predikte eden en önemli faktör bazal TSH seviyesidir. Hafif subklinik hipertiroidisi olan hastalarda TSH

düeyleri takip sırasında sıklıkla normale gelir ama TSH düzeyi 0.1 mU/L'nin altında olan hastalar genellikle persistan hastalığa sahiptir veya aşikar hipertiroidiye progrese olurlar. Nodüler tiroid hastalığı olan subklinik hipertiroidili hastaların belirgin iyot yüküne maruz kaldıklarında aşikar hipertiroidiye ilerleme riskleri olduğu için bu hastaların öncesinde antitiroid ilaç ile tedavi edilmeleri riski azaltabilir.

Subklinik hipertiroidi tanısı laboratuvar bulguları ile konur ancak benzer hormon profiline neden olabilecek diğer klinik durumların (ötiroid hasta sendromu, ilaç etkileri (dopamin, kortikosteroid, somatostatin analogları), santral hipotiroidi ve TSH ölçüm yöntemini etkileyen durumlar) dışlanmış olması gerekir. TSH düzeyi suprese saptanan bir hastada hızla serum T3 ve T4 düzeylerinin ölçülmesi aşikar hipertiroidi veya santral hipotiroidiye dışlamak açısından çok önemlidir. Subklinik hipertiroidi saptananlarda 2-3 ay sonra tiroid hormon profilinin kontrolü önerilmektedir, çünkü özellikle hafif subklinik hipertiroidi olmak üzere olguların yaklaşık %50 kadarı geçicidir. Kontrol değerlendirmede TSH supresyonu sebat ediyorsa etyolojiyi saptamaya yönelik tetkikler (TSH reseptör antikoru, tiroid Doppler ultrasonografisi, Tiroid sintigrafisi, İdrar iyodu,...) ile komplikasyonları saptamaya yönelik tetkiklerin (elektrokardiyografi, ritm holter, ekokardiyografi, kemik mineral yoğunluk ölçümü,...) yapılması önerilmektedir.

Persistan subklinik hipertiroidinin neden olacağı olumsuz sonuçlar nedeni ile özellikle 65 yaş üstündeki ağır subklinik hipertiroidi olguları ile bazı seçilmiş hafif subklinik hipertiroidi olgularının tedavi edilmesi önerilmektedir. Hipotiroidi için replasman tedavisi alan veya tiroid karsinomu nedeni ile TSH supresyonu uygulanıp nüks veya persistan hastalığı olmayan hastalarda LT4 dozları azaltılmalıdır. Nüks veya persistan hastalığı olan tiroid kanseri hastalarında TSH supresyonunun yararı ile iatrojenik tirotoksikozun riskleri arasında kar-zarar oranının değerlendirilerek karar verilmesi uygun olur. Tiroid karsinomu nedeni ile supresif dozlarda replasman tedavisi alan ve semptomatik olan hastalarda ek olarak beta-bloker tedavisi verilebilir.

Endojen subklinik hipertiroidide önerilecek tedavi metimazol olup kalıcı tedavi olarak radyoaktif iyot tedavisi (RAİ) veya cerrahi de uygulanabilir. Graves

hastalarında metimazol tedavisi uygun tedavidir çünkü bu tedavi ile 12-18 ay sonunda hastaların remisyonuna girme şansı vardır. Metimazolün yan etkileri açısından hastalar mutlaka uyarılmalıdır. Agranülositoz (<%0.5), hepatotoksisite (<%0.1) en çok korkulan yan etkiler olmakla beraber günlük 5-10 mg gibi düşük dozlarla yüksek dozlara göre yan etki gelişme ihtimali çok daha düşüktür.

Subklinik Hipotiroidi

Serumda serbest tiroid hormon düzeyleri normal iken TSH düzeylerinin yüksek saptandığı tablo subklinik hipotiroidi olarak tanımlanmakta ve erişkin popülasyonun yaklaşık %10'unda görülmektedir. Yaş ilerledikçe, yaşlanmanın normal bir bulgusu olarak tiroid hastalığı olmayan kişilerde de TSH düzeyi yükselme eğilimindedir. Aşikâr hipotiroidiye yol açan tüm nedenler (Hashimoto tiroiditi, geçirilmiş subakut veya sessiz tiroidit gibi tiroiditler, tiroidektomi veya radyoaktif iyot tedavisi, infiltratif hastalıklar, ilaç kullanımı,...) subklinik hipotiroidiye de neden olabileceği gibi en sık saptanan sebep otoimmün tiroid hastalığıdır. Genellikle hafif TSH yükseklikleri kendiliğinden düzelebildiği için 1-3 ay ara ile tiroid hormon düzeylerinin kontrol edilerek tedaviye karar verilmesi önerilmektedir.

Özellikle TSH değerinin ≥ 10 mU/L olduğu hastalarda hafıza ve kognitif fonksiyonlarda hafif azalmalar olabileceği bildirilmekle beraber genel olarak hastaların hayat kalitesinde belirgin değişiklik yoktur. Subklinik hipotiroidinin kardiyovasküler hastalık ve ateroskleroz için risk faktörü olduğu, sol ventrikül sistolik ve diyastolik

fonksiyonunu olumsuz etkilediği, endotel disfonksiyonu ve dislipidemiye de yol açabildiği ileri sürülmektedir.

Subklinik hipotiroidide, tedavi kararı TSH düzeyine göre verilmekle beraber tiroid otoantikörleri ile tiroid ultrasonografisinin de değerlendirilmesi gereklidir. Genellikle TSH düzeyi 10 mU/Lnin üzerinde olan tüm hastaların tedavi edilmesi gerektiği yönünde fikir birliği vardır. Ancak, TSH düzeyi 4,5 ile 10 mU/L arasında olan hastaları tedavi etmenin faydası tartışmalıdır. Bu grupta özellikle hipotiroidiye bağlanabilecek semptomlar, TSH düzeyinin takipte progresif artışı, guatr veya tiroid otoantikor pozitifliği, dislipidemi, bipolar bozukluk, depresyon, gebelik veya gebelik planı, infertilite, ovulatuvar disfonksiyon gibi durumların varlığında tedavi başlanması önerilmektedir.

LT4 tedavi dozu TSH düzeyi, yaş ve komorbid hastalık varlığına göre belirlenmelidir. Genellikle 25-75 mcg/gün dozları yeterli olur. Genç ve orta yaşlılarda önerilen TSH hedefi 0,5-2,5 mU/L iken yaşlılarda ($\geq 65-70$ yaş) hedef TSH düzeyi 3-6 mU/L olarak kabul edilebilir. Çok yaşlılarda (>80-85 yaş) ise TSH hedefi ≤ 10 mU/L olarak belirlenmelidir. LT4 başlandıktan sonra hedef değerlere ulaşıncaya kadar 6-8 haftalık aralıklarla TSH ölçümü yapılmalı ve ardından 6-12 aylık kontroller ile takip önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Tiroid Hastalıkları Tanı Ve Tedavi Kılavuzu 2020
2. Bernadette Biondi and David S. Cooper. Subclinical Hyperthyroidism. N Engl J Med 2018;378:2411-9.
3. Bernadette Biondi, Anne R. Cappola, David S. Cooper. Subclinical Hypothyroidism. JAMA. 2019;322(2):153-160.

COVID 19 SÜRECİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN İŞ DOYUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

İlknur Yücel¹, Nurdane Güder¹, Aslı Çiftçibaşı², Fulya Çalıkoğlu³, Fatma Bilgin⁴, Meryem Salhaoğlu⁴

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

²İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş

Dünya çapında pandemiye sebep olan Covid 19 virüsü 2019 yılı Aralık ayında Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkan SARS-CoV-2'nin neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır (WHO, 2020). Covid 19 virüsü ile daha önce karşılaşmamış olması, hastalığın nasıl ve nerede bulaşacağını bilinmemesi, koruyucu ekipman eksikliği gibi pek çok neden sağlık çalışanlarının virüse müdahale etmelerini ve virüsten korunamamalarına neden olmuştur (ESakandri ve ark.,2020; Zho ve ark.,2020). Covid 19 virüsü sürecinde zorluklar doktorlarda ve hemşirelerde stres oluşturmakta bu durum anksiyete ve iş doyumunu etkilemektedir (Zengin ve ark.,2019). Bu nedenle çalışma günümüzde dünyayı etkisi altına almış ve küresel pandemi ilan edilmesine neden olan Covid 19 virüsü sürecinde doktorların ve hemşirelerin anksiyete düzeylerinin iş doyumuna üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı ve kesitsel türde olan araştırma Temmuz-Ağustos 2021 tarihleri arasında Bir Üniversite Hastanesi İç Hastalıkları Poliklinik/Kliniklerin-de çalışan ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden doktorlar ve hemşireler ile yürütüldü. Araştırmada, herhangi bir örneklem seçim yöntemi uygulanmamış olup, belirtilen tarihlerde hastane de çalışan, dahil edilme kriterlerini karşılayan, 124 hemşire ve 50 doktor çalışmada yer aldı. Veriler literatür doğrultusunda hazırlanan, Kişisel Bilgi Formu (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı bölümde çalışma süresi, covid 19 geçirme durumu, vb.), Tezer tarafından 2001 yılında geçerlilik güvenilirliği yapılan 'İş Doyum Ölçeği' ve Biçer tarafından 2020 yılında geçerlilik güvenilirliği yapılan 'Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu' kullanılarak yüz yüze

görüşme tekniği ile toplandı. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin analizinde sayı ve yüzdelik hesapları, aritmetik ortalama gibi tanımlayıcı istatistiksel kullanıldı. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul izni (Sayı: E-29624016-050.99 256593), kurum izni, Sağlık Bakanlığı'ndan yazılı izin ve çalışmaya katılanlardan aydınlatılmış onam izinleri alındı.

Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 32,23±7,14 yıl olup, 50 doktor ve 124 hemşireden oluşmaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %83,1'i ve doktorların %78'i kadındır. Hemşirelerin %30,6'sı doktorların %36'sı pandemi servisinde çalışmış olup pandemi servisinde çalışan, hemşirelerin %63,2'si, doktorların %77,8'i Covid 19 hakkında eğitim almıştır.

Çalışmaya katılan doktorların %14'ü, hemşirelerin %21'i Covid 19 nedeniyle anksiyete yaşamaktadır. Ve her iki meslek grubunda Covid 19 nedeniyle anksiyete yaşayan bireylerin hiçbiri pandemi servisinde çalışmamıştır.

Covid-19 nedeniyle anksiyete seviyeleri yüksek tespit edilmiş hemşirelerin; %65,4'ü kadın, %69,2'si lisans mezunu, %53,8'i evli, %46,2'si çocuklu, %53,8'i 1 yıldan uzun süredir dahiliye kliniğinde ve %50'si vardiyalı olarak çalışmakta, %53,8'i Covid-19'a yakalanmış, %80,8'i Covid-19 eğitimi almış ve %96,2'si Covid-19'a karşı koruyucu ekipmanın yeterli olduğunu düşünmekteydi. *Covid-19 nedeniyle anksiyete seviyeleri yüksek tespit edilmiş doktorların;* %85,7'i kadın, %71,4'ü 1 yıldan uzun süredir dahiliye kliniğinde ve %14,3'ü vardiyalı olarak çalışmakta, %28,6'ı Covid-19'a yakalanmış, %85,7'i Covid-19 eğitimi almış ve tamamı

Covid-19'a karşı koruyucu ekipmanın yeterli olduğunu düşünmekteydi. Covid-19 nedeniyle anksiyete seviyeleri yüksek tespit edilmiş hemşirelerin %70'den fazlasının doktorlarında %80'den fazlası koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğünde ya da bu konulara maruz kaldıklarında birkaç gün iŐtahlarının kaçtığı (%76,9) ve mide bulantısı ya da mide problemleri yaşadığı (%73.1) tespit edildi.

Sonuç

Araştırma sonucunda çalışmaya katılan hemşirelerin ve doktorların Covid 19 nedeniyle anksiyete seviyeleri yüksek olduğu saptandı. Sağlık mesleğini icra eden bu iki profesyonel meslek grubu için covid 19 sürecinde iŐ doyumlarının ve anksiyete düzeylerine yönelik çalışmaların artırılması ve bu duruma çözüm getirilmesi önerilmektedir.

COVID-19 NEDENİYLE HASTANEDE YATMAKTA OLAN KRONİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA İNTRADİYALİTİK SORUNLAR: REFERANS MERKEZ DENEYİMİ

Yavuz M, Öztürk S, Yıldız A, Karanfil G, Bozoğlu K, Hacıoğlu C, Arı N

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

Giriş

Covid-19 geçirmekte olan hemodiyaliz (HD) hastalarının sağkalımı normal popülasyona göre daha kötü olup bu hastalarda gerek diyaliz planlamaları gerekse de diyaliz süreçlerinde pek çok sorun ile karşılaşmaktadır. Bu hastaların hemşirelik hizmetleri yönünden intradiyalitik dönemlerinde saptanan pek çok farklı sorun olabilmektedir. Bu çalışmada hastanemizde Covid-19 nedeniyle yatmakta iken ünitemizde hemodiyaliz uygulanan kronik HD hastalarının intradiyalitik dönemde karşılaşılan problemlerini araştırdık.

Materyal-Metot

Covid-19 nedeniyle hastanemizin pandemi servisine, 2020 yılı içinde pandeminin başından 2020'nin sonuna kadar olan sürede yatırılmış erişkin kronik HD hastalarının verilerini retrospektif olarak araştırdık. Demografik verileri yanında diyaliz verileri ve intradiyalitik dönemde elde edilen veriler toplandı. Ayrıca yatışta gönderilen temel biyokimyasal veriler kaydedildi. SARS-CoV-2 RT-PCR negatif hastalar dahil edilmedi.

Bulgular

Çalışmaya toplam 34 hasta dahil edildi. Ortanca yaş 61,5(IQR: 49-68) yıl idi. Hastaların 13(%38,2)'ü kadın idi. Hastaların bazal demografik özellikleri, komorbiditeleri, ilaçları, HD özellikleri ve temel laboratuvar testleri

Tablo 1'de sunulmuştur. Hastalara ortalama 5,85 (min-maks: 1-20) seans HD yapıldı. 15(%44,1) hastada AV fistül, 5(%14,7) hastada tünelli kateter ve 14(%41,2) hastada geçici kateter kullanıldı. 14(%41,2) hastada HD sırasında antikoagülan kullanılmadı, 15(%44,1) hastada düşük molekül ağırlıklı heparin, 5(%14,7) hastada ise standart heparin kullanıldı. Hastalarda intradiyalitik dönemde elde edilen semptomlar ve komplikasyonlar Tablo 2'de sunulmuştur.

Hastaların yarısında solunum semptomları vardı. Önemli oranda hastada (%55,9) intradiyalitik ateş şikayeti ortaya çıktı. 100 mg/dl glukozlu diyalizat kullanılmasına rağmen 5(%14,7) hastada hipoglisemi saptandı. Hiçbir hastada damar yolu trombozu gelişmedi. 6(%17,6) hastada intradiyalitik hipotansiyon gelişir iken, 18(%52,9) hasta diyaliz sırasında desatüre oldu, 1(2,9) hasta diyalizde arrest oldu. 5(%14,7) hasta HD servisten yoğun bakıma gönderildi, 4(%11,8) hasta serviste eks oldu, diğer hastalar Covid-19 tedavisi sonrası taburcu edildiler.

Sonuç

Covid-19 nedeniyle yatan kronik HD hastalarında intradiyalitik dönemde önemli semptom ve komplikasyonlar gelişmektedir. Bu hastaların hipoglisemi ve solunum problemleri başta olmak üzere yakın takibi önemlidir.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri, komorbiditeleri ve başlangıç laboratuvar testleri. Tüm veriler Covid-19 grubunda Covid-19 gelişmeden önceki ay, kontrol grubunda ise Covid-19 hastası ile aynı ayda elde edildi.

		Ortalama	Ortanca(IQR)
Demografik Bilgiler			
Yaş(yıl)		60	61,5(49-68)
Primer böbrek hastalığı	Diyabetik nefropati Hipertansif nefroskleroz OD Polikistik böbrek Diğer		4(11,8) 9(26,5) 3(8,8) 18(52,9)
Cinsiyet	Erkek Kadın		21(61,8) 13(38,2)
Diabetes mellitus	Bilgi yok Var Yok		7(20,6) 7(20,6) 20(58,8)
Hipertansiyon	Bilgi yok Var Yok		7(20,6) 20(58,8) 7(20,6)
KOAH	Bilgi yok Var Yok		22(64,7) 1(2,9) 11(32,4)
İskemik kalp hastalığı	Bilgi yok Var Yok		20(58,8) 4(11,8) 10(29,4)
Kalp yetersizliği	Bilgi yok Var Yok		18(52,9) 7(20,6) 9(26,5)
Serebrovasküler hastalık	Bilgi yok Var Yok		22(64,7) 3(8,8) 9(26,5)
ACE inhibitörü	Bilgi yok İçiyor İçmiyor		24(70,6) 1(2,9) 9(26,5)
ARB	Bilgi yok İçiyor İçmiyor		25(73,5) 9(26,5)
Kalsiyum kanal blokeri	Bilgi yok İçiyor İçmiyor		24(70,6) 1(2,9) 9(26,5)
Beta-bloker	Bilgi yok İçiyor İçmiyor		24(70,6) 1(2,9) 9(26,5)
Diğer antihipertansifler	Bilgi yok İçiyor İçmiyor		23(67,6) 4(11,8) 7(20,6)
İnsülin	Bilgi yok İçiyor İçmiyor		24(70,6) 2(5,9) 8(23,5)
Oral antidiyabetik	Bilgi yok İçiyor İçmiyor		24(70,6) 10(29,4)
Statin	Bilgi yok İçiyor İçmiyor		24(70,6) 10(29,4)
Antiagregan	Bilgi yok İçiyor İçmiyor		24(70,6) 1(2,9) 9(26,5)
HD Bilgileri			
HD süresi (ay)		31	5,5(1-24)
Giriş Kilosu (kg)		71	67,5(58-83)
Ortalama GİRİŞ sistolik kan basıncı (mmHg)		135	130(120-155)

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri, komorbiditeleri ve başlangıç laboratuvar testleri. Tüm veriler Covid-19 grubunda Covid-19 gelişmeden önceki ay, kontrol grubunda ise Covid-19 hastası ile aynı ayda elde edildi.

		Ortalama	Ortanca(IQR)
Ortalama GİRİŞ diastolik kan basıncı (mmHg)		79	80(67-90)
Ortalama HD Süresi (dk/seans)		223	240(180-240)
Ortalama UF volümü (L/seans)		2	2(1,5-3)
Ortalama Pompa hızı (ml/dk)		310	300(300-350)
Kreatinin (mg/dl)		6	6(4,91-8)
K (mmol/L)		4	4,325(3,95-4,8)
Ca (mg/L)		8	8,385(7,9-8,7)
Fosfor (mg/L)		5	4,445(3,7-5,6)
ALT (U/L)		14	12(8,6-15,7)
Albumin (g/dl)		3	3,5(3,2-3,77)
Ferritin (ng/ml)		1479	743,75(218-1849)
CRP (mg/l)		93	58,01(23,3-155)
Hemoglobin (g/dl)		9	8,545(7,69-10,1)
Lökosit(/mm3)		7716	6650(4800-9000)
Nötrofil sayısı (/mm3)		6000	4620(3000-7700)
Lenfosit sayısı (/mm3)		900	825(610-1200)
Toplam serviste yatış süresi (gün)		14	12,5(10-20)

Tablo 2. Hastalarda intradiyalitik dönemde saptanan semptom ve komplikasyonlar

		N(%)
Solunum semptomları	Evet	17(50,0)
	Hayır	17(50,0)
AV fistül veya kateter trombozu	Hayır	34(100,0)
Hipoglisemi	Evet	5(14,7)
	Hayır	29(85,3)
Ateş	Evet	19(55,9)
	Hayır	15(44,1)
Intradiyalitik hipotansiyon	Evet	6(17,6)
	Hayır	28(82,4)
Desatüre oldu mu? (<90%) oldu mu?	Evet	18(52,9)
	Hayır	16(47,1)
Hasta diyaliz sırasında arrest oldu mu?	Evet	1(2,9)
	Hayır	33(97,1)
Son Durum		
Covid-19 düzeliş taburcu oldu	Evet	27(79,4)
	Hayır	7(20,6)
Hasta serviste eks oldu	Evet	4(11,8)
	Hayır	30(88,2)
YBÜ'e sevk edildi	Evet	2(5,9)
	Hayır	32(94,1)

PERİFERİK LENFADENOMEALİLİ ERİŞKİN HASTAYA YAKLAŞIM

Sevgi Kalayoğlu Beşışık

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

Lenfatik Dokular ve Organlar

Lenfatik hücrelerin biraraya geldiği lenfatik doku ve organlar 3 grupta ele alınır.

- 1- Kapsülsüz yaygın olarak lenfatik hücrelerin bir arada olması: Bir bağ dokusu lenfosit ve makrofaj içeren dokudur. Sindirim kanalı ve solunum sistemi örtüsünün orta tabakasında yer alır (lamina propria).
- 2- Kapsülsüz ama sınırları belirli lenfatik hücre birikimi (folikül): Sindirim kanalı, solunum sistemi ve ürogenital sistem örtüsünün lamina propria tabakasında yer alırlar; Mukoza ilişkili lenfoid doku (mucoasa associate lymphoid tissue; MALT) olarak isimlendirilir.
- 3- Kapsüllü lenfatik folikül ve yaygın lenfatik hücre içeren dokular; lenf düğümleri olarak isimlendirilir.

Lenf Düğümleri

Küçük oval fasulye şekilli lenfatik damarlar üzerinde yer alan lenf düğümleri özellikle kasık, koltuk altı meme bezleri bölgesinde birleşir ve gövdesel yapı oluşturur. Afferent lenf damarları konveks kısımdan düğüm içine girer, efferent damarlar hilustan çıkar.

İnsan vücudunda yaklaşık 600 lenf düğümü vardır. Periferik lenf düğümleri deri altında derinde yerleşimlidir, büyüdüklerinde palpe edilebilir duruma gelirler.

Lenf düğümünün normal boyutu 1 cm kadardır. Ancak inguinal bölgede 1 – 1.5cm normal kabul edilebilir. Epitrokleal bölgede ise en fazla 0.5cm normal olarak kabul edilir.

Öykü Alınması

Yaş: İleri yaşta lenfadenomegali ile gelen hastalarda özellikle asemptomatik hastalarda lenfoproliferatif hastalıklar veya metastatik lenfadenomegali öncelikle akla gelmelidir. Kronik lenfosittik lösemi /küçük lenfositik lenfoma (KLL/SLL) hastalarında tanı sırasında ortalama yaş 70'dir. Nadiren 30'lu yaşlarda bildirilmiştir. Mantle cell lenfoma (MCL) yine ileri yaş hastalığıdır; tanı sırası %75 hastada yaygın lenfadenomegali, splenomegali, Waldayer halkası ve başta GIS tutulum olmak üzere ektranodal tutulum gözlenir ve agresif seyredir. Hodgkin lenfoma sıklıkla genç erişkinlerde gözlenir

Hayvanlarla meşgüliyet: Kemirgenlerden veya sinek ve kenelerle bulaşan tularemi, kasap, veteriner, balıkçılarda erizipel, kedilerle ilgilenenlerde kedi tırmığı hastalığı ve tokzoplazmoz, sığır, koyun, keçi, domuz, köpek gibi hayvanlardan bulaşabilen brusella lenfadenomegali ile prezente olabilir. Keneler aracılığıyla bulaşan Lyme borelyozis de lenfadenomegaliye yol açar.

Seyahat öyküsü: Meksika, Peru, Hindistan, Pakistan, Mısır, Endonezya seyahat öyküsü olan ve lenfadenomegali olan hastalarda tifo, doğu Afrika, Çin, Latin Amerika'da kala-azar, Güney Amerika Amerikan tripanosomiasis (Chagas hastalığı), Batı Afrika Afrika tripanosomiasis (uyku hastalığı), Güneydoğu Asya, Hindistan ve kuzey Avustralya tifüs, güneydoğu veya merkez Amerika histoplasmozis, güneybatı Amerika bubonik veba, Arizona, güney Kaliforniya, batı Teksas koksidiomikozis, anımsanmalıdır.

İlaç öyküsü: Allopurinol, atenolol, kaptopril, karbamazepin, imatinib, fenitoin, sefalosporinler başta olmak üzere bazı ilaçlar lenfadenomegaliye yol açar.

Cinsel aktivite: HIV, sfiliz, lenfoganuloma venereum, genital siđi vb. hastalıklar lenfadenomegaliye yol açar.,

İmmun yetersizlik: Edinsel veya doğumsal bağışıklık yetersizliği olan hastalarda poliklonal B hücre hiperplazis, polimorfik B hücre proliferasyonu, düşük dereceli lenfoma ve saldırgan tip lenfoma gelişebilir.

Aile öyküsü: Bazı lenfoproliferatif hastalıklar örneğın KLL birinci derece yakınlarında bildirilmiştir.

Lenf bezi büyümesi ile birlikte diğer yakınmalar:

B belirtileri: Açıklanamayan ateş (>38°C), kilo kaybı (son 6 ayda >%10), özellikle geceleri olan aşırı terleme tüberküloz, lenfoma ve/veya malign hastalıkları düşündürür. Hodgkin lenfomada prognoz etkileyicidir.

Eşlik eden hastalıklar. Sarkoidozda akut veya kronik seyirde fark etmeksizin %90 lenfadenomegali gözlenir. Periferik lenfadenomegali %27 sıklığındadır.

Romatoit artritli hastalarda sıklıkla aktif hastalık seyrinde ve eklem tutulum bölge direnainda büyüme bazen de generealize olarak %41 – 82 lenfadenomegali gözlenir. Sistemik lupus eritematozus seyrinde %69 sıklığında lenfadenomegali gelişir. Genellikle çok büyük olmaz. Tedaviyle küçülür bazen tamamen kaybolur.

Fizik Muayene

Lenf düğümü büyümesi 2 ya da daha fazla bölgede ise generalize lenfadenomegaliden bahsedilir.

Lenfadenomegali bölgesi:

İnguinal bölge: Sıklıkla ayak, tırnak ilişkili kronik travma ve infeksiyonlar ilişkili. Öncelikle cinsel yolla bulaşana bölgesel infeksiyonlar (herpes simpleks, gonokok infeksiyonu, sfiliz, şankr, lenfograduloma inguinale, lenfograduloma venereum) araştırılmalıdır. Penis, vulva ve anüsün skuamöz hücreli kanserleri, melanom, ve lenfomalar malign tutulumlardır ve daha geri planda düşünülmalıdır.

Epitroklear bölge: Sık tutulan bölge değildir. Epitroklear bölgede palpe edilen lenfadenomegali her zaman için patolojiktir. El ve/veya ön kol ilişkili infeksiyonlar, sekonder sfiliz, HIV infeksiyonu, tularemi, sarkoidoz ve lenfoma yönünde araştırılmalıdır.

Aksiller bölge: En sık lenfadenomegali rastlanılan bölgelerdendir. Sıklıkla reaktif nedenler söz konusudur. Kedi tırnağı hastalığı yönünde anamnez alınmalıdır. Meme kanseri metastazı sıklıkla ön orta kısımda palpe edilir. Lenfomalarda koltuk altı tutulumu nadirdir.

Supraklaviküler bölge: Her yaşta malignite düşünülürmelidir. Sağ supraklaviküler bölge akciğer sağ taraf, özefagus ve mediasten ilişkili maligniteler, sol supraklaviküler bölge sindirim kanalı, genitouriner sistem malignitelerinin metastaz alanıdır. Ayrıca lenfomalarda, meme kanserinde, mikobakteri ve mantar infeksiyonlarında da bu bölge tutulabilir.

Servikal bölge: En sık lenfadenomegali saptanan bölgedir. Çok farklı nedenlerle tutulum olasılığı vardır. Akut piyojenik lenfadeniti Stafilokokus aureus ile deri infeksiyonu veya A grubu Streptokoklar ile farenjit ilişkili gelişir ve sıklıkla çocuklarda gözlenir. Diğer tutulum nedenleri tüberküloz, kedi tırnağı hastalığı, baş boyun kanserleri metastazları ve lenfomalarda sayılabilir. Nazofarengeal karsinom, papiller ve foliküler tiroit kanserleri de servikal bölgede metastaz gözlenebilir. Papiller tiroit kanserlerinin %15 – 30'da servikal lenfadenomegali gözlenir.

Preauriküler bölge. Konjunktiva, kulak kanalı, temporal bölge saçlı deri lenf direnaji preaurikular lenf düğümüne boşalır. Tek taraflı göz kapağı ve göz küresinin granülatöz konjunktivit Parinaud oküloglandüler sendromda preauriküler lenfadenomegali gözlenir. Yine kedi tırnağı, bakteriyel ve mantar infeksiyonları ilişkili büyüme de olabilir.

Postauriküler bölge: Bu bölge suboksipital bölgede lenf bezi tutu ile birlikte sıklıkla rubella infeksiyonunda gözlenir. Lenfadenomegali döküntüye öncülük edebilir. Parietotemporal saçlı deri infeksiyonları da psotaurikular lenfadenomegali nedenlerindedir.

Lenfadenomegali muayene ile hassas

Sıklıkla infeksiyon ilişkili lenfadenomegali muayene ile hassas saptanır. Ancak tümöral tutulumda tümör içi nekroza kanama, ağrı reseptörlerinin immun uyarılması

veya tümörün büyüyerek basıya yol açması da ağrıya yol açabilir.

Lenfadenomegalinin kıvamı

Akut inflamasyonda hızla büyüme kapsül gerilmesine yol açar, kronik inflamasyonda ise fibroz doku gelişmesi lenf düğümünün kıvamının sert olmasına yol açar. Ancak taş gibi sert lenf düğümü genellikle metastatik kanser veya granülatöz hastalık bulgusudur. Lastik kıvamı ise öncelikle Hodgkin lenfoma olmak üzere lösemileri düşündürür.

Lenfadenomegalinin hareketliliği: İnfeksiyon veya bağ dokusu hastalıklarında lenfadenomegaliler genellikle hareketlidir. Sabit lenfadenomegaliler sıklıkla tümör ilişkilidir.

Lenfadenomegali büyüklüğü: Palpe edilen supraklavikular, iliak, popliteal, 0.5cm'den büyük epitroklear ve 1.5cm'den büyük inguinal lenfadenomegali patolojik olarak değerlendirilmelidir. Diğer bölgelerde 1cm'den büyük lenfadenomegali anlamlıdır.

Öykü ve Muayene Bulgularına Dayandırılarak Lenfadenomegalili Hastada Laboratuvar

Kan sayımı ve periferik yayma: özellikle lösemik hücrelerin görülmesinde veya viral infeksiyonlardan atipik lenfositozda yardımcı olur.

İnfeksiyon hastalıkları yönünde değerlendirme amaçlı seroloji ve bazen PCR çalışmaları: HIV; EBV, CMV; HSV yönünde tarama yapılır. Ardından tüberküloz ve sifiliz için test yapılmalıdır.

Eritrosit sedimentasyon hızı ve serum CRP düzeyi: Sítokin salınımı artan malignitelerde örneğin Hodgkin lenfomada yükselir.

Serum LDH düzeyi: Hücre döngüsünü yansıttığından özellikle lenfoproliferatif hastalıkları işaret edebilir.

Serum protein elektroforezi: Hipogamaglobulinemi ve lenfadenomegalide KLL, Whipple hastalığı, amiloidoz ya da immun yetersizlik hastalıkları dışlanmalıdır.

Serum ANA taraması: Yön göstericiliği yeterli değildir.

Görüntüleme: Akciğer görüntülenmesi yapılır. MRI ve Doppler USG ile lenf düğümü yapısal özellikleri hakkında fikir elde edilir.

Biyopsi: Açık biyopsi önerilir.

İnce iğne aspirasyonu: Doku yapısı görülemez. Yalancı negatiflik oranı yüksektir.

Core iğne biyopsisi: Doku örneği sağladığından lenf düğümü büyümesinin kolay ulaşılamaz olduğu durumlarda kullanılabilir.

Lenfadenomegali Nedenleri

1- Hücre işgali

- Poliklonal lenfosit proliferasyonu: bir grup antijene karşı gelişir.
 - o Virüs: CMV, EBV, herpes virüs infeksiyonları

- o Aşı sonrası
- o İlaç ilişkili
- o IgG4 ilişkili sklerozan lenfadenomegali
- o Dermatopatik lenfadenopati
- Monoklonal lenfoid hücre proliferasyonu
- Lenfoid dışı hücre infiltrasyonu
- Metastatik yayılım

2- Sıvı ya da madde birikimi

- Sitokin ilişkili lenfadenomegali
- Şişmiş makrofajlar metabolik hastalıklarda büyümeye yol açar
- Madde birikimi: amiloidoz, silikoz, berilyoz gibi durumlarda gözlenebilir

Malign Olmayan Lenfadenomegalide Histopatolojik Sınıflama

- Folliküler hiperplazi: Romatoit artrit, Sjögren sendromu, IgG4 ilişkili sklerozan hastalık, Kimura hastalığı, Tokzoplazmoz, sfiliz, Castleman hastalığı, HIV ilişkili lenfadenomegali ve germinal merkez transformasyonu sayılabilir.
- Parakortikal /interfoliküler hiperplazi:
- Sinüs hiperplazisi
- Nekroz: Kikuchi hastalığı örnek gösterilebilir
- Granülom
- Bağ dokusu ağında artış: IgG4 ilişkili sklerozan hastalık bir örnek olarak belirtilebilir.
- Hücreler arası madde birikimi

Özet

Generalize Lenfadenomegali

İnfeksiyonlar: HIV, mantar infeksiyonları v.d.

Malign hastalıklar: lenfoma, lösemi, metastatik

Otoimmün hastalıklar: romatoit artrit, sistemik lupus eritematosus

Diğer: Sarkoidoz, ilaç

Lokalize Lenfadenomegali

Servikal lenfadenomegali:

- **İnfeksiyon:** Farenjit, diş absesi, otit, mononükleoz, tokzoplazmoz
- **Malign:** baş ve boyun kanserleri, tiroit kanserleri, lenfoma

Supraklavikular lenfadenomegali

- **İnfeksiyon:** tüberküloz, mantar infeksiyonları
- **Malign hastalıklar:** intraabdomnal kanserler (sol taraf), akciğer kanseri, lenfoma

Aksiller lenfadenomegali

- **İnfeksiyon hastalıkları.** Kedi tırmığı hastalıkları, üst ekstremitte infeksiyonları
- **Malign hastalıklar.** Meme tümörü, lenfoma, melanoma

İnguinal lenfadenomegali

- **İnfeksiyonlar:** genital bölge infeksiyonları, alt ekstremitte infeksiyonları
- **Maligniteler :** melanoma, vulva kanseri

KEMİK İLİĞİ BAĞIŞININ AİLE ÜYESİ DONÖRLERİN PSİKO-SOSYAL SAĞLIĞINA ETKİLERİ: SİSTEMATİK GÖZDEN GEÇİRME

Ayşenur Üçeriz

İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Kemik İliği Servisi, İstanbul

Amaç ve Yöntem

Kemik iliği (Kİ) bağışının aile üyesi donörlerin fiziksel sağlığına etkileri yeterince çalışılmış olmakla birlikte, psiko-sosyal etkilerine ilişkin sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı Kİ donörlerinin psiko-sosyal deneyimlerini incelemektir. Bu amaçla MEDLINE, CINAHL, PubMed, Google Scholar, PsycINFO, SocINDEX and Cochrane arama motorlarını kullanarak 2000-2021 yılları arasında İngilizce olarak yayınlanan 4612 donörün dahil edildiği 51 çalışma gözden geçirilmiş; ilk kez donör olan, 18 yaş ve üzerinde ve psiko-sosyal yönün değerlendirildiği retrospektif ya da prospektif çalışmalar ele alınmış; veriler özetlenerek kalitesi PRISMA kriterleri ile değerlendirilmiştir. Erişilen makaleler tematik sentez ile incelenmiştir.

Bulgular

Çalışmalarda genel olarak “bağış öncesinde”, “donör olma kararı verildikten sonra” ve “bağıştan sonraki dönemde” deneyimlenen psiko-sosyal durumlar ele alınmıştır. Donör olma kararı’nda hayat kurtarma/kahraman hissetme, aileye bağlılık, sorumluluk duygusu (çözümlememiş suçluluk duygusu ve keder), pozitif bir kimlik oluşturma/sosyal tanınma ve kabul, kişisel başarı duygusu (memnuniyet ve gurur), dini inanç, aile baskısı, sosyal baskı ve zorunluluk alt temaları ortaya çıkmıştır. Donör olma kararı verildikten sonra öne çıkan temalar huzursuz edici belirsizlik, yaygın acı çekme, olumlu hasta sonuçlarının değeri ve desteklenmiş hissetmedir. Nakil sonrasında ise ihmal edilmiş hissetme (tıbbi olarak umursanmama/ihmal edilme, aile tarafından umursanmama), aile ile ilişkiler (daha güçlü aile bağları, kan bağları kurma) ve kişisel başarı duygusu (memnuniyet ve gurur, kişisel gelişim, kahraman statüsü ve sosyal tanınma) temaları belirgindir. Genel olarak donörlerin bağış öncesinden başlayarak nakil gerçekleşene kadar donör olmayı anlamlandırmaya çalıştıkları, karar kararsızlığı yaşadıkları, hasta sonuçlarına ilişkin aşırı olumlu beklenti içinde oldukları, sorumluluk

duygusu ve stres yaşadıkları; nakil sonrasında ise olumsuz hasta sonuçları nedeniyle derin hayal kırıklığı, keder ve suçluluk duygusu yaşadıkları belirlenmiş, bazı çalışmalarda nakil sonrasında donör ve hasta arasındaki ilişkilerin bozulduğu gözlenmiştir. Bir çalışmada donör ve hasta ilişkisinin yaşanan psiko-sosyal süreçlerde etkili olduğu; bazı çalışmalarda transplantasyonu takip eden dönemde donörlerin yaşam kalitesinin bozulduğu, birkaç çalışmada bağış öncesi yaşam kalitesinin donörün nakil sonrasında psiko-sosyal durumu için belirleyici olduğu; bir başka çalışmada ise transplant öncesindeki dönemde donörlerin streslerinin hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuç

Sonuç olarak donörlerin büyük çoğunluğu Kİ bağışı yapmada istekli olmuştu; bağış yaptıkları için memnuniyet duymakta idiler. Yine de Kİ bağışı, hayat kurtarmak için bir fırsat olarak takdir edilse de, bazı aile üyeleri donör olmak zorunda bırakılmışlardı. Tüm çalışmalarda hazırlık aşamasında, donörlere nakil öncesindeki sürece ilişkin detaylı olarak bilgilendirme yapılmıştı; ancak bağış sonrası süreçte karşılaşılabilecek psiko-sosyal sorunlara yönelik donörler hazırlanmamış, bilgilendirilmemiş; bağış sonrası dönemde desteklenmemiş ve yalnız bırakılmışlardı. Donör memnuniyetini en üst düzeye çıkarmak ve psiko-sosyal riskleri azaltmak için, nakil öncesi değerlendirme bağışın donör üzerindeki potansiyel negatif etkilerini, donör ve ailelerin önceki krizlerle nasıl başa çıktıklarına ilişkin konuları açığa çıkaracak şekilde olmalı, nakil süreci ve sonrasında yaşayabilecek sorunlar açısından izlem yapılmalı, gerekirse eğitimsel ve psiko-sosyal müdahaleler tanımlanmalıdır. Bu çalışmanın sonuçları, donörleri bilgilendirmek ve desteklemek için özel olarak tasarlanmış protokollere; yanısıra formal donör destek programlarının yapılandırılmasına olan ihtiyacı ortaya koyması bakımından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Adult-related donor; blood marrow transplantation; haematopoietic stem cell transplantation; information; psychosocial support; unmet needs

SÖZLÜ BİLDİRİLER

İNSÜLİN DİRENCİ HİPERTANSİYON VE MAGNEZYUM İLİŞKİSİ

Ebru Öztürk

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

Amaç: İnsülin direnci toplumda sık rastlanan ve koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi pek çok kronik hastalığın gelişmesinde etkili olan bir metabolik bozukluktur. İnsülin direncinin oluşumunda birçok etken rol oynamaktadır. Magnezyum da bu yönde çalışmaları olan bir elementtir. Biz çalışmamızda obezitenin hipertansiflerde insülin direnci oluşumunda etken bir faktör olup olmadığını, tek başına hipertansiyonun insülin direncine yol açıp açmadığını ve insülin direnci oluşumunda magnezyumun rol alıp almadığını araştırmak istedik.

Yöntem: Çalışmamıza 16'sı erkek, 24'ü kadın, toplam 40 primer hipertansiyon tanılı hasta ve 10'u kadın 10'u erkek 20 sağlıklı kontrol grubu dahil edildi. Hastaların hipertansiyon tanısı birleşik komite kriterlerine göre değerlendirildi. Hipertansiyon tedavi şekli, hastalık süresi, sigara kullanımı, aile öyküsü, vücut kitle indeksi (BMI), bel-kalça oranı, açlık plazma glukozu, magnezyum, HDL, LDL, total kolesterol, fibrinojen, açlık insülin düzeyleri, 24 saatlik idrarda magnezyum değerleri kaydedildi. İnsülin direnci indirekt ölçüm metodları kullanılarak hesaplandı (HOMA, ISI). BMI 27 ve üzeri olanlar obez kabul edildi. İstatistiksel analizlerde; ANOVA, çoklu Ki-Kare, Pearson korelasyon testi, multipl regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Hasta grubunun 20'si obez hipertansif, 20'si non-obez hipertansifti. Obez hipertansiflerin yaşları 36-74 arasında olup, ortalama yaş 50; sağlıklı kontrollerin ise yaşları 26-62 arasında olup, ortalama yaş 39 idi. Obez ve non-obez hipertansif olgularla sağlıklı kontrol grubu arasında insülin dirençleri açısından anlamlı fark bulunamadı. Grupların insülin dirençleri ile idrardaki magnezyum düzeyleri arasında da bir ilişki yoktu ancak obez ve non-obez hipertansiflerde kontrol grubuna göre 24 saatlik idrarda magnezyum atılımının azalmış olduğu saptandı. Plazma ve 24 saatlik idrar magnezyumu arasında pozitif korelasyon mevcuttu. BMI ile idrar magnezyumu arasında ters yönde bir ilişki bulundu. Obezlerde plazma glukozu, non-obez ve kontrol gruplarına göre anlamlı yüksekti. Total kolesterol ve LDL düzeyleri, obezlerde ve non-obezlerde kontrol grubuna göre anlamlı yüksekti ancak iki grup arasında fark yoktu. Bel-kalça oranı, BMI ile insülin direnci arasında pozitif korelasyon mevcuttu.

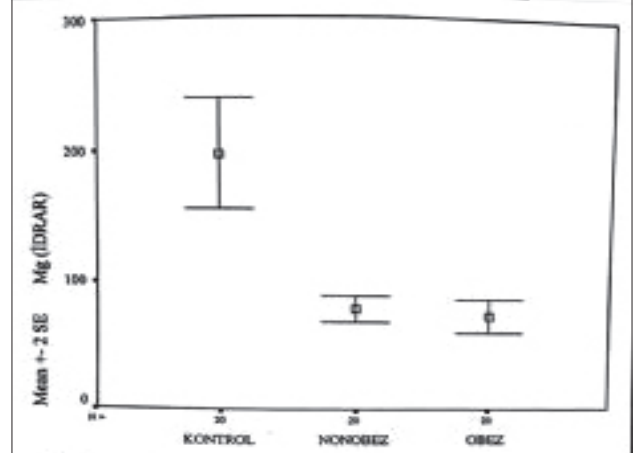
Sonuç: Seçmiş olduğumuz çalışma grubunda obezitenin hipertansiflerde insülin direnci oluşumu üzerinde etkili olmadığını, tek başına hipertansiyonun insülin direncine yol açmadığını ve magnezyumun insülin direnci ile bir ilişkisi olmadığını gördük. Ancak hipertansif çalışma grubunda idrarda magnezyum atılımı azalmıştı ve plazma magnezyum düzeyleri de düşüktü. Bu durum hipertansiyonun patogeneğinde magnezyumun rolü olabileceğini destekleyen bir sonuç olarak değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: İnsülin direnci, hipertansiyon, magnezyum

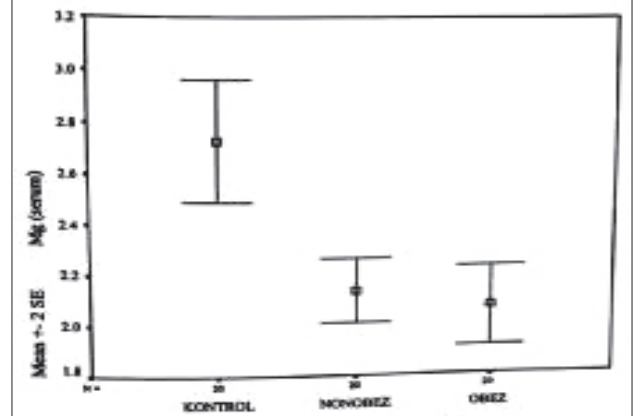
Tablo 1. Kontrol, obez hipertansif ve non-obez hipertansif gruplarının insülin direnci ve diğer parametrelerinin karşılaştırılması

PARAMETRE	GRUPLAR		Elementer Farkı	Sig. Farkı	P değeri
	KONTROL	NONOBEZ			
GLUKOZ	KONTROL	NONOBEZ	1.8500	2.4990	0.0001
	OBEZ		1.7500	2.4990	0.0001
İNSÜLİN	KONTROL	NONOBEZ	4.3700	2.4510	0.0001
	OBEZ		3.7700	2.4510	0.0001
HOMA	KONTROL	NONOBEZ	2.2100	0.41	0.0001
	OBEZ		1.7100	0.41	0.0001
HOMA BETA	KONTROL	NONOBEZ	21.7100	17.2100	0.0001
	OBEZ		13.0000	17.2100	0.0001
ISI HOMA	KONTROL	NONOBEZ	0.4412	0.41	0.0001
	OBEZ		0.3254	0.41	0.0001
Mg (İdrar)	KONTROL	NONOBEZ	108.3400	18.0000	0.0001
	OBEZ		83.0000	18.0000	0.0001
MAU	KONTROL	NONOBEZ	4.6000	18.0000	0.0001
	OBEZ		4.1000	18.0000	0.0001
T.KOLESTEROL	KONTROL	NONOBEZ	11.0000	18.0000	0.0001
	OBEZ		10.0000	18.0000	0.0001
HDL	KONTROL	NONOBEZ	1.0000	0.2610	0.0001
	OBEZ		0.9000	0.2610	0.0001
LDL	KONTROL	NONOBEZ	28.1000	8.0000	0.0001
	OBEZ		27.0000	8.0000	0.0001
FİBRİNOJEN	KONTROL	NONOBEZ	1.0000	18.0000	0.0001
	OBEZ		0.9000	18.0000	0.0001
Mg (serum)	KONTROL	NONOBEZ	0.2000	0.1700	0.0001
	OBEZ		0.1800	0.1700	0.0001
Ca (serum)	KONTROL	NONOBEZ	1.0000	1.1100	0.0001
	OBEZ		0.9000	1.1100	0.0001
P (serum)	KONTROL	NONOBEZ	0.1000	0.1700	0.0001
	OBEZ		0.0900	0.1700	0.0001
NOV	KONTROL	NONOBEZ	1.0000	2.4990	0.0001
	OBEZ		1.1000	2.4990	0.0001
KLD	KONTROL	NONOBEZ	0.0000	2.4990	0.0001
	OBEZ		0.0000	2.4990	0.0001
BNO	KONTROL	NONOBEZ	1.0000	0.1700	0.0001
	OBEZ		0.9000	0.1700	0.0001

Tablo 2. Kontrol ve çalışma gruplarının idrar magnezyum düzeylerinin dağılımı



Tablo 3. Kontrol ve çalışma gruplarının serum magnezyum düzeylerinin dağılımı



ST-SEGMENT ELEVASYONLU MİYOKART ENFARKTÜSÜ HASTALARINDA MİYOKART HASARI PARAMETRELERİ VE İNTRA-MİYOKARDİYAL DEFORMASYON FONKSİYONLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ahmet Demirkiran

Kardiyoloji Departmanı, Kardiyak MR/BT Görüntüleme ve Analiz Laboratuvarı, Amsterdam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Amsterdam, Hollanda

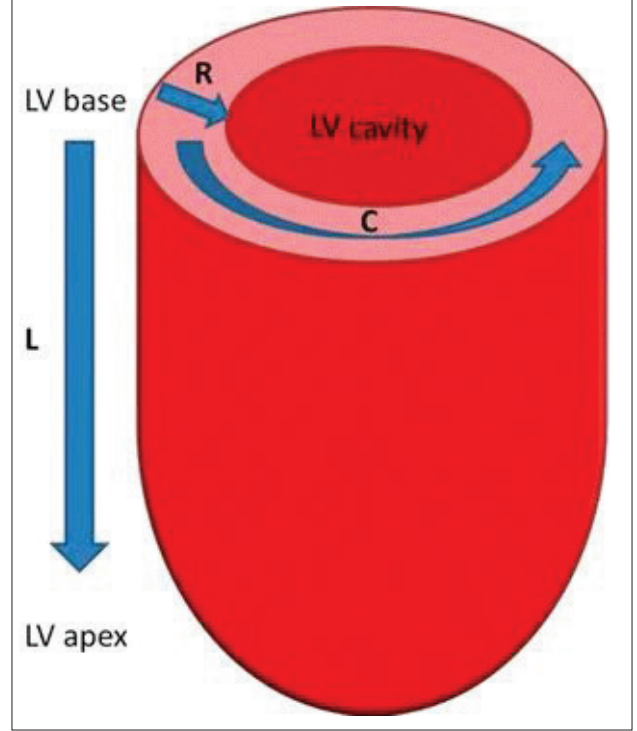
Amaç: Kardiyak manyetik rezonans görüntüleme (MR) kalp fonksiyonlarının değerlendirilmesinde ve miyokart hasarının karakterizasyonunda altın standarttır. ST-segment elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) hastalarında 'Strain' metodu ile akut iskemi sonrası intra-miyokardiyal deformasyon ölçülerek anormal miyokart fonksiyonları hakkında detaylı bilgi alınabilir. Ayrıca, miyokardın T1 ve T2 relaksasyon sürelerinin hesaplanması ve haritalaması yolu ile de akut iskemik hasarın ciddiyeti değerlendirilebilir. Bununla birlikte, akut miyokard enfarktüsü sonrası, sözü geçen parametreler arasındaki ilişkiler aydınlatılmamıştır. Bu araştırmada, STEMI hastalarında ileri kardiyak MR teknikleri kullanılarak elde edilen sol ventrikül fonksiyonları ve miyokart hasar parametreleri arasındaki potansiyel ilişkiler araştırıldı.

Yöntem: Bu çalışma başarılı perkütan koroner girişim (PKG) ile tedavi edilen 73 STEMI hastasında gerçekleştirildi. Hastalarda, PKG işleminden 2-7 gün sonra kardiyak MR çekimi gerçekleştirildi (1.5 Tesla, Siemens Healthcare, Erlangen, Germany). Kardiyak MR çekim protokolü sırasında, sine (hareketli) görüntüler sol ventrikül fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla ve T1 ve T2 haritalama görüntüleri miyokart hasarını değerlendirmek amacıyla alındı. Sol ventrikül global intra-miyokardiyal deformasyon fonksiyon değerleri (strain) sine görüntülerin analizi ile 3 yönde elde edildi: longitudinal, çevresel ve radyal (Şekil 1). İnfarkt dokusundan geçen kesitlerde infarkt alanında ve infarkt dışı alanda T1 ve T2 relaksasyon süreleri hesaplandı (Şekil 2). Bu analizler için özel bir yazılım programı kullanıldı (Circle Cardiovascular Imaging version 5.13, Inc., Calgary, Canada).

Bulgular: İnfarkt dışı alanın T1 relaksasyon süresi ile sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ve strain değerleri arasında korelasyon mevcuttur ($r=-0.30$, $p=0.02$, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu; $r=0.36$, $p<0.01$, global longitudinal strain; $r=0.42$, $p<0.01$, global çevresel strain; $r=-0.39$, $p<0.01$, global radyal strain). İnfarkt alanı T1 relaksasyon süresi ile sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ve strain değerleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$, tüm analizler). İnfarkt alanının T2 relaksasyon süresi ile sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ve strain değerleri arasında korelasyon mevcuttur ($r=-0.31$, $p=0.03$, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu; $r=0.40$, $p<0.01$, global longitudinal strain; $r=0.42$, $p<0.01$, global çevresel strain; $r=-0.39$, $p<0.01$, global radyal strain). İnfarkt dışı alanın T2 relaksasyon süresi ile sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ve strain değerleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$, tüm analizler).

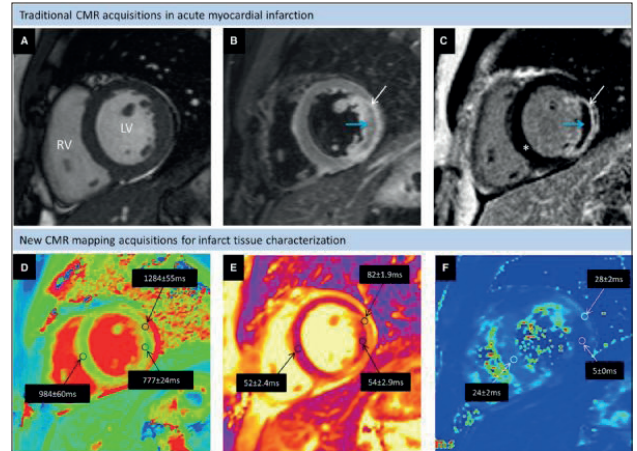
Sonuç: Primer PKG ile tedavi edilen STEMI hastalarında infarkt alanında ölçülen ortalama T2 relaksasyon ve infarkt dışı alanda ölçülen ortalama T1 relaksasyon süreleri ile sol ventrikül global fonksiyonları arasında anlamlı ilişki mevcuttur. Bu sonuç akut iskemi sonrası infarkt alanında ve infarkt dışı alanda doku düzeyinde oluşan inflamatuvar cevabın global sol ventrikül fonksiyonlarını etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: ST-segment elevasyonlu miyokard enfarktüsü, strain, T1-T2 relaksasyon süresi



Şekil 1. Sol ventrikül miyokardiyal deformasyon yönleri

Figürün alındığı makale: 'Scatteia A. Et al. Strain imaging using cardiac magnetic resonance, Heart Fail Rev. 2017 Jul;22(4):465-476. doi: 10.1007/s10741-017-9621-8.'



Figür 2. Geleneksel ve modern kardiyak MR teknikleri ile akut iskemik miyokart hasarının analizi

Figürün alındığı makale: 'Demirkiran A. et al. Eur Heart J Cardiovasc Imaging. 2019 Jul 1;20(7):723-734. doi: 10.1093/ehjci/jez094.'

ULUSAL STANDARDİZE COVID-19 VAKA SORGULAMA KILAVUZUNUN TANISAL DEĞERİ: GERÇEK YAŞAM VERİLERİ

Reyhan Öztürk¹, Gökhan Tazegül²

¹Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Ankara

²Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Ankara

Amaç: Sağlık kuruluşları, şüpheli yeni tip koronavirüs (COVID-19) vakalarının enfekte olmayan kişiler ile karşılaşma ve hastalığı yayma ihtimalinin yüksek olduğu alanlar arasındadır. COVID-19 şüphesi olan hastaların belirlenip, izole bir alana yönlendirilmesi için uygun bir triyaj planına ihtiyaç vardır. Hızlı ve efektif triyaj, bulaşın önlenmesi, erken tedavi, kohortlama ve hastane kaynaklarının efektif kullanımı için kritik öneme sahiptir. Bu retrospektif çalışmada, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından COVID-19 pandemisi başından itibaren ülke genelinde uygulanması önerilen "Ayaktan Başvuran Hastalar için Olası COVID-19 Vaka Sorgulama Kılavuzu" isimli triyaj kılavuzunun gerçek yaşam verisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 1-30 Nisan 2021 tarihleri arasında merkezimize ayakta başvuran 39.681 hastanın verisi retrospektif olarak değerlendirildi. Triage kılavuzu, COVID-19 ile ilişkili semptomlarla ilgili üç soru, temas ve seyahat öyküsü ile ilgili dört sorudan oluşuyordu. Triage sırasında sorulardan herhangi birine evet yanıtı veren hastalar pandemi polikliniğine yönlendirildi. Yedi sorunun tümüne hayır yanıtı veren hastalar kılavuzun önerdiği üzere düşük riskli olarak kabul edildi ve gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) taramasından geçirilmedi. Düşük riskli hastalara preoperatif dönemde, yeni bir semptom geliştiği durumda veya temas taraması gerekirse RT-PCR testi gerçekleştirildi. Düşük riskli hastalardan, hastaneye ilk başvurularını takip eden 14 gün içinde herhangi bir nedenle RT-PCR pozitif bulunanlar, COVID-19 enfeksiyonu için pozitif ve COVID-19 triyajı için yalancı negatif olarak kabul edildi ve buna göre analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 39.681 hastanın 3.529'u pandemi polikliniğine sevk edildi ve 1.055'i RT-PCR pozitif bulundu. 36.152 düşük riskli hastadan 94'ü, ilk başvurularını takip eden 14 gün içerisinde COVID-19 için RT-PCR pozitif saptandı. Bu gerçek yaşam verisi ile, triyaj kılavuzunun COVID-19 RT-PCR için duyarlılığı %91,82, özgüllüğü %93,58, pozitif olasılık oranı 14,30 ve negatif olasılık oranı 0,09 idi. Triage kılavuzu, RT-PCR ile orta düzeyde uyum içindeydi (Cohen's Kappa: 0,429, $p < 0,0001$). Temas ve seyahat öyküsü ile ilgili sorulara evet yanıtı veren hasta oranının az olması nedeniyle, triyaj çizelgesinin tanısal değeri, olası COVID-19 enfeksiyon semptomlarına ilişkin sorulara atfedildi.

Sonuç: "Ayaktan Başvuran Hastalar için Olası COVID-19 Vaka Sorgulama Kılavuzu", COVID-19 vakalarını ayırt etmek için yüksek sensitivite ve spesifisiteye sahiptir. Her ne kadar triyajda düşük riskli olarak değerlendirilen hastalara tarama amaçlı RT-PCR testi yapılamaması çalışmanın bir kısıtlılığı olsa da, mevcut kılavuzlar bu uygulamayı önermemektedir; bu nedenle sunulan veriler gerçek yaşam verisini aktarmaktadır. COVID-19 triyajı sırasında semptomların ve temas öyküsünün tanısal değerine toplum bazlı çok merkezli ileri çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: koronavirüs, triyaj, viral pnömoni

YENİ TANI HİPERTANSİF HASTALARDA D VİTAMİNİ DÜZEYİ İLE EVRELENDİRİLMİŞ HİPERTANSİYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ayşe Basmakçı

S.B. Beykoz Devlet Hastanesi İç Hastalıkları

Giriş: Hipertansiyon birçok organda tahribe yol açan yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Kanıtlar D vitamini düzeyi ile hipertansiyon gibi kardiyovasküler hastalıklar arasında ilişki olduğunu göstermektedir. D vitamini sayesinde lenfositlerden sitokin salınımı azalmakta, makrofajların köpük hücrelerine dönüşümü inhibe edilerek, trombogenez ve aterosklerotik hastalık engellenmekte, damar duvarı korunmaktadır. D vitamini düzeyi ile plazma renin aktivitesi ve kan basıncı arasında da ters bir ilişki bulunmaktadır. Aktif D vitamini renin gen ekspresyonunu baskılayarak renin üretimini kontrol etmekte böylece renin-angiotensin-aldosteron sisteminin down regülasyonu ile hipertansiyon gelişimi azalmaktadır. Çalışmamızda hipertansiyonu olan ile olmayan ve hipertansiyonlu hastalarda tansiyon şiddeti ile D vitamini düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek istedik.

Yöntem: Çalışmamıza ayakta dahiliye polikliniğine başvuran, ek hastalığı olmayan yeni tanı konulan 50 hipertansiyon hastası alındı. Kontrol grubu olarak kronik hastalık ve ilaç kullanımı olmayan 19 sağlıklı gönüllü kaydedildi. 69 katılımcının 25(OH) Vitamin D, PTH (Paratiroid Hormon), Ca (kalsiyum), P (fosfor), kreatin klirensi, mikroalbuminüri, BMI (vücut kitle indeksi) değerleri kaydedildi. D vitamini düzeyinde mevsimsel farklılık olmaması için çalışmaya alınan katılımcıların hepsi kış aylarında değerlendirildi. Hasta grubunun tansiyon değerleri ESH/ESC (Avrupa Hipertansiyon ve Avrupa Kardiyoloji Derneği) kılavuzuna göre Evre 1:140-159/90-99, Evre 2:160-179/100-109, Evre 3: $> = 180$ mmHg olarak sınıflandırıldı. Evrelere göre üç gruba ayrılan hipertansif hastalar D vitamini düzeyinin 20 ng/mL altında olması durumuna göre kendi içinde karşılaştırıldı. Çalışmamızda istatistiksel yöntemler olarak ki-kare testi, bağımsız örneklem t testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamız sonucunda hipertansif hastaların %66'sında, kontrol grubunun %63'ünde D vitamini eksikliği tespit edildi. Hasta ve kontrol grupları arasında D vitamini, kreatinin klirensi, mikroalbuminüri yönünden anlamlı fark görülmedi ($p:0,523; 0,228; 0,205$). Hasta grubunun BMI, PTH, C, P değerleri kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek tespit edildi ($p:0,005; 0,007; 0,013; 0,005$). Hasta grubu hipertansiyon evrelerine göre gruplandırıldığında da D vitamini eksikliği yönünden fark görülmedi ($p:0,464$).

Sonuç: Hipertansiyon, vasküler remodeling ve sol ventrikül hipertrofisi gelişiminde son derece önemli rol oynamakta olup, vitamin D eksikliği kardiyovasküler sistem üzerine etkilerini artırır. Yapılan bir çalışmada hipertansiyon hastalarında 25-hidroksivitamin D seviyeleri %180 oranında artırılmış, sistolik ve diastolik kan basıncı düzeylerinde 6 mm-Hg'a varan azalma olduğu görülmüştür. Buna karşılık Li ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada olduğu gibi D vitamini düzeyi ile hipertansiyon arasında ilişki olmadığını destekleyen çalışmalarda mevcuttur. Bizim çalışmamızda gruplar arasında D vitamini eksikliği yönünden farklılık görülmesi nedeni D vitamini eksikliğin toplumumuzda yaygın olması yanında çalışma grubunun yeterince geniş olmaması olabilir. Halk sağlığı uygulamaları ile D vitamini replasmanları yapılarak toplumda hipertansiyon prevalansının azaltılabilmesi mümkün.

kün olup olmadığına karar verebilmek için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, D vitamini, hipertansiyon evreleri

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılması			
	Hasta grubu(n:50)	Kontrol grubu(n:19)	p
yaş	51.62	49.05	0.336
kadın(n)	24	9	0.963
erkek(n)	26	10	
BMI	30.81	26.73	0.005
sistolik kan basıncı	173.24	118.16	0.000
diastolik kan basıncı	103.00	75.26	0.000
D vitamini	17.32	18.66	0.523
kreatin klirensi	136.70	157.53	0.228
mikroalbuminüri	20.95	0.00	0.205
PTH	52.89	38.19	0.007
Ca	9.55	9.21	0.013
P	3.78	3.34	0.005

Hasta ve kontrol grubu demografik, klinik ve laboratuvar parametreleri yönünden karşılaştırılmıştır

Tablo 1. Hipertansiyon evrelerine göre D vitamini düzeyi			
Hipertansiyon evreleri(hasta grubu)	D vitamini <20 n(%)	D vitamini ≥20 n(%)	p
Evre I	3 (9.0%)	3 (17.7%)	0.464
Evre II	15 (45.5%)	9 (52.9%)	
Evre III	15 (45.5%)	5 (29.4%)	

Hipertansiyon ESC/ESH klavuzuna göre evrelendirilmiştir

Endokrinoloji

SS-05

Abstract: 0101

NİVOLUMAB İLİŞKİLİ OTOİMMÜN HİPOFİZİT

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: İmmün kontrol noktası inhibitörleri; malign melanom, renal hücreli karsinom (RCC), akciğer kanseri, lenfoma gibi malignitelerde sağ kalımı anlamlı olarak uzatan ajanlardır. İmmün sistemin, özellikle T hücrelerinin aktivitesini artırarak anti tümöral etkinlik gösterirler. Yan etki profili de immün sistemin aşırı aktivasyonu ile ortaya çıkmaktadır. Endokrin sistem yan etkileri hipofizit, hipotiroidizm, hipertiroidizm, tirodit, adrenal yetmezlik ve diyabet gelişimi olarak sıralanabilir.

Hipofizit, hipofiz bezinin akut veya kronik bir iltihabıdır ve nivolumab veya pembrolizumabın neden olduğu hipofizit, ipilimumab ile karşılaştırıldığında belirgin şekilde daha düşüktür.

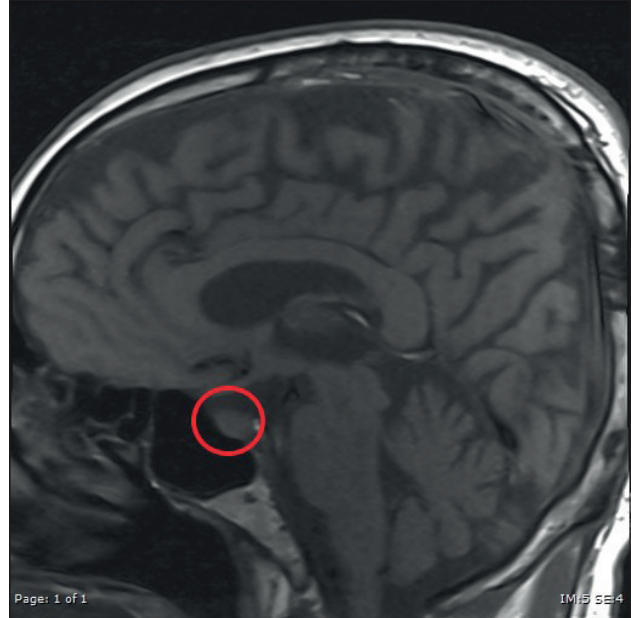
Olgu: 2018 yılında berrak hücreli renal karsinom tanısı alan 67 yaşında erkek hastaya, tanı anında sol radikal nefrektomi ve retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Hasta evre 3 renal hücreli karsinom tanısı ile takibe alındı. Ameliyattan 8 ay sonra yapılan rutin radyolojik görüntüleme bilateral akciğer paran-

kiminde multipl metastatik nodüller saptandı. Birinci basamak tedavi olarak on ay boyunca sunitinib 50 mg/gün tedavisi aldı. Hastalığın progresyonundan sonra Şubat 2020'de ikinci basamak tedavi olarak aksitinib başlandı. Hastalığın üçüncü progresyonundan sonra Ağustos 2020'de iki haftada bir nivolumab 240 mg başlandı ve kısmi remisyon saptandı. Ocak 2021'e kadar 12 kür nivolumab immünoterapisi tamamlanmıştı. Ancak hastanın kontrol vizitleri sırasında yorgunluk, artan uyku hali ve baş ağrısı şikayetleri vardı. Hemogram ve diğer laboratuvar tetkikleri normaldi (Tablo 1). Tiroid hormon profilinde tiroid stimulan hormon (TSH) ve T4 seviyeleri normaldi. Hasta Ocak ayı ortasında bir kür daha nivolumab tedavisi aldı. Şubat 2021'de aynı tedaviye devam ederken, sık sık senkop ve mide bulantısı ataklarından şikayet etti. Beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRI) herhangi bir metastatik lezyon göstermedi. Nivolumabın nadiren de olsa hipofizit gibi endokrin yan etkilere neden olduğu bilindiği için ön hipofiz hormon paneli istendi (Tablo 2). ACTH ve kortizol seviyeleri ile dehidroepiandrosteron sülfat seviyeleri ve IGF-1 seviyeleri düşük saptandı. Buna karşılık; prolaktin seviyesi yüksek, bazal LH ve FSH seviyeleri ile testosteron seviyeleri normaldi. Bu laboratuvar bulgularına dayanarak, nivolumab kaynaklı hipofizitten şüphelendik.

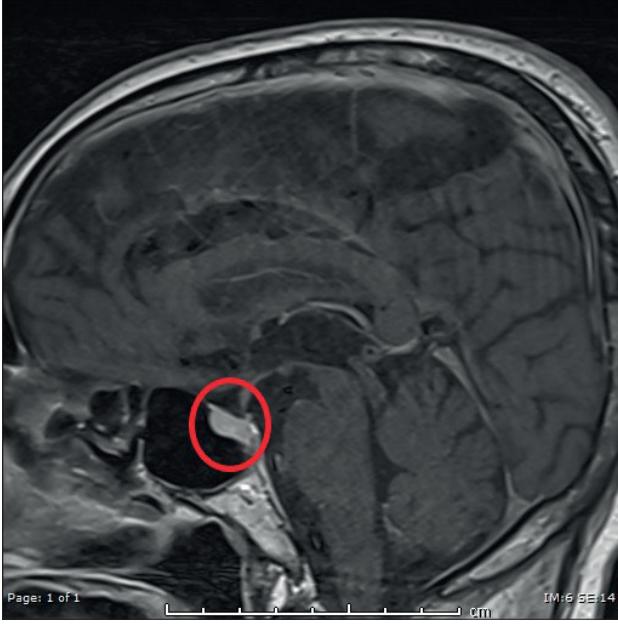
Yüksek dozda hidrokortizon (60 mg/gün) hemen intravenöz olarak uygulandı. Genel durumu sonraki birkaç gün içinde düzeldi ve i.v. hidrokortizon uygulaması D5'te peroral tedaviyle (20 mg/gün) değiştirildi ve ardından D10'da 10 mg/gün'e düşürüldü. Hipofiz MR'da, arka hipofiz sinyal yoğunluğunun kaybıyla birlikte hipofiz bezinin yaygın genişlemesi hipofiz metastazını dışlatarak ön planda bize nivolumab ilişkili hipofiziti düşündürdü (Şekil 1-2). Hidrokortizon replasman tedavisi alan hastanın nivolumab tedavisine devam edildi ve halen kısmi yanıt devam etmektedir.

Tartışma: Nivolumab kaynaklı hipofizit, nadir görülmekle birlikte immünoterapi alan hastalarda akılda tutulması gereken ciddi endokrin bir yan etkidir.

Anahtar Kelimeler: nivolumab, immünoterapi, hipofizit



Şekil 1. Prekontrast T1 ağırlıklı hipofiz MR görüntüsü; arka hipofiz sinyal yoğunluk kaybıyla birlikte hipofiz bezinin yaygın genişlemesi



Şekil 2. Postkontrast T1 ağırlıklı hipofiz MR görüntüsü; infundibulumun yaygın genişlemesi ve hipofiz bezinin heterojen büyümesi

Tablo 1. Hastanın başvuru anındaki laboratuvar parametreleri			
Hct:	42.7 % (40-52)	Total bilirubin:	0.6 mg/dL (0.3-1.2)
Hb	14.3 g/dL (13.2-17.3)	AST:	20 U/L (13-33)
RBC	449x10 ⁴ / μ L (402-570)	ALT:	19 U/L (8-42)
WBC	9.100 / μ L (4,000-9,600)	LDH:	257 U/L (119-229)
Nötrofil:	54.4 % (42.2-73.2)	ALP:	174 U/L (115-359)
Lenfosit:	36.9 % (20.1-47.3)	GGT:	24 U/L (10-47)
Eozinofil:	1.7 % (0.5-7.3)	BUN:	14 mg/dL (8-20)
PLT:	21,5 x10 ⁴ / μ L (16-35)	Kreatinin:	0.92 mg/dL (0.65-1.07)
Glukoz:	88 mg/dL (80-110)	Na:	138 mEq/L (137-145)
Total protein:	6.9 g/dL (6.3-7.9)	K:	4.7 mEq/L (3.5-4.8)
Albümin:	4.3 g/dL (3.9-5.0)	Cl:	106 mEq/L (100-107)

Tablo 2. Hastanın başvuru anındaki hormon profili	
ACTH:	4 pg/mL (7.2-63.3)
Kortizol:	0.05 μ g/dL (2.3-19.4)
GH:	0.1 ng/mL (< 2.1)
IGF-1:	32 ng/mL (70-219)
Prolaktin:	17.9 ng/mL (3.58-12.78)
TSH:	3.39 μ U/mL (0.35-4.94)
Serbest T4:	1.01 ng/dL (0.7-1.48)
Serbest T3:	3.35 pg/mL (1.71-3.71)
LH:	7.7 mIU/mL (0.79-5.72)
FSH:	10.3 mIU/mL (2.3-22.1)
DHEAS:	96.7 ng/mL (240-2,440)
Testosteron:	3.47 ng/mL (1.31-8.71)

ERKEN EVRE MEME KANSERİ HASTALARINDA ADJUVAN KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA TEDAVİYE BAĞLI KOMPLİKASYONLARLA İLİŞKİLİ İNFLAMATUAR BELİRTEÇLERİN BELİRLENMESİ

Utku Burak Bozbulut

Özel Hatay Defne Hastanesi, Hatay

Amaç: Erken evre meme kanseri tanısı ile cerrahi olup devamında adjuvan kemoterapi almış hastalarda D vitamini, NLR (nötrofil/lenfosit oranı) ve RDW (kırmızı hücre dağılım genişliği) ile MPV'nin (ortalama trombosit hacmi) kemoterapiye bağlı gelişen komplikasyonlarla ilişkisinin değerlendirilmesi

Yöntem: 2019-2021 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Hatay Eğitim Araştırma Hastanesi'nde ve Özel Defne Hastanesi'nde erken evre meme kanseri tanısı ile tedavi alan iki yüz yirmi sekiz hastanın dosyası tarandı. Yüz on iki hastanın dosyası değerlendirilmeye alındı. Hastaların demografik özellikleri, tanı anı patolojileri, cerrahi sonrası patolojik evrelendirilmeleri ve östrojen, progesteron reseptör durumları ve HER2 (İnsan epidermal büyüme faktörü 2 reseptörü) durumları ve ferritin, D vitamini, CRP, nötrofil lenfosit oranı, RDW ve MPV değerleri kaydedildi. Kemoterapi komplikasyonu olarak nötropeni, nötropenik ateş, nöropati, dermatolojik komplikasyonlar kaydedildi. (dosyalarda bunlarla ilişkili veriler bulundu.).

Bulgular: Yüz on iki hastanın tamamı bayandı. Yaş ortalaması 44 idi. Patolojik evre olarak tamamı pT1NOMO idi. Hastaların tamamı dört kür TC (dosetaksel ve siklofosfamid) kemoterapi rejimi almıştı. D vitamini 30 ng/ml'nin altında olan hastalarda nötropeni %30, nöropati %40 ve dermatolojik komplikasyonlar %32 görüldü. NLR oranı yüksek olan hastalarda (>3.53) %43 nötropeni, %52 nöropati ve %62 dermatolojik komplikasyonlar izlendi. RDW değeri yüksek olan hastalarda (> %15.5) %47 nötropeni, %64 nöropati, %70 dermatolojik komplikasyonlar gözlemlendi. MPV yüksek olan hastalarda (> 11,5 fl) %57 nötropeni, %51 nöropati, %63 dermatolojik komplikasyonlar gözlemlendi. Bu belirteçleri normal olan hastalarla diğer hastalar komplikasyonlar açısından karşılaştırıldığından istatistiksel anlamlı bir bulgu saptanmadı ancak inflamatuvar belirteçleri anormal değerlerde olan hastalara göre komplikasyonların daha fazla görülme eğilimi saptanmıştır.

Sonuç: Bakılan belirteçlerde anlamlı istatistiksel olarak anlamlı bir bulgu saptanmasa da bu belirteçlerinde patolojik bulgu saptanan hastalarda komplikasyon görülme eğilimi daha fazladır.

Anahtar Kelimeler: erken evre meme kanseri

AÇLIK KAN ŞEKERİ COVID-19'DA PROGNOZU ELİRLEME DE ETKİLİ MİDİR?

Ayşe Basmakcı

S.B.Beykoz Devlet Hastanesi

Amaç: Dünyamızda Covid-19 enfeksiyonuna bağlı pandemi yaşanmaktadır. Pankreas islet hücrelerinde angiotensin-converting enzyim-2 reseptörü ekspres edildiği, SARS-CoV-2'nin bu reseptörleri kullandığı belirtilmektedir. Beta hücrelerine verilen hasar ile KŞ değerinde artış gerçekleştiği düşünülmektedir. Bazı proinflatuar sitokinlerin de bu duruma katkı sağladığı düşünülmektedir. Buna karşın kan şekerinin, tedavide kullanılan ilaçlar, yatak istirahati, stres koşulları gibi birçok durumdan etkilenen değişken bir parametre olduğu da vurgulanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Covid-19 tanısıyla serviste yatarak takip edilen hastalarda yatış başlangıcında ve yatışın sonunda ki günlerde bakılan AKŞ'nin (açlık kan şekeri), kötü prognozu önceden tahmin etmeye yardımcı olup olmadığını değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmamız retrospektif olarak diyabetik olmayan 361 hasta, 1 Mart 2020-31 Aralık 2020 tarihleri arasında dosyaları geriye doğru taranarak yürütülmüştür. Hastalar klinik sonlanımları temel alınarak, Dünya Sağlık Örgütü'nün COVID-19 2021 kılavuzuna göre hafif-orta ve ağır olgular olarak iki gruba ayrılmıştır. Ağır hastaların klinik sonlanımı; yoğun bakım ünitesine transfer yada eks olma durumu şeklinde olmuştur. Hastaların AKŞ, CRP (serum reaktif protein), NLR (nötrofil lenfosit oranı) değerleri, toraks BT (bilgisayarlı tomografi) ile Total BT Skorları hesaplanarak kayıt edilmiştir. Çalışmada iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, grup içi karşılaştırmalarında post hoc Wilcoxon işaret testi, Ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Her iki grubun yatış başlangıcındaki AKŞ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (p1: 0.064). Ağır olguların yatış sonundaki AKŞ değerleri ise hafif-orta gruptan daha yüksek görülmüştür (p1: 0.000). Hafif-orta olgularda Yatış sonundaki AKŞ, yatış başındakine göre düşme göstermiştir (p:0.023). Ağır olgularda ise yatış sonunda ki AKŞ değerinde artış görülmüştür (p:0.001). Ağır olgularda CRP, NRL değerleri AKŞ değerlerine benzer şekilde artış göstermiştir. Her iki grupta yatış başlangıcında değerlendirilen toraks BT skorları, yatış başlangıcındaki AKŞ değeri gibi kötü prognozu tahmin etmede etkili görülmemiştir (p: 0.105).

Sonuç: Çalışmamızda AKŞ'nin iyi ve kötü prognozu yatış başlangıcında belirlemede etkili olmadığını tespit ettik. Servis takibi sonlanımında ise iyi prognozlu hastalarda AKŞ değerlerinde düşme, kötü prognozlu hastalarda artma tespit edilmiştir. Diyabeti olmayan hastalarda yapılan bir çalışmada, AKŞ'yi Covid-19 için akut solunum yetmezliği sendromuna ilerleme, 28 günlük mortaliteyi belirlemede önemli bir prognostik belirteç olarak görmüştür. Beklenenin aksine yapılan başka bir çalışmada acil servise başvuran bakteriyemi ve sepsisli hastalar karşılaştırılmış ve sepsisli hastalarda daha düşük kan şekeri, daha fazla hastane yatışı, mortalite görülmüştür. Çalışmamızda AKŞ, servis takibindeki ilk günde iyi ve kötü prognozu ayırt edememiştir. Fakat servis takibinde diğer inflammatuar belirteçler gibi enfeksiyon şiddetiyle paralel seyretmiştir. Prediyabetik hastaların ayrılmasını, yatışın ilk günü bakılan AKŞ'nin, enfeksiyon dışı bir AKŞ değeriyle karşılaştırılmaması bazı kısıtlılıklarımızdır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, açlık kan şekeri, prognoz

Tablo 1. Biyokimyasal verilerin takibi

	hafif-orta(n:3003) (medyan değer)	ağır(n:58)	p:
glukoz: yatış başı	110	118,5	0,064
yatış sonu	102,5	136,5	0,000
p:	0.023	0,001	
NLR: yatış başı	3,3	5,5	0,000
yatış sonu	3,5	9,8	0,000
p:	0,950	0,014	
CRP: yatış başı	4,1	6,1	0,010
yatış sonu	1,2	8	0,000
p:	0,000	0,210	

mann whitney u testi ve wilcoxon sign testi kullanılmıştır

Tablo 2. hafif-orta ve ağır grupların BT skorlarının karşılaştırılması

	BT skoru < 10 n(%)	BT skoru >=10 n(%)	p:
hafif-orta	189(%69)	85(%31)	0,105
ağır	33(%57,9)	24(%42,1)	

Total BT Skoru: maksimum 20 puandır

SOLİTER FİBRÖZ TÜMÖRLÜ BİR HASTADA PAZOPANİB SONRASI ŞİDDETLİ HIPOGLİSEMİ: OLGU SUNUMU

Havva Sezer

Koç Üniversitesi Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları, İstanbul

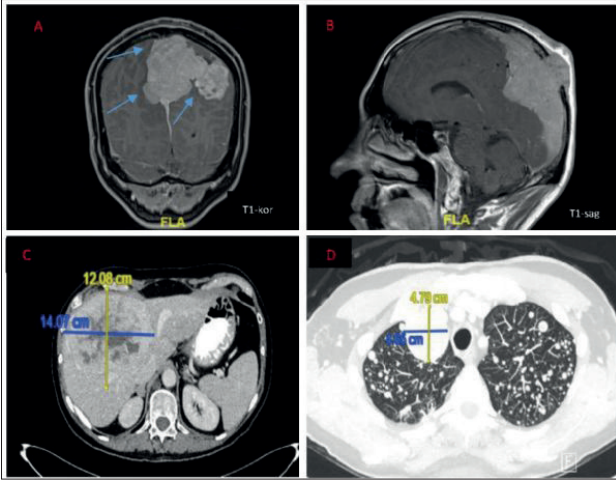
Giriş: Soliter fibröz tümörler (SFT), nadir görülen %80'i torasik kavite yerleşimli olan mezeneşimal kaynaklı tümörlerdir. Toraks yerleşimli olanların %10-20'si malign, toraks dışı yerleşimli olanların %66'sı maligndir. Nadir görüldüklerinden bu tümörlerin takibi ile ilgili yeterli tecrübe yoktur. Benign olanlarda dahi tanıdan yıllar sonra metastazlara rastlanmıştır. Bu hastalarda, %5-10 sıklıkla IGF-2 ilişkili paraneoplastik hipoglisemi görülmektedir. Pazopanib; vasküler endotelial growth faktör reseptör 1, 2, 3, platelet kaynaklı growth faktör reseptör α , β ve stem cell faktör reseptör inhibisyonu yaparak antitümör etki gösteren multitarget bir tirozin kinaz inhibitörüdür (TKİ). Malign SFT tedavisinde kullanılmaktadır. TKİ'nin bildirilmiş en sık yan etkileri; hipertansiyon, yorgunluk, el-ayak sendromu, bulantı, kusma, iştahsızlık, ishal, mukozit, hipotiroidi ve hematolojik yan etkilerdir. Son yıllarda TKİ ile ilişkili hipoglisemi gelişmiş vaka bildirimleri nedeniyle bu konu dikkat çekmeye başlamıştır. Literatürde sıklıkla sunitinib veya imatinib ilişkili hipoglisemi vakaları yayınlanmıştır, bir vakada pazopanib ilişkili sekonder adrenal yetersizliğe bağlı hipoglisemi rapor edilmiştir. Burada malign SFT tanılı, pazopanib başlandıktan 1 ay sonra sabah şiddetli hipoglisemi epizodları başlayan non-diyabetik 43 yaşında bir erkek olgu tartışılmıştır.

Vaka: Son 1 aydır sabaha karşı terleme ve fenalık hissi şikayetleri olan hastanın 3 yıl önce intrakranial SFT tanısı ile 2 defa operasyon ve sonrasında intrakranial nüks kiteller için radyoterapi alma öyküsü mevcut. Bir yıl önce karaciğerde büyüğü 15 cm ve akci-

ğerde büyüğü 5 cm boyutlu multipl metastazları gelişmesi üzerine (Şekil 1) sistemik kemoterapi alan hastaya progresyonun devam etmesi üzerine pazopanib tedavisi başlanmış. Pazopanib başlandıktan 1 ay sonra sabah major hipoglisemi atakları başlayan hasta onkoloji kliniğinde endokrinoloji konsültasyonu istenmesi sonucunda değerlendirilmiştir. Yapılan laboratuvar testlerinde (Tablo 1) hipoglisemi IGF-2 ile ilişkili görünse de multipl metastazları son 1 yıldır bilinen hastanın hipoglisemi atakları pazopanib başlandıktan 1 ay sonra ortaya çıkmıştı. Hastaya prednizolon tedavisi başlandı ve hipoglisemi kontrol altına alındı.

Sonuç: Malign SFT tanılı hastalarda IGF-2 ilişkili hipoglisemi görülebilir. TKİ ilişkili hipogliseminin altında yatan mekanizmalar halen net değildir. Çalışma sonuçları bu grup ilaçların pankreas beta hücrelerine karşı anti-apoptotik etkileri yanında insülin direncini ve insülinin renal klerensini azaltıcı etkileri yönündedir. Büyük tümör yükü olmasına rağmen normoglisemik seyreden hastalarda tedaviye TKİ eklenmesi major hipoglisemiye neden olabilir. TKİ kesilemeyecek hastalarda prednizolon tedavisi ile hipoglisemik epizodlar önenebilir.

Anahtar Kelimeler: IGF-2, pazopanib, hipoglisemi



Şekil 1. Malign SFT'li hastanın beyin, karaciğer ve akciğerdeki kitlelerin radyolojik görüntüleri. **A, B:** kranial MR'da parietal kemik posteriorda destrüksiyon yapan ve cilt altına uzanım gösteren 14x8 cm boyutunda kitlesel lezyon, **A:** T1-koronal kesit, **B:** T1-sagittal kesit. **C:** Abdomen BT'de karaciğerde 14x12 cm boyutunda kistik/nekrotik lezyon, **D:** Toraks BT'de sağ akciğer üst lob apikalde mediastinel plevraya uzanan 4.7x4.6 cm boyutunda kitlesel lezyon.

Tablo 1. Laboratuvar sonuçları

Veriler	15 Ekim 2021	17 Ekim 2021	18 Ekim 2021	21 Ekim 2021	4 Aralık 2021
Kortizol (µg/dL)	22	-	-	-	-
Glukoz (mg/dL)	31	35	47	106 Prednizolon 10+15 mg	110 Prednizolon 10+10 mg
İnsülin (µU/mL) (3-19)	< 0.4	1.3	-	-	-
C-peptid (ng/mL) (0.8-4.3)	0.09	0.6	0.5	-	-
Anti-insülin antikor (U/L) (<10)	6.9	-	-	-	-
IGF-1 (ng/mL) (89-229)	25.6	-	-	-	-
IGF-2 (ng/mL) (333-967)	754	-	-	-	-
IGF-2/IGF-1 (<10)	29.4	-	-	-	-
ACTH (pg/mL)	128	-	-	-	-
Kreatinin (mg/dL)	0.5	-	0.6	-	0.9
ALT/AST (U/L)	34/40	-	-	-	38/22
TSH (µIU/mL)	1.7	-	-	-	-
Kalsiyum (mg/dL)	9.9	-	9.1	-	10
Hgb (g/dL)	9.9	-	-	-	12.4
LDL (mg/dL)	199	-	-	-	-
Trigliserit (mg/dL)	83	-	-	-	-
Sodyum (mmol/L)	140	-	-	-	137

Genel Dahiliye

SS-09

Abstract: 0122

HANGİ KARDİOVASKÜLER HASTALIK DEĞERLENDİRME RİSK PUANLAMA SİSTEMİ TÜRK POPÜLASYONU İÇİN DAHA UYGUNDUR?

Betül Erişmiş¹, Ecem Bozkurt¹, Bekir Doğan¹, Elif Hocaoğlu², Deniz Yılmaz¹, İrem Erdil², Ercan İnci², Mehmet Hurşitoğlu³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Framingham ve ASCVD (Atherosclerotic Cardiovascular Disease) risk puanlama sistemleri koroner ateroskleroz açısından en iyi bilinen puanlama sistemleridir. Ayrıca koroner arter kalsiyumu (KAK) ölçümü de koroner aterosklerozun oldukça spesifik bir belirteci olarak karşımıza çıkmış ve son zamanlarda yapılan çalışmalarla asemptomatik kişilerde dahi KAK ile majör kardiyovasküler sonuçlar arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Biz de bu çalışmamızla kendi ülke popülasyonumuzda KAK skorlamasının, Framingham ve ASCVD skorlamaları ile tutarlılığını araştırmayı amaçladık.

Materyal-Method: 15 Ocak – 15 Temmuz 2020 tarihleri arasında, çeşitli nedenlerle hastanemiz İç Hastalıkları Kliniği'nde yatarak tedavi edilmiş ve toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmiş olan hastalar retrospektif olarak incelendi. Malignite, bilinen kardiyovasküler hastalık, bilinen serebrovasküler hastalık, antihiper-

lipidemik ajan kullanımı, kronik inflamatuvar veya bulaşıcı hastalık öyküsü olanlar ile LDL kolesterolün 190 mg/dl üzerinde olduğu hastalar, kontrastlı toraks BT çekilmiş hastalar ve Türk vatandaşı olmayan hastalar çalışmadan dışlandı. Hastaların yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçümleri, sigara/alkol kullanım durumu, komorbiditeleri ve hemogram ile biyokimyasal parametreleri kaydedildi. Hastaların Framingham risk skorları <https://www.mdcalc.com/framingham-risk-score-hard-coronary-heart-disease> internet adresinden, ASCVD risk skorları ise <https://clincalc.com/Cardiology/ASCVD/PooledCohort.aspx> internet adresinden hesaplanarak kaydedildi. KAK skorlaması, rutin çekilen toraks BT'lerden Ordinal metodu ile 0-12 arası puanlama yapılarak hastanemiz Radyoloji Bölümünde değerlendirildi ve sonuçlar kaydedildi. Elde edilen sonuçlar uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmamıza 60 (%45,1) kadın, 73 (%54,9) erkek olmak üzere toplam 133 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması $59,62 \pm 14,65$ / yıl olarak saptandı ve demonstratif özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de gösterildi. Hastaların KAK skorları, Framingham ve ASCVD skorları ile karşılaştırıldı ve Framingham skorlaması ile arasında belirgin uyum saptandı ($p=0,149$; $p>0,05$). İki sonuç arasındaki uyum düzeyi %26,4 ile istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Kappa uyum katsayısı: 0,264; $p=0,002$; $p<0,01$). Yapılan analizler sonucunda testin duyarlılığı %39,13, özgüllüğü %87,27, pozitif kestirim değeri %39,13, negatif kestirim değeri %87,27 ve doğruluğu %78,95 olarak saptandı. KAK skorlama verileri ile ASCVD skorlama verileri arasında ise uyum saptanmadı.

Sonuç: KAK ve Framingham skorlama sistemleri arasında saptanan uyum, KAK ve ASCVD skorlama sistemleri arasında saptanmadığından, ülkemiz popülasyonunda Framingham skorlama sisteminin kullanılmasının daha yararlı olacağı düşünülmüştür. Ancak, bu açıdan daha net değerlendirmeler yapabilmek için daha fazla sayıda hastanın dahil edildiği çok merkezli araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter kalsiyum skorlaması, Framingham risk skoru, ASCVD risk skoru

Tablo 1. Demonstratif özelliklerin dağılımı		
Yaş	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	59,62±14,65 61 (40-79)
Cinsiyet	Kadın Erkek	60 (45,1) 73 (54,9)
Boy (Cm)	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	165,75±10,10 165 (125-189)
Vücut ağırlığı (Kg)	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	72,24±17,62 70 (40-150)
VKI (Kg/m2)	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	26,34±6,04 26,04 (13,06-48,98)
Sigara kullanımı	Hayır Evet	65 (48,9) 68 (51,1)
Sigara kullanım miktarı (paket) (n=68)	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	29,56±19,00 27,5 (5-100)
Alkol kullanımı	Hayır Evet	121 (91,0) 12 (9,0)
Alkol kullanım miktarı (n=12)	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	26,25±16,94 22,5 (5-55)
Hipertansiyon	Hayır Evet	92 (69,2) 41 (30,8)
Diyabet	Hayır Evet	96 (72,2) 37 (27,8)
Kronik böbrek hastalığı	Hayır Evet	106 (79,7) 27 (20,3)
Sistolik kan basıncı (mmHg)	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	122,74±18,42 123 (82-170)
Diyastolik kan basıncı (mmHg)	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	72,53±10,33 71 (44-105)

Endokrinoloji

SS-10

Abstract: 0123

COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE SUBAKUT TİROİDİT OLGULARI VE KALICI HİPOTİROİDİ GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bünyamin Aydın

KSBÜ Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı

Giriş: Tiroid bezinde Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) nin eksprese edilmesi ve SARS CoV-2 (Covid-19)'ninde reseptör olarak bunu kullanması nedeniyle, Covid-19 enfeksiyonunun tiroid patolojilerine yol açması muhtemeldir. Subakut tiroidit (SAT) hastalarında dörtte bir vakada geçici hipotiroidi meydana gelirken, %10 olguda kalıcı hipotiroidi gelişebilmektedir. Covid-19 geçiren hastalarda yapılan bir çalışmada %7 kalıcı hipotiroidi gelişimi bildirilmiştir. Çalışmamızda covid-19 pandemisi döneminde SAT geçiren hastalarda kalıcı hipotiroidi gelişim oranı ve bunu etkileyen faktörler araştırılmıştır.

Materyal-Metod: Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Endokrinoloji Kliniği'nde 11 Mart 2020- 11 Ocak 2022 tarihleri arasında (pandemi dönemi) subakut tiroidit tanısı konulan, bir yıllık takip süresini doldurmuş, verilerine tam olarak ulaşılabilen toplam 20 hastanın dosyası retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların başlangıç tiroid uyarıcı hormon (TSH), serbest T4 (fT4), serbest T3 (fT3), sedim, c-reaktif protein (CRP), tiroid peroksidaz antiko-

ru (anti-TPO), tiroglobulin antikoru (anti-Tg) ile 3. ay, 6. ay ve 12. ay TSH, fT4, fT3 değerleri arasındaki ilişki araştırıldı.

Sonuçlar: Hastalar 14 kadın (%70), 6 erkekten (%30) oluşmaktaydı ve ortalama yaş 41.8±9.9 idi. Sedimentasyon 46.1±19.6, CRP 47.1±34 olarak saptandı ve subakut tiroidit tanısı için geçen süre 18±6 gün idi. Hastaların 6'sı (%30) u non-steroid anti-inflamatuar ilaç (NSAİİ), 14'ü (%70) kortikosteroid almaktaydı. Başlangıç TSH: 0.19±0.34, fT4: 2.4±1.4, fT3: 4.6±1.1 olarak saptandı. Toplam 6 hastada (%30) kalıcı hipotiroidi tespit edildi. Kalıcı hipotiroidi gelişimine etki eden faktörlerin (sedim, CRP, tedavi, TSH, fT4 ve fT3) lojistik regresyonla değerlendirilmesi sonucu aralarında bir ilişki olmadığı saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda pandemi döneminde SAT olgularında kalıcı hipotiroidi gelişim oranı %30 ile literatüre göre daha fazla olduğu saptandı. Ancak bu artışın yapılan istatistiksel incelemede klinik ve demografik verilerle ilişkisi olmadığı görüldü. Covid-19 enfeksiyonunun tiroid bezi üzerindeki uzun dönem etkileri henüz bilinmemektedir. Olgularda hastaneye başvuru zamanının pandemi döneminde daha geç olması kalıcı hipotiroidi gelişiminde temel etken olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: covid-19, hipotiroidi, pandemi

Tablo 1. Subakut tiroidit vakalarının demografik ve klinik özellikleri	
N:20	DEĞER
YAŞ (MEAN±SD), (yıl)	41.8 ± 9.9
CİNSİYET (K/E), (%)	14 (%70) / 6 (%30)
SEDİMENTASYON (MEAN±SD), (mm/h)	46.1 ± 19.6
CRP (MEAN±SD), (mg/L)	47.1 ± 34
SUBAKUT TİROİDİT TANISI İÇİN GEÇEN SÜRE (gün)	18 ± 6
TSH (MEAN±SD), (mIU/L)	0.19 ± 0.34
FT4 (MEAN±SD), (ng/dL)	2.4 ± 1.4
FT3 (MEAN±SD), (ng/L)	4.6 ± 1.1
NSAİİ (n,%)	6 (%30)
KORTİKOSTEROİD (n,%)	14 (%70)
KALICI HİPOTİROİDİ (n,%)	6 (%30)

Endokrinoloji

SS-11

Abstract: 0126

KÜRETAJLA REMİSYONA GİREN GRAVES OLGUSU

Ali Nail Yağcı¹, Utku Erdem Soyaltın²

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, İstanbul

Özet: Human Koryonik Gonadotropin(β-HCG), fertilizasyonu takip eden 2. ve 8. günler arasında plasental trofoblast hücrelerinden salgılanarak korpus luteumun bozulmasını engeller; bu sayede de gebeliğin devamını sağlar. Çoğul gebelikte, mol hidatiformda ve koryokarsinomda serum hCG düzeyi normal gebelik değerlerinin çok üzerindedir. HCG'nin β subuniti TSH ile benzerlik gösterdiğinden artan β-hCG, TSH reseptörlerine bağlanıp onları aktive ederek tiroid hormon üretimini artırır ve TSH'ı baskılar. Burada aşikâr hipertirodi kliniği ile başvuran bir hastada Türkiye'nin kendine has bir gerçekliği olan "Nüfusa Erken/Geç Yazdırılma" problemi nedeni ile alta yatan mol hidatiform hastalığı tanısının konulması sürecinde yaşananlar anlatılacaktır.

Vaka: Halsizlik şikayeti ile başvuran 65'lik yaşlı kadın hastaya laboratuvar tetkiklerinde TSH: 0.02 mIU/mL(0.27-4.2 mIU/mL), sT4: 2.8 ng/dL(0.93-1.7 ng/dL) ve sT3 9.6 pg/mL(2.04-4.4 pg/mL); tiroit sintigrafisinde difüz hiperaktivite saptanması üzerine graves hastalığı tanısı konarak metimazol 5 mg 2x1 olarak başlanıyor. 1 ay sonraki kontrolünde sT4 düzeyi normal saptanan hastada metimazol dozu 1x1'e düşülerek hasta 1 ay sonra poliklinik kontrolüne çağrılıyor. 1 ay sonraki poliklinik kontrolünde 3 aydır adet görmediğini belirten hastada yapılan kan tetkiklerinde β-HCG 498.160 mIU/mL(0-8.3 mIU/mL) olarak saptanıyor ve hasta gerçek yaşının 52 olduğunu belirtiyor. Bunun üzerine metimazol tedavisi sonlandırılarak mol gebelik açısından Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'ne konsülte edilen hastada çekilen Transvajinal USG ve Tüm Batın BT'de uterusun fundusundan köken alan ve batın orta hat/sağ tarafına doğru büyüme gösteren, kalın duvarlı ve içerisinde solid kontrastlanma alanları içeren 20x12 cm gross kitle.? mol gebelik.? saptanıyor ve küretaj uygulanıyor. Küretaj sonrası tedrici β-HCG normalizasyonu gözlenen hastada tiroid fonksiyon testleri 1 ay içinde normal değerlere dönüyor.

Tartışma: Tiroit sintigrafisinde diffüz tutulum yapan nedenler TSHoma, tiroit hormon rezistansı, graves hastalığı ve mol hidatiforme olarak sıralanabilir. Yapılan çalışmalarda β-hCG >200.000 mIU/mL olan gebelerin %67'sinde TSH <0.2 mIU/mL, %32'sinde sT4 >1.8 ng/dL olarak saptanırken β-hCG >400.000 mIU/mL olan tüm gebelerde TSH'ın ölçülemeyecek düzeyde baskılı saptandığı tespit edilmiştir. Molar gebelik, gebeliğin anormal bir formudur ve gestasyonel trofoblastik hastalıklar içinde en sık görülen formdur. Klinikte karşımıza anormal vajinal kanama, hiperemesis gravidarum, hipertirodi ve preeklampsi ile gelebilir. Tedavide uterus içi, küretaj eşliğinde boşaltılır. Ülkemizde sıkça karşılaşılan kimlik yaşı ile biyolojik yaş arasındaki uyumsuzluk nedeni ile bazı tanılar atlanabilmekte ve maskelenilmektedir. Bu nedenle hasta yaşı, kimlik yaşından bağımsız olarak ayrıca sorularak teyit edilmeli; antitiroid tedavi başlanması planlanan hastalarda gebelik durumu sorgulanmalı gerekirse β-hCG tayini yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Graves Hastalığı, Hipertirodi, Mol Hidatiform

Acil Dahiliye

SS-12

Abstract: 0131

ACIL DAHİLİYE POLİKLİNİĞİMİZE BAŞVURAN ÜST GİS KANAMALI HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuba Olcay Vardal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Gastrointestinal sistem kanamaları (GİS) mortalitesi ve morbiditesi yüksek acil klinik tablodur; %85'i üst GİS kaynaklı olup %80'i spontan durur. Çalışmamızda acil dahiliye polikliniğine üst gis kanama ile yatırılan hastaların, demografik özellikleri, ek hastalıkları, ilaçları, covid ve aşı öyküsü, kanamaya eğilim nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamızda 01.11-31.12.2021 tarihleri arasında acil dahiliye polikliniğine başvuran üst gis kanama ön tanısı ile yatırılan 25-90 yaş aralığında 32 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

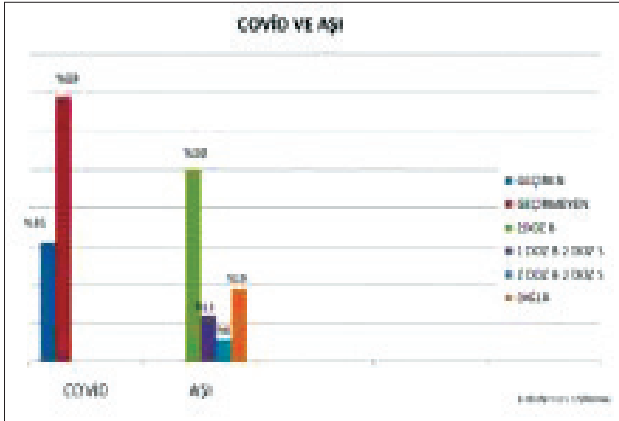
Bulgular: Çalışmaya alınan 32 hastanın 27(%84)'si kadın, 5(%15)'i erkekti. Yaş ortaması kadınlarda 63, erkeklerde 67; 10(%31)'u covid 19 enfeksiyonu geçirmiş idi. 28(%87)'si aşıli iken %50'si 2 doz biontech, %12'si 1 doz biontech ve 2 doz sinovac, %6'sı 2 doz biontech ve 2 doz sinovac ile aşılanmışlar.

dı. Hastalara 24 saat içinde endoskopi işlemi yapıldı; %78'ini üst gastrointestinal kanama, %22'sini alt gastrointestinal kanama oluşturmaktaydı. Hastaların etyolojileri değerlendirildiğinde 25(%78)'inde kronik gastrit, 3(%9)'ünde mide kansinomu saptanmış olup; ek olarak 2(%6)özofagus varis kanaması, 1(%3)'ini yüzeysel gastrit, 1(%3)'ini GİST(Gastrointestinalstromal tümör) oluşturmaktaydı. Kolonoskopi yapılan hastaların ise 2(%29)'sinde hemoroid, 2(%29)'inde polip saptandı. Diğer nedenleri rektum kansinomu 1(%14), anjiodisplazi, divertikül oluşturmaktaydı. 23(%71) hasta 5 gün içinde taburcu edildi. 1(%3) hasta medikal tedaviye cevap vermeyen mide kansinomu nedeni kanamaya bağlı cerrahiye devir edildi. 1(%3) hasta ex oldu. Çalışmamızın mortalite oranı %3 olarak saptandı.

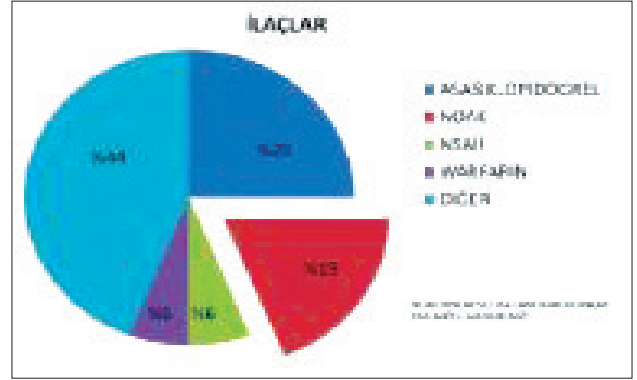
Hastaların eşlik eden hastalıkları değerlendirildiğinde 16(%50) hastada intrakraniyal hastalık, 15(%46) hastada hipertansiyon, 9(%28) hastada diyabetes mellitus, 5(%15) hastada malignite saptandı. 1(%3) kronik böbrek yetmezliği, 3(%9)'unu nöropsikiyatrik hastalar oluşturmaktaydı. Hastaların kullandıkları ilaçlara bakıldığında 8(%25) hastada asetil salisilik asit ve klopidogrel kullanan, 6(%19)'unu yeni nesil oral antikoagülanlar(NOAK) kullananlar oluşturmaktaydı. Diğer ilaçlar arasında nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar, warfarin ve antibiyotikler bulunmaktaydı.

Sonuç: Gastrointestinal kanamalar dahiliye kliniğinin mortalitesi ve morbiditesi yüksek hastalıklarındandır. Çoğunluğunu peptik ülser zemininde üst gastrointestinal kanamalar oluşturur. Etiyolojide ilaçlar önemli olup çoğunluğunu nonsteroid anti-inflamatuar ilaçların(NSAİİ) oluşturmaktadır. Çalışmamızda asetil salisilik asit ve klopidogrel kullanan hastalar çoğunlukta idi. Yeni nesil oral antikoagülanların diğer ilaçlara oranla daha az gastrointestinal kanama yaptığı düşünülse de verilerimizde azımsanmayacak oranda yeni nesil oral antikoagülanlar(NOAK) kullanımı mevcuttu. NOAK kullanan hastalar bu nedenle gelişebilecek kanamalar açısından daha yakından takip edilmelidir. Aşılama içinde hastalar teşvik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: GİS kanama, Acil Dahiliye, Covid aşısı



Şekil 1. COVID Aşısı



Şekil 2. İlaçlar

Tablo 1. Endoskopi sonuçları

	n	%
Kronik Gastrit	25	78
Mide Karsinomu	3	9
Özofagus Varisi	2	6
Yüzeysel Gastrit	1	3
Gastrointestinal Stromal Tümör	1	3

Tablo 2. Kolonoskopi sonuçları

	n	%
Polip	2	29
Hemoroid	2	29
Rektum Karsinomu	1	14
Anjiodisplazi	1	14
Divertikül	1	14

Romatoloji

SS-13

Abstract: 0134

ŞİDDETLİ VE KRİTİK SEYİRLİ COVID-19 NEDENİYLE TAKİP EDİLEN DEMANS HASTALARININ ANTİSİTOKİN TEDAVİ CEVAPLARI: RETROSPEKTİF KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Murat Bektaş¹, Muhammet İktbal Kılıç²

¹Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ve Romatoloji, Aksaray

²Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, Aksaray

Giriş: COVID-19 hastalarında eşlik eden demansın kötü prognozla ilişkili olduğu gösterilmiş olmasına rağmen antisitokin tedavinin bu hastalardaki prognoz üzerine etkisi bilinmemektedir.

Amaç: Bu çalışmamızda demansı olan ve antisitokin ihtiyacı olan hastaların demansı olmayan hastalar ile prognozlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Metod: PCR ile doğrulanmış ciddi ve kritik seyirli serviste yatan COVID-19 hastaları dahil edildi. Demans tanısı hasta yakınlarından alınan öykü, fizik muayene, tıbbi kayıtları ve aldığı tedaviler ile doğrulandı. Benzer yaş, cinsiyet, komorbiditeler ile eşleştirilen, benzer zaman diliminde COVID-19 nedeniyle servis yatışı yapılan antisitokin ihtiyacı olan hasta popülasyonu kontrol grubu olarak tanımlandı. COVID-19 hastalık şiddeti NIH COVID severity scale

tanımına (1), hastaların inflamatuvar durumları COVID hiperinflammation syndrome score (cHIS) hesaplanarak belirlendi (2). Hastaların başvuru sırasında ve takip süresince maksimum laboratuvar değerleri kaydedildi. En az iki günlük glukokortikoid tedavisine (80 mg/gün metilprednizolon ve eşdeğeri) yanıtız hastalara antistokin tedavi olarak tosilizumab 2 doz şeklinde 400 mg iv ya da anakinra 400-1600 mg/gün iv günlük klinik ve laboratuvar bulgularına göre doz ayarlanmak üzere başlandı. Ciddi infeksiyon paranteral antibiyotik veya yoğunbakım gerektiren infeksiyon olarak tanımlandı.

Sonuçlar: Toplam 15 demans ve 50 kontrol hastası çalışmaya dahil edildi. Hasta ve kontrol grubunun yaş, cinsiyet ve komorbid özellikleri benzerdi (tablo). Her iki grupta aşılama oranı benzerdi. Kritik hasta oranı demansı olan grupta olmayanlara göre daha fazla ($p=0.004$; OR:5), CHIS skorları ise demans grubunda daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel anlamlı değildi (3.8 ± 1.3 vs 3.3 ± 1.1 ; $p=0.2$). Başlangıç NLR ve prokalsitonin değerleri ile maksimum D-dimer, ferritin, LDH değerleri demans grubunda kontrollere göre yüksek iken istatistiksel anlamlılığı erişmedi ($p=0.2$, $p=0.6$, $p=0.07$, $p=0.6$, $p=0.4$, sırasıyla). Tanı sırasında ki D-dimer düzeyleri ile maksimum CRP düzeyleri demans hastalarında daha yüksekti ($p=0.015$ ve $p=0.005$, sırasıyla).

Demans hastalarında mortalite oranı %67 ($n=10$) olurken kontrol grubundan (%30, $n=15$) anlamlı yüksekti ($p=0.01$; OR:6.6). Ciddi infeksiyon oranı (%62 vs %11), yoğun bakım (%87 vs %30) ve entübasyon ihtiyacı (%60 vs %28) da demans hastalarında kontrollere göre anlamlı yüksekti ($p<0.001$; OR:15, $p<0.001$; OR: 15 ve $p=0.02$; OR: 5.2, sırasıyla).

Tartışma: Ciddi/kritik seyirli antistokin tedavi altındaki COVID-19 hastalarında demansı olan grupta olmayanlara göre mortalite artmış bulundu. Demans ve kontrol grubunda inflamatuvar parametreleri benzer olmasına rağmen ciddi infeksiyon oranının demans grubunda fazla olması demans hastalarında sitokin fırtınasından ziyade sekonder infeksiyonun mortalite gelişiminde daha önemli olabileceğini düşündürmüştür.

Kaynaklar

1. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health
2. Webb, B.J. Clinical criteria for COVID-19-associated, 2020.

Anahtar Kelimeler: Demans, Anakinra, COVID-19

Tablo 1. Hastaların klinik karakterisitikleri ve laboratuvar bulguları

Değişkenler	Demans	Kontrol	p değeri
Yaş (yıl) (ort±std.dev)	78.6±7	76.6±6	0.3
Hospitalizasyon süresi (gün) medyan (IQR)	19 (20)	12.5 (13)	0.1
Cinsiyet, erkek, n (%)	8 (53)	31 (62)	0.5
COVID şiddeti (kritik vs ciddi) n (%)	14/14 (100)	25/42 (60)	0.004 (8)
cHIS skoru (ort±std.dev)	3.8±1.3	3.3±1.1	0.2
Aşı n (%)	3/5 (60)	28/34 (82)	0.3
NLR medyan (IQR)	11.4 (10)	6.7 (9.4)	0.2
CRP (mg/L) medyan (IQR)			
tanı	115 (155)	122 (131)	0.9
maksimum	236 (152)	153 (104)	0.005
Ferritin (ng/mL) medyan (IQR)			
tanı	333 (507)	327 (485)	0.8
maksimum	727 (2143)	663 (953)	0.6
D-dimer (mcg/mL) medyan (IQR)			
tanı	2.2 (8.5)	1.2 (1.3)	0.015
maksimum	9.1 (18)	4.2 (10)	0.07
LDH (U/L) medyan (IQR)			
tanı	333 (180)	389 (198)	0.5
maksimum	594 (226)	545 (212)	0.4
prokalsitonin (pg/mL) medyan (IQR)	0.5 (0.6)	0.3 (0.6)	0.6
Komorbiditeler n (%)			
Diyabetes mellitus	5/14 (36)	17 (34)	1
Hipertansiyon	8/13 (62)	35 (70)	0.6
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	3/13 (23)	11 (22)	1
Koroner arter hastalığı	4/13 (31)	9 (18)	0.3
Kalp yetersizliği	2/13 (15)	9 (18)	0.8
Malignite	1/14 (7)	9 (18)	0.4
Kronik böbrek yetersizliği	2 (13)	13 (26)	0.5
Antistokin tedavi n (%)			
Anakinra	15 (100)	49 (98)	1
Tosilizumab	0	2 (4)	1
Ciddi infeksiyon n (%)	8/13 (62)	5/46 (11)	<0.001 (15)
Yoğun bakım ihtiyacı n (%)	13 (87)	15 (30)	<0.001 (15)
Entübasyon n (%)	9 (60)	14 (28)	0.02 (5.2)
Mortalite n (%)	10 (67)	15 (30)	0.01 (6.6)
IQR: Çeyreklerarası mesafe ort: ortalama std. dev: standart sapma NLR: Nötrofil/lenfosit oranı			

BEVACİZUMABIN KOLON KANSERLİ HASTALARDA SOL VE SAĞ VENTRİKÜL SİSTOLİK VE DİYASTOLİK FONKSİYONLARINA ETKİSİ**Muharrem Nasifov¹, Vefa Nasifova², Özge Özden¹, Ömer Göktekin¹, Necmi Ata³**¹Memorial Bahçelievler Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği²Istanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Arka Plan ve Amaç: Bu prospektif çalışmanın amacı, başka herhangi bir kemoterapötik ajanla tedavi edilmemiş kolon kanseri hastalarında hem geleneksel ekokardiyografi hem de doku Doppler görüntüleme teknikleri kullanılarak bevacizumabın sol ve sağ ventrikül fonksiyonları üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yöntemler: Çalışmaya bevacizumab ile tedavi edilen 20 kolon kanserli hasta (ortalama yaş 58.1±9.1; 6 kadın, 14 erkek) dahil edildi. Bevacizumab tedavisi 15 günde bir yaklaşık 6 kür verildi. 6 kür bevacizumab tedavisi öncesi ve sonrasında transtorasik ekokardiyografi yapıldı. Sistolik ve diyastolik sol ve sağ ventrikül fonksiyon parametreleri hem geleneksel hem de doku Doppler yöntemleri ile ölçüldü.

Bulgular: Bevacizumab ejeksiyon fraksiyonunu (ortalama %3.6), E dalga hızını ve E/a oranını önemli ölçüde azalttı, ayrıca IVRT'yi önemli ölçüde uzattı (P değerleri sırasıyla 0.001, 0.001, 0.025 ve 0.019). Bevacizumab tedavisi ile sol ventrikül duvar kalınlığı ve kavite boyutları anlamlı bir şekilde değişmedi. Doku doppler ekokardiyografik parametrelerden tedavi öncesi ve sonrası miyokardiyal S hızları benzerdi, ancak septal E/Ea, lateral E hızı ve lateral Ea/Aa oranı önemli ölçüde azaldı (p değerleri sırasıyla 0.04, 0.03 ve 0.05). Sağ ventrikül serbest duvarından ölçülen sağ ventrikül S hızı tedavi öncesi ve sonrası benzerdi ancak sağ ventrikül serbest duvarından ölçülen E dalgası ve E/A oranı önemli ölçüde azaldı (p: 0.017 ve p: 0.01). Kemoterapi sonrası anlamlı olarak değişen ekokardiyografik göstergeler (EF, E/A, E dalgası ve RV E/A) ile bevacizumab dozu arasındaki korelasyon analizi araştırıldı. Ejeksiyon fraksiyonu ile bevacizumab dozu arasında negatif korelasyon varken (P: 0.02, R: -0.3), diğer değişkenler ile kullanılan ilaç dozu arasında korelasyon bulunmadı.

Tartışma: Bevacizumabın sol ventrikül sistolik ve/veya diyastolik fonksiyonu üzerindeki etkisini araştırılan önceki çalışmalar, bevacizumaba ek olarak başka kemoterapötik ajanları (adjuvan ajan olarak) kullanan veya daha önce başka ajanlarla kemoterapi almış hastalardan oluşan hastalarda yapılmıştır. Bu nedenle çalışmamız tek ajan olarak bevacizumabın etkisini araştırılan literatürdeki ilk çalışmadır. Çalışmamız, bevacizumabın kalp yetmezliği riskini artırdığı konusunda yeni ve önemli bilgi sağlamaktadır. Sonuç olarak, bevacizumab, kolorektal kanserli hastalarda sol ventrikül sistolik ve diyastolik fonksiyonunda subklinik ancak anlamlı bozulma ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Bevacizumab, kanser, ekokardiyografi

DIYABETİK OLMAYAN HİPERTANSİF HASTALARDA SERUM ÜRİK ASİT DÜZEYİ İLE METABOLİK SENDROM ARASINDAKİ İLİŞKİ**Mehmet Çelik, Ayhan Küp**

S.B.Ü. Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Hipertansiyon (HT) kardiyovasküler hastalıklarla güçlü bir şekilde ilişkili olan metabolik sendroma (MetS) eşlik edebilir. MetS gelişimi ile ilgili yüksek risk gruplarının belirlenmesi bu istenmeyen kliniğin önüne geçilmesi için çok önemlidir. Normal popülasyonda ürik asit düzeyinin HT ve MetS gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada diyabetik olmayan hipertansif hastalarda MetS öngörüsünde ürik asidin rolünün araştırılması amaçlandı.

Metodoloji: Mart 2020- Kasım 2020 tarihleri arasında HT tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Diabetes mellitusu olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Metabolik sendrom, Ulusal Kolesterol Eğitim Programı (NCEP) tanımına göre HT, yüksek glikoz seviyesi, anormal kolesterol seviyeleri ve abdominal obezite varlığının kümelenmesi olarak kabul edildi. Hastalar MetS varlığına göre iki gruba ayrıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 214 hastanın yaş ortalaması 48,5±8,6 yıl olup, bunların 100'ü (%46,7) kadındı. 112 hastada (%52) MetS saptandı. Bel çevresi (101.2±11.3 vs 106.7±10.1 cm, p=0.020), vücut kitle indeksi [30.6±4.9 vs 32.8±4.1, p=0.016], E/e' oranı [9.2 (7.3-11.1) vs 10.6 (9.1-13.4), p=0.003], epikardiyal yağ dokusu kalınlığı [5.9 (4.8-8) vs 7.9 (6-9.6), p=0.006], ve serum ürik asit düzeyi [4.75±1.10 vs 5.82±1.21 mg/dL, p<0.001] metabolik sendromu olan hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti. Multivaryant regresyon analizi serum ürik asit [OR=2.217, %95 CI:1.300-3.783, p=0.003] ve vücut kitle indeksinin [OR=1.214, %95 GA: 1.032-1.428, p=0.019] MetS'nin bağımsız öngörücüleri olduğunu gösterdi.

Sonuç: Serum ürik asit düzeyinin, diyabetik olmayan hipertansif hastalarda MetS ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu kolay ulaşılabılır kan parametresi, MetS gelişme riski altında olan hipertansif hastaları değerlendirmek için kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Metabolik Sendrom, Ürik Asit

Tablo 1. Hastaların Bazal Karakteristik Özellikleri

Değişkenler	Metabolik sendrom (-) (n=102)	Metabolik sendrom (+) (n=112)	Tüm Hastalar (n=214)	p değeri
Demografik Bilgiler				
Yaş (yıl)	48.2±7.6	48.7±9.6	48.5±8.6	0.763
Cinsiyet (kadın) n,(%)	44(43.1)	56(56)	100(46.7)	0.477
Sigara n,(%)	30(29.4)	38(33.9)	68(31.8)	0.616
Hiperlipidemi n,(%)	48(47.1)	74(66.1)	122(57)	0.053
Klinik SKB (mmHg)	156.3±14.6	156.6±15.6	156.1±15.4	0.846
Klinik DKB (mmHg)	97.2±7.9	99.3±9.8	98.1±9.1	0.055
Bel Çevresi (cm)	101.2±11.3	106.7±10.1	104.2±11	0.020
VKİ (kg/m ²)	30.6±4.9	32.8±4.1	31.7±4.6	0.016
Ekokardiyografi Bulguları				
Sol Atriyum Çapı (mm)	39.6±3.3	41.2±2.8	40.4±3.1	0.086
SV EF (%)	65±3.4	64.7±4	64.9±3.7	0.825
İVSK (mm)	11.2(10.8-13.8)	13(11.6-14)	12(11-13.9)	0.035
PDK (mm)	10.8(10-12.4)	12(11-13)	11.2(10.3-12.5)	0.018
E/e'	9.2(7.3-11.1)	10.6(9.1-13.4)	10.1(8.4-12.2)	0.003
EYD (mm)	5.9(4.8-8)	7.9(6-9.6)	6.3(5.6-8.7)	0.006
Laboratuvar Parametreleri				
WBC (10 ³ /µL)	7.2±1.3	7.6±1.5	7.4±1.4	0.136
Hemoglobin (g/dL)	14.8(13-15)	14.9(14-15)	14.7(13.5-15)	0.988
Nötrofil (10 ³ /µL)	4.06±1.09	4.16±1.08	4.11±1.07	0.866
Lenfosit (10 ³ /µL)	2.2(1.8-2.9)	2.68(2.02-3.15)	2.56(1.9-2.95)	0.019
Açlık Kan Şekeri (mg/dL)	96.5(93.2-101)	99(92-110)	98(92-108)	0.275
Kreatinin (mg/dL)	0.82±0.13	0.80±0.10	0.81±0.12	0.442
Ürik Asit(mg/dL)	4.75±1.10	5.82±1.21	5.28±1.26	<0.001
CRP (mg/dL)	0.30(0.18-0.64)	0.40(0.26-0.63)	0.33(0.22-0.63)	0.162
Total Kolesterol (mg/dL)	227.3±37.3	215.9±41.1	222.1±39.8	0.375
Trigliserit (mg/dL)	117.5(80-152.7)	176.5(141-231.7)	145(98.5-191)	<0.001
LDL (mg/dL)	137.5±31.9	144.3±42.2	141.4±37.3	0.606
HDL (mg/dL)	50.5(43-58.7)	42.5(37.2-47)	45(41-54)	0.001
İlaç Kullanımı				
Beta Bloker n,(%)	16(15.7)	14(12.7)	30(14.2)	0.662
ACE-I n,(%)	26(26)	18(16.4)	44(21)	0.241
ARB n,(%)	32(31.4)	32(29.1)	64(30.2)	0.835
KKB n,(%)	20(19.6)	16(14.5)	36(17)	0.607
Diuretik n,(%)	42(41.2)	36(32.7)	78(36.8)	0.423

Kısaltmalar: SKB: Sistolik Kan Basıncı, DKB: Diyastolik Kan Basıncı, VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SVEF: Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu, İVSK: İnterventriküler Septum Kalınlığı, PDK: Posterior Duvar Kalınlığı, EYD: Epikardiyal Yağ Doku Sürekli değişkenler ortalaması± SD olarak belirtilmiştir.

Tablo 2: Metabolik Sendromun Bağımsız Prediktörleri

Değişkenler	Univariate			Multivariable		
	OR	CI %95	p değeri	OR	CI %95	p değeri
Bel Çevresi	1.051	1.007-1.096	0.022			
VKİ	1.114	1.019-1.218	0.018	1.214	1.032-1.428	0.019*
EYD	1.234	1.034-1.473	0.020			
İVSK	1.163	0.945-1.432	0.154			
PDK	1.305	1.003-1.698	0.047			
E/e'	1.387	1.132-1.700	0.002			
Lenfosit	2.101	1.136-3.885	0.018			
Ürik Asit	2.048	1.391-3.014	<0.001	2.217	1.300-3.783	0.003*
Trigliserit	1.008	1.002-1.014	0.011			
HDL	0.933	0.893-0.974	0.002			

Kısaltmalar: VKİ: Vücut Kitle İndeksi, EYD: Epikardiyal Yağ Doku, İVSK: İnterventriküler Septum Kalınlığı, PDK: Posterior Duvar Kalınlığı

Endokrinoloji

SS-16

Abstract: 0143

AŞIKAR VE SUBKLİNİK HİPOTİROİDİ VAKALARININ LİPİD PROFİLLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bahar Arıcan Tarım

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Amaç: Hipotiroidi, toplumda sık karşılaşılan bir hastalıktır. Bu grup hastalarda kardiyovasküler riskin artmış olabileceğini gösteren birçok çalışma mevcuttur. Bu risk artışına etki eden faktörler arasında obezite, hiperlipidemi, sigara kullanımı, aile öyküsü, yaş, cinsiyet, sedanter yaşam biçimi sayılabilir. Yaptığımız bu çalışmada aşikar ve subklinik hipotiroidi vakalarının lipid profilini karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya, son 1 sene içinde İç Hastalıkları polikliniğine başvuran, yeni tanı almış ve tedavisi henüz başlanmamış 32 aşikar hipotiroidi ve 48 subklinik hipotiroidi vakası alındı. Bilinen sistemik hastalığı olmayan 50 kişi de kontrol grubu olarak belirlendi. Grupların demografik özellikleri, glukoz, total kolesterol, LDL kolesterol, HDL kolesterol, trigliserid, serbest T3, serbest T4 ve TSH seviyeleri, vücut kitle indeksleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Gruplar istatistiksel olarak karşılaştırıldığında aşikar hipotiroidili hastaların total kolesterol ve LDL kolesterol düzeyleri, subklinik hipotiroidili hasta grubuna ve kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti (p<0,05). Aşikar hipotiroidili hasta grubunda ortalama LDL kolesterol değeri:144,2±24.9 mg/dl iken bu değer subklinik hipotiroidili hasta grubunda 122.5±28, kontrol grubunda ise 118.1±30,2 idi. Gruplar arasında HDL kolesterol ve trigliserid düzeyleri açısından istatistiki olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0,05). Aşikar hipotiroidi hastalarının vücut kitle indeksleri genel olarak daha yüksek saptansa da, istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Sonuç: Bu bulgular; aşikar hipotiroidi hastalarının LDL-kolesterol seviyelerinin hem sağlıklı bireylerden, hem de subklinik hipotiroidili olgulardan daha yüksek olduğunu göstermiştir. Hiperlipidemi, kardiyovasküler riski belirlemede önemli bir etkidir. Bu hastalar sadece tiroid fonksiyonları ile değil, lipid parametreleri ile de yakından takip edilmelidir. Yapılan bu çalışmanın sonucu literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: hiperlipidemi, hipotiroidi

Tablo 1. Olguların demografik özellikleri

Parametre	Kontrol grubu (n=50)	Aşık hipotiroidi (n=32)	Subklinik hipotiroidi (n=48)	p*
Yaş (yıl)	40,15 ± 12	41,6 ± 11,3	37,4 ± 9,2	>0,05
Cinsiyet (E/K)	14 / 36	7 / 25	13/35	<0,05**
Boy (cm)	164,1 ± 9,03	159,0 ± 5,99	160,3 ± 4,3	>0,05
Kilo (kg)	68,5 ± 11,5	70,2 ± 11,8	71,6 ± 10,7	>0,05
Bel çevresi (cm)	86,4 ± 11	90,2 ± 12,4	88,3 ± 12,0	>0,05
VKI(kg/m2)	23,6 ± 4,1	26,3 ± 4,4	25,2 ± 3,8	>0,05
Sistolik kan basıncı (mm/Hg)	115,8 ± 10,8	120,8 ± 10,2	120,2 ± 10,1	>0,05
Diastolik kan basıncı (mm/Hg)	71,4 ± 7,3	72,5 ± 7,8	71,9 ± 7,2	>0,05

VKI: Vücut Kitle İndeksi * Student -t testi, **Ki-kare testi

Tablo 2: Olguların laboratuvar verileri

Parametre	Kontrol grubu (n=50)	Aşık hipotiroidi (n=32)	Subklinik hipotiroidi (n=48)	p*
AKS(mg/dl)	86,5 ± 7,9	87,0 ± 7,4	89,5 ± 8,5	>0,05
sT3 (ng/dl)	3,09 ± 0,32	2,18 ± 0,47	2,96 ± 0,41	<0,05
sT4 (ng/dl)	0,85 ± 0,12	0,42 ± 0,22	0,82 ± 0,23	<0,05
TSH (mIU/L)	1,74 ± 0,85	13,3 ± 5,42	9,69 ± 4,92	<0,05
Total kolesterol (mg/dl)	195,6 ± 32,6	221,38 ± 37,6	200,7 ± 38,8	<0,05
LDL kolesterol (mg/dl)	118,1 ± 30,2	144,2 ± 24,9	122,5 ± 28	<0,05
HDL kolesterol (mg/dl)	53,4 ± 12,1	52,5 ± 15,8	54,9 ± 12,7	>0,05
Trigliserid (mg/dl)	120,8 ± 52,5	123,4 ± 81,8	116,8 ± 55,5	>0,05

*Student-t testi

Romatoloji

SS-17

Abstract: 0144

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS'LU HASTALARDA PULMONER TUTULUM

Naci Şenkal¹, Mehmet Aydoğan², Esen Kıyan³, Elif Kocasoy Orhan⁴, Ali Aslan Demir⁵, Yasemin Yalçınkaya¹, Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹, Mahmude Lale Öcal¹, Bahar Artım Esen¹¹İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul²İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul³İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul⁴İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul⁵Fulya Görüntüleme Merkezi, İstanbul

Amaç: SLE pulmoner tutulum prevalansı, tanı yöntemleri de dahil olmak üzere çeşitli faktörlere bağlı olarak değişir. Bu çalışmada, tek merkezli bir kohortta farklı tanı yöntemleri ile tutulum sıklığını belirlemeye çalıştık.

Hastalar ve Yöntemler: SLE'li rastgele seçilmiş 300 hasta dahil edildi. Göğüs röntgeni (CXR), akciğer spirometrisi, karbonmonoksit difüzyon testi (DLCO) ve ekokardiyografi yapıldı. Kesin olarak interstisyel akciğer hastalığı (İAH) tanısı için yüksek çözünürlüklü toraks bilgisayarlı tomografi (YRBT) yapılırken, küçülen akciğer sendromu (SLS) tanısı için diyafram elektromiyografi (EMG), ultrasonografi (USG) ve manyetik rezonans görüntüleme (MR) kullanıldı.

nürlüklü toraks bilgisayarlı tomografi (YRBT) yapılırken, küçülen akciğer sendromu (SLS) tanısı için diyafram elektromiyografi (EMG), ultrasonografi (USG) ve manyetik rezonans görüntüleme (MR) kullanıldı.

Bulgular: Kohortun %88,3'ü kadındı. Ortalama yaş ve takip süresi sırasıyla 43 ve 11,5 yıldır. 300 hastanın %16'sında İAH, %6,7'sinde pulmoner hipertansiyon (PHT), %3'ünde SLS, %0,3'ünde pulmoner enfarktüs vardı. Çalışmanın başlangıcında, hasta kayıtlarından elde edilen bu tutulumların prevalansları, %4'ünde İAH, %5 PHT, %0,3 SLS ve %0,3 pulmoner enfarktüs olduğunu gösterdi. Ortanca yaş, ortalama hastalık süresi ve takip süresi İAH olan hastalarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek ve daha uzundu (p<0.05). İAH ve SLS hastalarında zorlu ekspiratuar hacim (FEV1), zorlu vital kapasite (FVC), DLCO ve toplam akciğer kapasitesi (TLC) anlamlı olarak daha düşüktü (p<0,001). İAH'lı hastalarda artrit, serozit, Raynaud fenomeni ve anti-Scl70 pozitifliği önemli ölçüde daha yüksekti. Nöropsikiyatrik hasar, avasküler nekroz, diyabet ve malignite bu hastalarda anlamlı olarak daha sıkı. SLS şüphesi olan tüm hastalara diyafram EMG, USG ve MR yapıldı. 10 şüpheli vakanın 6'sı EMG, 5'i USG ve 9'u MR'da SLS tanısı ile uyumlu bulundu. 5 hastada SLS tanısı için pozitif olan 3 tanı yöntemi vardı. SLS'li hastalarda plörit, perikardit, lökopeni, anti-Ro ve anti-La antikörlerinin sıklığı daha yüksekti. Bu hasta grubunda kas atrofisi ve zayıflığı, avasküler nekroz daha sıkı (p<0.05). SLS grubunda mikofenolat mofetil (MMF) ve siklofosamid ile tedavi edilen hasta sayısı daha fazlayken, İAH grubunda MMF ile tedavi edilen hasta sayısı daha fazlaydı. İAH grubunda hidroksiklorokin (HCQ) kullanmayı bırakan hastaların sıklığı anlamlı olarak daha yüksekti.

Tartışma: SLE'li hastalarda interstisyel akciğer hastalığı sık görülür ve önemli sayıda hastada SLS vardır. Spirometri, difüzyon testleri ve göğüs röntgeni, SLE'li hastalarda pulmoner tutulum için tanısal yaklaşımı şekillendirmek için basit ama değerli araçlardır. Diyafram MR, USG ve EMG, SLS'de kesin tanı için tamamlayıcı yöntemlerdir. Çalışmanın başlangıcı ile bitisi arasındaki önemli prevalans farkı göz önüne alındığında, olasılıklardan biri, SLE akciğer hastalığının multisistemik bir sunumun parçası olması nedeniyle yeterince tanınmamasıdır. Ayrıca, bu hastalarda immüno-supresiflerin daha fazla kullanılması, multisistemik aktif bir hastalığı destekleyebilir. İlaç etkisi başka bir endişe olsa da, çalışmanın kesitsel tasarımı nedeniyle nedensel bir ilişki kurmak zordur.

Anahtar Kelimeler: SLE, interstisyel akciğer hastalığı, SLS

Acil Dahiliye

SS-18

Abstract: 0146

COVID-19 HASTALARINDA ENDOTELYAL NİTRİK OKSİT SENTETAZ GENİNE AİT FONKSİYONEL VARYANTLARIN (RS1799983 VE INTRON 4A/B VNTR-27 BP) ARAŞTIRILMASI

Naci Şenkal¹, Alpay Medetalibeyoğlu¹, Murat Köse¹, Yasemin Oyacı², Gözde Yeşil Sayın³, Sacide Pehlivan², Tufan Tükek¹¹İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul²İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İstanbul³İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Nitrik oksit (NO), hücre içi ve hücre dışında düzenleyici işlev gören küçük, reaktif bir serbest radikal moleküldür. Birçok hücrenel işlem; endotel, trombosit, vasküler düz kas hücreleri, nöronlar ve diğer NO üreten hücrelerden salınan NO tarafından düzenlenmekte ve birçok dokuda sentezlenmektedir. Covid-19

ve akciğer tutulumundan bahsederken, önemli bir endotelial koruma mekanizmasını oluşturan Endotelial Nitrik Oksit Sentaz (eNOS) ön plana çıkmaktadır. Bu çalışmada; eNOS geninde bulunan intron 4a/b VNTR (27 bp) ve ekzon 7'de yer alan bir missense mutasyon olan G894T fonksiyonel gen varyantını (rs1799983) COVID-19 hastalarında çalışılarak hem sağlıklı bireylerle aralarında genotip/allel sıklığı açısından bir farklılık olup olmadığı hem de klinik parametrelerle bir ilişkisinin olup olmadığı araştırıldı.

Yöntem: Çalışmamıza, Nisan-Temmuz 2020 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Covid-19 kliniğinde tanı almış, PCR pozitif olan 284 hasta ve sağlıklı kontrol grubu oluşturmak adına komorbiditesi olmayan 100 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik/klinik bilgilerinin yanında, tanı anında alınan kan materyallerinden izole edilen DNA örneklerinin eNOS-rs1799984 ve eNOS-intron 4 a/b VNTR gen polimorfizmleri PCR/PCR-RFLP yöntemleri ile analiz edildi ve istatistiksel analizler IBM SPSS version 21.0 programında yapıldı.

Sonuçlar: Covid-19 hasta ve sağlıklı kontrol gruplarındaki eNOS-rs1799984 polimorfizmine ait genotip ve allel dağılımları karşılaştırıldığında hem genotip hem de allel dağılımında istatistik açıdan anlamlı bir farklılığın bulunduğu gösterildi (sırası ile; GG/0.030, GT/0.035, TT/0.013 ve T/0.011). COVID19 hasta ve kontrol gruplarındaki eNOS intron 4a/b VNTR polimorfizmine ait genotip ve allel dağılımları karşılaştırıldığında hem genotip hem de allel dağılımında istatistik açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı gösterildi. Her iki varyantta da; hem HWE'den sapma hem de klinik parametreler açısından anlamlı ilişki görülmedi.

Tartışma: Bu araştırma, Covid-19 PCR'ı pozitif hastalarda eNOS genine ait fonksiyonel gen varyantlarının araştırıldığı literatürde ilk çalışmadır. eNOS-rs1799984 fonksiyonel varyantındaki istatistik açıdan anlamlı bir farklılığın bulunduğu ve Covid-19 enfeksiyonuna yakınlıkta TT genotipi varlığının 8.313 kat risk oluşturduğu gösterilmiştir. Bu genin Covid-19 riski ile ilişkisini (tüm genom düzeyinde); hastalığın gelişmesi riski, tedavisi ve etyo-patofizyolojisinde etkili olan immün sistem cevabının genetik düzeyde ilişkisini anlayabilmek için daha büyük hasta gruplarıyla ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, eNOS, PCR-RFLP

Hematoloji

SS-19

Abstract: 0152

KARACİĞERDE DEV KİTLE İLE BAŞVURAN HASTADA İNDOLENT LENFOMA SEYRİNDE GÖRÜLEN HİPERGAMAGLOBULİNEMİ VE ALVEOLAR HEMORAJİ

Erdem Bektaş¹, Ayşenur Yılmaz¹, Tarık Onur Tiryaki², Übeyde Ayşe Gülseren¹, Yağmur Göksoy³, Timur Selçuk Akpınar³, Sevgi Kalayoğlu Beşişik²

¹İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

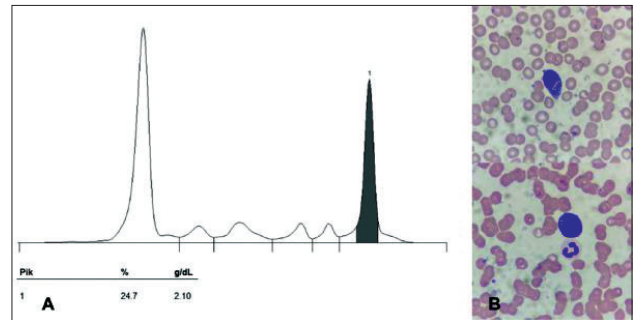
³İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Düşük gradlı B hücreli non-hodgkin lenfomalar (NHL) sık görülen yavaş seyirli, nodal ve ekstra-nodal tutulum yapabilen lenfoma türleridir. Bu vakada karaciğerde kitlesel, dalakta diffüz tutulum yapan monoklonal hipergamaglobulinemi ve alveolar hemorajinin eşlik ettiği düşük gradlı B hücreli NHL tanılı hastayı sunmayı amaçladık.

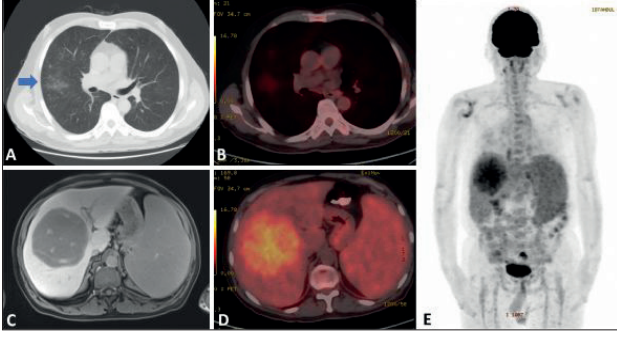
Olgu: 62 yaş erkek bilinen gut tanılı hasta 6 aydır zaman zaman olan terleme ve sitopeni nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Fizik muayenesinde traube kapalı, karaciğer ve dalak kot altında 7 cm palpabl, lenfadenomegali yok. Laboratuvar değerlerinde Hemoglobin 10,6 g/dL, Nötrofil 1,3 103/mm³, Lenfosit 2,2 103/mm³, Trombosit 137 103/mm³, sedimentasyon 69 mm/saat, CRP 22 mg/L (Tablo 1). Serum protein elektroforezinde 2,1 g/dL M piki (Şekil 1A), serum immünfiksasyon elektroforezinde (İFE) IgM-Kappa, idrar İFE'de Kappa monoklonal band saptandı. IgM 3734 mg/dL (40-230) olarak ölçüldü, monoklonal hipergamaglobulinemi saptandı. Periferik kan yaymasında plazma hücresi ve atipik nukleusu egzantirik yerleşimli lenfositler görüldü (Şekil 1B). MR'da karaciğer 22 cm, segment 4-7-8 yerleşimli 110x105 mm kitle lezyon, dalak 18,5 cm post-kontrast görüntülerde çok sayıda noktasal hipointens alan ve batın içi 1,5 cm'yi geçmeyen multipl laplar saptandı (Şekil 2C). PET-BT'de karaciğerde tanımlanan hipermetabolik lezyon (SUDmax 6.4), dalakta diffüz tarzda artmış FDG tutulumu (SUDmax 3.4), kemik iliğine uyan alanda (SUDmax 2.8) ve akciğer parankiminde infiltrasyon tarzı dansite artış alanlarında hafif düzeyde FDG tutulumu (SUDmax 1.8) saptandı (Şekil 2B,2D,2E). Akciğer parankimindeki buzlu cam dansitesinde alanlar (Şekil 2A) nedeniyle alınan bronkoalveolar lavaj (BAL) örneğinde alveoler hemoraji ile uyumlu hemosiderin yüklü makrofajlar saptandı. Romatolojik seroloji ve enfeksiyöz etkenler negatif bulundu (Tablo 2). Kemik iliği biyopsisinde nodüler-intrasinüzoidal karakterde düşük gradlı B hücreli NHL infiltrasyonu saptandı. Karaciğerdeki lezyon biyopsisinde kemik iliğindeki infiltrasyonu destekler bulgular elde edildi, immünotipik ve mikroskopik bulgular ile hastaya splenik marjinal zon lenfoma (SMZL) tanısı konularak R-CHOP kemoterapi rejimi başlandı.

Tartışma: SMZL genellikle yaşlı erkeklerde ortaya çıkar, sıklıkla dalak ve kemik iliğini etkiler. Çoğu vakada lenf nodu tutulumu olmaz fakat bizim vakamızda lenf nodu tutulumu olduğu için klinik progresyonu halinde yüksek gradlı lenfomaya transformasyon açısından tekrar örnekleme yapılması planlandı. Toraks BT'de görülen buzlu cam dansitesindeki infiltrasyonlarda saptanan hafif düzeyde FDG tutulumu lenfoma infiltrasyonu, enfeksiyöz ve inflamatuvar süreç olarak düşünüldü ve yapılan bronkoskopiye BALda alveolar hemoraji saptandı. Bunun IgM tipindeki monoklonal hipergamaglobulinemi ilişkili pulmoner mikrovasküler yatakta hasar olabileceği yorumu yapıldı. Sonuç olarak, bu vakada olduğu gibi karaciğerde dev kitle, splenomegali ve sitopeni ile başvuran hastalarda lenfoma tanısı göz önünde bulundurulmalı, eşlik edebilecek gamopatiler göz ardı edilmemelidir ve lenfoma seyrinde gördüğümüz alveoler hemoraji için ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: alveolar hemoraji, hipergamaglobulinemi, lenfoma



Şekil 1. A. Serum protein elektroforezinde monoklonal hipergamaglobulinemi, 2.10 g/dL M piki B. Periferik yaymada görülen plazma hücreleri



Şekil 2. A. BT görüntülemesinde buzlu cam dansitesinde infiltrasyon alanı (mavi ok) B. Buzlu cam dansitesinde infiltrasyon alanındaki hafif düzeyde FDG tutulumu C. MR görüntülemesinde karaciğerdeki kitle lezyon ve splenomegali D. PET-BT'de karaciğerdeki kitle lezyon ve dalakta artmış FDG tutulumu E. FDG-PET incelemesine ait maksimum intensite projeksiyon (MIP) görüntüsü

Tablo 1. Laboratuvar değerleri

Glukoz	98 mg/dL	WBC	4400/mm ³
Kreatinin	1,05 mg/dL	NEU/LYMP	1300/2200 mm ³
Ürik asit	6,3 mg/dL	HGB	10,6 g/dL
Na/K	140/4,25 mmol/L	PLT	137000/mm ³
Ca/P	9,82/4,36 mg/dL	Haptoglobulin	190 mg/dL
AST/ALT	12,4/8,2 U/L	Düzeltilmiş retikülosit	%1,01
ALP/GGT	109/41 U/L	Direkt coombs	negatif
LDH	155 U/L	INR	1,2
T.Bil/D.Bil	0,68/0,19 mg/dL	AFP	1,7 IU/mL
Total protein/albumin	8,5/4,19 g/dL	CEA	0,77 ng/mL
Ferritin	44 ng/mL	Sedimentasyon	69 mm/saat
Fe/TDBK	31/281 µg/dL	CRP	22 mg/L
B12	202 pg/mL	IgA/IgG/IgM	71,9/506/3734 mg/dL
Folat	3,3 ng/mL	Beta-2 Mikroglobulin	7,48 mg/L

Tablo 2. Otoimmün seroloji, BAL ve serum mikrobiyolojik tetkikler, BAL hücre dağılımı

ANA	negatif	HbSAg	negatif
ENA paneli	negatif	Anti-HBc IgM/IgG	negatif/negatif
Anti-CCP	negatif	Anti-HCV	negatif
C3	143 mg/dL	Anti-HIV	negatif
C4	32 mg/dL	BAL ARB/TB kültürü	negatif/üreme yok
RF	4.1 IU/mL	BAL non-spesifik kültür	üreme yok
Lupus antikoagulanı	negatif	BAL mantar kültürü	üreme yok
Anti-B2 glikoprotein IgM/IgG	negatif/negatif	BAL nocardia kültürü	üreme yok
Anti-Kardiyolipin IgM/IgG	negatif/negatif	BAL galaktomannan	negatif
PR3-ANCA	negatif	BAL PCP-PCR	negatif
MPO-ANCA	negatif	BAL/Serum CMV-DNA	saptanmadı/negatif
Anti-GBM	negatif	BAL Lenfosit/Nötrofil/Makrofaj/Eosinofil	%93/2/2/0

BİLATERAL FEMUR BAŞI AVASKÜLER NEKROZU İLE BAŞVURAN HEMOKROMATOZİS OLGUSU

Ayşenur Yılmaz¹, Erdem Bektaş¹, Übeyde Ayşe Gülseren¹, İbrahim Volkan Şenkal², Kenan Nuriyev², Mustafa Altınkaynak³, Bilger Çavuş², Bülent Saka³, Sabahattin Kaymakoğlu²

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

²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,

Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

³Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, İstanbul

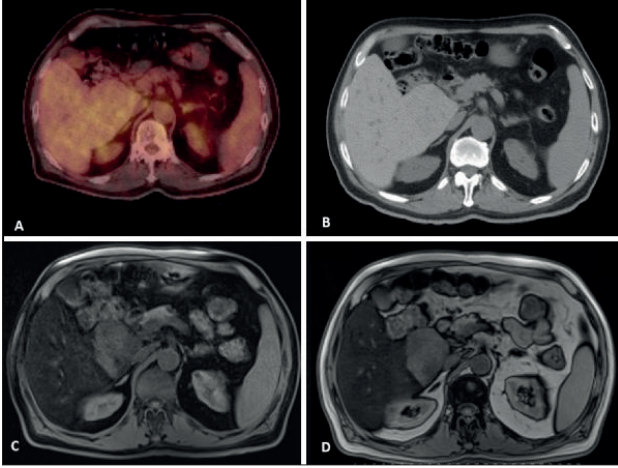
Giriş: Hemokromatozis hepsidin konsantrasyonu veya hepsidin-ferroportin bağlanması azalma nedeniyle vücutta fazla demir depolanmasıyla seyreden genetik bir hastalıktır. En sık sebebi HFE genindeki homozigot C282Y mutasyonudur. Plazma demir konsantrasyonundaki artış neticesinde parankimal hücrelerdeki demir birikiminin derecesine ve yerine bağlı olarak hastalar endokrinolojik fonksiyonel bozukluklar (DM, hipopitüitarizm, adrenal yetmezlik vb), siroz, aritmiler, kalp yetersizliği, hepatoselüler karsinom, osteoporoz, eklem ağrısı gibi kliniklerle hastaneye başvurabilir. Vakamızda bilateral femur başı osteonekrozuyla başvuran; eklem ağrısı dışında semptomu olmayan hemokromatozis hastası anlatılacaktır.

Olgu: BPH tanılı 64 yaşında erkek hasta; 2 yıl önce sol femur başında avasküler nekroz saptanmış; 9 ay önce kalça artroplastisi uygulanmış. Sağ femur başında da avasküler nekroz saptanması nedeniyle yönlendirilmiş. Kalça ağrısı dışında yakınması olmayan hastanın sistemik muayenesinde özellik saptanmadı. Doksazosin 8 mg/gün dışında düzenli ilaç kullanım öyküsü olmayan, sigara ve alkol kullanmayan hastanın tetkiklerinde; Lökosit 9 10³/mm³, Hemogloblin 16.2 gr/dl, Trombosit 178 10³/mm³, CRP 2.54 mg/L, Sedimentasyon 6 mm/saat olarak saptandı. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, elektrolit değerleri normal izlendi. Periferik yaymasında makrositer eritrositler mevcuttu. Ferritin 3278 ng/ml, Demir 230.3 µg/dL, Total Demir Bağlama Kapasitesi 239.1 µg/dL, Transferrin Satürasyonu 96%olarak izlendi. Romatolojik serolojisi ve viral serolojisi negatif olarak sonuçlandı. HFE geninde homozigot C282Y mutasyonu saptandı. Hemokromatozis organ tutulumu açısından yapılan taramada endokrinolojik disfonksiyon saptanmadı. EKG normal olarak izlendi. Batın MR'da dalak ve kalpte demir birikimi izlenmedi. Karaciğer parankimi hafif heterojen ve kaba izlendi; demir birikimiyle uyumlu sinyal kaybı görüldü. Karaciğer kaudat lobta yaklaşık 69x57x60 mm boyutlarında T1 hiperintens diffüzyon kısıtlaması göstermeyen lezyon görüldü(Şekil 1C-D). AFP değeri normal izlendi(2.02 ng/mL). Batın BT'de karaciğerde lezyon görülmedi (Şekil 1B). PET-BT'de FDG tutulumu saptanmadı (Şekil 1A). Karaciğerdeki lezyonun tru-cut biyopsisinde Grade 3-4 Hemokromatozis izlendi. Hastanın flebotomi ve deferasiroks 10 mg/kg/gün tedavisi ile izlemi planlandı.

Tartışma-Sonuç: Femur başı avasküler nekroz femur başı kanlanmasının bozulması nedeniyle gelişen bir osteonekroz tipidir. Travmatik ve nontravmatik sebeplere(alkol kullanımı, glukokortikoid kullanımı, SLE, Gaucher hastalığı, hiperlipidemi, DM, hemoglobinopatiler) bağlı gelişebilir. Avasküler nekroz olgularının çoğunda etyoloji saptanamamakta; hastalık idiopatik olarak değerlendirilmektedir. Olgumuz yaygın avasküler nekroz sebepleri açısından tetkik edilmiş; hemokromatozis dışında patoloji saptanmamıştır. Hemokromatozisin osteoartiküler tutulum tipleri içinde osteoporoz, kondrokalsinozis, kronik psödo-osteoartrit artropatisi bulunmaktadır. Hemokromatoz ilişkili artropatiler sıklıkla küçük eklemlerde görülmekte; avasküler kemik nekrozuyla seyreden he-

mokromatoz olguları nadiren bildirilmektedir. Tedavide tekrarlayan flebotomilerle avasküler nekroz gelişiminin önüne geçilemeyeceği gösterilmiş olsa dahi kemik-eklem tutulumuyla tanı alan, diğer organ tutulumları olmayan hastalarda flebotomi ve şelasyon tedavisiyle hastalık progresyonunu önlemenin mümkün olduğu bilinmektedir. Bu sebeple avasküler kemik nekrozuyla başvuran olgularda hemokromatozis tanısı hastalar asemptomatik dahi olsa akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hemokromatozis, avasküler nekroz



Şekil 1. A. PET-BT'de FDG tutulumu izlenmedi. **B.** BT'de lezyon görüldü. **C-D.** Karaciğer kaudat lobdaki T1 hiperintens lezyon ve demir birikimiyle uyumlu sinyal kaybı.

açısından her iki grupta da anlamlı bir fark bulunmadı. Hastalar 28 günlük takiplerinde son durumlarına göre eksitus / canlı olarak iki ayrı klinik alt gruba ayrıldığında; XRCC4 (-1394 ve intron 3'te değişken sayıda ardışık tekrar sayısı) ve XRCC1 (Arg399Gln) genotiplerinin dağılımı açısından her iki grupta da anlamlı bir fark bulunmadı ancak exitus olan tüm hastaların GG genotipi vardı. Hastalar yatışları sırasında yoğun bakım takibi olan ve olmayanlar olarak iki ayrı klinik alt gruba ayrıldığında; XRCC4 (-1394 ve intron 3'te değişken sayıda tandem tekrarı) ve XRCC1 (Arg399Gln) genotiplerinin dağılımında her iki grupta da anlamlı bir fark yoktu (tümü için $p > 0.05$). Yoğun bakıma ihtiyacı olan hasta grubunda XRCC4 (-1394) GG genotipi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,025$).

Tartışma: Çalışmamızda XRCC1 (Arg399Gln) AA genotipi hasta grubunda anlamlı olarak yüksek iken ($p=0,046$); GG genotipi sağlıklı kontrollerde daha yaygındı ($p = 0,012$). Hastalarda aynı genotipten bir allel, sağlıklı kontrollerde G alleli daha yüksekti. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte klinik alt gruplara bakıldığında GG genotipinin exus veya yoğun bakım ihtiyacı olan hastalarda görülmeyeceğinin altı çizilmelidir. Benzer şekilde yoğun bakımda takip edilen hastalarda XRCC4 (-1394) GG genotipinin anlamlı olarak artması ve ölen tüm hastaların istatistiksel olarak anlamlı olmasa da GG genotipine sahip olması dikkat çekici bir sonuç ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, COVID-19 hastalarında, yüksek DNA onarım kapasitesine sahip polimorfizmler gibi görünen XRCC4 (-1394) GG ve XRCC1 (Arg399Gln) AA genotiplerinin önemli ölçüde daha yüksek insidansı, DNA onarım kapasitelerinin viral replikasyona katkısı ile ilişkilendirilebilir. Bu çalışmaların hem viral enfeksiyonlarda hem de pandemi süreçlerinde yeni çalışmalara ışık tutabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, DNA, XRC

Diğer

SS-21

Abstract: 0154

DNA ONARIM GEN VARYANTLARI (XRCC4 VE XRCC1) İLE COVID-19 ENFEKSİYONU ARASINDA BİR BAĞLANTI OLABİLİR Mİ?

Hilal Konyaoğlu¹, Murat Köse¹, Naci Şenkal¹, Alpaz Medetalibeyoğlu¹, Yasemin Oyacı², Gözde Yeşil Sayın³, Sacide Pehlivan², Tufan Tükek¹

¹Istanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Istanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Istanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Çalışmamızda COVID-19 tanılı hasta grubu ile sağlıklı kontroller arasında XRCC4 (-1394 ve intron 3'te değişken sayıda tandem tekrarı) ve XRCC1 (Arg399Gln) gen polimorfizmlerinin dağılımına ek olarak, klinik parametrelerle de karşılaştırmalar yapmayı amaçladık.

Metod: COVID-19 tanısı konan 200 hasta ve sağlıklı bir kontrol grubu oluşturmak için bilinen komorbiditesi olmayan 100 gönüllü dahil edildi. Hastaların yaş ve cinsiyeti gibi demografik bilgilerinin yanı sıra komorbiditeleri, klinik bulguları ve başlangıç semptomları, fizik muayene bulguları ve ilk laboratuvar bulguları kaydedildi. Hastaların gen polimorfizmleri sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldıktan sonra hastalar hafif/şiddetli enfeksiyon, 28 günlük izlemde kayıp/ canlı ve yoğun bakım ihtiyacı olan/olmayan olmak üzere üç ayrı klinik alt gruba ayrıldı. Oluşturulan hasta gruplarının gen polimorfizm dağılımı ve istatistiksel anlamlılık incelendi.

Sonuçlar: Hastalar şiddetli ve hafif olarak iki ayrı klinik alt gruba ayrıldığında; XRCC4 (-1394 ve intron 3'te değişken sayıda tandem tekrar) ve XRCC1 (Arg399Gln) genotiplerinin dağılımı

Endokrinoloji

SS-22

Abstract: 0157

İNSİDENTAL OLARAK SAPTANAN BİR ADRENAL GANGLİYONÖROMA OLGUSU

Ramazan Çakmak

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, İstanbul

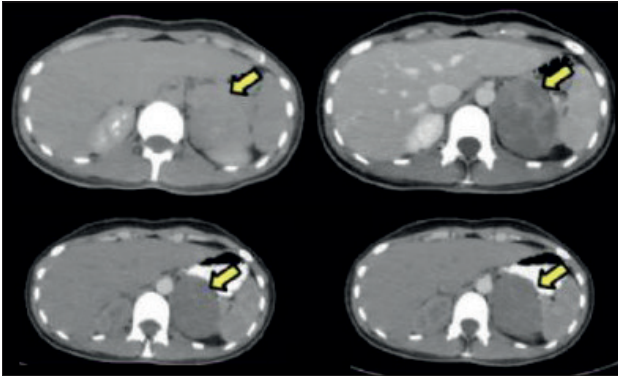
Giriş: Gangliyonöromalar nöral krest hücrelerinden köken alan nadir tümörlerdir. Genellikle retroperitoneal (32-52%) veya posterior mediasten (39-42%) yerleşimlidirler. Adrenal gangliyonöromalar ise sıklıkla yaşamın 4-5. dekatlarında görülmekte ve önemli boyutlara ulaştığında dahi hormonal olarak sessiz ve asemptomatik kalabilmektedirler.

Olgu: Yirmi sekiz yaşında kadın hasta, yaklaşık 1 aydır olan karında rahatsızlık hissi, sol yan ağrısı ve bulantı yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenesinde tansiyonu 110/70 mmHg, 160 cm ve 55 kg, BMI 21.4 kg/m², cilt rengi doğal, tiroid bezi nonpalpabl saptandı. Batın muayenesinde sol üst kadranda palpasyonla hassasiyet dışında özellik saptanmadı. Tüm abdomen ultrasonografisinde sol sürrenal gland lojunda 75*50 mm boyutunda heterojen kitle lezyon tespit edildi. Fizik muayenesinde cushingoid görünüm saptanmayan, tansiyonu normal aralıkta seyreden, virilizm bulguları tespit edilmeyen hastada bahsedilen lezyonun ayrıntılı değerlendirilebilmesi için kontrastlı BT görüntülemesi yapıldı. Sol sürrenal lojda yaklaşık 75*55 mm boyutlarında heterojen kontrast tutulumu gösteren, içerisinde kalsifik odakların dikkat çektiği, kontrastlı serilerde 30 HU dansitesinde, mutlak washout değeri -34.4, rölatif washout değeri -17 olarak hesaplandı (Şe-

kil 1). Lezyon boyutunun büyük olması ve washout yapmaması nedeniyle malignite açısından değerlendirilmek üzere yapılan FDG PET-BT görüntülemesinde sol sürrenal glandda, karaciğer parankimine oranla hafif düzeyde hipermetabolik (SUVmax:2.2) kitlesel lezyon tespit edildi. Lezyonun cerrahi olarak rezeksiyonu planlandı. Preoperatif kitlenin fonksiyonelliğini değerlendirmek amacıyla laboratuvar incelemeleri yapıldı (Tablo1). Hormonal açıdan sessiz olarak değerlendirilen hastaya alfa blokaj altında laparoskopik sol sürrenalektomi planlandı. Operasyonu sorunsuz olarak gerçekleştirilen hastadan makroskopik olarak 105*60*50 mm boyutlarında yüzeyi düzgün görünümde kitle eksize edildi. Dokunun hemen tamamını kaplayan yüzeyi beyaz renkli, sert kıvamlı nodül saptandı. Yapılan immünohistokimyasal çalışmada sinaptofizin, S-100, NSE, CD56, PGF9, NF ile ganglionöromatöz dokuda immünreaktivite gözlemlendi, GFAP fokal Schwannian stromada (+)'di. SF-1, kalretinin, inhibin, MelanA ile adrenal kortikal hücreler (+) idi. CD34 ve SMA ile vasküler yapılarda reaktivite gözlemlendi. Ki-67 proliferasyon indeksi <%1 ve mitoz izlenmedi. Materyale ait kesitlerde Schwannian stromanın dominant olduğu, yer yer gruplaşma da gösteren, büyük kısmı matür görümlü gangliyon hücrelerinden oluşan ganglionöromatöz proliferasyon mevcuttu. Nöropil, nöroblast görülmedi. Histopatolojik olarak ganglionöroma, matürleşen (maturing) tip olarak tanı koyuldu. Hastanın postoperatif 1. ayında tansiyonu normal sınırlarda, yara yeri temiz ve iyileşmiş, batin muayenesi doğal olarak değerlendirildi, laboratuvar tetkiklerinde patoloji düşündürcek bulgu saptanmadı.

Tartışma: Büyük boyutlu ve BT/MR veya PET görüntülemelerinde malignite kuşkusunu bulunan adrenal kitlelerin tedavisinde birinci seçenek cerrahi rezeksiyondur. Daha küçük boyutlu kitlelerde hastanın yaşına ve lezyonun görüntüleme özelliklerine göre hasta bazlı karar vermek gerekmektedir. Daha genç popülasyonlarda adrenal kitlelerin yönetimi hakkında kılavuzların belirlenmesinde ve geliştirilmesinde bu gibi nadir vakaların yardımı olabileceği düşünülmektedir ve olgu sunumu bu faydayı hedeflemektedir.

Anahtar Kelimeler: Adrenal, Gangliyonöroma, İnsidentaloma



Şekil 1. Sol adrenal gangliyonöromanın kontrastlı BT aksiyal kesitlerindeki görünümü

Tablo 1. Preoperatif hormonal tetkikler

Test	Sonuç	Referans Aralığı
ACTH	15.2	7.2-63.3 pg/ml
Bazal kortizol	11.6	5.3-22.4 µg/dl
1 mg Deksametazon supresyon testi	1.1	<1.8 µg/dl
DHEA-s	109	160-449 µg/dl
Metanefrin (plazma)	32.9	<90 pg/ml
Normetanefrin (plazma)	45.6	<200 pg/ml
Dopamin (plazma)	6.7	<50 pg/ml
Adrenalin (plazma)	10.9	<85 pg/ml
Noradrenalin (plazma)	82.2	<420 pg/ml

Hematoloji

SS-23

Abstract: 0167

ARALIKLI ORTAYA ÇIKIŞI İLE TANISAL ZORLUK OLUŞTURAN ERİTROMELALJİ: OLGU SUNUMU VE İRDELEME

Beliz Mehveş Beşişik Terzioğlu, Sevgi Kalayoğlu

Istanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Uzularda kızarıklık ve ağrı anlamı oluşturan; Yunanca eritros (kızarıklık), melos (uzuv) ve algos (ağrı) sözcükleri bileşeni eritromelalji (EM) genellikle klinik tanı alan bir bulgudur. Primer EM ya bariz bir neden olmadan veya otozomal dominant SCN9A gen mutasyonu sonucu sodyum kanallarının biyofizik özelliklerinin değişmesi ile gelişmektedir. Sekonder EM birden çok hastalık ilişkili olabilir. Doku hipoksiyle eş zamanlı A-V şant gelişmesi mekanizma olarak ileri sürülmektedir. Seyir alta yatan durum ilişkilidir. Ülser, nekroz, gangrene ilerleme görülebilir. EM'de tedavi, araştırma ve önleyici çalışmalar için 1999'da The Erythromelalgia Association (TEA) kurulmuştur. Burada bir sekonder eritromelalji olgusuna yaklaşım sunulması amaç edinildi.

Olgu: 67 yaşında erkek hasta. Çiftçi. Her iki elde kaşıntı ile karışık yanma hissi, giderek ağrıyla birlikte kızarıklık da olması nedeni ile başvurdu.

Fizik muayenesinde genel durum iyi, el üzeri şiş ve kızarıktı. Öyküde hipertansiyon nedeni ile ACE inhibitörü kullanımı dışında özellik yoktu. Sigara ve alkol kullanmamaktaydı. Hemogram istendi. Nötrofilik lökositoz (12.000/mm³) ve trombositoz (695.000/mm³) saptandı. Periferik yaymada büyük trombosit dışında yön gösterici bulgu yoktu.

Kronik Miyeloproliferatif Neoplaziler (KMN) yönünde tanısız yaklaşım amaçlı BCR/ABL, JAK2, CALR, MPL mutasyonu istendi. Kemik iliği biyopsi randevusu alındı. Kardiyovasküler risk faktörü olduğu dikkate alınarak sitoreduktif ajan hidroksiüre ve aspirin 100mg/gün başlandı. Hastada 2 hafta içerisinde rahatlama gözlemlendi.

Sonuç: EM aralıklı önce yangı hissi ile sıklıkla ayaklarda, %25 olguda ellerde, %2-3 olguda baş, boyun ve genital bölgede gelişir. Primer EM genellikle yaşamın ilk 10 yılında bulgu verir. İleri yaşlarda gelişen EM'de özellikle kalsiyum kanal blokeri gibi ilaç kullanımı, SLE vb bağ dokusu hastalıkları, bir takım viral enfeksiyonlar, nöropati, kanserler ve KMN'ler akla gelmelidir. EM, KMN'den birkaç yıl önce ortaya çıkabilir. Trombosit aktivasyonu ile küçük damar içi tromboz, arteriolar fibroz görülebilir. Olgumuzda olduğu gibi KMN ilişkili EM aspirine yanıtlıdır. Diğer EM olguları aspirin yanıtız olup tetikleyici ısı artışından uzak tutma, soğuk uygulama ilk yaklaşımdır. Topikal ve oral rahatlatıcı tedaviler basamak basamak uygulanır.

Anahtar Kelimeler: eritromelalji, kronik myeloproliferatif neoplazi



Şekil 1. Eritromelalji



Şekil 2. Eritromelalji 2

zamanlı hafif zincir myelomu tanısı koyulan solid ve hematolojik tümörlerin eş zamanlı saptandığı nadir bir vakadır.

Olgu: 83 yaşında kadın hasta, genel dahiliye polikliniğimize iki taraflı bögür ağrısı şikayeti ile başvurdu. 2017 yılında farklı bir merkezde yapılan görüntülemelerinde bilateral böbrek kitlesi saptanan hastaya RCC ön tanısıyla operasyon önerilmiş ancak hasta kabul etmediği için opere edilememiş. Daha sonra takipsiz kalan hasta, ileri tetkik ve tedavi amacıyla genel dahiliye servisimize yatırıldı. Fizik muayenede batında derin palpasyonda ele gelen solda daha büyük olmak üzere bilateral kitleler mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde hemogram normal, rutin biyokimyada kreatinin: 0,8 mg/dl, LDH:273 U/L, Total Protein:5.39 gr/dl, Albumin: 3.98 gr/dl, Düzeltilmiş Ca:10,9 mg/dl, P:3 mg/dl, Protein elektroforezinde hipogamaglobunemisi (gama:0.21 g/dl) mevcuttu, M-spike saptanmadı. Batın MR'da her iki böbrekte orta zonda solda 92*96 mm, sağda 44*36 mm boyutlarında ekzofitik uzanım gösteren, difüzyon kısıtlayan malignite ile uyumlu kitle lezyonlar görüldü. Üroonkoloji konseyinde değerlendirildi ve bilateral RCC tanısı koyuldu. Metastatik lezyonlar açısından çekilen PET-CT'de, sol akciğer alt lobda metastaz ile uyumlu kitle lezyonu izlendi. (SUDmax:3.7) İskelet sisteminde en belirgin D1 vertebra korpusunda olmak üzere artmış FDG tutulumunun izlendiği litik lezyonlar saptandı. (SUDmax:4.8). Hipogammaglobunemisi, sınırdaki hiperkalsemisi ve litik kemik lezyonları olması üzerine gönderilen idrar ve serum immünelektroforezinde serumda ve idrarda kappa hafif zincir monoklonalitesi saptandı. IG G, A, M düzeyleri normaldi. Beta2-mikroglobulin: 5 g/dl, Serum serbest kappa/lambda oranı >100 olarak sonuçlandı. Yapılan kemik iliği biyopsisi yama-interstisyel tarzda kappa hafif zincir monotipli neoplastik plazma hücre infiltrasyonu olarak sonuçlandı. Bilateral RCC tanısı ile eş zamanlı hafif zincir myelomu tanısı da koyuldu. Medikal Onkoloji ve Hematoloji Bilim Dalı'na yönlendirilerek, tedavisi planlanarak taburcu edildi.

Sonuç ve Tartışma: Hastamız bilateral RCC ve multipl myelom tanısının eş zamanlı koyulduğu nadir bir vakadır. Bilateral RCC vakalarından Von Hippel-Lindau sendromu için genetik analiz yapılmalıdır. Hipogammaglobunemi, hafif hiperkalsemi ve litik lezyonları olan hastamıza SLiM kriterlerine (Serum serbest kappa/lambda oranı >100) ve kemik iliği biyopsi sonucuna göre hafif zincir myelom tanısı koyulmuştur. Son yıllarda multipl myelom ve RCC birlikteliğine dikkat çeken meta-analizler ve vaka sunumları mevcuttur. Her iki malignitenin gelişiminde de benzer risk faktörleri ve sitokin yollarının rol aldığı düşünülmektedir. Vaka sunumumuzda multipl myelom ve RCC arasındaki olası ko-insidans açısından farkındalık yaratmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: renal hücreli karsinom, RCC, multipl myelom

Genel Dahiliye

SS-24

Abstract: 0169

BİLATERAL RENAL HÜCRELİ KARSİNOM İLE EŞ ZAMANLI TANI KOYULAN HAFİF ZİNCİR MYELOMU VAKASI

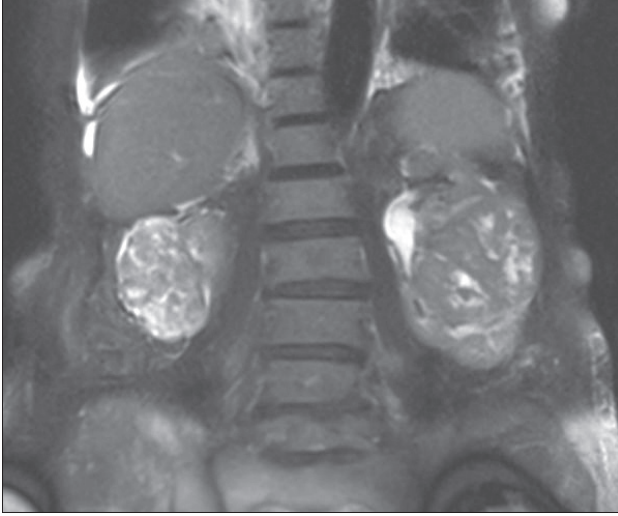
Yağmur Göksoy¹, Gündüz Karaoğlan², Mustafa Altınkaynak¹, Timur Selçuk Akpınar¹, Bülent Saka¹, Nilgün Erten¹

¹Istanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, İstanbul

²Istanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

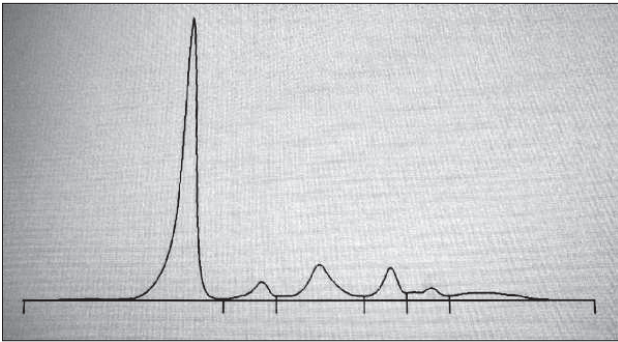
Giriş: Multipl miyelom, kemik iliğinin malign plazma hücreleriyle infiltrasyonu ile karakterize, non-hodgkin lenfomalarından sonra en sık görülen hematolojik malignitedir. Malign böbrek tümörlerinin yaklaşık %85'ini renal hücreli karsinomlar (RCC) oluşturur ve %2-3 bilateraldirler. Hastamız RCC nedeniyle tetkik edilirken eş

Batın MR görüntülemesi



Şekil 1. İV kontrastlı Batın MR görüntülemesinde, her iki böbrek orta zonda solda 92*96 mm, sağda 44*36 mm boyutlarında eksofitik uzanım gösteren T2a heterojen görünümde, İVKM sonrası belirgin kontrastlanma gösteren, difüzyon kısıtlayan, malignite ile uyumlu kitle lezyonlar görüldü.

Protein Elektroforezi



Şekil 2. Hastamızın protein elektroforezinde hipogamaglobunemisi mevcuttu. (Gama:0,21 g/dl)

Genel Dahiliye

SS-25

Abstract: 0171

PSÖDOHİPERFOSFATEMİ: OLGU SUNUMU

Ecem Atasoy Biricik, Orkide Kutlu, Büşra Uzunyayla, Simge Yıldız, Özay Yudum Naim, Merve Polat Onmaz, Betül Köstek, Hayrunnisa Aksoy Mayda, Özgür Altun, Aylia Memedova Yeşilova, Ayşe Selcen Pala, Yücel Arman

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Psödo-hiperfosfatemi, herhangi bir semptom veya hiperfosfatemi belirtisi olmaksızın, serumda büyük miktarda paraprotein bulunması durumunda ölçüm yöntemi ile ilişkili olarak serum fosfat değerinin yüksek saptanması durumudur. Serum globulin, 1,25(OH)₂ vitamin D3 ve parathormon ölçümü hiperfosfateminin tanımlanması ve ayırt edilmesinde yardımcı olabilmektedir. Renal fonksiyonu belirgin olarak azalmamış multipl miyelomlu bir hastada serum fosfat düzeyi yüksek saptandığında psödohiperfosfatemi düşünülmelidir. Psödohiperfosfatemi, hastaların serumunun sülfosalisilikasit ile deproteinizasyonu ile doğrulanabilir; ortaya çıkan sonuç gerçek fosfatemiye gösterilebilmektedir. Psödohiperfosfateminin herhangi bir tedavi gereksinimi yoktur.

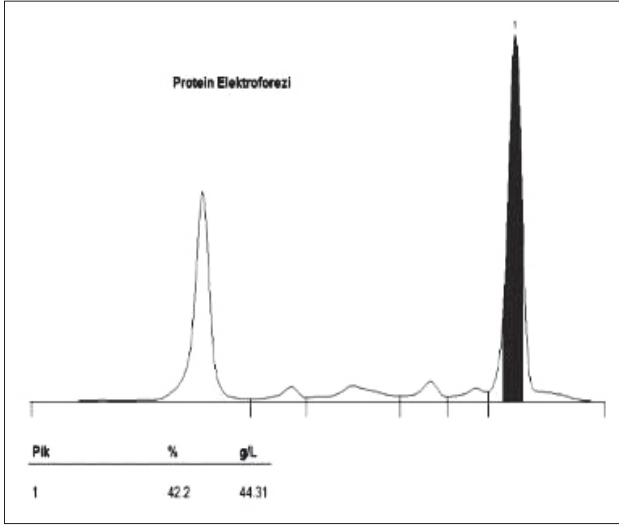
Çoğu psödohiperfosfatemi vakası IgG tipinde ve ileri evre myelom hastasıdır.

Literatürde birkaç psödohiperfosfatemi vaka raporunda serum fosfat ve immüoglobulin arasındaki pozitif korelasyon bildirilmiştir. Serum fosfat ölçümü için yaygın olarak kullanılan 340 nm dalga boyutundaki fosfomolibdat kompleksi, UV ışınlarının dalga boyu aralığına düştüğünden, fosfomolibdat absorpsansı UV ışınları altında artmaktadır. Multipl miyelomun tümör yükü ne kadar büyükse, psödohiperfosfatemi saptama riski yüksek olabilir. Bu bildiriye serum fosfatı yüksek saptanan multipl miyelom tanısı konulan hastada psödohiperfosfatemi tanısını myelomlu hastalarda karşılaşılabilecek nadir bir laboratuvar bulgusu olması nedeniyle sunuyoruz.

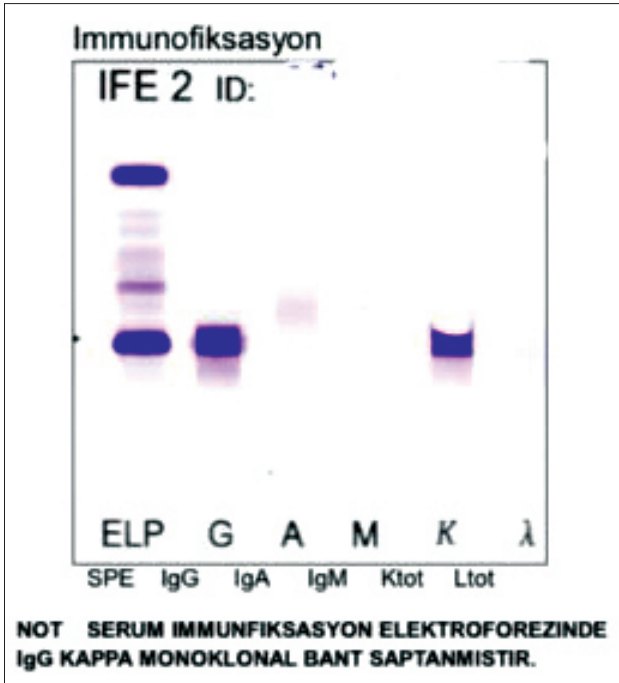
Olgu: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 61 yaş erkek, sağ klavikulada spontan kırık nedeniyle dış merkezde operasyonu planlanırken laboratuvar tetkiklerinde ciddi sedim yüksekliği, anemisi, hiperfosfatemi saptanması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Anne ve kardeşlerinde osteoporoz, babasında karaciğer sirozu vardı. TA:150/70, nabız:110/dk, ateş 36.40C satO2: 95. Bilinç açık, koopere. Sağ klavikulada hassasiyet, sağ kol abduksiyonda omuz ekleminde hareket kısıtlılığı mevcut, diğer fizik muayene normaldi. Hgb: 12.0g/l(130 - 175), Hct: 36%, sedimentasyon: 115 mm/h(1-10), alb: 3.02g/l, total protein: 10. 5g/l(66-83), P: 14.7mg/dL(2.5-4.5)Ca: 9mg/dL(8.6-10), 25OH-vitaminD3: 22.8µg/L(>20), PTH: 18.4ng/L(15-65), kreatinin: 0.78mg/dL(0.70-1.20), GFR: >90mL/dk/1.73m². Gli, Na, K, INR, CRP, TSH, VitB12, ferritin normaldi. Protein elektroforezinde M piki görüldü (Şekil 1). Serum ve idrar immunoelektroforezde IgG kappa hafif zincir monoklonal bant saptandı (Şekil 2 ve 3). IgG: 66g/l(7-16), IgA: 1.29 g/l(0.7-4), IgM: 0.54g/l(0.4-2.3). Serum serbest kappa/lambda oranı: 14.6, beta-2 mikroglobulin 3.31mg/l (1.09-2.53). Hastanın sağ klavikulasındaki patolojik fraktüre yol açan lezyonun plasmasitom olduğu düşünüldü. F-18 FDG-PET’de iskelet sisteminde en yoğun sol iliak kemikte olmak üzere multiple litik hipermetabolik odaklar ve kemik iliği hiperplazisi saptandı. Girişimsel radyoloji ekibi tarafından sağ klavikulada bulunan kırık lojundaki hipoekoik alandan alınan kemik biyopsisi kappa monoklonalitesi gösteren plazma hücreli myelom lehine raporlandı. Takiplerinde, fosfor düzeyleri giderek daha yüksek saptanan(19.95,21.61) ancak kalsiyum, parathormon, 25OH-D3 vitamini normal olan hastada psödohiperfosfatemi olabileceği düşünüldü. Hidrasyon sonrası kontrol P değerleri; 14.42 mg/dL, 12.64mg/dL, 11.54 mg/dL, 2.30 mg/dL ölçülen hasta sosyal koşulları nedeniyle hematolojik tedavisini alma amaçlı farklı bir şehire gitmek istedi.

Tartışma: Hiperfosfatemi multipl miyelomlu hastalarda böbrek fonksiyonunda önemli bir azalma(GFR<30 mL/dakika) olmadıkça beklenmez. Psödohiperfosfatemi hiperglobulinemi, hiperlipidemi, hemoliz, hiperbilirubinemi, lipozomal amfoterisin B kullanımı ile görülebilse de en sık multipl miyelom, waldenström makroglobulinemisi gibi monoklonal gamopatilerde karşılaşırlar. İntakt paratiroid hormonu normal ve GFR önemli ölçüde azalmamış myelomlu bir hastada hiperfosfatemi saptandığında sahte olduğundan şüphelenilebilir. Bu durumda hastadan tek bir kan örneği alınarak ikiye ayrılır; numunelerden biri paraproteini çıkarmak için %20 sülfosalisilikat ile muamele edilir ve iki numune arasında serum fosfat konsantrasyonları karşılaştırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Psödohiperfosfatemi, multiple myelom, fosfomolibdat absorpsansı



Şekil 1. Protein Elektroforezi



Şekil 2. Serum İmmunofiksasyon

intestinal sistem gibi hızlı çoğalan dokular üzerinde görülür. Uzun süreli, düşük dozlu kullanımda (<50mg/hafta) bulantı, dispepsi, ishal, stomatit/oral aftlar, baş ağrısı, halsizlik, yorgunluk, nadiren maküler-punktat deri erüpsiyonları, ateş(enfeksiyonlara/ilaca bağlı), transaminazlarda yükseklik, hematolojik anormallikler (makrositoz, mielosupresyon), alopesi, ürtiker, akciğer hasarı görülebilir. Romatoid artrit tedavisinde kullanılan düşük doz metotreksata bağlı pansitopeni görülme sıklığı %1-2 gibi olmasına rağmen ölümcül sonuçlara sebep olabilmektedir. Mukokütanöz yan etkiler hafif oral ülserlerden ciddi özefagus, mesane, vaginal ülserlere kadar görülebilir. Hepatotoksisite, hepatositlere direkt etki sonucu hafif hepatosteatozdan, şiddetli karaciğer fibrozis-siroza ilerleyebilir. Alveolar hasar ve perivasküler inflamasyonun neden olduğu pnömonitis tablosu sıklıkla tedavinin ilk yılında ortaya çıkar. Metotreksat metabolitleri böbreklerden hem glomerüller filtrasyon hem de tübül sekresyon yoluyla itrah edilir, asidik koşullarda böbrek tübüllerinde çökerek akut tübül nekroza bağlı böbrek yetmezliğine yol açabilir. Metotreksatın toksik etkileri görüldüğünde idrar çıkışı 1 ml/kg/sa üzerinde sağlayacak şekilde IV hidrasyon, idrar alkalinizasyonu sağlanmalı, dihidrofolat redüktaz üzerindeki blokajı köprüleme amaçlı lökovorin-1 mg/kg dozunda, 4-6 saatte bir IV-verilmeli, böbrek yetmezliği olan hastalardageğinde hemodiyaliz/hemoperfüzyon uygulanmalıdır. Metotreksat toksisitesinde kullanılan yeni bir tedavi "glukarpidaz (karboksipeptidaz G2)", psödomonas RS-16 suşundan üretilmiş bir rekombinant enzim olup metotreksatı toksik olmayan iki metabolit olarak böler diğer yöntemlerin etkili olmadığı ve metotreksat düzeylerinin düşürülemediği durumlarda kullanılabilir. Bu bildiri kronik, düşük doz metotreksat kullanımına bağlı gelişen toksisitenin komorbidileri olan hastada mortal seyri bildirilmiştir.

Olgu: 69 yaş DM, hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, romatoid artrit tanıları olan kadın hasta metformin 2000mg/gün, kandesartan 8mg/gün, metoprolol50mg/gün, atorvastatin 10mg/gün, ASA100mg/gün, klopidoğrel75mg/gün, methotrexate 10mg/hafta, plaquenil 200mg/gün tedavi alıyor;bir süredir folik asit 5mg/hafta tedavisini almıyordu. 3 haftadır halsizlik, iştahsızlık, ağızda yaraları olan hasta vajinal kanaması başlaması nedeniyle acil polikliniğimize başvurmuştu. Pansitopeni, akut faz yüksekliği olan hasta iç hastalıkları kliniğimize yatırıldı. TA:110/60mmHg, nabız:100atım/dk ritmik, ateş:36.4C, SatO2:%96. Genel durum orta. Deri soluk, turgor-tonus azalmış. Sistem muayeneleri doğaldı. Hgb: 70g/L(115-155), Hct: %20, Wbc: 0.67(3.8-10).103/uL, Neu: 0.27(1.56-6.13).103/uL, MCV: 99fL(80- 95), plt: 4(150-400).103/uL, ferritin: 1065ug/L(30-400), VitaminB12: 258 ng/L(197-771), folat: 1,75ug/L(3.89-26.8), LDH: 347U/L(135-214), sedimantasyon: 3 mm/h(1-15), CRP: 161mg/L(0-5), prokalsitonin: 0,15ug/L(0-0,5), fibrinojen: 385mg/dl (200-400), d-dimer: 1,35ug/ml(<0.5), INR: 1.23, TİT: lökosit: 59(0-4), eritrosit: 154(0-3). İdrar kültüründe: E.coli üredi. Toraks BT'de akciğer parankiminde aktif infiltrasyon saptanmadı. Mevcut klinik-laboratuvar bulgularla metotrexate toksisitesi düşünülerek methotrexat-plaquenil kesildi. Periferik yaymada nötrofillerde hipersegmentasyon-vakuolizasyon, trombositler tek, ikili, üçlü kümeli, atipik hücre görülmedi. Eritrosit-trombosit transfüzyonları yapılan hastaya nötrofil>1500 oluncaya kadar filgrastim 30mcg/gün verildi. Methotrexate düzeyi: <0,2umol/L saptandı. Hastaya 2 gün 200mg/g, sonraki 2 gün100mg/g kalsiyum folinat (IV) verildi, sonrasında folbiol (oral) devam edildi. Tedavi sonrası WBC: 4.510, Neu: 2.130, Hgb: 8, Hct: 23, Plt: 19bin, CRP: 84, prokalsitonin: 0.14; hasta yatışının 7.gününde ani gelişen solunum sıkıntısı nedeniyle exitus oldu.

Tartışma: Metotreksat toksisitesinde ilaç dozu ile ilişkili bir tedavi olmayıp semptomaya yönelik tedavi esastır. Nötropenik ateşi olan hastalarda granülosit-makrofaj koloni uyarıcı faktör, antibiyotikler;dehidratasyon/elektrolit bozukluğu olan hastalarda uygun sı-

Genel Dahiliye

SS-26

Abstract: 0177

METOTREKSAT TOKSİSİTESİ: OLGU SUNUMU

Simge Yıldız, Orkide Kutlu, Betül Köstek, Büşra Uzunyayla, Saliha Betül Fani Çalışkan, Ada Kostak, Cansu Cengiz, Bilal Uğurlukışi, Eylem Özgün Çil, Özgür Altun, Yücel Arman

Prof. Dr. Cemil Taşoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Metotreksat anti-proliferatif/anti-tümör aktivitesine ilave antiinflamatuvar/ immünmodülatör özellikleri olan yaygın kullanılan bir ilaçtır. Etkisini dihidrofolat redüktazı inhibe ederek gösterir, sonuçta DNA ve timidilat sentezi inhibisyonu ile mitoz engellenir. Yan etkileri özellikle oral mukoza, kemik iliği, gastro-

vılar, ihtiyaca göre kan ürünleri replasmanı; lökovorine yeterli cevap vermeyen akciğer hasarında steroidler kullanılır. Metotreksat toksisitesi ilacın düşük dozda kullanımında da ortaya çıkabilen bir durum olduğundan özellikle yaşlı hastalarda renal fonksiyonları bozarak metotreksat klirensini azaltabilecek ilaç kullanımından kaçınılmalı, toksisite durumunda acilen tedavisi uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Metotrexate, pansitopeni, lökovorin

Endokrinoloji

SS-27

Abstract: 0180

OBEZİTE CERRAHİSİ ADAYLARI KENDİLERİNİ BEKLEYEN SÜREÇTEN NE KADAR HABERDAR?

Bedia Fulya Çalkoğlu¹, Ezgi Deveci², Başak Yücel³, İlhan Satman¹

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

²Şişli Hastanesi, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü

³Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Obezite cerrahisi (OC) adaylarının çoğunun bu kararı sosyal medyadan ve etraflarındaki kişilerden etkilenerek aldıkları; ancak hazırlık ve takip süreçleri hakkında yeterli ve objektif bilgiye sahip olmadıkları düşünülmektedir. Bu çalışmada kadın ve erkek adaylarına verilen eğitimin OC konusundaki bilgi ve beklentilere etkisi araştırılmıştır.

Yöntem: Obezite polikliniğine 2013-2014 yılları arasında başvuran OC adayı 52 hastaya 10'ar kişilik gruplar halinde, görsel materyallerle desteklenen 2 saatlik bir eğitim verilmiştir. Eğitimde, hem cerrahi hem de psikolojik hazırlık ve takip süreci anlatılmıştır. Katılımcılardan 8 soruluk bir anketi eğitimden önce ve sonra yanıtlamaları istenmiştir.

Bulgular: Başvuranların %63'ü kadın (38,2±9,0 yaş), %37'si erkektir (40,1±9,7 yaş). "Operasyonun kolay ve tehlike içermediğini düşünüyor musunuz?" sorusuna evet diyenler eğitimden sonra kadınlarda azalırken (%56,3-%34,4), erkeklerde artmıştır (%36,6-%42,1).

Ameliyat korkularını puanlamaları istendiğinde "hiç korkmuyorum" diyenlerin oranı değişmezken (%35,3), "çok korkuyorum" diyen kadın katılımcı kalmamış (%9,4-%0); erkeklerin oranı ise değişmemiştir.

"Ameliyattan sonra ne sıklıkta doktor kontrolüne gelmelisiniz?" sorusuna hastaların %5,9'u "6 ayda 1" cevabını verirken eğitimden sonra bu oran sıfırlanmış, "3 ayda 1" ve "ihtiyaç duyunca" diyenlerin oranı yaklaşık 1,7 kat artmıştır.

"Sizce ameliyat olmak kilo sorununuzu başka hiçbir şeye (diyet-egzersiz) gerek kalmadan çözecek mi?" sorusuna evet diyen kadınların sayısı azalırken (%28,1-%15,6), erkeklerin sayısı artmıştır (%31,6-%36,8).

"Ameliyattan sonra eşiniz, sevgiliniz, arkadaşlarınız ve çevrenizle olan ilişkinizde bir değişiklik olmasını bekliyor musunuz?" sorusuna evet diyen kadın sayısı artmış (%62,5-%71,9) erkek sayısı ise azalmıştır (%68,4-%63,2).

"Ameliyattan sonra işinizi değiştirmeyi yada çalışmıyorsanız çalışmaya başlamayı düşünür müsünüz?" sorusuna evet diyen kadınların sayısı eğitimden önce erkeklerden daha fazlayken (%43,8-%10,5, p=0.027), eğitimden sonra daha da artmıştır (%53,1-%10,5).

"Ameliyattan sonra cinsel hayatınızın değişeceğini düşünüyor musunuz?" sorusuna evet yanıtını veren hasta sayısı değişmemiştir (%72,5).

"Ameliyattan sonra en çok nelerden korkuyorsunuz?" sorusuna kadın ve erkeklerin cevapları benzerdir ve eğitimden önce ve sonra sırasıyla şöyledir; ağrı %33,3-%31,4; bulantı-kusma %23,5-%23,5; hareket edememe %19,6-%15,7; yemek yiyememe %3,9-%5,9; hiçbir şeyden korkmuyorum %5,9-%5,9. "Diğer" seçeneğine eğitimden sonra 2 hasta "nefes alıp-verememekten", 2 hasta "dikişlerin alınmasından", 1 hasta "geri kilo almaktan", 2 hasta "komplikasyonlardan" ve 1 hasta "uyanmamaktan" korktuğu cevabını vermiştir.

Sonuç: Bu eğitim, hastaların OC'den beklentileri ve operasyonun riskleri konusunda daha gerçekçi düşüncelerini sağlamıştır. Kadınların hem çevreleriyle olan ilişkilerinin hem de çalışma hayatlarının değişeceği konusunda daha olumlu bir beklentide oldukları görülmüştür. Eğitim, kilo vermede cerrahinin tek başına yeterli olacağı konusundaki yanlış algı hakkında kadınlarda daha etkili bir değişim yaratmıştır. Sonuç olarak OC'e aday tüm hastaların merak ettiklerini uzman kişilerden öğrenmeleri hem beklentilerinin daha gerçekçi olması hem de ameliyattan elde edilecek sonuçların daha başarılı olması adına önemli ve gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Hasta eğitimi, Morbid obezite, Obezite cerrahisi

Kardiyoloji

SS-28

Abstract: 0182

İNMENİN ÖNLENMESİNDE RUTİN KARDİYOLOJİ KONTROLÜ VE RİTM HOLTER MONİTÖRİZASYONUN ÖNEMİ

Yusuf Emre Uzun, Gülsüm Bingöl, Özge Özden

Memorial Bahçelievler Hastanesi

Giriş: Atriyal fibrilasyonun (AF), komplikasyonları ortaya çıkmadan saptanması inmelerin önlenmesinde çok önemlidir. Ritm holter takılarak saptanan kısa süreli 'sessiz' AF ataklarının dahi inme riskini artırdığı bilinmektedir. Çalışmamızda, tek merkezde kardiyoloji polikliniğine başvuran ve AF tanısı alan hastaların AF tipi, AF'nin saptanma şekli, inme prediktörü olan CHA2DS2-VASC skorlarını ortaya koymayı planladık.

Gereçler ve Yöntem: Çalışmamız 2021 yılı ilk 6 ayı içerisinde kardiyoloji polikliniğine başvuran ve AF tanılı ya da yeni tanı konan 98 hastayı içermektedir. Bu hastaların AF tipi, şikayeti ve tanı konulma şekli, CHA2DS2-VASC skorları hastane sistemi veri tabanından retrospektif olarak kaydedilmiştir. İstatistiksel olarak veriler ortalama standart sapma ve medyan (min-max) olarak, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir.

Sonuçlar: Çalışmaya 98 hasta dahil edildi (62 (%63.3) kadın, ortalama yaş 70.45±12.97). Taranan hastaların; %39.8'inde paroksizmal AF mevcut idi ve %10.2'inde şikayet olmayıp sessiz AF açısından kontrol amaçlı yapılan ritm holter monitörizasyonunda paroksizmal AF atakları saptandığı görüldü. Sessiz AF hastalarının ortalama yaşı 80.4±8.46 olup, 4'ü kadın 6'sı erkekti. Ortalama CHA2DS2-VASC skoru tüm hastalarda 3.08±1.57 iken; sessiz AF hasta grubunda 4+0.63 olarak hesaplandı. 30 hasta da başvuru yakınması çarpıntı olup bu hastaların ortalama yaşı 65.63±13.9, ortalama CHA2DS2-VASC skorları 2.53±1.77 idi. Bu hastaların %23.3'ünde bazal EKG lerinin normal olup; ritm holterde AF atağı saptandığı tespit edildi.

Tartışma: İnme, sakatlık ve ölümlerle sonuçlanması yönüyle toplumsal bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Dünya çapında, inme ikinci en yaygın ölüm nedeni ve ikinci en yaygın sakatlık nedenidir. Ölümlerle sonuçlanmayan inmelerin kötü yaşam

kalitesi ve artmış bakım maliyetleri gibi sonuçlara neden olduğu bilinmektedir. İnmelerin yaklaşık %87'sini iskemik inmeler oluşturmaktadır. İskemik inmelerin nedenlerinden biri olan AF özellikle ileri yaş gurubunda sık görülmekte ve tüm kardiyoembolik inmelerin neredeyse yarısını oluşturmaktadır. Biz de çalışmamızın sonucu olarak herhangi bir AF düşündüren semptomu olmayan hastalarda kontrol amaçlı yapılan ritim holter ile azımsanmayacak oranda AF saptanabildiğini öngörüyoruz.

Anahtar Kelimeler: atriyal fibrilasyon, inme, ritim Holter

Diğer

SS-29

Abstract: 0190

COVID-19 HASTALARINDA SERUM GLİPİKAN-3 DÜZEYLERİ

Ayşe Basmakçı¹, Orkide Kutlu²

¹Beykoz Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

²Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Glypican-3 (GPC3), hücre yüzeyine bir glikosil-fosfatidilinositol çapa ile bağlanan bir proteoglikandır. Son zamanlarda, heparan sülfat proteoglikanlarının, SARS-CoV-2'nin hücre yüzeyine bağlanması için spike proteinleri bağlayarak yardımcı reseptörler olarak önemli bir rolü olduğu gösterildi ki bu bağlanmanın inhibisyonu tedavide hedef olarak ümit vaat etmektedir. Çalışmamızda COVID-19 tanılı hastalarda serum GPC3 düzeylerini belirlemeyi, bu değerleri sağlıklı kontrollerle karşılaştırmayı ve GPC3 düzeylerinin inflamatuvar belirteçlerle ilişkisini analiz ederek GPC3'ün hastalık patogenezindeki rolünü belirlemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya katılanların başvuru sırasındaki demografik özellikleri, tam tıbbi öyküsü ve laboratuvar bulguları kaydedildi. Beyaz küre sayımı, nötrofil ve lenfosit sayıları, alanin aminotransferaz (ALT), aspartat aminotransferaz (AST), serum kreatinin düzeyi, laktat dehidrojenaz (LDH), D-dimer ve C-reaktif protein (CRP) düzeylerini içeren laboratuvar verileri kaydedildi. Serum interlökin -6 (IL-6) ve GPC3 seviyeleri analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 88 hasta (30 kontrol ve 58 hasta) dahil edildi. İki grup yaş, vücut kitle indeksi ve sigara içme öyküsü açısından benzerdi. Ancak tam aşıli hasta sayısı kontrol grubunda hasta grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti. Karaciğer fonksiyon testleri, CRP, d-dimer, ferritin, nötrofil/lenfosit oranı, LDH ve serum IL-6 düzeyleri hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek iken serum glipikan-3 düzeyleri hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük saptandı (Tablo1). Glipikan-3 seviyeleri, serum AST, CRP, ferritin, NLR ve LDH seviyeleri ile anlamlı ve negatif korelasyon gösterdi. Ayrıca IL-6 ve GPC3 seviyeleri arasında negatif anlamlı korelasyon vardı (r:-0.457, p:0.001) (Tablo 2).

Sonuç: Bu çalışmada, literatürde ilk kez, COVID-19 hastalarında serum glipikan-3 düzeylerinin sağlıklı kontrol vakalarına göre anlamlı derecede düşük olduğunu belirledik. Serum glipikan-3 COVID-19 patogenezinde önemli bir rol oynuyor olabilir. COVID-19 hastalarında serum GPC3 seviyelerindeki düşüklük, virüsün hücreye girerken GPC3 ile etkileşimi sonucu GPC3'ü tüketmesine bağlı olabilir. Bu veriler, virüsün patogenetik mekanizmalarını daha ayrıntılı değerlendirmek ve yeni tedavi hedefleri belirlemek için hücresel düzeyde deneysel çalışmalar yanında daha geniş kapsamlı klinik çalışmalar ile de analiz edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, glipikan, IL-6

Tablo 1. Gruplar arasında laboratuvar verilerinin karşılaştırılması

	Kontrol grubu (n: 30)	Hasta grubu (n: 58)	p
GFR	104.01±19.084	98.49±19.66	0.21
ALT (U/L)	16.88±8.66	51.31±19.68	0.001
AST (U/L)	17.43±4.62	35.419±11.33	0.001
CRP (mg/L)	3.39±1.91	32.45±33.14	0.001
D-dimer (ng/mL)	0.386±0.24870	0.87±0.64	0.001
Ferritin	67.86±22.81	541.09±224.52	0.001
NLR	2.019±0.55	7.30±3.64	0.001
LDH	183.78±35.36	322.22±92.62	0.001
IL-6 (pg/ml)	54.82±35.74	74.91±49.30	0.001
Glypican-3 (pg/ml)	1.79±1.15	1.01±0.24	0.001

Tablo 2. IL-6 ve glipikan seviyeleri ile diğer laboratuvar verileri ve CT skorları arasındaki korelasyon analizi

	IL-6	IL-6	Glypican-3	Glypican-3
	r	p	r	p
ALT (U/L)	0.058	0.59	-0.141	0.19
AST (U/L)	0.007	0.94	-0.299	0.005
CRP (mg/L)	0.001	0.995	-0.270	0.042
d-Dimer (ng/mL)	0.067	0.540	-0.130	0.229
Ferritin	0.104	0.346	-0.310	0.004
NLR	0.086	0.523	-0.231	0.03
LDH	0.05	0.96	-0.272	0.014
CT score	0.048	0.725	0.033	0.534

Endokrinoloji

SS-30

Abstract: 0191

İNAKTİF COVID-19 AŞISI SONRASI YAŞLI BİR HASTADA LATENT OTOİMMUN DİYABET OLGUSU

Ümmü Mutlu, Göktaş Sarıbeyliler, Hülya Hacışahinoğulları, Nurdan Gül, Ayşe Kubat Üzüm, İlhan Satman

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

Giriş: COVID-19 enfeksiyonu sonrası virüsün sitotoksik etkisi veya otoimmunité ile ilişkili β -hücre disfonksiyonuna bağlı diyabetik ketoasidoz ve yeni tanı diyabet vakaları bildirilmiştir. Burada COVID-19 inaktif aşısı sonrası ileri yaşta gelişmiş olan bir latent otoimmün diyabet (LADA) olgusu sunulmuştur.

Olgu: 71-yaş-kadın hasta kilo kaybı, ağız kuruluğu, poliüri ve kan şekeri yüksekliği nedeniyle başvurdu. Bilinen diyabet öyküsü olmayan hasta mevcut şikayetlerle Nisan 2021'de tetkik edilmiş. Açlık kan glukozu 146 mg/dL, HbA1c %6.6 saptanmış ve diyabet tanısıyla Metformin tedavisi başlanmış. Ocak ve Şubat 2021'de Sinovac aşısı uygulanmış ve semptomları Sinovac aşısından 8 hafta sonra gelişmiş. Haziran ve Ağustos 2021'de Pfizer Biontech aşısı uygulanan hastanın 2. doz Biontech aşısından sonra şikayetlerinin artması ve hiperglisemisinin belirgin hale gelmesi nedeniyle tedavisine Glimeprid eklenmiş. Önerilen yaşam tarzı değişikliklerini uygulamasına rağmen şikayetlerinin devam etmesi üzerine polikliniğimize başvurdu.

Özgeçmişinde 30 yıldır hipertansiyon, 24 yıl önce Graves hastalığı nedeniyle radyoaktif iyot tedavisi, serviks kanseri nedeniyle histerektomi ve bilateral salpingooferektomi, 6 yıl önce kolorektal karsinom nedeniyle hemikolektomi operasyon öyküleri mevcuttu. Soygeçmişinde diyabet öyküsü yoktu, 1. ve 2. derece yakınlarında gastrointestinal maligniteler ve otoimmün tiroid hastalığı mevcuttu. Tedavide Levotiroksin, İrbesartan+Hidroklorotiyazid, Atorvastatin, Metformin 2 g/gün ve Glimepid 1 mg/gün kullanılmaktaydı.

Fizik muayenede boy:166 cm, kilo:57 kg, VKİ: 20,68 kg/m² idi. Akantozis nigrikans gibi insülin direnci bulguları yoktu. Batında operasyon skarları mevcuttu.

Laboratuvar incelemesinde C-peptid 1.8 ng/mL, açlık kan glukozu 172 mg/dL, HbA1c %7.4 saptandı. Kilo kaybı ve malignite öyküleri göz önüne alınarak yapılan batın görüntülemesinde malignite düşündürülecek bulgu saptanmadı. İnsülin direnci bulgularının ve aile öyküsünün olmaması, kilo kaybının eşlik etmesi, yeni başlayan progresif seyirli diyabetinin olması ve semptomlarının COVID-19 döneminde inaktif aşı ile provoke olması nedeniyle otoimmün diyabet düşünüldüğü değerlendirildi. Anti-GAD 105.7 IU/mL (N<17 IU/mL), Adacik antikor 41.05 U/mL (N<25 U/mL) olarak pozitif saptandı. Sülfonilüre tedavisi kesilerek Detemir insülin 1x10 IU tedaviye eklendi. Kan glukoz takiplerine göre sabah ve akşam öğünlerine Aspart insülin 3 IU eklenerek glisemi regülasyonu sağlandı.

Sonuç: COVID-19 enfeksiyonu geçiren vakalarda bildirildiği gibi virüs benzeri protein ve mRNA aşları sonrasında da hiperglisemi/diyabet riski bulunmaktadır, ancak inaktif aşı ile ilişkili bir vaka bildirilmemiştir. Aşı ile ilişkili Tip 1 DM tanısı bizim vakamızda da olduğu gibi aşılardan ortalama 4-8 hafta sonra konulabilmektedir. Hastadaki otoimmünite varlığının aşı sonrası otoimmün diyabet gelişimine zemin hazırlamış olabileceği düşünülebilir. Aşıkâr diyabet bulgularının ortaya çıkmasından 9 ay sonra insülin ihtiyacı gelişmesi nedeniyle vakamıza LADA tanısı konulmuştur. Kilo kaybı ile prezante olan, yeni diyabet tanısı konulan ileri yaşta hastalarda maligniteye ek olarak akla otoimmün diyabet de gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, aşı, latent otoimmün diyabet

Hematoloji

SS-31

Abstract: 0192

KEMOTERAPİ TEDAVİSİ ALAN HEMATOLOJİ HASTALARININ ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

İpek Aycil¹, Anita Karaca²

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

²Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Amaç: Kemoterapötik ajanların tedavi edici etkilerinin yanı sıra toksik etkilerinin bulunması hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bununla birlikte, kemoterapi tedavisinin yan etkileri hastalar tarafından alınan bazı tedbirlerle önenebilir veya azaltılabilir. Bu nedenle, hastaların kemoterapi tedavisine ilişkin riskler, yan etkiler ve alınması gereken tedbirler konusunda bilgilendirilmesi önemlidir. Bu araştırmanın amacı, kemoterapi tedavisi alan hematoloji hastalarının öğrenim gereksinimlerini ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte olan bu çalışma İstanbul'da yer alan bir üniversite hastanesinde Mart - Haziran 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Örneklemini ayaktan kemoterapi tedavisi almak için hematoloji polikliniğine başvuran 130 hasta oluşturdular. Araştırma verileri, Hasta Bilgi Formu ve

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği kullanılarak elde edildi. Beşli likert tipinde olan ölçek, toplam 50 madde ve 7 alt boyuttan (ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı) oluşmaktadır. Ölçekten elde edilen puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Yüksek puan öğrenim gereksinimlerinin önemlilik düzeyini göstermektedir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalamalarının 53,01±15,01 olduğu, çoğunlukla kadın (%54,6), evli (%79,2), ilk öğretim mezunu oldukları (%44,6) belirlendi. Hastaların %39,2'sinde kanser tanısı 1 yıldan daha az zamanda konmuştur. Olguların %33,1'i evde bakım yönetimine ilişkin eğitim almıştır. Eğitim alan olguların %50'si hem hekim hem hemşirelerden eğitim aldıklarını ve en fazla hastalıkları (%73,8), kemoterapi ve yan etkileri (%59,5) konularında eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Eğitim alan hastaların %37,2'si eğitimi tamamen yeterli bulduğunu ifade etmiştir. Hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimi ölçeği toplamından aldıkları puan ortalaması 205,08±41,01 bulunmuştur. Ölçekten alınan en yüksek alt boyut puan ortalaması Tedavi ve Komplikasyonlar (38,66±7,23) ile Yaşam Kalitesi (34,01±6,72) alt boyutları iken; en düşük alt boyut puan ortalaması Cilt Bakımı (19,18±5,03) ve Duruma İlişkin Duygular (19,56±5,12) ile ilgili olmuştur. Ölçek toplam puan ortalaması ile cinsiyet, tanı konma zamanı ve birlikte yaşanan kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p = 0,043; p = 0,017; p = 0,040, sırasıyla). Çalışmamızda, ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılığı incelendiğinde ölçek toplamı için $\alpha = 0,982$, ölçek alt boyutları için $\alpha = 0,886 - 0,924$ arasında değişmekte olup, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Araştırma sonucunda hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hastaların en fazla tedavi ve komplikasyonlar ile yaşam kaliteleri ile ilgili konularda bilgi gereksinimleri bulunmaktadır. Hastaların hastalık sürecinde bireysel öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir. Bu şekilde hastaların yaşam kalitesi ve konfor düzeylerinin artırılması hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, kanser, eğitim

Genel Dahiliye

SS-32

Abstract: 0193

İMMÜN TROMBOSİTOPENİNİN EŞLİK ETTİĞİ ERDHEİM CHESTER HASTALIĞI OLGUSU

Ezgi Şahin¹, Betül Erişmiş¹, Bekir Doğan¹, Ezgi Simge Yıldırım¹, Deniz Yılmaz¹, Hülya Çetin Çiğdem¹, Mehmet Bozkurt², Gökçen Ünverengil³, Fehmi Hindilerden⁴, Abdülbaki Kumbasar¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniği, İstanbul

³Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

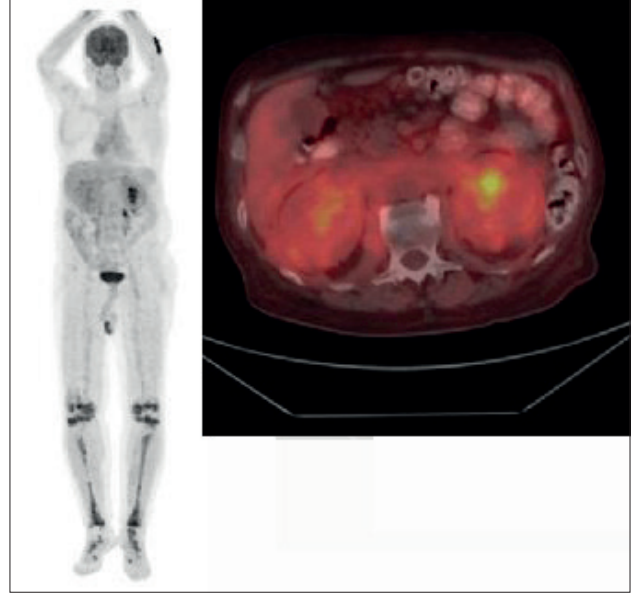
⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: Erdheim-Chester hastalığı (ECH), Langerhans dışı nadir görülen bir histiositik multisistem hastalığıdır. ECH en yaygın olarak, ekstra-osseöz dokunun histiositik infiltrasyonu olsun veya olmasın, biyopside köpüklü histiosit tabakaları gösteren uzun kemiklerin multifokal sklerotik lezyonları olarak kendini gösterir. Biz de burada seyri sırasında immün trombositopenik purpura (İTP) gelişmiş olan ve ECH tanısı koyduğumuz olgumuzu sunmayı amaçladık.

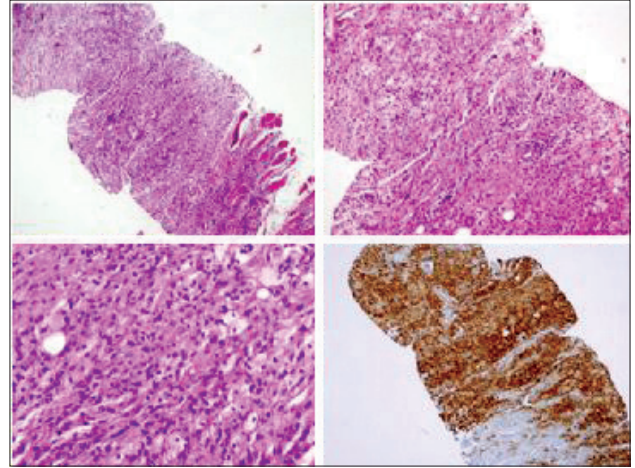
Olgu: Tip 2 diyabet, hipertansiyon ve astım tanıları olan 60 yaşındaki erkek hasta, son 3 ayda 40 kilo kaybı ve gece terlemesi şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Sistem sorgulamasında ek başka bir şikayeti yoktu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde; TA:125/75, kalp hızı 80/dk, oksijen saturasyonu 97, solunum sayısı 16/dk, vücut sıcaklığı 36.5 C idi. Baş-boyun muayenesinde bilateral göz çevresinde ksantelezmalar saptanan hastada diğer sistem muayeneleri doğal olarak değerlendirildi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 8 g/dl, trombosit sayısı 71000/mm³, C-reaktif protein 11 mg/dl, albümin 21,3 g/dl olarak saptandı. Mevcut bulgularla öncelikle malignite düşünülen hastanın yapılan görüntülemelerinde; toraks BT'de arkus aort ve inen aort çevresinde aortit ile uyumlu kalınlaşma, abdominal BT'de ise sağ-sol böbrek ve adrenal bezlerin yanı sıra anterior pararenal fasyayı da çevreleyen 22 mm kalınlığında hipodansite saptandı. Bunun üzerine malignite tanısından uzaklaşılan hastada IgG4 ilişkili hastalık olabileceği düşünülerek Ig A, G, M, G4 tetkikleri istendi ancak normal aralıkta saptandı. Hastaya öncesinde malignite ekartasyonu açısından planlanan Pet BT tetkikinde; her iki böbreği çevreleyen perirenal fasyada düzensiz sınırlı, ince uzantılar içeren (hairy kidney) ve 2 cm'ye ulaşan kalınlaşma saptandı. Alt ekstremitelerde de femur, tibia, sol iliak, sağ humerus, her iki ayak ve ayak bileği kemiklerinde sklerotik lezyonlar izlendi (Şekil 1). Retroperitoneal bölgedeki kalınlaşmadan alınan biyopside, CD68 ve CD38 pozitif, S100 negatif boyanan histiyositlerden zengin fokal lenfoid koleksiyonları içeren fibröz stroma ile karakterize benign lezyon ve pozitif bir BRAF mutasyonu tespit edildi (Şekil 2). IGG4 boyamasının negatif ve serum IGG4 seviyesinin normal gelmesi üzerine IGG4 ile ilişkili hastalık ekarte edildi. Trombositopeni nedeniyle yapılan kemik iliği biyopsisi sonucu İTP olarak değerlendirildi. PET BT tutulumları ve patolojik bulgularla birlikte değerlendirildiğinde hastaya Erdheim Chester hastalığı tanısı konuldu. Hastaya ECH seyri sırasında gelişen İTP nedeniyle İVİG ve metilprednizolon, sonrasında ise yanıtı ile eltrombopag verildi. Ayrıca BRAF mutasyonları pozitif olduğu için vemurafenib tedavisi uygulandı. Ancak tüm tedavilere rağmen ileri evrede ve multisistemik tutulumu olan hasta halen ECH için etkin bir tedavi olmadığı için iki ay içinde progresif olarak kötüleşerek exitus kabul edildi.

Sonuç: ECH, kötü prognozlu nadir bir hastalıktır. Tedaviyle ilgili birkaç prospektif terapötik çalışma vardır, ancak ECH vakalarıyla ilgili randomize kontrollü terapötik çalışma yoktur. Kanıtlanmış bir tedavisi olmadığı için özellikle ileri vakalarda bizim olgumuzda olduğu gibi semptomların giderilmesi dışında sağkalım açısından tatmin edici sonuçlar alınmamaktadır. Ayrıca ECH sırasında İTP gelişebileceği de bu vaka ile gösterilmiş oldu.

Anahtar Kelimeler: Erdheim chester hastalığı, immün trombositopeni, sklerotik lezyon



Şekil 1. PET BT görüntüleri



Şekil 2. Patolojik mikroskop görüntüsü

Romatoloji

SS-33

Abstract: 0194

COVID-19-İLİŞKİLİ MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMLU HASTALARDA ANAKİNRA TEDAVİSİNE YANITI ÖNGÖREBİLECEK BULGULARIN ARAŞTIRILMASI

Shir Khan Amikishiyev¹, Rabia Deniz², Mehmet Güven Günver³, Sarvan Aghamuradov¹, Nevzat Koca¹, Burak İnce¹, Murat Bektaş¹, Ayşenur Yılmaz², Yağmur Cantürk², Murat Köse², Sevgi Kalayoğlu Beşişik⁴, Ahmet Gül¹

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

²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

⁴Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı

Giriş: COVID-19 bir grup hastada makrofağ aktivasyon sendromu (MAS) bulguları ile karakterize hiperinflamatuvar yanıt

zemininde morbidite ve mortalitede artışa neden olabilen akut solunum sıkıntısı sendromuna ve çoklu organ yetmezliğine sebep olmaktadır. Oksijen desteği gereken hastalarda glukokortikoidler standart tedavi haline gelmiştir. Biz bu çalışmada merkezimizde anakinra alan hastaların bulgularını ve tedavi sonrasında sağ kalan ve vefat eden hastaların özelliklerini paylaşmayı planladık.

Metod: Mart-Mayıs 2021 tarihleri arasında hastaneye yatırılmış, COVID-19 ilişkili MAS tanısıyla anakinra almış olan hastalar çalışma grubunu oluşturdu. MAS tanısı geliştirmiş olduğumuz kriterlerle doğrulandı. Anakinra ilaç dozu 100-300 mg/gün subkutan ve 400-800 mg/gün intravenöz dozlarda hastaların kliniğinde ateş ve solunum durumu, laboratuvarında akut faz yanıtı durumuna göre günlük takiplerle ayarlandı. Laboratuvar parametreleri sağlıklı ve ölen hastalar arasında ilgili günlerde (bazal, anakinra ilaç başlangıç günü, anakinra tedavisine ilk yanıt ve taburculuk veya ölüm) yaş ve ilaç dozu ortak değişken (covariate) olarak kullanılmak üzere Ancova yöntemi ile değerlendirildi. Tedaviye ilk yanıt olarak CRP düzeyinde %50 azalma baz alındı.

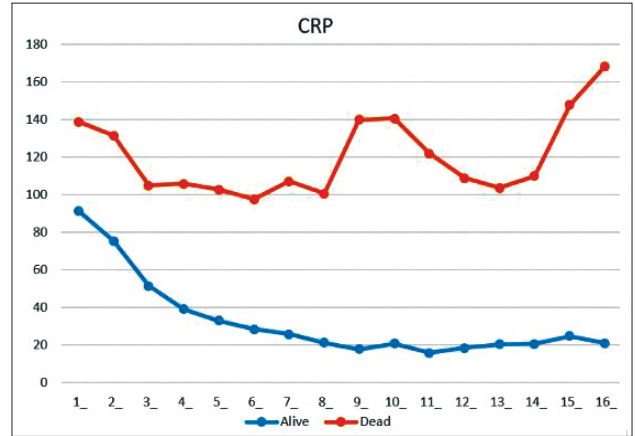
Sonuçlar: 1080 COVID-19 hastasından 218'ine (151 erkek, 67 kadın; ortalama yaş 60.0±14.1) anakinra verildi. Yatış sürecinde 125 (%57.3) hasta serviste takip edilmiş olup, 21 (%9.6) hastada oksijen ihtiyacı olmadı; 69 (%31.6) hasta YBÜ'de takip edildi, 40 hasta entübe edildi ve 30 (%13.7) hasta kaybedildi. Anakinra başlangıç günü ortalama 4.8 gün (sınırlar, 1-27) idi. Yirmi hasta anakinra öncesinde tosilizumab tedavisi almış olup tosilizumab yanıtı kabul edilen hastalardı. Anti-sitokin tedavi öncesinde %83.5 (n=182) hasta steroid tedavisi almış olup 6 hastaya başlangıçta tek doz 250 mg metilprednizolon yapılmıştı. Eylül 2020 öncesine denk gelen 36 (%16.5) hasta anti-sitokin tedavi öncesinde steroid tedavisi almamıştı. Bazal, anakinra ilaç başlangıç günü, anakinra tedavisine ilk yanıt ve taburculuk veya ölüm günü baz alınarak yapılan değerlendirmede: taburcu olan ve ölen hastalarda bazal değerlerinden yalnız CRP anlamlı sonuçlandı (p= 0.05). Anakinra tedavisinin ilk gününde CRP ve prokalsitonin değerleri ölen hastalarda yüksek sonuçlandı (p= 0.002 ve p= 0.003, Tablo 1). CRP düzeyinde %50 azalma sağlıklılarda 3.1 günde, ölenlerde 4.7 günde görüldü. Ölen hastalar steroid ve anakinra tedavisine rağmen daha yüksek CRP değerlerine sahipti (Şekil 1).

Tartışma: COVID-19 ilişkili MAS tedavisinde anti-sitokin tedavilerin sonucunu değerlendirebilecek laboratuvar parametrelerine acil ihtiyaç vardır. Anakinra tedavisine akut faz yanıtını izlemde en iyi kullanılacak parametre CRP değeridir. Verilerimiz yatan hastalarda anakinra tedavisi sonrası CRP, ferritin, D-dimer düzeylerinde azalma ile lenfosit düzeylerinde artış tedaviye olumlu yanıtla ilişkili bulunmuştur. Tedaviye rağmen artan D-dimer, CK ve troponin değerleri kötü seyirle ilişkili olup, ölen hastalarda engellenemeyen kardiyovasküler ve trombotik süreçlerin katkısını olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS)

Tablo 1. Başlangıç, anakinra ilk gün, ilk yanıt ve taburculuk gününde hastaların özellikleri

	Bazal			Anakinra: İlk gün			Anakinra: İlk yanıt			Taburculuk veya ölüm günü		
	Sağlık	Ölen	P değeri	Sağlık	Ölen	P değeri	Sağlık	P değeri	Değişim	Sağlık	Ölen	P değeri
Nüfus	84963.24	6749.08	0.29	7790.3	8368.8	0.24	7209.27	8140.81	0.02	1400	6340.3	0.005
Yaş	13069.22	6560.87	0.07	1310.3	1406.9	0.08	1205.3	9769.9	0.04	1400	1400.8	0.01
Yaş aralığı	93440.62	93440.66	0.78	93440.62	93440.65	0.56	93440.62	93440.66	0.98	1400	93440.63	0.05
Yaş ortalaması	2375.79	2775.93	0.07	286.05	286.25	0.12	345.51	3062.8	0.16	1400	1007.93	0.005
Yaş aralığı	14000.00	14000.00	0.80	14000.00	14000.00	0.82	14000.00	14000.00	0.77	1400	14000.00	0.005
D-dimer	2000.00	2000.00	0.80	2000.00	2000.00	0.10	2000.00	2000.00	0.02	1400	2000.00	0.005
CRP	124.36	141.91	0.05	68.45	128.21	0.002	66.59	123.71	0.00	1400	7.04	0.005
L24	386.94	411.32	0.16	401.81	484.34	0.07	357.51	400.54	0.001	1400	248.34	0.005
ALP	44.42	40.66	0.14	50.54	50.21	0.52	76.47	61.42	0.10	1400	60.77	0.01
AST	48.84	41.48	0.16	40.84	52.88	0.14	52.84	45.84	0.20	1400	44.74	0.005
Prokalsitonin	800.00	800.00	0.80	800.00	800.00	0.003	800.00	800.00	0.001	1400	800.00	0.005
Troponin	27.35	30.84	0.04	27.35	20.79	0.05	27.35	20.81	0.75	1400	27.35	0.005
Kreatinin	200.00	200.00	0.80	200.00	200.00	0.10	200.00	200.00	0.02	1400	200.00	0.005
İlaçlar	400.00	400.00	0.80	400.00	400.00	0.10	400.00	400.00	0.02	1400	400.00	0.005
Ferritin	400.00	400.00	0.80	400.00	400.00	0.10	400.00	400.00	0.02	1400	400.00	0.005
Retenim	124.36	141.91	0.05	68.45	128.21	0.002	66.59	123.71	0.00	1400	7.04	0.005



Şekil 1. Sağlıklı ve ölen hastalarda ortalama CRP seyri

Allerji

SS-34

Abstract: 0197

RENAL HÜCRELİ KARSİNOM TANILI BİR HASTADA EVEROLİMUSA BAĞLI GEÇ TİP AŞIRI DUYARLILIK REAKSİYONUNUN BAŞARILI DESENSİTİZASYONU

İlkin Deniz Toprak, Nida Öztop, Derya Ünal, Semra Demir, Aslı Gelincik

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Allerji Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş: Everolimusla bağlı geç tip aşırı duyarlılık reaksiyonları nadiren bildirilmiştir. Bu bildiriye, Everolimusla bağlı geç tip aşırı duyarlılık reaksiyonu gelişen bir hastada uyguladığımız başarılı desensitizasyonu sunmaktayız.

Vaka: 69 yaşında kadın hasta renal hücreli karsinom tanısıyla kullandığı everolimus tedavisine bağlı gelişen geç tip aşırı duyarlılık reaksiyonu nedeniyle allerji ve immünoloji polikliniğimize yönlendirildi. Tedavinin 7. gününde, son dozdan yaklaşık 12-14 saat sonra gövde, karn ve ekstremiteelerde makülopapüller döküntüler geliştiği öğrenildi. Hasta onam vermediği için ilaç provokasyon testi yapılamadı. Reaksiyondan 4 hafta sonra suçlu ilaçla yama testi yapıldı. Yama testi için tablet ezilerek toz haline getirildi ve vazelin içinde (%30 ilaç + %70 vazelin) seyreltilerek hastanın sırtına yapıştırıldı. 20 dakika sonra, ikinci ve dördüncü günlerde okundu ve test negatif olarak sonuçlandı. Ayrıca, everolimus lenfositlerin ölümüne neden olduğu için lenfosit transformasyonu testi değerlendirilmedi yeterince kaldı. Alternatif bir tedavi önerilmediğinden, önceden yayımlanmış olduğumuz 16 günlük desensitizasyon protokolümüz, bilgilendirilmiş onam formu alındıktan sonra uygulanmaya başlandı (Tablo 1). Günlük dozun 1/100' ü ile başlandı. Günlük dozlar 6 saatlik aralıklarla iki kez verildi. Günlük 6 mg'lık doza ulaşıldığında 14. ve 15. basamaklarda, yüz ve bacaklarda ilacın bilinen bir yan etkisi olan periferik ödem gelişti. Onkoloji ile konsülte edildiğinde 5 mg/gün dozu ile tedaviye devam edilmesi kararlaştırıldı. Bu sebeple desensitizasyon 15. adımda sonlandırıldı.

Sonuç: Geç tip aşırı duyarlılık reaksiyonlarında everolimus için tanımlanan ilk başarılı desensitizasyon protokolünü sunduk. Ayrıca grubumuz tarafından diğer oral kemoterapötikler için başarılı bir protokol olarak gösterilen 16 günlük desensitizasyon protokolünü everolimus hipersensitivitesi olan hastalarda alternatif tedavilerin olmadığı durumlarda değerli bir seçim olabileceğini gösterdik.

Anahtar Kelimeler: Everolimus Geç Tip Aşırı Duyarlılık Reaksiyonu Desensitizasyon

Tablo 1. Everolimus ile geç tip aşırı duyarlılık reaksiyonu için 16 günlük desensitizasyon protokollü

GÜN	İLK DOZ 09:00		İKİNCİ DOZ 15:00		GÜNLÜK TOPLAM DOZ	
	DİLÜZYON	DOZ	DİLÜZYON	DOZ	DİLÜZYON	DOZ
1	1/100	0,1 mg	2/100	0,1 mg	3/100	0,3 mg
2	3/100	0,3 mg	3/100	0,3 mg	6/100	0,6 mg
3	6/100	0,6 mg	6/100	0,6 mg	12/100	1,2 mg
4	12/100	1,2 mg	12/100	1,2 mg	24/100	2,4 mg
5	12/100	1,2 mg	12/100	1,2 mg	24/100	2,4 mg
6	12/100	1,2 mg	12/100	1,2 mg	24/100	2,4 mg
7	24/100	2,4 mg	24/100	2,4 mg	48/100	4,8 mg
8	24/100	2,4 mg	24/100	2,4 mg	48/100	4,8 mg
9	24/100	2,4 mg	24/100	2,4 mg	48/100	4,8 mg
10	24/100	2,4 mg	24/100	2,4 mg	48/100	4,8 mg
11	24/100	2,4 mg	24/100	2,4 mg	48/100	4,8 mg
12	24/100	2,4 mg	24/100	2,4 mg	48/100	4,8 mg
13	24/100	2,4 mg	24/100	2,4 mg	48/100	4,8 mg
14	30/100	3 mg	30/100	3 mg	60/100	6 mg
15	30/100	3 mg	30/100	3 mg	60/100	6 mg
16	50/100	5 mg	50/100	5 mg	100/100	10 mg

Endokrinoloji

SS-35

Abstract: 0203

COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE DİYABET HASTASININ TEDAVİYE UYUM DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe Basmakçı

S.B.Beykoz Devlet Hastanesi, iç hastalıkları, İstanbul

Amaç: Diyabet yönetimi çok bileşenli olan kronik, kompleks bir hastalıktır. Diyabet hastalarında iyi bir glisemik kontrolün sağlanmasıyla enfeksiyon hastalığının riski ve şiddeti azaltılabilir. Tedavi başarısı ancak iyi bir tedavi uyumuyla sağlanabilmektedir. Diyabetik hastalar karantina sırasında rutin kontrollerine gidememiş ve bu stres koşullarında tedavinin yeniden düzenlenmesi yapılamamıştır. Biz bu çalışmada diyabet hastalarının COVID-19 pandemi döneminde tedaviye uyum durumunu ve bu durumu etkileyen faktörleri değerlendirmek istedik.

Yöntem: Çalışma, MCQ (The Medication Compliance Questionnaire) ve DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'nün Adherence to Long-Term Therapies Evidence for Action 2003 klavuzuna göre belirlenmiş sorularından oluşan bir anket ile gerçekleştirilmiştir. Dahiliye polikliniğine başvuran 474 diyabetik hasta ile çalışmamız yürütülmüştür.

Bulgular: MCQ ölçeğine göre tedaviye uyumsuzluk oranı %82,3 idi. OAD (Oral anti diyabetik) ilaç kullanımı, sigara içme durumu, HbA1c (glukolize hemoglobinin) <%7 ve hasta yorum sorularından; 'düzenli doktor takibim yok', 'doktorumla iyi iletişim kuramıyorum', ifadeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). İnsülin kullanı, HbA1c değeri >=%7 olan hastalar ise tedaviye daha uyumlu olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: COVID-19 karantinasının diyabetik hastaların tedaviye uyumlarını oldukça olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Eritopya'da diyabetik ve hipertansif hastalarda COVID-19 pandemisi döneminde yapılmış bir çalışmada tedaviye uyumsuzluk %72 olarak görülmüştür. Taşkaya'nın COVID-19 pandemi öncesi yaptığı bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde insülin kullanan hastaların tedavilerine daha fazla uyum gösterdikleri belirtilmiştir. Kan glukoz seviyesi yüksek olan hastaların düşük olanlara göre tedavilerine daha fazla uyum sağladıkları belirtilmektedir. Ayrıca bu çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi HbA1c seviyesi 7'den büyük olan bir başka ifadeyle hastalığı daha şiddetli seyreden hastalarda tedaviye uyumun daha fazla olduğu vurgulanmıştır. Peeters ve arkadaşlarının COVID-19 pandemi öncesi yürüttüğü bir çalışmada 21 tip 2 diyabetik hastanın OAD'lere uyum durumunu incelemiştir ve hastaların sadece bir kaçarının tedaviye tamamen bağlı oldukları görülmüştür. Çalışmaların çoğu

insülin kullanan ve HbA1c değeri >%7 olan hastaların uyumsuzluğundan bahsetmektedir. Bizim çalışmamızda klasik sonuçlardan farklı olarak HbA1c <%7 ve OAD kullanmakta olan diyabetik hastaların uyumsuzluğu gündeme getirilmiştir. Bu durum diyabet teşhisinden sonra geçen sürenin kısa olması, hasta yaşının genç olması, güncel HbA1c'ye göre değilde gruplarının elde mevcut değerlere göre yapılmış olması, komplikasyonların ve komorbid durumların olmaması nedeniyle ilaçların düzensiz kullanılması, Sülfanilüre grubu, kombinasyonlu ilaçların, hatta insülin uygulamasının kontrolsüz kullanılıyor olması ile açıklanabilir. Çalışmamız Türkiye'de COVID-19 karantinasında diyabetik hastalarda ilaç tedavisine uyumu ölçek kullanılarak belirlen bir çalışma olması nedeniyle önemlidir. Fakat hipolisemi gibi akut komplikasyonları belirtmemesi, ayrıca kullanılan OAD'lerin sayısı ve alt grup analizinin yapılmaması kısıtlılığımızdır. Bu sonuçlara göre COVID-19 gibi olağanüstü durumlarda diyabetik hastaların tedaviye uyumlarını arttıracak yöntem ve tedavi takiplerine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19 pandemisi, HbA1c < 7, oral anti diyabetik ilaç

Tablo 1. Çalışma parametrelerinin MCQ uyum açısından değerlendirilmesi

		Uyumsuz (390)	Uyumlu (84)	
		n (%)	n (%)	p
1- Hastayla ilgili faktörler				
Yaş	<65	263 (%82,4)	56 (%17,6)	¹ 0,892
	>=65	127 (%81,9)	28 (%18,1)	
Cins	Kadın	236 (%82,8)	49 (%17,2)	¹ 0,711
	Erkek	154 (%81,5)	35 (%18,5)	
BMI	Non-obez	181 (%81,5)	41 (%18,5)	¹ 0,689
	Obez	209 (%82,9)	43 (%17,1)	
2-sosyal ve ekonomik faktörler				
Eğitim	Okuryazar değil	34 (%79,1)	9 (%20,9)	¹ 0,278
	İlköğretim	286 (%82,4)	61 (%17,6)	
	Lise	60 (%87)	9 (%13)	
	Üniversite ve üstü	10 (%66,7)	5 (%33,3)	
Medeni durum	Bekar	89 (%76,7)	27 (%23,3)	¹ 0,071
	Evli	301 (%841)	57 (%15,9)	
Meslek	Pandemide çalışmayan	344 (%83,1)	70 (%16,9)	² 0,300
	Çalışan	46 (%76,7)	14 (%23,3)	
Aylık gelir	Asgari ücretin altında	194 (%82,2)	42 (%17,8)	¹ 0,966
	Denk ve üstü	196 (%82,4)	42 (%17,6)	
Doktorla iyi iletişim kurma	Yok	160 (%89,4)	19 (%10,6)	² 0,002*
	Var	230 (%78)	65 (%22)	
3-hastalık durumu ile ilgili faktörler				
Sigara	Yok	320 (%80,2)	79 (%19,8)	² 0,010*
	Var	70 (%93,3)	5 (%6,7)	
HbA1c	<7	146 (%88,5)	19 (%11,5)	² 0,014*
	>=7	244 (%79)	65 (%21)	
COVID-19 geçirme	Hayır	331 (%81,5)	75 (%18,5)	² 0,295
	Evet	59 (%86,8)	9 (%13,2)	
4-Sağlık sistemi ile ilgili faktörler				
Pandemide düzenli doktor takibi	Yok	302 (%84,8)	54 (%15,2)	¹ 0,011*
	Var	88 (%74,6)	30 (%25,4)	
5-Tedaviyle ilgili faktörler				
Kullanılan ilaç	OAD	263 (%85,9)	43 (%14,1)	¹ 0,011*
	İnsülin	46 (%71,9)	18 (%28,1)	
	OAD-İnsülin kullanımı	81 (%77,9)	23 (%22,1)	

*Ki-kare test ²Continuity (yates) düzeltmesi *p<0,05 BMI: vucut kitle indeksi, Aylık gelir: asgari ücrete göre, HbA1c:glukolize hemoglobin, COVID-19:Korona virüs hastalığı, OAD: oral antidiyabetik

Tablo 2. MCQ puanları

	Ort±SS	Medyan
Toplam MCQ puanı	21.94±5.76	24
MCQ puanı	n	%
Uyumsuz	390	82.3
Uyumlu	84	17.7

MCQ ölçeği toplam 7 sorudan oluşmaktadır. Her soruda dörtlü Likert ölçeğine göre: hiçbir zaman=4; bazen (ayda bir ila dört kez)=3; çoğu zaman (ayda beşden fazla veya haftada ikiden fazla)=2; her zaman=1. Toplam puanlar 7 ila 28 arasındadır. 27 ve üzeri puanlama için uyumlu, 27'nin altı puanlama için uyumsuzdur.

Romatoloji

SS-36

Abstract: 0205

COVID-19 İLİŞKİLİ PULMONER MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMUNDA ÖNCÜL KRİTER ÇALIŞMASI

Shirkhan Amikishiyev¹, Mehmet Güven Günver², Murat Bektaş¹, Sarvan Aghamuradov¹, Burak İnce¹, Nevzat Koca¹, Ege Sinan Torun¹, Numune Aliyeva¹, Selma Sarı¹, Çiğdem Çetin¹, Banu Çiçek Yalçın Dulundu¹, Ahmet Gül¹

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

²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı

Giriş: COVID-19 seyrinde gelişebilen hiperinflamatuvar yanıtın makrofaj aktivasyonu sendromu (MAS)'na neden olduğu bilinmektedir. Diğer sebeplerle gelişen MAS için geliştirilen kriterler COVID-19 ilişkili pulmoner MAS tablosunun tanı ve takibinde faydalı olmamaktadır. Bu çalışmada geniş bir veritabanı kullanılarak ve önemli parametrelerin günlük dinamik değişikliklerini değerlendirilerek COVID-19-ilişkili MAS'ın özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Mart-Eylül 2020 arasında PCR ve/veya görüntülemeyle tanı konmuş, hastaneye yatırılmış hastalar keşif grubunu oluşturdu. Uzman görüşüyle MAS tanısı konarak anti-sitokin tedavi (anakinra veya tosilizumab) uygulanan hastalar "MAS grubu", bu grup dışında kalan MAS bulguları olmayan hastalar kontrol grubu olarak alındı. MAS grubu kendi içinde kesin MAS ve sınırda MAS olarak 2 gruba ayrıldı. Hastane yatışının ilk 14 günündeki klinik ve laboratuvar verileri kayıtlardan alındı. Eylül-Aralık 2020 arasında izlenen 162 hasta grubu da belirlenmiş kriterleri test etmek için doğrulama grubu olarak alındı. Doğrulama grubunda hastane yatış kriterleri değişmişti ve oksijen desteği gereken, deksametazon 6 mg/gün veya eşdeğeri steroid ihtiyacı olanlar yatırılmaktaydı. MAS, sınırda ve MAS dışı gruplarda laboratuvar parametrelerdeki günlük değişikliklerin hesaplandı ve sınır değerlerin tespiti için ROC eğrileri çizildi, %10-90 alt-üst sınırlar belirlendi.

Sonuçlar: COVID-19 tanısıyla yatırılan 685 hastadan 85'i kesin MAS, 65 hasta sınırda MAS olarak değerlendirildi. Kesin MAS grubunda 73 (%85.9) hasta tosilizumab, 12 (%14.1) hasta anakinra almış olup ortalama tedavi günü 4.6 (1-10) gündü. Sınırda MAS grubunda 44 (%67.7) hasta tosilizumab, 12 (%18.5) hasta anakinra almış olup ortalama tedavi günü 5.1 (1-10) gündü. MAS ve MAS olmayan grupların viral yükleri (Ct) arasında anlamlı fark görülmedi. MAS grubunda laboratuvar parametrelerinde dinamik değişikliklerdeki fark, hastane yatışının 6. gününde gelişmiş olup, MAS grubunda özellikle ferritinde bazal değerlere göre 2 kat, D-dimerde 1.5 kat artış saptandı (Figür). Tablo 1'de gösterilen 12 parametre COVID-19 ilişkili MAS kriterlerini oluşturdu. Toplam

skor 40 olarak alındığında keşif grubunda hastane yatışının 5-6. Gününde MAS için %80 duyarlılık, %80 özgüllük elde edildi. Skor 50 olarak alındığında özgüllük %94 olurken, duyarlılık %53'e düşmekteydi. Steroid tedavisi almakta olan doğrulama grubunda da 40 skoru için %92 duyarlılık saptandı; hastane yatışının 6-9 günündeki değerlerle özgüllük ise, yatırılarak izlenen hasta grubunun farklılığı nedeniyle %34.4 düzeylerine kadar azaldı.

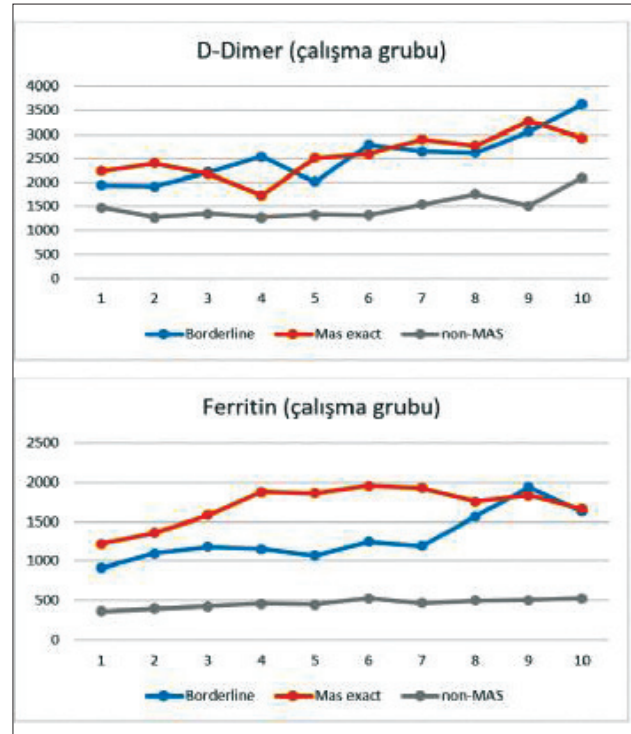
Tartışma: Bu çalışmayla takipte sık kullanılan parametrelerin günlük değişimleri dikkate alınarak COVID-19 ilişkili MAS varlığını yüksek duyarlılık ve özgüllük ile saptayan kriterler geliştirilmiştir ve kriterlerin steroid kullanan hastalarda da yüksek duyarlılığı koruduğu görülmüştür. Geliştirilen kriterler için 40 skoru MAS varlığını erken dönemde tanımak için yeterli görülmektedir ve erken tedavinin prognozu olumlu etkileyeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Makrofaj aktivasyonu sendromu (MAS)

Tablo 1. COVID-19 ilişkili pulmoner makrofaj aktivasyon sendromu için öncül kriterler

1. Ateş (>37.0 °C)
2. Ferritin konsantrasyonu > 680 ng/ml
3. Hastalık başlangıcından anti-sitokin tedaviye kadar ferritin konsantrasyonunda 2.5 kat artış
4. Nötrofil sayısı > 6000 cell/mm³
5. Lenfopeni < 900 cell/mm³
6. Nötrofil/lenfosit oranı > 6
7. D-dimer konsantrasyonu > 850 ng/ml
8. Hastalık başlangıcından anti-sitokin tedaviye kadar D-dimer düzeyinde 1.3 kat artış
9. CRP konsantrasyonu > 65 mg/L
10. LDH konsantrasyonu > 320 U/L
11. ALT veya AST konsantrasyonu > 50 U/L
12. Prokalsitonin konsantrasyonu < 0.8

Hastane yatışından 5-7. gününde her pozitif parametre için 1 puan verilir, toplam puan / 12 x 100 ile skor hesaplanır (Olası MAS ≥40).



Şekil 1. Ferritin ve D-dimer değerindeki dinamik değişiklikler

HASTANEDE YATAN YAŞLI KALÇA KIRIĞI HASTALARINDA PREOPERATİF DELİRİUM SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Nezahat Müge Çatıkkaş¹, Banu Özulu Türkmen², Gülistan Bahat¹, Mehmet Akif Karan¹

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

²Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Delirium, kalça kırığı olan yaşlı hastalarda perioperatif dönemde sık görülen bir komplikasyondur. Kalça kırığı olan yaşlı hastalarda önemli bir morbidite ve mortalite sebebi olan delirium ile ilişkili olabilecek risk faktörlerinin erken tespiti ve yönetimi olumsuz sonuçların önlenmesi bakımından oldukça önemlidir. Bu çalışmada, hastanede yatan yaşlı kalça kırığı hastalarında preoperatif delirium sıklığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Ocak 2019 ile Şubat 2020 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi servisinde, akut kalça kırığı tanısı ile yatan, 65 yaş ve üzeri hastalar dahil edildi. Orta/ileri demansı olan, kooperasyon sağlanamayan, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar dışlandı. Demografik özellikler, mevcut kronik hastalıklar, düzenli kullanılan ilaçlar, polifarmasi varlığı (>4 düzenli ilaç kullanımı), fonksiyonellik durumu (Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği ve Lawton Brody Aletli GYA Ölçeği ile), delirium [Konfüzyon Değerlendirme Metodu (CAM) ile], kırılabilirlik (FRAIL ölçeği ile), malnütrisyon [Mini Nütrisyonel Değerlendirme-Kısa Form (MNA-SF) ile], kognitif bozukluk (Mini-Cog ile), depresyon [Hasta Sağlık Anketi (PHQ-2) ile], üriner inkontinans [3 İnkontinans Sorusu (3IQ) testi ile] varlığı kaydedildi. Normal dağılım varlığı görsel yöntemler (histogramlar) ve Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde (%), normal dağılım gösteren sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma, minimum, maksimum; parametrik olmayan değişkenler için ortanca ve çeyrekler arası aralık (IQR) olarak belirtildi. Kategorik veriler için ki-kare testi kullanıldı. Bağımsız ilişkili faktörler için çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı. P<0,05 anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Toplamda 62 hasta dahil edildi. Ortalama yaş 81±7,7 (min-maks: 65-95) idi ve %71'i kadındı. Delirium sıklığı %24,2 idi. Mevcut kronik hastalık sayısı ortanca (IQR) değeri: 2 (3), düzenli kullanılan ilaç sayısı ortanca (IQR) değeri: 5 (3) idi. Polifarmasi sıklığı %53,2 idi. Delirium ile bozulmuş GYA ve aletli GYA, kırılabilirlik (pre-frail+frail), malnütrisyon (malnütrisyon riski+malnütrisyon), kognitif bozukluk ve üriner inkontinans arasında anlamlı ilişkili saptandı (p=0,005, 0,005, 0,009, 0,001, <0,001, 0,008, sırasıyla). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde malnütrisyon delirium ile bağımsız ilişkili bulundu [p=0,048, risk oranı (OR)=0,152, %95 güven aralığı (CI)=0,023-0,985].

Sonuç: Hastalarımız çoğunlukla ileri yaşlı, çoklu ilaç kullanımı olan kadınlardan oluşmaktaydı. Delirium sıklığı %24,2 idi. Malnütrisyon ile delirium arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir korelasyon saptandı. Çalışmamızdan elde edilen verilerin, delirium ile ilişkili olumsuz sonuçları önlemek için riskli bireylerin erken tespitine yardımcı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: yaşlı, kalça kırığı, delirium

EXENATİDE ALERJİSİ SAPTANAN İKİ HASTADA BAŞARILI DESENSİTİZASYON

Osman Ozan Yeğit¹, Göktuğ Sarıbeyliler², Pelin Karadağ¹, Semra Demir¹, Nurdan Gül², Derya Ünal¹, Aslı Gelicik¹

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Alerjik Hastalıklar Bilim Dalı

²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı

Giriş/Amaç: Exenatide Türkiye'de obez tip 2 diabetes tanılı hastaların tedavisinde Sosyal Güvenlik Kurumu ödeme kapsamındaki tek Glucagon Like Peptide 1 Reseptör Agonistidir (GLP1-RA). Aşırı duyarlılık reaksiyonu (ADR) gibi nedenlerle uygulanmadığı durumlarda hastalar alternatif GLP1-RA'lara ulaşım sorunu yaşadığından bu hastalara obezite cerrahisi dışında uygulanabilecek en etkin tedavi seçeneği devre dışı kalmaktadır. Burada, Exenatide ile ADR gelişen iki hastada ilaç ile yapılan deri testi sonuçları ve ilk kez yapılan desensitizasyon protokolü anlatılmıştır.

Vaka 1: 46 yaşında kadın hasta obezite tedavisi için günde iki kez Exenatide 5mcg/20mcl tedavisi başlandıktan sonra uygulama alanında gelişen şişlik ve kızarıklık nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Fizik muayenede uygulama alanında lokal ADR ile uyumlu görünüm olan hastanın yapılan cilt testlerinde ilaç preparatıyla 1/100 intra-dermal'de (İD) pozitiflik saptandı (Şekil 1). Hastada sadece lokal reaksiyon olması nedeniyle ilk olarak bölünmüş doz ve lokal steroid tedavisi uygulandı. Ancak bu yöntemlerle de ilacı tolere edemeyen hastaya desensitizasyon uygulanmasına karar verildi.

Vaka 2: 47 yaşında kadın hastaya günde iki kez Exenatide 5mcg/20mcl tedavisi başlanmış ancak tedavinin 4. gününde yaygın ürtiker gelişmesi nedeniyle tedavi kesilmiş. Hastanın bilinen ilk ürtiker atağıydı ve aynı dönemde başka bir sorumlu olabilecek ajan tarif etmiyordu. Endokrin ve Metabolizma Bilim Dalı tarafından tekrar Exenatide başlama isteği ile kliniğimize yönlendirildi. İlaç kesilen hastanın ürtikeri kendiliğinden kaybolmuştu. Hastanın Exenatide ile cilt testi 1/100 İD'de pozitif saptandı (Şekil 2). Exenatide'in hastanın ulaşabileceği bir alternatifi olmaması ve bu durumdaki alternatifin obezite cerrahisi olması nedeniyle desensitizasyon işlemine karar verildi.

Metod: İlk olarak hastalardaki cilt testi pozitifliğine neden olabilecek iritasyonu dışlamak amacıyla Endokrin ve Metabolizma Bilim Dalı'nda aynı endikasyonla Exenatide'i sorunsuz kullanmakta olan 4 hastaya artan konsantrasyonlarda cilt testleri uygulandı (Tablo 1). Testlerde pozitiflik gelişmediği görüldükten sonra iki hastanın cilt testleri pozitif kabul edildi.

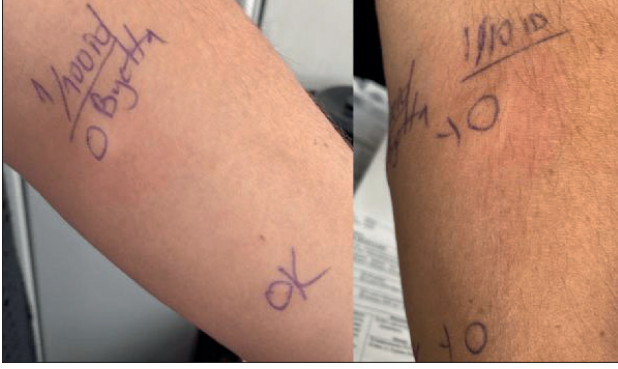
Desensitizasyon işlemi 7 basamaklı planlandı. Bir oto-enjeksiyonu 0,02 ml olan ilaca %0,9 NaCl eklenerek elde edilen 2 ml solüsyon bölünmüş dozlarda subkutan olarak uygulandı. Yedinci basamakta ilaç kendi enjektörüyle tam doz uygulandı ve desensitizasyon tamamlandı (Tablo 2).

Sonuç: İşlem sonunda, 1 numaralı hastada daha önce enjeksiyon yerinde oluşan lokal reaksiyon sonraki uygulamalarda kayboldu (Şekil 1) ve 2 numaralı hastada enjeksiyon sonrası tekrar ürtiker atağı gelişmedi.

Anahtar Kelimeler: Alerji, Desensitizasyon, Exenatide



Şekil 1. A: 1 numaralı hastada Exenatide uygulaması ile gelişen lokal reaksiyon ve cilt testi pozitifliği **B:** 1 numaralı hastanın desensitizasyon sonrası aşırı duyarlılık reaksiyonu gelişmeyen enjeksiyon alanı



Şekil 2. İki numaralı hastanın Exenatide ile cilt testi pozitifliği

Tablo 1. Hasta ve kontrollerde Exenatide ile uygulanan cilt testi konsantrasyonları	
Konsantrasyon	Yöntem
1/10	Prik
1/1	Prik
1/1000	İntradermal
1/100	İntradermal
1/10	İntradermal

Tablo 2: Desensitizasyon uygulama şeması			
Basamak sayısı	Her basamakta uygulanan solüsyon miktarı	Her basamakta uygulanan ilaç dozu	Birikimli doz
1	0,04 ml	0,4 mcl	0,4 mcl
2	0,08 ml	0,8 mcl	1,2 mcl
3	0,16 ml	1,6 mcl	2,8 mcl
4	0,32 ml	3,2 mcl	6 mcl
5	0,64 ml	6,4 mcl	12,4 mcl
6	0,76 ml	7,6 mcl	20 mcl
7	İlacın kendisi (0,02 ml)	20 mcl	40 mcl

Her uygulama 30 dakika arayla yapılmış, toplam doz hastanın günlük kullandığı doz olarak belirlenmiştir. ml: mililitre, mcl: mikro litre

HESAPLANMIŞ GLOBÜLİNİN (HG) ANTİKOR EKSİKLİĞİ İÇİN TARAMA TESTİ OLARAK TÜRK YETİŞKİN HASTALARDA VALİDASYONU

Osman Ozan Yeğit¹, Pelin Karadağ¹, Deniz Eyice¹, Nida Öztıp¹, Şengül Beyaz¹, Özdemir Can Tüzer¹, Ali Can¹, Semra Demir¹, Derya Ünal¹, Halim İşsever², Sema Genç³, Beyhan Ömer³, Stephen Jolles⁴, Aslı Gelincik¹

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Alerjik Hastalıklar Bilim Dalı

²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

³Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

⁴University Hospital of Wales, Immunodeficiency Centre for Wales

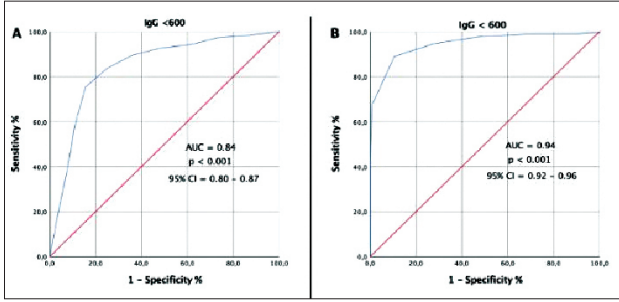
Giriş: Antikor eksiklikleri erişkinlerde görülen immün yetmezliklerin en sık nedenidir. Tanıdaki gecikmelerin ciddi sonuçları düşündürdüğünde, antikor eksikliklerinde erken tanıyı sağlayabilecek bir tarama testinin gerekliliği ortadadır. Bu çalışmada, Jolles S. ve arkadaşları tarafından antikor eksikliklerinde bir tarama metodu olarak geliştirilen hesaplanmış globülin (HG) metodunun, yetişkin Türk hastalarda valide edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya serum total protein değerinden albümin değerinin çıkarılmasıyla elde edilen HG değeri, 1.5 ile 2.5 arasında olan 550 hasta dahil edildi. Ek olarak bu hastaların serum IgG, IgA, IgM, IgE düzeyleri ile protein elektroforezinden elde edilen gama globülin düzeyi de ölçüldü. HG ve gama globülin değerlerinin düşük IgG değerlerini ön gördürüp gördürmediğini belirlemek amacıyla ROC eğri analizleri yapıldı. Bu analizler sonucunda belirlenen kesme değerlerinin, kliniğimizde aynı tanıyla takip edilen hastaları hangi oranda tanımladığı da ayrıca araştırıldı.

Bulgular: Hastaların medyan (IQR 25-75) yaş değerleri 53 (40-63.25) idi ve 291'i (52.9%) erkekti. HG değerleri, serum IgG ve total immünoglobülin (IgA + IgM + IgG) değerleriyle güçlü şekilde koreleydi ($p < 0.001$, $r = 0.67$; $p < 0.001$, $r = 0.70$). IgG değeri < 600 mg/dl olan hastalara tanı koyabilmek için HG kesme değeri < 2.0 olarak alındığında, %83.8 duyarlılık ve %74.9 özgüllüğe sahip olduğu görüldü. Aynı hasta grubu için gama globülin kesme değeri < 0.7 olarak alındığında, %89 duyarlılık ve %89.4 özgüllük gösterdi (Figür 1, Tablo 1). Farklı IgG değerleri için oluşturulan kesme değerleri Tablo 1'de detaylı olarak verilmiştir. Kliniğimizde birincil antikor yetmezliği tanısıyla takip edilen (IgG < 600) 47 hastanın değerlendirmesinde, hastaların %78.7'sinin CG değerinin < 2.0 , %100'ünün gama globülin değerinin < 0.7 olduğu görüldü.

Sonuç: HG, yetişkin Türk hastalara antikor eksikliği tanısını koymada kolay erişilebilir ve maliyet etkin bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Farklı klinik belirtiler nedeniyle antikor eksikliğine doğru ve hızlı tanı koymanın zorlaşabileceği göz önüne alındığında, düşük HG klinisyenleri uyararak tanı gecikmelerinin önüne geçilmesini ve tedavi başarısının artmasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Antikor eksikliği, Hesaplanmış globülin, İmmün yetmezlik



Şekil 1. HG (A) ve gama (B) değerlerinin IgG değeri <600 olan hastaları bağımsız şekilde belirleyip belirlemediğini gösteren ROC eğri analizleri
AUC: Eğri altında kalan alan, CI: Güven aralığı, HG: Hesaplanmış globülin. p değeri <0.05 olarak alınmıştır

Tablo 1. Hesaplanmış globülin ve gama globülin kesme değerleri

	IgG < 600		IgG < 500		IgG < 400		IgG < 300	
	duyarlılık	özgülük	duyarlılık	özgülük	duyarlılık	özgülük	duyarlılık	özgülük
Hesaplanmış globülin kesme değerleri								
<1.6	19,4	96,4	22,3	95,4	22,5	93,5	31,4	93,2
<1.7	38,2	92,5	44,6	90,8	49,4	87,9	58,8	86,0
<1.8	58,1	89,1	66,2	85,9	69,7	80,9	74,5	77,6
<1.9	75,4	84,4	82,7	79,3	85,4	73,1	86,3	68,7
<2.0	83,8	74,9	87,1	68,6	89,9	63,1	90,2	59,1
<2.1	89,5	64,1	92,1	58,2	94,4	53,1	94,1	49,5
<2.2	92,7	51,8	93,5	46,5	95,5	42,5	96,1	39,7
<2.3	94,2	38,7	95,0	34,8	95,5	31,7	96,1	29,7
<2.4	97,4	26,5	98,6	23,8	98,9	21,5	100	20,0
<2.5	98,4	13,1	98,6	11,7	98,9	10,6	100	10,0
Gama globülin kesme değerleri								
<0.2	2,6	100	3,6	100	5,6	100	9,8	100
<0.3	6,3	100	8,6	100	13,5	100	23,5	100
<0.4	18,8	100	25,9	100	40,4	100	62,7	99,2
<0.5	41,9	100	56,8	99,8	76,4	97,4	92,2	93,4
<0.6	67,5	99,2	84,9	96,6	92,1	89,2	96,1	83,4
<0.7	89,0	89,4	94,2	81,3	96,6	73,5	98,0	68,3
<0.8	94,8	71,9	95,7	63,7	96,6	57,5	98,0	53,5
<0.9	97,9	51,5	97,8	45,3	98,9	40,8	100	37,9
<1.0	99,0	29,5	98,6	25,8	98,9	23,2	100	21,6
<1.1	99,0	11,1	98,6	9,7	98,9	8,9	100	8,4
<1.2	99,5	3,9	99,3	3,4	98,9	3,0	100	3,0
<1.3	99,5	1,7	99,3	1,5	98,9	1,3	100	1,4
<1.4	99,5	0,6	99,3	0,5	98,9	0,4	100	0,6
<1.5	99,5	0,3	99,3	0,2	98,9	0,2	100	0,4
<1.7	99,5	0	99,3	0	98,9	0	100	0,2

prednizolon 5 mg/gün ve hidroklorokin 200 mg/gün kullandığı ve son adalimumab dozunu mevcut semptomlar başlamadan bir gün önce yapmış olduğu öğrenildi. Hastanın muayenesinde vital bulgularında ateş 38.5 °C, SpO2 %94, nabız 110, TA 120/70 mmHg idi. Laboratuvar tetkiklerinde lenfosit 1610/μL, CRP 160 mg/L, ferritin 187 μg/L, D-dimer 0.82 μg/mL, LDH 243 U/L, AST 18 U/L, ALT 10 U/L, prokalsitonin 0.45 ng/mL görüldü. Görüntüleme her iki hemitoraksta tüm loblarda periferik alanlarda ağırlıklı, yaygın, düzensiz sınırlı buzlu cam dansiteleri ve yer yer konsolidasyon alanları görüldü ve orta-ağır şiddette COVID-19 tutulumu lehine değerlendirildi. Hastaya metilprednizolon 80 mg/gün başlandı, fa takibinin 3. gününde devam eden subfebril ateşi (37.8 °C), oksijen ihtiyacı (10 litre/dakika), laboratuvarında lenfopeni, ciddi akut faz yanıtı, hiperferritinemi, D-dimer yüksekliği (COVID-19 MAS skoru %50) olması nedeniyle hastaya anakinra tedavisi eklendi. Anakinra tedavisinin 3. gününde doz 800 mg/gün intravenöz olarak ayarlandı (günlük anakinra dozu ve CRP seyri Figür 1'de verilmiştir). Tedavisinin 4. gününde ateşi kırıldı, 12. gününde akut faz yanıtı alındı (CRP değeri bazaline göre %50 azaldı) ve hastanın oksijen ihtiyacı azaldı. Takibinde sekonder bakteriyel enfeksiyon düşündürülecek bulgu görülmedi, 18. günde hasta oda havasında, akut faz değerleri normal, anakinra tedavisi kesilerek steroid azaltma şeması ile hasta taburcu edildi.

Tartışma: Burada sunulan hastada anti-TNF tedavisi altında MAS gelişmesi, COVID-19 enfeksiyonu sırasında hiperinflamatuvar yanıtta yollardan TNF yolağından ziyade, NLRP3-inflamatuvar aracılı artan IL-1β, IL-6 ve diğer sitokinlerin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Anti-TNF tedavi etkisi süresince, steroide yansız olguda anti-IL-1 tedavinin eklenmesi sonrasında herhangi bir sekonder enfeksiyon gelişmemesi vakamızın özellikli taraflarından ve gerekli olduğunda anti-sikokin biyolojik ilaçların veya hedefe yönelik küçük moleküllerin kısa süreli olarak birlikte kullanılabilceği umudunu vermektedir.

Anahtar Kelimeler: makrofaj aktivasyon sendromu, anakinra, covid-19

Genel Dahiliye

SS-40

Abstract: 0209

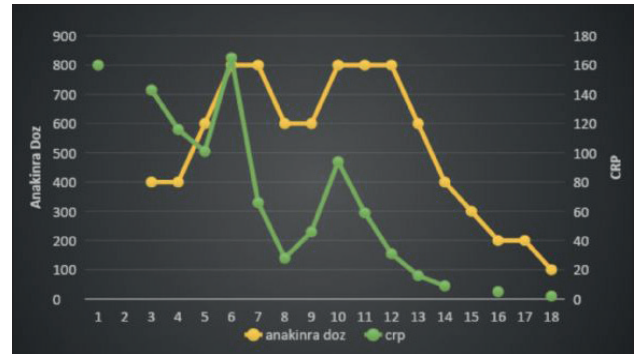
ADALİMUMAB TEDAVİSİ SIRASINDA COVID-19 İLİŞKİLİ PULMONER MAS GELİŞEN VE YÜKSEK DOZ ANAKİNRA İHTİYACI OLAN OLGU SUNUMU

Yusuf Emre Uzun¹, Shirkhan Amikishiyev², Ahmet Gül², Timur Selçuk Akpınar³

¹Memorial Bahçelievler Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Coronavirus-19 (COVID-19) bir grup hastada makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) bulgularına sebep olabilmektedir. Özellikle immünsupresif tedavi alan inflamatuvar romatizmal hastalığı olanlarda, COVID-19'un ciddi seyretme riski yüksek olmakla beraber, anti-IL-1, anti-IL-6, TNF inhibitörü gibi hedefe yönelik tedavilerin, COVID-19 zemininde gelişebilecek MAS tablosundan koruyucu olabileceği düşünülmektedir. Bu bildiride adalimumab tedavisi uygulandıktan sonra kısa sürede COVID-19 ilişkili MAS tablosu gelişen ve yüksek doz anakinra tedavisine ihtiyaç duyulan bir vaka sunulmaktadır.

Vaka: 61 yaşında erkek hasta 4-5 gündür devam eden yüksek ateş, öksürük ve nefes darlığı ile başvurdu ve SARS-CoV-2 RT-PCR testi sonucu pozitif saptandı. Hastanın öyküsünden seropozitif romatoid artrit nedeniyle adalimumab 40 mg/2 hafta,



Şekil 1. Günlük CRP değerleri ve anakinra doz seyri

OBEZİTE POLİKLİNİĞİNDE TAKİP EDİLEN SUBKLİNİK HİPOTİROİDİLİ HASTALARIN 1 YILLIK ANDROPOMETRİK VE LABORATUVAR SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Müjgan Kaya Tuna

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Şehir Hastanesi

Amaç: Subklinik hipotiroidi; serumda serbest tiroid hormon düzeyleri normal iken yüksek TSH düzeylerinin saptandığı klinik durumdur. Prevelansı, toplum çalışmalarında %4-15 olarak bildirilmiştir. İyot eksikliği ya da fazlalığı, yaş, cinsiyet ve ırk gibi faktörler prevelansta belirleyici rol oynamaktadır. Subklinik hipotiroidinin önemli yanı, aşikar hipotiroidi gelişirse de ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalık için risk oluşturabilmesidir.

Klinik çalışmaların sonuçları serum TSH düzeylerinin kilo değişimi ve VKİ (vücut kitle indeksi) ile pozitif ilişkili olduğunu gösterdiği gibi obezite de tiroid fonksiyonlarını etkilemektedir.

Bu çalışmada; Ocak 2016-Aralık 2017 tarih aralığında Obezite Polikliniğinde takip edilen subklinik hipotiroidi tanısı almış hastaların 1 yıllık antropometrik ve laboratuvar değişimlerini retrospektif olarak değerlendirdik.

Yöntem: Dr. Lütfü Kırdar Kartal Şehir Hastanesi Obesite polikliniğine kilo vermek amacıyla başvuran, BMI (30-45) aralığındaki subklinik hipotiroidi tanılı 26 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların başlangıç antropometrik ve laboratuvar ölçümleri yapıldı (T1) ve Levotiroksin 25-50 mcg başlanarak takibe alındı. Bir yıl sonunda tekrar antropometrik ve laboratuvar ölçümleri yapılarak başlangıç düzeyleri ile karşılaştırıldı. HOMA>2,5 olan hastalara metformin tedavisi de eklendi. Hastalara haftada 0.5-1 kg verebilecek şekilde ortalama 1600 cal Akdeniz tipi beslenme önerildi. Haftada 5 gün, en az 30 dk ortalama 200 kcal harcanması hedeflenen egzersiz verildi.

İstatistiksel analizde verilerin dağılımını değerlendirmek için Kolmogorov-Smirnov test uygulandı. Bağımlı grupların karşılaştırılmasında non-parametrik Wilcoxon test kullanıldı. İstatistiksel analizde Medcalc 12 statistical software kullanıldı. p<0.005 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Başlangıç ve 1 yıl sonra ölçülen TSH (p=0.003), VKİ (p=0.036),PBF(vücut yağ yüzdesi)(p=0.036) ve HOMA-IR(insülin direnci testi) (p= 0.00) değerlerinde Wilcoxon rank testi ile anlamlı farklılık saptandı. SLM(yumuşak kas dokusu), WHR(bel kalça oranı),total kolesterol, LDL kolesterol, testlerinde anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hastaların başlangıç ve 1 yıl sonraki antropometrik ve laboratuvar median (2.5-97.5) değerleri Tablo 1’de verilmiştir.

Sonuç: Obezite polikliniğinde takip edilen subklinik hipotiroidi hastalarında tedavi ve kilo kaybı ile VKİ, PBF, HOMA-IR ve TSH düzeylerinde anlamlı değişim görülürken WHR, SLM ve total ve LDL kolesterol düzeylerinde değişim gözlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Antropometrik ölçüm, Obezite, Subklinik hipotiroidizm

Tablo 1. Hastaların başlangıç (T1) ve 1 yıl sonraki (T2) antropometrik ve laboratuvar değerlerinin karşılaştırılması			
Parametre	T1 Median (2.5-97.5 persentil)	T2 Median (2.5-97.5 persentil)	P
YAŞ	49		
BMI	35.5(27-50)	32.7(26.4-49.8)	*0.036
WHR	0.95(0.78-1.14)	0.91(0.8-1.13)	0.151
PBF	41.5(25.2-47.6)	39.3(25.3-46.3)	*0.013
SLM	48.3(35.9-77)	46.5(36.2-77.5)	0.119
HOMA-IR	4.8(1.2-13.3)	3.1(1.7-7.0)	*0.000
TOTAL KOLESTEROL	219(150-319)	214(128-312)	0.761
LDL KOLESTEROL	139(72-204)	144(84-220)	0.681
FREET4	11.4(7.4-17.1)	10.7(5.4-16.9)	0.57
TSH	3.7(0.32-16.9)	2.1(0.09-5.3)	*0.003

‘TEK MERKEZ, ÇOK DENEYİM’ ERU-NET 655 VAKALIK NÖROENDOKRİN TÜMÖR SERİSİNDEN TANIMLAYICI VERİLER (ERCİYES ÜNİVERSİTESİ NÖROENDOKRİN TÜMÖR GRUBU)

İrem Erdoğan Veziroğlu¹, Emin Samet Saraç¹, Canan Şehit Kara², Sedat Tarık Fırat³, Gülten Can Sezgin⁴, Figen Öztürk⁵, Ümmühan Abdülrezzak⁶, Fahri Bayram²

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, Kayseri

³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, Kayseri

⁴Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Kayseri

⁵Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Kayseri

⁶Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Kayseri

Amaç: Nöroendokrin tümörler (NET), çeşitli nöroendokrin hücrelerin malign transformasyonu sonucu vücudun hemen her lokalizasyonda gelişebilen, nadir görülen, heterojen bir grup hastalıktır. Farklı diferansiyasyon dereceleri, değişken büyüme hızları, bazılarının fonksiyonel olarak aktif olmaları (gastrinoma, insülinoma, glukagonoma vb.), aşırı hormon salınımı ile klinik sendromlara (karsinoid sendrom) yol açmaları ve çeşitli ailesel multipl tümör sendromlarıyla birlikteliği (MEN 1, MEN 2, Nörofibromatozis Tip 1, Von Hippel Lindau, Tuberoskleroz) nedeniyle nöroendokrin tümör konusundaki araştırmalar rağbet görmektedir. GEP-NET’ler (gastroenteropankreatik nöroendokrin tümörler), tüm NET’lerin %55-70’ini oluşturan en yaygın NET alt tipi olarak yer almaktadır. Prognoz ve tedavi algoritmaları belirlenmesinde grade tanımlanması önemli parametrelerden biridir. Bu çalışmamızda hastanemizde tanı almış olan 655 NET hastasının retrospektif olarak tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesini amaçladık

Yöntem: 2000-2022 yılları arasında nöroendokrin tümör tanısı almış olan 655 hastanın verileri retrospektif ve tek merkezli olarak incelenmiştir. Hastaların ilk tanı anındaki epidemiyolojik verileri, grade’leri, FDG-PET, Galyum-68 PET tutulumları ve takiplerinde karsinoid sendrom varlığı kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 294 kadın ve 361 erkek hasta olmak üzere (%kadın/erkek: 45/55) alınmıştır. Yaş ortalaması $56,5 \pm 15,3$ olarak bulunmuştur. Yaş grupları ≤ 55 yaş (sıklığı %39,8), >55 yaş (sıklığı %60,2) olarak gruplandırılmıştır. 150 akciğer NET (%23,8), 133 pankreas NET (%20,3), 123 mide NET (%18,8), 53 kolorektal NET (%8,1), 44 ince bağırsak NET (%6,7), 42 apendiks NET (%6,4), 28 primeri bilinmeyen (%4,3) ve 76 adet diğer lokalizasyon (meme, testis, mesane, koledok, serviks, over) (%11,6) hastası izlendi. Tanı anındaki grade'leri %53 grade 1 (iyi diferansiye NET), %13 grade 2 (orta diferansiye NET), %34 grade 3 (az diferansiye NET, nöroendokrin karsinom) olarak bulunmuştur. Karsinoid sendrom en sık ince bağırsak NET olgularında (%17,2), en az ise kolorektal NET olgularında (%0) izlendi. Tanı anındaki grade'leri primer lokalizasyona göre gruplandırıldı. En sık grade 3 (nöroendokrin karsinom) ile prezente olan grup akciğer NET idi (%61,3). En sık iyi grade 1 (iyi diferansiye NET) ile prezente olan grup ise apendiks NET olguları idi (%88,1) (tablo 1).

Primer lokalizasyona göre tanıda kullanılan FDG ve Galyum-68 PET tutulumları oranları tablo 2'de gösterilmiştir.

Sonuç: Nöroendokrin tümörler 55 yaş üstünde ve sıklıkla erkeklerde görülen bir hastalık grubudur. Lokalizasyonlarına göre sıklıkları sırasıyla akciğer, pankreas, mide, kolorektal, ince bağırsak, diğer lokalizasyonlar (meme, testis, mesane, koledok, serviks, over), apendiks ve primeri bilinmeyen olarak sıralanmaktadır. Karsinoid sendroma en sık neden olan tümörler ince bağırsak, pankreas ve primeri bilinmeyen gruptur. Akciğer, primeri bilinmeyen grup ve diğer lokalizasyon (meme, testis, mesane, koledok, serviks, over) olguları tanı anında yüksek grade ile ilişkili bulunmuştur. Apendiks, ince bağırsak ve mide olguları ise tanı anında düşük grade ile ilişkilendirilmiştir. Tanı anında Galyum-68 PET tutulumu en sık pankreas olgularıyla, FDG-PET tutulumu en sık primeri bilinmeyen grupla ilişkilidir. Akciğer NET'lerinin grade olarak daha yüksek olduğu ve FDG-PET tutulumlarının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: nöroendokrin tümör, karsinoid sendrom, grade

Tablo 1. NET'lerin primer lokalizasyonlarına göre genel özellikleri

Primer lokalizasyon	Kadın/Erkek (%)	Tüm NET'ler içinde Sıklık (%)	Karsinoid sendrom ile birlikteliği (%)	Tanı anında grade 1 olanların sıklığı (%)	Tanı anında grade 2 olanların sıklığı (%)	Tanı anında grade 3 olanların sıklığı (%)
Akciğer	32,7/67,3	%23,8	%4,5	%27,1	%11	%61,3
Mide	53,4/46,6	%20,3	%7,5	%73,7	%9,8	%16,5
Pankreas	48/52	%18,8	%13	%49,2	%23,8	%27
İnce bağırsak	47,7/52,3	%6,7	%17,2	%79,5	%11,4	%9,1
Kolorektal	37,7/62,3	%8,1	%0	%71,7	%9,4	%18,9
Apendiks	57,1/42,9	%6,4	%3,8	%88,1	%11,9	%0
Primeri bilinmeyen	42,9/57,1	%4,3	%11,5	%28,6	%17,9	%53,6
Diğer lokalizasyon (meme, testis, mesane, koledok, serviks, over)	47,4/52,6	%11,6	%0	%30	%8,6	%61,4

Tablo 2: NET'lerin primer lokalizasyonlarına göre Galyum-68 ve FDG-PET tutulum oranları

Primer lokalizasyon	Galyum-68 PET tutulumu sıklığı	FDG-PET tutulumu sıklığı
Akciğer	%20,4	%49,2
Mide	%41,8	%3,8
Pankreas	%55,8	%31,6
İnce bağırsak	%41,4	%4,5
Kolorektal	%41,5	%29
Apendiks	%14,8	%0
Primeri bilinmeyen	%26,9	%76,9
Diğer lokalizasyon (meme, testis, mesane, koledok, serviks, over)	%37	%40
Total NET	%36	%30,9

Gastroenteroloji

SS-43

Abstract: 0225

ÖZOFAGUS VE GASTRİK VARİS KANAMALARIMIZIN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ: YENİ SORUN NASH!

Rahşan Olga Metin

Prof. Dr Cemil Taşçıoğlu Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji

Amaç: Siroz karaciğer hücrelerinin hasarlanarak bağ dokusu ile yer değiştirdiği ilerleyici bir karaciğer hastalığıdır. Hastalığın nedeni Avrupa ve Kuzey Amerika'da alkol iken ülkemizde en fazla viral hepatitler; hepatit B (HBV), hepatit C (HCV), bunu alkol, nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı (NASH) ve diğer nedenler izler. Sirozun komplikasyonları ise özofagus varis kanaması, hepatik ensefalopati, asit, spontan bakteriel peritonit, hepatopulmoner sendrom, hepatorenal sendrom ve nihayetinde hepatoselüler karsinom (HCC) gelişimidir. Siroz nedeniyle portal vena basıncı artar ve bu artış portosistemik kollaterallerin oluşumuna yol açar. Bunlardan en önemlileri özofajial ve gastrik varislerdir. Bu varislerin rüptürü ile varis kanaması meydana gelir.

Yöntem: Mart 2020 ile Ocak 2022 tarihleri arasında hastanemiz acil servisine başvuran varis kanamalı hastalar retrospektif olarak tarandı.

Bulgular: Toplam 28 hasta çalışmaya alındı. Yaş ortalaması 57 ± 13 idi. Erkek/kadın 24/4 idi. 5/28 Child A, 9/28 Child B 14/28 Child C idi. Etiyolojide 5 HBV, 2 HCV, 11 NASH, 5 alkol, 5 diğer nedenler saptandı. 22 hasta özofagus varisinden, 5'i fundal varisten, 1'i gastropatiden kanamış idi. Tedavide özofagus varislerine endoskopik bant ligasyonu (EBL), fundal varislere siyanoakrilat tedavisi yapıldı. Tüm hastalara somatostatin/terlipressin başlandı. Tüm hastalarda kanama kontrolü sağlandı 3 hasta kanama esnasında yoğun bakımda takipler sırasında exitus oldu. 11 hasta takiplerde sirozun diğer komplikasyonları nedeniyle kaybedildi. Bu hastaların 5 tanesinde HCC mevcut idi. Kanaması stabil edildikten sonra 3 hastaya karaciğer nakli yapılabildi. Çalışma sonunda 14 hasta hayatta idi.

Sonuç: Özofagus varis kanaması sirozun en ölümcül komplikasyonlarından biridir ve siroza bağlı ölümlerin 1/3'ünü oluşturur. Çalışmamızda tüm hastaların endoskopik olarak kanama kontrolü sağlanmıştır. Önceki yıllarda viral hepatitler etiyojide %50'yi oluştururken bizim vakalarımızda viral hepatitler %25 ve NASH tüm hastaların %40'sini oluşturmaktadır. HBV aşılması, HBV ve HCV için geliştirilen antiviral tedaviler bunda etkilidir. Ülkemizde

obezitenin artmasıyla beraber NASH'le ilgili siroz ve komplikasyonlarının ön plana çıktığı görülmektedir. Alkol %20 ile sabit kalmıştır. Ancak alkolün hem viral hem NASH'li hastalarda hastalık progresyonunu hızlandırdığı unutulmamalıdır. Gelecek yıllar asıl sorunumuz NASH ve alkol olacak gibi durmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Özofagus varisleri, NASH, Siroz

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri	
Hasta sayısı	28
Ortalama yaş	57±13
Erkek/kadın	24/4
Özofagus varisi	22
Fundal Varis	5
Portal Gastropati	1
HBV	5
HCV	2
NASH	11
ALKOL	5
Diğer nedenler	5
Child A	5
Child B	9
Child C	14
HCC	5
Kanama esnasında ölüm/toplam	3/14
Karaciğer nakli	3

Acil Dahiliye

SS-44

Abstract: 0229

DAPSON KULLANIMINA BAĞLI METHEMOGLOBİNEMİ

Hakan Şıvgın, Fatma Nur Esmâ Akdağ

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

Giriş: Dapson sentetik sülfonlar grubuna ait bir anilin türevidir. Etki mekanizması dikkate alındığında dapsonun hem antibakteriyel hem anti-inflamatuvar etkisi olduğu görülür. Dapson nadiren eritrosit içerisinde bulunan sitokrom b5 redüktaz enzimini inhibe ederek oksidasyonu azaltır ve belirgin methemoglobinemiye yol açabilir. Methemoglobinemi tedavisinde ise askorbik asit, metilen mavisi, diyaliz ve destek tedavileri uygulanır. Dapson kullanımına bağlı olarak; methemoglobinemi haricinde, doz bağımlı hemoliz, periferik nöropati, kemik iliği baskılanmasına sekonder agranülositoz gibi yan etkiler görülebilir.

Olgu: Beş yıldan beri Tip 2 dm, çölyak hastalığı ve dermatitis herpetiformis tanıları olan 100 mg/gün dozunda son 2 haftadır dapson kullanan 55 yaşında kadın hasta, kliniğimize nefes darlığı, halsizlik, ateşlenme hissi, ağız ve dudak çevresinde morarma yakınması ile başvurdu. Olgunun öz geçmişinde tip 2 dm, çölyak ve dermatitis herpetiformis haricinde bilinen kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Hastanın başvuru anında vital bulguları; Tansiyon: 125/75 mmHg, Nabız: 96 atım/dakika, Solunum sayısı: 21/dakika, pulse oksimetre ile Satürasyon: %88, Ateş: 36.7C olarak saptandı. Fizik muayenesinde bilinç açık, oryante, koopere, cilt, parmak uçları, ağız ve dudak çevresi hafif siyanoze görünüm-

deydi. Diğer sistem muayenelerinde anlamlı patolojik bulgu yoktu. Olgudan alınan arteriyel kan gazında Ph: 7.42,

So2: %91, parsiyel arteriyel oksijen basıncı (PaO2): 70 mmHg, parsiyel arteriyel karbondioksit basıncı (PaCO2): 38 mmHg, bikarbonat (HCO3): 25.1 mmol/L, methemoglobin (MetHb): %4.9, carboxyhemoglobin (COHb): %2.3 olarak saptandı. Olgunun elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi dışında anlamlı patolojik bulgu yoktu. Akciğer grafisi ve biyokimya testleri olağan metabolik yönden istenen glukoz 6 fosfat dehidrogenaz enzimi de 9.81 u/g hb olup normal olarak değerlendirildi. Hemogramda ise wbc: 2.0 103/mL neutrofil 0.34 103/ml plt 233 /mm3 idi. Hastada ön planda kullanmış olduğu dapsona bağlı methemoglobinemi ve agranülositoz düşünüldü. Dapson kullanımına bağlı methemoglobinemiye yönelik olarak; oksijen inhalasyonu ve destek tedavi başlandı. Olgu için 3 gr/gün intravenöz askorbik asit tedavisi ve bir defa 30iu/gün gcsf uygulandı. Klinik takiplerinde üçüncü gününde alınan kontrol arteriyel kan gazında methemoglobin seviyeleri normal aralığa gelen, siyanozu kaybolan, klinik olarak düzelmeye başlayan hasta şifa ile taburcu edildi.

Tartışma: Dapsonun inflamatuvar hastalıklarda etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte nötrofil kemotaksis ve lizozomal enzimlerini inhibe ettiği, antioksidan özelliği nedeni ile serbest oksijen türevlerini azalttığı öne sürülmektedir. Dapson kullanımına bağlı olarak; doz bağımlı hemoliz, methemoglobinemi, periferik nöropati, kemik iliği baskılanmasına bağlı olarak agranülositoz gibi yan etkiler görülebilir. Klinik pratikte methemoglobineminin özgün olmayan görünümü tanı konma aşamasında zorluk yaratabilmektedir. Siyanoz ile başvuran hastalarda methemoglobinemi ayırıcı tanıda akılda tutulmalı ve ilaç kullanım öyküsünün sorgulanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Dapson, methemoglobinemi, agranülositoz



Şekil 1. Dermatitis Herpetiformisli methemoglobinemi görünümü



Şekil 2. Dermatitis Herpetiformisli methemoglobinemi görünümü

Gastroenteroloji

SS-45

Abstract: 0232

CROHN HASTALIĞINDA NADİR BİR MANİFESTASYON: İLİAK VEN TROMBOZU

Cansu Yazar¹, Yasemin Gökden²

¹Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları, İstanbul

²Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji, İstanbul

Amaç: İnflamatuvar bağırsak hastalığı (ibh) olan bireyler daha yüksek tromboz riskine sahiptir ve bu durum da daha yüksek morbidite ve mortalite demektir. İbh (crohn hastalığı ve ülseratif kolit) hastalarının %1-2'sinde derin ven trombozu gibi tromboembolik komplikasyonlar gözlenmektedir.

Burada tanı konulduktan 3 yıl sonra sağ ana iliak vende trombotik komplikasyon gelişen genç bir crohn hastalığı vakası anlatılacaktır. Morbidite ve mortaliteye etkisinden dolayı nadir görülen bu manifestasyona ve tedavi sürecine yaklaşımı vurgulamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Vaka sunumu ve literatür derlemesidir.

Bulgular: 22 yaşında erkek hasta ateş ve sağ bacakta şişlik ve kızarıklık şikayetleri ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Muayenesinde sağ alt ekstremitede çap artışı ve renk değişikliği mevcut. Tetkiklerinde hemogram, böbrek fonksiyon testleri normal, C-reaktif protein 119 mg/L (referans aralığı 0-5) saptandı. Sağ alt ekstremitede acil venöz renkli doppler ultrasonografi incelemesinde safenofemoral bileşke düzeyinden başlayan common femoral ven ve süperfişiyal femoral ven lümeninden distale doğru uzanan hipoekoik görünümde lümeni tama yakın tıkayan trombüs materyali izlendi. Tariflenen alanda akım yok. Popliteal ven lümeni kısmi tromboze olup kısmi akım mevcut. Arteriyel renkli doppler ultrasonografide patolojik eko (trombüs) saptanmadı. Kontrastlı tüm abdomen bilgisayarlı tomografi anjiyosunda sağ ana iliak vende özellikle trombozu düşündürülen dolmuş defektleri mevcut ve ven çevresinde ödemi düşündürülen yaygın dansite artışları izlenmektedir. Özellikle psoas komşuluğunda en kalın yerinde 17 mm ölçülen sıvı birikimi gözlenmiştir. Mevcut bulgularla sağ iliak ven

trombozu tanısı ile kalp damar cerrahisi servisinde takibe alındı. 60 mg enoksaparin 2x1 subkutan başlandı.

3 yıldır crohn hastalığı tanısı mevcut. Budesonid ve azatioprin tedavisi altında piyoderma gangrenosum ve eritema nodosum öyküsü var. Ancak bu bulgular şuan gözlenmedi. Günde 8-10 kere ishal şeklinde dışkılama tarifliyor. Kullanmakta olduğu azatioprin ve budesonid dozu azaltıldı. Uzun süredir budesonid kullandığı için doz azaltılarak kesilmesi planlandı. Quantiferon ve tüberkülin deri testi gönderildi. Anti-tümör nekrozis faktör (Anti-TNF) ajan başlanması için gastroenteroloji poliklinik takibine alındı.

Sonuç: İbh trombotik komplikasyonlara zemin hazırlamaktadır. Venöz tromboemboli (vte) crohn hastalığının erken döneminde gözlenmektedir ve yaşla ters orantılıdır. Hastalık aktivasyonu ve tedavide uzun dönem steroid kullanımı venöz tromboemboliye zemin hazırlayan başlıca nedenler arasındadır. İnfliximab, adalimumab gibi anti-TNF tedavilerin ortaya çıkışı ibh tedavisinde çığır açan bir gelişme olsa da hala crohn hastalığında tromboembolik olaylar sık görülmektedir. Vte gelişen hastaların erken tanısı ve doğru tedavisi morbidite ve mortalitede azalmaya neden olacaktır. O yüzden aktif hastalık döneminde profilaktik antikoagülan tedaviye başlanmasının değerlendirilmesini önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: crohn hastalığı, derin ven trombozu, infliximab

Diğer

SS-46

Abstract: 0235

COVID-19 İLE ENFEKTE İLERİ YAŞ HASTALARDA NUTRİSYONEL RİSK TARAMA 2002 İLE DEĞERLENDİRİLEN NUTRİSYONEL RİSKİN HASTANE İÇİ MORTALİTE İLE İLİŞKİSİ

Bübra Can¹, Nurdan Şentürk Durmuş¹, Şehnaz Olgun Yıldızeli², Derya Kocakaya², Birkan İlhan³, Aslı Tufan¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim dalı, Geriatri Bilimsel, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

³Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Covid-19 mortalitesiyle ilişkili faktörleri belirlemek için çok sayıda çalışma yapılmış olsa da ileri yaş hastalarda yapılmış çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu çalışmada Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle yatan ileri yaş hastalarda Nutrisyonel Risk Tarama 2002 (NRS-2002) ve (Geriatrik 8) G8 tarama araçlarının klinik sonuçları ile ilişkisini belirlemeyi hedefledik.

Yöntem: Covid-19 ikinci dalgası sırasında yatırılan 60 yaş ve üzeri hastalar çalışmaya dahil edildi. Covid-19 tanısı pozitif PCR testi veya akciğer tomografisinde Covid-19 ile uyumlu görünüm ile konuldu. Demografik özellikler, yatıştaki laboratuvar değerleri, komorbiditeler ve kullanılan ilaçlar kaydedildi. NRS-2002 ve G8 taramaları her hastaya aynı geriatrist tarafından uygulandı. Primer sonuç hastane içi mortalite idi.

Bulgular: Toplam 121 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş 75 ± 9 ve hastaların %51'i kadındı. Ortalama beden kitle indeksi 27 ± 4.5 kg/m² idi. NRS-2002'ye göre hastaların %69'unun nutrisyonel riski vardı. Hastaların %89'unun G8 skoru 14 ve altındaydı. Hastane içi mortalite oranı %22 idi (n:26). Artan yaş ve NRS-2002 ile belirlenen nutrisyonel risk tek başına ileri yaş Covid-19 hastalarında hastane içi mortalite ile ilişkili bulundu.

Sonuç: NRS-2002 ileri yaş Covid-19 hastalarında risk stratifikasyonu için kullanılabilir pratik bir araçtır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, mortalite, NRS-2002



POSTER BİLDİRİLER

Romatoloji

PS-01

Abstract: 0082

GRANÜLOMATÖZ POLİANJİTİS'DE NADİR GÖRÜLEN BİR ANTİTE: ÜRETERYAL TUTULUM

Duygu Seyhan Erdoğan¹, Mert Öztaş²

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

²Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Granümatöz Polianjitis (GPA) tanısı olup yapılan tetkiklerle üreteryal granülom saptanan hastanın tanısı, tedavi ve takip süreci hakkında bilgi verilmiş olup bu nadir tutulum ile literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: 31 yaş erkek hasta, kas ağrısı, halsizlik, diş etlerinde şişlik, ateş ve son 2,5 ayda 27 kg kaybıyla dış merkeze başvurmuş. Çekilen toraks, boyun, abdomen BT'de malignite lehine bulgu saptanmamış. Boyun-BT de sinonasal polipozis görülmüş. Şikayetlerine burun akıntısı ve burunda deformasyon eklenmiş, nazal mukozaya ve konkada diffüz krutlanma ve ülserasyon görülmesi üzerine biyopsi alınmış, tanısız gelmemiş.

Mevcut klinik ve PR3-ANCA pozitifliği ile GPA tanısı konulmuş. Metotreksat 10 mg/hafta, metilprednisolon 32 mg/gün başlanmış. Metilprednisolon 1 ayda azaltılarak 4 mg'a kadar düşülmüş. Şikayetlerinin gerilememesi üzerine 6 ay sonra kliniğimize başvurdu.

Bu dönemde; lökosit:10,12(10³/µL) (4,3-10,3), nötrofil:7,17(10³/µL) (2,1-6,1), hemoglobin:12,2(g/dL) (12-16), kreatinin:1,18(mg/dl) (0,5-0,9)(bazal:0,85 mg/dl), CRP:30,8(mg/L) (<5), sedimentasyon:52(mm) (0-20), PR3-ANCA:50,9(IU/ml) (<12), 24 saatlik idrarda total protein:301 mg (<140), 24 saatlik idrarda mikroalbumin 15,6 mg (<30). Protein elektroforezinde gama bandında poliklonal artış vardı. Hastada nötrofilik lökositoz, akut faz yüksekliği, kreatinin yükseliği, orta düzeyde proteinüri ve PR3-ANCA yüksekliği mevcuttu.

Boyun-BT'de, solunum yolu açıktı. Paranasalsinüs-BT'de nazal septum ve sinüslerde yaygın destruksiyon ve sinonasal polipozis görüldü. Orbital-MR'da oküler patoloji görülmedi.

Hafif işitme kaybı nedeniyle yapılan muayenede sol timpanik membran perfore görüldü, hafif mikst-tip işitme kaybı tespit edildi.

Toraks-BT'de pulmoner tutulum yok, batın kesitlerinde sağ pelvikalisiel sistemde grade 1-2 dilatasyon görüldü. Üriner-USG'de sağ böbrek 122 mm ve parankim kalınlığı 14 mm, sağ pelvikalisiel sistem dilate. Abdomen-BT'de sağ böbrek ödematöz ve subkapsüler alanda 1 cm'li bulan efüzyon, sağ pelvikalisiel sistemde grade-2 dilatasyon, sağ üreter proksimalde 8 mm yumuşak doku dansitesinde lezyon ve proksimalinde üreterde 9 mm'li bulan genişleme görüldü (Şekil 1A).

İdrar sitolojisi tanısız değildi.

Tedavide metotreksat kesilerek 200 mg/gün azatiopürin ve 60 mg/gün prednisolon başlandı. 6 ay ara ile 2 kür 1000 mg (0-15. gün) rituksimab verildi.

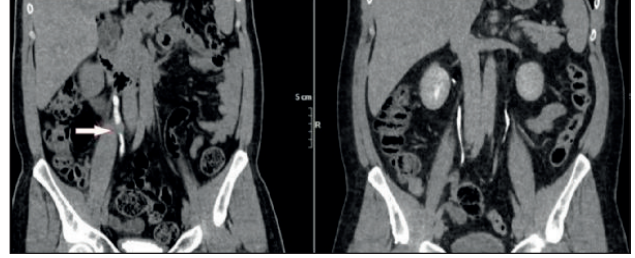
1 yıl sonra kontrol abdomen-BT'de sağ üreterdeki lezyon kaybolmuş ve pelvikalisiel sistem tamamen normale dönmüştü (Şekil 1B).

Tartışma ve Sonuç: GPA, alt ve üst solunum yollarında nekrotizan granümatöz inflamasyon ile karakterize, multisistemik, daha çok küçük damarları tutan ANCA ilişkili nekrotizan vaskülit tablosudur. Genitoüriner tutulum oldukça nadirdir, geniş bir kohort çalışmasında %1'den az olduğu bildirilmiş. GPA'nın penis, üretra, prostat, mesane, üreter ve epididimisi tutabildiği belirtilmiş. Literatürde GPA ya sekonder üreteral stenozis ve granülom görülen birkaç olgu mevcut.

Hastamızda görülen üreteryal lezyonun tedavi sonrası tamamen gerilemesi nedeniyle bu lezyon GPA'nın genitoüriner tutulumu olarak değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: granümatöz polianjitis, ürogenital sistem, üretral-üreteral stenoz-granülom

Abdomen BT'de lezyon görüntüsü ve takibi



Şekil 1. A: Üreterdeki lezyon ok ile gösterildi. **B:** Tedavi sonrası 1. yıl kontrol BT de lezyon görülmedi.

Nefroloji

PS-03

Abstract: 0087

İDİOPATİK MEMBRANÖZ NEFROPATİ TEDAVİSİNDE RİTUKSİMAB İLE İNDÜKLENEN SERUM HASTALIĞI

Elif Sitre Koç, Sevgi Şahin

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

Giriş: B hücre maligniteleri için geliştirilmiş olan Rituksimab (RTX) günümüzde birçok hastalığın tedavisinde kullanılan bir monoklonal antikordur. Bulantı, kusma, halsizlik, myalji, ellerde ve ayaklanma şişme yaygın görülen yan etkiler iken; ajitasyon, göğüste yanma, oligüri daha az görülen yan etkilerdir. Nadir bir yan etki ise ilk maruziyetten 10-14 gün, ikinci maruziyetten birkaç gün sonra ateş, döküntü ve artralji ile ortaya çıkan RTX ilişkili serum hastalığıdır (RISH).

Olgu: 61 yaşında erkek hasta ani başlayan tüm eklemler ve kaslarda ağrı ve ekstremitelerde hassasiyet şikayetleri ile başvurdu. Bilinen membranöz glomerulonefrit, hipertansiyon, kalp kapak hastalığı, atrial fibrilasyon tanıları olan hasta, kronik nefrit nedeni ile en son 2 hafta önce RTX tedavisi almış. Bundan önceki kullanımı 2 sene önce imiş, o dönem kullandıktan sonra bir şikayet gelişmemiş. Düzenli olarak Varfarin, Kandesartan, Sertralin, Atorvastatin, Empagliflozin kullanmakta. Fizik muayenede vital bulguları stabil, bilinç açık, oryante, eklemlerde palpasyonla yaygın ağrı mevcuttu, pretibial ödem ve kostovertebral açığı hassasiyeti saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 15.69 x10³/uL, nötrofil: 13.4 x10³/uL, Cr: 1.12 mg/dL, albumin: 2.3 g/dL, BUN 17 mg/dl, CRP 4.29 mg/dL, ESR: 26, CK: 20 IU/L, Prokalsitonin 2.5 ng/mL, IgG: 538 mg/dL, spot idrar protein/kreatinin 2.54 mg/mg, 24 saat idrar protein 8796 mg/24 s, Kompleman C3: 121 mg/dL (90-180), ASO 45 (0 - 200 IU/mL), JC Virus DNA (PCR) negatif, COVID PCR negatif saptandı. RTX kullanımının enfeksiyon gelişmesine yol açabileceği düşünülerek alınan tam idrar örneğinde her sahada 2-3 lökosit, 10-12 eritrosit görüldü, protein 3+, eritrosit 2+ saptandı, idrar ve kan kültüründe üreme görülmedi. Takibinin 2. gününde Cr değeri 1.67'ye, Crp değeri 24'e yükselen hastanın idrar kaçırma şikayetinin olması üzerine nörolojiye konsülte edildi, nörolojik patoloji düşünülmüdü. Geçirilmiş mitral kapak protez operasyonu olan hasta kardiyo-lojiye konsülte edildi, ekokardiyografide infektif endokardit lehine bulgu izlenmedi.

Mevcut bulgu ve laboratuvar sonuçları ile hastada RISH düşünülerek metilprednizolon tedavisi başlandı. Tedavi ile hastanın Cr değeri 1.01'e, Crp değeri 3.22'ye kadar geriledi.

Tartışma: Rituximab, B hücrelerini ortadan kaldırmak için tasarlanmış bir CD20 monoklonal antikordur. Reaksiyonları, genellikle ilk infüzyonla ortaya çıkar ve basit ürtikerden anafilaksiye kadar değişir. RISH ilk olarak 2001 yılında tanımlanmış olup immün kompleks aracı tip III aşırı duyarlılık reaksiyonu gibi görünmektedir. Genellikle maruziyetten 1 hafta sonra ortaya çıkar, insidansı %1 ile %20 arasında değişmektedir. Klasik sendrom, ateş, lenfadenopati ve poliartralji üçlüsünden oluşur, döküntü, proteinüri ve gastrointestinal semptomlar eşlik edebilir. Sıklıkla yüksek inflamatuvar belirteçler ve eozinofilik olmaksızın lenfositöz eşlik eder. Kortikosteroidler en sık kullanılan tedavi yöntemidir. Tanı, spesifik belirteçler olmadıktan semptomlara, öyküye ve laboratuvar bulgulara dayanarak koyulur.

Anahtar Kelimeler: Infusion reaction; Rituximab; Serum sickness

Genel Dahiliye

PS-04

Abstract: 0089

HİPERKALSEMİ OLGU SUNUMU - BİR HASTA, ÜÇ NEDEN?

Nur Beyza Tükek¹, Melih Kasap¹, Emre Durcan²

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

²Istanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Ayaktan başvuran hastalarda hiperkalseminin en sık nedeni primer hiperparatiroidizmdir. Genellikle kalsiyum ve PTH birlikte yüksekliği ile kolayca tanı konsa da birkaç etiyoloji arasında ayırım yapmak zor olabilir. Biz de burada hiperkalseminin paratiroid adenomu dışındaki nedenlerinin de ayırıcı tanıya girdiği vakamızı sunuyoruz.

Olgu: 70 yaşında erkek hasta, yaygın ağrı şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Bilinen hipertansiyon dışında hastalığı olmayan, ARB grubu dışında ilaç kullanmayan hastanın genel durumu iyi, sistem muayenelerinde özellik yoktu. Tetkiklerinde Ca: 12,5 mg/dl, P: 1,5 mg/dl olması üzerine bakılan PTH: 380 ng/L, 25-OH Vit-D: 26 µg/L görüldü. Kan sayımı ve renal fonksiyonları normaldi, 24 saatlik idrar kalsiyumu 250 mg/gün olan hastada üriner ultrasonografide kalkül ve kemik mineral dansitometride osteoporoz saptanması üzerine primer hiperparatiroidizm cerrahi endikasyonu olduğu düşünüldü, boyun ultrasonografi ve paratiroid sintigrafisinde adenom şüphesi uyandıran lezyon saptandı. Hiperkalsemi için hidrasyon artırıldı, intravenöz zolendronik asit uygulanıp oral fosfor replasmanı yapıldı. Eş zamanlı bakılan tetkiklerde serum protein elektroforezinde M bandı, IgA düzeyi 1814 mg/dl ve serum immünelektroforezde IgA lambda görüldü. Serum serbest kappa/lambda oranı 0.15 idi. Litik lezyon varlığı açısından FDG PET görüntülemesi yapıldı. Patolojik boyutta lenfadenomegali ya da litik lezyon izlenmedi ancak sağ akciğer alt lobda 5 cm büyüklükte malign karakterde kitle görülmesi üzerine yapılan biyopsi skuamöz hücreli karsinom olarak sonuçlandı. Plazma hücre diskrazileri açısından yapılan kemik iliği biyopsisinde plazma hücre oranı %7 idi. İlgili bölümlerle konsülte edilen hastada şüpheli paratiroid adenomu opere edildi. Aç kemik sendromu açısından yakın izlemede komplikasyon oluşmadı, post-op PTH: 4,1 ve ılımlı hipokalsemi görüldü. Operasyon materyali paratiroid adenomuyla uyumluydu. Skuamöz hücreli karsinom için de sağ alt lobektomi uygulandı. Hematolojik tablosu MGUS olarak değerlendirildi ve solid maligniteye eşlik edebileceği düşünülerek takibine karar verildi.

Tartışma: Malignite ilişkili hiperkalsemiye bilinen yollar: PTH ilişkili peptid aracı humoral hiperkalsemi, osteolitik metastazlara bağlı hiperkalsemi, 1,25 dihidroksi vitamin D aracı ve ektopik PTH'a bağlı hiperkalsemidir. Hiperkalseminin nedenini tespit ederken hastaya multidisipliner bir şekilde yaklaşmamızı gerektiren bu olguda, kemik iliğinde %10'dan az plazma hücresi olması, ekstramedüller plazmositom eşlik etmemesi multipl myelomdan; skuamöz hücreli karsinom tanısının metastatik olmaması ve PTH yükseklği solid tümöre bağlı hiperkalsemiden büyük oranda uzaklaştırdı. Yine de kitlenin paraneoplastik etkileri ve ektopik PTH salgısı ayırıcı tanıya alındı. Sintigrafide sadece paratiroidde şüpheli odak görülmesi ve post operatif PTH değerlerinin düşük seyretmesiyle tanı doğrulandı. Bilinen malignite tanısı olan hastalarda PTH ve PTH ilişkili peptid birlikte ölçülmesi faydalı olabilir. Özetle hiperkalsemiyi açıklayacak neden saptansa bile diğer nedenlerin de beraber görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: malignite ilişkili hiperkalsemi, primer hiperparatiroidi

Romatoloji

PS-05

Abstract: 0090

IGA VASKÜLİTİ: DÖRT OLGU SUNUMU

Nur Beyza Tükek¹, Berna Yurttaş², Erhan Çonay¹, Ali İbrahim Hatemi³

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

²Tekirdağ İ. Fehmi Cumaloğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Romatoloji Kliniği, Tekirdağ

³Istanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Henoch Schonlein Purpurası olarak da bilinen IgA vaskülit, birçok sistemi etkileyen küçük damar vaskülitidir. Cilt, eklem, gastrointestinal ve renal tutulumlarının şiddeti ve seyrı değişiklik gösteren 4 olgumuzu sunuyoruz.

- Behçet sendromu tanılı 53 yaşında erkek, 1 haftadır periumbilikal bölgede yoğunlaşan ağrıyla başvurdu. Batında yaygın hassasiyet, alt ekstremitelerde bilateral palpabl purpuralar mevcuttu. Batın görüntülemesinde vasküler yapılar açıldı ancak distal ileumda duvar kalınlık artışı saptandı. Kolonoskopide tipik Behçet ülserleri görünümü yoktu. Laboratuvar bulguları tablodadır. Cilt biyopsisi lökositoklastik vaskülitte uyumlu, immünfloresanda IgA birikimi saptandı.
- Hipotiroidisi olan 31 yaşında kadın, alt ekstremitelerde belirgin, palpabl purpura şeklindeki döküntülerle dermatolojiye başvurmuş, biyopsi IgA vaskülitte uyumlu, steroid sonrası döküntülerin azalması ancak tekrarlaması üzerine başvurdu. Artrit, reynaud, malar raş, oral aft, karın ağrısı, diyare yoktu. Akut faz yüksekliği, <1 gr proteinüri ve mikroskobik hematüri mevcuttu. Kre: 1,3 görülen hastada böbrek biyopsisinde glomerülde diffüz global ince granüler IgA birikimi izlendi.
- Bilinen hastalığı olmayan, 2 ay önce COVID-19 öyküsü olan 38 yaşında erkek, her iki bacakta döküntü nedeniyle dermatolojiye başvurmuş, lökositoklastik vaskülit düşünülüp tam idrar tetkikinde 3+ protein görülmesine üzerine tarafımıza yönlendirilmişti. Artraljisi mevcuttu, artrit, oral aft, malar raş, reynaud izlenmedi. Öksürük, hemoptizi, karın ağrısı, diyare tariflenmedi. 24 saatlik idrarda total protein 1916 mg görülmesi üzerine renal biyopside glomerüllerde diffüz global IgA birikimi saptandı.
- Bilinen hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan 30 yaş erkek, bacaklarda yaygın döküntü ve ödemle başvurdu. Genel durumu orta, batin belirgin distandü, bilateral ayak bileklerinde artrit mevcuttu, döküntüleri alt ekstremitelerde bilateral palpabl ve gluteal kasların-

COVID-19 TANILI HASTADA GELİŞEN AKUT RENAL ENFARKTÜS: OLGU SUNUMU

Ceren Gümüsel¹, Fatma Sibel Koçak Yücel², Melih Filiz², Abdulkaki Kumbasar²

¹Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Zonguldak
²SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk SUAM, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

da hassasiyet vardı. CK normal, MEFV gen mutasyonu negatifti. Şiddetli karın ağrısı olan hastada ileus tablosu gelişmesi üzerine batin BT görüntülemesinde ileumda uzun segment boyunca duvar kalınlık artışı izlendi. MR’da gluteal kaslarda miyozitle uyumlu bulgular vardı. 24 saatte >2 gr proteinüri saptandı. Deri biyopsisinde immünfloresanda IgA birikimi, renal biyopside IgA baskın kresentrik glomerülo nefrit görüldü.

Sonuç: IgA vaskülitı yukarıdaki gibi farklı tutulum ve şiddette görülebilir. Gastrointestinal tutulum masif kanama, perforasyon, akut batin tablosunda karşımıza çıkabileceği gibi, renal tutulum hafif proteinüriden hemodiyaliz gerektiren böbrek hasarına kadar değişebilir. Olgularda farklı miktarlarda proteinüri ve hematüri varlığı ancak gfr düzeyinde belirgin düşme olmaması dikkat çekmiştir. Yine de 1 hastada kresentrik glomerülo nefrit saptanmıştır. Tüm hastalarda IgA düzeyi normaldir. Gastrointestinal tutulumlu 2 hastada daha yüksek akut faz yanıtı göze çarpmıştır. Fransa’da yapılan 260 hastalık seride gastrointestinal tutulumlu olgularda daha yaygın döküntü ve yüksek akut faz yanıtı görüldüğü bildirilmiştir. Tedavide yüksek doz steroid, azatiyoprin, mikofenolat mofetil gibi ajanlar kullanılmakta, şiddetli tutulumlarda pulse steroid ve siklofosamid tercih edilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: gastrointestinal tutulum, glomerülo nefrit, IgA vaskülitı

Giriş: COVID-19, asemptomatik seyirden çoklu organ disfonksiyon sendromlarına kadar geniş bir klinik ile karşımıza çıkabilmektedir. Hastalığın seyirinde arteriyel ve venöz trombüs oluşumu ve koagülasyon parametrelerinde bozukluklar görülebileceği bilinmektedir. Bu olgu sunumunda COVID-19 enfeksiyonu sırasında gelişen akut renal enfarktüs vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu: 46 yaşında kadın hasta acil servise sağ yan ağrısı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Başvuru tarihinden 17 gün önce COVID-19 RT-PCR testinin pozitif saptandığı ve evde 5 gün Favipravir tedavisi aldığı öğrenildi. Özgeçmişinde diyabet ve hipertansiyon öyküsü mevcuttu. Vital bulguları stabil olup, fizik muayenede batin sağ üst kadranda hassasiyet ve sağ kostovertebral açısı hassasiyeti saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde; kreatinin 1.23 mg/dL, üre 29.3 mg/dL, LDH 1821 mg/dL, D-Dimer 2.63 µg/L, CRP 340 g/L, WBC 20860/µL (%83.3 nötrofil), Hb 9.5 g/dL; platelet sayısı, PT ve APTT normal aralıkta idi. İdrar tetkikinde lökositüri ve hematüri saptanmadı. Çekilen Toraks BT’de bilateral buzlu cam infiltrasyonu mevcut olup, COVID-19 pnömonisi lehine değerlendirildi. Yan ağrısı sebebiyle çekilen Abdomen BT Anjio’da sağ renal arter orjini düzeyinde, abdominal aort posterolateralinde 1 cm çapında intramural trombüs izlendi. Elektrokardiyografi normal sinus ritminde izlendi. Lupus antikoagülanı, antikardiyolipin ve anti-beta-2-glikoprotein antikorları negatif saptandı. Protein C, S ve anti-trombin III düzeyleri normaldi. Faktör V Leiden ve protrombin gen mutasyonu testleri negatifti. Girişimsel Radyoloji ve Kalp ve Damar Cerrahisi klinikleri tarafından girişim planlanmayan hastanın tedavisine 100 mg Asetilsalisilik asit ve 12 saatte bir Enoksaparin 6000 IU eklendi. Takibinin 7. Gününde şikayetleri gerileyen hastanın kontrol laboratuvar tetkiklerinde kreatinin 0.9 mg/dL, CRP 53 g/L, D-Dimer 2.0 µg/L saptandı. Hastaya 5 mg/gün warfarin tedavisi başlanarak INR takibi için poliklinikten takibine devam edilmek üzere taburcu edildi.

Tartışma: COVID-19 enfeksiyonunun endotelial hücreler üzerinde oluşturduğu sitotoksik etkiye bağlı olarak gelişen hiperkoagülabilitate ve trombüs oluşumu sebebiyle çoklu organ yetmezlikleri ve ağır klinik tablolar karşımıza çıkabilmektedir. Literatürde COVID-19 ile ilişkili olarak renal enfarktüsün geliştiğini gösteren vakalar bildirilmiştir. Bu nedenle COVID-19 tanılı hastalarda yan ağrısı olduğunda renal enfarktüs olabileceğinin akılda tutulması gerekmektedir. Yaygın damar içi pıhtılaşma sendromu ve tromboz riskinden dolayı, COVID-19’da antikoagülan tedavi, standart tedavi olarak yerini almıştır. Bu nedenle COVID-19 olguları mutlaka profilaktik antikoagülasyon açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Antikoagülan, Covid-19, renal enfarktüs

Tablo 1. Hastaların özellikleri				
	Olgu-1	Olgu-2	Olgu-3	Olgu-4
Yaş/ Cinsiyet	53/E	31/K	38/E	30/E
Tutulum	Cilt ve gastrointestinal	Cilt ve renal	Cilt, eklem ve renal	Cilt, eklem, kas, gastrointestinal ve renal
Hemoglobin (gr/dl)	12,6	12,6	14,2	10,1
Lökosit (µL)	15700	11500	5600	16500
Kreatinin (mg/dl)	0,7	1,3	0,9	0,6
CRP (<5 mg/L)	86	17	9	101
Sedimentasyon (1. saat)	40	48	15	60
ALT (IU/L)	45	18	30	34
Proteinüri (24 saatlik - mg/gün)	67	880	1910	2100
Hematüri	yok	mikroskobik	mikroskobik	mikroskobik
IgA(mg/dl)	280	282	338	332
Viral seroloji	negatif	negatif	negatif	negatif
C3 ve C4	normal	normal	normal	normal
ANA, c-ANCA, p-ANCA	negatif	negatif	negatif	negatif
Kriyoglobulin	negatif	negatif	negatif	negatif
Göz dibi	normal	normal	normal	normal
Cilt biyopsisi	Lökositoklastik vaskülit, Direkt immünfloresan yöntemi ile damar duvarlarında fibrinojen IgA ve C3 birikimi	Lökositoklastik vaskülit, Direkt immünfloresan yöntemi ile dermiste bazı damar duvarlarında IgA birikimi	Lökositoklastik vaskülit, Direkt immünfloresan yöntemi ile dermiste bazı damar duvarlarında IgA birikimi	Lökositoklastik vaskülit, Direkt immünfloresan yöntemi ile dermiste bazı damar duvarlarında IgA birikimi
Renal biyopsi	Yapılmadı	Glomerüllerde mezengiyumda diffüz global ince granüler paternde IgA birikimi	Glomerüllerde mezengiyumda diffüz global IgA birikimi	IgA baskın kresentrik glomerülo nefrit
Tedavi	Pulse steroid ve azatiyoprin	Pulse steroid ve mikofenolat mofetil	1 mg/kg steroid ve azatiyoprin	Pulse steroid, siklofosamid ve plazmaferez

Genel Dahiliye

PS-07

Abstract: 0099

**HİPOKALEMİK PERİYODİK PARALİZİ;
DEXAMETAZON SONRASI GELİŞEN HEMİPAREZİ
OLGU EŞLİĞİNDE TEKRAR GÖZDEN GEÇİRİLMESİ****Emine Binnetoğlu, Fuat Takak**

Özel Çorlu Vatan Hastanesi, Tekirdağ

Giriş: Hipokalemik periyodik paralizi (HPP) ciddi kas güçsüzlüğü ile karakterize olan nadir epizodik bir hastalıktır. En önemli klinik bulgu güçsüzlüktür. Genellikle simetrik olup daha çok omuz ve kalça kaslarında tutulum olur. Genellikle ağır ve yorucu bir egzersiz ya da yüksek karbonhidrat içeren diyet sonrası meydana gelir. Bunun dışında aşırı alkol alımı, soğuk, insülin enjeksiyonu, travma, cerrahi girişimler, mineralokortikoidler, katekolaminler menstüasyon, enfeksiyonlar ve emosyonel stres de atağı başlatabilir.

Olgu: 44 yaş erkek hastaya vucutta kaşıntı ve döküntü nedeniyle başvurduğu acil serviste intramusküler (im) feniramin maleat 45,5 mg ve dexametazon 8 mg yapılmış. Hastanın enjeksiyondan 7 saat sonra kol ve bacaklarda güçsüzlük ve yürüyememe şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Nörolojik muayenesinde bilinç açık, koopere, oryante kranial sinir muayenesi normal, fasiyal asimetri yoktu. Kas gücü her iki alt extremitede 1/5 üst extremitede 3/5 idi. Diğer sistemlerin muayeneleri doğaldı.

Yapılan tetkiklerde potasyum 2,9 sodyum 138 olması üzerine intravenöz (iv) potasyum infüzyonu başlandı. Hastanın potasyumu 4,4 yükseltildi. Hastanın tedaviden sonra kas gücü yavaşça geri döndü ve 9 saat sonra tekrar yürümeye ve kendi başına hareket etmeye başladı. Kranial difüzyon MR ve Kranial BT normal olarak değerlendirildi. Beyin cerrahisi ve nöroloji tarafından değerlendirildi ve patoloji saptanmadı. Hastanın tiroid hormon düzeyleri normal olarak değerlendirildi.

Sonuç: Kortikosteroidler Na-K ATPaz'ı etkileyerek iskelet kas hücrelerinde iyon değişikliği ve buna bağlı hipokalemiye neden olabirler. Acile gelen her kaşıntılı ve döküntülü vakada steroid değil anti histaminik ön planda kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hipokalemik periyodik paralizi, deksametazon

Hematoloji

PS-08

Abstract: 0100

DAPSON İLİŞKİLİ HEMOLİTİK ANEMİ**Selin Cebeci¹, Aslıhan Pekmezci¹, Umut Yılmaz²**¹Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul²Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Olgu: Bilinen hipertansiyon, tip 2 diabetes mellitus ve koroner arter hastalığı olan 78 yaşında kadın hasta 2 yıl önce sırt ve kollarda kaşıntı ve döküntüyle başvurduğu dermatoloji kliniğinde biyopsi ile kanıtlanmış Büllöz Pemfigoid tanısı almış. Tanı sonrasında topikal tedaviyle izleme alınan hasta Eylül 2021'de lezyonların yaygınlığı nedeniyle dermatoloji servisine yatırıldı. Büllöz Pemfigoid'e sebep olabilecek ilaçları bulunmamaktaydı. Sekonder pemfigus nedenlerini araştırmak intravenöz kontrastlı 3 boşluk tomografileri çekildi, patolojik bulgu saptanmadı. Mammografi incelemesi ve jinekolojik muayenesi malignite açısından negatifti. Tarama amacıyla yapılan alt gis endoskopide sigmoid

kolonda divertikül, üst gis endoskopide pangastirit saptandı ve alınan biyopside Helicobacter Pylori'nin negatif olduğu intestinal metaplazi tespit edildi. Yatış hemogramı ve anemi parametreleri normal, akut faz reaktanları negatifti. İmmünglobinleri, serum protein elektroforezi ve serum immün elektroforezi normaldi. Kronik böbrek hasarı olan hastanın proteinürisi yoktu. Döküntüleri için metil prednizolon 24 mg/gün başladıktan 3 hafta sonra dapson 50 mg/gün tedavisi başlandı. 1 ay sonra metil prednizolon 16 mg/gün'e düşürülürken dapson dozu da 100 mg/gün'e yükseltildi.

Bulgu: 1 ay sonra hastanın büllöz lezyonları başlangıca göre anlamlı bir şekilde gerilese de halsizlik, efor dispnesi ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde bilinç açık, ateşsiz, normotansif, taşikardikti. Siyanozu yoktu. Solunum sesleri bilateral doğal, pretibial ödemi yoktu, kardiyak oskültasyonda S3 pozitif. Hemogramında makrositer anemi saptandı. Biyokimyasal parametrelerinde nutrisyonel defisit yoktu, hemoliz parametreleri pozitif. Kan gazında methemoglobin %0.6, serum Glikoz-6-Fosfat Dehidrogenaz enzim düzeyi 14.70 U/g, normaldi. Hemolitik anemi nedeniyle istenen Coombs ve genişletilmiş Coombs testleri negatifti. Geniş viral seroloji testleri negatifti. Kriyoglobulin, soğuk agglutinin testleri ve periferik kandan giden akış sitometrik olarak değerlendirilen Paroksizmal Nokturnal Hemoglobinüri klonu negatif olarak sonuçlandı. Çevresel kan yaymasında atipik mononükleer hücre, fragmente eritrosit saptanmadı. Anizositoz mevcuttu. Trombosit sayımı uyumluydu. Sekonder sebepler açısından PET/CT çekildi, patolojik bulgu yoktu. Hasta Dapson ilişkili non-immün hemolitik anemi olarak değerlendirilerek dapson tedavisi kesildi, metil prednisolon 0.5 mg/kg/gün, b12 ve folik asit tedavisine başlandı. 1 hafta sonra hemoglobinde yükselme; hemoliz parametrelerinde düzelmeye gerçekleşti. 2 hafta kadar steroid tedavisine bu dozda devam edilen hastanın hem kliniğinin hem de laboratuvarının düzelmesi üzerine steroid dozu yarıya düşürüldü. Doz azaltılırken yeni bir hemolitik atak görülmeydi. Tablo-1'de laboratuvar bulguları özetlenmiştir.

Tartışma: Bu vakayla G6PD düzeyi normal olanlarda dapson ilişkili hemolitik aneminin görülebileceği bir kez daha gösterilmiş oldu. Bu durum, dapsonun kronik böbrek hasarına bağlı olarak veya sitokrom p450 enzimi üzerinden metabolize olan ilaçlarla etkileşimine bağlı serum düzeyinin artması ile ilişkili olabilir. Bir diğer sebep de hezoz monosofosfat şantında veya glutatyon metabolizmasında glutatyon tükenmesine yol açan mutasyonlar sonucunda hemolizin görülmesi olabilir.

Anahtar Kelimeler: Hemolitik anemi, dapson, büllöz pemfigoid

Tablo 1.						
	Dapon öncesi	Hemoliz	Steroid 1. Hafta (32mg/gün)	Steroid 2. Hafta (32mg/gün)	Steroid 3. Hafta (16 mg/gün)	Steroid 4. Hafta (12 mg/gün)
Hemoglobin (g/dl)	12,4	7,7	9,7	10,9	12,1	12,3
MCV (fl)	85	105	97	94,5	92,2	92,8
Trombosit	248.000	239.000	240.000	249.000	164.000	168.000
Retikülosit	-	%12,92	%6,76	%3,1	%2,5	%1,9
LDH (IU/L) (<250)	246	503	-	370	355	386
Haptoglobin (g/dl) (>0.3 g/dl)	-	0,11	-	0,83	1,29	1,43
İndirekt Bilirubin (mg/dl)	0,1	1,28	0,42	0,46	0,3	0,4
Kreatinin (mg/dl)	1,4	1,53	1,25	1,08	1	1,01
Ferritin	150	757	-	-	-	-
Demir	53	148	-	-	-	-
Total Demir Bağlama Kapasitesi	274	264	-	-	-	-
B12	535	378	-	-	-	-
Folik asit	12	9,72	-	-	-	-

Genel Dahiliye

PS-09

Abstract: 0102

COVID19 MRNA AŞI SONRASI GELİŞEN RABDOMİYOLİZ OLGUSU

Maksude Hanedar Kılıç

Tuzla Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: COVID-19 aşılama sonrasında görülen yan etkiler sıklıkla hafiftir. Klinik çalışmalarda COVID-19 mRNA aşısı sonrası bildirilen yan etkiler genellikle yorgunluk, baş ağrısı, ateş, titreme, kas/eklem ağrısı, aşı uygulanan bölgede ağrı/kızarıklık/şişlik, halsizlik, bulantı, lenfadenopati şeklindedir.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan askeri okul öğrencisi 22 yaşındaki erkek hasta COVID-19 mRNA 4. doz aşısını olduktan sonra okulda ağır fizik antrenman yapmış. Ertesi gün şiddetli kas ağrıları ve krampları nedeniyle hastaneye başvurdu. Biyokimya tetkiklerinde hücre içi ve kas enzimlerinin anormal yüksek saptanması nedeniyle rabdomiyoliz ön tanısıyla hastaneye yatış yapıldı. Hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, GKS'i 15 idi. Tansiyonu 110/65 mmHg, nabız 95/dakika ve ateş 36.°C olarak ölçüldü. Laboratuvar tetkiklerinde AST:2092, ALT:440, LDH:3741, CK:151428, spot idrarda protein(+++) idi. Hemogram, kan gazı, kardiyak enzimler, böbrek fonksiyon testleri normaldi. Ağır rabdomiyoliz tanısıyla akut böbrek hasarını önlemek amacıyla intravenöz sıvı tedavisi başlandı. Aşıya bağlı miyokardit riski nedeniyle kardiyoloji tarafından değerlendirildi. Ekokardiyografi ve Ekg normal olan hastaya troponin takibi yapıldı. Hastanın hücre içi enzimleri ve kas enzimleri günlük yarı değere inerek giderek azal-

dı. Troponinde artış olmadı. Genel durumu iyi olan, kas ağrıları iyileşen, vital bulguları ve hemodinamik parametreleri stabil seyreden hasta yatışının 4. gününde CK:20601 LDH:323 AST:675 değerlerine gerileyince mutlak kas istirahati ve bol sıvı alımı önerisiyle taburcu edildi.

Sonuç: COVID-19 mRNA aşılama sonrası rabdomiyoliz gelişimi yan etki riskini azaltmak amacıyla mutlak kas istirahati önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19 mRNA aşısı, rabdomiyoliz, kas istirahati

Nefroloji

PS-10

Abstract: 0104

TENOFOVİR DİSOPİROKSİL FUMARATA SEKONDER PROKSİMAL RENAL TÜBÜLER ASİDOZ VE FANCONİ SENDROMU

Rabia Deniz, Şevket Ali Ekmen, Gani Berk Ünal, Zeynep Karaali

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Proksimal renal tübüler asidoz (pRTA) idiyopatik olabileceği gibi birçok hastalık ve ilaca ikincil de ortaya çıkabilir ve Fanconi sendromu da tabloya eşlik edebilir. Tenofovir disopiroksil fumarata (TDF) bağlı pRTA ve Fanconi sendromu daha önce özellikle HIV hastalarında bildirilmiş bir yan etkidir. Burada di-rençli hipokalemi ile prezente olan TDF ilişkili pRTA ve Fanconi sendromu hastası sunulmuştur.

Olgu: Bilinen tip 2 diabetes mellitus ve kronik HBV enfeksiyonu olan 71 yaşında kadın hasta halsizlik, kas güçsüzlüğü ile başvurdu. Son 1 yıl içinde benzer yakınma ile mükerrer başvurularında ciddi hipokalemi olan hastanın venöz kan gazında artmış anyon açığı metabolik asidoz saptanarak buna yönelik etiyoloji araştırılmış ancak patoloji saptanmamış ve yaklaşık bir yıl boyunca parenteral ve oral potasyum replasmanı almış.

Tarafımıza başvurusunda potasyum 2.2 mEq/L, sodyum 144 mEq/L, klor 118 mEq/L, kalsiyum 8.2 mg/dL, fosfor 1.9 mg/dL, magnezyum 1.4 mg/dL, ürik asit 1.6 mg/dL, kreatinin 1.1 mg/dl, hemogram olağan, HBsAg pozitif ancak HBV DNA negatif idi.

Arter kan gazında pH 7.18, HCO₃ 9.4, pCO₂ 24 mmHg, Na 148 mmol/dL, Klor 131 mmol/dL görüldü. Albumini 2.8 gr/dL olup düzeltilmiş anyon açığı 11, normal olarak bulundu. Delta anyon açığı 0.4'ün altında olan hasta izole anyon açığı normal hipokalemi hiperkloremik metabolik asidoz olarak yorumlandı. Tam idrar tetkikinde pH 5, glukoz 3+, protein eser, kantitasyonla 1.6 gr/gün, potasyum 57 mEq/gün görüldü.

İdrar anyon açığı 24 olup RTA ile uyumlu iken, pH ve hipokalemi ile beraber değerlendirildiğinde pRTA lehine olan hastada hipofosfatem, hipourisemi, hipomagnezemi, glüközürü, protienüri de olduğundan Fanconi sendromu olarak kabul edildi ve almakta olduğu ilaçlar arasında 8 yıldır TDF olduğundan kesilerek tenofovir alfenamide (TAF) geçildi. 3 hafta sonra replasmansız potasyum 3.85 mEq/L, klor 111 mEq/L, fosfor 2.51 mg/dL, pH 7.32, HCO₃ 23, idrar pH 6 olarak görüldü. Hastanın TAF altında 6 aylık takibinde hipokalemi veya diğer bulgular tekrarlamadı, kas gücü normal seyretti.

Sonuç: Asid-baz ve elektrolit bozukluğu olan hastalarda doğru tanı konması için en az bir kez arteriyel kan gazı ile değerlendirme mikst bozukluklar ve anyon açığının doğru hesaplanması için önem arz eder. TDF ilişkili pRTA ve Fanconi sendromu uzun dönem kullanımla da ortaya çıkabileceğinden klinik ve laboratuvar uyumlu hastalarda ilacın kullanım süresinden bağımsız olarak

ayırıcı tanıya alınmalı ve daha yeni ve pRTA etkisi beklenmeyen TAF'a geçiş seçeneği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tenofovir disopiroksil fumarat, Fanconi sendromu, proksimal renal tübül asidoz

Hematoloji

PS-11

Abstract: 0106

MULTİPLE MYELOM VE RENAL HÜCRELİ KARSİNOM BİRLİKTELİĞİ: LEZYON BİYOPSİSİNİN ÖNEMİ

Rabia Deniz, Kübra Uğur, Zeynep Karaali, Mehmet Hurşitoğlu

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Multipl myelom (MM) ileri yaşta sık görülen, sistemik bulguları da olan bir hematolojik malignitedir; ancak hastalardaki tüm bulgular uygun ekartasyon yapılmadan MM ile açıklanamaz. Burada MM ile beraber papiller renal hücreli karsinom tanısı alan bir hasta sunulmuştur.

Olgu: 67 yaşında, tip 2 diabetes mellitus ve benign prostat hiperplazisi tanılı erkek hasta bir ay önce başlayan yan ağrısı ile dış merkeze başvurmuş ve bazal kreatinini 1.1mg/dL iken başvurusunda 2.5mg/dL, takibinde üçüncü gün 6mg/dL'ye progrese olunca hemodiyaliz uygulanmış ve görüntüleme nefrolitiazis saptanıp ESWL yapılmış. Renal bulguları düzelmeyince tarafımıza refere edilen hastada postrenal patoloji, nefrotoksik ilaç kullanımı, kontrast maruziyeti yoktu. Hemogloblin 7.6gr/dl, MCV 98fL, diğer seriler normal, düzeltilen kalsiyum 8.9mg/dL, albumin 3.4gr/dL, fosfor 4.78mg/dL, sedimantasyon 82mm/saat, CRP 9mg/dl, elektrolit ve transaminazlar normal, idrar analizinde protein eser, 4 lökosit ve 35 eritrosit, kantitasyonla 6.2gram/gün ve 24 saatlik idrarda 5.4gram/gün proteinüri görüldü.

Periferik yaymada rulo formasyonu, serum serbest kappalambda oranı 27 (34.8/1.3mg/L), serum immunfiksasyon elektroforezinde IgG-Kappa monoklonal bandı, idrarda kappalambda bandı, beta-2 mikroglobulin 39.8mg/L(>2.53) görüldü.

Kemik iliği aspirasyonunda %20 üzerinde plazma hücresi görülerek deksametazon 40mg/gün başlandıktan 8 gün sonra proteinüri 0.25gram/gün, kreatinin 4.2mg/dl; 21.gün kreatinin 1.5mg/dL olarak iyileşme gösterdi. Biyopside plazma hücreli myelom tanısı doğrulandı.

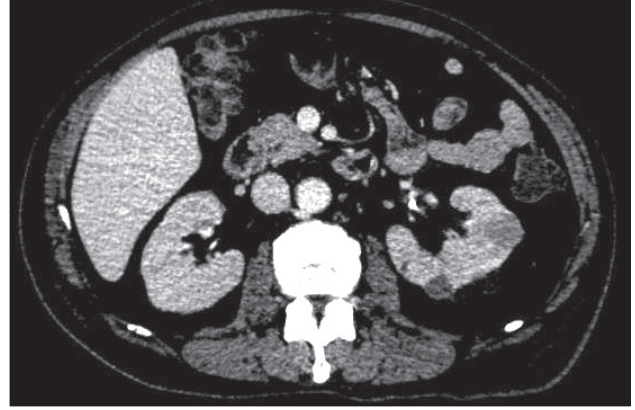
Mikroskopik hematürisi sebat eden hastanın kontrastlı batın BT'sinde sol böbrekte 3,5cm çapta egzofitik kortikal kist, orta kesim lateralde erken arteriyel fazda hafif hipodens 15x17mm boyutlu, periferik ağırlıklı hafif heterojen kontrast tutulumu gösteren kitle lezyon izlendi. Renal yetmezlik nedeniyle kontrastsız çekilen MRG'de, sol böbrek alt polde 4cm egzofitik, difüzyon kısıtlamayan kortikal kist, orta polde kortikal yerleşimli 2cm difüzyon kısıtlayan izointens solid kitle lezyon, alt pol posteriorde 1.5cm hafif hipointens solid lezyon alanı izlendi. PET/BT'de, sol böbrekte görülen üç ayrı lezyonda ve kemik yapılarıdaki yaygın litik lezyonlarda anlamlı FDG tutulumu izlenmedi.

Plazmositom ekartasyonu ve ikincil renal malignite açısından sol böbrek orta-alt poldeki lezyondan alınan tu-cut biyopside papiller renal hücreli karsinom (pRCC) infiltrasyonu izlendi. Bunun üzerine sol böbrek parsiyel nefrektomi yapılarak 3 ayrı tümör görünümü odağı içerecek şekilde eksizeyon yapıldı. Patolojik değerlendirme plazmositom ve amiloid bulgusu olmaksızın, WHO-2016 sınıflamasına göre tip1 pRCC ile uyumlu bulundu ve hasta cerrahi kür kabul edildi. Myelom açısından da kemoterapi ve izlemi devam eden hastanın renal fonksiyonları normal sınırlarda seyretmektedir.

Sonuç: MM ve RCC birlikteliği daha önce de vaka bazında bildirilmiştir. Plazma hücrelerin büyüme ve farklılaşmasında rolü olan interlökin-6'nın RCC gelişiminde de rolü olması bu birlikteliği kolaylaştırabilir. MM/RCC saptanan hastalarda bu yatkınlık da gözetenilerek açıklanamayan bulgularda mutlaka ekartasyona yönelik tetkikler yapılmalı, doğrudan hastalık tutulumuna bağlanmamalıdır.

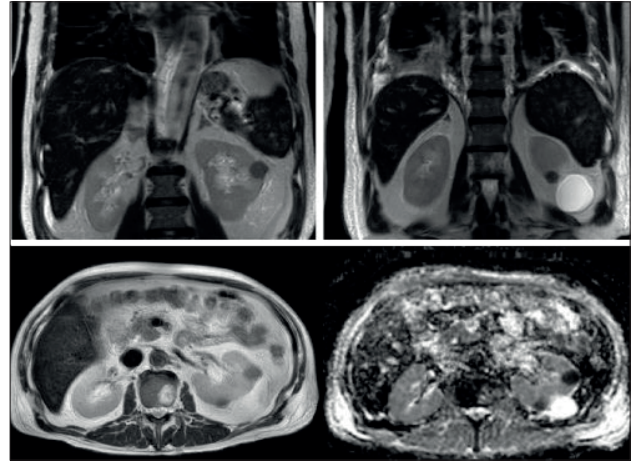
Anahtar Kelimeler: Multiple Myelom, renal hücreli karsinom, interlökin-6

Kontrastlı BT'de lezyonların görünümü



Şekil 1. Sol böbrekte yerleşen 0,8, 1,5 ve 2 cm ebatlı hipodens lezyonlar

MRG'de lezyonların görünümü



Şekil 2. Farklı MRG kesitlerinde, 3,5 cm egzofitik uzanımlı difüzyon kısıtlamayan kistik lezyona ek; 0,8, 1,5 ve 2 cm ebatlı difüzyon sekansında ADC kesitlerinde belirgin kısıtlama gösteren malign karakterli lezyonlar.

Genel Dahiliye

PS-12

Abstract: 0107

AKUT HEPATİT VE EOZİNOFİLİ BİRLİKTELİĞİ ETİYOLOJİSİNDE OLASI PARAZİT ENFEKSİYONU VE AMPİRİK TEDAVİSİ

Şevket Ali Ekmen, Rabia Deniz

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Bağırsak parazitleri asemptomatik olabileceği gibi genellikle bulantı, kusma, dispepsi, kilo kaybı, kaşıntı gibi semptomlara yol açar. Özellikle akut enfestasyonlarda hızlı ve agresif gelişen eozinofil önemli bir bulgudur ve formülün genellikle %5-10 kısmını

oluştururken %30-50'ye kadar hakimiyet gösterebilir. Burada akut hepatit ile başvuran bir hastada ayırıcı tanı süreci sunulmuştur.

Olgu: Koroner arter hastalığı tanılı ve klopidogrel, atorvastatin ve asetilsalisilik kullanan 78 yaşında erkek hasta 2 gün önce başlayan periumbilikal yerleşimli karın ağrısı ve bulantı; bacaklarda belirgin ürtikeryal döküntü ile başvurdu. Tetkiklerinde hemoglobin 15.5 g/dL, lökosit 7350x10⁹ hücre/L, nötrofil 5200x10⁹ hücre/L, lenfosit 530x10⁹ hücre/L, monosit 640x10⁹ hücre/L, eozinofil 960x10⁹ hücre/L, alanin aminotransferaz (ALT) 301 U/L, aspartat aminotransferaz (AST) 228 U/L, alkalen fosfataz (ALP) 302 U/L, gama glutamil transferaz (GGT) 681 U/L, total bilirubin 5.33 mg/dL, direkt bilirubin 4.11 mg/dL, INR 1.01, üre 61.9mg/dL, kreatinin 1.75 mg/dL, CRP 93 mg/dL olarak saptandı. Önceki tetkiklerinde kreatininini 1mg/dL ve karaciğer enzimleri olağan, eozinofil değeri 100x10⁹ hücre/L saptanan hastada akut böbrek ve karaciğer hasarı düşünülerek hidrasyon başlandı. Görüntülemelerinde evre 2 hepatosteatoz ve 17cm hepatomegali dışında patolojik bulgu saptanmadı. Hepatit A, B ve C, HIV, CMV, EBV, HSV ve otoimmün nedenlere yönelik serolojik inceleme negatif sonuçlandı.

Anamnezinde 2 gün önce dış merkeze aynı şikayetlerle başvurduğu ve tek sefer non steroid antiinflamatuar ilaç uygulandığı; bunun haricinde alkol, bitkisel ürün ve toplama mantar tüketimi olmadığı öğrenildi. Hastanın şikayetlerinden üç gün önce dış zarı soyulmuş ve 4 gün açık bir iekilde güneş altında beklemiş sucuk yediği öğrenildi.

Hidrasyon ile kreatinin ve karaciğer enzimleri hızla gerilerken eozinofilisi progrese (1600x10⁹ hücre/L) olunca yapılan periferik yaymada çok sayıda eozinofil görüldü ve pandemi nedeni kısıtlı analiz yapılabilen gaita tetkikinde parazit saptanmadı. Riskli gıda tüketimi ve eozinofilisinin olması saptanamayan praziter enfestasyonlar açısından anlamlı görülerek ampirik albendazol 400mg/gün başlandı. Mutlak eozinofil sayısı 1600 (formülün %22'si)'den 130x10⁹ hücre/Lye (formülün %1.3'ü), karaciğer enzimleri normal aralığa geriledi ve ürtikeryal döküntü ya da yakınması kalmadı.

Sonuç: Ascaris, kıl kurdu gibi parazitik enfestasyonların nadir olmakla beraber akut hepatit ile prezente olabildiği bildirilmiştir. Yeni başlayan ve hızlı progrese olan eozinofili ve yüksek riskli et ürünü tüketilmesi hastanın değerlendirilmesinde önemli ipuçlarıdır. Çeşitli nedenlerle detaylı serolojik ve gaita tetkikleri yapılamadığında ve tablo başka bir nedenle açıklanamadığında, bu gibi riskli anemnez ve uygun laboratuvar tetkikleri olan hastalarda albendazol ile tedaviden taniya gitmenin denenmesi ucuz ve güvenli bir alternatif olabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut hepatiti, albendazol, eozinofilii

Endokrinoloji

PS-13

Abstract: 0108

HİPERKALSEMİNİN EN SIK SEBEPLERİNDEN PRİMER HİPERPARATİROİDİ İLE TANI ALAN OLGU

Seyda Bilgin

Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

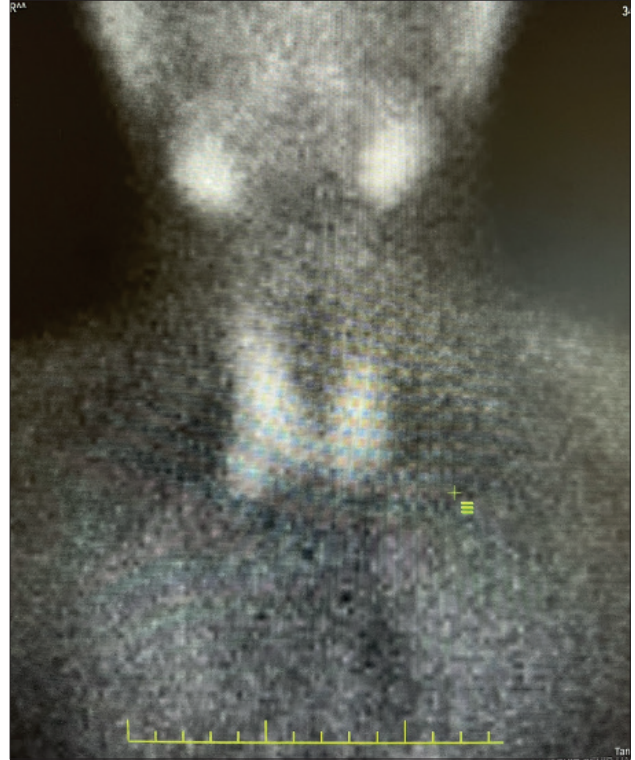
Giriş: Primer hiperparatiroidizm (PHPT), paratiroid bezlerinden parathormonun aşırı salgılanması sonucu hiperkalsemi ile karakterize bir endokrin hormon bozukluğu hastalığıdır. En sık sebep paratiroid adenomudur. Ayaktan tedavi alan hastalarda hiperkalseminin en sık nedenidir. Neden, %80-85 olguda adenom, %10-15 olguda hiperplazi, yaklaşık %1 olguda ise karsinomdur. Hastaların çoğu asemptomatik iken rastlantısal olarak rutin tetkikler sırasında hiperkalseminin fark edilmesiyle tanı konulur. En sık görülen semptomlar renal semptomlar, kemik hastalığı, hiper-

tansiyon, peptik ülser, kilo kaybı, baş ağrısı, nevroz, hematüri ve poliüridir. PHPT tanısı için ısrar eden hiperkalsemi ile beraber yüksek veya uygunsuz serum PTH seviyeleri yeterli olmakla beraber en sık kullanılan tetkikler boyun ultrasonografisi ve paratiroid sintigrafisi olmakla beraber bilgisayarlı tomografisi ve manyetik rezonans da kullanılmaktadır. PHPT'in küratif tedavisi cerrahidir. Semptomatik tüm PHPT'li hastalar ameliyat edilmelidir.

Olgu: 36 yaş erkek hasta rutin tetkiklerinde hiperkalsemisi saptanması üzerine tetkik edildi. Hastanın medikal öyküsünde mükerrer üriner taş öyküsü bulunması ön planda primer hiperparatiroidi lehine değerlendirilerek araştırmalar o yönde planlandı. Yapılan tetkiklerde PTH seviyesinin kalsiyum ile birlikte yüksek bulunması nedeniyle yapılan Paratiroid sintigrafisinde sağ tiroid lobun inferior komşuluğunda kısmen washout gösteren ve Tc-99m MIBI tutulumu gösteren noduler lezyon sahası paratiroid patolojisi lehine değerlendirildi. Hastanın çekilen DEXA'sında femur boynu kalça ve lomber vertebra osteopenik saptandı. Çekilen üst batin mr'da sol böbrek toplayıcı sistemde grade 2 hidroüretonefroz ile uyumlu olup taş saptandı. Hasta bu bilgiler ışığında endokrin cerrahisine paratiroidektomi açısından yönlendirildi. Operasyon öncesi multiple endokrin neoplazi açısından kalsitonin düzeyide gönderilen hastanın kalsitonin düzeyi normal sınırlarda saptandı. Ameliyat sonrası kliniği ve laboratuvar değerleri normale gelen hastanın patoloji sonucu paratiroid adenomu/hiperplazisi ile uyumlu histomorfolojik bulgular olarak belirtildi.

Sonuç: Primer hiperparatiroidizm (PHPT), en sık görülen endokrin hastalıklardandır. PHPT sıklıkla biyokimyasal tarama testleri sonucu tanınır. Klinik prezentasyonlar farklılık gösterir. Hastaların çoğu asemptomatiktir. Tanı konduktan sonra cerrahi tedavi veya takip açısından karar verilmelidir. Semptomatik hastalarda (nefrolityazis, osteoporoz, bozulmuş böbrek fonksiyonu eşlik eden vs) tek etkin tedavi şekli olan paratiroid cerrahisi uygulanmalıdır. Asemptomatik hastalar ise dikkatli takip edilmeli, cerrahi endikasyonlar ortaya çıkarsa onlara da cerrahi uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hiperkalsemi, nefrolityazis, osteopeni



Şekil 1. Paratiroid sintigrafisinde adenomun görünümü

Tablo 1. Paratiroidoktomi öncesi ve sonrası laboratuvar değerleri		
Parametreler	Paratiroidoktomi öncesi	Paratiroidoktomi sonrası
Üre	38.2 mg/dl	29.1 mg/dl
Kreatinin	0.83 mg/dl	0.92 mg/dl
Albumin	43 g/l	42 g/l
PTH	238 pg/ml	37.3 pg/ml
Kalsiyum	12.34 mg/dl	8.74 mg/dl
Fosfor	2.37 mg/dl	3.53 mg/dl
Kalsitonin	4.1 pg/ml	

Endokrinoloji

PS-14

Abstract: 0110

PSÖDOHİPOPARATİROİDİ: OLGU SUNUMU

Merve Korkmaz Yılmaz

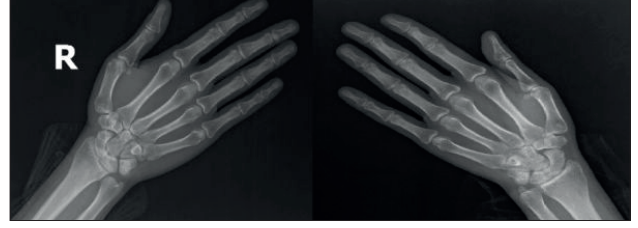
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Psödohipoparatiroidizm (PHPT); hedef organın parathormona (PTH) yanıt vermediği kalıtsal bir bozukluktur. Biyokimyasal olarak; hipokalsemi, hiperfosfatemi ve PTH yüksekliği ile karakterizedir. Tıp 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. Hipokalsemi, hiperfosfatemi, Albright herediter osteodistrofisi klinik bulguları ile tarafımıza başvuran; kalsiyum, aktif D vitamini ile tedavi edilen psödohipoparatiroidizm vakası sunulmuştur.

Olgu: Otizm ve epilepsi tanıları olan 25 yaşında erkek hasta, nöbet geçirmesi üzerine acil servise başvurdu. Öyküsünde en son 1 yıl önce nöbet geçirdiği, nöbet esnasında düşme sonucu femur fraktürü geliştiği öğrenildi. Hastanın dismorfik yüz görünümü, boy kısalığı ve obezitesine mevcuttu. Soy geçmişinde anne-babada akraba evliliği yoktu. Kan tahlillerinde hipokalsemi saptanan hasta ileri tetkik amacıyla servisimize yatırıldı. Hastanın başvurusunda hipokalsemi (Ca: 5.3 mg/dl), hiperfosfatemi (P: 4.87 mg/dl), düşük 25-OH D vitamini düzeyi (4 ng/ml), yüksek parathormon düzeyi (307 pg/ml) ile yüksek ALP düzeyi (134 U/l) saptandı (Tablo 1). Hemogramda, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri ile diğer elektrolitlerinde patolojik özellik görülmedi. 24 saatlik idrarda kalsiyum düzeyi 35 mg, 1,25 OH D vitamini düzeyi: 114 pg/ml saptandı. Hipokalsemiye bağlı kasılmaları olan hastaya parenteral kalsiyum replasmanı ile oral kalsitriol tedavisi başlandı. Psödohipoparatiroidi düşünülen hastanın çekilen el ve ayak grafilerinde 4.metatarsal kemikte kısalık izlendi (Şekil 1,2). Kontrol beyin tomografisinde (BT) bazal kalsifikasyon saptanmadı. Tıbbi genetikle konsülte edilen hastadan GNAS gen mutasyonu istendi. Replasman tedavisi sonrasında düzeltilmiş kalsiyum 8.3 mg /dl seviyesine yükselen, klinik iyileşme sağlanan hastaya taburculukta 1000 mg kalsiyum, kalsitriol 0.25 mcg kapsül 2x1 reçetesi düzenlendi. Klinik ve laboratuvar bulguları psödohipoparatiroidizm tip 1A ile uyumlu olan hasta Endokrinoloji poliklinik kontrolüne yönlendirildi.

Sonuç: Klinisyenler 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: Psödohipoparatiroidi, hipokalsemi, Albright herediter osteodistrofisi



Şekil 1. Bilateral el anteroposterior düz grafisi



Şekil 2. Bilateral ayak anteroposterior düz grafisi

Tablo 1. Hastanın başvuru anındaki laboratuvar bulguları			
Hb:	13.8 g/dl	Total protein:	7.2 g/dl
Hct:	43.6 %	Albumin:	4.5 g/dl
WBC:	6.94 109/L	Kalsiyum:	5.3 mg/dl
Neut:	5.09 109/L	Fosfor:	4.87 mg/dl
PLT:	236 109/L	25-OH D vitamini:	4 ng/ml
Üre:	14.5 mg/dl	PTH:	307 pg/ml
Kreatinin:	0.57 mg/dl	Mg:	1.81 mg/dl
AST:	20 U/L	ALP:	134 U/L
ALT:	10 U/L	24 saat idrarda kalsiyum:	35 mg/24 h

Genel Dahiliye

PS-15

Abstract: 0113

NON-ALKOLİK NEDENE BAĞLI GELİŞEN BİR WERNİCKE ENSEFALOPATİSİ VAKASI

Seyda Bilgin

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş: Wernicke Ensefalopatisi (Wernicke Korsakoff Sendromu) sıklıkla alkoliklerde olmak üzere açlık, uzamış desteksiz total parenteral beslenme, bariatrik cerrahi sonrası, hiperemesis gravidarum, gastrointestinal malinite ve kronik dializ gibi medikal durumlarda gözlenen tiamin (B1) vitamin eksikliğine bağlı bir sendromdur. Klinik olarak akut konfuzyon, ataksi ve oftalmopleji triadı ile prezente olur. Görüntülemelerde özellikle MR'da T2/Flair sekansında bilateral simetrik olarak mamiller cisimcikte, talamus dorsomedialinde, tektal bölge, periaquaduktal bölge ve 3.ventrikül çevresinde sinyal artışı olarak kendini gösterir. Wernicke Ensefalopatisi tiamin eksikliğinin kronik olarak devam etmesi halinde global annezi ve konfobulasyon ile karakterize olan Korsakoff Psikozuna dönüşüme

ROMATOİD FAKTÖR POZİTİF MİKROSKOPİK POLİANJİİTİSLİ OLGU

Özlem Pehlivan, Sibel Ocağ Serin, Ezgi Ersoy Yesil, Filiz Demirdağ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi

Özet-Amaç: Mikroskopik polianjiit (MPA), küçük damarları tutan, sistemik nekrotizan vaskülit türüdür. Sıklıkla böbrek ve akciğer tutulumu görülür. MPA’da %80 oranında Perinükleer Antinötrofilik Sitoplazmik Antikor (p-ANCA), %40 Sitoplazmik Antinötrofilik Sitoplazmik Antikor (c-ANCA) pozitifliği vardır. RF pozitifliği ANCA ilişkili vaskülitlerde %50’lere kadar çıkabilmektedir. Bu olgumuzda RF pozitifliği, nefes darlığı ve bal peteği akciğer bulgusuyla RA şüphesi ile romatoloji polikliniğimizde konsulte edilen ve MPA tanısı alan hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 63 yaşında erkek hasta intertisyel akciğer hastalığı ve RF pozitifliği ile RA şüphesi ile başvurmuştu. Sorgusunda 2 yıldır öksürük, nefes darlığı mevcuttu. Özgeçmişinde 12 yıl önce geçirilmiş koroner arter hastalığı, 2 yıldır kronik böbrek yetmezliği tanısı ile takip ediliyordu. 3 ay önce pleural efüzyon nedeniyle torasentez yapıldığı öğrenildi. Hastanın 20 paket/yl sigara kullanım öyküsü vardı. 5 aydır makroskopik hematürisinin olduğu ve yapılan sistoskopinin normal olduğu öğrenildi. FM’de soluk, halsiz taşikardik ve dispneik olan hastanın inspiryumda bilateral ralleri mevcuttu. TA:100/70mm/Hg, SO2:90 idi. Sol el 3. parmak soluktu, periferik nabızlar açıktı. 3 ay önce yapılan toraks BT’de balpeteği akciğer görünümü, sol akciğer üst lobda 19x10mm dansite artışı mevcuttu. Yapılan tru-cut biyopsi Atipik adenamatöz hiperplazi şeklinde raporlanmış, eksizyonel biyopsi önerilmişti. İstene RF:150 bulunması üzerine hasta tarafımıza yönlendirildi. Hastanın Hgb:11.4gr/dl Wbc:15.33gr/dl, Crp:11.1mg/L, BUN:184.1 mg/dl, kreatinin:1.82 mg/dl, INR:1.6, tam idrar incelemesinde 3+ eritrosit, 2+ lökosit saptandı. RF:150, p-ANCA:pozitif, MPO-ANCA:61, anti-CCP: negatif tespit edildi. Konstitusyonel semptomlar, hızlı ilerleyen pulmoner semptomlar, renal yetmezlik, hematüri, akut faz yüksekliği, p-ANCA yüksek titre pozitifliği ile MPA tanısı düşünüldü. Hastanın grade 4 dispnesinin olması ile biyopsi ertelenerek 1gr/gün olmak 3 gün 1 gr pulse steroid tedavi sonrasında 1 mg/kg/gün ile tedaviye devam edildi. Remisyon indüksiyon tedavisi malignite şüphesi olması nedeni ile siklofosamid yerine rituksimab 1000 mg ile yapıldı. Hastanın genel durumunun, akut faz parametrelerinin düzelmeye başlamesi üzerine hem malignite hem de vaskülit açısından biyopsisi planlandı.

Sonuç-Tartışma: MPA organ tutulumlarına göre prognozu en kötü vaskülitlerdendir. Hastaların büyük bir kısmında organa spesifik bulgular ortaya çıkmadan, ateş, kilo kaybı, iştahsızlık ve halsizlik gibi non-spesifik semptomlar vardır. Artrit bulguları olmadan artralji ve miyalji gibi kas iskelet bulguları görülebilmektedir. Bu dönemde istenen tetkiklerde RF pozitifliği ile RA tanısı konabilmektedir. MPA hastalarında en sık saptanan ANCA tipi p-ANCA olup miyeloperoksidaz (MPO) antijenine spesifite göstermektedir. RF pozitifliği ANCA ilişkili vaskülitlerde görülebilmektedir. Biz bu olguda bal peteği akciğer ile presente olan RF pozitif MPA tanısı alan hastayı sunduk. Hızlı tedavi ile klinik ve laboratuvar olarak tedaviye cevabını gösterdik. RF pozitifliği, eklem şikayetleri ve intertisyel akciğer hastalığı olan olgularda MPA akla getirilmelidir.

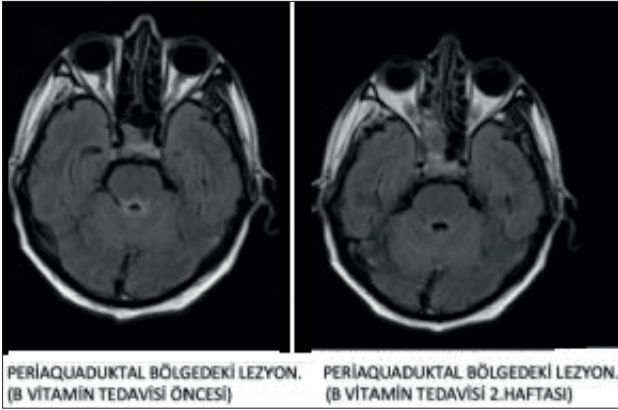
Anahtar Kelimeler: Mikroskopik polianjiit, romatoid faktör

lir. Akut Wernike Korsakof sendromu tedavisi intravenöz tiaminin diğer vitamin ve mineraller ile birlikte verilmesidir.

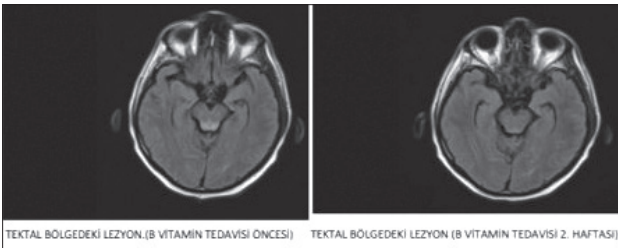
Olgu: 66 yaşında erkek hastanın kilo kaybı, sağ üst kadran ağrısı, bulantı kusma ve iştahsızlık şikayetleri ile polikliniğimize başvurması üzerine çekilen batın BT’de gastroözafageal bileşkedan itibaren mide kardiya boyunca insisura angularis ve korpus yerleşimli egzofitik uzanım gösteren kitlesel lezyon tespit edildi. Tarif edilen kitleden biopsiler alındı. Biopsi sonucu mide adenokarsinom olarak sonuçlandı. Hastaya kemoterapi başlanması sonrası acil servise kooperasi, oryantasyon bozukluğu, ataksi ve nistagmus şikayetleri ile başvurdu. Çekilen kontrastlı kranial MR ve servikal MR’da korpus kallozum, bilateral posteromedial talamik bölge ve periaquaduktal bölgede lezyonların görülmesi klinik tablo ile değerlendirildiğinde ön planda Wernike Ensefalopatisi olarak değerlendirildi. Kranial ve spinal MR’da metastatik tutulum görülmedi. BOS’tan gönderilen kültür örneklerinde üreme olmadı. BOS sıvısı biyokimyası normal olarak sonuçlandı. Hastaya tüm bu tetkik ve klinik sonucunda intravenöz B vitamin kompleksi tedavisi uygulanmaya başlandı. Tedavi sürecinde klinik semptomlar geriledi. B vitamin kompleksi tedavisinin 2.haftasında çekilen kontrol kranial görüntülemelerde lezyonlar belirgin olarak gerilemiş olarak saptandı.

Sonuç: Wernicke ensefalopatisi aslında nadir olmamasına rağmen az bilinen klinik bir durumdur. Yalnızca kronik alkolizmle ilişkili olmayıp özellikle ciddi kilo kaybı ve malnütrisyon sonrasında da gelişebilmektedir. Wernicke ensefalopatisinde hastaların klinik bulguları her zaman tipik olmadığından ötürü görüntüleme bulgularının bilinmesi tanı aşamasında kritik role sahiptir. Erken tanı konması ise, tedavinin başlatılmasını ve hastalığın prognozunu etkilediğinden önem taşımaktadır. Özellikle bu tip hastalarda tedavide tek başına dextroz infüzyonu uygulamak hastada tiamin eksikliği ile birlikte laktik asidozun da oluşmasına ve klinik tablonun ağırlaşmasına sebep olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Malnütrisyon, Tiamin eksikliği, Wernike Ensefalopatisi



Şekil 1. Periaquaduktal bölgedeki lezyonun başvuru anında ve tedavi sonrası görünümü



Şekil 2. Tektal bölgedeki lezyonun başvuru anındaki ve tedavi sonrası görünümü

TEMPORAL ARTERİT NEDENİYLE STEROİD KULLANAN HASTADA DİYABETİK KETOASİDOZ**Sercan Kamalı¹, Gözde Nezahat Genç¹, Meral Mert², Abdülbaki Kumbasar¹**¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji Kliniği, İstanbul

Özet: Kortikosteroidlerin(KS) antiinflatuar,immunosüpresif ve antiallerjik etkileri vardır. Antiinflatuar ve immunsüpresif etkileri nedeniyle birçok romatolojik hastalıkta sık kullanılır. Literatürde steroide bağlı diyabetik ketoasidoz nadirdir. Biz romatoloji polikliniğine başvuran,temporal arterit ve polimyalji romatika tanılarıyla steroid tedavisi alan hastada gelişen diyabetik ketoasidoz (DKA) vakasını sunmayı amaçladık. VAKA 69 yaşında kadın hasta 3 ay önce sağ gözde ani görme kaybı nedeniyle göz hastalıkları kliniğine başvurmuş. Arteriyel optik nöropati saptanan hastaya temporal arterit ön tanısıyla 3 gün pulse steroid verilmiş.Takiplerinde şikayetleri ve akut faz reaktanları gerileyen hasta 1 mg/kg/gün dozda oral metilprednizolon idame tedavisi planlanarak ve romatoloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edilmiş. Romatoloji polikliniğine başvuran hastada görme kaybı ile eşzamanlı çene kladikasyosu ve omuz-kalça kuşak ağrıları olduğu öğrenildi. Muayenede; bilateral temporal nabızlar alınamadı. Steroid tedavisinin tedrici olarak azaltılması planlandı. Steroid tedavisinin 53. gününde bacaklarda güçsüzlük, halsizlik yakınması ile polikliniğine başvuran hastanın nefesinde keton kokusu ve proksimal kas güçsüzlüğü saptanması üzerine steroide bağlı diyabetik ketoasidoz/steroid myopatisi ön tanılarıyla acile yönlendirilen hastanın genel durumu orta, bilinç açık, koopere, oryante, vital bulguları stabildi. Muayenede bilateral pretibial ödem 1+ olması dışında özellik yoktu. Laboratuarda; kan glikozu 504 mg/dL, venöz kan gazı incelemesinde pH:7.25, HCO3:13.7 mmol/L, anyon gap:22.5, baz açığı: -13.3, tam idrar tahlilinde glikoz: + + +, keton: + + + saptandı. Hasta steroide bağlı diyabetik ketoasidoz tanısıyla İç Hastalıkları Kliniğine interne edildi. Hasta orta derecede dehidrateydi. İlk 1 saatte 20 cc/kg/saat iv izotonik replasmanı sonrasında 10 cc/kg/saat sıvı replasmanına devam edildi. Saatlik kan şekeri takibi planlanarak 0.1 IU/kg/saat insülin infüzyonu açıldı. Kan şekeri takibine göre infüzyon dozu ayarlandı. Kan gazı bulguları düzelen ve kan şekeri regülasyonu sağlanan hastada subkutan bazal-bolus insülin tedavisine geçildi. Steroid dozu azaltılan hasta taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde steroid dozu tedrici azaltılan hastaya immunsüpresif olarak azatioprin eklendi. Steroid kesildikten sonra kan şekeri takipleri regüle seyreden hastanın bazal-bolus insülin tedavi ihtiyacı kalmadı.

Tartışma: Genel olarak, KS dozu ve kullanma süresi arttıkça yan etkilerin görülme sıklığı artar. Öfori, uykusuzluk, huy değişiklikleri, kilo artışı ve su tutulumu gibi yan etkiler tedavinin başında görülürken; metabolik yan etkiler (hiperglisemi, hiperlipoproteinemi, osteoporoz), deride incelleme, akne ve cushingoid görünüm gibi diğer yan etkiler daha geç ortaya çıkar. Steroide bağlı diyabetik ketoasidoz nadirdir. Literatürde sınırlı sayıda vaka vardır. Olgumuzda steroide bağlı diyabetik ketoasidoz gelişen hastanın acilde tedavisinden sonra steroid dozu azaltılarak kesilmiştir. Sonrasında kan şekeri regüle olan hastanın insülin ihtiyacı kalmamıştır. Steroide bağlı diyabetik ketoasidoz nadir bir durum da olsa hastanın tedavi ve takibinde klinik öneme haiz olduğundan akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: diyabetik ketoasidoz, steroid**COVID 19 AŞISI SONRASI TEKRARLAYAN BİR İMMÜN TROMBOSİTOPENİ OLGUSU****Burçin Meryem Atak Tel, Gizem Kahveci, Tuba Taslamacıoğlu Duman, Özge Kurtkulağı, Satılmış Bilgin, Hilal Şentürk, Havva Akın, Gül Ali Aktaş**

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu

Giriş: Şiddetli akut solunum yetmezliğine neden olan Covid 19 pandemisi birçok morbidite ve mortaliteye sebep olmuştur. Bunun sonucu olarak bir çok komorbiditesi olan ve özellikle yaşlı olan insanların hızlı bir şekilde Covid 19 tedavi ihtiyacı doğmuştur;hızlı bir şekilde aşılar geliştirilmiştir. Covid 19 pandemisi başladığından beri 198 den fazla aşı klinik ve prelinik olarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir.

Ülkemizin büyük bir kısmında inaktif virüs aşısı kullanılmıştır. Aşıların kullanımı büyük ölçüde Covid 19'a bağlı mortaliteyi büyük ölçüde azaltmıştır. Ancak yan etki olarak nadir vakalarda otoimmüniteyi artırmıştır.

Biz de bu vakada inaktif aşı sonrası tekrarlayan bir immün trombositopeni (ITP) olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen ITP tanısı ile takipli olan kadın hasta acil servise göz ve diş etinde kanama, ciltte döküntü şikayeti ile başvurdu. Şikayetleri Covid 19 için aşı olduktan 6 gün sonra başlamış. Yaklaşık 4 ay önce ITP tanısı almış ve kortikosteroid kullanımına iyi yanıt vermiş. Sonrasında ilaçsız takibe alınmış. Ayrıca 20 yıllık hipertansiyon hastasıymış ve amlodipin 5 mg ile kan basıncı regüle seyretekteymiş.

Fizik muayenesinde ateşi; 36.7 C, kan basıncı; 120/75 mmHg, nabız;82 atım/dk, solunum sayısı; 15 olarak saptandı. Bilateral skleral hemoraji, oral müköz membranda hemorajik bül ve diş etinde sızıntı şeklinde kanması mevcut idi. Karın ve her iki alt ekstremitede peteşi,purpura saptandı. Diğer sistem muayene bulguları olağandı.

Bakılan hemogramda trombosit sayısı2.000/mm³ olarak saptandı. Periferik yayma hemogram ile uyumlu bulundu. 4 ay öncesi kortikosteroid tedavisi ile trombosit sayısı 278.000'e ulaşması sonrası hematoloji uzmanı tarafından steroide ara verilmiş. Hasta hikayesi ve bulguları göz önüne alındığında Covid 19 aşısı sonrası tekrarlayan immün trombositopeni olgusu olarak değerlendirildi.

Hastaya 1 ünite havuzlanmış trombosit replasmanı yapıldı. 40mg/gün dexametazon verilmesi sonrası tedavinin 4. gününde trombosit sayısı hemogramda 132.000 ve eş zamanlı periferik yaymada 150.000 olarak saptandı. Şikayetleri gerileyen hasta hematoloji poliklinik kontrolü ile taburcu edildi.

Sonuç: Covid 19 aşısı sonrası tekrarlayan bir immün trombositopeni olgusu sunduk. Literatürler tarandığında gözlemlenen ilk rapordur. İnaktif aşının otoimmüniteyi tetikleyip immün trombositopeniyi tetiklediğini gördük.

Anahtar Kelimeler: Covid 19, inaktif aşı, immün trombositopeni

MULTİPLE VERTEBRA FRAKTÜRÜ İLE BAŞVURAN YENİ TANI BİR MULTİPLE MİYELOM OLGUSU**Burçin Meryem Atak Tel, Gizem Bakır Kahveci, Tuba Duman, Güllali Aktaş, Satılmış Bilgin***Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu*

Giriş: Multiple Miyelom (MM) plazma hücrelerinin başlıca kemik iliğinde nadiren de diğer organ ve sistemlerde artışı ve anormal immunoglobulin (Ig) üretimi ile karakterli bir hastalıktır. Yaş ilerledikçe sıklığı artmakta ve genellikle 50 yaş üzerinde görülmektedir. Monoklonal Ig veya Ig hafif zinciri üretilmesi hastalığın temel özelliğidir. Çok seyrek olarak plazma hücrelerinden Ig sekrete edilmez ve bu hastalara nonsekretuar MM ismi verilir. Sıklıkla üretilen monoklonal protein, IgG veya IgA'dır. Daha az sıklıkla immunoglobulinlerin hafif zinciri veya çok nadiren diğer tip Ig'ler üretilirler. Bugünkü metodlarla hastalığın küratif şansı yoktur. MM patogenezinin araştırılması ve yeni tedavi metodlarının geliştirilmesine yönelik araştırmalar devam etmektedir.

Biz de sırt ağrısı, vertebra fraktürü ile başvuran bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen hipertansiyon dışında kronik bir hastalığı olmayan 76 yaşında bayan hasta sırt ağrısı ile gittiği beyin cerrahisi polikliniğinde çekilen tomografide tortakal 8, 9,10 da vertebra fraktürü ve tüm görüntü alanına giren kemik iliği dansitesinde heterojenite saptanması üzerine hasta tarafımıza yönlendirilmiş. Bilinen travma öyküsü ve enfeksiyon öyküsü yoktu. Ailesinde genetik bir hastalık bulunmuyordu. Antihipertansif olarak kandesartan 16 mg kullanıyordu.

Fizik muayenesinde ateş:36,5, nabız:98, solunum sayısı: 26, kan basıncı 90/50 mmHg olarak saptandı. Solunum sistemi muayenesinde bazallerde solunum sesleri azalmıştı. Hasta yaygın vücut ağrısı nedeniyle sedye ile getirilmişti. Yapılan fizik muayenesinde diğer sistem muayeneleri normal saptandı. Genel durumu iyi olamayan hasta ileri tetkik ve tedavi için yatırıldı.

Bakılan laboratuvar tetkiklerinde hb:6.6g/dl,Mcv:110fl, RDW:17 diğer hemogram parametreleri normal saptandı. Biyokimyasal tetkiklerinde düzeltilmiş kalsiyum:1.1mg/dl, kreatinin 2mg/dl üre:152 mg/dl alb/globülin ters dönmüş ve sedim:110mg/dl saptandı. Hastanın bakılan 24 saatlik idrarında 200mg/gün proteinürisi saptandı. Diğer organ malignitelerini ekarte etmek için toraks, abdomen tomografileri, meme usg ve mamografi istendi. Sol adneksiyal lojda 4x4 cm lik hipodens noduler lezyon saptandı. Jinekoloji konsültasyonu istendi ancak poliklinik kontrolü önerildi. Periferik yaymada plazma hücreleri saptandı. Hastadan plazma hücre hastalıkları açısından idrar, serum protein elektroforezi ve immunoglobulinler istendi.B2 mikroglobulin çalışılmadığı için istenmedi. Klinik takibinde respiratuvar asidozu olup solunum sıkıntısı ilerleyen hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Hasta entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Takibinde tazosin, furosemid ve eş zamanlı hidrasyonla kliniği toparlayan hasta ekstübe edilerek servis takibine alındı. Elektroforezinde monoklonal gamopati ve ig G yüksekliği saptandı. Takibinde genel durumu toparlayan hasta kemik iliği biyopsisi ve aspirasyonu için multiple miyelom ön tanısı ile ileri tetkik ve tedavi için hematolojisi olan bir merkeze yönlendirildi.

Sonuç: Multiple miyelom kliniği hızlı değişen, yönetimi zor, agresif bir hastalık. Hala günümüzde daha etkin tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Multiple miyelom, multiple vertebra fraktürü, plazma hücre hastalıkları

COVID 19 PNÖMONİSİ İLE TAKİP EDİLİRKEN TANI KONAN OTOİMMÜN HEMOLİTİK ANEMİ OLGU SUNUMU**Burçin Meryem Atak Tel, Gizem Kahveci, Tuba Duman, Satılmış Bilgin, Güllali Aktaş***Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu*

Giriş: Otoimmün hemolitik anemi (OİHA); eritrosit yüzeyine bağlanan antikorlar ile ortaya çıkan, eritrositlerin yıkımı ile belirgin ender görülen bir hastalıktır. Süt çocukları ve çocuklarda çok ender olup, sıklığı yılda 2/1 000 000'dir. Tanı; anemi, hiperbilirubinemi, retikülositoz ve pozitif direkt coombs (DC) testi ile konur. Biz bu yazıda Covid -19 pnömonisi ile takip edilirken tanı konan bir otoimmün hemolitik anemi olgusu sunduk.

Olgu: 65 yaşında kadın hasta bilinen tip 2 diyabetes mellitus, hipertansiyon,konjestif kalp yetmezliği, olup Covid 19 pnömonisi nedeniyle enfeksiyon hastalıkları servisinde takip edilirken tüm vücutta yaygın ekimoz olması nedeniyle tarafımıza konsulte edildi. Hasta yaklaşık 20 gündür serviste takip edilmekteydi. Kullanmakta olduğu ilaçlar içerisinde diltiazem 60mg, lerkanidipin 20 mg,- pantaprazol 40mg, folinik asit,prednizolon 80 mg, enoksoparin 0.3 günde bir defa, insülin glarjin 20 ünite, insülin aspart günde 3 defa 12 ünite kullanılmaktaydı.

Fizik muayenesinde ateş; 36.6C, nabız; 90, kan basıncı 120/70 mmHg, saturasyonu 2 litre dakikadan oksijen ile 94 saptandı. Solunum sistemi muayenesinde sol akciğer alt lobda solunum sesleri azalmış, tüm toraks ve abdomen de yaygın ekimozu mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri olağan olarak saptandı. Hastanın karantina süresi bitmesi nedeni ile iç hastalıkları servisine interne edildi.

Yapılan tetkiklerde hb 7,5 g/dl, MCV 82fl, RDW 19, wbc 8,6, trombosit 332K/ul olarak saptandı. Biyokimyasal tetkiklerinde LDH 600 u/l, ürik asit 7,7, T.bilirubin 0,78, indirekt bilirubin 0.36mg/dl, fibrinojen 199 mg/dl, d dimer 1,3 mg/l olarak saptandı. Direkt coombs; pozitif, haptoglobulin 8 mg/dl, Düzeltilmiş retikülositi %3 olarak saptanmıştır. Periferik yaymasında sferosit ve yer yer rulo formasyonu görüldü. Yaygın ekimozu olması nedeniyle antikoagülana ara verildi. İmmünglobulin düzeyleri normal sınırlardaydı. Toksoplazma, rubella ve sitomegalovirüs IgM(-), IgG (+), anti-HAV IgM (-), anti-HAV IgG (-), HbsAG(-), anti-Hbs (+), anti-HCV (-), Herpes Simpleks Tip 1/Tip 2 IgM ve IgG (-), Parvovirüs IgM ve IgG (-), Epstein Barr virüs VCA IgM ve IgG (-) ve ANA (-), anti dsDNA (-), lupus antikoagülanı (-), C3, C4 düzeyleri normaldi. Batın ultrasonografisinde hepatosteatoz, kolelitiazis dışında bulgu yoktu. Hasta steroid kullanmasına rağmen hemoliz bulguları devam etmesi nedeniyle hematolojisi olan bir merkeze sevk edildi.

Sonuç: Otoimmün hemolitik aneminin tedavisi etiyolojiye ve klinik tablonun şiddetine göre değişmektedir. Hastanın otoimmün hemolitik anemi etiyolojisinde ön planda Covid 19 ilişkili olabileceği düşünüldü. Ancak daha detaylı tetkikler yapılamadığı için ileri araştırma ve takip için dış merkeze sevk edildi.

Anahtar Kelimeler: Otoimmün hemolitik anemi, Covid 19

Romatoloji

PS-22

Abstract: 0132

ANTI-CCP POZİTİF REKÜRREN ORAL AFT OLGUSU

Tuba Olcay Vardal, Arzu Cennet Işık, Bahar Arıcan Tarım

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Rekürren oral aftozis (ROA), günümüzde etyolojisi halen çözülmemiş hastalıklar arasındadır. İdiyopatik veya lokal ve sistemik koşullar ile genetik, immünolojik ve mikrobiyal faktörlerin hepsi patogenezde rol oynayabilmektedir. Aftöz ülserler; behçet hastalığı, reiter sendromu, rekürren eritema multiforme, çölyak hastalığı, crohn hastalığı, ülseratif kolit, periyodik ateş, farenjit ve adenit (PFAPA sendromu) gibi bazı sistemik hastalıkların seyri esnasında da görülebilmektedir. Bu nedenle ROA'da tedavi öncesi aftöz ülserasyonlarla ilişkili diğer hastalıklardan ayırıcı tanı yapılmalıdır. ROA'nın etyolojisi kesin belirlenemediğinden tamamen etkin bir tedavi ve koruma günümüzde mümkün değildir.

Olgu: 37 yaş; bayan hasta, yaklaşık 2 yıldır olan tekrarlayan, ağrılı oral aft şikayeti ile başvurdu. Hastanın sistem sorgulamasında, genetik ve allerji öyküsü, genital ülser, eklem bulgusu, cilt bulgusu, göz bulgusu ve gis semptomları olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde ağız içinde 3 adet yuvarlak, keskin sınırlı, ağrılı ülserler görüldü. Ek fizik muayene bulgusu saptanmadı. Hastanın laboratuvar testleri incelendiğinde Hb:11.7g/dl, MCV:88, Vitamin B12:94ng/L, D vitamini:17mg/L, Sedim:34mm, diğer parametreler normal olarak saptandı. Hastaya lokal aft tedavisine ek olarak intramusküler vitamin b12 ve d vitamini tedavisi başlandı. Kontrollerde şikayetleri devam eden hastaya Behçet Hastalığı açısından paterji deri testi ve göz konsültasyonu istendi. Paterji testi negatif saptandı. Göz bulgusu yoktu. Romatolojik diğer tetkikleri istendi. Anti-CCP:23 saptandı.Hasta romatolojiye yönlendirildi. Takiplerinde romatoloji tarafından başlanan steroid tedavisi sonrası aftların düzeldiği bilgisi alındı.

Sonuç: Rekürren oral aftlar bir çok hastalığın bulgusu olmakla birlikte çoğunlukla sağlıklı kişilerde ortaya çıkar. Anamnez, fizik muayene, aile öyküsü dikkatle sorgulanmalı ve ayırıcı tanı çok iyi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Rekürren oral aft, Behçet hastalığı, Anti-CCP

Genel Dahiliye

PS-23

Abstract: 0133

CHİLİAİDİTİ SENDROMU: NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU

Tuba Olcay Vardal, Arzu Cennet Işık, Bahar Arıcan Tarım

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

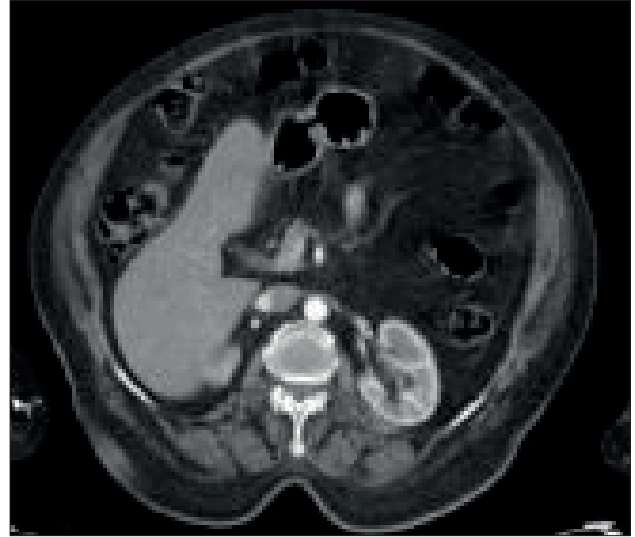
Giriş: Chilaiditi sendromu nadir görülen kolonun kalıcı veya geçici hepatodiyafragmatik interpozisyonu olup, ileum veya mide içerikli interpozisyonlar daha da enderdir. Genellikle de yetişkin, kronik akciğer hastası, astenik kişiler ile multipar bayanlarda daha sık görülmektedir. İnsidansı yaşla artar, erkek/kadın oranı 4/1'dir. Barsak ansları diafram ve karaciğer arasında yerleşmiş olup vakaların çoğuna tesadüfen tanı konmaktadır. Sıklıkla semptomsuz olmakla birlikte semptomatik olgularda ise gastrointestinal yakınmalar ön plandadır. Aralıklarla ortaya çıkan hafif abdominal ağrı,

intestinal obstrüksiyon, kabızlık, göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi semptomlarla ortaya çıkabilir.

Olgu: 78yaş bayan hasta, yaklaşık 10 yıldır olan karın ağrısı, bulantı, şişkinlik ve konstipasyon şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde 10 yıldan beri sık sık bu şikayetler ile sağlık merkezine başvurduğu ve semptomatik tedavi verildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde bapta yaygın hassasiyet ve distansiyon mevcuttu. Hastanın diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın laboratuvar testleri incelendiğinde Hb:11.7g/dl, diğer parametreler normal saptandı. Anemi etiyolojisine yönelik yapılan endoskopi ve kolonoskopi incelemesi normal sınırlarda; çekilen direkt PA akciğer grafisinde sağ subfrenik alanda hava görüntüsü saptandı. Çekilen abdomen BT'sinde sağ diyafram ile karaciğer arasında kolonun transvers segmentine ait hava görüntüsü izlendi. Hastaya bu bulgular ile kolonun hepatodiyafragmatik interpozisyonu ile prezente olan Chilaiditi sendromu tanısı konuldu. Konservatif tedavi ile ayaktan poliklinik takibine alındı.

Sonuç: Chilaiditi sendromu genellikle tesadüfen saptanan bazen de semptomatik olabilen bir durumdur. Hastalar gastrointestinal sistem, solunum ve kardiyovasküler sistem semptomları ile bazen de multiorgan semptomu ile gelebilmektedir. Semptomatik olgularda gastrointestinal yakınmalar ön plandadır. Tanı direkt grafiler ile tesadüfen konur. Ayırıcı tanı için USG ve BT gerekebilir; spesifik tedavisi yoktur. Semptomatik olgularda acil durumlar ekarte edilmelidir. Karın ağrısı ile gelen hastalarda pratiğimizde akıldaki bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: chilaiditi sendromu, karın ağrısı



Şekil 1. Batın Tomografisi



Şekil 2. Düz Batın Grafisi

Genel Dahiliye

PS-24

Abstract: 0135

DERİ BULGULARI İLE PREZENTE OLAN SARKOİDOZ OLGUSU

Tuba Olcay Vardal, Arzu Cennet Işık, Bahar Arıcan Tarım

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Sarkoidozis etiyolojisi bilinmeyen, kronik inflamatuvar, multisistemik non-kazeifiye granülomlarla karakterize başta akciğerler olmak üzere, pek çok doku ve organı etkileyebilen bir hastalıktır. Kadınlarda daha fazla görülür. Sistemik sarkoidozlu hastaların %20-30'unda farklı morfolojilerde deri lezyonları görülür. Tanı için spesifik bir test yoktur; klinik ve radyografik bulguların (bilateral hiler lenfadenopati) birlikteliğine, tipik granülomların gösterilmesine dayanır ve çoğu zaman diğer granümatöz hastalıkların dışlanmasıyla tanıya ulaşılır.

Olgu: 44 yaş kadın; yaklaşık 6 aydır olan sol meme ucunda, göğüs ve boyunda eritematöz döküntüler, bacak ön yüzünde ağrılı, kızamık şişlikler şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde sol meme ucu komşuluğunda, 2-3cm çapında, göğüs ve boyunda eritemli deriden kabarık kenarları eleve plaklar, sol bacadaki eritema nodosum görüldü. Sistem sorgulamasında ek şikayet yoktu. Laboratuvar tetkikleri incelendiğinde CRP:30mg/L, Sedim:38 mm olması dışında özellik saptanmadı. Dermatoloji tarafından lokal tedavi verilen ve fakat düzelme olmaması üzerine ileri tetkikleri planlanan hastanın romatolojik testleri ve meme paget hastalığı açısından görüntülemeleri ile cilt biyopsisi planlandı. Biyopsi sonucu nonspesifik kronik inflamasyon ve kronik dermatit olarak raporlandı. Eşlik edebilecek malignite açısından endoskopi ve kolonoskopi yapıldı, normal olarak saptandı; toraks ve tüm abdomen tomografi çekildi. Akciğerde 8mm'lik nodül saptandı. Hasta göğüs hastalıklarına konsülte edildi; PET-BT önerildi sonucunda sol akciğer alt zonda buzlu cam görünümlü nodüller dansite artışı ve mediastende sağ üst-alt paratrakeal alanda en büyüğü 2,5cm çaplı malignite şüpheli yoğun hipermetabolik LAP'lar saptandı. Bronkoskopi yapıldı; granümatöz inflamasyon olarak raporlandı beraberinde bakılan serum ACE değeri yüksek izlendi. Göğüs hastalıkları tarafından sarkoidoz tanısı konularak; steroid tedavisi başlandı. Takiplerinde lezyonları geriledi ve steroid dozu azaltılarak kesildi; göğüs hastalıkları poliklinik takibine alındı.

Sonuç: Sarkoidoz tanısı klinik, radyolojik ve histopatolojik bulgular ve diğer granümatöz hastalıkların tanısının dışlanması ile konulmaktadır. Serum ACE yüksekliği klinik aktif hastalığı bulunan olguların %40-90'ında saptanmaktadır; deri lezyonları ile de başvuru olmaktadır. Deri bulguları ile başvuran hastada; dahiliye pratiğinde sarkoidoz tanısının her zaman akılda tutulması; göğüs hastalıkları ile tedavisi ve takibi planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, Deri bulguları, Lenfadenopati

Kardiyoloji

PS-26

Abstract: 0141

AKUT KORONER SENDROM İLE BAŞVURAN HASTALARDA NÖTROFİL/LENFOSİT VE NÖTROFİL/HDL ORANININ UZUN DÖNEM TAKİPTE KARDİYAK MORTALİTE İLE İLİŞKİSİ

Servet İzci

Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Akut koroner sendrom (AKS) hastalarını daha etkin tedavi etmek için mortalitenin öngörülmesi klinik açıdan önemli bir yere sahiptir. AKS'li hastalarda mortalite ile ilişkili olan birçok parametre kullanılmaktadır. Hematolojik parametrelerin non-invaziv olması ve maliyet-etkinlik açısından uygun olması nedeniyle literatürde birçok çalışmada kullanılmıştır. Bu çalışmadaki amacımız AKS hastalarında, nötrofil/lenfosit ve nötrofil/HDL oranının uzun dönem takipte mortalite ile ilişkisini araştırmaktır.

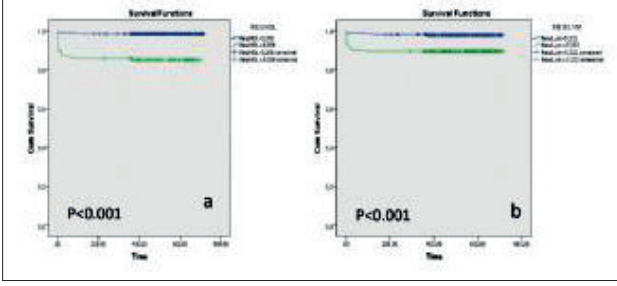
Yöntem: 2019-2021 yılları arasında acil servisimize AKS tanısı ile başvuran hastalar retrospektif olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Daha önceden bilinen koroner arter hastalığı öyküsü, statin kullanımı, aktif enfeksiyon odağı olanlar, malignitesi olanlar ve kardiyak dışı nedenlerle ölen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 554 hastanın yaş ortalaması 61.96 ± 0.6 yıl olup bunların 128'i (%23.1) kadındı. Hastaların 246'sı (%44.4) inferior myokard infarktüsü (MI), 203'ü (%36.6) anterior MI, 15'i (%2.7) lateral MI, 9'u (%1.6) posterior MI ve 81'ine (%14.6) ST yükselmesi MI tanısı koyulmuştu. Hastaların ortalama takip süresi 454 ± 127 gündü. Takipte 31 (%5.5) hastada kardiyak nedenlere bağlı ölüm saptandı. ROC curve analizinde, nötrofil/HDL oranının 0,269'un üzerinde olması kardiyak mortaliteyi %74.2 duyarlılık ve %74.2 özgüllük ile gösterdi (AUC) 0.830 (P < 0.001, %95 güven aralığı [CI]: 0.753 ile 0.908). Bunun yanında, nötrofil/lenfosit oranının 5.322'nin üzerinde olması %67.7 duyarlılık ve %67.1 özgüllük ile kardiyak mortaliteyi öngördü (AUC 0.688 (P < 0.001, %95 [CI]: 0.586 ile 0.790).

Sonuç: Nötrofil/HDL oranı ve nötrofil/lenfosit oranı akut koroner sendrom hastalarında uzun dönem takipte kardiyak mortalite ile ilişkili saptandı. Bu kolay ulaşılabilir ve ucuz kan parametreleri, akut koroner sendrom hastalarında kardiyak mortalitenin ön görürücüsü olarak kullanılabilir.

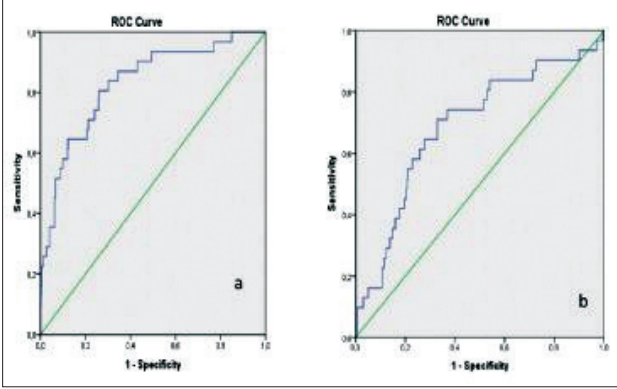
Anahtar Kelimeler: Akut koroner sendrom, Nötrofil/HDL oranı, Nötrofil/lenfosit oranı

Kaplan Meier Survival Analizi



Şekil 1. a: nötrofil/HDL oranı b: nötrofil/lenfosit oranı

ROC Curve analizi



Şekil 2. a: nötrofil/HDL oranı b: nötrofil/lenfosit oranı

Tablo 1. Hastaların Nötrofil/HDL ve Nötrofil/Lenfosit Oranına Göre Karakteristik Özellikleri						
Değişkenler	Nötrofil/ HDL <0,269	Nötrofil/HDL >=0,269	P değeri	Nötrofil/ Lenfosit <5,322	Nötrofil/ Lenfosit >=5,322	P değeri
Yaş (yıl)	61.26±11.77	60.24±12.02	0.35	59.12±11.59	63.75±11.70	0.01*
Siğara n,%	204(%52.3)	84(%51.2)	0.81	177(%52.9)	111(%50.4)	0.55
Erkek n,%	297(%76.1)	129(%78.6)	0.52	258(%77.2)	168(%76.3)	0.81
HT n,%	271(%69.4)	114(%69.5)	0.99	239(%71.5)	146(%66.3)	0.19
DM n,%	173(%44.3)	88(%53.6)	0.04*	162(%48.5)	99(%45)	0.41
AF n,%	14(%3)	5(%3)	0.74	11(%3)	8(%3)	0.82
Tanı			0.77			0.17
Anterior MI n,%	141(%36.2)	62(%37.8)		121(%36.2)	82(%37.3)	
Inferior MI n,%	174(%44.6)	72(%43.9)		141(%42.2)	105(%47.7)	
Lateral MI n,%	12(%3.1)	3(%1.8)		11(%3.3)	4(%1.8)	
Posterior MI n,%	5(%1.3)	4(%2.4)		4(%1.2)	5(%2.3)	
Non-STEMI n,%	58(%14.9)	23(%14)		57(%17.1)	24(%10.9)	

Kısaltmalar: HT: hipertansiyon; DM: diyabetes mellitus; AF: atrial fibrilasyon; MI: myokard infarktüsü

Hematoloji

PS-27

Abstract: 0145

MYELODİPLASTİK SENDROM VE GENETİK YATKINLIK

Bahar Arıcan Tarım, Tuba Olcay Vardal

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Vaka: 82 yaşında erkek hasta, acile titreme, ateş, kilo kaybı şikayetiyle başvurdu. Hipertansiyon haricinde bilinen sistemik hastalığı olmayan hastanın şikayetleri son 20 içinde ortaya çıkmıştı ve bu süre içerisinde 10 kg kilo kaybı olmuştu. Gelişinde hastanın ateşi 38.6° olması haricinde vitalleri normaldi. Genel durumu orta, bilinci açık, koopere ve oryanteydi. Solunum sesleri doğaldı, ral, ronküs, wheezing yoktu. Kardiyak muayenesi ve batın muayenesinde özellik yoktu, splenomegali ve lenfadenopati saptanmadı. Nörolojik muayenesi doğaldı. Akciğer grafisinde sağda hafif pleval efüzyonu mevcuttu. Hasta ileri tetkik için servise interne edildi. Tetkiklerinde WBC:7,8 103/μL, HGB:10.1g/dL, HTC:%33, MCV:101fL, PLT:24 103/μL, ferritin:1186ml/ng, sedimentasyon:32mm/saat, CRP:2.1mg/L idi. Biyokimyasında özellik yoktu. Kan ve idrar kültürleri alındı. Dış merkezde yapılan gastroskopisinde eritematöz pangastrit saptanmıştı, kolonoskopisinde özellik yoktu. Hastanın boyun, toraks ve batın BT'leri çekildi. Tümör markerları, Brucella ve Elisa testleri istendi. Patoloji saptanmadı. Yatışı esnasında hastanın ateşi aralıklı olarak, üşüme, titreme nöbetleriyle seyretti. Periferik yaymasında trombosit sayısı yaklaşık 30 103/μL civarındaydı. Lökositlerde myeloid seride hipersegmentasyon görüldü. Atipik hücre yoktu. Eritrositlerde anizisitoz, makrositöz ve polikromazi görüldü. Hematolojinin önerisiyle hastaya myelodisplastik sendrom (MDS) ön tanısıyla kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi yapıldı. Kemik iliği aspirasyonu materyali; %12 oranında monositik? myeloid? orijinli olabileceği düşünülen atipik hücrelerin görüldüğü ve megakaryosit sayısının arttığı yönündeydi. Yatışı esnasında hastanın trombosit ve hemogloblin değerleri progresif olarak düşmeye başladı. Eritrosit ve trombosit süpsansiyonu verildi. Genel durumu kötüleşen hastada yatışının 7. gününde gelişen solunum sıkıntısının peşine kardiyak arrest gelişti. Yapılan müdahalelere yanıt vermedi. Ölümünün ardından sonuçlanan patoloji raporu akut monoblastik ve monositik lösemi (AML-M5) destekliyordu. Olguda ayrıca dismorfik değişiklikler de izlenmiş olup AML'nin MDS zemininde gelişmiş olabileceği belirtiliyordu. Vakada ilginç olarak, daha önce erkek kardeşlerinden birinin 80 yaşında benzer şikayetlerle başvurduğu, MDS zeminde gelişen AML tanısı konularak 6. ayda ölümle sonlandığı, diğer erkek kardeşinin ise yine aynı şikayetlerle 81 yaşında başvurarak MDS tanısı aldığı ve tanı konduktan sonra 9. ayda hayatını kaybettiği öğrenildi. Myelodisplastik sendrom, insan hayatının uzaması nedeni ile ileri yaşlarda sık görülür olmuştur. Bu sunumda ilginç olan, 3 erkek kardeşte de sıra ile hemen hemen aynı yaşlarda myelodisplastik sendrom gelişmesi ve kısa sürede ölümle sonlanmasıdır. Bu durum muhtemelen bir genin tabloya sebep olduğunu düşündürmektedir. İşin ilginç yanı; her üç kardeşin geçmişinde, araştırmalarla sebebi bulunamayan titreme ile yükselen ve 38-39° dereceyi bulan düzensiz ateş periyodlarının bulunmasıdır. Diğer birçok hastalıkta olduğu gibi, burada da genetik faktörlere yönelik araştırmalar yapılmalı ve izah edilemeyen düzensiz ateş periyodlarında agresif karakterli myelodisplastik sendrom ve lösemiler akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: genetik. lösemi, myelodisplastik sendrom

HİPERPİGMENTASYON İLE PREZENTE OLAN BİR DERMATOMİYOZİT VAKASI

Okan Çetin¹, Yağmur Göksoy¹, Mustafa Altınkaynak¹, Nevzat Koca², Timur Selçuk Akpınar¹, Bülent Saka¹, Murat İnanç², Sebile Nilgün Erten¹

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: İnflamatuar miyozitler temel olarak kas inflamasyonu ile karakterize, bunun yanında cilt, akciğer, kalp, gastrointestinal sistem gibi ekstramusküler tutulum yapabilen heterojen bir grup hastalıktır. İnflamatuar miyozitler; yeni miyozit spesifik otoantikörler, histopatolojik gelişmeler, sınıflandırma kriterlerinin ışığında alt gruplara ayrılmıştır. Vakanın amacı hiperpigmentasyon ve ülsere yaralar ile başvuran hastada, nadir bir antikor olan anti-small ubiquitin-like modifier-1 activating enzyme (Anti SAE-1) ilişkili dermatomyozit hastalığını ayırıcı tanıda düşünebilmek.

Olgu: 45 yaşında kadın hasta, son 1 yıldır deri renginde koyulaşma, deride kızamık alanlar ve ülsere yaralar, kaşıntı, halsizlik, yaygın vücut ağrısı ve son 1 yılda 10 kilo kaybı şikayetleriyle servismize yatırıldı. Öncesinde olmayan yutma güçlüğü ve kas güçsüzlüğü yatışı esnasında gelişti. Fizik muayenesinde; göz kapaklarında ödem ve heliotrop raş; göğüs, omuz ve sırt bölgesinde eritem (şal belirtisi), aksilla, meme altı, avuç içleri ve pubik bölgede ülsere lezyonlar ve hipopigmente skar alanları saptandı. Periungual bölgede deride kalınlaşma ve çatlama görüldü. Tüm ekstremitelerde proksimal kas gücü 3-4/5 olarak saptandı. Artrit, hareket kısıtlılığı, eklem deformitesi saptanmadı. Hemogram ve rutin biyokimya testlerinde bir özellik görülmedi. Bazal kortizol değeri yeterliydi. Kreatinin kinaz, C-reaktif protein, eritrosit sedimentasyon hızı normal aralıktaydı. Romatolojik belirteçlerinden ANA 1/320, benekli pozitif saptandı. Klinik bulgularla beraber değerlendirilerek istenen miyozit panelinde anti-small ubiquitin-like modifier-1 activating enzyme (Anti SAE-1) antikor pozitifliği saptandı. Dermatomyozit ön tanısı ile yapılan uyuk manyetik rezonans görüntülemesinde uyuk kaslarında STIR sekansta sinyal artışları; EMG'de yaygın miyojen tutulum saptandı. Deltoid kas biyopsisi miyozitle uyumlu olarak sonuçlandı. Toraks BT'de interstisyel akciğer hastalığı bulguları saptanmadı. Eşlik edebilecek maligniteler açısından yapılan PET-CT, mamografi, kadın doğum muayenesi ve endoskopik incelemelerinde malignite bulgusu saptanmadı. SAE-1 antikor ilişkili dermatomyozit tanısıyla bir kez metilprednizolon 500mg pulse ve devamında metilprednizolon 16 mg/gün, metotreksat 15 mg/hafta ve hidroklorokin 200 mg 2*1 tedavisi başlandı, hastanın laboratuvar ve klinik bulgularında iyileşme saptandı. Romatoloji poliklinik kontrolü planlanarak ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.

Sonuç ve Tartışma: Bildirdiğimiz vaka yaygın hiperpigmentasyon, ciltte ülsere yaralar ile başvuran ve takip esnasında kas güçsüzlüğü ve yutma güçlüğü bir dermatomyozit vakasıydı. Miyozit panelinde tabloya spesifik bir antikor saptanması üzerine tanı koyulmuş ve tedavisi başlanmıştır. Dermatomyozit hastalarında 2007 yılında ilk kez raporlanan SAE-1 antikorunun prevalansı Avrupa'daki vakalarda %5-8, Asya'da <%2'dir. SAE-1 antikor ilişkili dermatomyozitin seyrinde cilt bulguları, kas bulgularından daha önce görülmektedir ve dermatomyozitin klasik cilt bulgularına ek olarak yaygın eritemli alanlar ve ülsere eşlik etmektedir. Disfaji şikayetine daha sık rastlanmaktadır. SAE-1 ilişkili derma-

tomiyozit hastalarına sadece cilt bulguları ile tanı koyulabileceğinden dolayı kas bulguları ve malignite açısından yakın takipleri yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anti-SAE1, Dermatomyozit



Şekil 1. Şal belirtisi



Şekil 2. Ülsere lezyonlar

**AKUT FULMİNAN FUNGAL RİNOSİNÜZİT OLGUSU:
MUKORMİKOZ**

Hilal Konyaoğlu, Ceren Yazkaç, Alper Akın, Alpay Medetalibeyoğlu
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

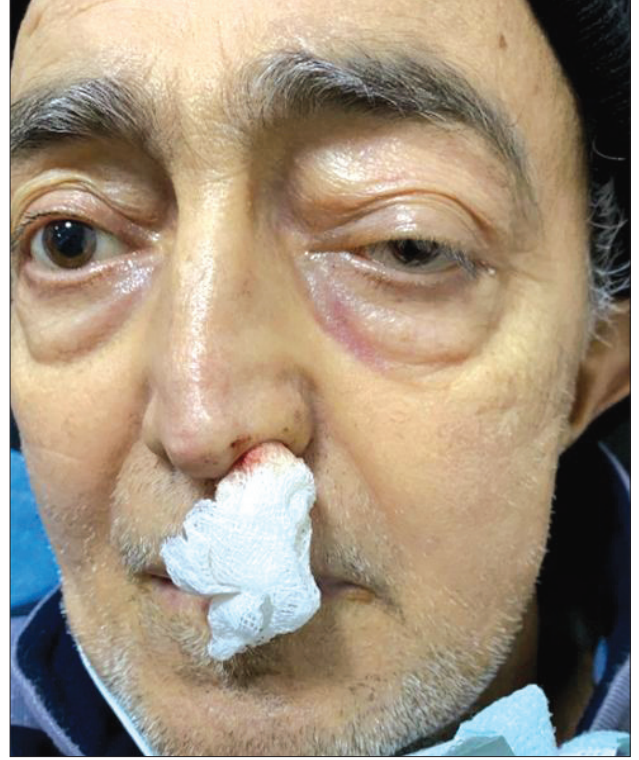
İnvazif akut fungal rinosinüzitler, genellikle Mucorales ailesinden küf mantarları(Mucor, Rhizopus, Absidia spp.) bağlı ortaya çıkan (Mukormikoz) nadir ancak mortalitesi yüksek infeksiyonlardır. Çoğunlukla immünkompromize hastalarda görülen Mukormikoz en sık rinoserebral tutulumla seyretmekle beraber pulmoner, deri, gastrointestinal sistem, merkezi sinir sistemi tutulumlarıyla ve daha nadir olmak üzere disemine infeksiyon olarak da prezente olabilmektedir. Kontrolsüz diyabet, hematolojik maligniteler, solid organ tranplantasyonları, ciddi nötropeni, uzamış glukokortikoid kullanımı, kronik böbrek yetmezliği, HIV risk faktörleri arasındadır. Diyabetik hastalarda en sık rinoserebral form; hematolojik malignitesi olan ya da kemik iliği nakli yapılmış hastalarda rinoserebral ve pulmoner form daha sık görülmekteyken disemine form immünitesi daha ileri derecede baskılananlarda karşımıza çıkmaktadır.

İnhalasyon yoluyla alınan mantarların neden olduğu infeksiyon sıklıkla paranasal sinüslerden başlayarak, yüz, göz ve buruna doğru yayılır. Hastalar genellikle yüz ağrısı, yüzde ödem, baş ağrısı, ateş gibi şikayetlerle başvururlar; burun akıntısı şikayetlere eşlik edebilir. İnfeksiyonun yayılmasıyla dokularda nekroz nedeniyle siyah renk değişimi de klinik tabloya eklenir.

Mukormikoz hızlı yayılan agresif bir infeksiyon olduğundan tanısı hızla konulmalı ve acilen tedaviye geçilmelidir. Tanıda klinik şüphe çok önemlidir, risk faktörleri olan hastalarda fizik muayene bulguları ve radyolojik görüntülemeyle tanı akla getirilmelidir. Altta yatan hastalığın kontrolü, erken antifungal tedavi ve erken cerrahi debridman tedavinin temelini oluşturmaktadır. Antifungal tedavide ilk tercih lipozomal Amfoterisin B olmakla birlikte, Posakonazol ve İsavukonazol'de tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Mutlaka erken antifungal tedavi yanı sıra acil cerrahi debridman da eklenmelidir. Erken tanı ve tedaviyle iyileşme şansı olmakla birlikte tüm bunlara rağmen hastalar yine de kaybedilebilmektedir. Bu sebeple Mukormikoz tanısı risk faktörü olan hastalarda her zaman hatırlanması gereken akla geldiğinde tedavide dinamik davranılması gereken bir tabludur.

Olgumuzda bilinen tip 2 diyabet, kronik böbrek yetmezliği, ülseratif kolit ve multipl myelom(1 yıl önce nüks) tanılı 58 yaşında erkek hasta yüzde şişlik ve ağrı, burun akıntısı şikayetleriyle İTF Acil Dahiliye'ye başvurdu. Hastaya yapılan fizik muayene, laboratuvar testleri ve radyolojik görüntüleme bulgularıyla risk faktörleri de göz önüne alındığında Mukormikoz tanısıyla antifungal tedavisi başlandı ve acil operasyon planlandı. Erken klinik şüphyle tedavisi erken başlanan hasta tüm çabalara rağmen kaybedildi. Bu olgu sunumumuzla mortalitesi son derece yüksek olan ve acil müdahale gerektiren Mukormikoz olgularına dikkat çekmeyi ve risk faktörleri olan hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesini amaçladık.

Anahtar Kelimeler: akut fulminan fungal sinüzit, mukormikoz



Şekil 1. İnspeksiyonda sol gözde şişlik ve ptozis görülmekte



Şekil 2. Nazal endoskopik muayenede nekrotik alanlar görülmekte

Genel Dahiliye

PS-31

Abstract: 0155

HEMOfAGOSİTİK LENFOHİSTİYOSİTOZ TABLOSU İLE PREZENTE OLAN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ OLGUSU

Ebru Teberik Kama, Mustafa Altınkaynak, Timur Selçuk Akpınar, Bülent Saka, Sebile Nilgün Erten

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

Giriş: Hemofagositik lenfohistiyoz (HLH) aşırı immün aktivasyonun olduğu, agresif seyirli ve yaşamı tehdit eden bir tablodur. HLH’da yaygın bulgular; ateş, hepatosplenomegali, döküntü, lenfadenopati, sitopeni, yüksek serum ferritin düzeyi ve karaciğer enzim yüksekliğidir. HLH genetik veya edinsel nedenlere bağlı olabilir. Edinsel nedenler enfeksiyonlar, hematolojik maligniteler ve romatolojik hastalıklardır. Kırım Kongo kanamalı ateşi (KKKA) nairovirüsün neden olduğu Hyalomma cinsi kenelerle veya enfekte hastalardan kan yolu ile bulaşan Türkiye’de endemik bir hastalıktır. Kanamaya yatkınlık ve çoklu organ hasarı ile giden bu hastalık HLH tablosu ile de karşımıza çıkabilir.

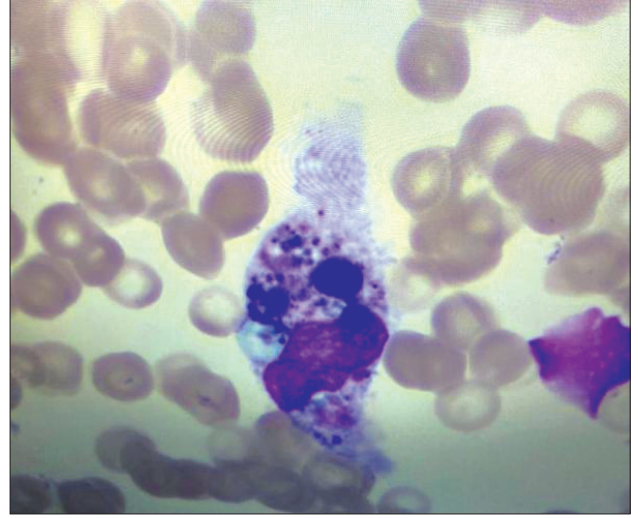
Amaç: HLH kliniği ile başvuran kırım kongo kanamalı ateşi (KKKA) olan bir hastanın tartışılması hedeflenmiştir.

Bulgular: Elli üç yaşında kadın hasta, memleketi ve yaşadığı yer Kastamonu, çiftçilik yapıyor. Hasta karın ağrısı, üşüme, titreme şikayeti ile başvurdu. Ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, artrit-artralji öyküsü, döküntü, kanamaya yatkınlık ve kene ısırma öyküsü yoktu. Yapılan tetkiklerde; lökosit $1.6 \cdot 10^3/\mu\text{l}$, lenfosit $0.4 \cdot 10^3/\mu\text{l}$, nötrofil $0.9 \cdot 10^3/\mu\text{l}$, trombosit $25 \cdot 10^3/\mu\text{l}$, hemoglobin 13.2 g/dL , LDH 1640 U/L , ferritin 40546 ng/mL , hsCRP 13 mg/L , AST 1445 U/L , ALT 629 U/L , ALP 220 U/L , GGT 224 U/L , fibrinojen 187 mg/dl , INR 1.05 , APTT 49s , ddimer $1190 \mu\text{g/L}$, direkt coombs negatif idi. Periferik yaymasında blast, şistosit, sferosit saptanmadı, trombosit sayısı hemogram ile uyumlu. Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografi (BT)’de; boyunda ve mediastende en büyüğü sağ submandibular bölgede olmak üzere çok sayıda ovosferik lenf nodları saptandı. Kontrastlı batin BT’de karaciğer 85 mm , dalak 133 mm saptandı. Batin BT anjiyografi’de vasküler yapıların açık olduğu görüldü. Trombositopenik olduğu için bakılan ADAMTS’13 düzeyi $>0,94 \text{ IU/ml}$ ($0,40-1,30$) olarak saptandı. EBVDNA, CMV DNA, HSV1-2 DNA, parvovirüsB19 DNA, toksoplazmaIgG-IgM, brucella coombsluwright, antiHbs, antiHCV, antiHIV negatifti. RF $6,4 \text{ IU/mL}$, C3c $92,6 \text{ mg/dL}$, C4 $12,2 \text{ mg/dL}$ olarak normal aralıkta saptandı. ANA ve ENA profili negatifti. Kemik iliği aspirasyon yaymasında eritrosit ve trombosit fagosite etmiş makrofaj(hemofagositoz) görüldü. PET-BT’de patolojik FDG tutulumu saptanmadı. Kastamonu bölgesi KKKA açısından riskli olduğu için gönderilen kan örneğinde KKKA PCR ve IgM antikoru pozitif. Hasta damlacık ve temas izolasyonuna alındı. Ribavirin 2500 mg yükleme dozunu takiben, 4 gün boyunca 30 mg/kg/gün , sonrasında 6 gün boyunca $7,5 \text{ mg/kg/gün}$ verildi. Tedavi ile beraber HLH tablosu geriledi.

Sonuç: Edinsel HLH etyolojisinde enfeksiyonlar, hematolojik maligniteler ve romatolojik hastalıklar vardır. Enfeksiyöz etkenler araştırılırken Türkiye’de endemik olan KKKA da göz önünde bulundurulmalıdır. Olgumuzda bisitopeni, lenfadenopati, ferritin ve karaciğer enzim yüksekliği, kemik iliğinde hemofagositoz saptanmıştır. Olgumuzun farklı özelliği ise kırım kongo kanamalı ateşinde tipik olan ateş, döküntü, kanama bulgularının eşlik etmemiş olmasıdır.

Anahtar Kelimeler: hemofagositik lenfohistiyoz, kırım kongo kanamalı ateşi

Hemofagositik lenfohistiyoz



Şekil 1. kemik iliği aspirasyon yaymasında eritrosit ve trombosit fagosite etmiş makrofaj

Genel Dahiliye

PS-32

Abstract: 0156

NADİR BİR VAKA; OLASI KRONİK İNTESTİNAL PSÖDOOBSTRÜKSİYON VE SUPERİOR MEZENTERİK ARTER SENDROMU BİRLİKTELİĞİ

Melodi Gizem Can, Subhane Alasgarlı, Mustafa Altınkaynak, Yağmur Göksoy, Bilger Çavuş, Metin Keskin, Timur Selçuk Akpınar, Bülent Saka, Nilgün Erten

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

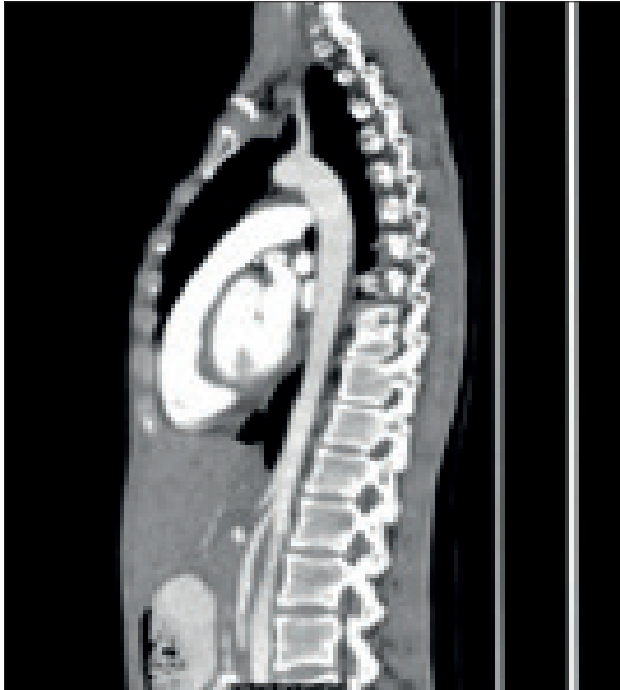
Giriş-Amaç: Kronik intestinal psödoobstrüksiyon(CIPO), mekanik bir nedenin tanımlanamadığı, ağrı ve abdominal distansiyonun görüldüğü, çoğunlukla idiyopatik olan, nöromuskuler fonksiyon kaybıyla karakterize bir intestinal motilite bozukluğudur. Duodenumun üçüncü kısmının aorta ve superior mezenterik arter (SMA) arasında sıkışması sonucunda görülen klinik tabloya ise SMA sendromu (Wilkie sendromu) denilmektedir. CIPO klinik bulguları olan ve hızlı kilo kaybına bağlı SMA sendromu geliştiği düşünülen bir vakamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Yirmi bir yaşında kadın hasta, kliniğimize son 6-7 yıldır olan ve git gide artan erken doyma, yemeklerden sonra karın ağrısı, bulantı, şişkinlik, kabızlık ve son 1 yılda 10 kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. (Kilo: 34 kg)Laboratuvar tetkiklerinde hemogram ve rutin biyokimyası normaldi. Bazal kortizolü yeterliydi. Viral serolojisi negatifti. Bulantısı ve kusması semptomatik tedavilere dirençliydi. Gastroskopisinde özofagus distalinde 5 mm ’den uzun erozyonlar mevcuttu. Kolonoskopisinde terminal ileumda bir adet ülser lezyon dışında bir özellik saptanmadı. Pankreatik elastaz 380 (normal), çölyak antikorları negatif saptandı. Manometrik incelemesinde midede anlamlı motilite kusuru saptanmadı. Mide boşalma sintigrafisi, gastroparezi ile uyumlu, mide boşalma zamanı uzamış olarak saptandı. Malignite ekartasyonu açısından çekilen kontrastlı Boyun ve Toraks BT’de patoloji görülmedi. Kontrastlı Batin BT’sinde, duodenum 3.kutası ve aorta ve SMA arasında belirgin kalibrasyon kaybına uğramaktaydı mide ile proksimal duodenal anslar bu seviyenin proksimalinde dilate görünümdeydi, aort ile SMA arasındaki açığı azalmıştı. Ek olarak kolonik anslarda ve mesanede belirgin dilatasyon görüldü. Ka-

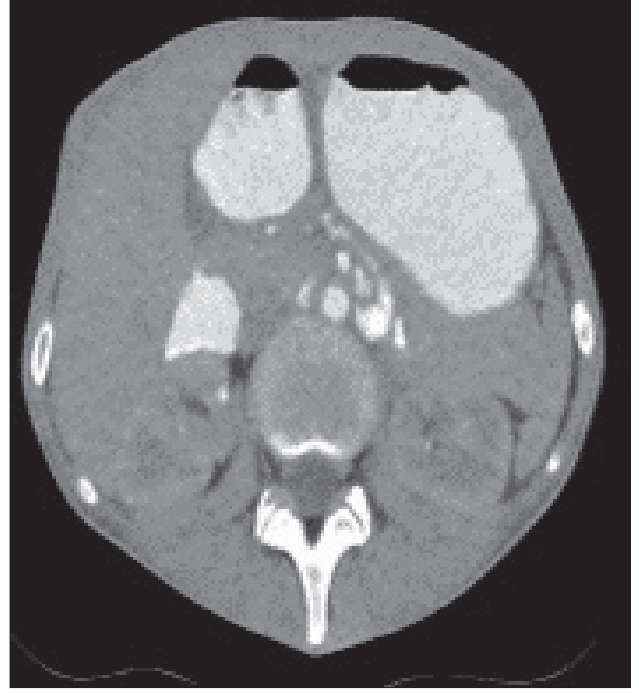
lin barsaktan, duodenumdan alınan yüzeysel biyopsilerde patoloji saptanmadı. Mevcut klinik ve görüntüleme bulgularıyla CİPO ön tanısı olan hastada eşlik eden SMA sendromu düşünüldü. Parenteral nutrisyon, domperidon, makrogol tedavileri verildi. Oral alımı veya NG feeding tüp ile enteral nutrisyonu tolere edemeyen hastaya SMA sendromuna yönelik duodenojejunostomi operasyonu yapıldı ve CİPO tanısına yönelik ince barsak tam kat biyopsisi alındı. İnce barsak tam kat biyopsi sonucunda mukoza ve submukozada izole ganglion hücreleri görüldü. Myenterik plexus hücreleri çok sınırlı olarak saptandı ve az sayıda ganglion hücresi görüldü. Ayrıca tanıya intestinal nöronal displazi alındı. Kesin tanı için tam kat kolon biyopsisi önerildi. Operasyon sonrasında hastanın şişkinlik ve kusma başta olmak üzere şikayetleri geriledi. Jejunostomiden enteral yolla beslenen hastanın oral alımı da takiplerde arttı, 1 ay içinde beş kilo aldı. İleri tetkik ve takipleri Klinik Nutrisyon ve Gastroenteroloji polikliniğinden devam etmek üzere taburcu edildi.

Sonuç ve Tartışma: CİPO tanısında klinik değerlendirme, görüntüleme, manometrik ve endoskopik incelemeler yapılmalıdır. Mekanik bir obstrüksiyon olmadığı gösterilmelidir. İdiyopatik veya sekonder olarak görülebilir. Tanı için tam kat biyopsi gerekmektedir. Tedavide amaç gastrointestinal motiliteyi arttırmak ve hastanın yeterli beslenmesini sağlayabilmektir. Bu sebeple prokinetik ajanlar ve parenteral nutrisyon uygulanabilir. Mikrobiyotayı olumsuz etkileyeceğinden kontrolsüz antibiyoterapiden kaçınılmalıdır. SMA sendromunun tedavisi ise cerrahi dekompresyondur. CİPO tanılı hastaların klinik nutrisyon ve gastroenteroloji polikliniklerinden takibi gerekmektedir ve bu hastalarda prognozu olumsuz etkileyeceğinden gereksiz cerrahiden kaçınılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kronik İntestinal Psödoobstrüksiyon, Superior Mezenterik Arter Sendromu



Şekil 1. BT



Şekil 2. SMA Sendromu Batın BT

Romatoloji

PS-33

Abstract: 0158

MASİF PLEVRAL EFFUZYON İLE KOMPLİKE BEHÇET SENDROMU OLGUSU

Tevhide Betül İçli Canöz¹, Ayşe Özdede², Betül Saraç¹, Serdal Uğurlu²

¹İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, İstanbul

²Romatoloji Bilim Dalı, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, İstanbul

Amaç: Behçet sendromu etiolojisi belli olmayan, inflamatuvar özellikler gösteren, multisistem kompleks bir hastalıktır. Ataklar ve remisyonlar halinde seyreder, zamanla sıklığı ve şiddeti azalır. Vasküler tutulum önemli morbidite ve mortalite sebeplerindedir. Arteriyel sistemde sıklıkla anevrizma, venöz sistemde tromboz şeklinde seyreder. Superior vena kava (SVC) trombozu nadir görülen, diğer damar tutulumlarına göre daha selim seyirli, daha az nükseden bir tutulumdur. Plevral effuzyon Behçet sendromunda SVC trombozuna veya pulmoner arter tutulumuna sekonder görülebilir. Şilotoraks şeklinde bildirilen vakalar mevcuttur. Masif plevral effuzyon nadiren bildirilmiştir.

Bulgular: 23 yaşında erkek, nefes darlığı, öksürük, ateş, yüzde ve boyunda şişlikle başvurdu. Anamnezinde bir yıl önce tekrarlayan oral aftlar, genital ülser, papülopüstüler döküntüler, eritema nodosum ve HLA-B51 pozitifliğiyle Behçet sendromu tanısı aldığı, azatioprin ve steroidi düzenli kullanmadığı öğrenildi. Tetkiklerinde bir yıldır sebat eden akut faz yüksekliği saptandı. (crp 100-150mg/L aralığında, sedimentasyon 39 mm/saat) Toraks ve batın bt anjiyografide SVC'nın, bilateral subklavian ve brakiosefalik venlerin tromboze olduğu görüldü. Bilateral hemitoraksta en kalın yerinde 56mm plevral effuzyon, azygos venlerde dilatasyon, venöz kollateraller saptandı.(Resim1) Plevral örneklemelerin eksuda vasfında, kültürün negatif, adenozin deaminaz (ADA) düzeyinin düşük, tüberküloz prcn negatif olduğu görüldü. 3 gün 1gr metilprednizolon tedavisyle crp 1,8mg/L, sedim 4mm/saate

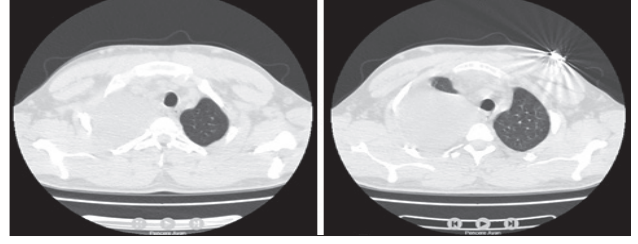
geriledi. Azatioprin, kolşisin, prednizolon, infliksimab, furosemid- le tedaviye devam edildi. Plazma quantiferon testi pozitif gelen hastaya izoniazid profilaksisi başlandı. İnfliksimab 4.Doزدan sonra çekilen akciğer grafisinde effuzyon solda tam regrese, sağ- da minimal regrese izlendi. Takipleri bırakan hasta altı ay sonra eforla nefes darlığı, sağ taraflı göğüste batma hissiyle başvurdu. Sorgusunda ilaçlarını bıraktığı öğrenildi. Akciğer grafisinde sağ mediastende orta zon seviyesinde effuzyon saptandı. 3 gün 1gr metilprednizolon tedavisi ardından prednizolon, azatioprin, kol- şisin ve infliksimab yeniden başlandı. İlk doz infliksimab tedavisi ertesinde artan nefes darlığıyla acile başvuran hastaya çekilen ak- ciğer tomografisinde sağ hemitoraksı bütünüyle kaplayan masif effuzyon görüldü.(Resim2) Tüp torakostomiyle kademeli olarak 8L sıvı bosaltıldı, eksuda vafında saptandı. Trigliserid 14mg/dl ölçüldü. Enfektif veya malign etioloji saptanmadı. Toraks ve batin BT anjiyografide sol brakiosefalik ve juguler venler açık, sağ bra- kiosefalik,subklavian venler oklude, SVC çok ince kalibrasyonlu, sol renal ven tromboze izlendi. Hastada infliksimab yanıtının de- ğerlendirilmesi planlandı.

Sonuç: Behçet sendromunda masif plevral effuzyon nadiren görülür. Vakada SVC trombozuna bağlı olduğu düşünülmüş- tür. Venöz tutulumdaki patoloji inflame damar duvarına sıkıca tutunmuş ve lümende oklüzyona neden olabilen trombüs ol- dugundan tedavisi immunsupresif ajanlardır. İmmunsupresif sonrası görüntülemelerde sol taraflı venöz sistemlerde yeniden akım sağlanmış olması, sol hemitoraksta effuzyonun tekrarlamama- sını ve literatürde şilöz asit de bildirilmesine rağmen vakada trigliserid düzeyinin düşük, torasik kanalın muhtemel açık olma- sını açıklayabilir. Yeterli tedavi altında dirençli seyredip seyret- meyeceği izlenecektir.

Anahtar Kelimeler: behçet, plevral effuzyon, superior vena cava trombozu



Şekil 1. Karın ön duvarında gözle görülebilen kollateraller



Şekil 2. Sağ hemitoraksta masif plevral effuzyon

Gastroenteroloji

PS-34

Abstract: 0159

BİTKİSEL İLAÇLARA BAĞLI GELİŞEN AKUT TOKSİK HEPATİT

Alpay Medetalibeyoğlu¹, Şebnem Bektaş², Abdullah Emre Aşkın², Semra Cemre Atalar¹

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

²Istanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Giriş: Bitkisel ilaçlar, dünya çapında yaygın olarak kullanılmakta- dır. Bu ürünlerin pazarlanması ve üretimindeki düzenlemelerin yetersizliğinden dolayı güvenlik ve etkinlikleri konusunda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Ayrıca bitkisel ürün kullanıcıları, bu ürünlerin doğal ve zararsız olduğunu varsayarak bitkisel ürün kullandıklarını sağlık hizmeti sağlayıcılarına genellikle bildirmemektedir. Bu du- rumun yanı sıra bitkisel ürün kullanımı belirli yüksek risk altındaki gruplarda (>60 yaş, çoklu kronik hastalığı olanlar, >3 ilaç kullanan- lar vs.) daha siktir. Bitkisel ürünlerin sağlık üzerine zararlı etkilerinin bildirimi, özellikle hepatotoksisite olmak üzere, giderek artmaktadır.

Vaka: 31 yaşındaki erkek hasta, 5 günlük karın ağrısı ile tarafımıza başvurdu. Bulantı, kusma, diyare gibi eşlik eden semptomları ol- mayan hastanın daha önce benzer bir şikayeti olmamıştı. 15 paket/ yıl sigara öyküsü vardı. Alkol ve madde alışkanlığı, bilinen herhangi bir kronik hastalığı, kan transfüzyonu ve seyahat öyküsü yoktu. Başvuru anında hemodinamik olarak stabil olan ve ateşi olmayan hastanın skleraları ikterikti; kronik karaciğer hastalığına delalet ede- cek bulgusu yoktu. Renkli Doppler ultrasonda karaciğer normal bo- yutlarda fakat diffüz hiperekoikti, bilier obstrüksiyon veya karaciğer sirozu bulguları yoktu. Anamnez derinleştirildiğinde, başvurudan 7 gün önce, infertilite problemi için kendisine bir fitoterapist tarafın- dan reçete edilen bitkisel ilaç kombinasyonunu kullanmaya başla- dığı öğrenildi (Tablo-1). Laboratuvar incelemeleri: total bilirubin: 7.34 mg/dL, direkt bilirubin: 6.48 mg/dL, AST: 1241.3 U/L, ALT: 1515.6 U/L, GGT: 191 U/L, ALP: 188 U/L, INR: 1.26, viral seroloji (HAV, HBV, HCV, EBV, CMV): negatif, otoimmün belirteçler: ne- gatif. Diğer muhtemel sebepler dışlanarak, vakanın toksik hepatit tanısı ile uyumlu olduğuna karar verildi. Akabinde bitkisel ilaçların kesilmesi, hastanın kliniğinde normalleşme ve daha öncesinde yük- sek olan hepatogram değerlerinde düşme ile sonuçlandı.

Tartışma: Tribulus terrestris; infertilite, erektil disfonksiyon, böb- rek taşları gibi sorunların tedavisinde geleneksel olarak kullanılan bir bitkidir. Ryan ve ark. ve Talasaz ve ark., Tribulus ekstratı içeren ürünlerin kullanımından sonra şiddetli karaciğer disfonksiyonu gelişen sırasıyla 30 ve 28 yaşlarında erkek hastaların vakalarını bildirmiştir.

Benzer şekilde, hastamızın kullandığı bitkisel ürün preparatları da bahsedilen vakalara benzer olarak belirgin miktarda Tribulus eks- tratı içermekteydi.

Kore'de 17 üniversite hastanesinin dahil olduğu prospektif çalış- manın sonucunda İBKH (ilaçlara bağlı karaciğer hasarının) yıllık

insidansı 100.000 kişide 12 olarak bildirilmiştir. 2 yıl boyunca bildirilen 371 İBKH vakasının %73'ü bitkisel ürünlere atfedilmiştir.

Bitkisel ürün kullanımının halk sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinden kaçınabilmek için, bu ürünlerin artan kullanımı ve potansiyel zararlı etkileri hakkında dokümantasyon/bilgi eksikliği arasındaki büyük fark dikkate alınmalıdır. Bitkisel ürünlerin güvenli kullanımı, bu ürünlerin potansiyel yan etkilerinin patogenezi, klinik prezentasyonu ve sıklığına dair bilgi sahibi olunmasına bağlıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut Toksik Hepatit, Bitkisel İlaç

Tablo 1. Hastaya Reçete Edilen Bitkisel İlaçlar		
Ürün	Bir Porsiyon Başına İçerik	Günlük Doz
Preparat 1 (Panax Ginseng)	Ginseng (400 mg), Tribulus terrestris (800 mg), Yulaf ekstratı (300 mg)	3x1
Preparat 2 (Kordisep)	Cordyceps militaris ekstratı (750 mg)	2x1
Preparat 3 (Myo Inositol)	Myo inositol (750 mg) Çinko Sülfat (7.5 mg) Vitamin A (500 µg)	2x1
Preparat 4 (Maca Root)	Lepidium meyenii ekstratı (500 mg)	2x1
Preparat 5 (Astragalus)	Astragalus ekstratı (750 mg)	2x1
Preparat 6 (E-1)	Epimedium brevicornum ekstratı (500 mg) Lepidium meyenii ekstratı (500 mg) L-Arjinin (50 mg) N-Asetil Karnitin (50 mg) Koenzim Q10 (50 mg) Rhodiola rosea ekstratı (25 mg) Ginkgo Biloba (25 mg) Astaksantin (10 mg) Vitamin C (100 mg) Vitamin E (50 mg) Çinko Sülfat (15 mg) Vitamin D (25 µg)	2x2
Preparat 7 (ZK)	N-Asetil Karnitin (800 mg) L-Arjinin (400 mg) Ginkgo Biloba (90 mg) Koenzim Q10 (50 mg) Magnezyum Oksit (50 mg) Vitamin B1 (20 mg) Vitamin B2 (20 mg) Çinko Sülfat (15 mg) Astaksantin (10 mg) Vitamin B6 (10 mg) Bakır (2 mg) Vitamin B12 (100 µg) Vitamin K2 (100 µg) Vitamin D (20 µg)	3x1

Genel Dahiliye

PS-35

Abstract: 0160

HEMOLİTİK ANEMİ; MUHTEMEL İLAÇ İLİŞKİLİ

Elif Basaran, Tuba Taslamacıoğlu Duman, Burcin Meryem Atak Tel, Gizem Bakır Kahveci, Satılmış Bilgin, Gülali Aktas

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu

Giriş: Otoimmün hemolitik anemi (OİHA), hastanın kendi eritrositlerine karşı antikor üretmesi sonucunda, eritrositlerin parça-

lanması ve anemi ile karakterizedir. Genellikle idiyopatik olmakla birlikte, otoimmün hastalıklara da eşlik ya da ilaç kullanımı gibi ikincil bir nedenle de gelişebilir. OİHA tanısı için ilk ve en önemli kriter hemoliz ve aneminin tanınmasıdır. Bu olguda klinik ve laboratuvar bulgular eşliğinde OİHA tanısı ve etyolojisine yönelik yaklaşımdan bahsetmeyi amaçladık.

Olgu: Bilinen hipertansiyon (HT) tanılı, 60 yaşında kadın hasta, HT sebebiyle gittiği kontrol muayenesinde hemoglobin (hb) düşüklüğü saptanması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Dış merkez poliklinik başvurusundan 2 gün önce hastaya endometrial hiperplazi etyolojisine yönelik endometrium biyopsisi yapılmış. Hasta, hemoglobin düşüklüğüne ek olarak laktatdehidrojenaz (ldh), indirekt bilirubin ve retikülosit yüzdesinin de yüksek olması üzerine hemolitik anemi ön tanısıyla ilme interne edildi. Yapılan sistemik muayenesinde subikterik cilt dışında patolojik bulgu gözlenmemekle birlikte rektal tuşe normal gaita buluşuydu. Aktif kanama odağı yoktu. Hastanemizde yapılan tetkiklerinde hemoglobin (hgb): 7.8 g/dL, hct: 30%, mcv: 85,9 fL, plt: 235 K/L wbc: 4, 58 K/L, düzeltilmiş retikülosit %6.6, haptoglobülin <8 mg/dL, ast: 92 U/L alt: 46 U/L ldh: 169 U/L, total bilirubin: 3,2 mg/dL, indirekt bilirubin: 2,31 mg/dL, b12: 445 cp: 15 mg/L, gfr: 72,6 ve tam idrar tetkikiinde eritrosit +2 protein +2 olarak ölçüldü. Hastanın yapılan direk coombs tetkiki ilk 2 seferde negatif olması ve hemoglobin düşüşünün devam etmesi üzerine hastaya olası kanama açısından eritrosit süspanasyonu hazırlanmak üzere kan grubu ve cross match tetkiki istendi. Kan grubunda alt grup tayini yapılamadı ve bu sebeple hastadan tekrar edilen direkt coombs testi 3. kez yapıldığında pozitif geldi. Hastada hemoliz varlığı doğrulanarak hastaya steroid tedavisi başlandı.

Sonuç: Hastada hemolitik aneminin, endometrium biyopsi işlemi sırasında veya sonrasında kullanılan bir ilaca bağlı olabileceği düşünüldü. OİHA'ye en sık neden olan yeni ilaçlar yeni nesil sefalosporinler, diklofenak, oksaliptatin ve fludarabin'dir. OİHA tanısı laboratuvar ve klinik korelasyon ile konulur. Hemogram düşüklüğü olan ve düşüş devam eden hastalarda kanama kadar hemolizi de ekarte etmek özellikle kan transfüzyonu uygulamadan önce oldukça önemlidir. OİHA tedavisi edilmediğinde önemli bir morbidite ve mortalite sebebi olabilir. Uygun tanı ve tedavi yaklaşımlarıyla morbidite ve mortalite önlenebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemolitik anemi, anemi, direkt coombs

Acil Dahiliye

PS-36

Abstract: 0161

KARDİYAK VE NÖROLOJİK TUTULUM İLE SEYREDEN İDİOPATİK HİPEREZOİNOFİLİK SENDROM OLGUSU

Gamze Kemeç, Hilal Konyaoğlu, Alpay Medetalibeyoğlu

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

Giriş: Hiperezozinofilik Sendrom (HES), eozinofillerin aşırı çoğaldığı ve bunlardan salınan mediatörlerin organ hasarına neden olduğu nadir lökoproliferatif bir hastalıktır. Primer, sekonder ve idiyopatik olarak sınıflandırılır. Primer HES'de klonal, sekonder HES'de diğer hücrelerden kaynaklanan sitokinlerin etkisiyle eozinofilik çoğalma görülür. Bazı solid tümörler, T hücreli lenfoma ve parazitlerde görülebilir. İdiyopatik HES'de etyolojiye yönelik incelemelerde nedene ulaşılamamaktadır. Vakaların %75'i idiyopatik HES'tir. Sık etkilenen organlar deri, akciğer ve gastrointestinal sistemdir fakat kardiyovasküler ve nörolojik tutulum mortal seyredir.

Amaç: HES'in komplikasyonları açısından tanı ve takibinin önemini vurgulamayı amaçladık.

Olgu: Otuz bir yaşında kadın hasta yirmi gün önce sol gözde kısa süreli görme kaybı ve ağız kenarında kayma şikayetiyle başvurdu. Beş yıl önce astım tanısıyla inhaler salbutamol ve beklometazon tedavisi başlanmış. Fizik muayenesinde subungal splinter hemoraji mevcuttu. LAP, HSM, döküntü saptanmadı. EKG'de yaygın ST depresyonu ve T negatiflikleri görüldü. Tetkiklerinde lökosit 18900/mm³, eozinofil 7100/mm³, nötrofil 9200/mm³ hemoglobin 13.3 g/dL, trombosit 215000/mm³, renal fonksiyonları ve karaciğer enzimleri normal, CRP 142 mg/L, ESH 58s, troponin T 650 pg/ml, LDH 484 U/L, triptaz 7 ng/ml olarak saptandı. İmmunoglobulin alt grupları ve kompleman düzeyleri normal, otoimmün serolojisi negatif. Gaytada parazit saptanmadı.

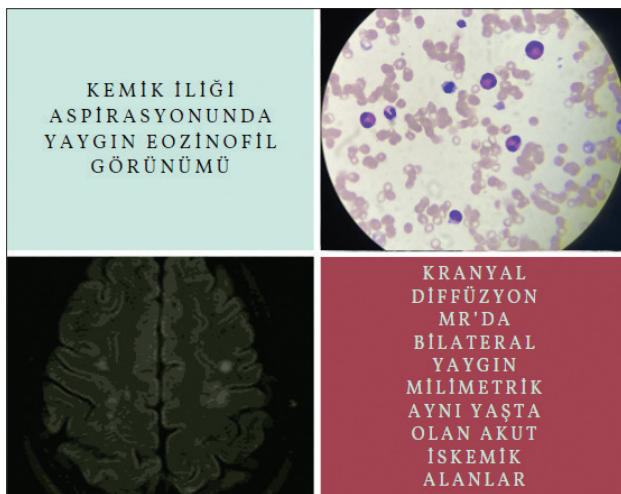
Kemik iliği biyopsisinde eozinofil ve öncüllerinde artış vardı, blastta artış ve diğer serilerde displazi saptanmadı. Kemik iliğinden gönderilen JAK2, BCR-ABL, PDGFR-A, PDGFR-B, FGFR1, FIP1L1, c-kit negatif. PET-BT'de patolojik FDG tutulumu saptanmadı.

Solunum fonksiyon testi normaldi. EKO'da her iki ventrikül apeksinde duvar kalınlıkları artmış ve trabeküler yapıda, apekste en kalın yerinde myokard duvar kalınlığı 2 cm ve granüler yapıda saptanmış olup endomyokardiyal fibrozis olarak değerlendirildi. Kardiyak MR'da endokardiyal yüzlerde kontrastlanma artışı ve T2 ağırlıklı sekanslarda karşılık gelen ödemler, ventrikül apeksinde 10x8 mm boyutlu trombüs izlendi. Kranyal diffüzyon MR'da bilateral yaygın milimetrik akut iskemik alanlar saptandı. BT anjioyrafide sol brakiosefalik vende trombüs görüldü.

Tedavisi hidroksiüre 3x500 mg, metilprednizolon 40 mg IV, enoksaparin 2x0.6 cc olarak düzenlendi. Eozinofil 100/mm³'e geriledi.

Sonuç ve Tartışma: HES hipereozinofiliyle eozinofil ilişkili organ hasarının birlikte bulunmasıdır. Tanı için diğer hastalıkların dışlanması gerekmektedir. Tedavi etiyolojiye yönelik olduğundan ayırıcı tanı önemlidir. Olgumuz kardiyovasküler-nörolojik tutulumu olan idiyopatik HES olarak değerlendirildi. Hastalık konstitüsyonel semptomlar, deri döküntüleriyle başlayabileceği gibi kalp ve nörolojik tutulumla bağlı hızlı progresyon gösterip mortal seyredebilir. Hastalar asemptomatik olsa bile kardiyak açıdan değerlendirilmelidir. Amaç eozinofil sayısını 1500/mm³'ün altında tutmaktır. PDGFR-A pozitif HES vakalarında imatinib başlanırken, diğerlerinde glukokortikoidler denenmektedir. Steroid yanıtı alınamayanlarda hidroksiüre, vinkristin, siklofosamid eklenebilir. HES'in erken tanınması, kardiyak açıdan klinik ve ekokardiyografik takibi, komplikasyonların medikal ve cerrahi tedavisi prognozu iyileştirmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hipereozinofilik sendrom, inme, trombüs



Şekil 1. Kemik iliğinde yaygın eozinofili/Kranyal MR'da iskemik tutulum



Şekil 2. Splinter hemoraji/Kardiyak MR'da trombüs

Romatoloji

PS-37

Abstract: 0163

PSÖDO-PSÖDO MEİGS SENDROMU İLE BAŞVURAN VE DİFFÜZ ALVEOLER HEMORAJİ İLE KOMPLİKE OLAN CLASS 4 LUPUS NEFRİTİ OLGUSU

Betül Saraç¹, Sabriye Güner², Tevhide Betül İçli Canöz²

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

²Istanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), heterojen belirtilere sahip otoimmün multisistemik bir hastalıktır. Psödo-psödo Meigs Sendromu, SLE'li hastalarda tanımlanan, plörezi, asit ve yüksek CA-125 seviyeleri ile karakterize, herhangi bir tümörle ilişkisi olmayan, nadir görülen bir klinik durumdur. Diffüz alveoler hemoraji, sistemik lupus eritematozus'ta yüksek mortalite oranı ile ilişkili, nadir görülen ciddi, hayatı tehdit eden bir komplikasyondur. Biz Psödo-psödo Meigs Sendromu ile başvuran ve takibinde diffüz alveoler hemoraji gelişen class 4 lupus nefritli olguyu anlatmak istedik.

Bulgular: 30 yaşında kadın, bilinen depresyon dışında kronik hastalık öyküsü yok. Sinovac aşısından 15 gün sonrasında başlayan bilateral dizlerde artralji şikayeti sonrası tetkiklerinde lenfopeni, hipokomplementemi, retikülositoz, direkt coombs pozitifliği, otoimmün hemolitik anemi saptanması üzerine sistemik lupus eritematozus tanısı konulmuş, steroid tedavisi başlanmış. Son 1 ayda artan karn şişliği olan hasta kliniğimize ileri tetkik amaçlı interne edildi. Tetkiklerinde kre:0,85 mg/dl, crp:5 mg/L, sedimentasyon:34 mm/saat, albümin:2,96 gr/dl, ana:1/1280 homojen pozitif, anti dsdna:300 IU/ml(+), ssa:300 U/ml(+), hipergamaglobulinemi, antifosfolipid antikorlar negatif, CA-125: 192 U/ml(<35) saptandı. Görüntülemelerinde batın içinde yaygın sıvı mevcut, bilateral servikal zincirlerde büyüğü 13 mm olan multipl laplar, bilateral aksillada büyüğü 14 mm multipl laplar, her iki hemitoraksta solda 2 cm plevral efüzyon saptandı. Asit ve plevral efüzyon örneklemeleri; transuda karakterinde, ARB'ler negatif saptandı, tüberküloz kültürlerinde üreme olmadı, sitolojilerinde malignite saptanmadı. Portal doppler usg normal, üst gis endoskopi normal saptandı. 24 saat idrarda 1174 mg/gün proteinürisi olan hastaya yapılan böbrek biyopsisinde class 4 lupus nefriti (aktivite indeksi 8/24, kronisite indeksi 3/12) saptandı. Hastaya 3 gün 1 gr pul-

MAHA İLE PREZENTE OLAN HİPERTANSİYONA BAĞLI KRONİK BÖBREK HASARI OLGUSU

Fatma Akyol¹, Kübra Arıkan¹, Betül Erişmiş¹, Şengül Aydın Yoldemir¹, Emine Gültürk², Abdulkaki Kumbasar¹

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: Mikroanjiopatik hemolitik anemi (MAHA) kapiller ve arteriol sistem içindeki mikrotrombüslerden geçen eritrositlerin parçalanmasıyla meydana gelmektedir. Primer olarak trombotik trombositopenik purpura (TTP) ve hemolitik üremik sendroma (HÜS) bağlı görülebilirken, sekonder etiyolojide ise dissemine intravasküler koagülasyon, malignite, hipertansiyon, ilaçlar, immüno-lojik hastalıklar ve konjenital malformasyonlar yer almaktadır. Biz de burada MAHA ile prezente olan ve hipertansiyona bağlı kronik böbrek hasarı (KBH) tanısı alan bir vakamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmayan 36 yaşındaki erkek hasta, acil servisimize 2 aydır olan halsizlik ve ara ara olan karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Sistem sorgulamasında kabızlık, ishal, dizüri ve eşlik eden ek semptomu yoktu. Fizik muayenesinde; tansiyon arteryel (TA) 220/134 mmHg idi ve TA dışındaki tüm vital bulguları ile diğer sistemik muayeneleri doğal olarak saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde; lökosit sayısı 6600/mm³, hemoglobin 8,9 g/dL, ortalama eritrosit hacmi 74,6 fL, trombosit sayısı 92000/mm³, üre 87 mg/dL, kreatinin 4,07 mg/dL, laktat dehidrogenaz 594 U/L, INR 1,06 ve fibrinojen 515 mg/dL olarak saptandı. Venöz kan gazında pH 7,44, pCO₂ 37,2 mmHg, bikarbonat 24,5; tam idrar tetkikinde ise 3 pozitif albümin, 1 eritrosit ve 1 lökosit saptandı. Ayrıca yapılan periferik yaymada (PY) yaygın şistosit (Şekil 1-2) görülmesi üzerine malign hipertansiyona bağlı MAHA ön tanısı düşünülen hastaya TA değerlerini kontrol altına almak amacıyla gliserol trinitrat infüzyonu başlandı. MAHA'ya neden olabilecek diğer etiyolojik nedenleri ekarte etmek amacıyla istenilen ileri tetkiklerinde; düzeltilmiş retikülosit yüzdesi 2,08, direkt coombs IgG ve kompleman testleri negatif, haptoglobulin 1,23 g/L ve ADAMTS-13 aktivitesi 0,51 IU/m olarak saptandı. Üriner ultrasonografide bilateral böbrek boyutları azalmış izlenen hastanın takipte kreatinin değerinin 3,4 mg/dL'e gerilediği ve bu civarda seyrettiği görüldü. Hipertansiyona bağlı KBH olarak değerlendirilen hastanın transtorasik ekokardiyografisinde sol ventrikül hipertrofisi ve göz dibi muayenesinde ise bilateral retinada eksüda plakları ile hipertansif retinopati saptandı. Parenteral antihipertansif tedavi ile TA regülasyonu sağlanan hastanın oral tedavisi nebivolol 5 mg, amlodipin 10 mg ve doksazosin 8 mg şeklinde düzenlendi. Takipte yapılan kontrol PY'de şistosit görülmeyen, trombosit sayısı ve TA değerleri normal aralıkta seyreden hasta medikal tedavisi düzenlenerek önerilerle taburcu edildi.

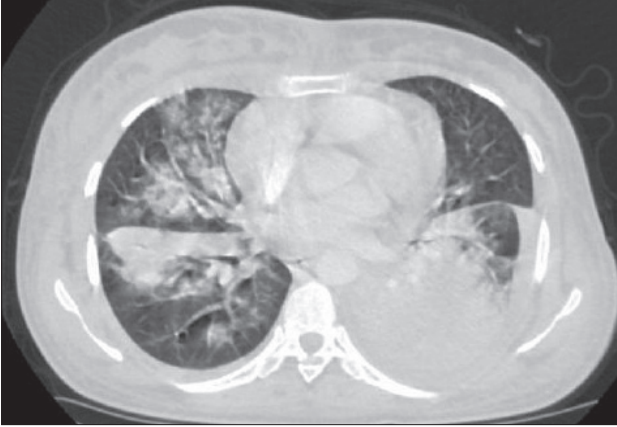
Sonuç: Malign hipertansiyon, altta yatan TTP ve HÜS olmaksızın sekonder MAHA ile prezente olabilmektedir. Ancak primer MAHA ilişkili böbrek hastalığı da ayrıca hipertansiyon nedeni olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle, hematolojik anormallikler ile hipertansiyon arasındaki zamansal ilişkiyi netleştirmek tanı açısından önem arz etmektedir. Hipertansiyona sekonder MAHA hastalarında, kan basıncının kontrolü en kritik başlangıç yönetimi ve hatta çoğu zaman da gereken tek tedavidir. Bu nedenle MAHA etiyolojisinde hipertansiyon mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: MAHA, malign hipertansiyon, kronik böbrek hasarı

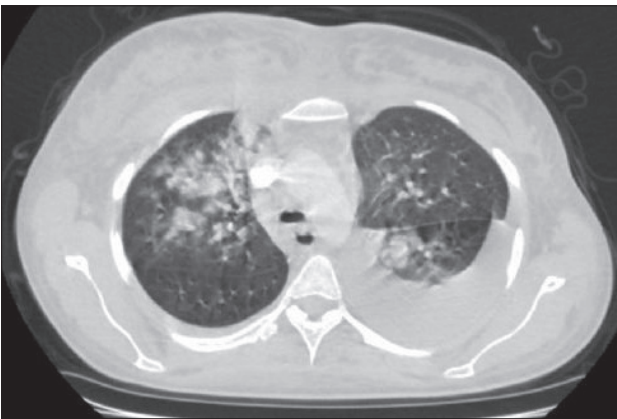
se metilprednizolon, ardından 1 gr siklofosamid tedavisi verildi. Takiplerinde hemoptizi, nefes darlığı, takipne gelişmesi sonrası çekilen toraks bt de yeni gelişmiş yaygın buzlu cam dansiteleri (resim1 ve 2), diffüz alveolar hemoraji?/pulmoner ödem? lehine değerlendirildi. İzleminde hemoptizi artarak devam eden, oksijen ihtiyacı artan hasta entübe edilerek yoğun bakım ünitesine alındı. Endotrakeal tüpten kanlı sekresyonu devam eden hastaya diffüz alveolar hemoraji nedeniyle 2 kez plazmaferez tedavisi uygulandı. Entübe şekilde oksijen saturasyonu yükselmeyen hasta kardiyak arrest sonrası eksitus oldu.

Sonuç: Asit, plevral efüzyon ve CA-125 yüksekliği olan lupus vakalarında, görüntülemeler ve efüzyonların sitolojik incelemesi ile malignite dışlandıktan sonra Psödo-psödo Meigs Sendromu tanısı konabilir. Yüksek hastalık aktivitesine sahip lupus hastalarının hemoptizi, hipoksemik solunum yetmezliği ve yaygın pulmoner infiltratlarla karakterize diffüz alveolar hemoraji açısından risk altında olduğunu gösteren vakalar bildirilmiştir. Etkili immunsupresif tedavinin seyrinde de diffüz alveolar hemorajinin gelişebileceği ve prognozunun kötü olduğunu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: diffüz alveolar hemoraji, psödo-psödo meigs sendromu, sistemik lupus eritematozus



Şekil 1. Sağ akciğer tüm lob ve segmentlerde, sol akciğer alt lob superior segmentte santral ağırlıklı yaygın buzlu cam dansiteleri, solda 3.5 cm efüzyon

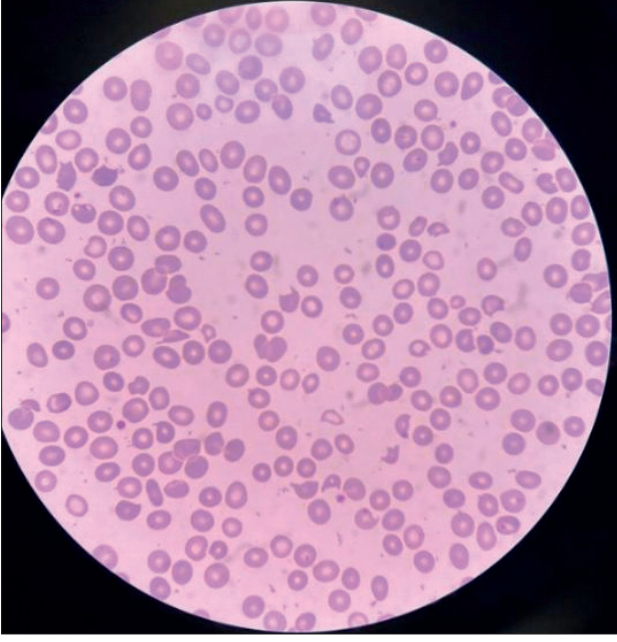


Şekil 2. Sağ akciğer tüm lob ve segmentlerde, sol akciğer alt lob superior segmentte santral ağırlıklı yaygın buzlu cam dansiteleri, solda 3.5 cm efüzyon

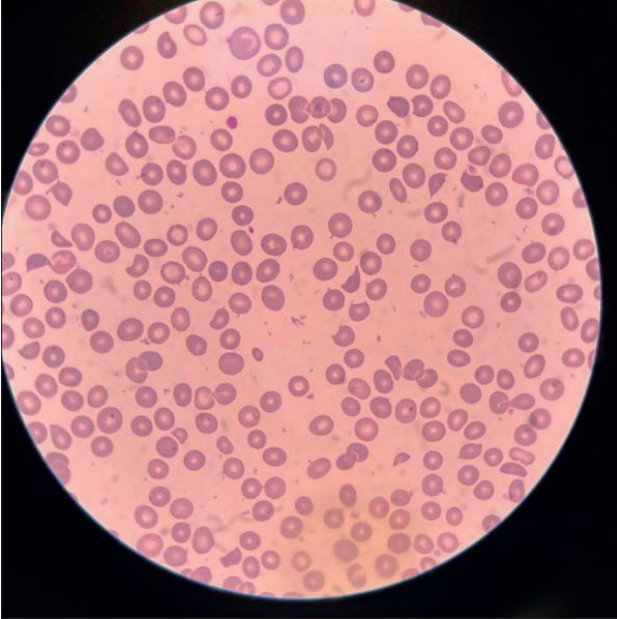
HEMOLİTİK ANEMİ VE ALKALEN FOSFATAZ YÜKSEKLİĞİ İLE PREZENTE OLAN MİDE TAŞLI YÜZÜK HÜCRELİ KARSİNOM OLGUSU

Kübra Akkaya, Pervin Bağirova

I.Ü.C. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi



Şekil 1. Hastanın geliş periferik yayma mikroskop görüntüsü



Şekil 2. Hastanın geliş periferik yayma mikroskop görüntüsü

Giriş: Bu yazıda Coombs negatif hemolitik anemi ve izole alkalen fosfataz yüksekliğiyle prezente olup, kemik iliği biyopsi incelemesinden mide adenokarsinom tanısı alan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 54 yaş erkek hasta, son 3 ayda 10 kilo kaybı, nefes darlığı, sırt ağrısı ve kuru öksürük şikayetleriyle yatırıldı. 2002'de akciğer kaviter tüberküloz nedeniyle 6 ay tedavi almış. 40 paket/yl sigara öyküsü mevcut. 4 ay önce çekilen toraks BT angiografide sol akciğer apekte 3x1 cm boyutlarında pleuroparankimal yumuşak doku dansitesi, pulmoner emboli ve bilateral 4-5cm plevral effüzyon saptanmış, rivaroksaban 15 mg/gün başlanmış fakat hasta 1 ay sonra ilacı kendisi bırakmış. Fizik muayenesinde genel durumu orta, kaşektik, bilinci açık, koopere, oryante. Akciğer oskültasyonunda sağ alt, sol orta ve alt zonlarda solunum sesleri azalmıştı. Palpabl lenf nodu ve hepatosplenomegali saptanmadı. Pretibial ödem +/- Diğer fizik muayenesinde belirgin özellik yoktu. Vitalleri oda havasında spO₂ %97, dakika solunum sayısı 24/dk, TA 120/80 mmHg, ateş 36.5°C. Laboratuvar testleri Tablo 1'de özetlendi. Görüntülemelerinde emboli lehine bulgu saptanmadı. Profilaktik enoksaparin 0,4 ml 1x1 ve folik asit 5mg/gün başlandı. Takiplerinde PLT 71.000/ μ L'e düşen hastadan periferik yayma istendi. Anizotrombisi mevcut, trombosit sayımla uyumlu, belirgin toksik granülasyon, lökoeritroblastik tablo mevcuttu. 1 blast görüldü. Şişösit ve dakriyosit görülmedi.

PLT 53.000/ μ L'e düşmesi üzerine enoksaparin 4.günde kesildi. Oksijen ihtiyacının artması üzerine çekilen PAAG'de plevral sıvısında bilateral artış mevcuttu. Tanısal ve boşaltıcı torasentez yapıldı. Plevra sıvı/serum protein oranı: 0,57, plevra sıvı/serum LDH oranı:0,19, plevra LDH:252, serum LDH:1278, sitolojik incelemesi malignite yönünden negatif. ARB ve TBC-PCR negatif saptandı. F-18 FDG PET/BT'de tüm kemiklerde yaygın infiltrasyonla uyumlu tutulum mevcut olup akciğerdeki yumuşak dansiteli lezyonda FDG tutulumu saptanmadı.

Gastroskopi ve kolonoskopi genel durumunun kötüleşmesi üzerine ertelendi. Kemik iliği aspirasyonunun mikroskopisinde bol miktarda şişösit görülmesi üzerine gönderilen ADAMTS13 aktivitesi %71.95 (40-130) saptandı. Patolojik incelemesinde mide az diferansiye (taşlı yüzük hücreli) karsinom metastazı ile uyumlu sonuçlandı. Takiplerinde indirekt bilirubin 6,3mg/dL, LDH 3968 U/L, fibrinojen:86mg/dL haptoglobin 0.06gr/L, INR: 1.61 olması üzerine yapılan akım sitometrik incelemesinde PNH klonu saptanmadı. Maligniteye sekonder DİK (dissemine intravasküler koagülopati) kabul edildi. Yatışı boyunca sık eritrosit ve trombosit suspansiyonu ihtiyacı oldu. Hastaya ECOG:4 olması nedeniyle kemoterapi verilemedi. Akut faz reaktanları progrese olan, fizik muayenesinde enfeksiyon odağı saptanmayan ve kültürlerinde üremesi olmayan hastaya ampirik meropenem ve vankomisin başlandı. Hasta multiorgan yetmezliği tablosu ile kaybedildi.

Tartışma ve Sonuç: Hemolitik anemiyle gelen bir hastada etioloji araştırılırken malignitenin de akılda tutulması gerekmektedir. İzole ALP >1000 U/L saptanması durumunda Paget hastalığının yanısıra kemik metastazlarının da akla gelmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: alkalen fosfataz, hemolitik anemi, mide adenokarsinom

Tablo 1.			
WBC	12700/μL	CRP	41 mg/L
HGB	5,9 g/dl	AST	33 IU/L
HCT	%17,2	ALT	15 IU/L
MCV	88,1 fl	ALP	4131 U/L
PLT	101.000/μL	GGT	25 IU/L
NEUT	9700/μL	Direkt bilirubin	0,22 mg/dL
LYMPH	1800/μL	İndirekt bilirubin	0,38 mg/dL
Glukoz	84 mg/dL	Direkt/ İndirekt Coombs	Negatif / Negatif
Üre	40 mg/dL	Fibrinojen	244,17mg/dL
Kreatinin	0,51 mg/dL	INR	1,23
Total Protein	6,3 g/dL	Haptogloblin	0,45 g/L
Albumin	3,3 g/dL	Düzeltilmiş Kalsiyum	8,9 mg/dL
Demir	127 μg/dL	Fosfor	3,9 mg/dL
Total Demir Bağlama Kapasitesi	344 μg/dL	D-Dimer	35,2 mg/L
Ferritin	803,5 ug/L	LDH	423 U/L
B12	322 pg/ml	Düzeltilmiş retikülosit	%5,2
Folik Asit	1,91 ng/ml	PSA	1,76 μg/L
IgG	1000 mg/dL	ESR	37 mm/h
IgA	124 mg/dL	25-OH vit-D	19,08 μg/L
IgM	81 mg/dL	SPE gamma bandı	%14,8
PRO-BNP	642 ng/dL	Parathormon	38,17 ng/L
Anti-HIV/ HbsAg / Anti HCV / Anti-Hbs	NEGATİF	Na/K/Cl	138/4,2/98 mmol/L

Genel Dahiliye

PS-40

Abstract: 0166

EBV İLİŞKİLİ HEMOFAGOSİTİK LENFOHİSTİOSİTOZ'A EŞLİK EDEN MİKST SELÜLER HODGKİN LENFOMA OLGUSU

Hilal Konyaoğlu¹, Büşra Demir¹, Yağmur Göksoy², Mustafa Altınkaynak², Simge Erdem³, Timur Selçuk Akpınar², Bülent Saka², Sebile Nilgün Erten²

¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, İstanbul
³Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Hemofagositik lenfohistiositoz (HLH) sitotoksik T-lenfositler ve NK hücrelerin fonksiyonlarında bozulma, makrofaj ve T-lenfositlerin aktivasyonu, proinflamatuvar sitokinlerin aşırı üretimi ve hemofagositoz sonucu ateş, hepatosplenomegali ve sitopeninin ön planda olduğu bir tablodur. 1 Primer ve sekonder olabilir. Ayırıcı tanıda EBV, CMV enfeksiyonu, maligniteler, romatolojik hastalıklar ve immün yetmezlikler düşünülmelidir.

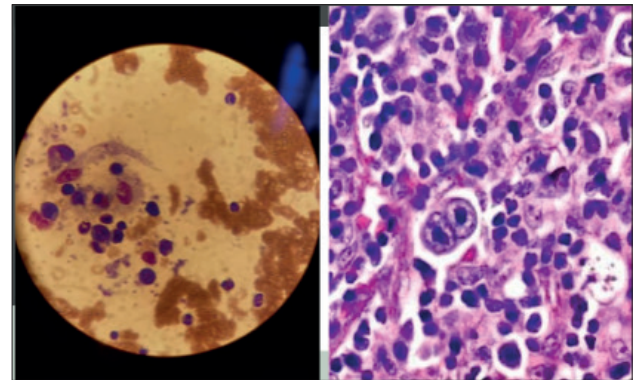
Amaç: EBV ve lenfoma ilişkili komplike bir HLH olgusunda tedavi ile alınan yanıtı göstermeyi amaçladık.

Olgu: 61 yaşında kadın hasta, gece terlemesi, ateş, kilo kaybı, miyalji ile başvurdu. MAS tablosu nedeniyle 250 mg metilprednizolon pulse sonrası metilprednizolon 40 mg/gün iv ve Anakinra

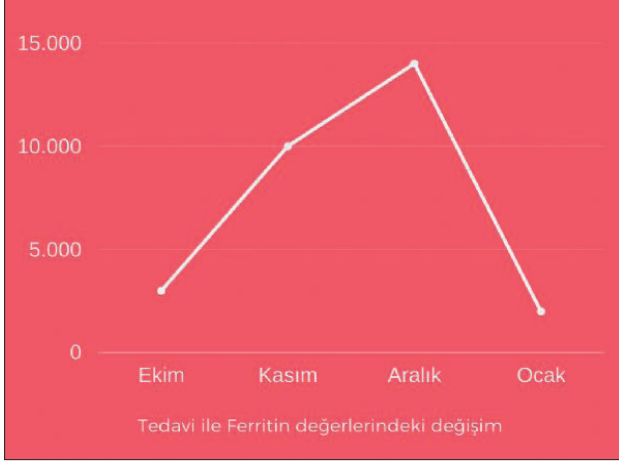
tedavisi başlandı. EBV DNA:22505 kopya saptanması ve dış merkez sol aksiller lenf nodu biyopsisinde EBV LMP + sonuçlanması üzerine tedavisine Asiklovir iv eklendi. Takipte metilprednizolon doz azaltım şemasına geçilen hastanın akut faz yüksekliğinin devam etmesi üzerine Rituksimab 600 mg/hafta tedavisi eklendi. Takipte EBV-DNA:43438 kopyaya progrese olunca Enfeksiyon hastalıklarına danışılarak Asiklovir tedavisi 12.gününde kesildi, Gansiklovir iv tedavisi başlandı. Mevcut tedavi altında genel durumu kötüleşen, bilinç bulanıklığı, idrar inkontinansı, yutma güçlüğü gelişen, akut faz yanıtı alınamayan, EBV DNA 505000 kopyaya yükselen hastaya çekilen kranial MR'de ponsta bilateral akut iskemi, toraks ve batın BT'de mediastinal, hiler, bilateral aksiller multipl lenf nodlarında progresyon saptanması üzerine HLH ön tanısı ile kemik iliği biyopsi ve aspirasyonu yapıldı. Yapılan LP'de BOS sitolojisi normal, EBV DNA, TBC PCR negatif, kültür steril olarak sonuçlandı. Hb:6,2 g/dL, Plt 16000 10³/μL, Sedimentasyon 140 mm/saat, Trigliserid 796 mg/dl, ALP 540 U/L, GGT 450 U/L, ALT 130 U/L, AST 100 U/L, LDH 200 U/L, CRP 400 mg/L, Ferritin 14300 ng/mL görüldü. Kemik iliği aspiratında çok sayıda hemofagositoz görülen hastaya HLH-94 protokolü ile Deksetazon 2*8 mg iv, Etoposid ve intratekal MTX tedavisi başlandı. Gansiklovir tedavisi devam edildi. Mevcut tedavi ile klinik ve laboratuvar yanıtı alınan hastaya lenfoma ilişkili HLH ön tanısı ile genel anesteziyi tolere edemeyecek durumda olması nedeniyle sol aksiller tru-cut bx yapıldı. Patoloji sonucu mikst selüler Hodgkin lenfoma olarak sonuçlandı. Hastaya ABVD tedavisi başladı. 1.kür sonrası CRP 27 mg/L Ferritin 1900 ng/mL Trigliserid 165 mg/dl'ye geriledi. Hb: 8,2 g/dl Plt:311000 10³/μL'e yükseldi. COVID PCR'ı pozitif gelen hastanın takip ve tedavisine halen devam edilmektedir.

Tartışma ve Sonuç: Erişkinlerde HLH'ye yol açan malignitelerin başında lenfomalar gelmektedir. Prognoz erken tanı ve hızlı tedavi ile ilişkilidir. 2 Hastalığın mortalitesi %8-22 arasında değişmektedir. 3 Tedavide hedef hiperinflamasyonun baskılanması, uyarının ortadan kaldırılmasıdır. Olgumuza önce yüksek doz kortikosteroid başlanmış ancak klinik bulguların hızlı ilerlemesi nedeniyle tedaviye önce anakinra ardından rituksimab ve altta yatan nedenin tespiti ile lenfomaya yönelik kemoterapi eklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: EBV, hemofagositik lenfohistiositoz, lenfoma



Şekil 1. A: Kemik iliği aspiratında görülen hemofagositoz. B: Lenf nodunda görülen Reed Stenberg hücreleri



Şekil 2. Tedavi ile Ferritin değerlerindeki değişim

Genel Dahiliye

PS-41

Abstract: 0168

HERPES SİPMLEKS ENFEKSİYONUNA BAĞLI GELİŞEN ERİTEMA MULTİFORME VAKASI

Mustafa Andıç¹, Seyit Bayram Şahin¹, Hanife Şerife Aktaş¹, Özge Akbulak², Fatma Kurt¹, Selda Çakın Ünnü¹, Sema Basat¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye EAH, İç Hastalıkları Bölümü, İstanbul
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye EAH, Dermatoloji Bölümü, İstanbul

Giriş: Eritema multiforme (EM), ciltte target lezyonuyla karakterize, oral, genital, oküler mukozada erezyonlar ve büller ile kendini gösteren akut immun aracılı bir durumdur. Etiyolojisinde özellikle HSV başta olmak üzere çeşitli viral enfeksiyonlar, ilaçlar rol oynamaktadır. EM klinik olarak genellikle kendini sınırlar ve sekel bırakmadan haftalar içinde düzelir. Tanı cilt biyopsisiyle konulur. Şiddetli vakalarda sıvı elektrolit bozuklukları, keratit, görme kaybı görülebilir. Tedavisi etiyolojinin tedavisi, kortikosteroid ve destek tedavisinden oluşmaktadır. Biz bu vakada tekrarlayan Herpes Labialis enfeksiyonuna sekonder olarak gelişen Eritema Multiforme sunduk.

Olgu: 40 yaşında kadın, 5 gün önce aniden başlayan tüm vücutta döküntü, ağız, dudaklarda yara, postmenopozal vajinal kanama şikayetleriyle dahiliye polikliniğine başvurdu. Ağız içi mukozasındaki lezyonlar nedeniyle 4 gündür bir şey yiyemiyordu. Burun içi mukozasında yara, gözlerinde kızarıklık da gelişmişti. Son 1 aydır dudaklarında tekrarlayan herpes labialis olduğu öğrenildi. Yeni başlanmış herhangi bir ilaç, bitkisel ilaç kullanımı yoktu.

Özgeçmiş: Hipertansiyon, hipotiroidi

Fizik Muayene: Genel durumu iyi, TA:120/80 Nb:90/dk konjonktivalar hiperemik, dudaklarda, ağız, burun içinde yaygın ağrılı erezyonlar, büller, el ayak distalinde peteşiyal döküntüler, ayak tabanında hemorajik büller mevcuttu. Sistem muayenesinde başka patolojik bulguya rastlanmadı.

Laboratuvar; WBC: 1.88010³/uL, Hb:10.106/uL, PLT:75.10³/uL, CRP:42.8mg/L BUN:154mg/d, Kreatinin:3.57mg/dL, Na:138mEq/L, K:4.33mEq/L ALT:41U/L, AST:78U/L, ALP:485U/L, GGT:270U/L, Bilirubin total:2.18mg/dL, Direkt Bilirubin:2.12mg/dL. Periferik yaymada normositer anemi, nötropeni, trombositler yeterli görüldü. Hepatit markerleri negatif, CMV, EBV: negatif, Romatolojik tetkikleri negatif, Batın USG: Dalak 140mm ile boyutları artmış, Toraks BT normaldi.

Cilt biyopsisi: Epidermiste sepetsi hiperkeratoz, öbekler halinde parakeratoz, düzensiz hafif akantoz, dağınık halde nekrotik keratinositler, papiller dermişte perivasküler lenfosit infiltrasyonu ve hafif melanin inkontinansı görülmüş olup eritema multiforme ile uyumlu saptanmıştır.

Hastada bu bulgularla eritema multiforme ve oral alım yetersizliğine bağlı prerenal akut böbrek yetmezliği düşünüldü. Hastaya paranteral sıvı elektrolit tedavisi, mama ile enteral besin desteği, 100mg prednol, fungusitatin gargara, hametan pomad, tirekort krem, terramycin göz merhemi başlandı. Ayrıca hastadaki tekrarlayan Herpes labialis enfeksiyonunun eritema multiformeye sebep olduğu düşünüldüğü için Valasiklovir 500mg 3x1 tedaviye eklendi.

Hastanın bu tedaviyle 5 gün sonra ağız burun ve göz lezyonları gerilemeye, el içi ayak tabanındaki lezyonlar deskuamasyon ile iyileşmeye başladı. Vajinal kanaması durdu. Konjonktival lezyonlar geriledi. Hastanın oral alımı düzelmeye ve yemek yemeye başladı. Paranteral sıvı tedavisiyle üre kreatinin değerleri normal sınırlara geriledi. Karaciğer fonksiyon testleri geriledi. Takiplerinde steroid dozu azaltılması ve valasiklovir tedavisine devam edilerek uzun süreli tedaviye karar verildi.

Sonuç: EM nadir görülen, hızlı ilerleyen, morbidite mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Bu hastalar detaylı anamnez ve fizik muayeneyle hızlıca değerlendirilmeli etiyojide HSV enfeksiyonu akılda tutulmalı, steroid tedavisi erken başlanmasının çok önemli olduğunu vurgulamak istiyoruz.

Anahtar Kelimeler: Eritema Multiforme, Herpes labialis



Şekil 1. Eritema Mutiforme tedavi öncesi



Şekil 2. Eriteme Mutiforme tedavi sonrası

Genel Dahiliye

PS-42

Abstract: 0170

ERDHEİM CHESTER HASTALIĞI

Ömer Işık, Fatih Atalah

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Granüloamatöz hastalıklarda, akciğer ve lenf düğümlerindeki aktive mononükleer hücreler, PTH'den bağımsız kalsidiolden kalsitriol üretir.

Granüloamatöz hastalığı olan hastalarda monositler hem daha fazla kalsitriol üretir hem de kalsitriol üretiminin normal geri besleme kontrolüne dirençlidir. [1]

Erdheim-Chester hastalığı, iskelet dışı dokuların histiyositik infiltrasyonu, biyopside köpüklü histiyosit tabakaları gösteren uzun kemiklerin osteosklerotik lezyonlarıyla karakterize, Langerhans dışı histiyosit hastalığıdır[2]

Olgu: 49 yaş bilinen hastalık, ilaç öyküsü olmayan erkek hasta 2017'de poliüri polidipsi nedeniyle santral DI, desmopressin başlanıyor.2018'de hipertansiyon, göğüs ağrısı, anjio'da patoloji saptanmamış.

Retroperitoneal 12x5cm kitle, biyopsi "fibroblastik bağ doku proliferasyonu, plazma hücreleri ve eozinofilik lökositlerin eşlik ettiği lenfohistiyositik infiltrasyon".

PET/CT: Perikardda 2cm sıvı, pankreas inferiorundan perirenal 125x75mm'lik kitle imajı(suvmax:4.1), böbrekler hidronefrotik, perinefrik yağlı planlarda tutulum (suvmax:9.1) (hastalığa spesifik hairy kidney)

07/2020'de postrenal ABH oluyor (kitle baskısına sekonder) ve bilateral double J stent.

09/2020'de poliklinik başvurusu 4'lü anti HT, prednizolon, kolşisin ve desmopressin. Konstitüsyonel semptomlar, nörolojik bulgular, bulantı, kusma, poliüri, polidipsi, erektil disfonksiyon ve libido kaybı mevcut.

Fizik muayenede ksantalezma, konuşmada yavaşlama, serebellar testleri bozuk

Laboratuvarda akut faz yüksekliği(CRP:121,sedimentasyon:77), albümin(2.6) düşüklüğü ve endokrinopatileri var. Hipogonadizm(total testosteron<0.07, hipokortizolemi, hiperprolaktine mi(prolaktin 31) var.

Toraks ve Batın BT'de büyük damarların etrafında yumuşak doku artışı (perivascular thickening, özgü bulgulardan). Sekonder ve 4'lü ilaç gerektiren hipertansiyon renal arter stenozu ilişkili olabilir.

Nörohipofizde bright spot kaybolmuş, beyin sapı tutulumu, nodüller kontrastlanma artışı, serebellar tutulum ve sol orbitada belirgin psödötümör yumuşak doku tutulumu var.

Ksantalezma biyopsisinde non-langerhans hücreli histiyositoz, ECD ile uyumlu. İmmünohistokimyasal BRAF-V600E negatif ve kardiyak, nörolojik tutulum acil tedavi gerekli.

10/2020'de pegile interferon alfa-2a yüksek doz başlandı. 1. ayında değerlendirildi. Akut faz(CRP:177) yüksek, düzeltilmiş kalsiyum 14, PTH baskılı. Tedavi yetersizliği ve histiyositoz düşünüldü. 40 mg/gün metilprednizolon, hidrasyon başlandı. Kalsiyum düştü.

NGS gen analizinde BRAF V600E pozitif (> %10 iyi yanıt hastamızın %18)

Steroid azaltılarak 5mg düştü, pegile interferon kesildi, vemurafenib 2x480mg başlandı. Vemurafenib'in 6. haftasında PET kemiklerde tam, retroperitonda kısmi yanıt saptandı.

Hastamız çok iyi. Laboratuvarda HGB >12 oldu, akut faz, kalsiyumu normal, kilo aldı, bulantı kusması geçti. Kontrolü devam ediyor.

Tartışma: ECD, BRAF'ın veya başka sinyal molekülünün mutasyonunun inflamatuvar bir doku ortamı oluşturduğu malignitedir.

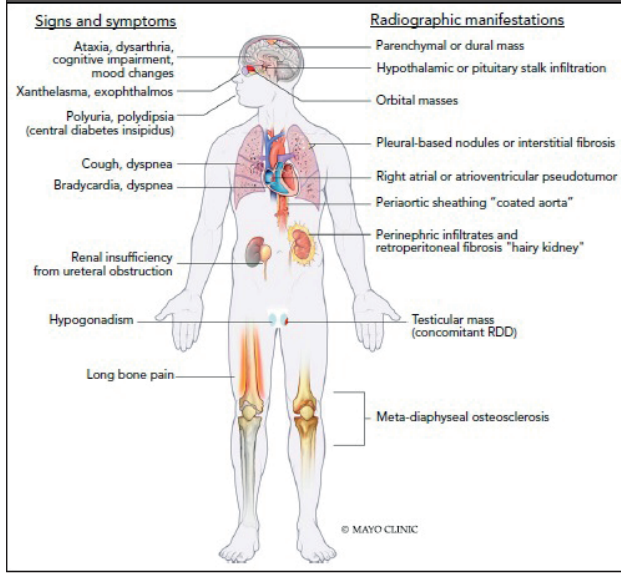
ECD'li hastaların çoğunda kemik tutulumu ve kemik dışı tutulum yeri vardır. Nadiren hastalar asemptomatiktir, ilerleyici tutulum vardır. Klinik ve radyolojik karakteristik görünüm gerektirir. Asemptomatik ECD'li hastaların tedaviye ihtiyacı yoktur. BRAF V600E mutasyonu mevcutsa vemurafenib tedavisi öneriliyor. [2]

Kaynaklar

1. Up-to-date, Hypercalcemia in granulamatöz disease Naim Maaouf, Clifford J Rossen, Jean E Mulder
2. Up-to-date, Erdheim Chester Disease Eric Jacobsen, Arnold Freedman, Alan G Rosmarin

Anahtar Kelimeler: Hiperkalsemi, Erdheim Chester hastalığı

ECD



Şekil 1. Erdheim Chester Hastalığı

Ksantelazma



Şekil 2. Fizik muayenede görülen ksantelazma

Gastroenteroloji

PS-43

Abstract: 0172

ANTİ-HBS POZİTİF İMMUNSUPRESE HASTADA HBSAG NEGATİF AKTİF HBV HEPATİTİ: LABORATUVAR OYUNU YA DA GERÇEK?

Cihat Terzioğlu¹, Selman Fatih Beşişik²

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Aktif hepatit B (HBV) enfeksiyonu biyolojik belirteci klasik olarak hepatit B yüzey antijeninin (HBsAg) pozitif saptanmasıdır. Kronik hepatit B (HBV) enfeksiyonu, birden çok farklı şiddet ve sürede dönemleri kapsayan dinamik bir enfeksiyondur. Güncel kılavuzlar doğrultusunda kronik HBV enfeksiyonunun hangi dönemde olduğu serolojik, virolojik ve biyokimyasal belirteçler ile birlikte değerlendirilmektedir.

Burada HBsAg negatif aktif HBV hepatiti olgusunun nadir ve akılda tutulması gereken bir reaktivasyon tipinin sunulması amaç edinilmiştir

Olgu: 82 yaşında kadın hasta halsizlik ve eklem ağrıları şikayetleri ile başvurdu. Hipertansiyon, polimiyaliya romatika, sınıflandırılmayan bağ doku hastalığı, pulmoner tromboemboli ve protrombin G20210A homozigot mutasyonu tanılarıyla valsartan – hidroklotiyazid, kumadin, metilprednizolon ve leflunomid kullanmakta idi. Aktif hepatit biyokimyasal bulgusu (ALT 640, AST 214, GGT220) saptanan hastada ALP, bilirubinler, CK ve kan sayımı normal sınırlarda idi. Tanısal yaklaşım amaçlı viral göstergeler ve oto antikorlar istendi. Serum IgG 448mg/dl, HBsAg negatif, anti-HBc IgG (+), anti-HBc IgM negatif ve anti-HBs pozitif saptandı. Diğer tüm hepatite özgül ve özgül olmayan viral seroloji, otoimmün hepatit belirteçleri negatif saptanan hastada görüntülemelerde patolojik özellik yoktu. HBV-DNA düzeyi istendi; 8500IU/ml saptanan hastaya kriptik HBV enfeksiyonu ön tanısı ile entekavir başlandı. Bu tedavi ile klinik iyileşme ve serum transaminazlarında gerileme gözlemlendi.

Sonuç: Olguda akut hepatitik ataktan immunsupresyon zemininde HBV reaktivasyonu sorumlu olarak kabul edildi. HBsAg seronegatif hastada beraberinde anti-HBs seropozitifliğine rağmen akut HBV hepatitin nötralizasyon hedefi antijenik determinantlarını mutan suş ilişkili farklılığına dayandığı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kriptik hepatit enfeksiyonu, HBV reaktivasyonu

Genel Dahiliye

PS-44

Abstract: 0173

İLAÇ İLİŞKİLİ TROMBOSİTOPENİ OLGUSU

Tuba Taslamacıoğlu Duman, Burçin Meryem Atak Tel, Satılmış Bilgin, Gizem Bakır Kahveci, Güllali Aktaş

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu

Giriş: Trombositopeni, trombosit sayısının normal değerinin altında yani 150.000 /mm³ olmasıdır. Etiyolojisine göre psödotalrombositopeni, azalmış yapım, artmış yıkım ve anormal trombosit dağılımı olarak 4 gruba ayrılır. İlaçlar da farklı mekanizmalarla trombositopeni etyolojisinde yer alır. Bizde akciğer adenokarsinomlu hastada ilaca bağlı gelişen trombositopeni olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 70 yaşında erkek hasta akciğer adenokarsinomuna bağlı kemoterapi tedavisi alan hastanın takiplerinde başağrısı ve arada olan bilinç değişiklikleri olması üzerine çekilen beyin manyetik rezonans görüntülenmesinde sağ parietal posteriora subkortikal bileşkekte yerleşim gösteren 9x17mm diffüz heterojen kontrast tutulum gösteren belirgin perifokal ödemin eşlik ettiği metastaz ile uyumlu kitle saptanması üzerine hastaya beyin cerrahisi tarafından deksametazon ve levatirasetam tedavisi başlandı. Hastanın kemoterapi öncesi alınan kan tetkiklerinde hemogramında izole trombositopeni olması üzerine periferik yayma istendi. Periferik yaymasında trombosit sayısı hemogramdaki değeri ile uyumlu olup, ekstra hemoliz bulgusu da yoktu. Kemoterapisine ara verildi ve takibe alındı. Takiplerinde trombositopenisi devam eden hastanın nörolojiye konsulte edilerek antiepileptik tedavisinin önce dozu azaltıldı, sonrasında da kesildi. Hastanın bu süreç sonunda bakılan trombosit değeri hem hemogramda hem de periferik yaymada normal değerine yükselerek düzeldi.

Sonuç: Hastanın kemik iliğinde diğer seriler normal iken trombositopeni görülmesi ve o dönemde yeni başlayan antiepileptiğin azaltılarak kesilmesi sonrasında değerlerinde düzelme olması

nedeniyle hastada ilaca bağlı trombositopeni düşünüldü. İlaça bağlı gelişen trombositopeninin klinik tanısı, trombositopeni yaptığı düşünülen ilacın kesilmesi ile trombositopeninin düzelmesi ve takiplerde trombositopeni gelişmemesi ile konulmaktadır. Sonuç olarak da trombositopeni görülen hastalarda ilaç anamnezinin detaylı alınması oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: trombosit, ilaç ilişkili trombositopeni, antiepileptik

Acil Dahiliye

PS-45

Abstract: 0175

BİR DİLEMMMA: NON-HODGKİN LENFOMA TANISI ALAN İTP HASTASI

Übeyde Ayşe Gülseren, Murat Köse, Alpay Medet Alibeyoğlu, Ayşenur Yılmaz, Erdem Bektaş

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

Giriş: İdiyopatik trombositopenik purpura (İTP) genellikle kanama ile prezente olan, otoimmün mekanizmalar ile trombosit yıkımının artış gösterdiği bir hastalıktır. Hastalığın kesin klinik veya laboratuvar bulgusu olmayıp trombositopeni yapan diğer nedenlerin dışlanması ile tanı konulur.

İTP hastalarında kanama tablosu hafif seyirli cilt ve mukoza kanamalarından hayatı tehdit eden organ kanamalarına kadar değişiklik gösterebilir.

Burada, bilinen İTP tanısı olup, üst GİS kanama ile başvurusunda non-Hodgkin lenfoma(NHL) tanısı konulan bir vaka sunulmuştur.

Olgu Sunumu: 45 yaşında olan erkek hastaya 1 yıl önce ciltte yaygın peteşiyal döküntüleri olması üzerine yapılan tetkikler sonucu İTP tanısı konulmuş, eltrombopag kullanılmaktaydı.

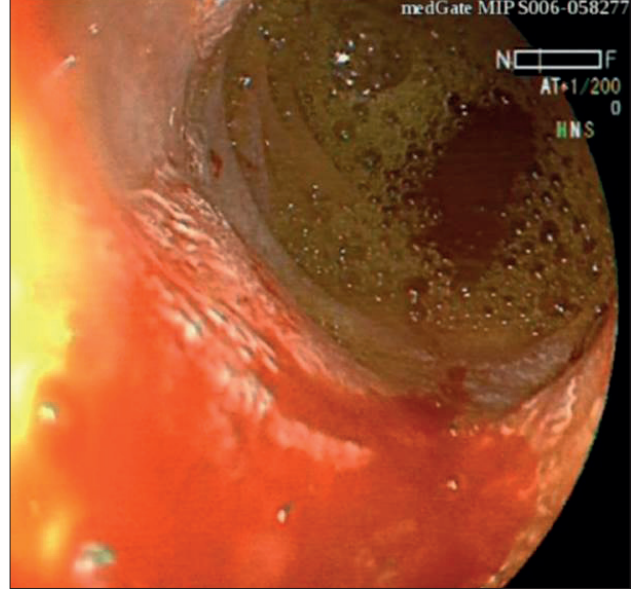
Yeni başlayan halsizlik, solukluk şikayetiyle gelen hastanın fizik muayenesinde normotansif, cilt soluk; peteşi, purpura, ekimoz yok, ağız içinde kanama yok, hepatosplenomegali palpe edilmedi, traube açık, rektal tuşe meleno ile uyumlu siyah cıvık gaita buluşuydu. Tetkiklerinde lökosit: 9600 $10^3/\mu\text{l}$, hemoglobin: 8.4 g/dL, MCV: 70 fL, trombosit: 42.000 $10^3/\mu\text{l}$, INR: 1, fibrinojen: 330 mg/dL, kreatin: 1.2mg/dL, LDH: 236U/L, ferritin: 4.2 ng/mL, demir: 18 μg /dL, transferin saturasyonu: %3'tü. Transaminaz, bilirubin, elektrolitler, idrar tahlili normaldi. Periferik yaymasında 30-40 binle uyumlu trombosit kümeleri ve hipokrom mikrositer eritrositler görüldü. Atipik hücre, şistosit görülmedi. Hastanın gastroskopisinde mide bulbus ve duodenum 2.kıtada noktasal peteşiler, mukozal sızıntı kanamaları görüldü. Hastaya uygun dozda IVIG replasmanı uygulandı. Trombosit değerleri 100.000 $10^3/\mu\text{l}$ 'in üzerine çıkan hastanın hemoglobin düşüşünün devam etmesi üzerine başka bir kanama odağı olabileceği şüphesiyle tekrar endoskopik inceleme yapılarak duodenum 2. kıta distalini görmek hedeflendi. Bulbus ve duodenum 2. kıta ödemli izlendi, duodenum 3. kıtada lümeni çepeçevre sarp daraltan üzeri eritemli, biyopsi pensisiyle sert palpe edilen lezyon izlendi. Batın BT'sinde proksimal jejunal ansların 6 cm'lik segmentinde lümeni daraltan asimetrik duvar kalınlık artışı ve lezyon çevresinde patolojik görünümlü lenf nodları izlendi. Duodenum biyopsisinde CD5 (+) B hücre fenotipli atipik lenfoid infiltrasyon görüldü. Ön planda mantle hücreli lenfoma ve kronik lenfositik lösemi/küçük lenfositik lenfoma lehine değerlendirildi.

Sonuç ve Tartışma: Lenfoma, B semptomları ve hızla büyüyen kitle ile agresif seyir gösterebileceği gibi indolen yavaş bir seyir ile yıllar içerisinde de semptomatik hale gelebilir. NHLlarda ektranodal tutulumun en sık görüldüğü dokular gastrointestinal kanal, dalak, waldeyer halkası, sinir sistemi ve cilttir. Öte yandan İTP bir

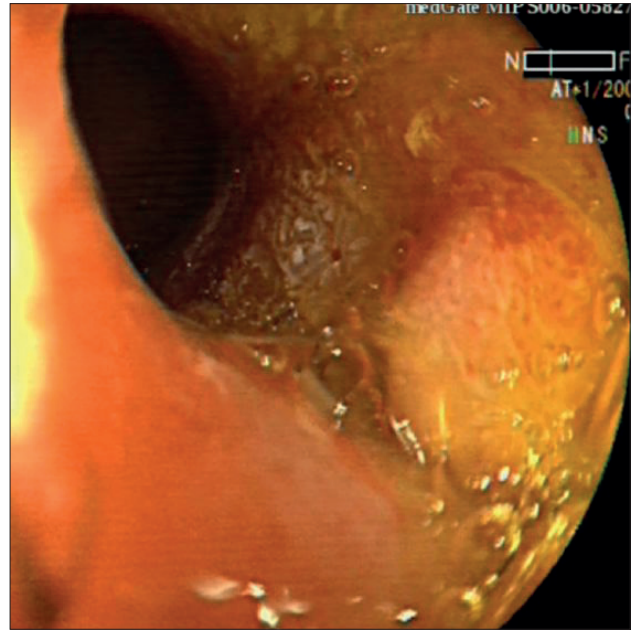
dışlama tanısı olup trombositopeni yapacak diğer tüm sebeplerin ekarte edilmiş olması gerekir.

Vakanın dilemması ise: Hasta geçtiğimiz bir yıllık süreçte İTP nedeniyle tedavi alırken sadece trombositopeni ile prezente olmuş yavaş seyirli bir lenfoma ile karşı karşıya mıydı? Yoksa İTP tanılı hasta kanamalı bir lezyonla prezente olan yeni tanı bir non-Hodgkin lenfoma mıydı?

Anahtar Kelimeler: nonhodgkinlenfoma, trombositopeni



Şekil 1. Gastroskopideki Kanamalı Alan



Şekil 2. Gastroskopideki Lezyon

COVID-19 İLİŞKİLİ İNFLAMATUAR MİYOZİTİS: OLGU SUNUMU**Özlem Can¹, Orkide Kutlu¹, Özay Yudum Naim¹, Eylem Özgül Çil¹, Pınar Demir¹, Neslihan Özsoy¹, Özgür Altun¹, Yücel Arman¹**¹Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği²Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Miyozitler başlıca enfeksiyonlar ya da otoimmunitenin neden olduğu, kas inflamasyonuna sekonder gelişen miyopatiler olup hastalar genellikle iskelet kaslarında ağrı, hassasiyet ve kas güçsüzlüğü semptomları ile hastaneye başvurmaktadır. Viral, bakteriyel, paraziter, mantar enfeksiyonları miyozite neden olabilir. Prognozu genellikle iyi olan bu hastalıkta en sık rastlanan patojenler virüslerdir. Akut enfeksiyöz miyozitin en sık sebebi influenza olmakla birlikte parainfluenza, coxsackievirus, EBV, CMV, HSV, HIV, adenovirüs, ekovirüs, hepatit B, hepatit C enfeksiyonlarına bağlı miyozitler görülebilir. Laboratuvar bulgular genellikle tanıyı destekleyici rol oynamakta ve ayırıcı tanıda yardımcı olmaktadır. Serum kreatinin kinaz (CK) ilk günlerde belirgin yüksektir, daha sonra düşmeye başlar. Çoğunlukla bir hafta içinde semptomlar gerilerken CK düzeyleri normale döner. Spontan iyileşme görülür, destek tedavi gerekebilir ancak çoğunlukla spesifik tedavi gerekmez. Rabdomiyoliz ve rabdomiyolize bağlı komplikasyonlar açısından izlem önemlidir. COVID-19 ile ilişkili rabdomiyoliz özellikle pediatrik grup ve genç erişkinlerde (18-35 yaş), COVID-19 enfeksiyonunun başlangıcında veya geç bir komplikasyon olarak tanımlanmıştır. Virüs kaynaklı rabdomiyolizin patogenezi net olmakla birlikte hipotezler miyositlerin virus tarafından istila edilmesi, viral antijenler ve miyositler arasındaki immün çapraz reaktivite ve sitokin fırtınası sonrası oluşan yaygın kas doku hasarıdır. Bu bildiride alt ekstremiteelerde yürümeye engel olacak şekilde kas yıkımı olmuş COVID-19 ilişkili viral miyoziti olan hastanın destek tedavi ile tamamen normale döndüğünü bildirmek istedik.

Olgu: 31 yaşında kadın 10gün önce başlayan halsizlik, iştahsızlık, bulantı, kusma, ishal, yürümede zorluk şikayetleri ile acil polikliniğimize başvurdu. Haşimoto tiroiditi, nodüler guatr sebebi ile operasyon öyküsü, ailede DM mevcuttu. TA:120/80mmHg, Nabız:98/dk, Ateş:36.5, SatO2:96. Bilinç açık koopere oryente, kas güçleri üst ekstremiteelerde 5/5, alt ekstremiteelerde proksimal ve distal kaslarda 2/5, derin tendon refleksleri hipoaktif; sistem muayeneleri doğaldı. Hb:9.2G/L(115-155), WBC:11,5.103/UL(3.8-10), lenfosit:1.1 103µL(1.18-3.74) AST: 2254U/L(0-32), ALT: 831U/L(0-33), LDH: 2516U/L(135-214), CK: 7586U/L(26-192), troponin: 0.153µG/L(<0.014), CRP: 186mg/L(0-5), ferritin: 549µG/L(30-400), INR: 1.41(0.8-1.25), albumin:23.9 g/L(35-52), TIT'de protein:+3, spot idrarda protein/kreatinin:915.61mg/G, total protein: 55 G/L(66-83), Sedim:32mm/h(1-15), Na+:126mmol/L(136-145), K+3.79mg/dL, P:2.41mg/dL(2.5-4.5), prokalsitonin:1.77µG/L(0-0.5), lipaz: 98.9U/L(13-60).Glikoz, üre, kreatinin, ürik asit, GGT, ALP, otal bilirubin, kolesterol, TG-LDL, amilaz, TSH, ft4, Mg+2, Ca+2 normaldi. EMG'de alt ekstremite proksimal kaslarında belirgin pozitif diken-fibrilasyon potansiyelleri, denervasyon aktivitesinin eşlik ettiği yaygın miyojen tutulum raporlandı. COVID-PCR 2 kez negatifti. Diğer viral etyolojiler için istenen HAV, HBV, HCV, HIV, CMV, EBV, HSV serolojileri negatifti. İnfluenza-Adenovirus-Rotavirus antijenleri, clostridium difficile toksin A-B negatifti. ANA, anti-ds-DNA, ENA profil, MPO-ANCA, PR-3ANCA, C3-C4 normaldi. Direk coombs pozitif, indirek coombs negatifti. İdrar kültüründe E.coli üremi. Kas kültüründe üreme olmadı. EKG'de sinüs taşikardisi vardı. EKO,

kranial MR, batınUSG, toraks BT normaldi. Hastaya hidrasyon ve destek tedavi verildi, rehabilitasyon prpgramı başlatıldı. Kas biyopsisi için pre-op anestezi hazırlığı esnasında 3.kez yapılan COVID-PCR pozitif gelen hasta yatışının 7.günü COVID servisine devredildi. COVID-19 protokollerine göre tedavi sonrası tüm laboratuvar değerleri ve kas gücü normale dönen hasta halen sağlıklı takibimizdedir.

Tartışma: COVID-19'un yaygın semptomları halsizlik, kas ağrısı ve hassasiyeti gibi semptomlar olup nadiren ciddi kas ağrısı ve kas güçsüzlüğü; rabdomiyoliz nedeni ile böbrek yetmezliği gelişen hastalar bildirilmiştir. Rabdomiyoliz, COVID-19'un başlangıcında veya hastalık seyrinde herhangi bir dönemde ortaya çıkabilir. Klinisyenler, lokalize kas ağrısı veya zayıflığı olan COVID-19 hastalarında miyozit/rabdomiyoliz olabileceğini düşünmeli, uygun tedavi ve rehabilitasyon yaklaşımları ile hastalar desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: COVID, miyozit, rabdomiyoliz**PANSİTOPENİ İLE PREZENTE OLAN GEÇ BAŞLANGIÇLI SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATUZUS OLGUSU****Gözde Balkaya Aykut, Mehmet Tayfur**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) klinik prezentasyonu oldukça değişken, birden çok organ ve sistem tutulumu ile seyredebilen otoimmün bağ doku hastalığıdır. Genellikle 15-50 yaş aralığında tanı alır ve genç kadınlarda daha sıktır. 50 yaş ve üzeri bireylerde lupus prevalansı oldukça düşük olup ileri yaş grubunda nadiren tanı konur. Bu olgular geç başlangıçlı SLE olarak tanımlanır. Biz de bu posterde 76 yaşındaki hastada pansitopeni ile prezent olan SLE olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Kür mesane kanseri tanılı 76 yaşındaki erkek hasta halsizlik, çabuk yorulma ve nefes darlığı şikayeti ile başvuruyor. EKG'si sinüs taşikardisi ile uyumlu olan hastanın tetkiklerinde Lökosit: 1.2x103 U/L, Hb: 7,4 g/dl, MCV: 87 fL, Trombosit: 48x103 U/L, BUN: 35 mg/dl, Kreatinin: 0,8 mg/dl, AST: 24 U/L, ALT: 23 U/L, LDH: 240 U/L, İndirekt bilirubin:0.16 mg/dl, Direkt bilirubin: 0,3 mg/dl, CRP: 30 mg/dl, Troponin I: < 0,01 ng/ml saptandı. Hasta pansitopeni etiyolojisinin tetkiki için dahiliye servisine yatırıldı. Hastanın fizik muayenesinde cildi soluktu. Hastanın periferik yaymasında atipik hücre ya da blast izlenmedi. Yayma normositer anemi ve trombositopeni ile uyumluuydu. Hastada Direkt-İndirekt Coombs: Negatif, Retikülosit oranı: %2,2, Demir: 81 ug/dl, TDBK: 196, Ferritin: 250 ng/ml, Vitamin B12: 531 ng/L, Folat: 8 ug/L, Sedimentasyon: 40 mm/saat saptandı. Viral markerları ve brusella aglutinasyon testi negatifti. Hastanın idrar tetkikinde proteinüri ve 2 eritrosit izlendi. 24 saatlik idrarda protein atılımı 645 mg/dl idi. Hastanın batın görüntülemesinde organomegali saptanmadı. Toraks görüntülemesinde plevral ya da perikardiyal efüzyonu yoktu. ENA profili gönderilen hastanın ANA: + (1/100), Anti-dsDNA: 697 IU/ml, Anti-SSA: +, Anti-Nükleozom: +, C3: 1,06 g/L, C4: 0,31 g/L saptandı. SLICC kriterlerine göre 3 klinik ve 2 immünolojik kriteri karşılayan hastaya sistemik lupus eritematozus tanısı konuldu. Hastanın medikal tedavisi planlandı.

Tartışma: Geç başlangıçlı SLE tanısı hastalık prevalansının düşük olması, daha sinsi ve hastalığa özgü olmayan semptomlarla ortaya çıkması nedeniyle oldukça zordur. Artralji, halsizlik, kilo

kayıbı gibi semptom ve ateş, lenfadenopati, pansitopeni gibi bulgularla prezente olabilir. Ayrıca tanıda ileri yaş grubundaki hastalarda sık görülen, benzer bulgularla prezente olan malignite ve endokrinopatilerle karışabilir. Buna bağlı SLE tanısı gecikebilir. Hastayı değerlendiren klinisyenin yüksek oranda şüpheli olması, geç başlangıçlı SLE gibi atipik şekilde prezente olan vakaların tanısı açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: lupus, pansitopeni, ileri yaş

Acil Dahiliye

PS-50

Abstract: 0188

SAÇLI HÜCRELİ LÖSEMİNİN NADİR BAŞVURU ŞEKLİ: SPONTAN SPLENİK RÜPTÜR

Tahacan Aydın¹, Özge Kara¹, Ruken Alçın¹, Umut Yılmaz², Muhlis Cem Ar²

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

²Istanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Splenik rüptür en sık travma sonrası gelişirken [1], travma ile ilişkili olmayan spontan dalak rüptürü nadir görülen ve yaşamı tehdit eden bir durumdur. Omuza yansıyan sol hipokondriumda ağrı, hipotansiyon ve taşikardi varlığında travma öyküsü olmasa bile dalak rüptürü akla gelmelidir [1]. Atravmatik splenik rüptürler genellikle dalağı infiltrate eden primer hematolojik hastalık ile ilişkilendirilmiştir. Bu bağlamda saçlı hücreli lösemi (Hairy Cell Leukaemia [HCL]) nadir splenik rüptür nedenlerinden biridir.

HCL; kemik iliği, periferik kan, dalak ve diğer organları infiltrate eden klinikte sıklıkla pansitopeni ve splenomegali ile kendini gösteren B-lenfosit kökenli kronik lenfoproliferatif bir hastalıktır [2]. HCL'de tanı anında hastaların dörtte biri asemptomatiktir. Semptomatik vakalar ise pansitopeni ile ilişkili komplikasyonlar ile başvururlar.

Amaç: Bu vaka sunumu ile travma öyküsü olmadan splenik rüptür ile başvuran ve HCL tanısı alan bir hasta üzerinden splenik rüptür kliniği ve ayıncı tanısının tartışılması ve nadir bir hastalık olan HCL hakkında farkındalık yaratılması hedeflenmiştir.

Vaka sunumu: Kronik rahatsızlığı olmayan 42 yaş erkek hasta 1 haftadır olan ateş, halsizlik, öksürük yakınmaları ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde batın sol alt kadranda hassasiyet ve splenomegali mevcuttu. Laboratuvar testlerinde pansitopeni ve akut faz yüksekliği saptanması üzerine kültürleri alınarak ampirik antibiyotik başlandı. Dışkılama sonrasında genel durumunda bozulma ve eş zamanlı hipotansiyon gelişti. Akut batın bulguları ile çekilen abdominal tomografisinde dalakta grade 3 subkapsüler hematoma izlendi. Konservatif yaklaşımla gözlem kararı alınan hastada aneminin derinleşmesi üzerine total splenektomi uygulandı. Splenektomi materyalinin patolojisi HCL ile uyumlu sonuçlandı. Kemik iliği aspirasyon biyopsisinde sitoplazmasında tüysü uzantıları olan, ACP ve TRAP pozitif matür atipik lenfositler saptandı. HCL tanısı alan hasta, pansitopenisinin ılımlı olması nedeniyle tedavimsiz olarak takibe alındı.

Sonuç: Spontan dalak rüptüründe neoplazi ilişkili olduğu düşünülen olguların yönetiminde total splenektomi ön planda yer alırken enfeksiyöz sebeplere bağlı durumlarda konservatif yaklaşım düşünülmektedir [3].

HCL'de belirgin semptomatik pansitopeni, aşikar splenomegali ve konstitüsyonel bulguların olması durumunda tedaviye başlanır. Kladrabin ve pentostatin pürin analogları, interferon alfa ilk aşama

mada kullanılırken; nüks/dirençli olgularda splenektomi, rituksimab ve seçilmiş vakalarda vemurafenib, anti CD-22, anti CD-25 antikorları tercih edilir.

Tartışma: Lenfoproliferatif hastalığı bulunan, özellikle masif splenomegalili hastalarda gelişen şiddetli karın ağrısı ve hipotansiyonda spontan dalak rüptürü mutlaka akla getirilmelidir. Bizim olgumuzda tanı spontan dalak rüptürü sonrasında konulmuştur. Günümüzde geniş tetkik olanakları ve hastaların hekime kolay erişimi nedeniyle tanı daha erken konulmakta; splenomegaliye bağlı komplikasyonlar daha nadir görülmektedir. Pansitopeni ve splenomegalili hastalarda çevresel kan yayması ve akış sitometrisi tanıya yardımcı olabilir. Özellikle masif splenomegalisi olan hastalarda intraabdominal basınç artıran (hırsırma, öksürük, defekasyon) durumların splenik rüptüre neden olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Spontan splenik rüptür, saçlı hücreli lösemi



Şekil 1. Splenik subkapsüler hematoma

Genel Dahiliye

PS-51

Abstract: 0189

DESENDAN NEKROTİZAN MEDIASTENİT: OLGU SUNUMU

Merve Altinel¹, Orkide Kutlu¹, İlknur Erkurt¹, Onur Derdiyok², Gülane Muradova¹, Ahmet Tarhan¹, Cansu Yazar¹, Nursena Çoban¹, Hediye Büşra Ergün¹, Özlem Can¹, Özay Yudum Naim¹, Alper Koyuncuoğlu¹

¹Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

²SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği

“Desendan nekrotizan mediastinit”, farengal, odontojenik enfeksiyonlara (özellikle ikinci/üçüncü mandibular molarlardan kaynaklanan, sublingual/submandibular boşlukları etkileyerek solunum yolu tıkanıklığına yol açabilen Ludwig anjinasına) sekonder gelişen, retrofaringeal/lateral faringeal boşluk yoluyla yayılarak mediastene doğru ilerleyen bir enfeksiyon durumudur. Lateral faringeal boşluk enfeksiyonları yoluyla gelişen mediastinit dişler dışında, parotis bezleri, bademciklerden nadiren otit, mastoidit veya epiglottitten kaynaklanabilir. Retrofaringeal boşluk enfeksiyonları ise farenjit, epiglottit, tonsillit, özefagus perforasyonu ile oluşarak boyundaki uzun fasyal planlardan superior mediastene yayılabilir. Tanıda sistemik enfeksiyon semptomları, bakteriyemisi olan hastada sternal yara yeri akıntısı olması, semptomların subakut gelişmesi şüpheli oluşturmaktadır. Sternal akıntı olmadığında BT görüntülemesinde mediastinal sıvı koleksiyonu, pnömomediastinum

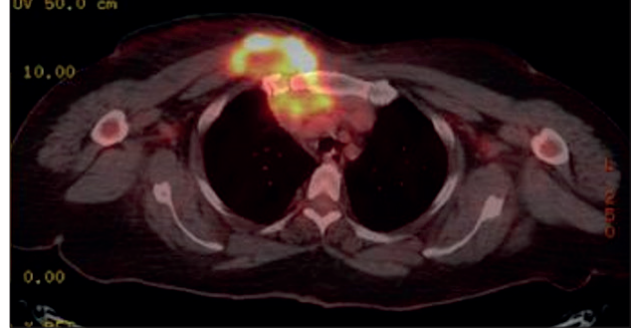
gibi mediastinit bulguları saptanabilir. Bu bildiride kronik ürtikeri nedeniyle yoğun immunsupresan almış diabetik hastada mediastinit tanısı konularak cerrahi drenaj sonrası şifanın sağlandığını bildirmek istedik.

Olgu: DM, hipotiroidi, kronik ürtiker tanıları olan 53 yaş kadın hasta, 1 aydır ürtiker lezyonları antihistaminik (levosetirizin, rupatadin, ketotifen) tedavilerle düzelmeyince dış merkezde yatırılarak yüksek doz IV steroid-omalizumab başlanmış. Taburculuğundan 2gün sonra sağ servikal/supraklavikular bölgede şişlik, kızarıklık, ödem, ısı artışı ve 400C varan ateşi gelişen hasta acil servimize başvurmuş. Glukoz:345mg/dL(74-100), WBC:29,3.103/uL(3.8-10), Neu:24,2.103/uL(1.56-6.13), CRP:346mg/L(0-5), prokalsitonin:0.56µg/L(0-0,5), HbA1c:9,5%(4-5.6) saptanınca enfeksiyon servismize yatırılmış. Muayenesinde sağ alt premolar dişte kavite, sağ klavikula superiorundan pektoral bölgeye uzanan yaygın şişlik, kızarıklık, hassasiyet mevcuttu. Kan kültüründe Metisilin duyarlı stafilococcus aureus(MSSA) üremesi olan hastaya 2 hafta süre ile klindamisin tedavisi verilmiş. Boyun USG-BT ve toraks BT'de submental, submandibuler, servikal(şişlik lokalizasyonunda-büyüğü 45x28mm konglomere), supraklavikular, infraklavikular, paratrakeal, mediastende multipl LAP, sternokleidomastoid kasını çevreleyen fasyada kalınlaşma, toraks ön duvarı-servikalde ödem; mediastende retrosternal alanda, düzensiz şekilli, heterojen, geniş yumuşak doku lezyonu malignite şüpheli değerlendirilince hasta dahiliye servisine devir alındı.

PET-CT'de orta hatta incisura jugularise, anteriorda pektoral kas planlarına, cilt altı dokulara, sağ akciğer üst lob içerisine uzanan, mediastende prevasküler alanı dolduran, heterojen yoğun artmış FDG tutulumlu düzensiz sınırlı yumuşak doku lezyonu (SUV-max:16.6) çevresinde reaktif LAPlar izlendi (Resim). Toraks difüzyon-MR'da 83x68mm'lik difüzyon kısıtlaması gösteren, heterojen, çevresel kontrastlanan amorf lezyon izlendi. Tanı amaçlı sağ parasternal, göğüs duvarına invaziv lezyondan iki kez alınan trucut biyopside malignite bulgusu saptanmadı "aktif-kronik nonspesifik iltihap" olarak değerlendirildi. Abse kültüründe MSSA üreyen hasta vankomisin ve metronidazol tedavisi altında abse drenajı amaçlı göğüs cerrahi kliniğine devir edildi. Sağ akciğer üst lob apikal segmentektomi ve 4 kot parsiyel rezeksiyonu yapılan hastanın akciğer segmentektomi biyopsisinde "abseleşme alanı, mikst tipte iltihap"saptandı. Hasta post-op 4.gün taburcu edildi. 1.ay kontrolünde klinik, labratuar ve BT bulguları normaldi.

Sonuç: Günümüzde en sık görülen mediastinit nedenleri kardiyovasküler veya torasik cerrahi sonrası olup nadiren penetran travma, komşu dokuların enfeksiyonları veya hematogen yayılma ile mediastinit gelişebilmektedir. Post-operatif mediastinit vakalarına tanı koymak zor olmasa da operasyon dışı etiyolojilere bağlı mediastinit vakalarında tanı zordur. Mediastinit gelişimi ile ilişkili risk faktörleri DM, KOAH, obezite,ileri yaş, böbrek yetmezliği ve immun supresyon durumlarıdır. Hastamızda ürtiker atakları için kullanılan immunsupresyonun odontojenik enfeksiyonun lateral faringeal boşluktan yayılarak mediastenite sebep olduğunu düşünüyoruz. Orofarengeal enfeksiyonun servikal fasyayı geçerek mediastinuma yayılımı mortalite oranı yüksek nadir görülen bir durum olarak hatırdta tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hipotiroidi, mediastinit



Şekil 1. Ön mediastende malignite şüpheli olarak değerlendirilmiş lezyonun 18 FDG-PET görüntüsü

Hematoloji

PS-52

Abstract: 0198

SANTRAL VENÖZ KATATER ÇEKİLMESİNDEN SONRA GÖRÜLEN LEMIERRE SENDROMU, OLGU SUNUMU

Emel Özay, Uğur Arzu Kulu, Ekin Kırçali, Selami Koçak Toprak

Ankara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

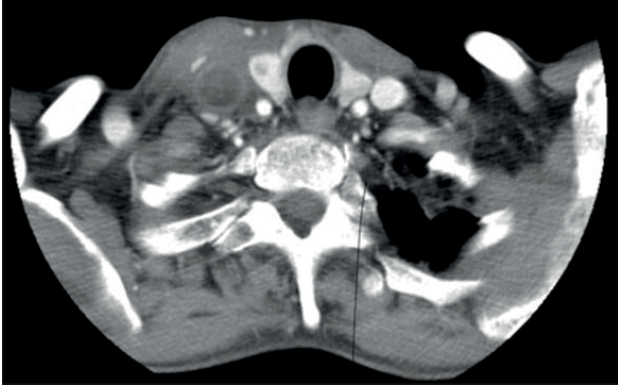
İnternal juguler venin septik tromboflebiti olarak adlandırılan Lemierre sendromu nadir görülen bir antitedir. Genellikle genç sağlıklı kişilerde orofarengeal enfeksiyonları takiben veya daha az oranda mastoidit, otit, diş enfeksiyonları, faringeal apseler veya enfeksiyöz mononükleoz sonrası; enfekte trombüs materyali, çevre yumuşak dokuda enfeksiyon, persistan bakteriyemi ve septik emboliler ile prezente olabilir. Enfeksiyonun hematogen yayılımının kontrol altına alınması kritiktir. Çoğu hastada antikoagülasyon gerekmez ancak süregelen ateş, progresse trombüs, uygun antibiyoterapi altında bakteriyemi durumlarında antikoagülasyon önerilmektedir. Yazımızda geçici juguler kateteri çekildikten sonra Lemierre sendromu gelişen orta yaşlı hematolojik maligniteli hastadan bahsedilmektedir. Hastada gelişen internal juguler ven trombozu kateter ilişkili düşünülmekte olup, malignitelere sıklıkla bilateral juguler ven trombozu gözlenmesi nedeniyle sebep olarak malignite önplanda düşünülmemiştir fakat yardımcı predispozan faktör olarak değerlendirilmiştir.

59 yaşında ek sistemik hastalığı olmayan erkek hasta yüksek riskli (MIPI:7.5) Evre 3 Mantle Hücreli Lenfoma nedeniyle Nordic protokolüyle tedavi edilmiş olup tam remisyonda izlenmekteydi. Konsolidatif otoplastik kök hücre nakli için servismize kabul edilen hastaya geçici juguler kateter takılarak BEAM protokolüyle otoplastik nakle hazırlandı. Naklinin +9. Gününde trombosit, +10. gününde nötrofil engrafmanı olan hasta ateşleri nedeniyle geniş IV antibiyoterapi ile (meropenem, teikoplanin, tigesiklin, vorikonazol) takip edilmekteydi. Ateşsiz seyretmeye başlayan ve akut faz reaktanları gerileyen hastanın antibiyoterapisi tamamlanarak taburculuğu planlanmaktaydı. Taburculuğu planlanan hastanın juguler venöz kateterinin çekilmesini takiben hastada ateş ve akut faz reaktan progresyonu meydana geldi. Muayenede orofarenks doğal, eksudatif veya eritematöz değildi. Boyun sağ lateralde hassasiyet ve yaklaşık 2 cm çapında palpe edilen yeni gelişimli muayene ile palpe edilebilen lenfadenopatisi mevcuttu. Hastada zorlu solunum, hipoksi veya boyunda venöz dolgunluk mevcut değildi. Sistemik muayenesinde ek bulgu saptanmadı. COVID PCR testi negatif bulundu. Ateş etyolojisi açısından çekilen Kontrastlı Toraks ve Boyun BT'de sağ İnternal Juguler Ven'den Brakiosefalik Ven'e uzanan septik orijini olabilecek total trombüs materyali, çevre yağ

dokuda inflamatuvar dansite artımları ve heterojen kontrastlanma izlenen lenf nodları saptandı. Hastada Lemierre Sendromu düşünüldü. Hastaya yapılan EKO'da trombus veya enfektif endokardit lehine bulgu saptanmadı. Geniş antibiyoterapiye rağmen sebat eden ateş nedeniyle antibiyoterapiye daptomisin eklendi, terapötik dozda enoksaparin başlandı. Hastaya çekilen kontrol BT'de internal juguler vendeki trombüste progresyon ve rekanalize akım izlenmedi. Akut faz reaktanları gerileyen ve ateşleri kontrol altına alınan hasta komplikasyon gelişmeden iyilik haliyle taburcu edildi. Hastaya taburculuk sonrası 3 ay süreyle antikoagulan tedavi düzenlendi. Hasta düzenli kontroller ile takip edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Lemierre Sendromu, Santral Venöz Katater, Tromboflebit

Kontrastlı Boyun Bilgisayarlı Tomografisi (Venöz faz)



Şekil 1. Katater çekilmesinin 2. gününde meydana gelen bulgulara müteakip çekilen kontrastlı görüntüleme

Hematoloji

PS-53

Abstract: 0199

SEBEBİ BİLİNMEYEN ATEŞLE PREZENTE OLAN RİCHTER DÖNÜŞÜMLÜ KLL VAKASI

Uğur Arzu Kulu, Emel Özay, Şeyda Ayhan, Ekin Kırçalı, Selami Koçak Toprak

Ankara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: En az 3 hafta boyunca, 38,3c ve üstü değerlerin, hastanede en az 1 hafta kalındığı halde etiyolojinin aydınlatılmadığı duruma sebebi bilinmeyen ateş (SBA) denir. Bölgelere, ülkelere ve hasta popülasyonuna göre etiyolojisi değişmektedir. SBA'da yapılan ileri tetkiklerle en sık rastlanılan etiyolojiler; enfeksiyonlar, bağ doku hastalıkları (örn:vaskülitler, SLE, polmyalyji romatica) ve primer maligniteye bağlı hastalık ateşidir. Biz de kronik ateş etiyolojisi araştırılırken Richter transformasyonu tanısı konulan vakamızı paylaşmaktayız.

Olgu: 64 yaşında kadın hasta 2006'dan beri kronik lenfosit lösemi (KLL) tanısı mevcut, yaklaşık 35 gündür olan ateş ve halsizlik nedeniyle tarafımıza servise kabul edildi. Kabul anında hastanın vitallerinde vücut sıcaklığı 39c derece, tansiyonu 100/60 mm/Hg görülmesi üzerine ön planda septik kabul edilen hastaya ampirik geniş spektrumlu antibiyoterapi (AB) başlandı. Hastanın yatış kanlarında karaciğer enzimlerinde ve direkt bilirubin hakimiyetinde bilirubin yüksekliği ve akut faz yüksekliği (AFR) görüldü, tam kan sayımında ise lökositöz ve trombositopeni dışında anlamlı bir patoloji saptanmadı. Hastanın mevcut tedavi altındaki takiplerinde klinik ve AFR yanıtı görüldü. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde 4 yıl

önce total çene implantı olduğu ve son 3 aydır sağ alt çenede lokalize ağrı tariflemesi üzerine yapılan değerlendirmede periimplantit tanısı alan hastanın ab terapisi olası etkenlere yönelik revize edildi. Takiplerinde enfektif endokardit (EE)'e yönelik yapılan EKO'sunda enfektif odak görülmedi. Bunun üzerine tarafımızca diğer olası kronik ateş etiyolojileri araştırıldı ve yapılan tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Takiplerinde karaciğer enzim yüksekliğinin sebat etmesi ve AB rejimine AFR yanıtı alınamaması nedeniyle hastaya toraks-abdomen-pelvik bilgisayarlı tomografi (TAP-BT) planlandı. Çekilen ve daha önceki görüntülemelerle yapılan karşılaştırmalı TAP-BT'sinde; mediastinal ve her iki hiler yerleşimli büyüklere sağ inferior pulmoner ligaman seviyesinde 30x15 mm ölçülen çok sayıda boyut artışı gösteren lenfadenopati, sol internal mammarian yerleşimli büyüklere 20x18 mm ölçülen lenf nodları Karaciğerde sağ lob yerleşimli büyüklere yaklaşık 1 cm çapında ölçülen silik hipodens lezyonlar, benzer şekilde dalak parankiminde de milimetrik nodüler hipodens lezyonlar, hepatosplenik kandidiazis lehine bulgular ve mezenterik, paraaortik, parakaval, interaortakaval, periportal, sol parailiak yerleşimli yeni gelişimli büyüklere periportal alanda 30x18 mm ölçülen çok sayıda lenf nodu saptanması üzerine hastanın mevcut tedavisine antifungal eklenerek takibine devam edildi. Enfektif sürecin gerilemesi ve klinik stabilizasyonu sağlanması üzerine hastadan laparoskopik cerrahi ile periportal alandan eksizyonel lenf nodu biyopsisi yapıldı. Patolojik incelemede T-hücreden zengin büyük B hücreli lenfoma saptanması üzerine hasta KLL zemininde Richter dönüşümü olarak değerlendirildi ve ileri evreleme, tedavi planı için tarafımızca takibe alındı.

Tartışma: Richter transformasyonu, hematolojik lenfoproliferatif hastalıkların seyirinde görülebilen, indolen hastalığın agresif transformasyona uğraması olarak tanımlanabilir. Hematolojik maligniteyle takip edilen hastalarda diğer bulgular desteklemese de, kronik SBA etiyolojisi araştırılırken Richter dönüşümü akla gelmelidir

Anahtar Kelimeler: Kronik Lenfosit Lösemi, Richter Transformasyonu, Sebebi Bilinmeyen Ateş

Tablo 1. Rai evreleme sistemine göre vakanın takip ve başvuru anındaki evresi

	12.2020	02.2021
Lökositöz	22.00	24.750
LAP	-	**
SM/HM	-(fm/görüntüleme)	**
Anemi	-	-
Trombositopeni	-	90.000

** Başvuru anında fizik muayene ile saptanamamış ancak takip eden süreçte SBA etiyolojisine yönelik yapılan görüntülemelerde ortaya konmuş bulgular

Hematoloji

PS-54

Abstract: 0201

PANSİTOPENİ, B SEMPTOMLARI, SPLENOMEGALİ İLE TETKİK EDİLEN HASTADA MALİGNİTE İLİŞKİLİ HEMOFAGOSİTİK SENDROM: OLGU SUNUMU

Selin Erfiliz¹, Özen Dedeoğlu², Tayfur Toptaş²

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Hemofagositik lenfositosis (HLH) sistemik inflamatuvar bozukluklara eşlik eden, T-lenfosit ve makrofajların hiperaktivasyonu ve proliferasyonu sonucu aşırı sitokin salınımı ile seyreden

hayatı tehdit edici ciddi bir tablodur. HLH; ailesel veya sporadik bir bozukluk olarak ortaya çıkabilir; enfeksiyonlar, radikal stres, metabolik hastalıklar, immün yetmezlikler, kollajen doku hastalıkları ve maligniteye bağlı gelişebilir (Tablo 1). Bir aydır süren B semptomları, splenomegali ve pansitopeni nedeni tetkik edilen 91 yaş kadın hastada hematolojik malignite araştırmasında hiperferritinemi, hipertrigliseridemi ve hipofibrinojemi de saptanması üzerine malignite ilişkili HLH düşünüldü.

Amaç: Bu olgu sunumu malignite tanısında ya da seyrinde karışılabilir ciddi, yaşamı tehdit eden bir durum olan HLH'ye dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

Yöntem: HLH tanısında yöntem olarak 2004-HLH tanı kriterleri kullanılmıştır.

Bulgular: Elde edilen bulgularda ateş+, splenomegali +, pansitopeni, Hb<9.0 g/dL, PLT<100,000/mikrolitre, hiperferritinemi, hipertrigliseridemi ve/veya hipofibrinojemi 5/8 kriterleri (Tablo 2) bulunan hastanın yapılan kemik iliği biyopsisinde CD20 pozitif lenfoma infiltrasyonu izlendi.

Sonuç: Erken tanı ve tedavi yüksek mortaliteye rağmen hayat kurtarıcı olduğu için HLH-2004 tedavi protokolü kapsamında hastaya deksametazon ve siklosporin uygulandı. Altta yatan malignite tedavisi ile birlikte HLH-2004 protokolü sonlandırıldı. Hastanın takiplerinde reaktivasyon gözlenmedi. Sonuç olarak; uzun süren ateş veya nüks eden ateş, ilerleyen pansitopeni ve hepatosplenomegali saptanan hastalarda HLH'de düşünülmeli ve kemik iliği aspirasyonu gecikmeden yapılarak hemofagositoz araştırılmalıdır. Böylelikle yüksek mortaliteye sahip HLH'nin tedavisi erken başlanacağı için sonuç daha yüz güldürücü olabilecektir. Hızlı tedavi kritik öneme sahiptir. Başarılı bir sonucun önündeki en büyük engel, bu sendromun nadir olması, değişken klinik görünüm ve klinik ve laboratuvar bulgularının özgülüğünün olmaması nedeniyle genellikle tanıda gecikmedir.

Anahtar Kelimeler: hemofagositik sendrom, hemofagositik lenfositosis, sekonder hemofagositoz

Tablo 1. Hemofagositik sendromun sınıflandırılması	
1. Genetik (primer) HLH	2. Akkiz (sekonder) HLH
-Ailevi (familiyal) HLH (Farquhar hastalığı): Bilinen gen defektleri Bilinmeyen gen defektleri	-Ekzojen ajanlar (İnfeksiyon, toksinler) İnfeksiyonla ilişkili hemofagositik sendrom
-İmmün yetmezlik sendromları: Chediak-Higashi sendromu 1 (CHS 1) Griscelli sendromu 2 (GS 2) X'e bağlı kalıtım gösteren lenfoproliferatif sendrom (XLP)	-Endojen ürünler (Doku hasarı, metabolik ürünler, radikal stres)
	-Romatizmal hastalıklar Makrofaj aktivasyon sendromu
	-Malign hastalıklar

Tablo 2. Hemofagositik sendrom tanı kriterleri

1. Ailevi hastalık/bilinen genetik defekt
2. Klinik ve laboratuvar tanı kriterleri*
-Ateş (>7 gün, >38,5°)
-Splenomegali
-Sitopeni (en az 2 hücre serisi): Hemoglobin <9 g/dL (4 haftanın altında 12 g/dl) Trombositler <100x10 ⁹ /L Nötrofiller <1x10 ⁹ /L
-Hipertrigliseridemi ve/veya hipofibrinojemi: Açlık trigliseridi > 3 mmol/L Fibrinojen <1,5 g/L -Ferritin >500 µg/L -sCD25 >2400 U/ml
-NK hücre aktivitesinin azalması veya hiç olmaması -Kemik iliği, beyin omurilik sıvısı veya lenf nodlarında hemofagositoz
*Serebral bulguların varlığı, transaminaz, bilirubin ve laktat dehidrogenaz artışı destekleyici bulgulardır.

Genel Dahiliye

PS-57

Abstract: 0212

PERİTONEAL KARSİNOMATÖZÜ TAKLİT EDEN SPLENOZİS OLGUSU

Hakan Şıvgın¹, Şafak Şahin¹, Yaşar Birişik²

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Tokat

Giriş: Abdominal splenozis, dalak dokusunun splenektomi veya travmaya sekonder olarak karın içine ototransplantasyonudur. Peritoneal karsinometozisi taklit eden abdominal splenozis olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 48 yaşında erkek hasta 4 yıldır aralıklı sağ üst kadran ağrısı semptomu olması nedeniyle yapılan dış merkez görüntüleme tetkiklerinde peritoneal implantlar? saptanması nedeniyle malignite ön tanısı ile ileri tetkik ve tedavi için hastanemize sevk edilmişti. Etyoloji amaçlı ileri görüntüleme ve endoskopi kolonoskopi yapılan hastada malignite lehine bir bulguya rastlanılmakzen dinamik BT ve MR da karaciğer her iki lob komşuluğunda en büyüğü sağ lob segment VII komşuluğunda yaklaşık 28x18 mm boyutlarında perisplenik alanda, transvers kolon anterior komşuluğunda ve omental yağlı doku içerisinde peritoneal yüzeylerde en büyüğü transvers kolon anterior komşuluğunda yaklaşık 20x15 mm boyutunda olmak üzere çok sayıda dinamik kontrastlı serilerde tüm fazlarda homojen şekilde kontrast madde tutulumu gösteren bazıları lobüle konturlu, bazıları oval şekilli solid lezyonlar ve ayrıca dalak lojunda yaklaşık 53x20 mm'lik bir alanda birbirine komşu lobüle konturlu bazılarının sınırları birbirleri ile net olarak ayırt edilemeyen hepatik bölgede ve batın içerisinde tariflenen lezyonlarla benzer şekilde kontrastlanan yumuşak dokular mevcuttu. Dalak lojunda anterior epigastrik alanda, falciform ligament düzeyinde ve karaciğer segment 6-7 bileşkesinde izoekoik nodüler görünüm izlenmesi, dalak lojunda yaklaşık 53x20 mm'lik bir alanda birbirine komşu lobüle konturlu bazılarının sınırları birbirleri ile net olarak ayırt edilemeyen hepatik bölgede ve batın içerisinde tariflenen lezyonlarla benzer şekilde kontrastlanan yumuşak dokular saptanması ve hastanın özgeçmişinde 16 yıl önce trafik kazası nedeniyle splenektomi öyküsünün olması ve merkezimizdeki dinamik bt sinde tüm fazlarda İzodens olan nodüller olması splenozisi olasılığını düşündürdü. Splenozisde tru cut biyopsi kontrendike olduğundan biyopsi yapılmadı. Splenektomi öyküsü olması nedeniyle splenozis olasılığı göz önüne alınarak yapılan

STEROİDE DİRENÇLİ EKSTRAPULMONER TUTULUMLU SARKOİDOZ OLGUSU

Gulshan Karimli¹, Serdal Uğurlu²

¹*Istanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

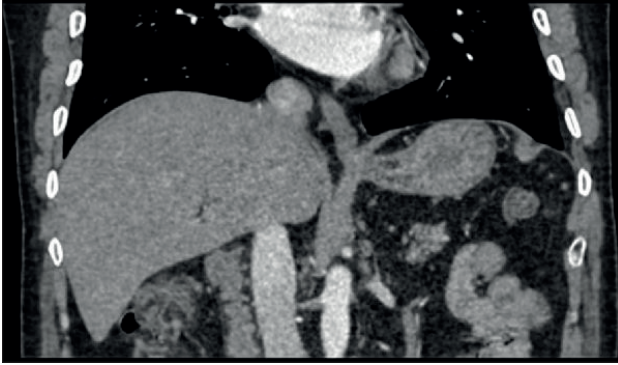
²*Istanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

99mTc işaretli eritrosit dalak sintigrafisinde kitlelerin dalak dokusu ile uyumlu olduğu izlendi ve takip kararı alındı.

Sonuç: Sonuç olarak splenozis, nadir görüldüğü düşünülse de dalak rüptürü nedeniyle splenektomi olan hastalarda oldukça sık görülmekte olup, sıklıkla asemptomatik hastalara yapılan radyolojik incelemelerde tesadüfen saptanmaktadır. Travma sonrası splenektomi öyküsü olan hastalarda saptanan karın içi solid tümörlerinin ayrıntı tanısında Lenfoma, metastatik lenfadenopati, peritoneal karsinomatoz gibi durumları taklit eden abdominal splenozis unutulmamalı ve ayrıntı tanıda değerlendirilmelidir.

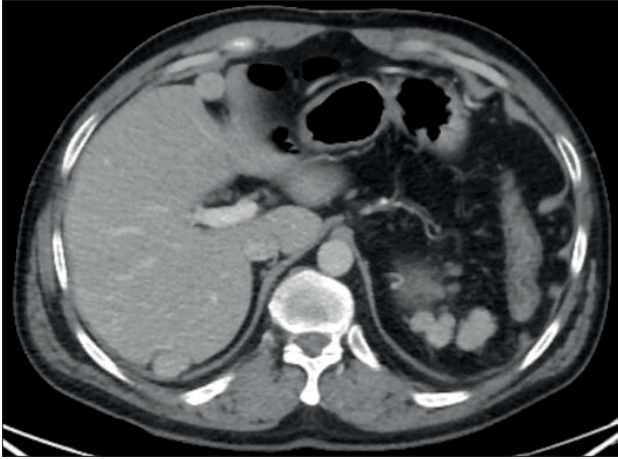
Anahtar Kelimeler: Splenozis, splenektomi

Dinamik Abdomen BT



Şekil 1. Dalak lojunda yaklaşık 53x20 mm’lik bir alanda birbirine komşu lobüle konturlu bazılarının sınırları birbirleri ile net olarak ayırt edilemeyen hepatik bölgede ve batin içerisinde tarifiyen lezyonlarla benzer şekilde kontrastlanan yumuşak dokular

Dinamik Abdomen BT



Şekil 2. Dalak lojunda anterior epigastrik alanda, falciform ligament düzeyinde ve karaciğer segment 6-7 bileşkesinde Posteriorda dalak ile izoekoik nodüler görünümler

Giriş: Sarkoidoz non-kazefiye granülomlarla karakterize multisistemik enflamatuvar hastalıktır, etiyolojisi bilinmemektedir. Akciğer tutulumu (%90) tipik olmakla beraber vücuttaki herhangi bir organ ve/veya doku etkilenebilir. Hastalığın kendiliğinden iyileşmesi yaygındır, ancak hastaların %10 kadarında ilerleyici organ yetmezliği ortaya çıkabilir. Glukokortikoid tedavisine rağmen hastaların %10 kadarında direnç görülür ve ilerleyici solunum yetmezliğiyle komplike olabilir. Bu hastalarda immünosupresif tedavi seçeneği düşünülmelidir. Olguda steroide dirençli akciğer ve karaciğer, dalak ve lenf nodu (LN) tutulumları olan hasta tartışılacaktır.

Olgu: 32 yaşında erkek, sarkoidoz tanısıyla dış merkezde takipli hasta İstanbul’a taşınmış kontrole devam edilmesi için tarafımıza başvurdu. 2016-da kilo alamama, eklem ağrısı şikayetiyle tetkik edilmiş. Akciğer, karaciğer ve dalakta multipl yerkaplayıcı lezyon saptanmış, karaciğer İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapılmış, granülom ve EZN pozitif boyanan bir adet şüpheli mikroorganizma saptanmış. Tüberküloz öntanisiyla sekiz ay dördü anti-tüberküloz tedavisi kullanmış. Takiplerde Eritrosit sedimantasyon hızı (ESH) ve ALP, GGT yüksekliği, kontrol batin MR-da progresyon bulguları saptanmış. Karaciğer İİAB’i tekrarlanmış, fakat granülom saptanmamış. Anjiontensin dönüştürücü enzim (ACE) 92 IU/L yüksek saptanmış, sarkoidoz düşünülerek Steroid tedavisi başlanmış. Takiplerde artralji şikayeti devam etmiş tedaviye sırasıyla Metotreksat, Azatioprin, İnfliksımab eklenmiş. Başvurusunda melitprednizolon 4mg tedavisi almaktaydı. Şikayetleri devam ettiği için tekrardan ayrıntı tanılar açısından tetkik edildi. Tedavisi aksayan hastanın başvurusundaki laboratuvar değerleri Tablo 1’de özetlenmiştir. Fizik muayenede karaciğer dalak ve aksiller, servikal, inguinal LN-leri nonpalpable. Toraks BT-de sağ akciğer üst lobda 9mm kalsifiye stabil nodül, batin MR-da karaciğer konturlar ve parankima strüktürü doğal, multipl lezyonlar izlenmekte, dalak boyutu artmış (135 mm). Safra yollarında dilatasyon yok. Primer sklerozan kolanjit? otoimmün hepatit markerler gönderildi, negatif sonuçlandı. Malignite? ANCA ilişkili vaskülit? değerlendirmesi için FDG PET-CT çekildi. Karaciğerdeki nodüler lezyonlar (SUVmax=5.3) ve dalak seviyesinde LN tutulumu (SUVmax=1.9) granümatöz-enflamatuvar hastalıklar lehine uyumlu bulundu. Diğer granümatöz sebeplerden tüberküloz, tifo, sifilis, treponema, brucella, viral (EBV, CMV, hepatit B, C) ve fungal enfeksiyonlar dışlandı. Önceki Karaciğer İİAB’leri revize edildi: ilk yapılan biyopside non-nekrotizan granülomlar ve geniş parankim hasarı nedeniyle granümatöz hepatit ile giden hastalıkların değerlendirilmesi önerildi. Hasta Romatolojiye danışıldı, Sarkoidoz tanısıyla Adalimumab, Prednizolon 30 mg başlandı. Tedavinin 2.haftasındaki değerleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Steroid dozu azaltılarak kesildi. Tedavinin 3. ayında çekilen batin MR-da (resim 2) karaciğerdeki lezyon sayı ve boyutlarında totale yakın regresyon izlendi. Klinik ve laboratuvar yanıt alınan hasta romatoloji takibinde.

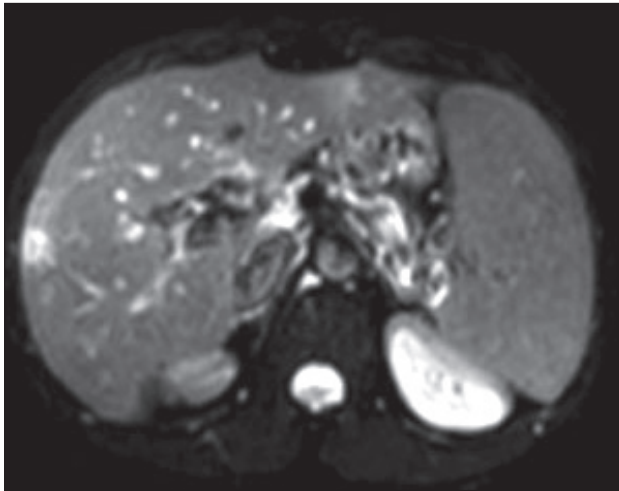
Sonuç: Sarkoidozda hastaların %8’i akciğer tutulumu olmaksızın ekstrapulmoner tutulumla prezante olur. Hepatik sarkoidozlu hastalar genellikle asemptomatiktir, ancak çoğunda karaciğer fonksiyon testi anormallikleri veya hepatomegali vardır. Vakaların 1/100 den azında siroza ilerleme bildirilmiştir. Karaciğer ve da-

lakta nodüler lezyon saptandığında ve/veya hepato-splenomegali nedenleri arasında akla gelmelidir. Tanıda histopatolojik değerlendirme önemlidir ve diğer non-kazifiye granülomatoz hastalıklar dışlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: granülomatoz hastalıklar, sarkoidoz, TNF alfa inhibitörleri

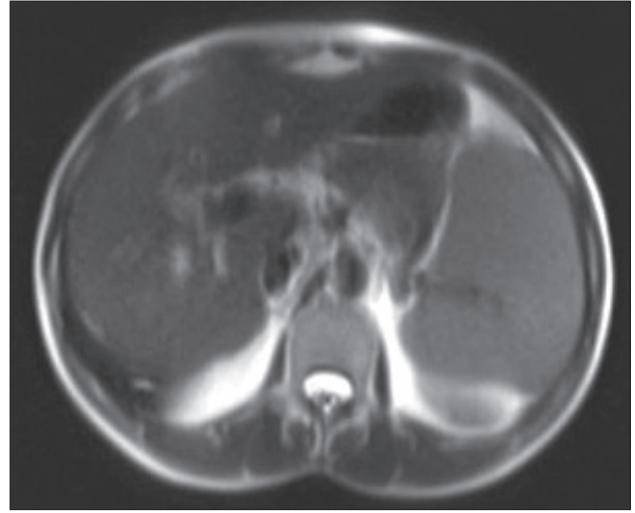
Tablo 1. Hastanın başvuru anı ve tedavi sonrası laboratuvar değerleri		
	Başvuru Anı	Tedavi Sonrası
Hb/Hct (g/dl)/%	10.8 / 31	13.7/42
WBC /Neut (10 ⁹ /l)	10.6 / 7.9	6.8 / 4.16
PLT (10 ⁹ /l)	318	197
Üre /kre (mg/dl)	20 / 0.58	32 / 0.6
AST/ALT (U/l)	12 / 11	20 / 15
ALP/GGT (U/l)	59 / 23	52 / 14
T.Bil / D. Bil (U/l)	0.29 / 0.13	0.78 / 0.29
Ca (mg/dl)	8.9	9.1
CRP (mg/l)	151	1.3
Sedimentasyon (mm/h)	64	2
Ferritin (ng/ml)	709	212
ACE düzeyi (iu/l)	17 (normal)	
IGG / IGA / IGM (mg/dl)	959 / 167 / 173	
C3 /C4 (gr/l)	1.59 / 0.49 (normal)	
ANA / anti-dsDNA	negatif/negatif	
RF / anti- CCP	14.4/negatif	
ASMA/AMA/Anti LKM	negatif	
PR3 / MPO -ANCA:	negatif/negatif	
Anti SS-A / B	negatif/negatif	

üst batın MRT



Şekil 1. Başvuruda üst batın dinamik MRG, karaciğerde sarkoid nodüller

Üst batın MRT



Şekil 2. Tedavi sonrası karaciğerdeki nodüllerde totale yakın regresyon

Genel Dahiliye

PS-59

Abstract: 0214

COVID-19 ENFEKSİYONU SONRASI TEKRARLAYAN, ANTI-IL-1 TEDAVİSİNE YANITLI BİR PLÖROPERİKARDİT TABLOSU: OLGU SUNUMU

Semra Cemre Atalar¹, Okan Çetin¹, Yağmur Göksoy², Mustafa Altınkaynak², Shirkhan Amikishiyev³, Timur Selçuk Akpınar², Bülent Saka², Ahmet Gül³, Sebile Nilgün Erten²

¹Istanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Istanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, İstanbul

³Istanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Asemptomatik ya da semptomatik geçirilen COVID-19 enfeksiyonunu seyirinde farklı nedenlerle sistemik bir hiperinflatuvar yanıt gelişebilmektedir ve bu zeminde serozit tablosu görülebilmektedir. Sunumumuzda asemptomatik COVID-19 enfeksiyonu sonrası tekrarlayan, anti-IL-1 tedavisine yanıtli plörit ve perikardit tablosu ile başvuran bir olgu bildirilmektedir.

Vaka: Kırk yedi yaşında kadın hasta, temmuz 2021 tarihinde ateş, sırta vuran, nefes alıp vermekle artan göğüs ağrısı şikayetleriyle hastanemize başvurdu. Akut faz reaktanlarında (CRP:173 mg/L, ESH:72, Ferritin: 442 ng/mL, D-dimer: 2680 µg/L) yükseklik, pleural ve perikardiyal efüzyon saptanması üzerine servisimize yatırıldı. Muayenesinde sol akciğer bazalde solunum sesleri azalmıştı, kalp sesleri derinden duyuldu, organomegali saptanmadı. Ekokardiyografide perikardiyal efüzyon, perikard kalın ve fibrinli görüldü. Toraks BT'de sol akciğerde 1,5 cm pleural efüzyon ve rezolüsyon döneminde olan Covid-19 sekeliyle uyumlu tutulum görüldü. Pleural efüzyon örnekleme sonucu eksüda vasfında sonuçlandı, sitolojisinde özellik görülmedi. Alınan kan, idrar ve pleural sıvı kültürlerinde üreme olmadı. Tüberküloz açısından değerlendirmeler, viral, otoimmün seroloji negatif sonuçlandı. MEFV geninde E148Q heterozigot mutasyon saptandı. PET-BT'de perikardda (SUDmax:2.5) minimal FDG tutulum dışında anlamlı tutulum görülmedi. Pleural sıvının eksudatif olması, perikard sıvısının fibrin içermesi ve eşinde tüberküloz anamnezi olması üzerine anti-tüberküloz profilaksisi başlandı. Etiyolojide olası sebeplere bakılarak açıklayacak neden bulunamayan hastada,

YENİ TANI ÇÖLYAK HASTASINDA PULMONER EMBOLİ

Selma Akdoğan, Parvin Baghirova

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

COVID-19 enfeksiyonu düşündürülen akciğer tutulum özellikleri sebebiyle, olası COVID-19 ilişkili plevral ve perikardial efüzyon düşünülmekle metilprednizolon 20 mg/gün başlandı. Steroid tedavisi ile yakınması azalmakla beraber metilprednizolon 8 mg/gün dozuna inildiğinde hastanın ateş, göğüs ağrısı yakınmaları tekrar başladı. Klinik bulgular, görüntüleme ve laboratuvar bulguları COVID-19 sonrası uzamış enflamasyona ikincil rekürren plörit ve perikardit ile uyumlu düşünülmekle anakinra 1*100 mg/gün, kolşisin tablet 3*0,5 mg/gün başlandı. Semptomlarının 3. ayında mevcut tedavi ile tam klinik ve laboratuvar yanıt alındı, kontrol görüntülemelerinde plevral ve perikardiyal efüzyon görülmedi.

Tartışma: Sunulan vakada yüksek ateş, serozit, yüksek akut faz yanıtı, genç yaş gibi klinik özelliklerin varlığı ve patogenezi COVID-19 zemininde immün sistemde kontrolsüz NLRP3 inflamazomu uyarısı ile artan IL-1β'in rolü de ele alındığında, anti-IL-1 tedavisine klinik ve laboratuvar yanıtın önemi ele alınmıştır. Literatürde COVID-19'a bağlı perikarditlerin tedavilerinde anti-inflamatuar tedaviler (NSAİİ, kortikosteroid, kolşisin), anakinra ve perikardiyosentez kullanılan vakalar mevcut olmakla birlikte özellikle kortikosteroid bağımlı rekürren perikarditlerde anakinra kullanımının rekürrensi ve steroide bağlı yan etkileri azaltmada faydalı olduğu bildirilmiştir.1,2

Kaynaklar

1. Domínguez DR, Cid AR, Fernández CC, Almeda CM, Garrido JLL, Cubillo MDP. Recurrent pericarditis after Covid-19. Reumatología Clínica 2021.
2. Imazio M, Andreis A, De Ferrari GM, et al. Anakinra for corticosteroid-dependent and colchicine-resistant pericarditis: the IRAP (International registry of Anakinra for pericarditis) study. European journal of preventive cardiology 2020;27:956-64.

Anahtar Kelimeler: anti-IL-1, COVID-19, plöroperikardit



Şekil 1. Hastanın perikardiyal ve plevral efüzyonunun görülmekte olduğu toraks BT görüntülemesi

37 yaşında kadın hasta bilinen hashimoto tiroiditi tanılı hasta halsizlik, efor dispnesi, menoraji, saç dökülmesi, kilo kaybı, arada ishal atakları nedeniyle başvurdu. Tetkiklerinde hb:7 gr/dl mcv:62,9 wbc:2300 neut:1200 lymph:600 fe:15 tdbk:360 tsat:%4 ferritin:6 b12:277 folik asit:18 ddimer:1,78. Hastanın covid pcr-. Demir eksikliği etiyojoloji araştırılması amacıyla yapılan periferik yaymada hipokrom mikrositer anemi, lenfopenisi mevcut. anizozitoz, kalem hücreleri görüldü. Gaitada gizli kan 3 kez negatif. Efor dispnesi açısından transtorasik eko istendi. Transtorasik eko'da ef %55, sistolik işle normal, hafif orta mitral yetmezlik, orta triküspit yetmezlik görüldü. D-dimer yüksekliği olan hastadan dvt açısından alt ekstremité doppler usg ve akciğer ventilasyon perfüzyon sintigrafisi istendi. Hastaya demir eksikliği açısından iv demir replasmanı başlandı. 1 gr ferinject 2 hafta arayla replase edildi. Replasmanlar sonrası hgb:11,2 wbc:4100 lymph:900. çölyak açısından gönderilen anti doku transglutaminaz ıgA:67,3 anti dokutransglutaminaz ıgG:10,8 anti gliadin ıgG:12,8 anti gliadin ıgA:2,53 çölyak gastroduodenoskopisi: Çölyak ile uyumlu çatlamış toprak görüntüsü;duodenal biyopsi normal ancak bulbus biyopsisinde villuslar normal, kript hiperplazisi, lenfoplazmositer hücre artışı görüldü. Toksin A-B negatif. gaita kültür ve parazit kültürü negatif. Çölyak raporu çıkarılarak glutensiz diyet başlandı. Aylık dodex tedavisi başlandı. D-dimer yüksekliği nedeniyle çekilen doppler alt ekstremité normal. Pulmoner ventilasyon perfüzyon sintigrafisinde:sol akciğer üst lob superior linguler segmentte BT karşılığı izlenmeyen subsegmenter perfüzyon defekti izlendi. Kardiyoloji ile görüşülerek rivaroksaban başlandı. Batın portal ve hepatik venlerde emboli lehine bulgu görülmedi. Bisitopeni ve akciğerde embolisi olan hastaya paroksizmal nokturnal hemoglobinuri ekartasyonu amacıyla PNH FLAER periferik kandan gönderildi, klon saptanmadı. Hereditör trombofilisi açısından trombofilisi paneli normal. Malignite ekartasyonu açısından batın mr da dalak alt pol parankiminde 3,5 x3,5 cm boyutunda T2 izointens hemanjiom ile uyumlu periferik nodüler kontrastlanan ve hemen medialinde 5x5 mm boyutunda flash dolmuş izlenen lezyon izlendi. Hemanjiom olarak değerlendirildi. Toraks bt de Sol akciğer üst lob linguler segmentte 5 mm çapında kalsifik subplevral nodül izlenmiştir.

Her iki akciğerde 6 mm'den küçük bazıları subplevral yerleşimli birkaç adet nodül izlenmiştir.

Göğüs hastalıkları tarafından izlem önerildi.Hastanın osteoporoz açısından görülen dexa sında lomber vertebralarda osteopeni olduğu görüldü. Oral calcimax d3 başlandı. Kadın doğum muayenesi demir eksikliği anemisi nedeniyle yapıldı. Pap smear negatif. Alt batın mr görüldü. Sağ adenksiyal lojda 17 mm çapında T2WI -spontan T1WI hiperintens, T1WI fs C+ ve T2WI fs sekanslarda sinyal kaybı gösteren dermoid ile uyumlu oluşum izlenmiştir.

Fundusta daha belirgin olma üzere uterusu diffüz adenomyozis ile uyumlu sinyal değişikliği izlenmiştir. Hastanın biyopsisi yapıldı. Patoloji sonucu takip ediliyor. Hasta şu anda gastroenteroloji polikliniğinde çölyak hastalığı+ çölyak hastalığına bağlı pulmoner tromboemboli nedeniyle takibe alındı.

Sonuç: Çölyak hastalığı erişkin hastalarda demir eksikliği anemisi, osteoporoz, tromboza yatkınlık, osteoartrit, infertilite gibi atipik semtomlarla başvuruabilir. Tekrarlayan demir eksikliği anemisi ayırıcı tanıları arasında çölyak hastalığı da düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: çölyak hastalığı, demir eksikliği anemisi, tromboemboli yatkınlık

Genel Dahiliye

PS-62

Abstract: 0219

PARANEOPLASTİK PEMFİGUS İLE PREZENTE OLAN LENFOMA OLGUSU

Esra Kaya, Fatma Akyol, Fatih Burak Uyanık, Ahmet Çalışır, Betül Erişmiş, Ezgi Şahin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Paraneoplastik pemfigus (PNP), en sık NonHodgkin lenfoma (NHL), kronik lenfositik lösemi (KLL) ve Castleman hastalığı gibi lenfoproliferatif malignitelere sekonder gelişebilen erkeklerde daha sık görülebilen mortalitesi yüksek bir dermatozdur. Klasik pemfigustan farklı olarak polimorf lezyonlar ve dirençli stomatitinin olabildiği şiddetli mukozal tutulumla seyreder. Biz burada PNP ile prezente olan lenfoma olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Hipertansiyon, kronik böbrek hasarı ve iskemik inme öyküsü olan 76 yaşındaki erkek hasta, 3 ay önce ayaklarda kızarıklıkla başlayan ve son zamanlarda şiddetlenerek tüm vücuda yayılan döküntü ile acil servisimize başvurdu. Hastanın son 8 ayda 15 kg kaybı mevcut olup ateş ve gece terlemesi öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde; sağlıklı deri, el palmar yüz, ayak tabanları dahil tüm vücutta yaygın eritrodermi, hiperkeratoz, krutlu lezyonlar, dudak mukozasında hemorajik krutlu lezyon, sol aksiller 2x1 cm lenfadenomegali(LAM) ve sağ inguinalde de 2x2 cm LAM saptandı. Laboratuvarında; lökosit sayısı 11000/mm³, nötrofil sayısı 8160/mm³, eozinofil sayısı 1090/mm³, hemoglobin 8,5 g/dL, trombosit sayısı 382000/mm³, üre 116 mg/dL, keratinin 1,8 mg/dL, laktat dehidrojenaz 310 U/L, C reaktif protein 52 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı 32 mm/saat, tam idrar tetkikinde albumin negatif, 1 lökosit ve 1 eritrosit saptandı. Çekilen toraks tomografisinde her iki akciğerde nonperiferik buzlu cam görünümleri ve sağda 1 cm olmak üzere bilateral plevral effüzyon, batın tomografisinde ise bilateral paraaortik alanda yaklaşık 16x10 cm'lik alanı kapsayan yumuşak doku dansitesi (malign konglomere lenfadenopatiler?) ve pelvik bölgede 6 cm'ye ulaşan serbest sıvı saptandı. Yaygın cilt lezyonları olan hastada olası stafilocok enfeksiyonuna yönelik ampirik intravenöz ampisilin sulbaktam tedavisi başlandı ancak takipte akut faz yanıtı alınmadığından vankomisin ve meropenem tedavisine geçildi. Periferik yaymasında atipik hücre görülmeyen hastanın çekilen pozitron emisyon tomografisinde(PET-CT) ise aksiller multiple lenf nodlarında(SUVmax:7,5), batında üst kadrandan pelvise kadar devam ederek kitle imajı oluşturan yumuşak doku dansitesinde(SUVmax:20,6) ve sağ inguinal lenf nodunda(SUVmax:6,5) artmış FDG tutulumu saptandı. Malign eritrodermi ve paraneoplastik dermatoz ön tanısı ile alınan deri punch biyopsisinde, epidermis alt yarısında balık ağı manzarası ve direkt immün floresan incelemede ise bazal membranda lineer karakterli IgG ve C3 birikimi saptandı. Mevcut bulgular paraneoplastik pemfigus ile uyumlu olarak raporlandı. Ayrıca lenfoproliferatif hastalık tanısı açısından alınan eksizyonel aksiller lenf nodu biyopsisi patolojisinde, sentrosit, sentroblast ve immünoblast özel-

liğinde yer yer CD30(+), CD10(+) ve B hücreli atipik lenfoid hücre infiltrasyonu izlendiğinden ön planda parsiyel tutulumlu lenfoma olduğu düşünüldü.

Sonuç: Malignite teşhis edilmeden önce gelişen PNP'lerin tanınması, altta yatan maligniteye erken tanı konulmasına ve hızlı tedavinin sağlanarak hastanın sağkalım süresinin arttırılmasına yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: lenfoma, paraneoplastik dermatoz, paraneoplastik pemfigus



Şekil 1. Tüm vücutta yaygın eritrodermi, hiperkeratoz, krutlu lezyonlar



Şekil 2. El palmar yüz, ayak tabanları dahil epidermal ayrışma

Genel Dahiliye

PS-63

Abstract: 0221

EBV İLE İLİŞKİLİ NADİR BİR PERİFERİK T HÜCRELİ LENFOMA OLGUSU

Yusuf Pirdal¹, Bekir Doğan¹, İlayda Naz Çetin¹, Ezgi Şahin¹, Damlanur Sakız², Gülçin Yegen³

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Periferik T hücreli lenfomalar, yetişkinlerdeki tüm non-Hodgkin lenfomaların yüzde 15'inden daha azını oluşturan, genellikle agresif klinik ve prognoz gösteren neoplazmlardan oluşan heterojen bir gruptur. Burada ateş, ciddi sitopeniler, B semptomları, hiperferritinemi ve EBV ile birlikteliği olan nadir bir periferik T hücreli lenfoma olgusu sunulmuştur.

Olgu: 36 yaşında erkek hasta 2 aydır olan halsizlik, üşüme-titre ve son 2 haftadır olan yüksek ateş, 5 kg kilo kaybı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede orofarenks hiperemik, tonsiller eksudatif saptandı. Hepatomegali ve splenomegalisi mevcuttu. Sağ klavikula komşuluğunda 1x1 cm sert immobil özellikle ve sol uyluk medialinde 1x1 cm benzer özellikte yumuşak doku lezyonu saptandı. Kan sayımında wbc:2810/mm³, hgb:10.5 g/dl plt:440000 /mm³, neu:1620 /mm³ lym:880 /mm³ saptandı. Biyokimyada ast:223 alt:244 ggt:25 ldh:639 albumin:27 g/L crp:79 mg/L sedimentasyon: 2 mm/saat ferritin:16900 µg/L idi. Periferik kan yayma incelemesinde atipik hücre, blast görülmedi, trombosit sayısı 90 bin ile

uyumlu, toksik granülasyon izlendi. Enfeksiyöz sebepler açısından çiğ süt-peynir tüketme öyküsü olan ve yaşadığı köyde yeni brucella vakaları görülmesi nedeni bakılan brucella coombs aglutinasyon ve rose bengal negatif sonuçlandı; CMV, Parvovirus b19, Rubella,-Toxoplazma ve EBV VCA IgM ve EBNA IGM negatif sonuçlandı; EBV DNA ise 276359 kopya/ml olarak saptandı.Tekrarlayan ateşi olan hastada kan kültüründe üreme olmadı, infektif endokardit açısından yapılan ekokardiyografide kitle-vejetasyon görülmedi. Hastada ateş etyolojisinde enfeksiyöz odak saptanamadı. Muayenede saptanan lezyonlar toraks görüntülemeye her iki ön duvarda klaviküler düzeyde büyüğü 13 mm çapında olmak üzere multiple düzgün sınırlı hipodens yumuşak doku lezyonları şeklinde raporlandı. Uyluk ve göğüs bölgesinde lezyonlarda eritem artışı izlenmesi üzere kutane lenfoma? kutane metastaz? ön tanılarıyla cilt biyopsisi alındı. Cilt biyopsi sonucunda CD3(+) CD30 fokal zayıf boyanan atipik lenfoid hücreler, t hücreli atipik lenfoid infiltrasyon saptandı. PET-BT'de servikal lenfatik zincirde, mediastende sağ ve sol üst paratrakeal, aksillar alanda abdomende pankreatikoduodenal ve inferior mezenterik alanda hipermetabolik çok sayıda lenf nodu izlendi. Tüm kemik yapılarında kemik iliği artmış tutulum izlenen hastada ön planda lenfoproliferatif hastalık düşünüldü.

Yapılan kemik iliği biyopsisinde hafif-orta derecede retikülin lif artışı, yama-intertisiyel EBV(+) T hücreli lenfoma infiltrasyonu gösteren normosellüler kemik iliği görülmesi üzere hastaya periferik T hücreli lenfoma tanısıyla EPOCH-R protolünde kemoterapi başlandı; ancak 1 kür kemoterapi sonrası tümör lizis sendromu gelişen hasta vefat etti.

Sonuç: B semptomuyla gelen hastalarda nadir görülse de lenfoma olasılığını özellikle de T hücreli lenfoma olasılığını atlamamak gerekir. Bu vakada da görüldüğü üzere periferik T hücreli lenfomalar klinik seyri agresif olan, erken tanı ve tedaviye rağmen remisyon sağlansa da nükslerin yaygın görüldüğü lenfomalardır.

Anahtar Kelimeler: T hücreli lenfoma, EBV, Nedeni Bilinmeyen Ateş

Hematoloji

PS-64

Abstract: 0223

ERKEN PLAZMAFEREZİN TROMBOTİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA'DA OLUMLU ETKİSİ

Parvin Baghirova¹, Selma Akdoğan¹, Duygu Sevinç Özgür³, Tuğrul Elverdi², Ayşe Salıhoğlu², Muhlis Cem Ar²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hematoloji Anabilim Dalı

³Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Trombotik trombositopenik purpura (TTP), mikroanjiopatik hemolitik anemi ve trombositopeni ile karakterize olup klinik tabloya sıklıkla ateş, nörolojik bulgular ve böbrek yetmezliği eşlik eder. Trombotik trombositopenik purpura (TTP) ilk olarak Moschowitz tarafından 1924 yılında mikroanjiopatik hemoliz, peteşi, hemiparezi ve ateşin eşlik ettiği genç bir kızın kısa sürede kaybedildiği ve otopsisinde terminal arteriyollerde hyalin trombüsleri gösterilmesiyle tanımlandı.

Olgu: Bilinen kronik bir hastalık öyküsü olmayan 38 yaşında erkek hasta ateş yüksekliği, aniden başlayan konuşamama, kollarda güçsüzlük nedeniyle acile başvurdu. Tetkiklerinde lökosit:8700/µL plt:13.200/µL,hgb:6,9 gr/dl total bilirubin 1,37 mg/dL indirekt bilirubin:0,82 saptanan hasta TTP ön tanısıyla servismize interne edildi. Fizik muayenesinde sol taraf parestezisi mevcut olup, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Döküntüsü yoktu.

GİZLİ DÜŞMAN TÜBERKÜLOZ

Dilan Çelik Eliş, Mürvet Yılmaz, Süheyla Apaydın

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Üriner sistem tüberkülozu (ÜST), Mycobacterium Tuberculosis basiline neden olduğu kronik granülatöz bir enfeksiyondur. Genç erişkin hastalığı olup erkeklerde daha sıktır. Lenf nodu tutulumundan sonra en sık ikinci ekstrapulmoner tüberküloz şeklidir. Altın standart tanı yöntemi; idrar, sperm, fistül materyal kültüründe basillerin belirlenmesi veya histopatolojik tüberküloz kanıtıdır. Tanı ve tedavide gecikme; perirenal apse, otonefektomi, kronik böbrek yetmezliği, lomber fistül ve infer-tilite gibi birçok komplikasyona neden olabilir. Biz burada renal transplant hazırlığı yapılan bilateral nefrektomili ve seyri sırasında renal tüberküloz tanısı koyduğumuz olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Hipertansiyon tanılı 29 yaşında kadın hasta bir aydır artan halsizlik iştahsızlık şikayetleriyle başvurduğu acil servisten akut böbrek hasarı ön tanısıyla servisimize interne edildi. Sistem sorgulamasında ek şikayeti yoktu. Fizik muayenede Ta:140/78, kalp hızı:85/dk, oksijen saturasyonu:97, solunum sayısı:16, ateş:36, kaşektik ve soluk görünüm dışında diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde hemogloblin 8 mg/dl kreatinin 5 mg/dl albumin 4,7 g/l kalsiyum 4,7 mg/dl, tam idrar tahlilinde: lökosit+, albümin+++, spot idrarda: proteinin/kreatinin 4.4 mg/g, albumin/kreatinin 2.9 mg/g, 24 saatlik idrarda: protein 5 gr/24h, albumin 3 gr/24h saptandı. C3, C4, ANA, Anti ds-DNA, C-ANCA, P-ANCA negatifti. Üriner ultrasonda; her iki böbrek grade II renal parankimal hastalık lehine olup sağ böbrek alt polde egzofitik uzanımlı 6,5 cm solid lezyon izlendi. Bunun üzerine yapılan kontrastlı batın manyetik rezonans görüntülemesinde; sağ böbrek alt polde egzofitik uzanımlı 66x49 mm kitle lezyon, sol böbrek alt polde benzer morfolojide 28x21 mm boyutlarında lezyon izlendi. Histopatolojik verifikasyon için yapılan böbrek biyopsisi, granülatöz inflamasyon olarak sonuçlandı. İdrar ve akciğer incelemelerinde tüberküloz bulgusuna rastlanmadı. Hastaya kalıcı subklavian katater takılarak rutin hemodiyaliz programına alındı. Transplantasyon sırasına alınarak bilateral nefrektomi yapıldı. 1 ay sonrasında tekrarlayan ateşleri oldu. Bu süreçte intrakardiyak trombüs ve kardiyak tamponad nedeniyle opere edildi. Katater enfeksiyonuna yönelik medikal tedavi verildi. Operasyon ve çoklu antibiyoterapi sonrası tekrarlayan ateş ve akut faz yüksekliği devam etti. İdrar ve plevral sıvıdan gönderilen tüberküloz tetkikleri ve kültürler negatif saptandı. Ancak nefrektomi patolojisinde granülatöz iltihabi reaksiyon, nekroz odakları, kronik piyelonefrit saptanması ve yüksek klinik şüphe ile antitüberküloz tedavi başlandı. Tedaviyle ateşi düşen, akut fazları normale dönen hastanın antitüberküloz tedavisine 1 yıl devam edildi. 1yılın sonunda babasından nakil yapıldı. Hasta hâlâ ayaktan, böbrek nakil polikliniğinde; diyalizsiz takip edilmektedir.

Sonuç: ÜST klinik semptomları nonspesifik olup, son dönem böbrek hastalığına sebep olabilir. Esas tedavisi medikal tedavidir. Hastaya cerrahi tedavi yapılırsa dahi sistemik antitüberküloz ilaçlarla medikal tedavi mutlaka yapılmalıdır. Vakamızda da nefrektomiye giden son dönem böbrek hastası klinik bulgular ve granülatöz lezyonla tanınmış ve medikal tedaviyle sonuç alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: granülatöz lezyon, pyelonefrit, üriner sistem tüberkülozu

Vital Bulgular: ateş 37,6°C, kalp tepe atımı 100/dak,TA 110/70, SPO2 %97(oda havasında) dakika solunum sayısı 22/dak. Yapılan tetkikleri Tablo 1’de özetlenmiştir. Kranyal BT: normal bulgular; Kranyal diffüzyon manyetik rezonans (MRG) görüntülemesinde: akut iskemi düşündürücü lehine bulgu saptanmadı. Periferik yaymasında yaygın şistosit görüldü. Hematoloji önerisiyle 40 mg/kg dozunda 12 IU taze donmuş plazma (TDP) eşliğinde plazmaferez ve 1 mg/kg (80mg/gün)dozunda metil-prednizolon tedavisine başlandı. 7 gün aralıksız süren plazmaferez işleminin ilk seansından itibaren nörolojik bulguları düzeldi, LDH normale geldi, hemoglobin seviyesi ve trombosit sayısı anlamlı yükseldi. Hastaya günlük LDH, bilirubin, hemogram takibi yapıldı. Plazmaferezin 3. seansında ADAMTS13 aktivitesinin <0.2 saptanması hastanın TTP tanısını destekledi. TTP etyolojisi açısından araştırıldı.Direkt coombs negatif, CMV, VZV, Toxoplazma Ig M, HBsAg, Anti HCV, Anti HIV, ANA, Anti-ds DNA, RF, Anti-CCP, c-ANCA, p-ANCA testlerinde özellik saptanmadı. Boyun-Toraks-Abdominal bilgisayarlı tomografisinde her hangi bir patoloji saptanmadı. Trombosit sayısı yükselmesini takiben ASA 100 mg/gün başlandı. 7 seans plazmaferez tedavisi sonrası trombosit:242400/µL, lökosit: 8700/µL, hemogloblin: 10,5 gr/dL, LDH: 147 U/L, total bilirubin: 0,8 mg/dL, indirekt bilirubin: 0.4 mg/dL saptandı. Plazmaferez seanslarından sonra 80 mg metil-prednizolon ile hematoloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Hematoloji poliklinikten takipli olan hasta toplam 6 ay steroid tedavisi aldı. Steroid tedavisi kademeli olarak azaltıldı. En son vizitte trombosit:325000/µL olarak saptandı.

Tartışma/Sonuç: Anemi ve trombositopeni ile başvuran her hastada periferik yaymanın MAHA saptamada önemi büyüktür. MAHA etyolojisinde TTP ve DIC erken müdahale gerektiren agresif seyirli hastalıklardandır. TTP de tanı, klinik ve laboratuvar bulgularla konulur. İlaçlar, transplant sonrası durum, kanser seyri, gebelik, enfeksiyon ve immünolojik bozukluklar dışlandıktan sonra ADAMTS13 aktivitesinin belirlenmesi idiopatik TTP’yi destekler. ADAMTS13 aktivitesi tedavi kararını vermek için gerekli olmamakla birlikte prognozda etkilidir. TTP düşürdüren vakalarda erken plazmaferez işleminin gündeme alınması hastalığın mortalitesini %90’lardan %10’lara düşürdüğü bilinmesi üzerine vakamızda sekonder nedenleri dışlayıp erken plazmaferez işlemi uygulayarak agresif klinik seyrin düzelmesi gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: TTP, Plazmaferez, Şistosit

Tablo 1. Hastanın laboratuvar değerleri							
Hgb (g/dl)	6,9	Tokluk kan şekeri (mg/dL)	143	Ürik asit (mg/dL)	4,4	Düzeltilmiş retikülosit yüzdesi(%)	5,9
Hct (%)	20,7	Total protein (g/dl)	6,5	Folik Asit (ng/ml)	13,19	Direkt Coombs	Negatif
WBC (10 ³ /µL)	8,7	Albumin (gr/dl)	4,5	B12 vitamini (pg/ml)	280,4	EBV Ig G	Pozitif
PLT (10 ³ /µL)	13,2	Amilaz(U/L)	56	Total Bilirubin (mg/dL)	1,37	EBV Ig M	Negatif
MCV(fl)	95	CK(IU/L)	115	Direkt Bilirubin (mg/dL)	0,55	Anti-Beta 2 Glikoprotein Ig G	Negatif
Üre / Kreatinin (mg/dl)	26/0.97	CK-MB (U/L)	10	İndirekt Bilirubin (mg/dL)	0,82	Anti-Beta 2 Glikoprotein Ig M	Negatif
Demir (µg/dl)	75	Haptogloblin (mg/dL)	19	LDH (IU/L)	592	Direkt Coombs	Negatif
Total Demir Bağlama Kapasitesi	331	C3/(C4(g/l))	1,31/0,15	Ferritin (ng/ml)	494	Antikardiyolipin Ig G/ M	Negatif/ Negatif

OLGU SUNUMU: TOKSİK HEPATİT? VİRAL HEPATİT?

**Merve Polat Onmaz¹, Orkide Kutlu¹, Anıl Kanmaz²,
Büşra Uzunyayla¹, Simge Yıldız¹, Ada Kostak¹,
Nur Karakütük Yüztaş¹, Özgür Altun¹, Filiz Büyükkurt¹,
Akif Bayyigit¹, Yücel Arman¹**

¹Prof.Dr. Cemil Taşçoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
²Prof.Dr. Cemil Taşçoğlu Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Giriş: Hepatit E virusu(HEV), Hepeviridae ailesinden, Hepevirus cinsinden, 27-34nm büyüklüğünde, zarfsız,tek sarmallı, RNA genomuna sahip bir virus olup gelişmekte olan ülkelerde, tropikal-subtropikal bölgelerde (özellikle içme suyu kaynaklarını kontamine eden yağmur/sellerden sonra) büyük salgınlara neden olabilmektedir. HEV'in insanlarda enfeksiyon oluşturan 4 genotipi bulunmaktadır: Genotip1ve2 Asya-Afrika ülkeleri, Meksika'daki salgınlardan; genotip3ve4 ABD, Arjantin,Avrupa, Japonya, Çin'de izole/yerel vakalardan sorumludur. HEV fekal-oral yolla bulaşır;nadiren yiyecek kaynaklı, insandan insana, kan yoluyla bulaşlar bildirilmiştir. Semptomatik HEV enfeksiyonu sıklıkla 15-40 yaş grubunda görülmektedir. HEV enfeksiyonunun ilk döneminde hepatositlerde virus replikasyonu ile hepatit gelişir, sonrasında humoral yanıt gelişerek virus immunolojik olarak temizlenir. Hepatositlerde makrofajlar, kupffer hücreleri, lenfositlerden zengin inflamasyon, intralobuler nekroz görülür; fatal seyreden vakalarda hepatik nekroz masif/submasif olabilir. Kronik HEV olguları,özellikle organ transplantasyonlu hastalarda ve sadece genotip-3 ile enfeksiyonda gözlenmektedir. Akut HEV enfeksiyonunda 2-9haftalık inkübasyon, sonrasında 10gün kadar prodrom dönemi (halsizlik, bulantı, ateş..), sonrasında 2-3hafta sarılık, idrar renginde koyulaşma, karın ağrısı, hepatomegali, kusma; ALT, AST, ALP, bilirubinlerde yükselme görülür; sonunda bulgular geriler. HEV gebelerde ve karaciğer hastalığı olanlarda fulminan hepatite sebep olabilir. Mortalite hamile olmayan kadınlarda %1-3, gebelerde %12-65'dir. HEV'li gebe kadınlarda abortus, intrauterin ölüm yaygındır. HEV enfeksiyonlarda miyopati, poliradikülopati, Guillain-Barre sendromu, ensefalit, glomerulonefrit, kiryoglobulinemi gibi ekstrahepatik bulgular görülebilir. Akut HEV enfeksiyonunun tanısı immunsistemi sağlam olanlarda anti-HEV-IgM'in serokonversiyonu ile yapılmaktadır. İmmün yetmezlikli hastalarda tanıda kan-dışkıda HEV-RNA tercih edilmelidir. Burada toksik hepatit nedeni ile yatırılmış Suriye'li göçmen hastada HEV enfeksiyonu saptadığımızı nadir bir durum olması nedeniyle sunuyoruz.

Olgu: Kronik hastalık öyküsü olmayan 43 yaşında Suriyeli erkek hasta, 3 haftadır olan bitkisel çay (??) kullanımından yaklaşık bir hafta sonra sarılık başlaması üzerine acil dahiliye polikliniğimize başvurarak toksik hepatit ön tanısıyla kliniğimize yatırıldı.. AST:1056 U/L (referans aralığı 0-40), ALT:1184 U/L (0-41), ALP:166 U/L (40-129), GGT: 336 U/L (10-71), T.Bil: 8.29 mg/dl (0-1.2), D.bil:6.43 mg/dl (0-0.3), INR:1.34 (0.8-1.25), albumin: 35.1 g/L (35-52) TA:110/85 mmHg, nabız: 76/dk, ateş:36.3 derece. Cilt ve skleralar ikterik, sistem muayeneleri doğaldı. Anti HAV-IgM, Hbs-Ag, anti-HBc IgM, Anti-HCV, anti-HIV negatif sonuçlandı. Batın USG'de karaciğer parankimi doğal, intrahepatik safra yolları sol lobda hafif belirgin, vena porta ve koledok ve diğer bulgular normaldi. IV hidrasyon verilerek karaciğer enzimleri gerilemekteyken genel durumu stabilleşen (Tablo-1) hastada otoimmün markerlar negatif ve EBV-VCA/ EBNA IgM negatif, anti-CMV IgM negatif, anti-HEV-IgM:1.70 (Pozitif), anti-HEV IgG negatif saptandı. Kontrol anti-HEV IgM:2.52olan hasta Akut HEV enfeksiyonu kabul edildi. Semptomatik tedavi sonrası genel duru-

mu iyi olan ve karaciğer enzimlerinde düşüş eğilimi görülen hasta taburcu edildi.

Sonuç: İmmün yetmezlikli hastalarda son yıllarda gözlenen kronik HEV enfeksiyonunda pegile interfero ya da ribavirin, tek/kombine olarak, 3-12 ay uygulanmaktadır. Antiviral tedaviye başlamadan önce immünsupresif ilaçların kesilmesi yada azaltılması ile viral eliminasyon sağlanabilir. Antiviral ilaçlarla ilgili deneyimler HEV genotip 3 ile sınırlıdır. Bu tedavinin gebelerdeki etkinliği, kronik karaciğer hastalığı olanların HEV superenfeksiyonu hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır. Korunmada su kaynaklarının, besinlerin dışkı ile kontaminasyonunun önlenmesi, salgın sırasında suların kaynatılarak/ klorlanarak kullanılması, yiyeceklerin hijyenik-pişirme kurallarınca hazırlanması,endemik bölgelere seyahatlerde dikkatli olunması sayılabilir.

Anahtar Kelimeler: hepatit E enfeksiyonu, hepatit, sarılık

Tablo 1.

	10.12.21	14.12.21	15.12.21	17.12.21	11.02.22
AST	1056	697	745	748	207
ALT	1184	819	841	865	280
ALP	166	158	152	163	166
GGT	336	273	290	288	408
T.Bilirubin	8.29		5.66	4.9	1.94
D.Bilirubin	6.43		4.22	3.8	0.97
INR	1.34	1.41	1.40	1.27	1.17

Hematoloji

MALİGN MELANOM TANILI HASTADA İKİNCİL PRİMER MALİGNİTE OLARAK FOLLİKÜLER LENFOMA

Guldarın Bakhdiyarlı¹, Tuğrul Elverdi², Zeynep Hande Turna³

¹Istanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Istanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

³Istanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Anabilim Dalı, Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Malign melanom(MM) Avrupada insidans hızı 100.000'de 15-25ten az, Amerika'da ise 20-30'dur (1). İleri yaşla birlikte insidansı artış göstermektedir, bu artış 60 yaş üstü erkeklerde daha belirgindir (3). Erken evrede saptansa bile bölgesel lenf nodu(LN) veya uzak metastaz şeklinde nüks riski yüksektir (4). Sağkalımı etkileyen faktörlerden biri de MM'da ikincil primer malignite(IPM) gelişme ihtimalinin normal popülasyona oranla yüksek olmasıdır.

Olgu: 67 yaş kadın, 2011'de sağ maksiller derideki nevüsten eksize biyopsi ile MM, nodüler tip tanısı konmuş ve Clark level-4, cerrahi sınır negatif olarak değerlendirilmiş. Başlangıç FDG pozitron emisyon sintigrafisinde (PET) metastaz saptanmamış, kemoterapi ve radyoterapi uygulanmamış. Eylül 2020'de rutin kontrol PET/BT'de bilateral servikal ve aksiller, artmış FDG tutulumu gösteren çok sayıda LN saptanmış. Tetkiklerinde normokrom normositer hafif düzeyde anemi (hgb:11,2 gr/dl) dışında özellik bulunmamış, Sol supraklavikular LN ince iğne aspirasyon biyopsisi reaktif hiperplazi olarak değerlendirilmiş. Şubat 2021'de PET/BT'de infra ve supradyafragmatik, progresyon gösteren LN'ları saptanmış. Sağ inguinal

COVID-19 İLE İLİŞKİLİ MİYOKARDİT;OLGU SUNUMU

Özgür Altun¹, Neslihan Özsoy¹, Mustafa Özcan¹, Adem Atıcı²

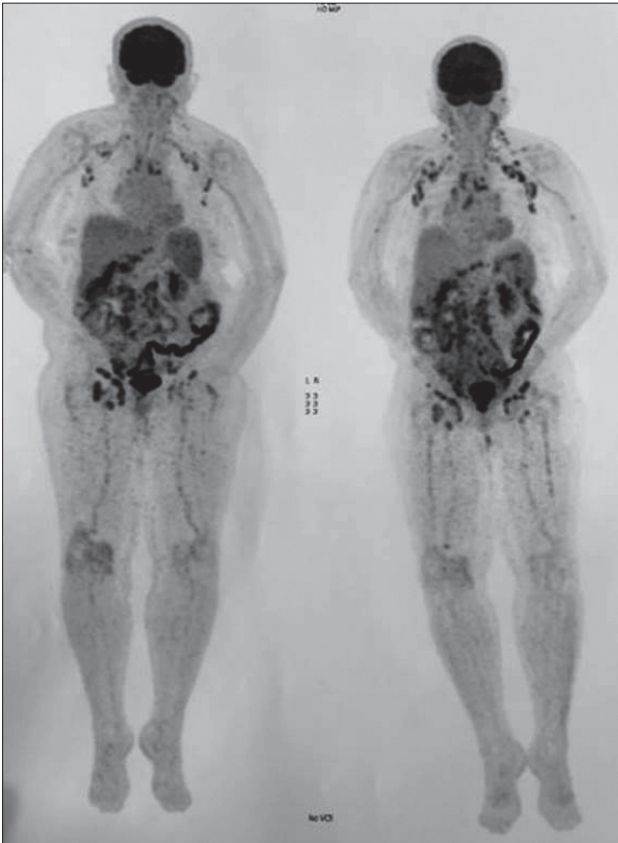
¹T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Prof.Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

²Istanbul Medeniyet Üniversitesi Kardiyoloji Bölümü

LN'dan (SUVmax:9,7) alınan tru-cut biyopsi foliküler hiperplazi olarak sonuçlanmış. Ekim 2021 PET/BTde konglomere görünümlü birçoğu yeni gelişmiş ve boyutsal ve metabolik progresyon gösteren LN'ları izlenmiş (en yüksek SUVmax:11,95). B semptomları ve kaşıntı gelişmesi üzerine sol inguinal LN ekzisyonel biyopsi yapıldı ve reaktif hiperplazi ile uyumlu sonuçlandı. Hematoloji birimi ile konsülte edilerek kemik iliği biyopsisi yapıldı, akış sitometrik incelemede kappa hafif zincir restriksiyonu gösteren %5-6'lık CD5(-) CD10(+) ve CD20(+) bir B-lenfoid popülasyon saptandı ve ön planda foliküler lenfoma (FL) ile uyumlu B-Lenfoproliferatif hastalık (B-LPH) lehine değerlendirildi. Biyopside intertrabeküler nodüller ve paratrabeküler patende CD5(-), CD10(+), CD20(+) hücrelerden oluşan infiltrasyon B-LPH tutulumu olarak değerlendirildi. Sağ supraklavikular LN ekzisyonel biyopsisi FL (grade 1-2) lehine sonuçlandı. FLIPI skoru yüksekti. Kaşıntı dışında tedavi endikasyonu olmaması ve düşük hastalık yükü sebebiyle tek ajan 4 haftalık rituksimab tedavisi planlandı.

Sonuç: MM hastalarında genel popülasyona oranla senkron veya metakron şekilde İPM gelişme ihtimali artmıştır. Amerika'daki 151.996 MM katıldığı araştırmada İPM riski normal popülasyona 32% daha fazla saptanmıştır(5). Solid tümörlerden özellikle prostat ve meme kanseri, hematolojik malignitelerden kronik lenfositler lösemi, foliküler lenfoma ve plazma hücreli neoplaziler malign melanom sonrası daha sık geliştiği gibi, MM'a da adı geçen maligniteler sonrası İPM olarak sık rastlanmaktadır. (6) UV ışınları, kemoterapi ve radyoterapi ve mikroçevre gibi immun-supresif faktörler, genetik faktörler gibi ortak etyolojiler birlikteliğin sebebi olabilir. (7,8,9). Erken evre MM takibi sırasında geç dönemde nüks ihtimali yanında İPM riski sebebiyle, şüpheli LN saptandığında mutlaka histopatolojik verifikasyon yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: melanoma, foliküler lenfoma, ikincil primer malignite



Şekil 1. Supra-infradiyafragmatik konglomere hipermetabolik lenf notları

Giriş: Koronavirüs hastalığı (Covid)-19, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Son zamanlarda miyokardit tutulumu ile ilgili vaka bildirimleri artmaktadır. Miyokardit asemptomatik klinik bulgudan, kardiyojenik şoka kadar değişik tablolarda görülebilir. Bu nedenle tanısı ve takibi önemlidir. Litaratürde, covid-19 sırasında miyokardit sıklığı ve prognozu ile ilgili veri azdır. Bu sebeple covid-19 enfeksiyonunda, akciğer tutulumu olmayan ancak covid-19 ile ilişkili miyokardit tutulumu olan vakamızın miyokardit ile ilgili bilgi birikimine katkısı olacağını düşünüyoruz.

Olgu: Daha önce bilinen herhangi bir hastalığı olmayan 36 kadın hasta, çocuk hekimi olması sebebiyle burun tıkanıklığı boğaz ağrısı şikayeti ile covid acil servise başvuruyor. Fizik muayenede akciğer sesleri doğal, ateşi: 37.4 ve kalp hızı 95,SpO2'si %95 olarak saptanıyor. covid-19 testi yapılıyor PCR testinin pozitif çıkması üzerine evde izalasyon ve takip öneriliyor.

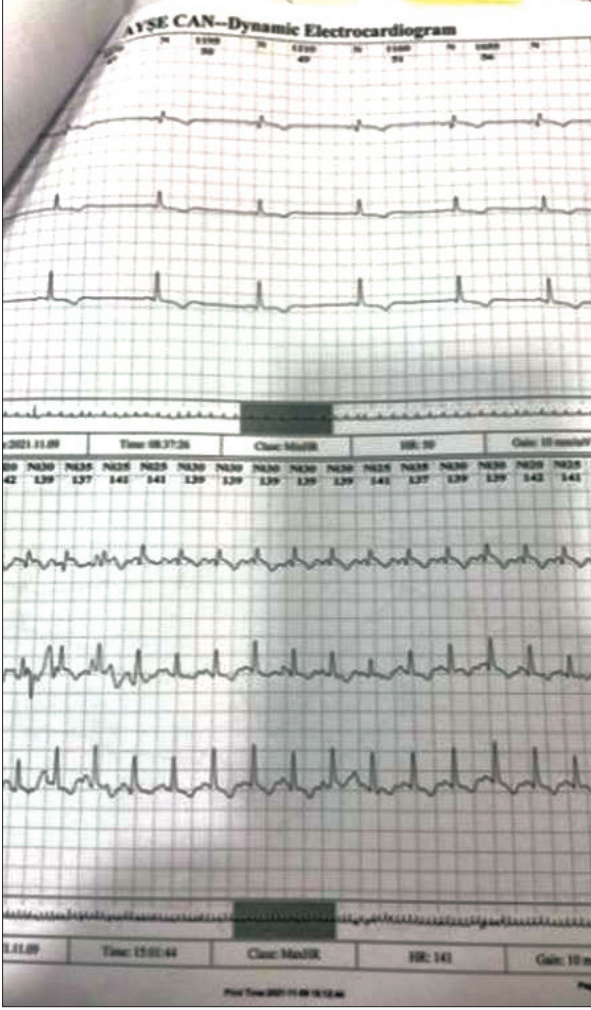
Hastanın ev takiplerinde hafif eforla çarpıntı olması üzerine hasta, tekrar hastaneye başvuruyor. Acil serviste vital bulgular normal sınırlarda saptanıyor. EKG normal sinüs ritminde. Laboratuvar tetkiklerinde lenfosit sayısı 1.699 µL, C-Reaktif protein: 0.1 mg/L, aspartat transaminaz (AST) 21 U/L, laktat dehidrojenaz (LDH) 161 U/L Ferritin:7µg/L, D-dimer: 0.22 µg/ mL, CK:107 U/L, CK-MB:5,5 ng/mL, Myoglobin, Serum 13.6 ng/mL Troponin T:1699 pg/mL, Pro-BNP 78.8 pg/mL olarak geliyor. EKG normal olması ve kontrol Troponin T 1618 pg/mL gelmesi üzerine coraspin başlanarak evde takip öneriliyor

Evde 2 gün kadar istirahat eden hasta eforla çarpıntısının artması üzerine tekrar acil servise başvuruyor. Ekg de tüm derivasyonlarda T negatifliği olması(resim 1) ve kontrol troponin -T düzeyinin 6037 pg/mL olması üzerine 3 basamak eğitim araştırma hastanesine sevk ediliyor. Hastaya tedavide steroid, favipravir, coraspin, clexan, başlandı. Hasta monitörize edildi,günlük ekg ve kardiyak enzim takibi yapıldı. Torax bt çekiminde, akciğer viral pnomoni bulgusuna saptanmadı. EKG takibinde supra ventriküler taşikardi olması üzerine beloc dozu artıldı. Takibinde, Troponin-T, 288 pg/mL 124 pg/mL, 17 pg/mL,5 pg/mL şeklinde giderek azaldı ve hasta taburcu edildi.

Evde istirahatte çarpıntılarının tekrar artması üzerine kardiyak MR çekildi ve geç kontrastlı incelemelerde; subepikardiyal alanda sol ventrikül bazaldan,mid seviyeden apikale dek uzanan septal lateral ve inferior segmentlerde (anterior segment dışındaki alanlarda) miyokardit sekeli ile uyumlu kontrastlanma mevcuttu.(Resim 2,3) Ekosunda EF %51 olarak geldi.Holter de 24 saatlik takip boyunca 4733 adet supra ventriküler erken vuru saptanmıştır. Ventriküler taşikardi saptanmamıştır. Beloc doz artımı yapıldı. delix başlandı ve 6 ay ara kardiyoloji poliklinik takip önerildi.

Sonuç: Covid-19 pandemisinde, hastaların kardiyak anamnezi dikkatlice alınmalı ve özellikle çarpıntı şikayeti olan hastalarda, kardiyak tetkiklerin yapılması ve olası bir miyokardit açısından farkındalık içinde olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Miyokardit



Şekil 1. Yaygın T negatifliği



Şekil 2. Kardiyak MR

- A**
Abdülrezzak, Ümmühan 54
Aghamuradov, Sarvan 47, 50
Akbulak, Özge 83
Akdağ, Fatma Nur Esmâ 56
Akdoğan, Selma 94, 96
Akın, Alper 74
Akın, Havva 68
Akkaya, Kübra 81
Akpınar, Timur Selçuk 37, 41, 53, 73, 75, 82, 93
Aktaş, Gülali 68, 69, 78, 85
Aktaş, Hanife Şerife 83
Akyol, Fatma 80, 95
Alasgarlı, Subhane 75
Alçın, Ruken 88
Alibeyoğlu, Alpay Medet 86
Aliyeva, Numune 50
Alkan, Merve 56
Altinel, Merve 88
Altınkaynak, Mustafa 38, 41, 73, 75, 82, 93
Altun, Özgür 42, 43, 87, 98, 99
Amikishiyev, Shirkhan 47, 50, 53, 93
Andıç, Mustafa 83
Apaydın, Süheyla 97
Arıkan, Kübra 80
Arman, Yücel 42, 43, 87, 98
Ar, Muhlis Cem 88, 96
Aşkın, Abdullah Emre 77
Atalah, Fatih 84
Atalar, Semra Cemre 77, 93
Ata, Necmi 34
Atıcı, Adem 99
Aycil, İpek 46
Aydın, Bünyamin 30
Aydın, Çağlar Özer 1
Aydın, Tahacan 88
Aydoğan, Mehmet 36
Ayhan, Şeyda 90
A, Yıldız 16
Aykut, Gözde Balkaya 87
- B**
Baghirova, Parvin 81, 94, 96
Bahat, Gülistan 51
Bakhdiyarlı, Guldaran 98
Basaran, Elif 78
Basat, Sema 83
Basmakçı, Ayşe 28, 45, 49
Bayram, Fahri 54
Bayyigit, Akif 98
Bektaş, Erdem 37, 38, 86
Bektaş, Murat 32, 47, 50
Bektaş, Şebnem 77
Beşışık, Selman Fatih 85
Beşışık, Sevgi Kalayoğlu 18, 37, 47
Beyaz, Şengül 52
Bilgin, Fatma 14
Bilgin, Satılmış 68, 69, 78, 85
Bilgin, Seyda 65, 66
Bingöl, Gülsüm 44
Binnetoğlu, Emine 62
Biricik, Ecem Atasoy 42
Birişik, Yaşar 91
Bozbulut, Utku Burak 27
Bozkurt, Ecem 29
Bozkurt, Mehmet 46
Büyükkurt, Filiz 98
- C**
Can, Ali 52
Can, Büşra 57
Can, Melodi Gizem 75
Can, Özlem 87, 88
Canöz, Tevhide Betül İçli 76, 79
Cantürk, Yağmur 47
Cebeci, Selin 62
Cengiz, Cansu 43
C, Hacıoğlu 16
- Ç**
Çakmak, Ramazan 39
Çalıkoğlu, Bedia Fulya 3, 14, 44
Çalışır, Ahmet 95
Çalışkan, Saliha Betül Fani 43
Çatıkkaş, Nezahat Müge 51
Çavuş, Bilger 38, 75
Çelik, Mehmet 34
Çetin, Çiğdem 50
Çetin, İlayda Naz 96
Çetin, Okan 73, 93
Çiftçi, Aslı 14
Çiğdem, Hülya Çetin 46
Çil, Eylem Özgül 43, 87
Çoban, Nursena 88
Çonay, Erhan 60
- D**
Dedeoğlu, Özen 90
Demir, Ali Aslan 36
Demir, Büşra 82
Demirdağ, Filiz 67
Demirkiran, Ahmet 24
Demir, Pınar 87
Demir, Semra 48, 51, 52
Deniz, Rabia 47, 63, 64
Derdiyok, Onur 88
Deveci, Ezgi 44
Doğan, Bekir 29, 46, 96
Dulundu, Banu Çiçek Yalçın 50
Duman, Tuba Taslamacıoğlu 68, 69, 78, 85
Durcan, Emre 60
Durmuş, Nurdan Şentürk 57
- E**
Ekmen, Şevket Ali 63, 64
Eliş, Dilan Çelik 97
Elverdi, Tuğrul 96, 98
Erdem, Simge 82
Erdil, İrem 29
Erdoğan, Duygu Seyhan 59
Erfiliz, Selin 90
Ergün, Hediye Büşra 88
Erişmiş, Betül 29, 46, 80, 95
Erkurt, İlknur 88
Erten, Seville Nilgün 41, 73, 75, 82, 93
Esen, Bahar Artım 36
Eyice, Deniz 52
- F**
Fırat, Sedat Tarık 54
Filiz, Melih 61
- G**
Gelincik, Aslı 48, 51, 52
Genç, Gözde Nezahat 68
Genç, Sema 52
G, Karanfil 16
Gökden, Yasemin 57
Göksoy, Yağmur 37, 41, 73, 75, 82, 93
Göktekin, Ömer 34
Görgülü, Sefa 56
Güder, Nurdane 14
Gül, Ahmet 36, 47, 50, 53, 93
Gül, Nurdan 9, 45, 51
Gülseren, Übeyde Ayşe 37, 38, 86
Gültürk, Emine 80
Gümüşel, Ceren 61
- Güner, Sabriye 79
Günver, Mehmet Güven 47, 50
- H**
Hacışahinoğulları, Hülya 6, 45
Hatemi, Ali İbrahim 60
Hindilerden, Fehmi 46
Hocaoğlu, Elif 29
Hurşitoğlu, Mehmet 29, 64
- İ-İ**
Işık, Arzu Cennet 70, 71
Işık, Ömer 84
İlhan, Birkan 57
İnanç, Murat 36, 73
İnce, Burak 47, 50
İnci, Ercan 29
İşsever, Halim 52
İzci, Servet 71
- J**
Jolles, Stephen 52
- K**
Kahveci, Gizem Bakır 68, 69, 78, 85
Kalayoğlu, Sevgi 40
Kama, Ebru Teberik 75
Kamalı, Sercan 68
Kanmaz, Anıl 98
Karaali, Zeynep 63, 64
Karaca, Anita 46
Kara, Canan Şehit 54
Karadağ, Pelin 51, 52
Karan, Mehmet Akif 1, 51
Karaoğlu, Gündüz 41
Kara, Özge 88
Karimli, Gulshan 92
Kasap, Melih 60
Kaya, Esra 95
Kaymakoğlu, Sabahattin 38
K, Bozoğlu 16
Kemeç, Gamze 78
Keskin, Metin 75
Kılıç, Maksud Hanedar 63
Kılıç, Muhammet İkbâl 32
Kırcalı, Ekin 89, 90
Kıyan, Esen 36
Kocakaya, Derya 57
Koca, Nevzat 47, 50, 73
Koç, Elif Sitre 59
Konyaoğlu, Hilal 39, 74, 78, 82
Kostak, Ada 43, 98

Koyuncuoğlu, Alper 88
Köse, Murat 36, 39, 47, 86
Köstek, Betül 42, 43
Kulu, Uğur Arzu 89, 90
Kumbasar, Abdülbaki 46,
61, 80
Kumbasar, Abdülbaki 68
Kurt, Fatma 83
Kurtkulağı, Özge 68
Kutlu, Orkide 42, 43, 45,
87, 88, 98
Küp, Ayhan 34

M

Mayda, Hayrunnisa Aksoy
42
Medetalibeyoğlu, Alpay 36,
39, 74, 77, 78
Mert, Meral 68
Metin, Raşan Olga 55
Muradova, Gülane 88
Mutlu, Ümmü 45
M, Yavuz 16

N

Naim, Özay Yudum 42, 87,
88
Nalçacı, Meliha 2
N, Arı 16
Nasifova, Vefa 34
Nasifov, Muharrem 34
Nuriyev, Kenan 38

O-Ö

Onmaz, Merve Polat 42, 98
Orhan, Elif Kocasoy 36
Oyacı, Yasemin 36, 39
Öztürk, Gülistan Bahat 1
Öcal, Mahmude Lale 36
Ömer, Beyhan 52
Özay, Emel 89, 90
Özcan, Mustafa 99

Özdede, Ayşe 76
Özden, Özge 34, 44
Özgür, Duygu Sevinç 96
Özsoy, Neslihan 87, 99
Öztaş, Mert 59
Öztop, Nida 48, 52
Öztürk, Ebru 23
Öztürk, Figen 54
Öztürk, Reyhan 25

P

Pala, Ayşe Selcen 42
Pehlivan, Özlem 67
Pehlivan, Sacide 36, 39
Pekmezci, Aslıhan 62
Pirdal, Yusuf 96

S

Saka, Bülent 38, 41, 73,
75, 82, 93
Sakız, Damlanur 96
Salhaoğlu, Meryem 14
Salihoglu, Ayşe 96
Saraç, Betül 76, 79
Saraç, Emin Samet 54
Sarıbeyliler, Göktuğ 45, 51
Sarı, Selma 50
Satman, İlhan 44, 45
Sayın, Gözde Yeşil 36, 39
Selçukbiricik, Özlem Soyluk
12
Serin, Sibel Ocak 67
Sezer, Havva 28
Sezgin, Gülten Can 54
Soyaltın, Utku Erdem 31
S, Öztürk 16

Ş

Şahin, Ezgi 46, 95, 96
Şahin, Sevgi 59
Şahin, Seyit Bayram 83

Şahin, Şafak 56, 91
Şenkal, İbrahim Volkan 38
Şenkal, Naci 36, 39
Şentürk, Hilal 68
Şıvgın, Hakan 56, 91

T

Takak, Fuat 62
Tarhan, Ahmet 88
Tarım, Bahar Arıcan 35, 70,
71, 72
Taşdelen, Melike 56
Tayfur, Mehmet 87
Tazegül, Gökhan 25
Tel, Burcin Meryem Atak 78
Tel, Burçin Meryem Atak
68, 69, 85
Terzioğlu, Beliz Mehveş
Beşişik 40
Terzioğlu, Cihat 85
Tiryaki, Tarık Onur 37
Toprak, İlkin Deniz 48
Toprak, Selami Koçak 89,
90
Toptaş, Tayfur 90
Torun, Ege Sinan 50
Tufan, Aslı 57
Tuna, Müjgan Kaya 54
Turna, Zeynep Hande 98
Tükek, Nur Beyza 60
Tükek, Tufan 36, 39
Türkmen, Banu Özulu 51
Tüzer, Özdemir Can 52

U

Uğur, Kübra 64
Uğurlukışı, Bilal 43
Uğurlu, Serdal 76, 92
Uyanık, Fatih Burak 95
Uzunyayla, Büşra 42, 43,
98
Uzun, Yusuf Emre 44, 53

Ü

Üçeriz, Ayşenur 21
Ünal, Derya 48, 51, 52
Ünal, Gani Berk 63
Ünnü, Selda Çakın 83
Ünverengil, Gökçen 46
Üzüm, Ayşe Kubat 45

V

Vardal, Tuba Olcay 31, 70,
71, 72
Veziroğlu, İrem Erdoğan 54

Y

Yağcı, Ali Nail 31
Yalçinkaya, Yasemin 36
Yalın, Gülşah Yenidünya 7
Yazar, Cansu 57, 88
Yazkaç, Ceren 74
Yegen, Gülçin 96
Yeğit, Osman Ozan 51, 52
Yeşil, Ezgi Ersoy 67
Yeşilova, Aylia Memedova
42
Yıldırım, Ezgi Simge 46
Yıldızeli, Şehnaz Olgun 57
Yıldız, Simge 42, 43, 98
Yılmaz, Ayşenur 37, 38,
47, 86
Yılmaz, Deniz 29, 46
Yılmaz, Merve Korkmaz 26,
66
Yılmaz, Mesut 26
Yılmaz, Mürvet 97
Yılmaz, Umut 62, 88
Yoldemir, Şengül Aydın 90
Yurttaş, Berna 60
Yücel, Başak 44
Yücel, Fatma Sibel Koçak 61
Yücel, İlknur 14
Yüztaş, Nur Karakütük 98

Organizasyon Sekreteryası



D Event Turizm Organizasyon

Barbaros Mah Begonya Sk.
Kolektif House, NidaKule Batı No:1/2
34746 Ataşehir – İstanbul
Tel: 0216 573 18 36
E-posta: istanbul1@devent.com.tr
www.devent.com.tr