



Sağlık Bilimleri Üniversitesi İç Hastalıkları Uzmanlık Eğitim
Araştırma Derneği

İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent

BİLİMSEL PROGRAM ve
BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

www.ichasderkongresi2024.org



İÇHASDER

7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent

01 Mayıs 2024, Çarşamba

Salon A

09:00-12:30 İNSÜLİN KURSU

Koordinatörler: Mine Adaş, Oğuzhan Deyneli, Kubilay Ükinç

12:30-13:30 ÖĞLE YEMEĞİ

13:30-14:15 AÇILIŞ

KONFERANS 1: YAPAY ZEKA DAHİLİYENİN NERESİNDE

Oturum Başkanları: Kemalettin Aydın, Erdoğan Çetinkaya,
Abdülbaki Kumbasar, Hayriye Esra Ataoğlu

Konuşmacı: Sema Basat

14:15-15:00 UYDU SEMPOZYUM - 1

**Kardiyovasküler Korumada 2 Etkin Güç: Pitavastatin
ve Kolşisin**

Moderatör: Abdülbaki Kumbasar

Dislipidemi Tedavisinde Pitavastatin

Sadi Güleç

Kardiyovasküler Korumada Kolşisinin Yeri

Hayriye Esra Ataoğlu



15:00-15:30 KAHVE MOLASI

15:30-16:15 UZMANINA DANIŞ 1: GEBELİKTE DAHİLİ HASTALIKLARIN YÖNETİMİ

Oturum Başkanları: Sabahat Ecdar, Osman Maviş

-Trombositopeni ve anemi

Zeynep Karaali

-Böbrek

Beyza Atakan

16:15-17:00 KONFERANS 2: TÜKENMİŞLİK SENDROMU

Oturum Başkanı: Sema Basat, Banu Büyük

Konuşmacı: Enes Özel



İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent

01 Mayıs 2024, Çarşamba

Salon B

09:00-12:30 **ACİLDE DAHİLİYE KONSÜLTASYONLARI**

- Kreatinin yükseliğine yaklaşım *Tevfik Ecder*
- Troponin ve natriüretik peptit yüksekliğine yaklaşım *Süleyman Ahbab*
- Transaminaz yüksekliğine yaklaşım *Bilger Çavuş*

12:30-13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**

15:30-16:15 **GENÇ PANEL: NUTRİSYON**

Oturum Başkanları: *Sibel Serin, Musa Salmanoğlu*

- Enteral beslenmede pratik tercihler: Hangi yolla besleyelim? Hangi ürünü verelim? *Ekmel Burak Özşenel*
- TPN: Kime, Nasıl verelim? *Emre Hoca*
- Yoğun bakım hastasında beslenmeyi nasıl yönetelim? *Başak Çakır Güney*



İÇHASDER

7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent

01 Mayıs 2024, Çarşamba

Salon C

08:30-17:00 **Temel USG Kursu**

Koordinatörler: Sema Basat, Özlem Dikme

Kursun içeriğinde ultrason cihazını ilk defa kullanacaklar için temel cihaz ve ultrasonografik görüntüleme prensiplerinin yanı sıra hepatobilyer, üriner, abdominal aorta ve temel ekokardiyografi incelemelerinin teorik bilgileri ve modeller üzerinde uygulamaları gösterilecektir. Kurs içeriğindeki bütün prosedürler canlı model üzerinde her katılımcı tarafından uygulanacaktır.

Temel USG kursumuzun sabah bölümünde teorik dersler, öğleden sonra ise pratik uygulamalar gerçekleştirilecektir. Pratikler 6 farklı istasyonda, her grupta maksimum 7 kişi olacak şekilde canlı modeller üzerinde yapılacaktır. Gruplar her istasyonda eğitmenler eşliğinde hepatobilyer, üriner, abdominal aorta ve temel ekokardiyografi uygulamalarını tamamlayacaktır.

08:30- 08:45 Açılış, kurstan beklentiler

Sema Basat, Özlem Dikme

08:45- 09:15 Ultrason Fiziği ve İnceleme Tekniği

Tanju Taşyürek

09:15- 09:45 Üriner Sistem Ultrasonografisi

Emre Kudu

09:45- 10:00 **ARA**

10:00-10:30 Hepatobilyer Ultrasonografi

Büşra Erdem

10:30-11:00 Abdominal Aorta Ultrasonografisi

Aslı Bahar Uçar

11:00-11:15 **ARA**

11.15-12.00 Odaklanmış Temel Ekokardiyografi

Özgür Çevrim

12.00- 13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**

Pratikler	1. istasyon Özgür Çevrim Tanju Taşyürek	2. istasyon Agit Akgül	3. istasyon Aslı Bahar Uçar Özlem Dikme	4. istasyon Emre Kudu	5. istasyon Büşra Erdem	6. istasyon Özgür Sadioğlu
13.30-15.00	A- EKO	B- EKO	C- EKO	D- Hepatobilyer	E- Hepatobilyer	F- Hepatobilyer
	A- Aorta	B- Aorta	C- Aorta	D- Üriner	E- Üriner	F- Üriner
15.00-15.30	ARA					
15.30-17.00	D- EKO	E- EKO	F- EKO	A- Hepatobilyer	B- Hepatobilyer	C- Hepatobilyer
	D- Aorta	E- Aorta	F- Aorta	A- Üriner	B- Üriner	C- Üriner



İÇHASDER

7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent

02 Mayıs 2024, Perşembe

Salon A

09:00-09:30 **UZMANINA DANIŞ 2: OTOİNFLAMATUAR HASTALIKLAR NE ZAMAN ŞÜPHELENİRİM? NASIL YAKLAŞIRIM?**

Oturum Başkanları: Yüksel Altuntaş, Elmas Biberici

Konuşmacı: Serdal Uğurlu

09:30-10:40 **PANEL 1: ÖZELLİKLİ VAKALARDA DİYABET YÖNETİMİ**

Oturum Başkanları: Mine Adaş, Emin Pişkinpaşa

-Kronik böbrek yetersizliği

Oğuzhan Sıtkı Dizdar

-Kalp yetersizliği

Seydahmet Akın

-Kronik karaciğer hastalığı

Hayriye Esra Ataoğlu

10:40-11:00 **KAHVE MOLASI**

11:00-11:45 **PANEL 3: GÜNCEL KONULAR**

Oturum Başkanları: Refik Demirtunç, Yaşar Sertbaş

-Dijital Terapötikler (Mini Uydu Sempozyum - Albert)

Zeynep Pelin Polat

-İmmünoterapi yan etkileri

Özgecan Dülger Kaya

11:45-12:30 **UYDU SEMPOZYUM - 2**

Lerkanidipin'den Enalapril'e Disiplinlerarası Bakış Açıları; Hipertansiyon Yönetiminde Bütünsel Yaklaşımlar

Moderatör: Tevfik Ecder

Konuşmacılar: Mine Adaş, Erdal Belen, Tevfik Ecder



12:30-13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**

13:30-14:45 **PANEL 4: KARDİYOLOJİ**

Oturum Başkanları: Özcan Keskin, Gülay Sain Güven

-İç hastalıklarında akut kalp yetersizliği yönetimi

Erdal Belen

-Antiagregan ve antikoagulan kullanan hastada GİS kanama yönetimi

Fatih Beşışık

-İnfektif endokardit: Tanı, tedavi, profilaksi

Sinem Çakal

14:45-15:30 **UYDU SEMPOZYUM - 3**

JARDIANCE ile Koruma, TRAJENTA ile Kolaylık Süper Gücünüz Olsun

Konuşmacılar: Sema Basat, Elif Arı Bakır, Ahmet Lütfullah Orhan



15:30-16:00 **KAHVE MOLASI**

16:00-17:00 **PANEL 6: ENDOKRİNOLOJİ PANELİ**

Oturum Başkanları: Erman Çakal, Doğan Nasır Binici

-Olgularla hipotiroidi yönetimi

İlknur Öztürk Ünsal

-Olgularla hipertiroidi yönetimi

Meral Mert

-Olgularla tiroid nodülünün yönetimi

Havva Gonca Tamer



İÇHASDER

7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent

02 Mayıs 2024, Perşembe

Salon B

09:30-10:40 **PANEL 2: GASTROENTEROLOJİ**

Oturum Başkanları: *Mustafa Kaplan, Ahmet Engin Atay*

-Akut pankreatit yönetimi

Yücel Arman

-Otoimmün hepatit: Nasıl şüpheleneyim? Nereye kadar yöneteyim?

Kadir Demir

12:30-13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**

13:30-14:45 **PANEL 5: ROMATOLOJİ**

Oturum Başkanları: *Hilmi Erdem Sümbül, Namık Yiğit*

-Behçet hastalığı

Vedat Hamuryudan

-Olgularla antifosfolipid antikor sendromu yönetimi

Engin Tezcan

-Amiloidoz ve amiloid fırtınası

Cemal Bes

02 Mayıs 2024, Perşembe

Salon C

09:00-09:35 **SÖZLÜ SUNU OTURUMLARI - 1**

Oturum Başkanları: *Şengül Aydın Yoldemir, Rıdvan Sivritepe*

SS-01	Anti-Hbc IgG (+) ve/veya Hbs ag (+) Otoimmün hepatit tanılı hastaların genel özellikleri, tedavi yanıtı ve antiviral profilaksi gereksiniminin değerlendirilmesi	<i>Muhammed Emin Ergün</i>
SS-02	Türk doktorlar kendi malignite taramalarında ne kadar duyarlı?	<i>Başak Can</i>
SS-03	Primer hiperparatiroidizmde trombosit dağılım genişliği ve endotel disfonksiyonu arasındaki ilişki	<i>Seda Erem Basmaz</i>
SS-04	Hiçbir şey eskisi gibi olmayacak mı? Pandeminin pankreasa getirdikleri	<i>Mehmet Çetin</i>
SS-05	Erişkin çölyak tanılı hastalarda klinik, serolojik ve patolojik bulguların değerlendirilmesi; 3.basamak tek merkez deneyimi	<i>Gonca Karakan</i>

16:00-16:35 **SÖZLÜ SUNU OTURUMLARI - 2**

Oturum Başkanları: *Begüm Şeyda Avcı, Elmas Biberici*

SS-06	Tip 2 DM hastalarında karaciğer fibrozisi ve diyabetik retinopati ilişkisi	<i>Suat Baran Bakan</i>
SS-07	Pankreas kanserli hastalarda, tanı anındaki metabolik ve inflamatuvar parametrelerin hastalık evresi ve prognoz ile ilişkisi	<i>Hanife Usta Atmaca</i>
SS-08	Nonvalvüler atrial fibrilasyon tanılı geriatric hastalarda diyabet varlığının hastaneye yatış sayısı süresi ve mortalite üzerine etkisinin değerlendirilmesi	<i>Mehmet Fırat</i>
SS-09	İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanılı hastalarda hepatik steatoz ve fibrozis gelişiminin ultrason elastografi yöntemi ile araştırılması	<i>Büşra Yüce</i>
SS-10	Hipofiz adenomu mevcut hastalarda hiperkortizolemi tanısında gece yarısı tükürük kortizolünün yeri	<i>Rabia Solak</i>



İÇHASDER

7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent

03 Mayıs 2024, Cuma

Salon A

09:00-09:30 UZMANINA DANIŞ: 3

Hangi hastaya hangi görüntüleme: USG mi? BT mi? MR mi? PET BT mi?

Oturum Başkanları: Banu Böyük, Işıl Bavunoğlu

Konuşmacı: Fatma Kulalı

09:30-10:30 PANEL 7: DAHİLİYEDE YÖNETİMİ ZOR DURUMLAR

Oturum Başkanları: Tufan Tükek, Kerim Güler

-Poliklinikte B12 yüksekliği: Araştırılmalı mı?

Nalan Okuroğlu

-Hipoalbuminemi: Tedavi edelim mi?

Ali Özdemir

-Steroid kullanan hastanın yönetimi

Feray Akbaş

10:30-11:00 KAHVE MOLASI

11:00-11:40 PANEL 9: GERİATRİ PANELİ

Oturum Başkanları: Mehmet Akif Karan, Kadir Kayataş

-Deliryum yönetimi

Berrin Karadağ

-Yaşlıda polifarmasi

Serdar Özkök

11:40-12:25 UYDU SEMPOZYUM - 4

Tip 2 Diyabet Tedavisinde Linagliptin ve Dapagliflozinin Ekstraları

Konuşmacılar: Mine Adaş, Meral Mert



12:25-13:30 ÖĞLE YEMEĞİ

13:30-14:45 PANEL 10: HİPERLİPİDEMİ

Oturum Başkanları: Aytekin Oğuz, Funda Müşerref Türkmen

-Poliklinikte hiperlipidemik hastaya yaklaşım

Sadi Güleç

-Rezidüel risk yönetimi

Ahmet Temizhan

-Antilipidemik tedavi yan etki yönetimi

Miraç Vural Keskinler

14:45-15:30 UYDU SEMPOZYUM - 5

Diyabet Tedavisinde 3D Yaklaşım: Doğru Zaman, Doğru Doz, Doğru İnsülin

Konuşmacılar: Kubilay Ükinç, Şevki Çetinkalp, Oğuz Abdullah Uyaroğlu



15:30-16:00 KAHVE MOLASI

16:00-16:30 KONFERANS 4: OBEZİTE TEDAVİ EDİLEMEZ BİR HASTALIK MIDIR?

Oturum Başkanları: Abdülbaki Kumbasar, Ali Özdemir

Konuşmacı: Dilek Yavuz

16:30-17:30 PANEL 12: KLİNİKLERDEN ZOR VAKALAR 3 VAKA

Oturum Başkanları: Ali Özdemir, Zeynep Karaali, Tayyibe Saler

Konuşmacılar: Pınar Yıldız, Nizameddin Koca, Bilgin Bahadır Başgöz



İÇHASDER

7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent

03 Mayıs 2024, Cuma

Salon B

09:30-10:30 **PANEL 8: DAHİLİYE PRATIĞİNDE LABORATUVAR**

Oturum Başkanları: *Abdulbaki Kumbasar, Emin Gemcioğlu*

- Hemogram değerlendirilirken gözden kaçanlar *Şengül Aydın Yoldemir*
- Protein elektroforezinde sadece M piki mi aranmalıdır? *Murat Akarsu*
- Eozinofili, hipereozinofili yaklaşım *Hande Erman*

10:30-11:00 **KAHVE MOLASI**

11:00-11:40 **KONFERANS 3: GÜNCEL DİYABET SINIFLANDIRMASI**

Oturum Başkanları: *Yüksel Altuntaş, Sait Gönen*

Konuşmacı: *Kubilay Karşıdağ*

12:25-13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**

13:30-14:45 **PANEL 11: HİPERTANSİYON**

Oturum Başkanları: *Seyit İbrahim Akdağ, İhsan Solmaz*

- Sekonder hipertansiyon *Gülizar Şahin*
- Malign hipertansiyon yaklaşım *Hanife Usta Atmaca*
- Antihipertansif seçiminde incelikler: Kime hangi ilaç? *Yıldız Okuturlar*

03 Mayıs 2024, Cuma

Salon C

09:00-09:35 **SÖZLÜ SUNU OTURUMLARI - 3**

Oturum Başkanları: *Mehmet Yamak, Elif Yıldırım Ayaz*

SS-11	Obez bireylerde kas kütle indeksi'nin trigliserid/glukoz (TyG) ve trigliserid/HDL üzerine etkisi	<i>Hazal Pişkin Ural</i>
SS-12	Tip 2 diyabet tanılı hastalarda ramazan ve oruç IDF-DAR risk değerlendirmesi	<i>Didem Ekiz</i>
SS-13	Toplum kökenli pnömoni nedeniyle yatarak tedavi edilen hastalarda PSI, qSOFA, Curb-65 skor ve charlson komorbidite indeksinin hastalık şiddeti ile ilişkisinin araştırılması	<i>Onur Mert Bender</i>
SS-14	Toplum kökenli pnömoni nedeniyle yatarak tedavi edilen geriatrik hastalarda pnömoni indeksleri ve charlson komorbidite indeksinin hastalık ciddiyeti ile ilişkisi	<i>Gizem Geçmez</i>
SS-15	Yaşlı hastalarda demans alt tipleri ve dehidrasyon arasındaki ilişki	<i>Damla Aslan Kirazoğlu</i>



İÇHASDER

7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent

04 Mayıs 2024, Cumartesi

Salon A

09:00-10:00 **PANEL 13**

Oturum Başkanları: Hayriye Esra Ataoğlu, Sema Basat

-Olgularla hiperkalsemi yönetimi

Banu Büyük

-Olgularla hipokalsemi yönetimi

Mazhar Müslüm Tuna

-Olgularla hipomagnezemi yönetimi

Müge Bilge

10:00-10:30 **KAHVE MOLASI**

10:30-11:30 **KONFERANS 5: MALPRAKTİS**

Oturum Başkanları: Mustafa Yenigün, Fuat Şar

Konuşmacı: Vehbi Özaydın

11:30-12:15 **UYDU SEMPOZYUM - 6**

Konu Diyabet Cevabı Net: Forziga

Moderatör: Yüksel Altuntaş

Konuşmacı: Seyit İbrahim Akdağ



12:15-13:15 **ÖĞLE YEMEĞİ**

13:15-14:15 **PANEL 15: KLİNİKLERDEN ZOR VAKALAR 3 VAKA**

Oturum Başkanları: Ali Özdemir, Zeynep Karaali, Tayyibe Saler

-Klinikler

Mehmet Bankir

14:15-14:30 **ÖDÜL KAZANAN BİLDİRİLER**

Bildiri ödül değerlendirme komitesi tarafından dereceye giren bildirilere İÇHASDER Derneği tarafından alttaki ödüller verilecektir.

• **Sözlü Bildiri Birincilik Ödülü:** Gelecek Kongreye kayıt ve konaklama sponsorluğu

• **Sözlü Bildiri İkincilik Ödülü:** Gelecek Kongreye kayıt sponsorluğu

• **Sözlü Bildiri Üçüncülük Ödülü:** Gelecek Kongreye kayıt sponsorluğu

• **Poster Bildiri Birincilik Ödülü:** Gelecek Kongreye kayıt sponsorluğu

**Bildiri değerlendirmelerinin, bildiri ödüllерinin temini ve verilmesinin herhangi bir aşamasında, hiç bir firmanın (ruhsat/izin sahibi) müdahalesi veya sponsorluğu söz konusu değildir.

14:30

KAPANIŞ



İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent

04 Mayıs 2024, Cumartesi

Salon B

11:15-12:15 **PANEL 14 AKILCI İLAÇ OTURUMU**

Oturum Başkanları: *Taner Alioğlu, Hanife Şerife Aktaş*

-Yatan hastada tromboflaksi: Kime, nasıl?

-Akılcı PPI kullanımı

Rıdvan Sivritepe

Türkan Paşalı Kilit

04 Mayıs 2024, Cumartesi

Salon C

09:00-09:45 **SÖZLÜ SUNU OTURUMLARI - 4**

Oturum Başkanları: *Meltem Sertbaş, Arzu Cennet Işık*

SS-16	Sistemik kemoterapi verilen kaposi sarkomu hastalarında tedavi yanıtının değerlendirilmesi	<i>Gözde Balkaya</i>
SS-17	İç hastalıkları servisinde yatan yaşlı hastalardaki komorbid hastalıklar ile hiponatremi arasındaki ilişki	<i>Beste Öztürk</i>
SS-18	Vitamin D düzeyi ile tiroid antikorları arasındaki ilişki	<i>Muhammed Hüseyin Yılmaz</i>
SS-19	Kronik böbrek yetmezliği olan tip-2 diyabetes mellitus tanılı hastaların tedavi seçiminde C-peptidin rolü	<i>Gonca İvecen</i>
SS-20	İç hastalıkları servisinde yatan hastalarda NT-proBNP değerinin prognoz ile ilişkisinin incelenmesi	<i>Mehmet Karagüven</i>
SS-21	Obez ve Non obez hastalarda dinapeni ve trigliserid glukoz indexinin (TyG) irdelenmesi	<i>Samet Karagöz</i>



İÇHASDER 7. İ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent

SÖZLÜ BİLDİRİLER



İÇHASDER

7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent

SÖZLÜ BİLDİRİ LİSTESİ

SS-01	Anti-Hbc IgG (+) ve/veya Hbs ag (+) Otoimmün hepatit tanılı hastaların genel özellikleri, tedavi yanıtı ve antiviral profilaksi gereksiniminin değerlendirilmesi	<i>Muhammed Emin Ergün</i>
SS-02	Türk Doktorlar Kendi Malignite Taramalarında Ne Kadar Duyarlı?	<i>Başak Can</i>
SS-03	Primer hiperparatiroidizmde trombosit dağılım genişliği ve endotel disfonksiyonu arasındaki ilişki	<i>Seda Erem Basmaz</i>
SS-04	Hiçbir Şey Eskisi Gibi Olmayacak Mı? Pandeminin Pankreasa Getirdikleri	<i>Mehmet Çetin</i>
SS-05	Erişkin Çölyak Tanılı Hastalarda Klinik, Serolojik ve Patolojik Bulguların Değerlendirilmesi; 3.Basamak Tek Merkez Deneyimi	<i>Gonca Karakan</i>
SS-06	Tip 2 DM Hastalarında Karaciğer Fibrozisi Ve Diyabetik Retinopati İlişkisi	<i>Suat Baran Bakan</i>
SS-07	Pankreas kanserli hastalarda, tanı anındaki metabolik ve inflamatuvar parametrelerin hastalık evresi ve prognoz ile ilişkisi	<i>Hanife Usta Atmaca</i>
SS-08	Nonvalvüler Atrial Fibrilasyon Tanılı Geriatrik Hastalarda Diyabet Varlığının Hastaneye Yatış Sayısı Süresi ve Mortalite Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi	<i>Mehmet Fırat</i>
SS-09	İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanılı hastalarda hepatik steatoz ve fibrozis gelişiminin ultrason elastografi yöntemi ile araştırılması	<i>Büşra Yüce</i>
SS-10	Hipofiz Adenomu Mevcut Hastalarda Hiperkortizolemi Tanısında Gece Yarısı Tükürük kortizolünün Yeri	<i>Rabia Solak</i>
SS-11	Obez Bireylerde Kas kütle indeksi'nin Trigliserid/Glukoz (TyG) ve Trigliserid/HDL Üzerine Etkisi	<i>Hazal Pişkin Ural</i>
SS-12	Tip 2 Diyabet Tanılı Hastalarda Ramazan ve Oruç IDF-DAR Risk Değerlendirmesi	<i>Didem Ekiz</i>
SS-13	Toplum Kökenli Pnömoni Nedeniyle Yatarak Tedavi Edilen Hastalarda PSI, qSOFA, Curb-65 Skor ve Charlson Komorbidite İndeksinin Hastalık Şiddeti ile İlişkisinin Araştırılması	<i>Onur Mert Bender</i>
SS-14	Toplum Kökenli Pnömoni Nedeniyle Yatarak Tedavi Edilen Geriatrik Hastalarda Pnömoni İndeksleri ve Charlson Komorbidite İndeksinin Hastalık Ciddiyeti ile İlişkisi	<i>Gizem Geçmez</i>
SS-15	Yaşlı Hastalarda Demans Alt Tipleri ve Dehidrasyon Arasındaki İlişki	<i>Damla Aslan Kirazoğlu</i>
SS-16	Sistemik Kemoterapi Verilen Kaposi Sarkomu Hastalarında Tedavi Yanıtının Değerlendirilmesi	<i>Gözde Balkaya</i>
SS-17	İç Hastalıkları Servisinde Yatan Yaşlı Hastalardaki Komorbid Hastalıklar ile Hiponatremi Arasındaki İlişki	<i>Beste Öztürk</i>
SS-18	Vitamin D Düzeyi ile Tiroid Antikorları Arasındaki İlişki	<i>Muhammed Hüseyin Yılmaz</i>
SS-19	Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Tip-2 Diyabetes Mellitus Tanılı Hastaların Tedavi Seçiminde C-peptidin Rolü	<i>Gonca İvecen</i>
SS-20	İç Hastalıkları servisinde yatan hastalarda NT-proBNP değerinin prognoz ile ilişkisinin incelenmesi	<i>Mehmet Karagüven</i>
SS-21	Obez ve Non obez hastalarda dinapeni ve trigliserid glukoz indexinin(TyG) irdelenmesi	<i>Samet Karagöz</i>



İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent

SÖZLÜ BİLDİRİLER

[SS-01]

Anti-Hbc IgG (+) ve/veya Hbs ag (+) Otoimmün hepatit tanılı hastaların genel özellikleri, tedavi yanıtı ve antiviral profilaksi gereksiniminin değerlendirilmesi

Muhammed Emin Ergün

Erciş Şehit Rıdvan Çevik Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları

Amaç: Otoimmün hepatit ile birlikte geçirilmiş Hepatit B bulgusu(anti-Hbc IgG) ve/veya hepatit b yüzey antijen pozitifliği (Hbs ag (+)) saptanan hastaların genel özellikleri,-Tedavi yanıtları ve antiviral profilaksi gereksiniminin geriye dönük araştırılması.

Yöntem: Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi gastroenteroloji bölümünde ocak 2018-aralık 2021 arasında tanı alan Anti-Hbc IgG(+) ve/veya HBs ag(+) saptanan OİH tanılı 10 olgunun demografik bilgileri, laboratuvar bulguları, tedavisi geriye dönük olarak incelendi.OİH tanısı uluslararası OİH grubu tarafından önerilen basitleştirilmiş kriterlere göre konuldu.Hastaların tedavisi Uluslararası OİH kılavuzlarının önerdiği şekilde düzenlendi.

Bulgular: Toplam 10 (n:8 kadın, %80)) çalışmaya dahil edildi.Hastaların median yaşı 48 (22-79) di.Hastaların başvuru anındaki median laboratuvar sonuçları: ALT (>40 IU/L): 384 (45-898) AST (>40 IU/L): 264 (63-700) Serum IgG (>1600 g/dl): 2200 (1880-4960), INR (>1.2): 1.19 (0.88-1.69), ALP (>116 IU/L): 134 (71-215), GGT (>40 IU/L): 117 (28-455), T.bil (1.2 mg/dl): 2.2 (1.1-20).Otoimmün seroloji 6 (% 60) hastada saptandı.6 (%60) hastaya kesin, 4(%40) hastaya olası OİH tanısı konuldu. 7 hastada(%70) tam remisyon sağlanmıştı. 3 hastada remisyon sağlanmamıştır. Remisyon sağlanmayan hastalarda ikincil basamak tedaviye geçilmiştir. 6 hastaya TDF (Tenofovir disoproksil fumarat), 3 hasta TAF (tenofovir alafenamid), 2 hasta Entekavir başlanmıştı. Herhangi bir hastada HBV reaktivasyonu gelişmemişti.

Sonuç: OİH tanılı hastalarda Anti-Hbc IgG(+) ve/veya HBs ag(+) saptanması bizim çalışmamızda olduğu gibi Yapılan çalışmalarda da OİH prognozunu etkilemediği gösterilmiştir. Ancak HBV reaktivasyonu gelişebileceği ve Bundan dolayı tanı konulduğunda antiviral profilaksi başlanması gerektiği bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kaynakça: Otoimmün hepatit, Antiviral tedavi, Hbv

[SS-02]

Türk Doktorlar Kendi Malignite Taramalarında Ne Kadar Duyarlı?

Başak Can, Esra Deniz Kahvecioğlu

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

Amaç: Malignite taraması, malignitenin erken dönemde saptanmasını sağlayan ilgili muayene ve testleri içermektedir. Erken tanı, tedavi başarısını artırmaktadır. Bu anket çalışması ile Türk hekimlerin kendi malignite taramaları ko-

nusunda ne kadar hassas olduklarını saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada veri toplama aracı olarak Google anket kullanılmıştır. Anket çalışmamıza cerrahi ve dahili bilim ayırt edilmeden Türk hekimler katıldı. Bu hekimlerin malignite taramalarını yaptırıp yaptırmadıkları sorgulandı. Tarama yaptıran hekimlere hangi test ve muayeneyi tercih ettikleri soruldu.

Bulgular: Çalışmamıza toplam 530 hekim katıldı. Katılımcıların %19.3'ü 46 yaş ve üzeri, % 9.8'i 41-45 yaş arası, % 58.3'ü 31-40 yaş arası ve % 12.5'i 25-30 yaş arası hekimlerden oluşuyordu. Hekimlerin % 56.7'si erkek iken % 43.3'ü kadın idi.

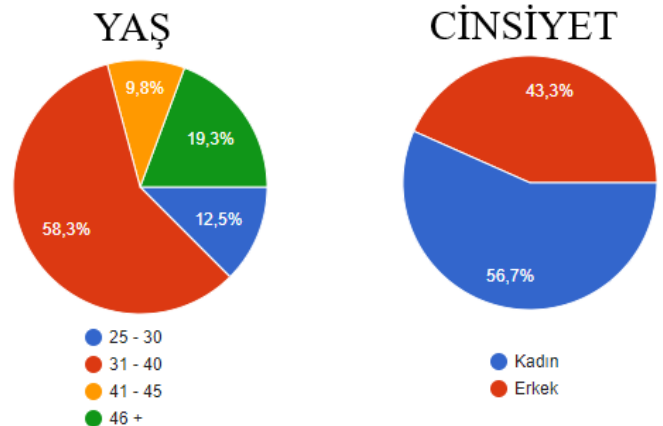
Meme ca için risk grubunda olan 146 kadına taramaları sorulduğunda %52.1'i meme muayenesi ile takip ettiğini, % 28.8 'i meme usg ile % 15.1'i ise mamografi yaptırdığını belirtti. Geri kalan % 4'lük kısım ise risk grubunda olmasına rağmen herhangi bir tarama yaptırmamıştı. Meme kanseri için risk grubunda olmayan 50 yaş üzeri kadın katılımcıların ise % 61.5 meme muayenesi, %38.5 'i ise mamografi ile takiplerini yapıyordu. 300 kadın hekimin % 49.3'ü hiç papsmear yaptırmamakla birlikte, %46'sı düzensiz aralıklarla yaptırmıştı. Kadın hekimlerin %4.7'ü ise 20 yaşından sonra düzenli aralıklarla papsmear taramasını yaptırmıştı. 300 kadın hekimin %67.5'i HPV taramasını hiç yaptırmamış, %25.2'si düzensiz aralıklarla yaptırmış. Kadın hekimlerin %7.3'ü 30 yaşından sonra düzenli aralıklarla yaptırmıştı. Kolorektal malignite açısından risk grubunda olan 144 hekimin %84.7'si herhangi bir tarama yaptırmamış, %11.1'i kolonoskopi ve %4.2'si ise yıllık gaitada gizli kan baktırmıştı.

Over ca için risk grubunda olan 96 kadın hekimin %62.5'u hiç tarama yaptırmamış, %14.6'sı batin usg yaptırmış, %14.6'sı transvajinal usg yaptırmıştı. Bu gruptaki hekimlerin %8.3'ü ise ca 125 baktırmıştı. 55 yaş üzeri ve 30 paket /yıl sigara öyküsü olan (halen içmekte olanlar veya son 15 yıl içinde bırakmış olanlar) 36 hekimin %66.7'si akciğer ca için hiç tarama yaptırmamış, %33.3'ü düşük doz BT ile tarama yaptırmıştı. 50 yaş üzeri 44 erkek hekimin %59.1'i prostat ca için hiç tarama yaptırmamıştı. Bu grup hekimlerin %36.4'ü PSA baktırmış, % 4.5'ü ise digital rektal muayene yaptırmıştı.

Sonuç: Tarama testlerinin önemi hekimler tarafından bilinmemekte ve hastalar üzerinde rutin olarak uygulanmaktadır. Ancak çalışmamızın sonucuna göre hekimlerimizin büyük kısmının kendi sağlıkları konusunda yeterince hassas olmadıklarını saptadık.

Anahtar Kelimeler: Hekim, Tarama, Malignite

Figür 1



[SS-03]

Primer hiperparatiroidizmde trombosit dağılım genişliği ve endotel disfonksiyonu arasındaki ilişki

Seda Erem Basmaz

Kocaeli Şehir Hastanesi

Giriş: Primer hiperparatiroidizm (PHPT), sistemik inflamasyondaki artıştan kaynaklanabilecek olumsuz kardiyovasküler sonuçlarla ilişkilidir (1). Çalışmalar, bazı inflamatuvar belirteçlerin artmış seviyelerinin kardiyovasküler hastalık riskini artırdığını göstermiştir [2].

Amaç: Bu çalışmada primer hiperparatiroidizmde preoperatif ve postoperatif dönemde kardiyovasküler olay (KVO), tromboembolik olay (TBO) gelişimi için prediktif bir faktör olan trombosit dağılım hacmi (PDW) düzeyini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmada, 2014-2021 yılları arasında PHPT nedeniyle paratiroidektomi yapılan 56 hasta (45 kadın, 11 erkek, yaş 53,23±11,73 yıl) retrospektif olarak tarandı. Ayrıca yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş sağlıklı bireyler sağlıklı kontrol olarak kullanılmıştır. Hastaların demografik, klinik bilgileri, parathormon (PTH), düzeltilmiş kalsiyum, fosfor, beyaz kan hücresi (WBC) sayısı, trombosit sayıları ve PDW; paratiroidektomi öncesi ve üç ay sonrası kaydedildi.

Bulgular: PDW değeri hem preop hem de postop PHPT hastalarında kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca PDW değeri postoperatif dönemde preoperatif döneme göre azalmıştır. Postoperatif dönemde PDW değerindeki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$)

Sonuç: PDW basit bir aktive trombosit indeksidir ve rutin kan sayımlarında ölçülmektedir. Verilerimiz PDW' nin artmış PTH ve serum kalsiyumu ile pozitif korelasyon gösterdiğini ortaya koymaktadır; ancak bu sonuçlar daha geniş örneklem ve daha uzun takip sürelerini içeren ileri çalışmalarla doğrulanmalıdır.

Referanslar: 1. Hung-Bun Lam, Po-Sheng Yang, Ming-Nan Chien, Jie-Jen Lee, Li-Fen Chao, Shih-Ping Cheng Association between neutrophil-to-lymphocyte ratio and parathyroid hormone in patients with primary hyperparathyroidism. Arch Med Sci. 2019 Jul;15(4):880-886. doi: 10.5114/aoms.2018.74758. 2. Almqvist, E.G., et al., Increased markers of inflammation and endothelial dysfunction in patients with mild primary hyperparathyroidism. 2011. 71(2): p. 139-144.

Anahtar Kelimeler: Primer hiperparatiroidi, trombosit dağılım hacmi, kardiyovasküler olay

Bazı kan sayımı değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırması

	Preop. Median (min-maks.) (Mean±SD)	Postop. Median (min-maks.) (Mean±SD)	p1
Hasta (PDW)	17,22±1,80	16,62±1,66	0.043***
Kontrol (PDW)	15,80±2,35	15,80±2,35	
	p2=0.001****	p2=0.040****	
Hasta (PLT)	273,42±94,77	251,82±80,65	0.213***
Kontrol (PLT)	257,00±58,57	257,00±58,57	
	p2<0.001****	p2=0.709****	
* Wilcoxon Sıralı İşaretler Testi ** Mann Whitney U-Test *** T Bağımlı Gruplarda Test **** T Bağımsız Gruplarda Test			

[SS-04]

Hiçbir Şey Eski Gibi Olmayacak Mı? Pandemi Pankreasa Getirdikleri

Mehmet Çetin¹, Damla Gül Çetin², Hayriye Esra Ataoğlu¹

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Pankreasın inflamatuvar bir hastalığı olan akut pankreatit (AP), ülkemizde ve diğer birçok ülkede gastrointestinal patolojiler nedeniyle hastaneye başvurunun önde gelen nedenlerinden biridir. Hem Covid-19 enfeksiyonunun hem de pandemi döneminde yeni gelişen sağlık sorunlarının gün yüzüne çıkması ile birlikte (sedanter yaşamın artması, hekime ulaşmada güçlük, rutin sağlık kontrollerinde aksama, karantina sebebi ile immobilizasyon vs.) AP'nin sıklığında, etiyolojisinde, morbidite ve mortalite oranlarında değişiklik meydana geldiği tahmin edilmektedir. Biz bu çalışmamızda, AP tanısı ile İç Hastalıkları servisine interne edilen hastalarda, Covid-19 pandemisi öncesi ve sonrası sıklığını, etiyolojisini, ciddiyetini ve prognoz kriterlerini karşılaştırmayı amaçladık.

Materyal-Method: Tek merkezli, gözlemsel planlanan çalışmamıza, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları servisine pandemi öncesi 9 aylık ve pandemi dönemi 9 aylık süre zarfında AP ile interne edilen 140 hasta retrospektif olarak dahil edildi. Atlanta kriterlerine göre tanı konmuş AP'li hastaların, hastane bilgi sistemi ve/veya hasta takip dosyalarından demografik bilgiler (yaş, cinsiyet), komorbid hastalıklar, sigara ve alkol kullanımı, düzenli kullandığı ilaçlar, laboratuvar değerleri, görüntüleme sonuçları, hastaların hastanede kaç gün hospitalize edildiği, yoğun bakım ünitesine alınan kaç hastanın, ne kadar süre kaldığı ve AP sebebi ile hayatını kaybeden kaç vaka olduğuna dair bilgiler kayıt altına alındı. AP şiddet indeks kriterleri olarak, 0. ve

48.saat Ranson, Sistemik İnflamatuvar Yanıt Sendromu (SIRS), Akut Pankreatitte Yatak Başı Şiddet İndeksi (BI-SAP) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) kriterleri (Balthazar skorlaması) kullanıldı.

Bulgular: Pandemi öncesi, iç hastalıkları servisine interne edilen AP hastalarının sıklığı %4.26 iken, pandemi döneminde %5.16 olarak bulundu. Pandemi sonrası, sebebi kesinleşmiş AP'li hastaların hipertrigliseridemiye bağlı etioloji oranı, pandemi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı ($p=0,033$) (Tablo 1). AP şiddet indeks kriterlerini, pandemi öncesi ve pandemi dönemi grupları ile karşılaştırdığımızda, Ranson 0. ve 48. Saat ve SIRS sonuçlarında, pandemi öncesi ve dönemi grupları arasında, anlamlı bir fark ortaya çıkmazken, pandemi öncesinde BISAP şiddet indeks kriterleri karşılamayan veya daha az karşılayan hasta sayısı daha yüksekti ve pandemi dönemi grupta, en az bir kriter sağlayan BISAP skorlamasında anlamlı fark bulundu ($p=0,038$). Pandemi öncesi ve pandemi dönemi hasta gruplarında, hastaların hospitalizasyon sürelerinde, hastanede kaldığı sırada yoğun bakımda takip veya exitus kabul edilme, mükerrer kez interne edilme oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: CoV-19'un hayatımıza girmesi ile başlayan küresel ölçekteki pandemi süreci, her noktada yaşamımızı etkilediği gibi AP konusunda da birtakım değişiklikler meydana getirmiştir. Bizim çalışmamıza göre pandemi dönemi ile beraber AP sıklığında artış gözlemlendi. Özellikle etiolojide, hipertrigliseridemi prevalansında kayda değer bir yükselme izlenmiş oldu. AP'nin şiddet indeks kriterlerine göre pandemi döneminde, vakaların şiddetli prognoz gösterme olasılığı artarken, hastanede yatış süreleri ve mortalitede herhangi bir değişiklik izlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Akut pankreatit, Covid-19, Etiyoloji, Prognoz

Tablo 1: Pandemi Öncesi ve Pandemi Sonrası Akut Pankreatit Etiyolojileri

Etiyoloji	Toplam		Pandemi Öncesi		Pandemi Sonrası		p
	n	%	n	%	n	%	
Biliyer	38	44,2%	25	52,1%	13	34,2%	0,097
Alkolik	8	9,3%	5	10,4%	3	7,9%	1,000
Hipertrigliseridemi	26	30,2%	10	12,7%	16	42,1%	0,033
İlaç	6	7,0%	4	5,1%	2	5,3%	0,690
Diğer	8	9,3%	4	8,3%	4	10,5%	0,728
IGG4	1	0,7%	0	0,0%	1	2,6%	
IPMN	2	1,4%	1	2,1%	1	2,6%	
Malignite	1	0,7%	1	2,1%	0	0,0%	
Otoimmün	1	0,7%	1	2,1%	0	0,0%	
Portal Ven Trombozu	1	0,7%	1	2,1%	0	0,0%	
Toksik	1	0,7%	0	0,0%	1	2,6%	
Covid	1	0,7%	0	0,0%	1	2,6%	
Bilinmiyor	54	38,6%	31	39,2%	23	37,7%	0,853

[SS-05]

Erişkin Çölyak Tanılı Hastalarda Klinik, Serolojik ve Patolojik Bulguların Değerlendirilmesi; 3.Basamak Tek Merkez Deneyimi

Gonca Karakan¹, Banu Böyük¹, Didem Doğan², Rahmi İrmak³, Hande Erman¹

¹Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Çölyak hastalığı (ÇH), ince bağırsağın kronik inflamasyonu ve villöz atrofi ile karakterize bir otoimmün hastalıktır. Bu hastalar karşımıza çok çeşitli semptom ve bulgularla çıkabilmektedir. Hastaların tanısı son derece önem arz etmekte olup takibi ve tedavisi planlanırsa hastalık kontrol altında tutulabilmektedir. Bu nedenle çalışmamızda kliniğimize son 5 yıl içerisinde başvuran 18 yaş üstü yeni tanı veya takipteki çölyak hastalarının başvuru şikayetlerini, laboratuvar bulgularını, endoskopik ve histopatolojik bulgularını incelemeyi, merkez deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık. Gereç-Yöntem: Bu çalışmaya Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi İç Hastalıkları ve Gastroenteroloji polikliniğine 2017-2022 arasında başvuran ve takibi polikliniğimizden yapılan 18 yaş üstü, çölyak tanılı, histopatolojik örneklemesi yapılmış 228 hasta dahil edilmiştir. Hastaların başvuru semptomları, eşlik eden hastalıkları, laboratuvar parametreleri, serolojik ve histopatolojik parametreleri değerlendirildi.

Bulgular: Çölyak hastalığı (ÇH) tanılı 228 hasta ile yapılan çalışmamızın %69.7'si kadın, %30.3'ü erkekti. Yaş ortalaması 39.34±12.45; vücut kitle indeksi (VKİ) ortalaması 23.37±3.11 olarak saptandı. Çölyak tanı süresi ortalamasının ise 7.02 yıl olduğu görüldü. Eşlik eden hastalıkları açısından incelendiğinde; %14.9 ile en sık tiroid hastalıklarının eşlik ettiği ve bunu %7.9 ile osteoporoz, % 6.6 ile romatolojik hastalıkların takip ettiği görüldü. 228 hastanın %70.6'sında atipik ÇH bulundu. Tipik ÇH olanların atipiklere göre boyları daha kısa ($p=0.025$), anti t-TG IgA değerleri anlamlı olarak ($p=0.044$) daha yüksek saptandı. Histopatolojik Marsh sınıflandırması ile anti t-TG IgA yüksek pozitiflik arasında anlam olduğu görüldü ($p<0.001$). Hemoglobinin, t-TG IgA yüksek pozitif olan grupta daha düşük saptanması anlamlı olarak görüldü ($p=0.024$). Anti t-TG IgA yüksek pozitifliğinin saptandığı hastalarda %77.8 oranında Marsh 3C olarak raporlandığı ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p=0.029$).

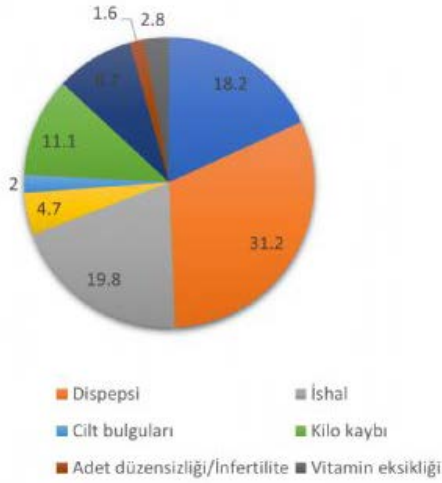
Sonuç: Çalışmamızda; ÇH'nin erişkin yaş grubunda sıkça atipik bulgu ve semptomlarla da karşımıza çıkabildiği gösterilmiştir. Eşlik eden hastalıklar; en sık tiroid hastalıkları, osteoporoz, romatolojik hastalıklardır ve bu hastalıklara sahip hastalarda ÇH taraması yapmanın yanlış bir yaklaşım olmayacağını savunmaktayız. Bu çalışmada hastaların kliniği, laboratuvar parametreleri, serolojik ve histopatolojik bulgularının birbirleri ile ilişkili olduğunu gösterdik. Serolojik parametrelerden anti t-TG IgA arttı-

ça endoskopik olarak Marsh skorunun arttığını yani mukozal hasarın arttığını saptadık. Ülkemizde ve dünyada erişkin ÇH ile ilgili yeterli veri olmaması nedeniyle bu konuda daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç sürmektedir ve çalışmamızın bu anlamda literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Anti endomisyum antikoru, Anti t-TG IgA, Atipik, Çölyak, Marsh Oberhuber

Hastaların başvuru nedenleri

Başvuru şikayeti



Tipik ve atipik çölyak hastalarının demografik ve serolojik parametrelerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Tipik(n=67)	Atipik(n=161)	P değeri
Yaş (yıl)	40±11.74	39.07±12.76	0.459
Boy (cm)	152.93±38.23	161.73±25.93	0.025*
Kilo (kg)	60.11±15.13	61.63±9.42	0.505
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	22.65±3.92	23.72±4.13	0.182
Çölyak süresi (yıl)	7±5.65	7.03±5.03	0.909
Total IgA (g/L)	2.29±1.28	2.07±1.01	0.432
Anti t-TG IgA (RU/ml)	143.22±80.35	120.73±90.98	0.044*
Anti t-TG IgG (RU/ml)	4.56±22.57	1.95±10.5	0.001*

[SS-06]

Tip 2 DM Hastalarında Karaciğer Fibrozisi Ve Diyabetik Retinopati İlişkisi

Selin Çınar¹, Müzeyyen Eryılmaz², Suat Baran Bakan², Ayşe Sönmez³, Yusuf Yılmaz⁵, Yaşar Sertbaş², Meltem Sertbaş², Seda Sancak Nurdan⁴, Ali Özdemir²

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Geriatri Kliniği, İzmir

²Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Göz

Hastalıkları Kliniği, İstanbul

⁴Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul,

Giriş: Alkol dışı yağlı karaciğer hastalığı (NAYKH) belirgin alkol kullanımından bağımsız olarak; hepatositlerde karaciğer ağırlığının %5'inden fazla yağ birikimi ile karakterize klinik durumdur. Dünya genelinde prevalansı %25 olup kronik karaciğer hastalığının önemli sebeplerindedir. Tip 2 Diabetes Mellitus (T2DM) mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlarla seyreden kronik metabolik bir hastalıktır. Güncel veriler, NAYKH'nin T2DM'nin özellikle vasküler komplikasyonlarının riskini artırabileceğini düşündürmektedir. FibroScan, NAYKH'de hem karaciğer hem de kardiyovasküler hasarı tespit etmek için önerilmiştir; ancak diyabetin kronik vasküler komplikasyonlarının varlığını tespit etme yeteneği şu anda belirsizdir. Bu nedenle, çalışmamızda FibroScan ile değerlendirilmiş T2DM'li hastalarda NAYKH ve karaciğer fibrozisi tespiti ile diyabetik retinopati arasındaki ilişkiyi incelemek istedik.

Yöntem: Prospektif toplanmış verilerin retrospektif analizi olarak planlanan çalışmamıza; Nisan 2021 -Ekim 2021 tarihleri arasında Diyabet Polikliniğimizde takipli 18 yaş üstü T2DM tanılı, dosyalarında son 1 yıl içinde bakılmış HbA1c,AST,ALT,albumin,hemogram,lipid parametreleri,24 saatlik idrarda protein ve mikroalbuminüri değerleri ve göz dibi bulguları olan 164 kadın,140 erkek toplamda 304 hasta dahil edildi. Hepatosteatoz ve fibrozisin değerlendirilmesinde FIB-4 ve NAYKH Fibrosis score kullanıldı. NAYKH düşünülen hastaların onamı alınarak Fibroscan (Fibroscan 502 touch) yöntemi ile tarandı. Viral hepatit,hemokromatozis, primer biliyer siroz gibi kronik karaciğer hastalığı,malignite öyküsü, kalp yetersizliği,gebelik ve implante edilmiş tıbbi cihazları olanlar dışlandı. İstatistikî analizde Mann Whitney U,Ki-kare test,Fisher's Exact,Oneway ANOVA,Kruskal Wallis yöntemleri kullanıldı. Anlamlılık p<0.05 düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Controlled attenuation parameter (CAP) skorlaması (>=248 dB/m)'a göre 256 hastada (%84.2) NAYKH bulundu,bu olguların yaş ile prevalansının azaldığı görüldü.NAYKH olgularının Body Mass Index (BMI), bel çevresi (BÇ), ALT, AST yüksekliği ve HDL düşüklüğü arasında anlamlı fark saptanmıştır(p<0.05). LSM (liver stiffness parameter)'e göre ise ileri fibrozis kategorisinde olanların oranı %12,5 saptanmıştır. LSM skoru ile BMİ, BÇ, HBA1C yüksekliği, ALT,AST yüksekliği ve 24 saatlik idrarda mikroalbuminüri düzeyi yüksekliği arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hastaların 72 sinde (%23.7) diyabetik retinopati saptanmış olup NAYKH ile arasında ilişki gösterilememiştir. Diyabetik böbrek hastalığı açısından ise; ileri karaciğer fibrozu saptanan hastaların ileri fibrozu olmayan hastalara göre mikroalbuminüri düzeylerinde anlamlı artış tespit edilmiştir (p<0.05).

Sonuç: Çalışmamızda, FibroScan'ın sadece T2DM'li hastalarda karaciğer fibrozisini evrelemek için değil diyabetin vasküler komplikasyonları ile bağlantılı olabileceğini mevcut noninvaziv yöntemle karaciğer fibrozu tespit edildiğinde tüm T2DM hastalarının diyabetik böbrek hastalığı açısından taranması gerektiğini gözlemledik. Bunun tersi de vasküler komplikasyonlar teşhis edildikten sonra T2DM'li tüm hastalar karaciğer sağlığı açısından da test

edilmelidir. Böylece erken terapötik stratejiler, ekonomik kaynaklarda önemli bir tasarruf sağlayabilir. Bununla birlikte, karaciğer fibrozu ile diyabetin kronik vasküler komplikasyonları arasındaki bağlantıyı iyi aydınlatılabilir için büyük prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: TİP 2 DM, NAFLD, KARACİĞER FİBROZU, MAKROVASKÜLER, MİKROVASKÜLER

Transient elastografi



Parametre	Birim	Temel Klinik Uygulama
Karaciğer Sertliği	kPa	Fibroz ölçümü
Kontrollü Atenüasyon Parametresi (CAP)	dB/m	Steatoz ölçümü

Transient elastografi

Transient elastografi

Tablo 10: CAP, LSM, Fib-4, NFS sınıflamalarına göre diyabetik retinopati görülme oranlarının değerlendirilmesi

	Diyabetik Retinopati	Yok	Var	P.
		n (%)	n (%)	
CAP	CAP <248 dB/m	38 (%79,2)	10 (%20,8)	10,748
	CAP ≥248 dB/m	194 (%75,8)	62 (%24,2)	
LSM	İleri düzeyde fibrozis yok (<F3)	204 (%76,7)	62 (%23,3)	20,917
	İleri düzeyde fibrozis (F3)	8 (%72,7)	3 (%27,3)	
	Siroz (F4)	20 (%74,1)	7 (%25,9)	
Fib-4 skor	Düşük risk	207 (%77,8)	59 (%22,2)	30.116
	Belirsiz risk	21 (%63,6)	12 (%36,4)	
	Yüksek risk	1 (%50)	1 (%50)	
NFS	Düşük risk	54 (%77,1)	16 (%22,9)	20,011*
	Belirsiz risk	165 (%78,6)	45 (%21,4)	
	Yüksek risk	11 (%50)	11 (%50)	
1Continuity (yates) düzeltilmesi	2Ki-kare test	"Fisher Freeman Halton Exact test	*p<0.05	

Transient Elastografi

[SS-07]

Pankreas kanserli hastalarda, tanı anındaki metabolik ve inflamatuvar parametrelerin hastalık evresi ve prognoz ile ilişkisi

Hanife Usta Atmaç¹, Feray Akbaş¹, Hatice Özkul¹, Çiğdem Usul Avşar², Özlem Aykent¹

¹SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Onkoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Pankreatik duktal adenokarsinom (PDCA), klinik tanı öncesi ve sonrası bir takım metabolik anormalliklerin eşlik ettiği agresif seyirli bir tümördür. İleri evre tanı oranının yüksek olması mortaliteyi arttırmaktadır. Hastalık gelişimini obezite, diyabet gibi metabolik sendrom komponentleri arttırmaktadır. Bu çalışmada pankreas kanseri tanılı hastalarda, tanı anında bakılan inflamatuvar ve metabolik parametrelerin, tanı anındaki kanserin evresiyle olan olası potansiyel ilişkisi ve bu parametrelerin prognozu ön görmedeki rolüne bakılması amaçlanmıştır.

Materyal-Method: Çalışmaya PDCA tanısı almış, evrelemesi ve takipleri yapılan 89 (43.8 % E, 56.2 % K) hasta alınmıştır. Hastalarda tanı anındaki hastalık evreleri [evre 1-2 (rezektabl) evre 3-4 (lokal ileri ve metastatik)], boy, kilo, ek hastalıkları, VKI (vücut kitle indeksi), inflamatuvar [C reaktif protein (CRP), nötrofil/lenfosit oranı (NLR)] ve metabolik parametreler (glikoz, HbA1c, Trigliserid, HDL-kol, LDL-kol) ve bu parametrelerin hastalık evresiyle olan ilişkisine bakılmıştır. Erken ve ileri evre hastalarda parametreler karşılaştırılmış ve bu parametrelerin 1 yıllık surviyeye olan etkileri incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 62.7 idi. Hastaların % 45.1'i evre 1-2 (rezekte edilebilir) ve % 48,3'ü metastatik (evre4) idi. İleri evre kanserli hastalarda ölüm oranı daha yüksekti. Ölen hastaların CRP ortalaması, NLR'ye kıyasla anlamlı olarak yüksekti (7.4 vs 4.4; p=0.001; p=0.000). Ölen hastalarda HDL-kol ortalaması yaşayanlara göre anlamlı olarak düşüktü (34 mg/dL vs 47.2 mg/dL P=0.001). Ölen hastalarda açlık kan glukozu ve HbA1c ortalaması yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksekti (167 mg/dL vs 135 mg/dL, 7.5 vs 6.6; p=0.008; P=0.037). Cinsiyet, BMI, komorbidite varlığı, Trigliserid ve LDL-kol ortalamaları bakımından yaşayan ve ölen hastalar arasında anlamlı bir farklılık yoktu.

Sonuç: PDCA'da erken tanı ve prognozu belirleyen olası klinik belirteçlerin bilinmesi, hastalığın yönetiminde önemli katkı sunacaktır.

Anahtar Kelimeler: Pankreas kanseri, inflamasyon, metabolik parametreler, bir yıllık survi

Tablo 1 yaşayan ve ölen hastaların parametrelerinin karşılaştırılması

	Yaşayan hastalar		Ölen hastalar		p
	Mean±sd/n-%	Median	Mean±sd/n-%	Median	
Yaş (yıl)	60.1 ± 12.4	61.0	68.0 ± 10.6	69.0	0.004 †
Cinsiyet	Kadın	25 41.7%	14 48.3%		0.556 †
	Erkek	35 58.3%	15 51.7%		
Boy (cm)	165.1 ± 8.9	165.0	165.4 ± 9.4	165.0	0.881 †
Kilo (kg)	70.7 ± 13.9	70.0	67.9 ± 16.5	66.0	0.412 †
VKI	25.8 ± 4.5	26.0	24.7 ± 5.2	24.4	0.285 †
Kö-Morbidite	(-)	22 36.7%	10 34.5%		0.841 †
	(+)	38 63.3%	19 65.5%		
Evre	I-II	37 61.7%	4 13.8%		0.000 †
	III-IV	23 38.3%	25 86.2%		
CRP (mg/L)	25.4 ± 40.4	8.5	65.7 ± 61.6	44.0	0.000 †
Nötrofil	6004.2 ± 3464.2	5145.0	7031.0 ± 3649.6	6720.0	0.087 †
Lenfosit	1772.2 ± 772.6	1660.0	1185.5 ± 476.4	1060.0	0.000 †
N/L	4.4 ± 4.3	3.2	7.8 ± 9.6	5.6	0.001 †
Trigliserit (mg/dl)	157.0 ± 90.2	130.5	170.9 ± 123.7	151.0	0.540 †
LDL Kolesterol	102.4 ± 44.5	98.0	100.9 ± 52.7	91.0	0.713 †
HDL kolesterol	47.2 ± 13.9	46.5	34.9 ± 16.1	34.0	0.001 †
Glukoz	135.1 ± 51.6	117.0	179.3 ± 96.1	140.0	0.008 †
HbA1C	6.6 ± 1.7	5.9	7.5 ± 2.4	6.7	0.037 †

†Independent Samples t test / †Mann-whitney u test / †Chi-square test

[SS-08]

Nonvalvüler Atrial Fibrilasyon Tanılı Geriatrik Hastalarda Diyabet Varlığının Hastaneye Yatış Sayısı Süresi ve Mortalite Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Mehmet Fırat, Hande Erman, Banu Büyük, Özcan Keskin
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi İstanbul

Amaç: Atrial fibrilasyon tanılı 65 yaş üstü geriatrik hastalarda tip 2 diabetes mellitus (T2DM) varlığının morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Bununla birlikte atrial fibrilasyonda optimal diyabet kontrolünün daha iyi klinik sonuçlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda diyabet başta olmak üzere ek bazı risk faktörlerinin hastaneye yatış ve mortalite üzerine olan etkisini incelemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza Kartal Lütfi Kırdar Şehir hastanesi İç Hastalıkları servisine 2020-2023 yılları arasında yatan Nonvalvüler Atrial fibrilasyon tanılı 65 yaş üstü diyabeti olan veya olmayan 178 hasta dahil edildi. 65 yaş altı, valvüler atrial fibrilasyon tanısı olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar retrospektif olarak mortalite, hastaneye yatış süresi, tekrarlayan hastaneye yatış sayısı, komorbiditeleri açısından diyabet varlığına göre karşılaştırmalı olarak değerlendirildi. Mortalite ve hastane yatış süresini etkileyen faktörler lijestik regresyon analizleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen AF tanılı 178 geriatrik hastanın 82 (% 46.3)'si T2DM tanılı idi. Hastaların 55 i (%31.1) erkek 122 si (%68.9) kadın cinsiyette ve yaş ortalaması 78.79±6.88 olarak görüldü. BMI 29.04±6.04 olarak görüldü. En sık primer yatış sebebi DKKY olduğu görüldü. Diyabeti olan hastaların BMI (p:0.002)daha yüksek EGFR'nin(0.065) daha düşük olduğu görüldü. Diyabeti olan ve olmayan hasta grubunda 6 aylık mortalite de anlamlı fark görülmedi (p:0.208). Diyabeti olan hastaların hastaneye yatış süresinin

daha uzun olduğu görüldü (8.3±6.0, p=0.004). Son bir yıl içindeki hastaneye yatış sayısında T2DM varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Sonuç: Atrial fibrilasyon tanılı geriatrik hastalarda diyabet varlığının hastaneye yatış süresi ile ilişkili olduğu; fakat hastaneye yatış sayısı ve mortalite üzerine etkisi olmadığı görüldü. KKY, malignitenin mortaliteyi arttırdığı görülmüştür. AF tanılı geriatrik hastalarda malignite varlığının mortaliteyi 0,229 kat, KKY varlığının 0,305 kat arttırdığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: atrial fibrilasyon, tip 2 diabetes mellitus (T2DM), kalp yetersizliği, mortalite

Hastaneye yatış süresini etkileyen faktörlerin regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	B	S.E.	Wald	Df	p değeri(sig)	Exp(B)	Lower	Upper
Yaş(yıl)	0.27	0.025	1.176	1	0.278	0.974	0.927	1.0022
Cinsiyet	0.201	0.356	0.317	1	0.573	1.222	0.608	2.458
DM	0.855	0.330	6.728	1	0.009***	0.425***	0.223	0.811
KKY	0.679	0.418	2.637	1	0.104	0.507	0.224	1.151
Malignite	1.057	0.495	4.555	1	0.033***	0.348***	0.132	0.917
Constant	2.048	1.955	1.098	1	0.295	7.756		

Nonvalvüler atrial fibrilasyon tanılı hastalarda diyabet varlığının hastaneye yatış süresi ile ilişkili olduğu çalışmamızda görüldü (p<0.05 düzeyinde anlamlıdır)

[SS-09]

İnflamatuar bağırsak hastalığı tanılı hastalarda hepatik steatoz ve fibrozis gelişiminin ultrason elastografi yöntemi ile araştırılması

Büşra Yüce, Nurhan Demir

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

Amaç: İnflamatuar bağırsak hastalığı (İBH), temel olarak ülseratif kolit (ÜK) ve crohn hastalığı (CH)'ni içeren intestinal mukozanın kronik inflamasyonu ile beraber relaps ve remisyonlarla seyreden hastalıkları tanımlar. İBH'nin etiolojisi büyük ölçüde bilinmemekle birlikte, araştırmalar bireyin genetik yatkınlığının, dış ortamının, bağırsak mikrobiyal florasının ve immün yanıtlarının hepsinin İBH patogenezinde rol oynadığını göstermiştir. İBH'li hastalarda ekstraintestinal belirtiler de olabilir. Son dönemde yapılan çalışmalara göre, İBH ve nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı (NAYKH) gelişiminde potansiyel bir ilişki olduğu düşünülmektedir. NAYKH'ya ilerlemeyi kolaylaştıran faktörler hala tam olarak anlaşılamamıştır. İBH ile ilişkisi ise daha da az bilinmektedir. Çalışmamızda inflammatuar bağırsak hastalığı tanılı hastalarda ultrason elastografi yöntemi yardımı ile nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı (NAYKH) gelişim riskinde anlamlı bir artış olup olmadığını araştırmayı hedefledik. Yöntem-Gereçler: Tek merkezde gerçekleştirilen pros-

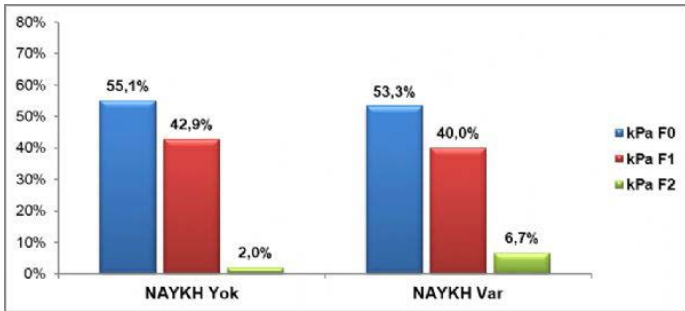
pektif kesitsel çalışmamıza Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniği'ne başvuran 37 ülseratif kolit, 27 crohn hastalığı hastası dahil edilerek onamları alındı. Hastalar alanında tecrübeli bir radyolog tarafından abdomen ultrasonografi ile NAYKH açısından değerlendirildikten sonra 2D-SWE tekniği ile karaciğer fibrozisi açısından değerlendirilerek kilopaskal (kPa) cinsinden değerleri kaydedildi. Hastalardan eş zamanlı olarak AST, ALT, GGT, ALP, total kolesterol, trigliserid, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol, total bilirubin, açlık kan glukozu, lökosit, PLT, CRP, ferritin, albümin, kreatinin değerleri çalışıldı. Hastalar NAYKH olan ve olmayan 2 gruba ayrılarak fibrozis skorları kPa cinsinden karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmamızda İBH tanılı hastalarda NAYKH olanların yaş ortalaması 42,5 ve NAYKH olmayanların yaş ortalaması 36,2 olarak belirlendi. İstatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi ($p=0,015$; $p=0,005$). NAYKH olan grupta kilo, bel çevresi ve BMI değerleri anlamlı olarak yüksek belirlendi ($p<0,001$). Yine NAYKH olan grupta AST, ALT, GGT, trigliserid, ferritin, total bilirubin ve kreatinin değerleri istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Özellikle ALT ve GGT değerlerinde belirgin farklılık izlendi ($p<0,001$). Bunun yanında NAYKH olan grupta HDL değeri istatistiksel olarak anlamlı düşük saptandı ($p=0,015$). NAYKH olmayanların ortalama kPa değeri $4,88\pm 0,87$ ve NAYKH olanların ortalama kPa değeri $5,03\pm 1,12$ olarak belirlendi ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p:0,599$). Hastalık tipi, tedavi türü, steroid kullanımı açısından anlamlı bir fark gözlenmemiş olup, hastalık süresi ve biyolojik ajan kullanım süresi ve NAYKH gelişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı.

Sonuçlar: İnflamatuar bağırsak hastalığı süresi ve hastalığın tedavisinde kullanılan biyolojik ajan kullanım süresi arttıkça NAYKH gelişiminde artış olabileceği belirlenmiştir. İnflamatuar bağırsak hastalığı olanlarda nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı oranı genel popülasyonla benzer oranda bulunsun da, çalışmamızda nonalkolik yağlı karaciğer hastalığının diğer risk faktörlerine sahip hastalar dışlandığından aslında bu oranın daha yüksek olabileceği görüşüne varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İnflamatuar bağırsak hastalığı, karaciğer fibrozisi, nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı, ultrason elastografi

NAYKH olan ve olmayan hastalarda Fibrozis skorlarının karşılaştırılması



NAYKH olan ve olmayan hastalarda fibrozis skorlarının karşılaştırılması

	Total	NAYK Yok	NAYK Var	p
E Mean (kPa)	$4,92\pm 0,93$ (3,16-7,89)	$4,88\pm 0,87$ (3,59-8,05)	$5,03\pm 1,12$ (3,16-8,05)	0,599
kPa				
F0	35(54,7)	27(55,1)	8(53,3)	0,549
F1	27(42,2)	21(42,9)	6(40,0)	
F2	2(3,1)	1(2,0)	1(6,7)	

[SS-10]

Hipofiz Adenomu Mevcut Hastalarda Hiperkortizolemi Tanısında Gece Yarı Tükürük Kortizolünün Yeri

Rabia Solak¹, Evrim Çakır²

¹SBÜ Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²SBÜ Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları, İstanbul

Amaç: Hipofiz adenomları üçüncü dekattan itibaren sellar kitlelerin en sık nedenidir. Hipofiz adenomu saptanan tüm hastalarda kitlenin fonksiyonel olup olmadığının ve hipofizer hormon yetersizliğine neden olup olmadığının tespit edilmesi gerekir. Hiperkortizoleminin tanısı klinik belirtilerin ve biyokimyasal testlerinin kombinasyonuna dayanır ve klinik endokrinolojide hala büyük bir zorluktur. Çalışmamızda gece tükürük kortizolünün özel bir grup olan hipofiz adenomuna sahip hastalarda hiperkortizoleminin saptanmasındaki yerini, önemini, sensitivite ve spesifite değerlerini öğrenmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Tek merkezli, prospektif kesitsel çalışmamıza Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 10 tanesi Cushing hastalığı olan 39 tane hipofiz adenomu saptanan hasta dahil edildi. Hastalar hiperkortizolemi olan ve olmayan hastalar olarak 2 gruba ayrıldı. Hastaların Adrenokortikotropik hormon (ACTH), kortizol, 1 mg deksametazon süpresyon (DST), 24 saatlik idrarda serbest kortizol (UFC) (2 kez) testleri dosyalarından alındı, gece tükürük kortizolü testi (LNSC) (2 kez) çalışıldı. Hiperkortizolemi olan ve olmayan hastaların gece tükürük kortizolü testi sonuçları, 1 mg deksametazon süpresyon testi sonuçları ve 24 saat idrarda serbest kortizol ölçümleri ile karşılaştırıldı.

Bulgular: İstatistiksel olarak hiperkortizolemi olan ve olmayan gruplar arasında yaş ve cinsiyet dağılımı yönüyle anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,209$). Hiperkortizolemi olan grupta diabetes mellitus (DM) %40, hipertansiyon (HT) %60, hiperlipidemi (HL) %40 oranında saptandı. Hiperkortizolemi olan hastalarda DM ve HT anlamlı şekilde yüksek görüldü. Ancak HL için anlamlı fark bulunmadı. Hipofiz adenomu çapının hiperkortizolemi üzerinde etkisi olmadığı görüldü. Hiperkortizolemi olan hastaların ACTH ortalaması hiperkortizolemi

olmayan hastaların ACTH ortalamasından anlamlı derecede yüksekti ($p<0.001$). 1 mg DST sonuçlarına göre, hiperkortizolemi olan hastaların test sonuçları, hiperkortizolemi olmayan hastaların test sonuçlarına göre anlamlı şekilde yüksekti ($p<0.001$). 24 saat idrarda serbest kortizolün hem 1. ölçüm sonucu ($p=0.001$) hem 2. ölçüm sonucu ($p<0.001$) hiperkortizolemi olan hasta grubunda hiperkortizolemi olmayan hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. LNSC sonuçlarına göre, hiperkortizolemisi olan hastaların hem 1.ölçüm ($p<0.001$) hem de 2.ölçüm ($p<0.001$) sonuçları, hiperkortizolemisi olmayan hastalardan anlamlı derecede yüksekti. LNSC 1 mg DST ile kıyaslandığında %90,0 sensitivite, %86,2 spesifite saptandı.

Sonuç: Gece yarısı tükürük kortizolü testi hipofiz adenomu saptanmış hastalarda Cushing hastalığı tanı ve taraması için uygun duyarlılıkta (%90 sensitivite, %86,2 spesifite) bulundu.

Anahtar Kelimeler: Hipofiz adenomu, hiperkortizolizm, cushing sendromu, tükürük kortizolü, idrar kortizolü

1 mg Deksametazon Süpresyon Testi ve Gece Yarısı Tükürük Kortizol Testi Sonuçlarının Karşılaştırılması

	1 mg DST 1,8 µg/dl ve altı	1 mg DST > 1,8 µg/dl	Total
Gece Yarısı Tükürük Kortizolü 0,27 µg/dl ve altı	25	1	26
Gece Yarısı Tükürük Kortizolü >0,27 µg/dl	4	9	13
Total	29	10	39

1 mg DST ile kıyaslandığında LNSC'nin hiperkortizolemiyi saptamadaki sensitivitesi %90, spesifitesi, %86,2 görülmüştür.

[SS-11]

Obez Bireylerde Kas kütle indeksi'nin Trigliserid/Glukoz (TyG) ve Trigliserid/HDL Üzerine Etkisi

Hazal Pişkin Ural, Servet Emir, Sema Basat

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Obezite, anormal vücut ağırlığında ve yağ oranında artışa bağlı insan sağlığını tehdit eden yaşam süresinin kısılmasına yol açan kompleks bir kronik hastalıktır. (1) Birçok hastalık için risk faktörü olan obezitede artan yağ külesine eşlik eden iskelet kas külesi azalması, insülin duyarlılığını olumsuz yönde etkileyebilir. Amacımız, non-diyabetik obezlerde iskelet kas kütle indeksi (SMMI) ile trigliserid/HDL(Tg/HDL) oranı ve Trigliserid/Glukoz oranı (TyG) arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntemler: Ocak ayında dahiliye polikliniğine gelen hastalar retrospektif olarak tarandı. Diyabeti olmayan ve toplam 71 obez birey çalışmaya dahil edildi. Hastalar VKİ'lerine göre 35 ve altında olanlar ile 35 üzerinde olanlar olmak üzere 2 gruba (VKİ < 35:41, VKİ \geq 35:30) ayrıldı. SMMİ, biyoelektrik impedans analizi ile hesaplandı(4). Hastanemiz laboratuvarında çalışılan trigliserit, glukoz ve HDL retrospektif olarak taranarak Tg/HDL, TyG oranları hesaplandı. Hastalarda SMMİ'nin TyG ve Tg/HDL üzerine etkisi değerlendirildi. İstatistiksel olarak Levene's Test ve pearson korelasyon testleri kullanıldı.

Bulgular: SMMI ve Tyg arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.250$, $p<0.05$). Bu sonuç, SMMI değerlerindeki artışın Tyg değerlerinde de bir artışa işaret ettiğini gösterir. SMMI ve TyHDL arasında ise pozitif ve güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r=0.348$, $p<0.01$). Bu ilişki, SMMI ile TyHDL arasında SMMI arttıkça TyHDL'nin de arttığını göstermektedir.

Tartışma: Trigliserit glikoz indeksi (TyG indeksi), insülin direncinin güvenilir belirteci ve kardiyovasküler sonuçların bağımsız bir öngörücüsüdür(1,2). İnsülin direncini hiperinsülinemik-öglisemik kelepçe testi altın standarttır ve TyG bununla eşdeğerdir(2). Artan insülin direnci, iskelet kasında glukoz alımının azalmasına ve hepatik glukoz kullanımına aracılık ederek plazma glukozu ve trigliserit seviyelerinin yükselmesine neden olabilir(2). Bizim aksimizde Zhu Q ve arkadaşlarının(1) yaptığı çalışmada SMI'nın TyG indeksi ile negatif korelasyona sahip olduğunu ve ilişkinin doğrusal olduğunu göstermişlerdi. TyG indeksi ve kas külesinin altında yatan biyolojik mekanizma; insülin direnci, inflamasyon, oksidatif stres ve kas metabolizmasını etkileyen regülasyon bozukluklarına bağlı olabilir(1). Lipid profilleri arasında TG/HDL oranı, insülin direnci, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar için prediktiftir(3). Bizim bulgularımızın aksine Fu Q ve arkadaşları (3), T2DM hastalarındaki çalışmalarında yüksek TG/HDL oranının kas külesi ile negatif ilişkili olduğunu gösterdi.

Kısıtlamalarımız hasta sayımızın az olması ve kesitsel bir çalışma olması ile insülin direnci tespitinde altın standart olan insulin klemp yönteminin kullanılmamasıdır.

Sonuç: Çalışmamızdaki bulgular obez bireylerde iskelet kas külesi ve yağ külesi arasındaki oranın obez bireylerde homojen olmadığını ve farklı metabolik etkileri olduğunu göstermiştir. Obezitede vücut kas yoğunluğundaki değişkenliğin kardiyovasküler riski ve insülin direncini arttırmada etkili olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, trigliserid/HDL, iskelet kası kütle indeksi, insülin direnci

[SS-12]

Tip 2 Diyabet Tanılı Hastalarda Ramazan ve Oruç IDF-DAR Risk Değerlendirmesi

Hande Erman, Didem Ekiz, Fatma Buket Yürü, Banu Böyük, Seydahmet Akın

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

Amaç: Oruç tutan hastada diyabet yönetimi hastanın glisemik kontrol durumu, diyabetin komplikasyonları, komorbiditeler, sosyo-kültürel faktörler, kırılabilirlik durumu, yaşı, hipoglisemi riski ve kullandığı anti-diyabetik tedavilerin değerlendirilmesini gerektirmektedir. Diyabet ve Ramazan orucu risk değerlendirilmesi IDF-DAR önerilerinde en çok vurgulanan konuların başında gelir*. Çalışmamızda T ip 2 DM nedeni ile takip edilen hastalarda oruç risk değerlendirilmesi, oruç tutma tercihi, sıklığı ve oruç tutan hastaların hipoglisemi ve komplikasyonlar riskinin değerlendirilmesi amaçladık.

Metod: Çalışmaya prospektif olarak DM takibi nedeni ile poliklinik başvurusu yapan 80 T2DM tanılı hasta dahil edildi. Hastalara oruç tutmayı tercih edip etmedikleri, geçmiş oruç deneyimleri, hipoglisemi farkındalıkları sorgulandı. Uluslararası Diyabet Federasyonu- Diyabet ve Ramazan Uluslararası Birliği (IDF-DAR) risk skoru hesaplanarak oruç tutan ve tutmayan hastaların risk sınıfları, glisemik regülasyonu, diyabet komplikasyonları karşılaştırıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 59.44± 12.43, DM süresi 12.57±7.83, IDF-DAR skoru 5.46± 4.51. Hastaların %66.3'ünün oruç tuttuğu ve oruç tutanların %55'inin hergün tuttuğu görüldü. Oruç tutan ve tutmayan hastalar karşılaştırıldığında, oruç tutanların yaş ortalamasının ve Dm süresinin daha düşük (p<0.05) olduğu, Hba1c değerlerinin benzer saptandı (p=0.065). Nöropati oruç tutanlarda daha sık görülürken (%57.7, p<0.001), nefropati oruç tutmayanlarda daha sık görüldü (%46.4, p=0.05). IDF-DAR risk sınıfına bakıldığında ise oruç tutan hastaların %40.4ü düşük, %26.9u orta, %32.7si yüksek riskli sınıfta yer aldı. Yüksek ve düşük risk grubunun oruç tutanlarda daha fazla, orta risk grubunun ise oruç tutmayanlarda daha fazla olduğunu gördük (p=0.028). Hipoglisemi farkındalık oranı oruç tutanlarda daha fazla (86.5vs60.7, p=0.010), son 3 ayda hipoglisemi olay sıklığının benzer olduğu görüldü (p=0.087). Oruç tutanların %63.5inin sadece OAD kullanıyor olmasına rağmen, oruç sırasında hipoglisemi görülme sıklığı %44.2 hesaplandı. Oruç tutanların sadece %67.3ünün oruçlu olduğu saatlerde kan şekerini kontrol ettiği görüldü.

Sonuç: T2DM tanılı hastaların %66.3 gibi yüksek bir oranda oruç tutma tercihinin olduğunu gördük. Oruç tutan diyabetiklerin oruç sırasında yarıya yakınında hipoglisemi geliştiği, kan şekeri ölçüm oranlarının da düşük olduğu görüldü. Bu nedenle hasta hekim önerilerine rağmen oruç tutmak konusunda ısrarcı ise bu durumda insulin dozları ve beraberinde kullanılan OAD'ler değerlendirilmeli, mümkünse oruç öncesinde risk sınıflaması yapılması, hastanın riskler konusunda bilgilendirilmesi, yönlendirilmesi gerekmektedir.

Referans: * Hassanein M, Afandi B, Yakoob Ahmeda-

ni M, Mohammad Alamoudi R, Alawadi F, et al. Diabetes and Ramadan: Practical guidelines 2021. Diabetes Res Clin Pract. 2022;185:109185. doi: 10.1016/j.diabetes.2021.109185. Epub 2022 Jan 8. PMID: 35016991.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Oruç, Hipoglisemi, Risk değerlendirilmesi

Tablo

	Hasta grubu (N=80)
	Oruç:80
Yaş	59.44± 12.43
Cinsiyet kadın n(%)	46 (57.5)
BMI (kg/m ²)	29.87± 4.81
DM süresi (yıl)	12.57± 7.83
Glikoz (mg/dl)	167.59± 70.63
HbA1c (%)	8.02± 1.92
Kreatinin (mg/dl)	0.83± 0.44
T Kolesterol (mg/dl)	186.64± 40.56
Trigliserit (mg/dl)	160.54± 85.69
LDL-K (mg/dl)	106.02± 32.38
NON-HDL-K (mg/dl)	137.10± 40.50
IDF-DAR skoru	5.46± 4.51
IDF-DAR risk sınıfı	Düşük 27 (33.8) Orta 30 (37.5) Yüksek 23 (28.7)

	Oruç tutan DM N=52	Oruç tutmayan DM N=28	p
Yaş	56.62± 11.72	64.68± 12.19	0.005
BMI	29.71± 4.90	30.17± 4.73	0.686
DM süresi	10.92± 6.55	15.52± 9.12	0.011
Glikoz	170.40± 71.59	162.36± 69.79	0.630
HbA1c	8.00± 1.95	8.07± 1.89	0.065
IDF-DAR skoru	5.43± 4.94	5.51± 3.64	0.085
Risk sınıfı	Düşük 24 (46.1) Orta 14 (26.9) Yüksek 17 (32.7)	6 (21.4) 16 (57.1) 6 (21.4)	0.028
Hipoglisemi farkındalığı	45 (86.5)	17 (60.7)	0.010
Son 3 ayda hipoglisemi	25 (48.1)	8 (28.6)	0.087
Yalnız yaşam	4 (7.7)	5 (17.9)	0.180
Retinopati	4 (7.7)	2 (7.1)	0.929
Nöropati	30 (57.7)	2 (7.1)	<0.001
Nefropati	13 (25)	13 (46.4)	0.050
Tedavi	OAD 33 (63.5) INS 4 (7.7) OAD+INS 15 (28.8)	8 (28.6) 0 20 (71.4)	<0.001

[SS-13]

Toplum Kökenli Pnömoni Nedeniyle Yatarak Tedavi Edilen Hastalarda PSI, qSOFA, Curb-65 Skor ve Charlson Komorbidite İndeksinin Hastalık Şiddeti ile İlişkinin Araştırılması

Onur Mert Bender, Muhammet Değirmenci, Müberra Koyun, Aslıhan Arslan, Aslıhan Bayır, Gizem Geçmez, Müge Bilge, Abdülbaki Kumbasar

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

Amaç: Toplum kökenli pnömoninin eşlik eden komorbiditeler varlığında mortalite artışı ile seyreden bir durum olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda sık kullanılan indeksler ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya 01.03.2023-01.03.2024 tarihleri arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları kliniğinde toplum kökenli pnömoni tanısıyla yatarak tedavi edilen hastalar dahil edilmiştir. Tüm hastaların yaş, cinsiyet, komorbid hastalıkları, laboratuvar değerleri, hastanede yatış süresi, PSI, qSOFA, Curb-65 Skor ve Charlson Komorbidite İndeksinin ve ölüm-sağ kalım durumları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 01.03.2023-01.03.2024 tarihleri arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları kliniğinde toplum kökenli pnömoni tanısıyla takip edilen ve takipte yoğun bakım ihtiyacı gelişmeyen 71 (Grup 1) ve yoğun bakım ihtiyacı gelişen 26 (Grup 2) olmak üzere toplam 97 hasta dahil edilmiştir. Yaş, cinsiyet ve komorbiditeler arasında anlamlı fark saptanmayan grupların laboratuvar incelemelerinde C-reaktif protein (p=0,005), prokalsitonin (p=0,028) ve FT4 (p=0,008) Grup 1'de anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Lökosit (p=0,014), üre (p=0,038), fosfor (p=0,007), kalsiyum (p=0,028), NLR (p=0,005), PLR (p=0,006), yatış süresi (p=0,007) Grup 2'de anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. İndekslerin ROC analizinde

ise PSI skor yoğun bakım ihtiyacını diğer indekslerden daha güçlü olarak öngörmüştür Cut-off 108 alındığında AUC 0,76 (%95 CI:0,659-0,863), sensitivite %77, spesifite %63 saptanmıştır.

Sonuç: Toplum kökenli pnömonide benzer yaş, cinsiyet ve komorbiditeler varlığında yüksek akut faz yanıtı immün yanıtın yeterliliğini, lökositoz ile üre artışının olası prerenal komponenti desteklediğini ve kötü prognostik faktörler olduğunu düşündürmektedir. Literatür ile uyumlu olarak komponentleri en geniş parametrelerden oluşan PSI indeksi önemini korumaktadır.

Anahtar Kelimeler: pnömoni, geriatri, prognoz, komorbidite, mortalite indeksleri

Tablo 1: Hasta gruplarının yaş, cinsiyet, komorbidite ve laboratuvar parametrelerinin karşılaştırılması

	Grup 1 (n:71)	Grup 2 (n:26)	P
Yaş	76,74±7,02	75,95±9,83	AD
Cinsiyet K/E .n(%)	E:44(%61.97) K:27(%38.02)	E:19(%73.07) K:7(%26.92)	AD
Komorbiditeler, n(%)			
Hipertansiyon	41 (%57.74)	11 (%42.30)	AD
Diyabetes Mellitus	33(%46.47)	9 (%34.61)	AD
Koroner Arter Hastalığı	21(%29.57)	8(%30.76)	AD
Konjestif Kalp Yetmezliği	16 (%22.53)	6 (%23.07)	AD
Serebrovasküler Hastalık	6 (%8.45)	1 (%3.84)	AD
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	11 (%15.49)	5 (%19.23)	AD
Astım	4 (%5.63)	1 (%3.84)	AD
Malignite	12 (%16.90)	10 (%38.46)	AD
Kronik Böbrek Hastalığı	6(%8.45)	2 (%7.69)	AD
Alzheimer	4(%5.63)	2(%7.69)	AD
Laboratuvar Bulguları			
C-reaktif protein (mg/L)	163.30 ± 124.88	119.80 ± 73.56	<i>p</i> = 0.005
Prokalsitonin (ng/mL)	7.07±17.49	2.44 ± 6.50	<i>p</i> = 0.028
Lökosit (hücre/mL)	11004.93±6493.573	16000.80±13159.014	<i>p</i> = 0.014
Nötrofil (hücre/mL)	10761.68 ± 18001.82	12102.40±7308.943	AD
Lenfosit (hücre/mL)	1211.45 ± 768.96	895.16± 619.67	AD
Hemoglobin (g/dL)	10.82±2.58	10.78 ± 2.50	AD
MCV (fL)	86.40 ± 6.75	85.94 ± 6.59	AD
Trombosit (10 ³ /mm ³)	238915.49±11809.24	250576.92±120593.25	AD
Glukoz (mg/dL)	150.46 ± 75.11	170.40 ± 101.97	AD
HbA1c (%)	6.55±1.28	6.14±1.08	AD
Üre (mg/dL)	63.94 ± 36.87	80.33 ± 50.47	<i>p</i> = 0.038
Kreatinin (mg/dL)	1.42 ± 1.26	1.72 ± 1.98	AD
ALT (U/L)	24.20 ± 35.01	21.93 ± 17.96	AD
AST (U/L)	34.96 ± 59.60	29.75 ± 23.11	AD
Sodyum (mEq/L)	135.55± 6.90	136.23 ± 7.04	AD
Potasyum (mEq/L)	4.33 ± 0.66	4.45 ± 0.68	AD
Magnezyum (mEq/L)	2.04 ± 0.38	2.00 ± 0.48	AD
Fosfor (mEq/L)	3.24 ± 0.94	3.89 ± 1.16	<i>P</i> = 0.007
Kalsiyum (mEq/L)	8.48±0.72	8.95±1.28	<i>p</i> = 0.028
D Vitamini (ng/mL)	15.19±13.09	15.03±10.22	AD
B12 Vitamini (pg/mL)	571.59±498.55	702.87±613.79	AD
Folat (ng/mL)	7.04±4.62	6.84±4.32	AD
Demir (ng/dL)	42.04±32.29	46.42±39.35	AD
TDBK(mcg/dL)	205.90±63.74	211.33±55.72	AD
TSAT (%)	47.96±204.83	22.95±19.18	AD
Ferritin (µg/L)	637.33 ± 806.61	718.87 ± 546.93	AD
TSH (mIU/L)	1.86±1.72	1.84 ± 1.51	AD
FT4 (pg/dL)	1.36±0.29	1.13 ± 0.30	<i>p</i> = 0.008
FT3 (pg/dL)	1.78 ± 0.62	1.59 ± 0.46	AD
NLR	10.95±12.45	22.08±25.63	<i>P</i> = 0.005
PLR	290.12±243.02	508.67±698.61	<i>P</i> = 0.006
Yatış Süresi (gün)	11.91 ± 7.16	12.58 ± 13.25	<i>P</i> = 0.007

AD: anlamlı değil, FT4: serbest T4, FT3: serbest T3, TSAT: transferrin saturasyonu, NLR: nötrofil/lenfosit oranı, PLR: trombosit/lenfosit oranı

[SS-14]

Toplum Kökenli Pnömoni Nedeniyle Yatarak Tedavi Edilen Geriatrik Hastalarda Pnömoni İndeksleri ve Charlson Komorbidite İndeksinin Hastalık Ciddiyeti ile İlişkisi

Gizem Geçmez

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

Amaç: Geriatrik grupta toplum kökenli pnömoninin eşlik eden komorbiditeler varlığında majör mortalite nedenlerinden olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda sık kullanılan inflamatuvar ve mortalite ön gördürücü indekslerin ileri yaş grubunda etkinliği ve güvenilirliğini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya 01.03.2023-01.03.2024 tarihleri arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları kliniğinde toplum kökenli pnömoni tanısıyla yatarak tedavi edilen hastalar dahil edilmiştir. Tüm hastaların yaş, cinsiyet, komorbid hastalıkları, laboratuvar değerleri, hastanede yatış süresi, PSI, qSOFA, Curb-65 Skor ve Charlson Komorbidite İndeksi değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 01.03.2023-01.03.2024 tarihleri arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları kliniğinde toplum kökenli pnömoni tanısıyla yatarak tedavi edilen 65 yaş üstü 75 hasta dahil edilmiştir. Takipte yoğun bakım ihtiyacı gelişmeyen 54 (Grup 1) ve yoğun bakım ihtiyacı gelişen 21 (Grup 2) olmak üzere toplam 75 hasta dahil edilmiştir. İki grup arasında yaş açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Komorbiditeler arasında hipertansiyon Grup 1'de anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (*p* = 0.015). Grup 1'de lökosit (*p* = 0,009), fosfor (*p* = 0.007), kalsiyum (*p* = 0,018), ferritin (*p* = 0,019), NLR (nötrofil/lenfosit oranı) (*p* = 0.006) ve PLR (platelet/lenfosit oranı) (*P* = 0.007) anlamlı olarak düşük, HbA1c (*p* = 0,024), B12 vitamini (*p* = 0,042), FT4 (*p* = 0,020) anlamlı olarak yüksek ve hastane yatış süresi (*p* = 0,010) anlamlı olarak uzun bulunmuştur. İndekslerin ROC analizinde ise PSI skor hastalık ciddiyetini diğer indekslerden daha güçlü olarak öngörmüştür Cut-off 104 alındığında AUC 0,72 (%95) CI: (0,604-0,842), sensitivite %85, spesifite %50 olarak saptanmıştır.

Sonuç: İleri yaş grubunda toplum kökenli pnömonide hipertansiyonun diğer komorbiditelere göre daha sıklıkla bulunduğu görülmüştür. Lökosit sayısının immün sistem savunması ile ilişkili olduğu ve kalsiyum ve fosfor düzeylerindeki değişimin takip ve solunum kaslarının zayıflaması ile ilişkili olabileceğini ve prognostik faktörler olabileceğini düşündürmektedir. Ek olarak, mevcut sonuçlar yoğun bakım ünitesi takip ihtiyacı gelişen grupta gözlenen NLR ve PLR oranlarında görülen anlamlı yüksekliğin de prognostik faktörler olarak göz önünde bulundurulabileceğini düşündürmektedir. Literatür ile uyumlu olarak komponentleri en geniş parametrelerden oluşan PSI indeksi diğer inflamatuvar, sepsis ve komorbidite indekslerine göre önemini korumaktadır.

Anahtar Kelimeler: pnömoni, geriatri, prognoz, komorbidite, mortalite indeksleri

Tablo 1: Hasta gruplarının yaş, cinsiyet, komorbidi-te ve laboratuvar parametrelerinin karşılaştırılması

	Grup 1 (n:54)	Grup 2 (n:27)	p
Yaş	76,36±7,92	75,95±9,83	AD
Cinsiyet K/E, n(%)	E:29(%53,70) K:25(%46,29)	E:15(%71,42) K:6(%28,57)	AD
Komorbiditeler, n(%)			
Hipertansiyon	37 (%68,51)	7 (%33,33)	p= 0,015
Diyabetes Mellitus	27(%50)	6 (%28,57)	AD
Koroner Arter Hastalığı	20(%37,03)	6(%28,57)	AD
Konjestif Kalp Yetmezliği	15 (%27,77)	6 (%28,57)	AD
Serebrovasküler Hastalık	4 (%7,40)	1 (%4,76)	AD
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	11 (%20,37)	5 (%23,80)	AD
Astım	4 (%7,40)	0 (%0)	AD
Malignite	9(%16,66)	7 (%33,33)	AD
Kronik Böbrek Hastalığı	5(%9,25)	2 (%9,52)	AD
Alzheimer	4(%5,63)	2(%7,69)	AD
Laboratuvar Bulguları			
C-reaktif protein (mg/L)	141,11± 106,24	126,38 ± 73,42	AD
Prokalsitonin (ng/mL)	7,17±18,89	2,58 ± 7,28	AD
Lökosit (hücre/mL)	11008,33±6857,976	17721,00±6857,976	p = 0,009
Nötrofil (hücre/mL)	11444,24 ± 20468,40	13279,50±7690,949	AD
Lenfosit (hücre/mL)	1189,50 ± 785,039	867,45 ± 629,665	AD
Hemoglobin (g/dL)	10,84±2,42	10,76 ± 2,57	AD
MCV (fL)	87,02 ± 6,32	86,35 ± 6,14	AD
Trombosit (10 ⁹ /mm ³)	235962,96±115128,79	246047,62±118555,25	AD
Glukoz (mg/dL)	150,94 ± 74,79	157,10 ± 88,06	AD
HbA1C (%)	6,51±1,19	5,80±0,72	p=0,024
Ure (mg/dL)	67,44 ± 38,48	77,98 ± 40,19	AD
Kreatinin (mg/dL)	1,33 ± 0,90	1,48 ± 1,06	AD
ALT (U/L)	21,78 ± 16,26	19,06 ± 15,54	AD
AST (U/L)	29,16 ± 29,05	27,89 ± 21,44	AD
Sodyum (mEq/L)	136,39± 7,20	136,80 ± 6,03	AD
Potasyum (mEq/L)	4,37 ± 0,70	4,35 ± 0,44	AD
Magnezyum (mEq/L)	2,01 ± 0,40	1,93±0,40	AD
Fosfor (mEq/L)	3,17 ± 0,77	3,74 ± 0,80	P=0,007
Kalsiyum (mEq/L)	8,42±0,72	9,02±1,42	p=0,018
D Vitamini (ng/mL)	15,10±13,33	16,32±11,20	AD
B12 Vitamini (pg/mL)	602,67±533,28	596,44±541,30	p=0,042
Folat (ng/mL)	7,23±4,84	5,96±3,91	AD
Demir (ng/dL)	42,24±34,25	41,96±39,33	AD
TDBK (mcg/dL)	215,50±66,65	205,65±49,46	AD
TSAT (%)	55,37±233,12	20,77±18,95	AD
Ferritin (µg/L)	381,81 ± 393,52	734,16 ± 488,06	p= 0,019
TSH (mIU/L)	1,86±1,91	1,77 ± 1,55	AD
FT4 (pg/dL)	1,38±0,28	1,15 ± 0,31	p=0,020
FT3 (pg/dL)	1,80 ± 0,61	1,58 ± 0,45	AD
NLR	11,14±13,19	24,79±27,84	P=0,006
PLR	278,94±216,01	536,43±760,22	P=0,007
Yatış Süresi (gün)	13,14 ± 14,37	12,40 ± 7,48	P=0,010

AD: anlamlı değil, FT4: serbest T4, FT3: serbest T3, TSAT: transferrin satürasyonu, NLR: nötrofil/lenfosit oranı, PLR: trombosit/lenfosit oranı

[SS-15]

Yaşlı Hastalarda Demans Alt Tipleri ve Dehidrasyon Arasındaki İlişki

Damla Aslan Kirazoğlu¹, Cihan Heybeliyurt², Kübra Atcıyurt³, Veliye Yiğitalp³, Lee Smith⁴, Nicola Veronese⁵, Ma-soud Rahmati⁶, Pınar Soysal³

¹Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi

⁴Centrefor Health, Performance and Wellbeing, Anglia Ruskin University

⁵Geriatric Unit, Department of Internal Medicine and Geriatrics, University of Palermo

⁶Department of Physical Education and Sport Sciences, Faculty of Literature and Human Sciences, Lorestan University

Amaç: Demans alt tipleri ile dehidrasyon sıklığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar yetersizdir. Bu çalışmanın amacı, yaşlı erişkinler arasında demansı olan ve olmayan bireylerde dehidrasyonun prevalansını ve risk faktörlerini, özellikle farklı demans alt tipleri arasında araştırmaktır.

Tasarım: Kesitsel çalışma.

Yer ve Katılımcılar: Geriatri polikliniğinden ≥ 65 yaşındaki 1377 poliklinik hastası.

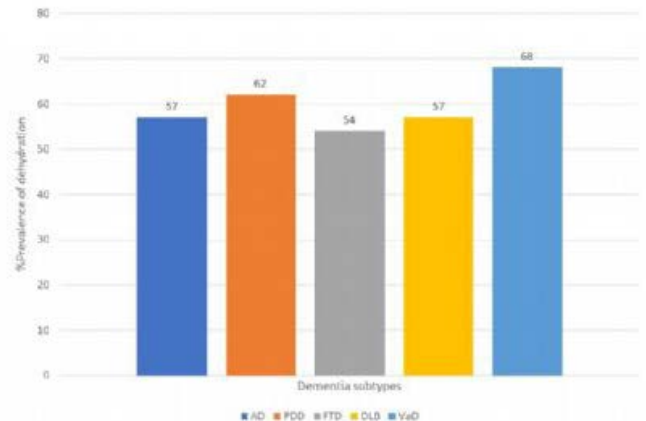
Ölçümler: Dehidrasyon, hesaplanmış $[1,86 \times (\text{Na} + \text{K}) + 1,15 \times \text{glukoz} + \text{üre} + 14]$ plazma osmolaritesinin > 295 mOsm/L olarak tanımlandı. Dehidrasyonlu ve normohidrasyonlu hastaların klinik özellikleri ve kapsamlı geriatrik değerlendirmelerinin ölçümleri karşılaştırıldı. Demans, Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-Beşinci Baskı tanı ölçütlerine göre tanımlandı. Dehidrasyon durumuna göre demansı olan ve olmayan hastalar değerlendirildi.

Sonuçlar: 1377 hastanın %72'si kadın, yaş ortalaması 80 ± 8 ve 575'inde demans vardı. Dehidrasyon, demansı olan hastalarda demansı olmayanlardan daha yaygındı (%58'e karşı %53, $p=0,044$). Dehidrasyon prevalansı, Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı, frontal-temporal demans, Lewy cisimli demans ve vasküler demans hastalarında sırasıyla %57, %62, %54, %57 ve %68 idi ($p > 0,05$). Demans, dehidrasyonla ilişkilendirildi (OR 1,26, %95 CI 1,01-1,57; $p=0,037$), ancak belirli demans alt tipleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Çok değişkenli analizde, demansı olan hastalarda hipertansiyon, diabetes mellitus (DM), kronik böbrek hastalığı (KBH) ve disfaji daha yaygınken, dehidrasyonu olan yaşlı demans hastalarında ortalama Mini Mental Durum Muayenesi skoru dehidrasyonu olmayanlara göre daha düşüktü ($p < 0,05$).

Sonuç: Dehidrasyon, demansla anlamlı olarak ilişkilidir ve demansı olan hastaların yarısından fazlasında görülür. Hipertansiyon, DM, KBH, disfaji ve bilişsel bozukluk, demansı olan hastalarda dehidrasyonla ilişkilidir. Dehidrasyon prevalansı vasküler demans hastalarında en yüksektir, ancak belirli demans alt tipleri, normal bilişsel fonksiyonu olan hastalara göre anlamlı bir şekilde demansla ilişkilendirilmez.

Anahtar Kelimeler: Demans, Dehidrasyon, Demans Alt Tipleri, vasküler demans, Alzheimer hastalığı

Demans Tipleri ve Dehidratasyon Arasındaki İlişki



[SS-16]

Sistemik Kemoterapi Verilen Kaposi Sarkomu Hastalarında Tedavi Yanıtının Değerlendirilmesi

Gözde Balkaya, Büşra Niğdelioğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Çalışmamızda Kaposi Sarkomu tanısı alan ve sistemik kemoterapi tedavisi verilen hastaların demografik, klinik özelliklerini ve tedavi sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

Metod: 18 yaş ve üzeri, histopatolojik olarak Kaposi Sarkomu tanısı konulup sistemik kemoterapi verilmiş olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, tümörün histolojik ve klinik özellikleri, tedavi modaliteleri ve sonuçları retrospektif olarak analiz edildi.

Sonuçlar: Çalışmaya kriterlere uyan toplam 25 hasta dahil edilmiştir. Hastaların %72'si erkek, %28'i ise kadındı. Tanı anındaki yaş ortanca değeri 59 saptandı. 17 hastada (%68) hastalığın HHV-8 patojeni ile ilişkili olduğu görüldü. Hastaların sekizinde (%32) HIV pozitif saptandı. Lezyonlar 23 hastada (%92) alt ekstremitelerde, 12 hastada (%48) üst ekstremitelerde, 11 hastada (%44) baş-boyunda ve 7 hastada (%27) ise gövdedeydi. Visceral metastazı olan 3 hasta dahil olmak üzere lokal tedavilere yanıt vermeyen 25 hastanın tümü sistemik kemoterapi almıştır. Sistemik kemoterapi sonrası 10 hastada (%40) tam yanıt ve 9 hastada (%36) kısmi yanıt elde edilirken 4 hasta stabil hastalık olarak değerlendirildi.

Tartışma: Kaposi Sarkomu'nda lokal tedavilere yanıt oranları yüksektir. Lokal tedavilere yanıtızsız ya da uygun olmayan agresif seyirli Kaposi Sarkomu hastalarında ise sistemik kemoterapiler ile hastalık kontrolü sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Kaposi sarkomu, kemoterapi, sistemik tedavi, yanıt

[SS-17]

İç Hastalıkları Servisinde Yatan Yaşlı Hastalardaki Komorbid Hastalıklar ile Hiponatremi Arasındaki İlişki

Beste Öztürk, Oğuzhan Zengin, İhsan Ateş

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Sodyum düzeyinin 135 mEq/L altında olması hiponatremi olarak tanımlanmaktadır. Hiponatremi elektrolit bozuklukları arasında en sık görülen elektrolit bozukluğudur. Literatürde hiponatreminin yatış süresi ve

mortaliteyi arttırdığını gösteren birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmada İç hastalıkları Servisinde yatan yaşlı hastalardaki komorbid hastalıklar ile hiponatremi arasındaki ilişki araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Retrospektif olarak planlanan bu çalışmaya 1 Ocak 2022-31 Aralık 2023 tarihleri arasında Bilkent Ankara Şehir Hastanesi İç Hastalıkları servisinde yatan 65 yaş üstü hastalar dahil edildi. Hastaların cinsiyeti, yaşı ve komorbid hastalıkları kayıt altına alındı. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS Statistics 23 (IBM Corporation, NY, US) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ile değerlendirilmiştir. Nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test, nitel verilerin karşılaştırılmasında Chi-Square test kullanıldı.

Bulgular: Çalışmadaki hastalar; hiponatremisi olan hastalar ve hiponatremisi olmayan hastalar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Çalışmaya toplam 737 hasta dahil edildi, bu hastalardan 242 hastada hiponatremi olup 495 hastada hiponatremi saptanmadı. Hiponatremi saptanan hastaların yaş ortalaması 79.57 yıl iken hiponatremisi olmayan hastaların medyan yaşı 82 yıl olup iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı. İki grup arasında cinsiyet açısından fark yoktu. Bu iki grup komorbid hastalıklara göre değerlendirildi. Hastalarda komorbid hastalıklardan hipertansiyon, tip 2 diabetes mellitus, koroner arter hastalığı ve alzheimer olup olmadığına bakıldı. Hipertansiyon, hiponatremisi olan hasta grubunda daha fazla olup istatistiksel olarak anlamlıydı.

Sonuç: Hiponatremi en sık görülen elektrolit bozukluğudur. Çalışmamızda iç hastalıkları servisinde yatan geriyatrik hastalarda %67,2'sinde hiponatremi saptandı. Hiponatremi hipertansiyon tanısı olan hastalarda daha fazla görüldü. Hipertansiyonu olan Geriyatrik popülasyonun hiponatremi açısından dikkatli izlenmesi önermekteyiz. Ayrıca bu hastalarda ilaç kullanımının izlendiği çalışmaların yapılmasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hiponatremi, Hipertansiyon, Tip 2 Diyabetyes Mellitus, Yaş

Hiponatremi İle Yaş ve Komorbid Hastalıklar Arasındaki İlişki

	Hiponatremisi Olanlar 242 (%67,2)	Hiponatremisi Olmayanlar 495 (%32,8)	P
DM	38,4	38	0,936
HT	79,8	73,1	0,048
KALP	8,7	6,6	0,387
ALZHEIMER	10,7	9,3	0,597

Tüm Popülasyon (Yaş)	Hiponatremisi Olanlar (Yaş)	Hiponatremisi Olmayanlar (Yaş)	P=0,199
81 (73-87)	79,57(+8)	82 (74-87)	

*Mann-Whitney Testi

[SS-18]

Vitamin D Düzeyi ile Tiroid Antikorları Arasındaki İlişki

Muhammed Hüseyin Yılmaz, Yusufcan Yılmaz, Osman İnan

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş: D vitamini kalsiyum, magnezyum ve fosfatın bağırsak emilimi ve diğer birçok biyolojik etkiden sorumlu, yağda çözünen bir vitamindir. Vitaminin ana kaynağı, güneşe maruz kalmaya (özellikle UVB radyasyonuna) bağlı bir kimyasal reaksiyonla epiderminin alt katmanlarında (stratum bazale ve stratum spinosum) kolekalsiferol sentezidir. D vitamini fonksiyonlarını vücutta vitamin D reseptörlerine (VDR) bağlanarak göstermektedir. D vitamini reseptörü, steroid/tiroid hormonu reseptörlerinin nükleer reseptör üst ailesine aittir ve VDR'ler beyin, kalp, deri, gonadlar, prostat ve meme dahil çoğu organdaki hücreler tarafından eksprese edilmektedir. Birçok otoimmün hastalık ile vitamin d düzeyi arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Otoimmün tiroid hastalıkları ve tiroid antikorları ile vitamin D düzeyi arasındaki ilişki ise belirsizdir. Bu çalışmada d vitamini düzeyi ile tiroid oto antikorları ve

tiroid hormonları arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Materyal-Metod: Çalışma retrospektif olarak yapılmıştır. Hastaların %75'i kadındı (n=93). Tiroid stimulan hormon (TSH), T4 ve anti- Tiroid peroksidaz (anti-TPO) düzeyi ile vitamin D düzeyi arasındaki ilişki Spearman sıralama korelasyon testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: 30/03/2019 - 31/12/2020 arasında iç hastalıkları polikliniğine başvuran 124 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortancası 57'yd. Hastaların TSH ortancası 1,52, 25-OH vitamin D ortancası 18,3 ve anti-TPO ortancası 45,5'ti. Hastaların vitamin D düzeyi ile anti-TPO düzeyi arasında ilişki olmadığı görüldü (p=0,859). Ancak vitamin D düzeyi ile TSH arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon olduğu görüldü (r=0,22, p=0,13)

Tartışma: Vitamin D ile otoimmün hastalıklar arasında ilişkinin gösterildiği çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmamızda vitamin d düzeyi ile tiroid antikorları arasında bir ilişki bulunamamıştır ancak TSH düzeyi ile vitamin d düzeyi arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu ilişkinin otoimmünite ile ilişkili olup olmadığı ya da tiroid fonksiyonları ile ilişkili olup olmadığı net olarak bilinmemektedir. Ancak çalışmamızda anti-TPO ile vitamin D düzeyi arasında ilişkinin olmadığı gösterilmiş olması, TSH ile vitamin D düzeyi arasındaki pozitif ilişkinin otoimmünite dışında nedenlere bağlı olduğunu düşündürmektedir. Vitamin D düzeyi ile insan fizyolojisinde tiroid fonksiyonu arasındaki ilişkinin araştırılması için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: vitamin d, kronik otoimmün tiroidit, hashimato tiroiditi, tsh

[SS-19]

Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Tip-2 Diyabetes Mellitus Tanılı Hastaların Tedavi Seçiminde C-peptidin Rolü

Gonca İvecen, Meltem Sertbaş, Yaşar Sertbaş, Ali Özdemir

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Tip-2 diyabetes mellitus, insülin direnci ve/veya insülinin yetersiz sekresyonu ile karakterize, hiperglisemi ile seyreden metabolik bir hastalıktır. Tip-2 diyabetik hastalarda insülin ve/veya oral antidiyabetik ilaç seçiminde, pankreas β hücre fonksiyonunun değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Pankreas adacık β hücre fonksiyon değerlendirmesinde kullanılan en önemli parametre, c-peptiddir. Böbrek, c-peptid metabolizmasında anahtar rol oynamaktadır. Diyabet veya diyabet dışı nedenlerle kronik böbrek yetmezliği (KBY) geliştiğinde c-peptid metabolizmasının bozulacağı ve pankreas β hücre fonksiyon değerlendirilmesinde, c-peptidin yanıltıcı olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, KBY (GFR<60 ml/dk/1,73m²) olan Tip-2 diyabetik hastalarda, diyabet seyrinin ve tedavi seçimi için c-peptidin prediktif açıdan anlamlı olup olmadığının araştırılması amaçlanmaktadır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma, retrospektif, kesitsel-ana-

litik olarak yapıldı. Ekim 2022-Ekim 2023 arasında Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi iç hastalıkları, nefroloji ve endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları polikliniklerine müracaat eden E11.8 ve E11.9 ICD koduyla kayıtlı hastalar tarandı ve çalışmaya dosyalarında kanda kreatinin, açlık-tokluk c-peptid, açlık-tokluk insülin, HbA1c, açlık-tokluk kan şekeri, lipid paneli ve spot idrarda kreatinin-mikroalbumin parametreleri bulunan, insülin kullanmayan ve diyabet yaşı en az 5 yıl olan 228 hasta seçildi. Hastalar, GFR ≥ 60 ml/dk/1.73m² ve GFR <60 ml/dk/1.73m² olarak ayrıldı. Gruplar arası yaş, diyabet yaşı, komorbidite, diyabet komplikasyonları, kullandığı ilaçlar, HbA1c, açlık-tokluk kan şekeri, açlık-tokluk insülin, açlık-tokluk c-peptid, serum kreatinin, lipit profili ve spot idrarda mikroalbumin/spot idrarda kreatinin oranı, uyarı ile c-peptid artış oranları (%) ve insülin artış oranları (%) karşılaştırıldı. İstatistiksel analizler, SPSS 22.0 programı ile yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 228 hastanın 41'inde (%18,0) KBY (GFR <60 ml/dk/1.73m²) idi. Açlık c-peptid ortalaması, KBY olan grupta, olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. ($4,36 \pm 1,94$ ng/ml ve $2,73 \pm 1,14$ ng/ml, $p < 0,001$). Tokluk c-peptid ortalaması, KBY olan grupta, olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. ($8,46 \pm 3,94$ ng/ml ve $6,42 \pm 2,86$ ng/ml, $p = 0,003$). Uyarı ile c-peptid artış oranları, KBY olmayan grupta, KBY olan gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti. (%150,84 \pm 107,53 ve %106,45 \pm 87,46; $p = 0,006$). GFR ile açlık c-peptid arasında negatif yönde orta korelasyon saptandı ($r = -0,354$ $p < 0,001$). GFR ile tokluk c-peptid arasında negatif yönde düşük korelasyon saptandı ($r = -0,230$ $p < 0,001$).

Sonuç: Diyabet veya diyabet dışı nedenlerle KBY gelişen hastalarda açlık ve tokluk c-peptid düzeylerinin daha yüksek olmasına rağmen uyarıya c-peptid yanıtının daha düşük olmasıyla sadece c-peptid düzeyinin bakılması, pankreas β hücre fonksiyon değerlendirilmesi için yarıltıcı olabilir. Bu hastalarda pankreas beta hücre rezervinin değerlendirilmesinde, glukoz uyarısına yanıtı gösteren açlık-tokluk c-peptid değişim oranı kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: c-peptid, diyabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği

KBY ve DM ile İlgili Laboratuvar Parametrelerinin Karşılaştırılması

	KONTROL GRUBU n=187	ÇALIŞMA GRUBU n=41	p
Diyabet Yaşı (yıl)	Mean±SD 11,79±5,56	13,05±5,35	0,103
	Median(IQR (25-75)) 10 (7)	15 (7)	
Açlık Kan Şekeri mg/dl	Mean±SD 138,27±40,87	140,6±46,78	0,978
	Median(IQR (25-75)) 129 (40)	129 (52)	
Tokluk Kan Şekeri mg/dl	Mean±SD 203,77±73,7	193,21±64,78	0,463
	Median(IQR (25-75)) 193 (100)	179 (76)	
HbA1c	Mean±SD 7,24±1,2	7,17±1,12	0,832
	Median(IQR (25-75)) 7 (1,5)	7 (1,6)	
Açlık C-peptid ng/ml	Mean±SD 2,73±1,14	4,36±1,94	0,000
	Median(IQR (25-75)) 2 (1,44)	4 (2,3)	
Tokluk C-peptid ng/ml	Mean±SD 6,42±2,86	8,46±3,94	0,003
	Median(IQR (25-75)) 6 (4)	8 (6)	
C-peptid Değişim Oranı (%)	Mean±SD 150,84±107,53	106,45±87,46	0,006
	Median(IQR (25-75)) 135 (128)	89 (90)	
Açlık İnsülin mU/L	Mean±SD 10,04±7,17	12,03±7,09	0,048
	Median(IQR (25-75)) 8 (7,5)	10 (10,9)	
Tokluk İnsülin mU/L	Mean±SD 39,2±31,81	39,94±38,46	0,473
	Median(IQR (25-75)) 31 (35)	28 (34)	
İnsülin Değişim Oranı (%)	Mean±SD 360,51±347,56	322,2±568,56	0,022
	Median(IQR (25-75)) 277 (354)	175 (299)	
HOMA-IR	Mean±SD 3,48±2,87	4,28±3,14	0,070
	Median(IQR (25-75)) 3 (2,6)	3 (3,5)	
Trigliserid mg/dl	Mean±SD 172,62±86,72	194,68±133,47	0,669
	Median(IQR (25-75)) 153 (100)	151 (94)	
LDL mg/dl	Mean±SD 104,77±35,17	113,51±46,75	0,579
	Median(IQR (25-75)) 106 (51)	103 (59)	

Çalışma grubunun açlık ve tokluk c-peptid düzeyleri, kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptanmıştır (sırasıyla $4,36 \pm 1,94$ ng/ml ve $2,73 \pm 1,14$ ng/ml, $p = 0,000$; $8,46 \pm 3,94$ ng/ml ve $6,42 \pm 2,86$ ng/ml $p = 0,003$). Hastaların açlık ve tokluk c-peptid değişim oranları, kontrol grubunu oluşturan hastalarda çalışma grubunu oluşturan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (%150,84 \pm 107,53 ve %106,45 \pm 87,46, $p = 0,006$). Çalışma grubunun açlık insülin düzeyleri, kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptanmıştır ($12,03 \pm 7,09$ mU/L ve $10,04 \pm 7,17$ mU/L $p = 0,048$). Hastaların açlık ve tokluk insülin değişim oranları, kontrol grubunu oluşturan hastalarda çalışma grubunu oluşturan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (%360,51 \pm 347,56 ve 322,2 \pm 568,56, $p = 0,022$).

[SS-20]

İç Hastalıkları servisinde yatan hastalarda NT-proBNP değerinin prognoz ile ilişkisinin incelenmesi

Mehmet Karagüven, Ali Özdemir, Nalan Okuroğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Amaç: N-terminal pro-B-tipi Natriüretik Peptid (NT-proBNP), pro-BNP proteininin başlangıç bölgesinden salınan bir peptittir. Bu peptit, kalp odacıklarında ve dokularda üretilen BNP hormonunun biyolojik öncülüdür. BNP'nin artması kalp kasının gerilmesine bağlı olarak gerçekleşir ve vazodilatasyon ile diürezin artmasına neden olurken, renin ve aldosteron salgılanmasını azaltır. NT-proBNP ve BNP, özellikle kalp yetmezliği tanısı ve takibinde kullanılır ve kardiyovasküler bozuklukların değerlendirilmesinde önemli göstergelerdir. Yapılan çalışmalar, NT-proBNP'nin kalp yetmezliğine bağlı mortalite ile güçlü bir ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur. Ancak, NT-proBNP yüksekliğinin sadece kalp yetmezliği değil, pnömoni, serebrovasküler olaylar ve böbrek yetmezliği gibi diğer durumlarda da mortalite ile ilişkilendirildiği görülmüştür. Bu bağlamda, çalışmamızda NT-proBNP'nin, komorbid hastalıklar ve hastaneye yatış sebebinde bağımsız olarak İç Hastalıkları servisinde yatan hastalarda servisten ayrılış şekli ile ilişkilendirilip ilişkilendirilemeyeceğini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, Ocak 2022 ile Ekim 2023 tarihleri arasında Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları servisinde yatarak takip edilen hastaların NT-proBNP değerleri retrospektif olarak incelendi. Hastaların yatış sürecinde bakılan serum NT-proBNP düzeyleri, servisten ayrılış şekli, yatış sebebi olan primer tanılar ve komorbid hastalıkları incelendi. Hastalar, iyilik haliyle taburcu edilenler (kontrol grubu) ve Yoğun Bakım Ünitesi'ne sevk edilen veya serviste vefat edenler üzere iki gruba ayrıldı. Her iki gruptaki hastaların NT-proBNP değerleri karşılaştırıldı. Ayrıca, hastaların komorbiditeleri ve ek hastalıkları incelendi ve gruplar komorbiditelerine göre sınıflandırıldı. Tedaviyi red formu imzalayarak veya YBÜ dışında başka bir servise sevk edilerek ayrılan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. İnceleme döneminde NT-proBNP sonucu bulunan ve yatarak takip edilen 971 hasta belirlendi. Tüm hastalarda NT-proBNP değeri yatış gününde alınan bir tetkik olup, yatış sürecinde tekrarlayan NT-proBNP değerleri dikkate alınmadı.

Bulgular: Çalışmaya yaşları $68,49 \pm 17,69$ olan toplam 971 hasta dahil edilmiştir. Hastaların hastanede İç Hastalıkları servisine yatışları sonrasında prognozları incelendiğinde, 814 hasta servisten taburcu edildiği, 151 hastanın durumları nedeni ile Yoğun Bakım Ünitesi'ne sevk edildiği ve 6 hastanın ise ex olduğu görülmüştür. Hastaların NT-proBNP değerleri ile taburculuk şekilleri arasında anlamlı fark saptanmıştır. Servisten Taburcu olanlar ile servisten YBÜ'ye sevk edilerek veya ex olarak ayrılanların karşılaştırıldığı incelememizde iki grup arasında anlamlı fark bulunmakta idi (Taburcu - YBU veya Ex: $3732.15 \pm 7297 - 10923.38 \pm 12572.35$; $p < 0.001$). Hasta grubumuz komorbiditelerine göre ayrılıp incelendiğinde, yapılan analiz sonuçlarına göre YBÜ'ye sevk edilme veya ex olma ihtimali en fazla olan gruplar sırası ile maligniteye sahip

olanlar, demansı bulunanlar, ileri yaşı olanlar ve NT-proBNP değerleri yüksek olanlar olarak görülmektedir.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre İç hastalıkları servisinde yatan hastalarda NT-proBNP yüksekliği kötü prognoz ile ilişkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: NT-proBNP, prognoz, risk belirleme, yatan hastalar

[SS-21]

Obez ve Non obez hastalarda dinapeni ve trigliserid glukoz indexinin(TyG) irdelenmesi

Samet Karagöz, Servet Emir, Sema Basat

S.B.Ü Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Bu çalışmada obez ve non-obez hastalarda dinapeni ve Trigliserid glukoz indexini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Method: Bu çalışma benzer yaş ve cinsiyete sahip 48 obez ve 46 non obez olmak üzere toplam 94 hasta alındı. Hastaların Vücut kitle indexi(BMI) ve laboratuvar sonuçlarından HDL,LDL Total kolesterol,Trigliserid,Açlık glukozu not edildi.Aynı zamanda dinapeni ile aktif koldan 3 kez ölçüm yapıldı.En yüksek ölçüm değeri not edildi.Obez ve Non obez tüm parametreler karşılaştırıldı.Kas gücü ve TyG ile diğer parametreler arasındaki ilişkiye bakıldı.

Bulgular: Obez hastaların kas gücü non obez hastalara göre azalmıştır.Trigliserid-glukoz indexi obez hastalarda daha yüksek bulunmuştur.(tablo: 1)

Sonuç: Çalışma sonucuna göre Obez ve Non obez hastalarda TyG indexi obez hastalarda daha yüksek olarak görüldü.Aynı zamanda bu hastaların kas gücü Non obez hastalara göre daha düşük olarak ölçüldü.Obezite miyosteatozu arttırır aynı zamanda insülin direncinden sorumludur.Obez hastalarda miyosteatoz ve insülin direnci dinapeniden sorumlu olabilir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Dinapeni, TyG indexi

Tablo 1: Obez ve Non obez hastaların laboratuvar ve kas gücü istatistiği

	Obez	Non Obez	p
Yaş	49,41±5,38	51,41±5,92	0,091
Boy	161,83±8,33	170,17±8,74	0,001
Kilo	120,10±31,53	71,08±14,9	0,014
BMI	38,65±5,64	24,99±2,86	0,001
Glukoz	106,85±23,39	99,89±14,22	0,008
Trigliserid	175,06±98,2	129,00±38,79	0,004
HDL	43,91±11,86	46,08±17,13	0,475
LDL	117,89±34,45	116,23±50,74	0,853
Kas gücü	21,56±6,86	29,30±6,24	0,001
TyG	9,03±0,54	8,67±0,32	0,001



İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent



POSTER BİLDİRİLER

POSTER BİLDİRİ LİSTESİ

PS-01	DLE ve Lupus Nefritinin Sistemik Etkileri: Bir Hastanın Tanıdan Tedaviye Yolculuğu	<i>Onur Kağan Öztas</i>
PS-02	Yaşlı Hastalarda NSAIİ Kullanımına Bağlı Nefrotik Sendrom	<i>Umut Tuncel</i>
PS-03	Lupus Nefriti	<i>Esra Deniz Kahvecioğlu</i>
PS-04	COVID-19 Enfeksiyonu Sonrası Gelişen Tip 1 Diyabet Vakası: Olgu Sunumu	<i>Mert Bektaş</i>
PS-05	Akut faz reaktan yüksekliği ile nadir görülen Takayasu arteritinin tanısında FDG PET/BT: Olgu sunumu	<i>Gülsu Kurşun</i>
PS-06	Depresyon ve hiponatremi ile prezente olan hipofizer yetmezlik: Olgu sunumu	<i>Sümeyye Yeter Pektaş</i>
PS-07	P-ANCA pozitifliğinin eşlik ettiği çift pozitif anti-GBM olgusu	<i>Püren Metin</i>
PS-08	Foliküler Lenfoma'nın Pankreas Tutulumu Nedeniyle Gelişen Akut Pankreatit Olgusu	<i>Hatice Ece Babadağ</i>
PS-09	Gebelik başarısızlığının bir sebebi de aktif lupus olabilir mi?	<i>Sevilay Süreyya Ermiş</i>
PS-10	Enfeksiyöz mononükleoz ve miyokardit- Bir olgu sunumu	<i>Rıdvan Sivritepe</i>
PS-11	Hipokalemik ve Hipetansif Hastaya Yaklaşım	<i>Mazlum Doğan Genç</i>
PS-12	Retroperitoneal fibrozise bağlı bilateral hidronefroz gelişen hastada steroid-immunsupresif tedaviye yanıt: olgu sunumu	<i>Muhammed Emin Ergün</i>
PS-13	Sekonder hipertansiyon- Unutulmaması gereken bir neden- Conn Sendromu- Bir olgu sunumu	<i>Rıdvan Sivritepe</i>
PS-14	Hipervolemik Hastada Diüretik Tedavi Olarak Furosemid ve Torsemid Birlikte Kullanımı Olgu Sunumu	<i>Aylin Ökcü</i>
PS-15	Başlangıçta Akut Pankteratit İle Karışan Bir Klinik Tablo: Dissemine Zona Zoster	<i>Nazmi Çağrı Tekden</i>
PS-16	Topikal krem kullanımı sonrası yaygın cilt döküntüleriyle seyir eden ilaç alerjisine yaklaşım	<i>Neval Aksoy</i>
PS-17	Meme Kanseri Tanısına Giden Yol, Mideden Mi Geçer?	<i>Sevde Nur Erbay</i>
PS-18	Çeşitli bulguları ile kafa karıştırıcı bir HIV olgusu	<i>Gökçe Avşar</i>
PS-19	Denosumaba bağlı dirençli hipokalsemi: olgu sunumu	<i>Aslıhan Çalım</i>
PS-20	Behçet'ler de Kanar, Hem de Nasıl Kanar	<i>Mustafa Sever</i>
PS-21	İmmunoterapi sonrası gelişen otoimmün hepatit	<i>Ersin Akıncı</i>
PS-22	Atipik Prezantasyonlu Multipl Myelom Vakası	<i>Abdüssamet Erarslan</i>
PS-23	Sistemik Lupus Eritematozus Hastasında Soğuk Tip Otoimmün Hemolitik Anemi	<i>Kadriye Başmak</i>
PS-24	Direkt bilirubin hakimiyeti ile başvuran bir behçet olgusu	<i>Berat Civan Köroğlu</i>
PS-25	Ülseratif Kolite Eşlik Eden Akut Otoimmün Pankreatit	<i>Kerem İnce</i>
PS-26	Kahverengi Örümcek Isırığına Sekonder Gelişen Coombs Pozitif Hemolitik Anemi	<i>Fatih Türker</i>
PS-27	Portal Hipertansiyona sekonder ileal varis kanaması; Nadir görülen bir ektopik varis olgusu	<i>Fatma Şeyda Sevimli</i>
PS-28	Nadir bir durum;Faktör 8 inhibisyonuna bağlı edinsel Hemofili vakası	<i>Hatice Nur Özdemir</i>
PS-29	Sistemik lupus eritematozuslu hastada Iga nefropatisi	<i>Büşra Yolcu</i>
PS-30	Dirençli Hiponatremi ile Prezente Olan Hipofizer Yetmezlik: Bir Olgu Sunumu	<i>Furkan Kılıç</i>
PS-31	Mor idrar torbası sendromu: Nadir klinik durum	<i>Arzu Cennet Işık</i>

POSTER BİLDİRİ LİSTESİ

PS-32	Ateşli Hastada Enfeksiyöz Mononükleoz: Olgu Sunumu	<i>Gözde Güvenç</i>
PS-33	Atorvastatin kullanımına sekonder gelişen nadir bir durum: Jinekomasti	<i>Arzu Cennet Işık</i>
PS-34	Lamotrigine Kullanımına Bağlı Gelişen Steven Johnson Sendromu: Olgu Sunumu	<i>Aslı Gökay</i>
PS-35	Pernisiyöz Anemi; geçmeyen halsizlik ve vitiligo	<i>Ömer Halis Dağ</i>
PS-36	Dalak Absesi ile Başvuran Kültür Negatif Enfektif Endokardit Vakası	<i>Burak Dayan</i>
PS-37	Tedaviden tanıya coombs negatif hemolitik anemi	<i>Nurperi Duyar</i>
PS-38	Ateş ve Kilo Kaybı ile Gelen Hastada Çoklu Organ Tutulumlu ANCA İlişkili Vaskülit	<i>Hande Erman</i>
PS-39	Usher Sendromlu 7 (Yedi) Kardeş	<i>Ayşenur Kurt</i>
PS-40	Hiperkalsemi ve Akut Böbrek Hasarı ile gelen Pulmoner Sarkoidoz Vakası	<i>Gonca Karakan</i>
PS-41	Addison Hastalığı Olgusu	<i>Burcu Sallarel</i>
PS-42	Nadir bir adrenal yetmezlik nedeni: Adrenolökodistrofi	<i>Esin Havare</i>
PS-43	Radius Aplazisi ve Trombotik Trombositopenik Purpura Birlikteliği Olgu Sunumu	<i>İrem Sueda Uçar</i>
PS-44	Hipereozinofili ve Dalak Enfarktı ile Başvuran B-ALL Vakası	<i>Burak Dayan</i>
PS-45	Hemoptizi ile Gelen Hastada Paraneoplastik Cushing Sendromu Tanısı	<i>Hande Erman</i>
PS-46	Karaciğer Enzim Yüksekliği Nedeni ile Tetkik Edilen Hastada Otoantikör Negatif Otoimmün Hepatit Tanısı	<i>Aslıhan Kenter</i>
PS-47	Kemik Ağrısı, Gece Terlemesi Şikayeti ile Gelen Hastada Otoimmün Hepatit Tanısı	<i>Hande Erman</i>
PS-48	İlaç İlişkili İmmün Hemolitik Anemi Vakası	<i>Hande Erman</i>
PS-49	Pet-Bt'de Görünmeyen Bir Kanser Vakası	<i>Gözde Özsoy</i>
PS-50	Hipofizit Kaynaklı Adrenal Yetmezliğe Bağlı Hiponatremi	<i>Gökçe Gümüşer Havuz</i>
PS-51	Akut Böbrek Yetersizliği Tanısıyla Başvuran İleri Yaş Hastada Nutcracker Sendromu:Olgu Sunumu	<i>Şirin Keten</i>
PS-52	Anjiyo sonrası psödoanevrizma gelişen hasta	<i>Elif Dicle Aydın</i>
PS-53	Akciğerde Masif Kitle İle Başvuran Wegener Granülamatozis Vakası	<i>Muhammed Hüseyin Yılmaz</i>
PS-54	Periferik artrit ile gelen Crohn hastasında saptanan Psoas absesi	<i>Sevilay Süreyya Ermiş</i>
PS-55	Büyük eklem artritini taklit eden Psoas absesi	<i>Sevilay Süreyya Ermiş</i>
PS-56	MS'e Eşlik Eden İTP Olgusu	<i>Sanem Akgüneş</i>
PS-57	Çölyak hastalığında saç rengi değişikliği: bir vaka sunumu ve olası ilişkilerin incelenmesi	<i>Elif Rana Tatar</i>

[PS-01]

DLE ve Lupus Nefritinin Sistemik Etkileri: Bir Hastanın Tanıdan Tedaviye Yolculuğu

Onur Kağan Öztaş¹, Mustafa Ortaboş², Murat Akarsu¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi Nefroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Lupus eritematozus, çoğunlukla cildi etkileyen ancak multisistemik bir hastalıktır. Kutanöz lupusun ana türleri arasında akut kutanöz lupus(ACLE), subakut kutanöz lupus(SCLE) ve diskoid lupus(DLE) bulunmaktadır. Kronik kutanöz lupus eritematozun en yaygın alt grubu DLE'dir. DLE, genellikle fotoğrafik dağılıma sahip lezyonlara neden olabilir ve sistemik hastalık belirtileri göstermeyebilir. Ancak, DLE'nin %20'sinde SLE belirtileri görülebilir. Lupus eritematozusun diğer formları arasında hipertrofik lupus eritematozus, tümörlü lupus eritematozus, lupus eritematozus panniküliti(LEP), chilblain LE, oral DLE ve avuç içi/ayak tabanındaki DLE lezyonları yer almaktadır.

Histopatolojik inceleme, ACLE, SCLE ve diskoid lezyonlar da dahil olmak üzere farklı klinik fenotipler arasında benzer bulguların görülebileceğini göstermektedir. Kutanöz lupusta, bazal hücre hasarı, lenfositik inflamatuvar infiltrasyonlar ve diskoid lupus lezyonlarında periadneksiyal inflamasyon, foliküler tıkanma ve hiperkeratoz sıkça görülür. Cildin immünoreaktan birikintilerini incelemek için kullanılan doğrudan immüno floresan (DIF) yöntemi, kutanöz LE tanısının konulmasında histopatolojinin yerini almaz, ancak DIF, şüpheli durumlarda yardımcı olabilir. DLE'nin aktif lezyonlarında DIF, genellikle dermal-epidermal bileşke ve kıl foliküllerinin çevresinde granüler IgG ve/veya IgM birikimini gösterir.

Diskoid lupus lezyonlarının erken tedavisi, lezyonun ekzisyonunu içerir. Bu tedavi tam iyileşmeyi sağlayabilir, ancak ekzisyonun başarısız olması kalıcı skar oluşumuna yol açabilir. Saç dökülmesi, yara izleri, pigment değişiklikleri ve şekil bozuklukları gibi komplikasyonlar da görülebilir. Hastalara genel ancak etkili önlemler arasında güneşten korunma ve işi duyarlı ilaçlardan kaçınma önerilir. Sigara içmek, durumu kötüleştirebileceği için bırakılmalıdır.

Vakamızda 42 yaşındaki kadın hasta, 2005 yılında başında lezyon nedeniyle Aile Hekimliğine başvurmuştur. Dermatoloji polikliniğinde yapılan sağıl deri biyopsisinde Diskoid Lupus Eritematozus tanısı konulmuştur. ANA pozitif ve Sedim yüksek olması sebebiyle hastaya DLE tanısı koyuldu. Tedavi Psoraks ile başlandı, ancak yanıt alınmayınca farklı ilaçlar denendi.

Hasta, nefrolojiye yönlendirildi ve böbrek biyopsisinde proliferatif glomerülonefrit görüldü. Endoxan tedavisi uygulandı ancak tekrar proteinüri gelişti. Lupus Nefriti tanısı ile takip edilen hasta, kontrol üriner sistem ultrasonografisinde Grade 2 Parankimal Hastalık saptandı.

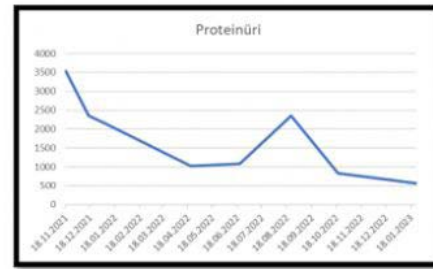
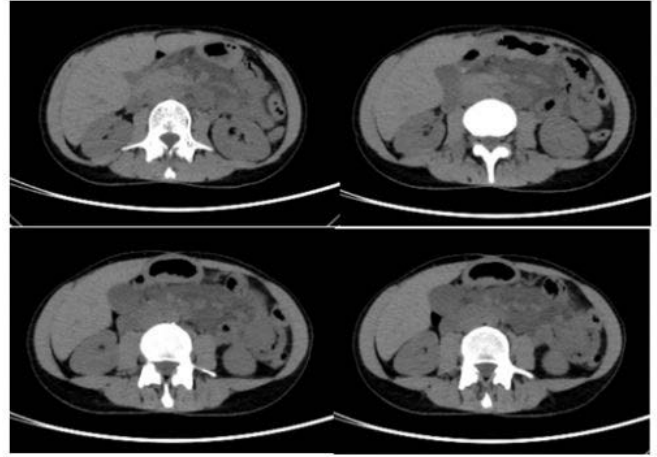
Sonraki kontrollerde şikayetlerde gerileme görüldü, ancak Grade 2 Parankimal Hastalık devam ettiği belirlendi. 16.02.2023 tarihli BT sonucuna göre böbreklerin görünümü yine Grade 2 Parankimal Hastalık ile uyumlu olarak değerlendirildi.

DLE lezyonlarının skarlaşma, atrofi ve dispigmentasyonla iyileştiği ve psikolojik işlevselliği etkileyebileceği belirtilmektedir. Asya-Pasifik ve diğer bölgelerde SLE insidansı ve prevalansı hakkında çeşitli istatistiksel veriler mevcuttur. Ayrıca, DLE'nin sağıl deriyi etkileyerek lokalize alopesiye yol açabileceği ve genelleştirilmiş DLE'nin SLE'ye ilerleme riski olduğu vurgulanmaktadır.

Sözlü bildirimizde, SLE hastalarında Lupus Nefriti gelişme oranlarına da değinmekte olup, beyaz olmayanlar arasında bu hastalıkların orantısız görülme eğilimini vurgulamayı amaçladık. Son olarak, hastalığın genel prevalansının zaman içinde değişkenlik gösterdiğini ve hastaların uzun dönemli izlenmesi ve tedavisi gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Sistemik Lupus Eritematozus, Diskoid Lupus Eritematozus, Nefrotik Sendrom, Lupus Nefriti

Tablo 1/ Resim 1



Tarih	Proteinüri
18.11.2021	3540
16.12.2021	2350
6.01.2022	2150
21.04.2022	1020
21.06.2022	1080
23.08.2022	2350
20.10.2022	830
24.01.2023	560

Hastanın görüntüleme bulguları ve Proteinüri'sinin tedaviye göre seyri

İmmüno floresan bulgular

IgG	7 glomerül, bazal membranlarda kısmen mezangiyal granüler (++) , tubulus bazal membranları (+)
IgA	7 glomerül, (-)
IgM	7 glomerül, bazal membranda dağınık granüler (+)
C3	7 glomerül, bazı glomerüllerde bazal membranda segmental granüler (+), tubulus bazal membranları (+)
C1q	7 glomerül, bazal membranlarda segmental mezangiyal (+)
Kappa	7 glomerül, bazal membranlarda kısmen mezangiyal granüler (++) , tubulus bazal membranları (+)
Lambda	7 glomerül, bazal membranlarda kısmen mezangiyal granüler (++) , tubulus bazal membranları (+)

İmmüno floresan bulgular

[PS-02]

Yaşlı Hastalarda NSAİİ Kullanımına Bağlı Nefrotik Sendrom

Umut Tuncel¹, Doğan Genç¹, Sarper Çalışkan¹, Oğuz Öztürk¹, Taner Baştürk², Çiğdem Ersoy¹, Abdülkadir Ünsal², Aslıhan Çalım¹, Elbis Arap², Tamer Sakacı²

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar, hemodinamik olarak aracılık eden akut böbrek hasarı dahil olmak üzere birçok farklı böbrek hasarı formunu (elektrolit ve asit-baz bozuklukları; Nefrotik Sendrom'un eşlik edebileceği Akut İnterstisyel Nefrit; ve Papiller Nekroz.) indükleyebilir. NSAİİ'lerle ilişkili minimal değişiklik hastalığı rapor edilen hastaların çoğunda nefrotik sendrom belirtilerine eşlik eden ciddi Akut Böbrek Hastalığı ile başvuran kendine özgü bir Nefrotik Sendrom tipidir.

Olgu: Bilinen HT (20yıl) öyküsü olan kadın hasta karın ve ayaklarda şişlik, oral alımda azalma, bulantı, nefes darlığı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Son 6 ay içinde NSAİİ kullanımını saptandı. FM'de vücutta yaygın ödemi, pretibial +2 ödemi mevcut olan hastanın Tetkiklerinde; Albumin=2.22 g/dL, Kreatinin=2.03 mg/dl, Assit tetkiklerinde Serum Assit Albumin Gradienti:>1,1, Total Protein < 2,5 gr/dL olan hastanın Kreatinin progresyonu (Kreatinin:3,62 mg/dl / Üre: 96 mg/dl, spot idrarda Mikroprotein / Kreatinin Oranı=3022 olması üzerine hasta Nefrotik sendrom ayırıcı tanısına gidildi.

Ana: Negatif, ANCA:Negatif, Serum Kappa/Lambda: 1,04, Tümör belirteçleri: Negatif. Serum Amiloid A=2.75 mg/L yüksek saptanması üzerine Sekonder Amiloidoz ön tanısı ile Rektum Biyopsi'si yapıldı negatif olarak sonuçlandı. Hastada ön planda NSAİİ kullanımına bağlı Minimal Değişiklik Hastalığı düşünülerek Biyopsi planlandı fakat hastanın istememesi üzerine biyopsi yapılmadan Prednol 16 mg 1*4 tb oral başlandı.

Tedavinin 7. gününde yapılan tetkiklerinde Kreatinin: 1,07 mg/dl,; 20 Günde 24 saatlik İdrar'ında Mikroalbumin 0,4 gr/gün ve Mikroprotein: 0,6 gr/gün, Kreatinin: 0,95 mg/dL Albumin: 3.57 g/dL şeklinde saptandı.

Sonuç: NSAİİ'ler tarafından indüklenen Prostaglandin sentezindeki bir azalmanın, T yardımcı hücrelerini aktive edebilen ve yaygın bir Podosit hasarını tetikleyebilen araşidonik asidin lökotrienlere dönüşümünün artmasına neden olabileceği öne sürülmüştür. Nefrotik sendrom nadiren NSAİİ'lerden kaynaklanabilir, ancak bu ilaçların basit bir şekilde kesilmesiyle geri dönüşlü olabilir. Fakat kortikosteroidlerle erken tedavi böbrek fonksiyonlarının daha hızlı ve etkili bir şekilde iyileşmesini sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Minimal değişiklik hastalığı, SAA, Nefrotik sendrom, NSAİİ

[PS-03]

Lupus Nefriti

Esra Deniz Kahvecioğlu, Başak Can, Azize Akalın

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı İstanbul

Sistemik lupus eritromatozis hematolojik, mukokutanoz, noropsikiyatrik, serozal yüzeyle, böbreklerin ve eklemlerin tutulumuyla giden sistemik bir hastalıktır. Hastaların en sık başvuru sebepleri eklem tutulumu ve mukokutanoz yüzeyle tutulumu olmasına karşılık olgumuzda lupus nefriti akut alevlenmesiyle başvuran hastadan bahsedilecektir. 25 yaşında kadın hasta bilinen hastalığı yok, sık kullandığı ilaç yok. İstanbul'da yaşıyor, ev hanımı. Servisimize pantsitopeni nedeni yatışı yapılmış olup periferik yaymasında, trombositler 80-90 bin/mm³ ile uyumlu olması dışında özellik saptanmamış, taburculuk sonrası gelişen bacaklarda şişlik ve oligüri sebebiyle hastanemize ayaktan başvurdu. Yapılan tetkiklerinde pansitopenisi mevcut olup sedimantasyon 88 kreatinin 2 (bazal 0.69) ure 63 albumin 29 inr 1 aptt 33.4(23.9-33.2) kan gazı kompanse normal anyon gap metabolik asidoz ile uyumlu, anti sm 3+ liği mevcuttu ANA:1/1000 Benekli+, AntidsDNA:pozitif, Anti-histon:pozitif, C3: 0.29 C4:0.02, Antikardiyolipin ve Anti-fosfolipid antikorlar negatif fizik muayenede ise, batın hassas sol yan ağrısı mevcut pretibial +++/+++ dı. Yapılan batın usg de ise dalak boyutu 16.5 cm, perihepatik, perisplenik ve batında serbest sıvı izlenmektedir. yapılan eko da ise tomponad özelliği taşımayan 17 mm perikardiyal efüzyonu mevcuttu. Hastadan tekrardan bakılan periferik yaymada ise eritrositlerde anizozitoz, polikromazi, yaygın sistositler her alanda 8-10 adet, gözyaşı hücreleri mevcut, trombositler 40 bin civarı olması üzerine MAHA dışlanılmadı, direct coombs testi 3+ hastanın perikardiyal efüzyon lupus nefriti ve maha on tanılarıyla yoğun bakıma nakılı gerçekleştirildi. 3 gün puls steroid verildi. Renal bx patoloji sonucu Patoloji Class 4 lupus nefriti ile uyumlu geldi. Diffüz proliferatif global aktif lupus nefriti ve maha olması üzerine 10 kez plazmafereze alındı. Siklofosfamid, ıvıg, eculuzimab tedavilerini aldı. Aralıklı diyaliz ihtiyacının ardından diyalize ihtiyacı kalmadı fakat diğer tedavileri devam etmekte.

Anahtar Kelimeler: Lupus Nefriti, Mikroanjyopatik Hemolitik Anemi, Perikardiyal Efüzyon

[PS-04]

COVID-19 Enfeksiyonu Sonrası Gelişen Tip 1 Diyabet Vakası: Olgu Sunumu

Mert Bektaş, Mehmet Sami İslamoğlu, Baraa Kittana, Mahir Cengiz, Serap Yavuzer

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

COVID-19 Kasım 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde başlayan ve Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi ilan edilerek tüm dünyayı derinden etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olmuştur. Yabani yarasalarda bulunan SARS-CoV-2 virüsünün insanlara geçmesi ile hastalık ortaya çıkmıştır. İnsandan insana bulaş ise direkt temas veya solunum damlacıkları yoluyla olmaktadır. Ön planda solunum yolu enfeksiyonu olarak başlayıp bazı vakalarda ciddi solunum yetmezliğine kadar giden bir tabloya sebep olmuştur. Tamamen asemptomatik seyredebildiği gibi ateş, üşüme, titreme, öksürük, nefes darlığı, baş ağrısı, kırılganlık, kas ve eklem ağrısı, burun akıntısı, burun tıkanıklığı, ishal, tat veya koku duyu kaybı gibi şikayetlere sebep olabilmektedir. COVID-19 enfeksiyonu sırasında akut dönemde birçok komplikasyon görülebildiği gibi kronik dönemde de özellikle otoimmünite gibi komplikasyonlar görülmüştür. Bu yazımızda COVID-19 enfeksiyonundan sonra gelişen tip 1 Diyabet vakası sunulmuştur.

31 yaşında ve bilinen kronik herhangi bir hastalığı olmayan kadın hasta, kendisini kötü hissedip evinde parmak ucu kan şekeri 550 ölçmesi üzerine acil servise başvurdu. Anamnezi detaylandırıldığında ise 3 ay öncesinde COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini, son bir ayda 5 kilo kaybettiğini, çok su içip çok idrara çıktığını belirtti. Bakılan tahlillerinde kan şekeri 541 ve pH değeri 7,4 görüldü, idrarda ise keton görülmedi, hastaya bolus regüler insülin ve ardından insülin infüzyonu başlandı. 500 ml/saat hızından parenteral sıvı tedavisi ve potasyum replasmanları verildi. Acil tedavisi verildikten sonra bakılan HbA1c değeri 10,2 olarak görüldü, ayırıcı tanısı için yollanan insülin ve C-peptid seviyeleri düşük olarak görüldü, anti-GAD antikorları üst sınırın 10 kat, adacık hücre antikorları ise üst sınırın 40 kat üzerinde görüldü. Mevcut bulgularla hasta COVID-19 enfeksiyonu sonrası gelişen tip 1 Diyabet olarak değerlendirildi.

Güncel literatürde COVID-19 enfeksiyonu ve ona yönelik uygulanan mRNA tabanlı aşı sonrasında gelişen birçok otoimmün olaydan bahsedilmiştir. Bizim vakamızda hastanın en son mRNA aşısı üzerinden 1,5 yıl gibi uzun bir süre geçmiş olması ve olayın 3 ay öncesinde ise yeni bir COVID-19 enfeksiyonu geçirmiş olması sebebi ile mevcut durum COVID-19 enfeksiyonuna bağlı olarak değerlendirilmiştir. COVID-19 enfeksiyonunun immün sistem üzerindeki etkilerine bağlı olarak literatürde hemolitik anemi, immün trombositopenik purpura, Hashimoto ve Graves hastalıkları, Kawasaki hastalığı, Guillain Barre sendromu, vaskülitler ve Romatoid artrit gibi birçok hastalığa sebep olabildiği ve ACE-2 enzimi aracılığıyla pankreastaki adacık hücrelerine de girip hasar bırakabildiği gösterilmiştir. Bizim vakamız tüm dünyayı derinden etkileyen COVID-19 enfeksiyonuna bağlı gelişen tipik bir tip 1 diyabet vakası olarak sizlere sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, İnsülin, mRNA, Otoimmünite, Tip 1 Diyabet

[PS-05]

Akut faz reaktan yüksekliği ile nadir görülen Takayasu arteritinin tanısında FDG PET/BT: Olgu sunumu

Gülsu Kurşun, Emre Can Hartavi, Emre Hoca, Süleyman Ahabap

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

Giriş: Takayasu arteriti aorta ve ana dallarını tutan, genç kadınlarda daha sık görülen kronik granülatöz ve stenotik bir büyük damar vaskülitidir. Takayasu arteriti lokalizasyona ve lezyon tipine göre farklı klinik prezentasyonlarda karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle tanıda gecikmeye neden olabilir.

Olgu: 48 yaşında kadın hasta 2 yıldır periferik polinöropati nedeniyle takipli ve pregabalin tedavisi almaktaydı. Yaklaşık 4 yıldır ekstremitelerde distallerinde parestezi, ekstremitelerde kladikasyon şikayetleri olan hasta; pregabalin tedavisi ile şikayetlerinin gerilememesi üzerine polikliniğe başvurmuştu. Son 5 aydır baş ağrısı şikayetinin de başladığını ifade etmekteydi. Poliklinik kontrolünde eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ve C-reaktif protein (CRP) yüksek saptanan, romatolojik otoantiklorları negatif sonuçlanan hastanın, ileri tetkik amaçlı dahiliye servisine yatırıldı. Fizik muayenede sağ ve sol kollar arasında kan basıncında 15 mmHg fark olduğu görüldü. Sağ koldaki sistolik kan basıncı 95-100 mmHg, sol koldaki sistolik kan basıncı 80-90 mmHg arasındaydı. Vücut ısısı 36,5-37°C ve kalp atış hızı dakikada 75 atımdı. Sol radial arter, karotis arter ve dorsalis pedis nabızı azalmış palpe edildi. Takiplerinde görülen elektrokardiyogram (EKG), akciğer grafisi, batin görüntülemesinde anlamlı patolojiye rastlanmadı. Düşük hemoglobin düzeyleri (10 g/dl), artmış ESR (82 mm/saat) ve yüksek CRP düzeyleri (94,6 mg/L) pozitif laboratuvar bulgularıydı. Nörolojik muayenesinde üst ekstremitelerde kas gücü +4/5, alt ekstremitelerde kas gücü 4/5 olması dışında anlamlı patolojiye rastlanmadı. Hastaya Elektromiyografi (EMG) yapıldı. Bilateral karpal tünel sendromu ile uyumlu değerlendirildi. Aort ve ana dallarının değerlendirilmesi için Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) Anjiyografi yapıldı. Anlamlı darlık raporlanmadı. Hastanın sol karotis arter ve sol ekstremitelerdeki nabızlarının azalmasını açıklayacak patoloji saptanamaması üzerine hastaya vaskülit tarama amaçlı 18F-florodeoksiglukoz pozitron emisyon tomografisi (18F-FDG PET) çekimi yapıldı. 18F-FDG PET raporu; "Aort kökünden başlayarak arkus aorta, torasik inen aorta ve abdominal aorta boyunca aort duvarlarında diffüz FDG tutulumları izlenmiştir." şeklinde raporlanan hastaya Takayasu arteriti tanısı konuldu. Romatoloji bölümüne konsülte edildi. Hastaya yatışında 3 gün intravenöz 40 mg Prednol (mg) Prednol tedavisi verildi. Taburculuğunda günde 1 kez 16 mg Prednol, haftada 1 gün 15 mg Metotrexat reçete edildi. Romatoloji polikliniğinde takibi devam etmekte olan hastanın şikayetlerinde azalma görüldü. Tedaviden 3 hafta sonra tetkiklerinde ESR ve CRP gerilemişti.

Sonuç: Takayasu arteriti, ağırlıklı olarak aort ve dallarında stenotik veya dilate lezyonlara neden olarak spesifik belirteçler olmaksızın çeşitli semptomlarla ortaya çıktığı için ilk tanı sıklıkla gecikmektedir. Takayasu arteritinin karakteristik patolojik özelliği vasküler inflamasyondur.

PET/BT, morfolojik anormallikler BT ve MRG ile tanımlanmadan önce damar duvarının inflamatuvar durumunu gösterebilir ve erken tanıya katkıda bulunabilir. Olgumuz, özellikle Takayasu arteritinin spesifik olmayan erken belirtileri olan hastalarda PET/BT'nin benzersiz rolünü vurgulamaktadır. PET/BT görüntüleme, morfoloji ve damar yapısındaki değişikliklerden önce inflamatuvar aktiviteyi tespit edebilen, yüksek hassasiyete sahip olup hızlı teşhis edilebilen ve hastalığın geri dönülemez bir aşamaya ilerlemesini önleyebilen bir görüntüleme yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Polinöropati, Pozitron emisyon tomografisi (PET), Takayasu arteriti, Vaskülit

[PS-06]

Depresyon ve hiponatremi ile prezente olan hipofizer yetmezlik: Olgu sunumu

Sümeyye Yeter Pektaş, Gizem İncesu, Zeynep Karaali

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları, İstanbul

Giriş: Hipofiz bezi, birçok organı ve sistemi regüle etmekten sorumlu olan hormon salgılayan bezdir. Düzenleyici görevi olan hipofiz bezi, salgıladığı hormonların eksikliği veya fazlalığına sekonder bir takım semptom ve laboratuvar bulgularına yol açabilir. Hipofizer yetmezliğinin kliniği, halsizlik, yorgunluk gibi konstitüsyonel semptomlardan, ciddi elektrolit imbalansa kadar yol açabilecek geniş yelpazeye sahiptir. Tanımlanan olgu, depresyon ve hiponatremi ile prezente olmakla beraber, kliniği ön planda kullandığı medikal tedaviye sekonder olarak düşünüldü. İleri tetkik sonucunda tiroid hormon eksikliği ve beraberinde kortizol düşüklüğü saptanarak, mevcut kliniği hipofiz yetmezliğine bağlandı.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 32 yaş erkek hasta, 25.01.2023'te dış merkez psikiyatri kliniğinde, depresyon tanısı konulup, Depakin, risperidon, rivotril başlanmış. Ajitasyon, dezoryantasyon ve anlamsız konuşma nedeniyle 14.01.2024'te acile başvurmuş, bakılan tetkiklerinde hiponatremi (geliş NA: 114) saptanması üzerine tarafımıza konsülte edildi. Hastanın ilk muaynesinde, övolemik olarak değerlendirilmiş, semptomatik hiponatremi olması nedeniyle hipertonik mayi başlanmıştır. Ön planda, antidepressanlara bağlı hiponatremi olarak değerlendirilerek ilaçları kesildi. Hastanın hipertonik mayi sonrası acil serviste bakılan kontrol biyokimyasında, hiponatreminin derinleşmesi üzerine 15.01.2024'te dahiliye servisine interne edildi. Bakılan rutin tetkiklerinde santral hipotiroidi saptandı (TSH: 2,05, sT4: 0,47 sT3: 0,66). Ön planda hipofizer yetmezlik düşünülerek, sabah kortizolü gönderildi ve 0,883 olarak sonuçlandı. Hipofiz yetmezliği ve buna bağlı hiponatremi düşünülerek övolemik olan hastaya sıvı kısıtlaması yapıldı. Ön hipofiz hormonları istenildi. 17.01.2024'te bakılan tetkikleri Somatomedin-C < 7, TSH: 2,13, T4: 0,47, T3: 0,95, GH: <0,03, Prolaktin: 4,99, FSH: 1,99, LH: 1,88, Total testosteron: 1,57 olarak sonuçlandı. Hipofiz MR (manyetik rezonans) çekildi. Hasta Endokrinoloji'ye danışılmış olup, hipopituitarizme bağlı övolemik hiponatremi ön tanısıyla, 17.01.2024 tarihinde 50 mg hidrokortizon ve 75 mcg levotiroksin başlandı.

Hidrokortizon sonrasında, ertesi gün bakılan tetkiklerinde dramatik sodyum artışı oldu (117-->131). 19.01.2024'te; genel durumu iyi ve hiponatremi semptomu olmayan hasta, Endokrinoloji'ye konsülte edildi. 10 mg Genkort ve 75 mg Levotiroksin ile taburculuğu uygun görülen hasta, Hipofiz Polikliniğine takibi alındı.

Görüntüleme: Hipofiz gland yüksekliği 3.3 mm olup azalmıştır. Sağda cavernöz sinüse uzanım gösteren belirgin kitle etkisi oluşturmayan 8x4 mm boyutlarında kontrast tutmayan, sol cavernöz sinüs komşuluğunda da 5x2 mm boyutlarında benzer karakterde kistik görünümde alanlar.

Sonuç: Hipofizer yetmezliğinin klinik ve laboratuvar bulguları oldukça değişken olmakla beraber, birçok hastalığı ve ilaç yan etkilerini taklit edebilir. Hastamızın kliniği, kısa süre önce antidepressan tedavi başlanmış olması, ön planda ilaç yan etkisi olarak değerlendirilmesine sebep oldu. Hastanın yatış kanlarında bakılan tiroid fonksiyon testleri santal hipotiroidiye işaret etmesi sebebiyle bakılan kortizol ve diğer ön hipofiz hormonları ile hipofizer yetmezlik tanısı konulmuş oldu.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, hipofizer yetmezlik, hiponatremi

Laboratuvar bulgular

Başvuru laboratuvar	Referans aralık
NA: 114	136-146 mEq/L
TSH: 2,05	0,27-4,20 ulu/mL
T4: 0,47	0,93-1,70 ng/dL
T3: 0,66	2,6-4,4 pg/mL
Kortizol: 0,883	
Somatomedin-C: <7	114-247 µg/L
GH: <0,03	0,03-2,47 ng/mL
Prolaktin: 4,99	4,04-15,2 ng/mL
FSH: 1,99	1,5-12,4 IU/L
LH: 1,88	1,7-8,6 IU/L
Total Testosteron: 1,57	2,8-8 ng/mL
ACTH: 11,6	7,2-63,3 ng/L

[PS-07]

P-ANCA pozitifliğinin eşlik ettiği çift pozitif anti-GBM olgusu

Püren Metin¹, Gürsel Yıldız², Zeynep Karaali¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

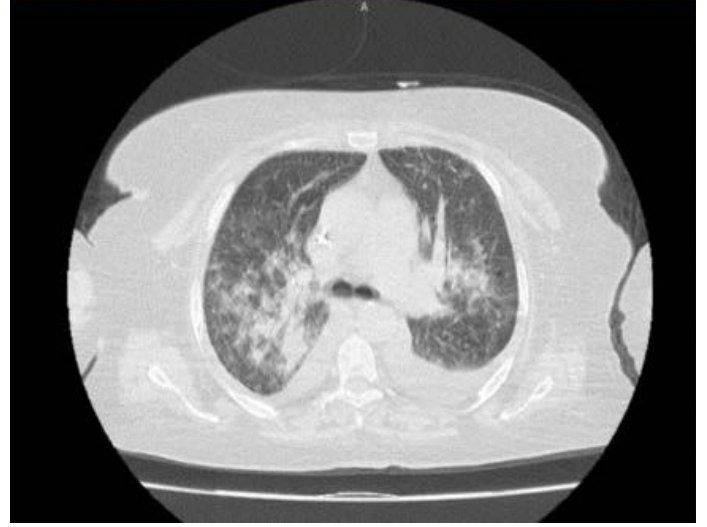
Giriş: Goodpasture sendromu, diğer adıyla anti-GBM (glomerüler bazal membran) hastalığı, glomerüller ve alveoler bazal membran antijenine karşı üretilen antikorların plazmada saptandığı, hızlı ilerleyici glomerülo nefrit ve alveoler hemoraji ile seyreden nadir bir hastalıktır. Son dönem böbrek hastalığının nadir sebeplerindedir. Etiyolojisi bilinmemektedir. Burada akut böbrek hasarı ve mikroskopik polianjiitisi tanısıyla takip ve tedavi edilen, anti-GBM pozitifliği saptanan çift pozitif Goodpasture sendromu (overloap) olgu sunulmuştur.

Olgu: 2021 Ağustos'ta yaygın aksiyal ve büyük eklemlerde artrit şikayetiyle dış merkeze başvuran hastaya seronegatif artrit tanısıyla prednizolon başlanmış ve şikayetleri gerilemiş. Prednizolon altında hemoptizisi, 1 gr/gün proteinürisi ve p-ANCA: 155 U/ml saptanması nedeniyle mikroskopik polianjiitis ön tanısıyla hastaya böbrek biyopsisi yapılmış. "Glomerüllerde segmental hafif bazal membran kalınlaşması ve kıvrımlanmalar, interstisyel fokal mikst iltihabi infiltrasyon, fokal tübüler atrofi." şeklinde raporlanmış. Hasta bu dönemde leflunomid 20 mg kullanmış ve prednizolon stoplanmış. Mayıs 2022'de hastanemiz acil servisine 15 gündür oral alımda azalma, bulantı, kusma ile başvuran hasta, kreatin değerinin 2 ay içinde 0,8 mg/dl'den 3,1 mg/dl'ye yükseldiğinin görülmesi üzerine romatoloji servisine interne edildi. 3 gün pulse prednizolon uygulanıp 60 mg idame prednizolon tedavisiyle devam edildi. Kre değerleri 7,04 mg/dl'ye kadar yükselen hasta hemodiyalize alındı ve eş zamanlı plazmaferez yapıldı. 24 saat idrar proteini: 259 mg/gün, ANA profili negatif, p-ANCA: 3,18 U/ml, anti-GBM: 1/320 pozitif saptandı. Goodpasture sendromu ön tanısıyla nefroloji servisinde tedavisi devam edilen hastaya tekrar böbrek biyopsisi yapıldı. Patolojisi "kresentik glomerulonefrit (anti-GBM hastalığı)" olarak raporlandı. Takiplerinde hipertansif, hipoksik ve hemoptizisi olan hastanın toraks BT'si viral pnömoni? olarak raporlandı. **(Resim A)** Ön planda hipertansif akciğer ödemi düşünüldü ve alveolar hemoraji şüphesi nedeniyle bronkoskopi planlandı. Takiplerinde hemoptizinin devam etmesi üzerine vaskülitin akciğer tutulumu olarak değerlendirildi. Hemodiyaliz tedavisi ve antibiyoterapiye devam edildi. Siklofosfamid 75 mg/gün başlandı. Takiplerinde akciğer grafisinde lezyonları regrese oldu. **(Resim B)** ve idrar çıkışı kademeli olarak arttı. 3/7 hemodiyaliz, prednizolon ve oral siklofosfamid tedavisi ile poliklinik takibine alındı.

Sonuç: P-ANCA ve anti-GMB pozitifliği, Goodpasture sendromunun çift pozitif olarak ifade edilen bir varyantıdır. Anti-GBM hastalığı ve sistemik vaskülitler benzer klinik semptomlar taşımalarının yanında, Anti-GBM hastalarının önemli bir oranı, tanı anında anti-nötrofilik sitoplazmik antikorlara (ANCAs) sahiptir. Miyeloperoksidaz ANCA, pozitifliği proteinaz 3 ANCA'dan daha yaygındır. Anti-GBM ve ANCA için çift pozitif olan hastaların oranı % 21 ile % 47 arasında değişmektedir. Çift pozitif hastalar, her iki hastalığın da özelliklerini sergiler. Çift pozitif hastalar, sadece anti-GBM pozitif olan hastalara göre daha yüksek relaps riski taşırlar. Bu durum idame tedavi ile ilgili kararlarda önem taşır.

Anahtar Kelimeler: Goodpasture hastalığı, anti-GBM, p-ANCA, siklofosfamid

Resim A



Viral pnömoni? olarak raporlanan toraks BT görüntüsü. Alveolar hemoraji?, vaskülitin akciğer tutulumu olarak değerlendirildi.

[PS-08]

Foliküler Lenfoma'nın Pankreas Tutulumu Nedeniyle Gelişen Akut Pankreatit Olgusu

Sercan Kamalı¹, Hatice Ece Babadağ¹, Ahmet Arda Okumuş², Zeynep Karaali¹

¹BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ, İSTANBUL

²BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ, RADYOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Giriş-Amaç: Akut pankreatit, hastalarda değişen derecelerde mortalite ve morbiditeye neden olan, pankreasın inflamatuvar bir durumudur. Şiddetli akut üst karın ağrısı olan hastalarda ayırıcı tanıda akut pankreatit düşünülmelidir. Akut pankreatit tanısı için üç kriterden ikisinin var olması gerekir: epigastrik ağrı/hassasiyet, serum amilaz veya lipaz seviyelerinin normalin üst sınırının üç katı veya daha fazlasına yükselmesi, BT/MR/USG'de karakteristik görüntüleme bulguları. Çeşitli durumlar akut pankreatit ile ilişkilendirilmiştir. Safra taşı ve kronik alkol kullanımı vakaların yaklaşık üçte ikisini oluşturur. Biz foliküler lenfoma tanılı hastada gelişen akut pankreatit vakasını sunmayı amaçladık.

Vaka: 42 yaşında foliküler lenfoma nedeniyle takip edilen erkek hasta karın ağrısı ve kusma şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Yapılan tetkiklerinde AST: 95 U/L, ALT: 77 U/L, GGT: 369 U/L, ALP:369 U/L, LDH: 910 U/L, amilaz: 845 U/L, lipaz: 1035 U/L, total bilirübin 5,22 mg/dl, direkt bilirübin 4,19 mg/dl saptanan hastanın abdomen bt'sinde pankreas ödemli, peripankreatik kirlenme ve mayii saptanması üzerine olgu akut pankreatit kabul edilerek ileri tetkik ve tedavi için servisimize interne edildi. Hastanın oral alımı kapatıldı. 40 mg/gün pantoprazol ve IV hidrasyon planlandı. Etiyoloji araştırılması açısın-

dan hastadan MRCP istendi. Takiplerinde karın ağrısı, amilaz-lipaz düzeyleri gerileyen hastanın oral alımı rejim 1 ile açıldı. MRCP’de; safra kesesi hidropikti. Kесе içinde kalkül izlenmedi. Paraaortokaval ve mezenterik bölgede en kalın yerinde 6 cm’yi bulan konglomere lenfadenomegali ile uyumlu yaygın yumuşak doku kitleleri mevcuttu. Kitle lezyonları duodenum 3. kıtayı sararak daraltmaktaydı. Ayrıca pankreasta genişleme, invazyona bağlı heterojen sinyal değişiklikleri görülmekteydi. Özellikle baş ve unsinat proçes lenfomatöz kitlelerden ayırt edilemedi. Wirsung kanalı yer yer irregüler olmak üzere dilate izlendi. Koledok pankreas başı düzeyinde daralmaktaydı. Bulgular ön planda lenfomanın pankreas tutulumu lehine değerlendirildi. Kitle basısına sekonder koledok ve intrahepatik safra yollarında dilatasyon mevcuttu. Koledok kitleye sekonder künt sonlanmaktaydı. Peripankreatik yağlı planlarda minimal kirlenmeler ve lineer sıvı intensiteleri izlendi. Duodenum 3.kıtada mukoza ve submukozada duvar kalınlık artışı izlenen hastaya eşlik eden sekonder duodenal lenfoma açısından özofago-gastro-duodenoskopi yapıldı. Bulbusta 2 cm çaplı lezyon izlendi. Postbulber bölgeye endoskop ile geçilemedi. Bulbustaki kitleden biyopsi alındı. Hematoloji kliniğine danışılarak hastaya IV 40 mg dekort başlandı. Lenfomanın pankreas tutulumuna sekonder akut pankreatit tablosu gelişen hasta, etiyo-lojiye yönelik tedavi planlanması amacıyla hematoloji kliniğine devredildi.

Sonuç: Foliküler lenfomada lenfatik organlar veya kemik iliği dışındaki organların tutulumu nadirdir. Literatür tarandığında foliküler lenfomanın pankreas tutulumuna sekonder akut pankreatit gelişen ve birlikte duodenal lenfomanın eşlik ettiği vaka görülmemiştir. Akut pankreatit etiyo-lojisinde safra taşları, alkol, hipertrigliseridemi sıklıkla olmakla birlikte, nadir de olsa lenfomanın pankreas tutulumuna bağlı olarak gelişebileceğini akıldta tutmak gerekir.

Anahtar Kelimeler: akut pankreatit, foliküler lenfoma, pankreas

Foliküler Lenfoma’nın pankreas tutulumu



Yaygın Non-Hodgkin lenfoma tanılı 42 yaşındaki erkek hasta. Pankreas ve şüpheli duodenum invazyonu mevcut.(

[PS-09]

Gebelik başarısızlığının bir sebebi de aktif lupus olabilir mi?

Sevilay Süreyya Ermiş¹, Zeynep Irmak Kaya¹, Elif Meneviş Aksoy¹, Erdal Bodakçı²

¹Eskişehir Şehir Hastanesi, Dahiliye Ana Bilim Dalı, Eskişehir

²Eskişehir Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE); cilt, eklem, renal, hematolojik, nörolojik, pulmoner, kardiyak, gastrointestinal gibi hemen hemen tüm organlarda tutulum olabilmektedir. SLE, genelde genç kadınlarda görüldüğü için, lupus gebeliği ve infertilite sorunları sık görülmektedir. Eğer konsepsiyon olduğunda hastalık son altı aydır remisyonda ise, renal veya kardiyopulmoner hasarlanma yoksa, antifosfolipid ve anti Ro/La antikolar negatif ise, gebeliğin normal sonuçlanma olasılığı yüksektir. Burada geç tanı konulmuş, ortalama 2 yıla yakındır lupus ilişkili semptomları olan ve gebelik başarısızlığı olan hastayı, gebelik başarısızlığının nadir nedenlerinde aktif lupusu ayrıncı taanıda düşünülmesi amacıyla sunmak istedik.

Olgu: 42 yaşında kadın hasta son 1 aydır bacaklarda şişlik, genel vücut ağrıları, halsizlik, eklem ağrılarının olması ile başvurdu. Özgeçmişinde 2.5 yıldır evli olduğu ve çocuk istemi ile birçok defa kadın doğuma başvurduğu ama nedeninin bilinmediği infertilitesinin olduğu öğrenildi. Hastanın muayenesinde yaygın alopesi, yüzde çok sayıda skarlı depigmente lezyonları, ağız içerisinde üst damakta peteşial lezyonlar, her iki yanakta 3-4 cm boyutunda ülser lezyonları mevcuttu. Her iki akciğer bazalinde krepitan raller, her iki el bileğinde artriti olup, el dorsalinde eritemli alanlar, tırnaklarda periungal eritemler ve hemorajiler vardı. Inguinal 4cm’lik lenfadenopati, her iki bacakta pretibial ödemleri mevcuttu. Laboratuvarında hemoglobin:11.6 g/dL, lenfosit: 700/µl, lökosit: 2860/µl, Plt:30.000/µl, kreatinin:0.5 mg/dL, albümin:1.5 gr/dL, total kolesterol: 301 mg/dL, CRP:2mg/L, sedimentasyon: 67 mm/h idi. İdrar mikroskopisinde her alanda 18 eritrosit, +3 proteini olup 24 saatlik idrarda 3.9 gr/gün proteinüri saptandı. Antinükleer antikor (ANA) pozitif(+3, nükleolar), anti ds-DNA negatif, kompleman C3 ve C4 düşük, anti-SM ve anti-SM/RNP antikoları pozitifti. Anti-SSA, anti-SSB, lupus antikoagülanı, anti kardiyolipin ve anti beta-2 glikoprotein antikoları ile p-ANCA ve c-ANCA negatif idi. Hastada SLE düşünülüdü. Periferik yaymada blast-atipik hücre yoktu. Ekokardiyografisinde apeks ve sağ ventrikül çevresinde 5 mm’lik effüzyon. Bir yıldan uzun süredir baş ağrısı olan hastada çekilen beyin MR’da çok sayıda kortikal alanda kronik iskemik değişiklikleri mevcuttu. Renal biyopside sınıf 5 membranöz lupus nefriti tanısı konuldu. Cilt, eklem, hematolojik, renal, nörolojik tutulumlar düşünülüdü. Nefrotik düzeyde proteinürisi olan hastaya metilprednizolon 1000 mg/3 gün başlandı, sonrasında 1 mg/kg ile devam edildi. Hidroksiklorokin 200 mg 2x1/gün ve çocuk talebi olması nedeniyle siklofosfamid verilmedi. Mikofenolat mofetil 500 mg 2x2 başlandı. Hastaya proteinüri açısından remisyona sağlanana kadar gebeliği ertelemesi önerildi. Hastanın eklem, cilt, sitopenisi düzelmiş olup proteinüri için tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: Lupus hastalarında gebeliğin başarısız olmasının nedenlerinden biriside aktif lupus ve özellikle lupus nefritinin olmasıdır. Bu durumda gebeliğin gerçekleşmeyeceği veya komplikasyonlu olabileceği bilinmeli ve remisyon durumu sağlanana kadar gebeliğin ertelenmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, Lupus nefriti, Sistemik lupus eritematozus (SLE)

Lupus hastamızdaki bulgularımız

2019 EULAR/ACR LUPUS SINIFLAMA KRİTERLERİ Hastamızdaki Bulgular

Klinik domain veya kriter	Puan	İmmünojenik domain veya kriter	Puan
Konstitüsyonel		Anti -fosfolipid antikorlar	
Ateş	2	Anti- kardiyolipin antikorlar veya Anti- beta2 glikoprotein 1 antikorlar veya Lupus antikoagulanı	2
Hematolojik		Kompleman proteinleri	
Leukopeni	2	Düşük C3 veya C4	3
Trombositopeni	4	Düşük C3 ve C4	4
Ortanorm hemolitik anemi	4		
Nöropsikiyatrik		Lupus spesifik antikorlar	
Deliryum	2	Anti-dsDNA antikorları veya Anti-Sm antikorları	6
Pnözi	3		
Epilepsi	5		
Mükokutanöz			
Skariz alopesi	2		
Oral ülser	2		
Subakut kutanöz veya diskoid lupus	4		
Akut kutanöz lupus	6		
Serözal			
Perikard veya perikardiyal efüzyon	3		
Akut perikardit	6		
Kas-iskelet			
Bilem tutulumu	6		
Böbrek			
0-5 gr/gün proteinüri	4		
Böbrek biyopsisi klas 2 veya 3 lupus nefriti	8		
Kreatininemisi veya vasküler nefrit	10		

Lupus hastamızdaki bulgularımız

[PS-10]

Enfeksiyöz mononükleoz ve miyokardit- Bir olgu sunumu

Rıdvan Sivritepe¹, Özge Siyer², Serhat Mert Tiril³, Sema Uçak Basat³

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Miyokardit, çeşitli enfeksiyöz ve enfeksiyöz olmayan durumların neden olduğu, kalp kasının inflamatuvar bir hastalığıdır. Virüslerin enfeksiyöz etiyolojiler arasında en sık görülen patojenler olduğu bilinmektedir.

Olgu: Bilinen kronik hastalık tanısı olmayan 20 yaşındaki bayan hasta bir kaç gündür olan halsizlik, yorgunluk, boğaz, kas ve göğüs ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Fiziki muayenesinde patolojik olarak sadece orofarenk hiperemik ve tonsilleri hipertrofik olan hastanın vitallerinde tansiyon:100/60 mmHg kta:106/dk so2:96 ateş:38,4 olarak saptandı. Elektrokardiyogramda sinüs ritmi ve spesifik olmayan anormallikler mevcuttu. Labo-

ratuar tetkiklerinde patolojik olarak lökosit: 12,4 10³/uL, C-reaktif protein 47,6 mg/L; troponin 0,81µg/L (0-0,023); kreatin kinaz (CK): 805 U/L ve kreatin kinaz myokardial band (CKMB): 22,2 ng/ml saptanan hasta üst solunum yolu enfeksiyonu, non-STAMI ön tanıları ile servisimize interne edildi. Tedavisi başlanan hasta kardiyo- loji ile konsulte edildi. Yapılan ekokardiyografik değerlendirilmede sol ventrikül sistolik fonksiyonunun korunduğu görüldü (LVEF %60). Hastada AKS düşünülmedi. Miyokardit ön tanısı ile istenilen kardiyak manyetik rezonansda miyokardit tanısı doğrulandı. Etiyolojiye yönelik hastadan boğaz kültürü, strep-A, koksaki A ve B, influenza A ve B, corona virüs, sitomegalovirüs, Epstein Barr virüs, adenovirüs ve ekovirüs için antijen testleri gönderildi. İstenilen diğer tüm tetkik sonuçları normal olarak sonuçlanan hastanın EBV-VCA IgM düzeyi 22,71S/CO (referans aralığı:0-0,5) saptandı. Hastaya enfeksiyöz mononükleoz enfeksiyonu tanısı konuldu ve miyokarditi buna bağlandı. Yattığı süre içerisinde medikal destek tedaviyle kardiyak enzimleri ve enfeksiyon parametreleri normale dönen hasta poliklinik kontrolü önerilerek yatışının 6. gününde taburcu edildi.

Sonuç: EBV'ye bağlı miyokardit, miyokardın inflamasyonu ve disfonksiyonuyla karakterize ve kalp yetmezliği, aritmi ve nadiren de olsa asistoliye kadar giden ciddi komplikasyonlara neden olabilen bir hastalıktır. Tanı için elektrokardiyografi, ekokardiyografi ve bazen kalp biyopsisi gibi invaziv yöntemler kullanılabilir de klinik uygun hastalarda kardiyak manyetik rezonans ile tanı konulabilir. Tedavide ise antiinflamatuvar ilaçlar, immünsupresif tedavi ve kalp desteği gerekebilir. Sonuç olarak miyokardit gibi ciddi bir komplikasyon riski olan Epstein Barr virüs üst solunum yolu enfeksiyonu vakalarında akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyöz mononükleoz, Epstein Barr virüs, Miyokardit

[PS-11]

Hipokalemik ve Hipetansif Hastaya Yaklaşım

Mazlum Doğan Genç¹, Sarper Çalışkan¹, Umut Tuncel¹, Çiğdem Yazıcı¹, Taner Baştürk², Tamer Sakacı², Abdulkadir Ünsal²

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Hipokalemi saptanan hastalarda oral alımda azalma, ailede hipokalemi öyküsü (Bartter, Gitelman..sendromları), komorbiditeleri, GIS kayıpları ve hipokalemiyi açıklayacak ilaç kullanımı ön tanıları açısından önem göstermektedir. Tanısal testlerde Asit-Baz durumu, Plazma renin aktivitesi, Aldosteron, Magnezyum seviyelerine bakılabilir. Olgumuzda hipokalemiye eşlik eden hipertansiyon, yeni tanı KBH ve metabolik alkalozun ileri incelemesini yaptık.

Olgu: 50 yaşında erkek hasta, bilinen 20 senedir tedavisi hipertansiyon mevcut. Başvurusunda TA:180/100m-

mHg, 04/01/2024 kreatinin=3,95mg/dL (01/12/2022 kreatinin:0,91mg/dL), potasyum=2,51mmol/L, bikarbonat=23,7 pco2=33,3mmHg, pH=7,47. Çekilen EKG'sinde hipokalemi bulgusuna rastlanmadı.

Hastada metabolik alkaloz ve hipokalemisine ek kontrolsüz hipertansiyonu olması sebebiyle ön planda renal arter stenozu düşünüldü ve Renal Doppler USG çekildi: "Düşük diyastol hızlı ve yüksek dirençli akım dalga formları (sağda ve solda RI>0.85) izlendi. (renal parenkimal hastalığa sekonder), Sağ sürrenalde 23x16x17 mm boyutlu düzgün sınırlı, böbrek parenkimi ile izoekoik nodüler lezyon görüldü " olarak raporlandı. Renal arter stenozu dışlanarak primer hiperaldosteronizme yönlendirildi. Çekilen Tüm batın BT'de yüksek dansiteli, düşük lipofilik içerikli nodüler lezyon izlendi ve Sürrenal Adenom lehine sonuçlandı. Hastadan istenilen Aldosteron (Serum/Plazma) = 413, Plazma Renin Aktivitesi(PRA)(Ayakta)=4.93 (Ayakta -<4,95, Yatarak -<2,01) olarak sonuçlandı. Aldosteron/PRA oranı: 83 olarak sonuçlanan hastada primer hiperaldosteronizm tanısı konuldu. Hastanın tedavisi verapamil 240 mg 1*1 ve spirinolaktan 100 mg 1*1 olarak düzenlendi. Takipleri boyunca normotansif seyretti. Hasta primer hiperaldosteronizm açısından Endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları polikliniğine yönlendirildi. Evre 4 KBH tanısı konan hasta nefroloji poliklinik takibine alındı.

Tartışma: Akut/Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda hiperpotasemi ve asidoz beklenen bir durum olup; hipokalemi + alkaloz ve ek olarak kontrolsüz hipertansiyon görülmesi durumunda aklımıza primer hiperaldosteronizm gelmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Hipokalemi, Kronik Böbrek Yetmezliği, Metabolik Alkaloz, Primer Hiperaldosteronizm

[PS-12]

Retroperitoneal fibrozise bağlı bilateral hidronefroz gelişen hastada steroid-immunsupresif tedaviye yanıt: olgu sunumu

Muhammed Emin Ergün

Erciş Şehit Rıdvan Çevik Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Van

Giriş: Retroperitoneal fibrozis (RPF) steroid tedavisine iyi yanıt veren kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Yan ağrısı ve idarara az çıkma nedeni ile başvuran, RPF'ye bağlı bilateral hidronefroz tespit edilen bir olgu sunuldu.

Olgu: 50 yaşında erkek hasta idrar çıkışında azalma, yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Üre: 75 mg/dl, kreatinin: 3.4 mg/dl idi. Abdomen Manyetik rezonans görüntüleme(MRG) de retroperiton ve paraaortik bölgede yumuşak doku yoğunluk artışı ve bilateral pelvikalisijel yapılar dilate görünümde izlendi.RPF tanısı konuldu. 3 gün alacak şekilde 500 mg/g iv metilprednizolon başlandı, Sonrasında 40 mg/g metilprednizolona geçildi.Tedaviye 50 mg/g azathioprine(AZA) eklendi.Takip edilen üre, kreatin, gfr, sedimentasyon düzeylerinde düzelme görüldü. Poliklinik

kontrol önerisi ile taburcu edildi. 2 hafta sonra kontrol tetkiklerinde kreatin:1.6 mg/dl ye gerilerken, Alt:165 U/L Ast:72 U/L saptandı. Alt ve Ast artışı ön planda AZA'ya bağlı olduğu düşünüldü. AZA tedavisi kesildi. Mikofenolat mofetil (MMF) 1 gr /g başlandı. Steroid dozu 40 mg/g devam edildi. 1 ay sonunda steroid dozu kademeli olarak azaltıldı. Son kontrolünde Alt:36 U/L, Ast:28 U/L kreatin:1.5 mg/dl olarak saptandı. Takip ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: Tekrarlayan idrara az çıkma ve yan ağrısı şikayetleri olan hastada RPF akılda tutulmalıdır

Anahtar Kelimeler: Azatiyoprin, Böbrek yetmezliği, Hidronefroz, Metilprednizolon, Retroperitoneal Fibrozis

Resim-1:Bilateral iliak arter çevresinde retroperitoneal fibrozis izlendi.Bu seviyede her iki üreter tutulumuna sekonder hidroüreteronefroz izlendi.



[PS-13]

Sekonder hipertansiyon- Unutulmaması gereken bir neden- Conn Sendromu- Bir olgu sunumu

Rıdvan Sivritepe¹, Özge Siyer², Serhat Mert Tiril³, Sema Uçak Basat³

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Primer Aldosteronizm (PA), sekonder arteriyel hipertansiyonun en sık nedenidir. Conn sendromu adrenal korteksin glomerulosa tabakasında aşırı hiperaldosteronizme neden olan bir endokrin patolojidir. Bu olgu sunu-

munda erken başlangıçlı PA'ya sekonder gelişen arteriyel hipertansiyon olgusunu sunduk.

Olgu: Bilinen kronik hastalık tanısı olmayan 22 yaşındaki erkek hasta son iki haftadır olan baş ağrısı, sinirlilik ve boyunda dolgunluk hissi şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Fiziki muayenesinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmayan hastanın vitallerinde tansiyon:190/110 mmHg kta:103/dk so2:99 ateş:36,4 olarak saptandı. Elektrokardiyogramı sinüs ritmindeydi ve iskemik bir bulgu yoktu. İlk laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir anormallik saptanmadı. Yarım saat arayla bakılan tansiyon ölçümleri 185/110 ve 190/100 saptanması üzerine hasta sekonder hipertansiyon tetkik ve tedavi amacıyla servimize interne edildi. Etiyolojiye yönelik hastadan sabah kortizol, ACTH, 24 saatlik idrardaki vanilmandelik asit, metanefrin ve normetanefrin, plazma aldosteron ve plazma renin aktivitesini istendi. Renal doppler ultrasonografi planlandı. Tetkiklerinde 24 saatlik idrarda vanilmandelik asit 2,4 mg (Ref Aralık <13,0 mg), metanefrin 63 µg/gün (Ref Aralık 52– 341 µg/gün), ve normetanefrin 102 µg/gün (Ref Aralık 88 – 444 µg/gün), plazma aldosteron düzeyi 48,1 ng/dl (Ref Aralık N: 1-16 ng/dl) ve plazma renin aktivitesini 0,6 ng/ml/saat (Ref Aralık 0,5-1,9 ng/ml/saat). Plazma aldosteron/ plazma renin aktivitesi oranı 80,16 saptandı. Hastanın renal arter doppler ultrasonografisinde her iki böbrek interlober arterlerden ölçülen RI değerleri sağda alt polde 0.55, orta kesimde 0.57, üst polde 0.57; solda alt polde 0.59, orta kesimde 0.55, üst polde 0,61 olarak normal ölçüldü. Daha sonra, hastaya üç günlük oral sodyum yüklemesi yapıp 24 saatlik idrarda sodyum ve aldosteron istendi. 24 saatlik idrarda sodyum 268 mmol (Ref Aralık 40-220 mmol) ve aldosteron 24,8 µg olarak saptandı. Tetkikler sonucunda hastaya primer aldosteronizm tanısı konuldu. Hasta endokrinoloji ve kardiyoloji ile de konsülte edildi. Yapılan ekokardiyografik değerlendirmede patolojik bulguya rastlanmadı. Hastaya abdomen bilgisayarlı tomografi çekildi. Sağ sürrenal bölgede 7 mm çapında adrenal adenom saptandı. Hastaya antihipertansif tedavi olarak spironolakton 100 mg 1*1 başlandı ve hipertansiyonun etkili bir şekilde kontrol altına alındı. Hasta endokrinolojik cerrahi açısından endokrinoloji ve genel cerrahiye refere edilerek taburcu edildi.

Sonuç: Conn sendromu, adrenal bezin aldosteron hormonunu aşırı miktarda salgıladığı bir hiperaldosteronizm tipidir. Sekonder hipertansiyon vakalarında akla ilk gelmesi gereken endokrin bozukluklardan biridir. Reno-kardiyak ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Tedavide genellikle cerrahi olarak adenomun veya hiperplazinin çıkarılmasını veya aldosteron antagonistleri ile aldosteron seviyelerinin kontrol altına alınmasını yer alır.

Anahtar Kelimeler: Conn Sendromu, Primer Aldosteronizm, Sekonder Hipertansiyon

[PS-14]

Hipervolemik Hastada Diüretik Tedavi Olarak Furosemid ve Torsemid Birlikte Kullanımı Olgusu Sunumu

Aylin Ökcü, Seher Okucu, Gizem Geçmez, Müge Bilge, Abdülbaki Kumbasar

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

Giriş: Hipervolemi yönetiminde glomerül filtrasyon hızı 30 ml/dakikanın altında olması loop diüretiklerin kullanımını zorunlu kılmaktadır. Mevcut tedavi seçenekleri arasında furosemid veya son dönemde hipokalemi eğilimi açısından nispeten avantajlı olduğu düşünülen torsemid de bulunmaktadır. Her ne kadar kılavuzlar ışığında iki loop diüretiğinin aynı anda beraber kullanımı yer almasa da beraber kullanımını test eden çalışmalar da literatürde bulunmaktadır. Burada kliniğimizde takip ettiğimiz düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği ve kronik böbrek hastalığı tanılı, furosemid direnci nedeniyle hipervolemi yönetiminde furosemid-torsemid birlikte kullanımını deneyimlediğimiz olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, kronik atrial fibrilasyon, DEF-kalp yetersizliği ve kronik böbrek yetersizliği tanıları mevcut olan 55 yaşında erkek hasta tarafımıza nefes darlığı, vücutta şişlik ve sırt üstü yatamama şikayetleri ile başvurdu. Hipervolemi semptomları ile volüm kontrolü sağlamak amacıyla yüksek doz diüretik tedavisi (furosemid 480 mg/gün iv infüzyon) verilmesi planlanarak kliniğimize interne edildi. Hasta başvuru sırasında furosemid 3*80 mg/gün oral kullanmakta idi. Hastanın kalp tepe atımı 129/dk, kan basıncı 105/75 mmHg, sPO2 oda havasında %94 olarak saptandı. Fizik muayenede hastanın bilinci açık, koopere oryante idi. Solunum sistemi muayenesinde bilateral yaygın krepitan ral ve batında yaygın matite ve sakral ödem saptandı. Pretibial ödem her iki tibia ön yüzde pozitif (+++/+++) saptandı. Ek olarak, bilateral alt ekstremitte ön yüzde kanamalı ve ülsere staz dermatiti saptandı. Hastanın yapılan tetkiklerinde kreatinin: 2.48 mg/dl üre:160 mg/dl, beyaz küre:6300/mL hemoglobin: 7.5g/dl, platelet:183.000 INR:2.15 aPTT:36.4 sn ve elektrolit değerleri ile venöz kan gazı değerleri normal olarak görüldü. Hastada, akciğer grafisinde bilateral kostovertebral sinüsler künt olarak görüldü. Ekokardiyografide EF %20, her iki atriumda ileri derece genişleme, orta-ileri pulmoner yetmezlik saptandı. Toraks tomografisinde aktif parankimal lezyon olmadığı ve bilateral plevral efüzyon görünümü mevcut olarak saptandı. Başlangıçta 110 kg olarak ölçülen ve pro-BNP>30.000 saptanan hasta için sıvı kısıtlaması ve yoğun diüretik tedavi (furosemid 480 mg/gün ve spironolakton 25 mg/gün) planlandı.

Albümin değeri normal saptanan ve üç hafta süresince yoğun diüretik ile izlenen hastanın tedavisine furosemid ile yeterli volüm kontrolü sağlanamaması üzerine mevcut tedaviye 5 mg/gün torsemid eklendi. Takibinde hastanın diürezinin arttığı ve metabolik parametrelerinin de negatif yönde etkilenmediği izlendi. İki hafta süren kombinasyon diüretik tedavisi ile varolan hipervolemi bulguları ve vücut ağırlığı 110 kg'dan 84 kg'a kadar geriledi. Yoğun diüretik tedavisi sonu-

cu progrese olan kreatinin değerinin hastanın volüm kontrolü sağlandıkça bazal değerine gerilediği görüldü. Sonuç: Her ikisi de aynı grupta bulunan loop diüretifi olan furosemid ve torsemid'in birlikte kullanımını bugün için çalışmalarla güvenilirliği yönünde kanıtları bulunmakla birlikte henüz kılavuz önerisi dahilinde değildir. Seçilmiş vakalarda kontrollü olarak kullanımına örnek olabilecek vakamızı bu nedenle sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: kronik böbrek yetmezliği, furosemid, torsemid, loop diüretifi, hipervolemi

[PS-15]

Başlangıçta Akut Pankreatit İle Karışan Bir Klinik Tablo: Dissemine Zona Zoster

Nazmi Çağrı Tekden¹, Hüseyin Özlokmacı¹, Çağlar Altıntaş¹, Funda Müşerref Türkmen¹, Zeynep Bozdağ¹, Süleyman Baş²

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Akut Pankreatit (AP) tanısı için aşağıdaki kriterlerin en az ikisinin mevcudiyeti gereklidir: Abdominal ağrı (AP için tipik olan akut başlayan, sırta da yayılan epigastrik tipte), normalin en az 3 katı üzerinde serum amilaz ve lipaz düzeyleri, Bilgisayarlı tomografi (BT) ve/veya magnetik rezonans görüntüleme AP için tipik bulgularının varlığı. Splenektomili ve otolog kök hücre nakilli, İdiopatik Trombositopenik Purpura (İTP) tanılı, tipik sırta vuran karın ağrısı ile başvuran, amilaz, lipaz değerleri normal olan olgumuza batın BT sonucu ile AP tanısı konuldu. Yatışının 2. günü ağrı tüm batına ve sırtta, omuzlar yayıldı, birlikte bu bölgelerde vesikopapüller döküntüler başlayan hasta Dissemine zona zoster (DZZ) olarak değerlendirildi. Klinik tablonun başlangıçta AP ile karışması nedeni ile yayınlanmaya uygun görüldü.

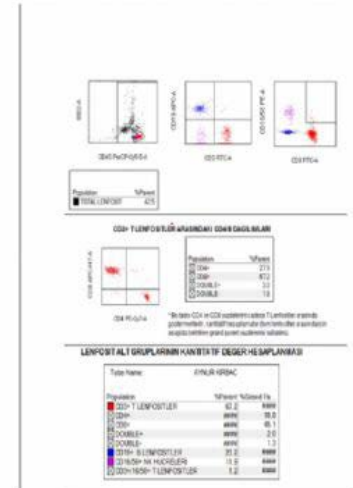
Olgu: Kirk beş yaşında kadın hasta iki gün önce başlayan sırta vuran epigastrik ağrı ile başvurdu. İTP tanılı hastaya splenektomi ve 24 ay önce otolog kök hücre nakli yapılmış. Alkol, ilaç, bitkisel ilaç kullanımı yok. Kan basıncı her iki üst ekstremiteden 130/85 mmHg, nabız 90 ritmik, ateş 36 C, solunum sayısı 18/dk, oda havasında oksijen saturasyonu %98, şuur açık koopere, genel durum orta. Fizik muayenede epigastrium derin palpasyonla hassas, batın sol hipokondrium bölgesinde operasyon sikatrişi mevcut. Laboratuvar parametreleri Tablo-1'dedir. Batın ultrasonografisi ve MR-CP normal. Toraks ve tüm batın BT'de paraaortik alanlar özellikle pankreas seviyesinde anteriora doğru hafif kirlidir. Bulgular inflamatuvar-enfeksiyöz patolojilere sekonder gelişmiş olabilir. Bu düzeyde milimetrik lenf nodları izlendi. Bu hali ile olgu başlangıçta Revize Atlanta kriterlerine göre morfolojik olarak "intersitsiyel ödematöz pankreatit ve Ranson kriterlerine göre hafif AP olarak değerlendirildi; oral alım kesilerek, parenteral sıvı-elektrolit desteği, analjezik tedavi verildi. Yatışının 2. günü ağrı tüm batına ve sırtta, omuzlar yayıldı,

birlikte bu bölgelerde vesikopapüller döküntüler başladı (Resim-1). Varicella Zoster, Varicella Zoster IgG, IgM pozitif saptandı. Lenfosit alt grup çalışması Resim-1'de değerlendirildi. Dermatoloji ile birlikte olgu, Dissemine zona zoster (DZZ) olarak değerlendirildi. Orali açıldı, asiklovir 500 mg 2x 1 İV başlandı, ağrı ve cilt lezyonları süratle geriledi, hematoloji kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: VZV posttransplant dönemde ciddi infeksiyon ve komplikasyonlara yol açabilmektedir. VZV sıklığı otolog ve allojeneik kök hücre alıcılarında benzerlik gösterir. Atipik karın ağrısı nedeni ile başlangıçta tipik cilt döküntüleri olmadan önce VZZ, AP ile karışabilir, ayırıcı tanı da özellikle immünsüpressif tedavi alan ve/veya kök hücre nakilli hastalarda dikkatli bir ağrı anamnezi almak faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Dissemine Zona Zoster, İTP, splenektomi

Olgunun cilt lezyonları ve lenfosit alt grup çalışması



Olgunun laboratuvar parametreleri

25- Hidroksi Vitamin D (µg/L)	10,1	Total IgE (g/L)	270
Üre (mg/dl)	16,5	INR	1,09
Kreatinin (mg/dl)	0,65	APTT (sn)	26,7
ALT (U/L)	78	CRP (mg/L)	63,95
AST (U/L)	61	Anti-HCV	Negatif
ALP (U/L)	125	Anti-HIV	Negatif
GGT (U/L)	110	HbsAg	Negatif
Amilaz (U/L)	49	HbeAg	Negatif
Lipaz (U/L)	57,1	Delta antikoru	Negatif
Sodyum (mmol/L)	130	HCV-PCR	Negatif
Potasyum (mmol/L)	3,94	Kan Kültürü	Negatif
Magnezyum (mg/dl)	1,95	Herpes Simpleks Tip 1 IgM	Negatif
TSH (mIU/L)	1,06	Herpes Simpleks Tip 1 IgG	Negatif
Serbest T3 (ng/ml)	2,28	Herpes Simpleks Tip 2 IgG	Negatif
Lökosit (103/mm3)	7,88	Herpes Simpleks Tip 2 IgM	Negatif
Nötrofil (103/mm3)	4,49	VZV IgM	106,2 (Pozitif)
Lenfosit (103/mm3)	2,66	VZV IgG	41000 (Pozitif)
Hemoglobin (gr/dl)	11,5	Anti-CMV IgM	Negatif
Trombosit (103/mm3)	415	Anti-CMV IgG	408 Pozitif
IgA (g/L)	1,44	Anti-Rubella IgM	Nonreaktif
IgD (g/L)	12,8	Anti- Rubella IgG	Negatif
IgG (g/L)	20,29	Anti-Toxoplasma IgG	Nonreaktif
IgM (g/L)	1,09		

[PS-16]

Topikal krem kullanımı sonrası yaygın cilt döküntüleriyle seyir eden ilaç alerjisine yaklaşım

Neval Aksoy, Şengül Aydın Yoldemir, Ömür Tabak, Murat Akarsu

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Klinik pratikte kullanılan birçok terapötik ajanın sistemik ve lokal kullanımı sonrası bazı yan etkiler görülmektedir. Bu yan etkiler arasında en sık ve en çeşitli olanı cilt reaksiyonlarıdır. Cilt reaksiyonları çoğunlukla lokal olmakla birlikte bazı olgularda çok şiddetli ve hayatı tehdit edici yaygın tutulum gösterebilir.

Olgu: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan hasta, acil ünitemize 2 gün önce başlayan vücutta yaygın kızarıklık ve döküntü şikayeti ile başvurdu. Alınan anamnezinde yakın zamanda herhangi bir girişimsel işlem yapılmadığı, çalışma ortamında bildiği herhangi bir kimyasala maruz kalmadığını bildirdi. Hastanın kullandığı ilaçlar sorgulandığında B12 vitamin eksikliği nedeniyle verilen siyanokobalamin ampul intramüsküler 1*1 ayda bir kullandığı ve daha önceki kullanımında herhangi bir allerjik reaksiyon gelişmediğini belirtti. Bir gün önce miyalji tanısıyla ibuprofen içeren lokal pomad kullanmaya başlamış.

Hasta lokal etkili ibuprofeni daha önce hiç kullanmadığını ve ciltteki döküntülerinin bu pomadı kullandıktan sonra meydana geldiğini belirtiyor.

Hastanın vital bulguları: TA:120/80 mmhg Nabız: 80 vuru/dk, Ateş: 36,5 °C, Solunum sayısı: 20/dk, SPO2:96 % Hemogram: WBC: 9.6 10³/µL, Htc: 35.8%, Hb: 11.8 g/dL, MCV: 90.5 fL, PLT: 141 10³/µL, ESH:8, CRP: 83 mg/dl, Procalsitonin inaktif, Glukoz: 226 mg/dl, Üre: 44.8 mg/dL, Kreatinin: 0.8 mg/dL, AST: 37 U/L, ALT: 34 U/L, NA: 132 mmol/L, K: 4.2 mmol/L, Fe: 52 µg/dL, TDBK: 251 µg/dL, Vit B12: 968 ng/L, Folikasit: 6.5 µg/L, TSH: 6.5 mIU/L, A1c: 5.5, D vit: 3.9 µg/L; Kan gazında PH: 7.38, PCO2: 35, HCO3: 22, Kızamık IG G: 1667.63 POZITIF IU/L; IG M: 0.06 NEGATİF, RUBELLA IG G: 85.2 Pozitif(+) IU/MI IGM 0.274 Negatif(-), CMV IG M: 0.243 Negatif (-), IG G: 405 Pozitif(+), Serolojik testler Negatif, ANA Negatif (-) bulundu. Fizik muayenesinde vücudunu yaygın bir şekilde kaplayan makülopapüler döküntüleri mevcuttu.

Yüzeysel USG: Bilateral inguinal bölgede en büyüğü sol da 38x9 mm boyutta ölçülen, yağlı hilusları izlenen çok sayıda lenfadenomegali izlendi. Dermatoloji bölümümüzden konsültasyon istendi. İlaç reaksiyonuna bağlı döküntü olduğu düşünülerek kendisine steroid tedavisine başlanması planlandı.

Tedavi sonrası lezyonları ve CRP değeri gerileyen hastanın taburculuğu planlanarak cildiye poliklinik takibi önerildi.

Sonuç: Nadirde olsa topikal ilaç kullanımına bağlı ciddi cilt reaksiyonları olabileceği akıld tutulmalı, tüm ilaç reaksiyonlarında olduğu gibi oluşabilecek komplikasyonlara karşı hasta önceden bilgilendirilmelidir. Oluşan yaygın cilt reaksiyonlarında yakın izlem ve uygun tedavi planlanarak hastanın remisyonu en kısa sürede sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İbuprofen, döküntü, allerji

Tedavi Öncesi ve Sonrası



[PS-17]

Meme Kanseri Tanısına Giden Yol, Mideden Mi Geçer?

Sevde Nur Erbay¹, Mehmet Çetin¹, Bilgehan Yüzbaşıoğlu²

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: Meme kanseri, dünyada ve Türkiye’de kadınlarda en sık görülen ve en sık ölüm nedeni olan kanserdir. Meme kanseri genellikle akciğer, kemik ve karaciğere metastaz yapar. Biz, bu olgumuzda, malignite tetkik amaçlı interne ettiğimiz hastaya yapılan gastroskopi marifeti ile elde edilen biyopsi sonucunda mideye metastaz yapmış meme kanseri tanısı koyduğumuz vakayı sunmayı amaçladık.

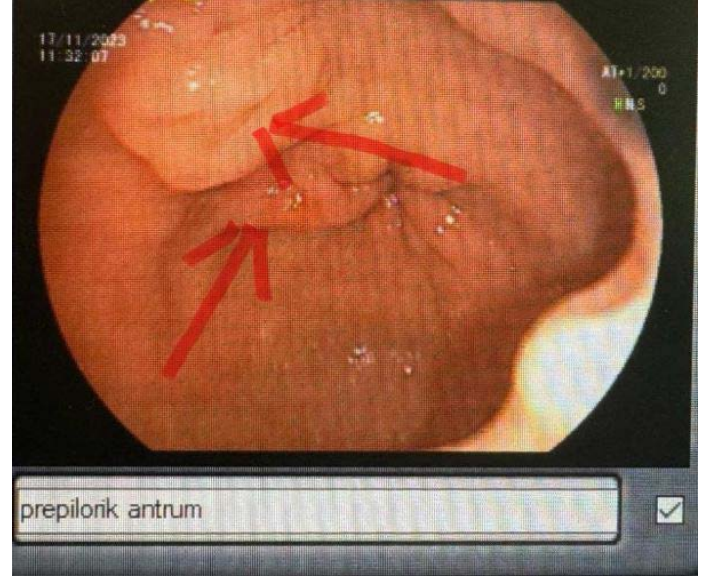
Olgu: 49 yaşında kadın, bilinen atriyal fibrilasyon öykülü hasta, birkaç aydır süregelen kilo kaybı, karında şişlik ve kabızlık şikayetinin son 5 gündür artması üzerine acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde, genel durumu orta, bilinç açık, koopere-oryante, TA:110/60 Nabız:87/dk SS:16/dk Ateş:36,7 SPO2:98(OH), batın distandü, açıklığı yukarı bakan matite saptandı. Acil serviste değerlendirilen hastanın laboratuvar sonuçlarında Wbc:12.57 bin Hgb:10.8 Mcv:80 Plt:181bin, INR:1.4 Glukoz:174 Üre:76 Kreat:0.97 Ast:42 Alt:45 Crp:88 Elisa: Negatif olarak sonuçlandı. Yapılan kesitsel görüntülemelerde, mide belirgin distandü, perihepatik, perisplenik ve pelvik bölgede barsak ansları arasında assit ile uyumlu yaygın serbest sıvı artışı ve omental kalınlaşma saptandı. Bu doğrultuda, hasta malignite tetkik amaçlı İç Hastalıkları Kliniğine interne edildi. Servis takiplerinde defekasyonu olmayan ve medikal tedaviye rağmen dirençli kusma şikayeti devam eden hastaya gastroskopi yapıldı. Antrum prepilorik bölgede küçük kruvaturda ve pilor kanalı proksimalinde, mukoza lümenine protrüde şekilde katlantılı, hipertrofik, ödemli, düzensiz izlendi, buradan biyopsiler alındı (Resim-1). Öte yandan, kalınlaşma gösteren omental bölgeden ve periton sıvısından da biyopsi alındı. Sitomorfolojik bulgular peritonitis karsinomatoza şeklinde geldi, malign hücrelerde östrojen ve progesteron reseptör pozitifliği ile Gata-3 ve müsin varlığı izlendi. Gastroskopi biyopsi sonucunda, östrojen reseptörü ile; % 90-95 orta-kuvvetli boyanma gösteren karsinom infiltrasyonu, meme kanserini metastazı yönünde sonuçlandı. Bu gelişmeden sonra, mammografi ve meme usg yapıldı, sol memede 1.5 cm çapında düzensiz sınırlı kitle görüldü ve buradan biyopsi alındı, sonucunda memenin duktal adenokarsinomu ile uyumlu geldi. Tüm vücut Pet-Bt’de, sol memede belirgin artmış Suv indeksi görüldü, mide duvarında ve peritonda orta derecede artmış Suv indeksi ve kemik metastazları görüldü. Hastaya metastatik meme kanseri tanısı konuldu, inoperabil kabul edilip, palyatif kemoterapi planlanması üzerine tıbbi onkolojiye yönlendirildi.

Tartışma: Meme kanseri tüm vücuda yayılabilen sistemik bir hastalık olup bizim vakamızın sıradışı olmasının sebebi geç ortaya çıkması beklenen mide metastazı gibi nadir bir tutulumun, hastanın aktif gastrointestinal şikayetleri nedeni ile yapılan endoskopik biyopsi sonrası primer meme kanseri tanısı koymamızdır. Spontan kilo kay-

bı, ateş, gece terlemesi, dirençli bulantı-kusma vb. gibi alarm semptomları olan, malignite tetkik amaçlı interne edilen kadın hastalarda her zaman meme kanseri ayırıcı tanıda düşünölmeli, hastaların meme muayenesi yapılmalı ve özellikle 40-69 yaş arası grupta mammografi ve meme usg planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Assit, endoskopi, metastatik meme kanseri, omental kek, peritoneal karsinomatozis

Resim-1: Kırmızı oklar ile gösterilen, midenin antrum prepilorik bölgesinden biyopsiler alındı.



[PS-18]

Çeşitli bulguları ile kafa karıştırıcı bir HIV olgusu

Gökçe Avşar¹, Ali Tuna Çakıcı¹, Pınar Yıldız², Melisa Şahin Tekin²

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı

Acquired Immune Deficiency Syndrome/Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (AIDS) etkeni olan Human Immunodeficiency Virus/İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü (HIV) 1983 yılında izole edilmiştir. HIV cinsel ilişki, aneden bebeğe vertikal geçiş, ortak enjektör kullanımı, kan transfüzyonu gibi çeşitli yollarla bulaşabilir. HIV insan vücudunda CD4 T lenfositleri hedef olarak vücudun bağışıklık sistemine zarar verir ve vücudu diğer enfeksiyonlara karşı savunmasız hale getirir. HIV enfeksiyonu asemptomatik taşıyıcılıktan hayatı tehdit eden fırsatçı enfeksiyonlara kadar geniş bir spektrumda karşımıza gelebilmektedir. Hastalığın klinik seyri çeşitli dönemler-

de incelenmektedir. Özellikle başlangıç aşamasında ateş, boğaz ağrısı, ishal, iştahsızlık gibi spesifik olmayan semptomlar görülebilirken CD4 T lenfosit sayısı azaldıkça Candida enfeksiyonu, Kaposi sarkomu gibi daha ciddi tablolar ortaya çıkabilmektedir. HIV vücudun her organını, her sistemini etkileyebilir. Enfeksiyonun doğal seyirindeki bu çeşitlilik özellikle hastalığın ilk evrelerinde tanı koymakta biz hekimler için zorlayıcı bir tabloya dönüşmektedir. Biz olgumuzda Genel Cerrahi kliniğinden tarafımıza KCFT yüksekliği ve trombositopeni sebebiyle yönlendirilen, şikayetlerinde şiddetli bulantı ve kusma tarifleyen, fizik muayenesinde hepatomegali ve splenomegali saptanan, laboratuvar tetkiklerinde KCFT yüksekliği yanında bisitopenisi ve ferritin yüksekliği bulunan, görüntülemelerinde yaygın lenfadenopatileri saptanan 43 yaşında erkek bir HIV vakasını sunduk. HIV bir çok klinik tablo ile karşımıza gelme ihtimali olan bir hastalık olduğu için hastamız süreç zarfında öncelikle bulantı kusma sebebiyle daha sonra hepatosplenomegali sebebiyle araştırılmış ancak herhangi bir sonuca varılmamış. Özellikle biz klinisyenler HIV'in toplumda düşündüğümüzden daha yaygın görüldüğünü unutmamalıyız ve hastalıklarımızda ayırıcı tanıya giderken mutlaka aklımızın bir köşesinde bulundurmamız gerekir. Tanıya ulaşamadığımız hastalarda anamnezimizi derinleştirerek tekrar olası klinik tanıları gözden geçirmeliyiz.

Anahtar Kelimeler: Hepatomegali, HIV, İshal, Splenomegali

Fungal özofajit



Hastamıza yapılan üst gis endoskopide saptanan fungal özofajit

[PS-19]

Denosumaba bağlı dirençli hipokalsemi: olgu sunumu

Aslıhan Çalım, Sultan Oranlı, Çiğdem Ersoy

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Denosumab sıklıkla ileri prostat kanseri olan erkeklerde iskeletle ilgili olayları önlemek için kullanılan monoklonal antikordur. Şiddetli hipokalsemi denosumabın nadir ve tehlikeli bir yan etkisidir. Tek doz denosumab uygulandıktan sonra şiddetli hipokalsemi gelişen metastatik prostat kanserli bir hastayı sunmak istedik.

Olgu: 68 yaş, erkek hasta, daha önceden bilinen kronik dahili hastalığı bulunmayıp 3 aydır yaygın kemik ağrısı ile tetkik edilirken PSA:375 saptandı. Çekilen PSMA PET-CT de prostatta artmış tutulum, multiple kemik metastazi saptandı. Trucut prostat biopside adenokanser saptandı. Metastatik prostat kanseri tanısıyla medikal onkoloji tarafından 1 ay kadar önce triple tedavi enzalutamid, denosumab ve leuprorelin uygulandı. Acil servise el ve ayaklarda uyuşma, kasılma şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede tansiyon:110/70 mmhg, nabız:72/dk, ateş:36.7 derece saptandı. Sistem muayeneleri doğal idi. Hasta servisimize yatırıldığında acil serviste kalsiyum replasmanı aldığı için yapılan fizik muayenede chvostek ve trousseau bulguları saptanmadı. Ekgde QTC:524 msn saptandı. Acile başvurduğunda yapılan kan tetkiklerinde kreatinin:0.79 mg/dl, albumin:27.3g/L, kalsiyum:3.40mg/dl, fosfor:1.64mg/dl, magnezyum:1.2mg/dl, kan gazında iyonize kalsiyum:0.67 mmol/L saptandı. Yatışından sonra bakılan tetkiklerinde 25(OH)D vitamini:<4.5 g/L, PTH:439.2ng/L, Hb:8.9g/L saptandı. Hastaya intravenöz kalsiyum replasmanı başlandı. Tekrarlanan intravenöz kalsiyum replasmanları nedeniyle hastaneye yatırılması gerekti ve 14 gün boyunca intravenöz kalsiyum infüzyonu uygulandı. Oral kalsiyum, d vitamini ve magnezyum takviyesi verildi. Düzeltilmiş kalsiyum:7.5 olarak saptandı. Hastanın el ve ayaklarda uyuşma ve kasılma şikayeti geriledi. Hasta poliklinik kontrolü önerisi ile taburcu edildi.

Denosumab normal böbrek fonksiyonu olanlarda yeterli miktarda kalsiyum ve D vitamini takviyesi ile birlikte verildiğinde, hipokalsemi tipik bir yanetki olarak beklenmemektedir. Ayrıca renal yetersizliği olanlarda hipokalsemi riski göz önünde tutulmalıdır. Hastamızda renal fonksiyonu normal idi, D vitamini düşüklüğünün hipokalsemi gelişimine katkıda bulunduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç: Denosumab tedavisi sonrası hipokalsemi normal renal fonksiyonu olan hastalarda da görülebilmektedir. Denosumab tedavisi öncesi 25(OH)D vitamininin düşük düzeylerinin normale getirilmesi ve denosumab tedavisi sonrasında hipokalsemi açısından takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: denosumab, hipokalsemi, prostat kanseri

[PS-20]

Behçet'ler de Kanar, Hem de Nasıl Kanar

Mustafa Sever, Mehmet Çetin

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Behçet hastalığı (BH), tekrarlayan oral aftlar, genital ülserler, deri lezyonları, üveit, eklem tutulumu ve vasküler lezyonlarla karakterize multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır. BH'de santral sinir sistemi, genitoüriner sistem ve nadiren de olsa gastrointestinal sistem tutulumları görülebilmektedir. Biz bu olgumuzda, kliniğimize gastrointestinal kanama sebebi ile başvuran Behçet hastasının yönetimini sunmayı amaçladık.

Olgu: 39 yaş kadın, bilinen 10 yıldır Behçet Hastalığı olan hasta, 3 gün önce aniden başlayan ve günde 3-4 kez tekrarlayan sulu ishal vafında, parlak kırmızı kanlı dışkılama şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde, genel durumu orta, bilinç açık, koopere-oryante, TA:90/60 Nabız:112/dk SS:16/dk Ateş:36,7 SPo2:98(OH), batin muayenesinde ılımlı hassasiyet mevcut, rektal tuşesi hematokezya ile uyumlu idi. Acil serviste değerlendirilen hastanın laboratuvar sonuçlarında Wbc:15,57 bin Hgb:8,8 Mcv:82,5 Plt:151bin, INR:1,2 Glukoz:154 Üre:56 Kreat:0,57 Ast:12 Alt:25 Crp:48 Elisa: Negatif olarak sonuçlandı. Yapılan kesitsel görüntülemelerde patoloji saptanmadı. Hasta, gis kanama ön tanısı ile kliniğimize interne edildi. Orali kapatılan ve gis kanama tedavi protokolü uygulanan hastanın hemodinamisi stabil olunca, gastroskopi ve kolonoskopi planlandı. Gastroskopi, koagulum ve yakın zamanda kanamış olabilecek bir lezyon görülmedi; kolonoskopi, tüm kolonda koagulum ve beklemiş kan mevcuttu, terminal ileuma kadar girildi, 15 cm kadar ilerlendi, ileumda taze kan mevcuttu. Aktif kanama odağı bu bölgede görülmedi, geriye doğru yapılan incelemede çekum tabanı, ileoçekal valf, çıkan kolon, transvers kolon, inen kolon, sigmoid kolon ve rektumda bol miktarda koagulum ve beklemiş kan mevcuttu. Bu doğrultuda, kanama odağı olarak ön planda ince barsaklar düşünüldü. Akut kanamayı saptamak için ince barsak eritrosit sintigrafisi yapıldı, burada da aktif kanama odağı görülmedi. Servis takiplerinde sıvı ve eritrosit süspanasyonu tedavisi ile hemogram düşüşü gözlenmedi. Özgeçmişinde Behçet hastalığı ve bu hastalığa yönelik kolşisin ile azatioprin tedavisi alan hastanın, kanama sebebinin Behçet hastalığının ince barsak tutulumu olduğu düşünüldü. Kontrol altında olmayan Behçet Hastalığının tedavi rejim değişikliği adına Romatoloji Kliniği'ne danışıldı ve hastaya Adalimumab tedavisi başlandı. Salah ile taburcu edilen hastanın kontrollerinde Hbg:13'e yükseldi ve takiplerinde herhangi bir kanaması olmadı.

Tartışma: Behçet Hastalığı multisistemik bir hastalıktır ve bu hastalıkta nadir de olsa gastrointestinal sistemin de tutulum gösterebileceği akılda tutulmalıdır (Tablo 1). Özgeçmişinde bu hastalığa sahip olan hastalarda görülen gastrointestinal kanamalar, tedavi ile kontrol altında olmayan Behçet Hastalığı olarak kabul edilebilir. Behçet Hastalığı için verilen, kolşisin, kortizol veya azatioprin tedavisi altında şikayetleri nükseden hastalar için otozomal monoantikorlar tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, gastrointestinal kanama, immunsupresif tedavi, kolşisin

[PS-21]

İmmunoterapi sonrası gelişen otoimmün hepatit

Ali Şükrü Şahin¹, Ersin Akıncı², Selda Çakın Ünnü², Sema Basat²

¹SBÜ İstanbul Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul

²SBÜ İstanbul Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: İmmün checkpoint inhibitörleri kanser tedavisinde kullanılan ve kullanımı gün geçtikçe artan ilaçlardır. Melanom, renal hücreli karsinom, küçük hücreli dışı akciğer kanseri ve diğer bazı tümör tiplerinin tedavisinde kullanılmaktadır. Klinik kullanımlarının artmasıyla, toksisitelerinin görülme sıklığı da artış göstermiştir. Bu ilaçlarla hemen her organa ait immün ilişkili yan etkiler bildirilmiştir. Hepatit, kolit, pnömoni, döküntü, tirodit, hipofizit en sık görülenlerdir. İmmün ilişkili yan etkiler genelde hafif-orta şiddette olup sıklığı %90'ının üzerinde bildirilmiştir. Biz de nivalumab ve ipilimumab kullanan hastamızda görülen otoimmün hepatit ve tirodit vakasını sunduk.

Anahtar Kelimeler: İmmün checkpoint inhibitörleri, kanser immünoterapi, otoimmün hepatit, otoimmün tirodit

Vaka: Malign melanom tanılı 48 yaşında erkek hasta acil servise halsizlik, ateşlenme hissi ile başvurdu. 2 kür nivolumab ve ipilimumab tedavisi aldığı öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde vitalleri stabil solunum sistemi, kardiyovasküler sistem ve batin muayesi olagandı. Yapılan tetkiklerde AST:260 U/L, ALT:911 U/L saptandı. Albumin, ALP,GGT, direkt ve indirekt bilirubin, INR değeri, viral hepatit markerları, seruloplazmin, ferritin, BFT, elektrolit, AFR değerleri normaldi. TSH değeri baskılı, FT4, Anti-TPO yüksek saptandı. Batin görüntülemelerinde, tiroit sintigrafisi ve USG sinde patoloji saptanmadı. ANA, ASMA, LKM istendi. Hastada öncelikle malign melanom nedeni aldığı ilaçlara bağlı otoimmün hepatit ve tirodit düşünüldü. Parenteral hidrasyon, n-asetil sistein infüzyonu ve steroid tedavisi başlandı. Takibinde AST 50 U/L, ALT 230 U/L` ye geriledi. Steroid dozu azaltılarak, onkoloji poliklinik kontrolüne yönlendirildi.

Tartışma: Kanser immünoterapisi; özgüllüğü, uzun süreli etkileri ve iyileşmeye olan katkıları sayesinde, kanser tedavisindeki yerini sağlamlaştırmaya devam etmektedir. Tümörler, anti-tümör immün tepkilerini inhibe etmek için bağışıklık kontrol noktaları olarak da bilinen inhibitör reseptörleri kullanır. Birçok kişide immünbaskılamaya, Sitotoksik T-Lenfosit-İlişkili Antijen-4 (CTLA-4) ve Programlanmış Ölüm-1 (PD-1) reseptörleri aracılık eder. Bu ilaçların kullanımında tedavi esnasında veya tedaviden sonra herhangi bir zamanda otoimmün reaksiyonlar meydana gelebilir. Şüpheli immün ilişkili advers reaksiyonlar için, etiyojolojiyi doğrulamak ve diğer nedenleri dışlamak için uygun değerlendirmeler yapılmalıdır. Bu reaksiyonların şiddetine göre immünoterapi ilaçları kesilmesi ve kortikosteroid uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: immünoterapi, otoimmün hepatit, tirodit

[PS-22]

Atipik Prezantasyonlu Multipl Myelom Vakası

Abdüssamet Erarslan, Ersin Akıncı, Servet Emir, Sema Basat

SBÜ İstanbul Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: MEN-1 paratiroid, anterior hipofiz ve gastroen- tero- pankreatik nöroendokrin dokuların hiperplastik ve neoplas- tik bozukluğu ile karakterizedir. Plazma hücrelerinin hasta- lığı olan myelom hiperkalsemi, böbrek yetmezliği, anemi, kemikte litik lezyonlar, kemik iliğinde % 60'ın üzerinde klonal plazma hücre varlığı, serbest hafif zincir oranının (FLC) 100'ün üzerinde olması ve tüm vücut MR'da birden fazla 5 mm'den büyük lezyon varlığı ile seyredebilir. MEN endokrin ve nöroendokrin dokularda fonksiyonel veya nonfonksiyonel, benign yada malign tümörlerin oluşumu ile karakterize bir grup hastalığa verilen addır. MEN-1 paratiroid, anterior hipofiz ve gastroenteropankreatik nöroendokrin dokuları etkiler. Hiperparatiroidi, MEN-1'in en sık görülen (%90) ve genellikle ilk ortaya çıkan komponentidir.

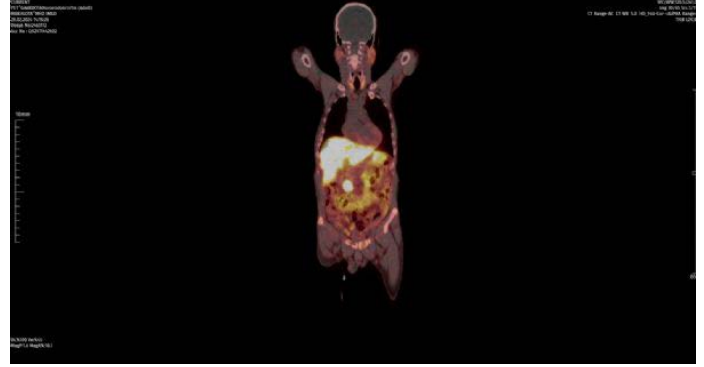
Olgu: 56 yaşında kby tanılı kusma ile gelen hasta servi- simize pankreatit nedeniyle yatırıldı. Fizik muayenesinde boyunda sağda yutkunmakla hareket etmeyen ele gelen kitle bacaklarda 2+ptö dışında anlamlı bir bulgu yoktu. Tet- kiklerinde kreatin 3.77mg/dL, albumin 34.2g/L, kalsiyum 10.64mg/dl, lipaz 553U/L, wbc 12.49(10³/uL) hb 6.9(g/ dl) plt 285(10³/uL) saptandı. Batın görüntülemelerinde kemiklerde litik lezyonlar ile pankreas başında 25X14mm inferior 11X7mm, korpusta 10x7mm ve kuyruk düzeyin- de 5mm çaplı diffüzyon kısıtlayan odaklar (NET?) saptandı. 2021 yılındaki mide fundik gland polip biyopsisinde nöro- endokrin displazi ve MEN şüpheli olarak raporlanan hasta- ya gastroskopi yapıldı ve Antrumda iki adet ortası deprese ve beyaz eksüdalı 5-6mm'lik ülserler görüldü. Tüm korpus polipoid görünümde olup sert, frajildi. Alınan biyopsisi iyi diferansiye nöroendokrin tümör olarak geldi. sg ile tiroid glandında nodül saptanan ve pth 831pg/ml olan hastaya yapılan paratiroid sintigrafisi paratiroid adenomu ile uyumlu geldi. Hipofiz mr'da Hipofiz glandı yoğun içerikli, hafif dolgun ve asimetrik olarak raporlandı. Hiperkalsemi anemi ve kreatin yüksekliği olan hastadan istenen İdrar immün- fiksasyon elektroforezinde kappa bandı gözlenmesi üzerine hematoloji ile görüşülerek kemik iliği yapıldı. Kemik iliği bi- yopsisinde CD38 ve CD138 %30 oranında dağınık plazma hücresinde immunreaktivite ile %96 oranında kappa'da %4 oranında lamda'da boyanma izlenen hastaya multipl mye- lom tanısı konuldu. Hiperparatiroidi ve gastrinoma birlikte- liği olması üzerine Galyum dota PET çekildi. PET sonucunda mide korpusta 1 cm çapında sınırları net ayırt edilemeyen/ pankreasta kuyruk düzeyinde subsantimentrik/ tiroid glandı sağ lobunda (paratiroid adenomu?) somatostatin reseptör 2 aktivitesi gösteren lezyonlar ve kemikte litik lezyonlar saptanan hastaya MEN sendromu tanısı koyuldu. Myelom tanısı ile tedavi başlanan hiperkalsemisi ve kreatinini geri- leyen hasta myelom için hematoloji MEN için endokrinoloji polikliniğe bağlanarak taburcu edildi.

Sonuç: Bizim hastamızda pituitar paratiroid mide ve pankreas tutulumu MEN-1 sendromu düşündürmektedir. Hastamızda hiperkalsemi ön planda hiperparatiroidiyi dü- şündürmekle birlikte litik lezyonların olması ve böbrek yet-

mezliğinin eşlik etmesi myelomu düşündürdü. Hiperkalsemi ve böbrek yetmezliği olan hastalarda myelom tanısı unu- tılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: MEN-1, myelom, litik lezyon, hiper- kalsemi, pankreatit

PET görüntüsü



MEN-1 şüphesiyle hastanın çekilen galyum dota PET-CT görüntüsü

[PS-23]

Sistemik Lupus Eritematozus Hastasında Soğuk Tip Otoimmün Hemolitik Anemi

Kadriye Başmak, Zeynep Karaali

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

Giriş: Otoimmün hemolitik anemi; hastanın kendi eritrositlerine karşı antikor üretmesi sonucunda, eritrositlerin parçalanması ve anemi ile karakterize bir hastalıktır. İm- mün hemolitik anemide eritrosit membranına antikorların veya kompleman komponentlerinin bağlanması sonucu eritrosit yıkımı meydana gelir. Sıcak tip OHA, Soğuk tip OHA ve Paroksizmal Soğuk Hemoglobinüri olarak sınıflan- dırılır. İdiyopatik olabileceği gibi bazı lenfoproliferatif hasta- lıklar, kollajen doku hastalıkları, enfeksiyonlar ve ilaçlara bağlı da görülebilir. Bu yazımızda SLE ile ilişkili bir Soğuk Tip OHA bir olgumuzu sunduk.

Olgu: 18 yaşında kadın hasta; bir kaç gündür olan halsizlik, eşlik eden sarılık ve baş ağrısı şikayeti ile acil servise baş- vuruyor. Vitalleri stabil olan ve fizik muayenede inspeksiyon ile ikterik görünümde olan hasta; laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 3.8 g/dl, hematokrit 4.2, indirekt hakimiyetin- de hiperbilirubinemi ve LDH yüksekliği görülmesi üzerine ön planda hemoliz düşünülerek ileri tetkik ve tedavi için servise interne edildi. Hastanın servis takiplerinde gönderi- len Direkt Coombs: +4 pozitif, İndirekt coombs: pozitif, hap- toglobulin < 8 olarak saptandı. Hastada otoimmün hemoli- tik anemi düşünülerek prednol tedavisi başlandı. Hgb-hct uyumsuzluğu olan hastada soğuk tip oha ön tanısı ve etyo- lojiye yönelik; Komplemanlı Direkt Coombs, Kriyoglobülin, soğuk agglütinin, ANA ve ENA paneli, C3, C4, antifosfolipid antikorları, EBV VCA IgM-IgG, Anti CMV IgM-IgG, Anti Hbc IgM-IgG, Sifiliz antikorları gönderildi. Hastanın eş zaman- lı periferik yaymasında patolojik olarak çok hafif eritrosit

agglütinasyonu görüldü. Hastada steroide ek olarak plazmaferez tedavisine başlandı. Lenfoma'yı dışlamak amaçlı kontrastlı tüm vücut BT çekildi, ek özellik saptanmadı. Sonuçlanan tetkiklerde; Soğuk agglütininler pozitif (1/4 titre), D.coombs IGG +4 Pozitif, D.coombs c3d +4 Pozitif, D.coombs AHG +4 Pozitif görüldü. Viral markerları negatif olan hastanın romatolojik tetkiklerinde; ANA:1/10.000 Homojen-1/10.000 Benekli pozitif, Anti-DS DNA:+ (25.9), C3:1.01 (N), C4:0.02 (L), Lupus antikogulan tarama:58.7,- Lupus antikogulan doğrulama:35.9 LA1/LA2:1.65, Anti kardiyolipin antikorları negatif, B2 Glikoprotein negatif sonuçlandı. SLE hematolojik tutulum olarak değerlendirildi. Romatoloji ve hematoloji ortak görüşü ile soğuk aglutinin ilişkili hemolitik anemi tanısı alan hastaya Ritüksimab tedavi planı (375 mg/m²/gün --- haftada bir toplam 4 doz) yapıldı. İlk doz ritüksimab tedavisi sonrası hasta hematoloji poliklinik randevusu ile taburcu edildi.

Sonuç: Soğuk tip otoimmün hemolitik anemi nedenleri arasında sıklıkla M. pneumoniae, EBV, B hücreli lösemi, KLL, Waldenström makroglobulinemisi yer almaktadır. SLE genellikle sıcak tip otoimmün hemolitik anemiye eşlik etse de soğuk tip otoimmün hemolitik anemi ile de görülebilmektedir. Tedavide soğuktan kaçınma, immün supresif tedavi ve plazmaferez bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: hemolitik anemi, Sistemik Lupus Eritematozus, Soğuk Tip Otoimmün Hemolitik Anemi

[PS-24]

Direkt bilirubin hakimiyeti ile başvuran bir behçet olgusu

Berat Civan Köroğlu, İbrahim Yasin Büyükavcı, Kübra Habir, Sema Basat

SBÜ İstanbul Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Behçet Hastalığı, tekrarlayan oral aftöz ülserler, genital ülserler, cilt lezyonları, göz tutulumu ve diğer sistem tutulumları (vaskülit, GİS, nörolojik) ile karakterize, etyolojisi tam olarak bilinmeyen sistemik inflamatuvar bir vaskülitir. Tüm çaplardaki damarları, hem arteriyel hem venöz sistemi tutabilir. Bizim vakamızda komplikasyonlarıyla bir behçet hastalığını inceleyeceğiz.

Olgu: Bilinen Siroz (Budd-chiari sekonder 5 senedir) ve behçet hastalığı tanıları olan 61 yaşında erkek hasta acil servise sarılık ve bilinç bulanıklığı nedeniyle başvurmuş. GKS:12 ve hipotansif olan hastanın skleraları ikterikti. Ağzı için yaygın aftöz lezyonları ve genital skarları mevcuttu. Batın muayenesinde caput medusa görünümü mevcuttu. Traube kapalı, dalak kot altında 3 cm palpe ediliyordu. Bilateral alt ekstremitelerde krutlanmış ülserler ve +3 pretibial ödemli mevcuttu. Tetkiklerinde; kreatin:3.07(bazali 1.6), BUN:309, CRP:221, Prokalsitonin:8.9, Total Bilirubin:11.1, Direkt Bilirubin:10.2 Albümin: 2.1, KCFT normal, WBC:8,3 HGB:10.4, PLT:39 INR:1.37 Tam idrar tetkikinde RBC:2667 WBC:1508 Nitrit:+ Protein:+2 PH:7.36 PCO2:22 HCO3:15 Laktat:2.4 saptandı. Hastanın SOFA skoru 10'du. Beyin MR'ı ve EEG ile nöroloji tarafından değerlendirilen hastada SVO ve nörobeçet düşünülmedi. Hiperbilirubinemi için

çekilen MRCP'sinde: safra kesesinde en büyüğü 12 mm çapında kalküller ve yoğun sludge, boyun kısmında 6 mm duvar kalınlaşması ve kesenin proksimal ekstrahepatik safra yollarında hafif bası saptandı.(Mirizzi sendromu?). Genel cerrahi tarafından akut girişim düşünülmeyen hastaya sepsis düşünülerek seftriakson başlandı. Romatoloji tarafından 1*20mg metilprednisolon başlandı. ABH tablosundaki hastanın renal arter dopplerinde; böbrek boyutları normal, konturları lobule ve parankim ekojeniteleri parankimal hastalık ile uyumlu grade 1 artmış olup vasküler patoloji saptanmadı. Periferik ülserleri ve ödemi olan hastanın alt ekstremitelerde venöz ve arteriyel dopplerinde; sağ ana femoral ven, süperfişiyal femoral ven proksimali ve vena safena magna da subakut-kronik dönem tromboz bulguları izlendi. Sağ anterior tibialde bifazik akım paterni izlenmekteydi. Düşük doz enoksaparin tedavisi başlandı. Takiplerinde kan kültüründe metisiline dirençli stafilokokus aureus üremesi üzerine hastaya teikoplanin başlandı. 10 günlük tedavinin ardından AFR geriledi ve klinik iyileşme görüldü.

Tartışma: Olgumuz sepsis tanısı alan tüm komplikasyonları gelişmiş bir behçet sendromu olgusudur. Hiperbilirubinemi mevcut olan siroz hastalarında altta yatan neden mutlaka araştırılmalıdır. Bizim hastamızda direkt bilirubin hakimiyetinin olması ön planda parankimal hastalıktan ziyade obstrüktif patolojileri düşündürüyordu. Çekilen batın bt görüntüleri normal raporlanmasına rağmen MRCP'sinde mirizzi sendromu görüldü. Mevcut kanıtlar, behçet hastalığındaki trombozun patogenezinin hiperkoagülabilite durumuna bağlı olmadığını, daha çok inflamasyonun neden olduğu vasküler hasara veya intrinsik endotel disfonksiyonuna bağlı olduğunu göstermektedir. Behçet hastalığında primer tromboz profilaksisi önerilmez. Ancak tromboz geliştikten sonra antikoagülasyon önerilir. Buradaki kontrendikasyonlar özellikle pulmoner arter anevrizması, abdominal ve iliak arter anevrizmalarıdır. Bizim hastamızda kontrastsız BT görüntülemeleri ile anevrizma saptanmadığı için enoksaparin tedavisi başlandı.

Anahtar Kelimeler: behçet, siroz, mirizzi

Caput medusa ve Periferik ülserler



Siroz tanılı hastanın caput medusa görüntüsü ve periferik ülserleri.

[PS-25]

Ülseratif Kolite Eşlik Eden Akut Otoimmün Pankreatit

Kerem İnce¹, Çağlar Altıntaş¹, Funda Müşerref Türkmen¹, Mehmet Tepe², Süleyman Baş³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji, İstanbul, Türkiye

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Otoimmün pankreatit (OP), otoimmün etiyojije bağlı gelişen nadir bir kronik pankreatit formudur. Kronik pankreatitlerin %3-5 inden sorumludur. İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH) birden fazla organ sistemini kapsayabilir ve İBH'nin pankreas belirtileri nadir değildir. Crohn hastalığı ve ülseratif kolit (ÜK) hastalarında çeşitli pankreas hastalıklarının görülme sıklığı genel popülasyona göre daha sık görülür. İBH'de, özellikle de ülseratif kolit hastalarında tip -2 OP için giderek daha fazla teşhis edilmektedir. Yirmi bir yaşında akut pankreatittanısı ile yatırılan, alkol, ilaç, bitkisel ilaç kullanım öyküsü olmayan erkek hastamıza, 3 gün sonra kanlı dışkılama gelişti, yapılan tetkikler sonrası uluslararası konsensüs tanı kriterlerine göre tip-2 OP ve eşlik eden ÜK tanısı koyduk. Bu durum AP'de nadir olmakla birlikte ayırıcı tanı da mutlaka düşünülmesi gerektiğinden sunumunu uygun gördük.

Olgu: Yirmi yaşında erkek hasta, 3 gündür kuşak tarzında bele ve sırta vuran epigastrik ağrı şikayeti ile başvurdu. Kan basıncı 120/75 mmHg, nabız 90/dk, ritmik, ateş 36°C, solunum sayısı 18/dk, oda havasında oksijen saturasyonu %96, şuur açık koopere. Fizik muayenede epigastrium palpasyonla hassas, defans ve rebound yok. Barsak sesleri normal. Alkol, ilaç, bitkisel ilaç kullanımı yok. Soygeçmişinde annede Crohn hastalığı, dede kolon kanseri tanısı mevcuttu. Parenteral sıvı desteği, prof-laktik doz düşük molekül ağırlıklı heparin 1x1 SC, oral kapalı takip edilen hastanın yatışının 3. gününde ağrısı geçip, amilaz lipaz değerleri gerileyen hastanın yatışının 3. gününde yağsız gıdalarla orali açıldı, az miktarda 3 kez tekrarlayan kanlı dışkılaması oldu. Olgunun başvuru anındaki ve yatışının 48. saatindeki laboratuvar parametreleri Tablo-1'de izlenmektedir. Elektrokardiyografi: Sinüs ritmi. Batın Ultrasonografi: Normal olarak raporlandı. Yapılan toraks ve tüm abdomen kontrastlı bilgisayarlı tomografisinde Pankreas volümlü olduğu ve akut ödematöz pankreatit açısından klinik korelasyon önerildi. Manyetik Rezonans Kolanjiopankreatografisinde patoloji saptanmadı. Gastroskopisi Antral gastrit olarak raporlandı. Kolonoskopi (Resim-1): Çekum tabanından başlayarak rektuma kadar (rektumda dahil) tüm kolon segmentlerinde arada normal damarsal yapının korunduğu yer yer yüzeysel ülserlerinde izlendiği hafif frajil ve eritemli mukoza izlendi (Ülseratif Kolit? [Pankolit, Mayo Skoru:2]). Hastaya prednisolon 40 mg/gün başlanıp gastroenteroloji poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi.

Sonuç: AP tanısı ile yatırılan hastalarda AP etiyojileri arasında OP'de mutlaka düşünülmalıdır. Özellikle otoimmün bir hastalığın eşlik ettiği durumlarda ayırıcı tanı da akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: inflamatuvar barsak hastalığı, otoimmün pankreatit, ülseratif kolit

Resim-1: Hastanın kolonoskopi görüntüsü



Perine muayenesi ve rektal tuşe normal bulunarak kolonoskopiye geçildi. Herhangi bir engelle karşılaşmadan çekuma kadar ilerlendi. İleoçekal valv normaldi. Terminal ileuma girildi. İleum mukoza ve lümen normaldi. Çekum tabanından başlayarak rektuma kadar (rektumda dahil) tüm kolon segmentlerinde arada normal damarsal yapının korunduğu yer yer yüzeysel ülserlerin izlendiği hafif frajil ve eritemli mukoza izlendi.

Tablo-1: Olgunun başvuru ve 48. saat sonrası laboratuvar parametreleri

	Başvuru	48.Saat
Lökosit (103/mm ³)	10,26	6,42
Glukoz (mg/dl)	97	94
LDH (U/L)	151	208
AST (U/L)	15	13
Hematokrit (%)	40,3	38,8
BUN (mg/dl)	27,4	13,5
Serum kalsiyum (mg/dl)	8,56	8,52
PaO ₂ (mmHg)	26,7	44,4
Baz açığı (mmol/L)	14	12,7
Sıvı koleksiyonu	-	-
Amilaz (U/L)	472	293
Lipaz (U/L)	1323	863
IgG4 (mg/dl)		142

[PS-26]

Kahverengi Örümcek Isırığına Sekonder Gelişen Coombs Pozitif Hemolitik Anemi

Nurperi Duyar, Betül Çavusoglu Türker, Fatma Ergin Bozkurt, Özlem Menken, Fatih Türker, Mehmet Yamak

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

Bilinen Kronik hastalık öyküsü olmayan 30 yaşında kadın hasta bir haftadır sağ önkolda ağrı, şişlik, ateş ve kaşıntılı döküntü şikayetiyle acil servise başvurdu. Semptomlarının kahverengi örümcek ısırığının ardından ağrıyla başladığını ve ısırığı hissettikten hemen sonra örümcek türünü gördüğünü ifade etmektedir. 3 gün önceki acil servise ilk başvurusunda reçete edilen amoksisilin doksisiklin tedavisini kullanmasına rağmen kızarıklık, ağrı ve ateş şikayetlerinin kötüleşmesi nedeniyle hasta tekrar acil servise başvurmuş. Hasta hemodinamik olarak stabil. Laboratuvar testleri, uluslararası normalleştirilmiş oran (INR) 1,5, serum total bilirubin 5,9, konjuge bilirubini 0,68, LDH 694 ve kreatinin değeri 0,47 idi. Aminotransferaz (AST)/alanin transaminaz (ALT) 46/131 hafif yüksekti. Acil servise ilk geldiğinde saptanan hemoglobin değeri 13.1 iken 3 gün sonraki başvurusunda 6.1'e düştüğü gözlemlendi. Direkt Coombs testi pozitif; serum haptoglobin değeri 0,1, retikülosit sayısı %5,52 idi. Kan kültürü, idrar tahlili, göğüs röntgeni, HIV, riketsiya ve hepatit taraması dahil bulaşıcı tetkikler negatifti. Hematolog tarafından periferik yayması incelendi ve kahverengi örümcek ısırmasına bağlı akut otoimmün hemolitik anemi tanısıyla günlük hidrasyon ve prednizon ile tedavi uygulandı. Tedaviden sonra kızarıklıkların boyutu azalmaya başladı. Yedi gün sonra intravenöz prednizon ile hemoglobin, LDH, bilirubin ve ALT/AST düzeyleri normale dönmeye başladı. Direkt Coombs testi negatifleşti ve hemoglobin düzeyi 10,1'e yükseldi. Nadir durumlarda örümcek ısırıkları, Coombs pozitif hemolitik anemi dahil sistemik semptomlara yol açabilir. Bu nedenle hemolitik anemi nedenleri arasında örümcek ısırıklarının da olduğunu unutulmaması gerekir.

Anahtar Kelimeler: coombs pozitif hemolitik anemi, örümcek ısırığı, anemi

[PS-27]

Portal Hipertansiyona sekonder ileal varis kanaması; Nadir görülen bir ektopik varis olgusu

Fatma Şeyda Sevimli¹, Enes Seyda Şahiner¹, Nazlı Pelin Kırkayak¹, Fatma Afranur Sönmez¹, Dilara Turan Gökçe², Meral Akdoğan Kayhan²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Ektopik varisler, yemek borusu ve mide bölgesinde gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde bulunan portal venin kollateral gelişimi sonucu oluşmaktadır. Bu varislerin yırtılması sıklıkla yaşamı tehdit eden kanamalarla sonuçlanır. Vakaların nadir olması ve literatürde açıklanan tedavi yaklaşımlarının önemli ölçüde farklılık göstermesi nedeniyle ektopik varis kanamalarına yönelik yönetim kılavuzları henüz standardize edilmemiştir.

Olgu: Bilinen İmmün Trombositopenik Purpura (ITP) nedeni ile splenektomi öyküsü olan, devamlı kullandığı ilacı olmayan 42 yaşında erkek hasta acile kanlı dışkılama ile başvurdu. Fizik muayenesinde ateş:36.5 kan basıncı 80/50 mmHg, nabız: 135 atım/dk idi. Rektal muayenesi hematokezya ile uyumluydu. Laboratuvar bulguları Hemoglobin 5,7 g/dL, platelet 199.000 u/L, Inr 1,9, Albumin 24 g/L, AST 137 U/L, GGT 238 U/L, Total Bilirubin 2,2 mg/dL, Direkt Bilirubin 1 mg/dL. Hasta hemodinamik instabilite nedeni ile Dahiliye yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Hastanın orali kapatıldı. Proton pompa inhibitörü infüzyonu başlandı. Hastaya ilk 24 saatte 6 ünite Eritrosit süspansiyonu, 2 ünite Taze Donmuş Plazma (TDP), 1 ünite Havuzlanmış Trombosit süspansiyonu verildi. Hastaya yapılan abdomen ultrasonografi görüntülemesinde karaciğer sirozu ile uyumlu görünüm saptanması ve hastanın öyküsünde son 20 yıldır günde 60 gr üzeri alkol kullanımı olması nedeniyle etilik karaciğer sirozu düşünüldü. Hasta özofagus varis kanaması kabul edilerek okreotid infüzyonu başlandı. Child-Pugh skoru B-9 Puan, MELD skoru 20 hesaplandı. Hastaya üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı. Özofagusda 1 kolon F1 Varis vardı, Özofajit Grade A, Portal Hipertansif gastropati uyumluydu. Kanama odağı saptanmadı. Aktif kanama devam eden hastanın kanama odağı tespiti için abdomen BT anjiyografi çekildi. Sonucunda portal venöz sistemden sağ iliak vene doğru bağırsak segmentlerinin olduğu düzeyde geniş varislere bağlı distal ileal anslarda lümeninde hemorajik dansite olduğu görüldü. Girişimsel radyoloji tarafından Transjuguler İntrahepatik Portosistemik Şant (TIPPS) işlemi yapıldı. Kanama kontrolü sağlanamadı. Tekrar girişimsel radyolojiye danışıldı. Transkateter coil embolizasyon işlemleri yapıldı. Ancak hastanın kanaması ve masif transfüzyon ihtiyacı devam etmesi nedeniyle genel cerrahiye acil cerrahi açısından danışıldı. Segmenter ince bağırsak rezeksiyonu yapıldı. Hastanın kanama kontrolü sağlandı. Genel durumu düzelince taburcu edilen hasta karaciğer nakil polikliniğinde takibe alındı.

Sonuç: Portal hipertansiyonun nadir bir sonucu olan ektopik varislerin akılda tutulması ve doğru terapötik müdahale açısından hızlı davranılması gerekir. Bu varislerden kaynaklanan kanamalar mortal sonuçlanabilir. Bizim olgumuzda da Abdominal BT anjiyografi ile tanı koyduğumuz; karaciğer sirozlu hastada portal hipertansiyona bağlı ileal varis rüptürü ve kanama saptanmıştır. Girişimsel işlem ile yapılan TIPPS ve coil embolizasyonuna yanıtı olmayan segmenter ince bağırsak rezeksiyonu ile başarıyla kanama kontrolü sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: ektopik varis, portal hipertansiyon, ileal varis, varis kanama

Abdomen Bt anjiyografide ileumda variköz genişleme



umblikus düzleminde batin içerisinde orta hatta smv ve sağ inferior epigastrik ven ile bağlantılı dilate kollateral venöz yapılar izlenmiş olup bu kesimde komşu distal ileal ans lümenine açılan tarifli kollateral vasküler yapılar görülmüyor

[PS-28]

Nadir bir durum; Faktör 8 inhibisyonuna bağlı edinsel Hemofili vakası

Hatice Nur Özdemir, Oya Altun, Zeynep Karaali

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Edinsel hemofili daha önceden hemostaz sistemi normal olan bireylerde, faktör 8 e karşı gelişen otoantikör sonucu F8 işlevinin inhibisyonuna bağlı nadir bir kanama hastalığıdır. Etiyoloji çoğunlukla idiopatik olsa da otoimmun hastalıklar, hematolojik maligniteler, solid tümörler, gebelik, ilaç reaksiyonları, dermatolojik hastalıklar, infeksiyon, aşılama ve KOAH'a sekonder olarak ta görülebilmektedir. Yaşla birlikte sıklığı artan bu durum 64 yaştan küçük olgularda yıllık sıklık milyonda 0,3, 65-84 yaş aralığındaki olgularda milyonda 9 iken, 85 yaştan büyük olgularda milyonda 15 olarak saptanmıştır. Tanıda laboratuvarında izole aptt yüksekliği görülen hastalarda düşük Faktör düzeyleri ve Faktör inhibisyonu gösterilmesi ile tanı almaktadır. Bu olgu sunumunda daha önce hemofili tanısı almamış ileri yaş ile birlikte nadir vaka sayılan Faktör 8 inhibisyonuna bağlı Edinsel Hemofili Vakası sunacağız.

Olgu Sunumu: 72 yaşında diabetes mellitus, astım, koroner arter hastalığı (stent), kür prostat Ca tanıları olan erkek hasta, 6 aydır olan makattan parlak renkli kırmızı kanama, 1 haftadır siyah dışkılama ile tarafımıza başvurdu. Hasta gastrointestinal kanama tanısı ile interne edildi. Hasta mevcut hastalıkları nedeniyle oral antidiyabetik, antiagregan, bronkodilatör tedavi almaktaydı. Başvuru laboratuvar Hb: 6.4 g/dL mcv:73.7 fL hct:20.7 % wbc:4.41 10⁹/L plt:346.000 10⁹/L Aptt:70.7 sn pt:9.42 sn inr:1.03 d dimer <0.2 µgFEU/mL fibrinojen 399 mg/dL demir:17µ g/dL TDBK:393 g/dL ferritin:12 ng/dL folat:8.52 ng/mL vitb12:130 pg/mL TSH:1.29 mIU/mL sedimentasyon:21 mm/h olarak saptandı. Yapılan gastroskopisi, eritamatöz antral gastrit, kolonoskopi anjiodisplazi+soliter rektal ülser olarak raporlandı.

Gastrointestinal kanamaya yönelik tedavisi başlanan hastaya stabil hale gelip, oral alımı açıldıktan sonra KAH +stent öyküsü sebebiyle kardiyoloji görüşü alınarak yeniden klopidogrel 75 mg başlandı. Antiagregan başlanması sonrası makattan kanama şikayeti yeniden başlayan hastanın laboratuvarında kontrol koagülasyon panelinde izole aptt yüksekliği görülmesi üzerine mixing test istendi. Mixing testte 120. dakikada uzama saptanması üzerine lupus antikoagülanı Faktörleri, wvf istendi.,lupus antikoagülanı negatif olarak sonuçlandı. Olası romatolojik hastalıklar tarandı. ENA,ANA paneli antikardiyolipin IgM ve IgG negatif Olası hematolojik ve solid maligniteler açısından taranan hastanın görüntülemeleri normal olarak raporlandı. Faktör 8-9-12-11 düşük, faktör 8 inhibitörü pozitif görülmesi üzerine Edinsel hemofili olarak değerlendirildi. Hematoloji ile konsülte edilen hastaya 1 mg/kg steroid başlandı. Steroid sonrası kanaması azalan hasta kanama devam etmesi üzerine aralıklı olarak taze donmuş plazma ve rekombinant koagülasyon faktör uygulaması yapıldı. Aktif kanaması olmayan hasta önerilerle taburcu edildi. Hasta Hematoloji takiplerine devam etmektedir.

Sonuç: Edinsel Hemofili çoğunlukla idiopattiktir. Otoimmun hastalıklar, hematolojik maligniteler, solid tümörler, ilaçlar, bazı enfeksiyonlara sekonder görülebilmektedir. Asemptomatik vakalarda sadece izlem yeterli iken semptomatik olguların tedavisinde kanama stabilizasyonu sağlanması, altta yatan nedenin tedavisi ve dirençli olgularda immunsupresif tedaviler ve hayatı tehdit eden durumlarda Plazmaferez denenebilir.

Anahtar Kelimeler: edinsel hemofili, hemostaz, gastrointestinal kanama

Laboratuvar Sonuçları

Tüp Adı: Faktör Mavi Kap. Koag. 3 (4 Kayıt)									
★	FAKTÖR IX (Christ...)	Onaylandı	0,8	✓	%	70	120		
★	FAKTÖR XII (Hage...)	Onaylandı	10,6	✓	%	70	150		
★	FAKTÖR VIII	Onaylandı	13,4	✓	%	70	150		
★	FAKTÖR XI	Onaylandı	4,1	✓	%	70	120		
Tüp Adı: Diş Lab (Mavi Kapak) (1 Kayıt)									
★	FAKTÖR VIII İNHİBİT...	Onaylandı	POZİTİF	✓					
Tüp Adı: Mavi Kap. Koag. (5 Kayıt)									
★	PT/Sn	Onaylandı	9,1	✓	sn	8,4	10,6		
★	PT/INR	Onaylandı	1,01	✓	INR	0,8	1,2		
★	APTT	Onaylandı	74	✓	sn	23,9	33,2		
★	D-dimer, kantitatif	Onaylandı	0,204	✓	µgFEU/mL	0	0,5		
★	Fibrinojen	Onaylandı	326	✓	mg/dL	193	412		
Tüp Adı: Lupus Mavi Kap. Koag. (4 Kayıt)									
★	Lupus antikoagüla...	Onaylandı	45,3	✓	sn	31	44		
★	Lupus antikoagülan...	Onaylandı	44,1	✓	sn				
★	Lupus antikoagüla...	Onaylandı	40,6	✓	sn	30	38		
★	Lupus antikoagülan...	Onaylandı	37,1	✓	sn				

[PS-29]

Sistemik lupus eritematozuslu hastada İga nefropatisi

Büşra Yolcu¹, Zühal Çalışkan¹, Muhammet Emin Kutu²

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

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

Giriş: Glomerüllerdeki, akut ya da kronik seyirli bir inflamasyonun eşlik ettiği etkilenme ve hasarlanma durumu, glomerülonefrit (GN) olarak adlandırılır. Primer bir böbrek hastalığı veya sistemik bir hastalığa ikincil olarak gelişebilir. Klinikte nefritik veya nefrotik sendrom, hızlı ilerleyen GN, izole hematüri veya proteinüri ve kronik GN görülebilir. Primer nefrotik sendrom nedenlerinden Ig A Nefropatisi (IgAN), diffüz yaygın mezanjial IgA birikimi ile karakterize mezanjio-proliferatif GN tir. Sekonder nefrotik sendrom nedenlerinden biri olabilen Lupus nefriti (LN), sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında böbrekte meydana gelen immünkompleks ilişkili bir böbrek hastalığıdır. Burada nefrotik düzeyde proteinüri ile başvurarak 2019 ACR/EULAR kriterlerine göre klinik SLE olarak sınıflandırdığımız renal biyopsi ile IgA GN saptanan hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: 28 yaşındaki kadın hasta, acil servise 1 haftadır yüz ve bacaklarda şişme, yaklaşık 8 kg alma bulantı halsizlik şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde 6 yıl önce geçirilmiş derin ven trombozu (DVT) öyküsü vardı. Fizik muayenede genel durumu orta, oryante koopere, vital bulguları stabil, 1+ bilateral pretibial ödem ve bacaklarda eser çap farkı, malar raş ve alopesisi olduğu görüldü. Yapılan tetkiklerinde kreatinin: 0.98mg/dL, total protein: 6, albumin: 3.2g/L, WBC: 3.3, NEU: 2.1, HGB: 12.3, PLT: 118bin TİT: 6e 1L B0, albümin: 3+ görülen hasta albüminüri tetkik edildi. Toraks BT'sinde sağda orta dereceli plevral efüzyonu izlendi. Sağ alt ekstremitte venöz sistem Doppler USG'de popliteal vende kronik DVT ile uyumlu trombus formasyonu görüldü. Üriner USG'de böbrek boyutları, kontür ve parankim ekusu normaldi. Spot idrarında 10500 mg/g albüminüri saptanan hastada nefrotik sendrom ayırıcı tanısı için ek tetkikler yapıldı. Tetkiklerinde ANA homojen 1/100 - 1/320 +, antihiston antikor 16.47 pozitif, lupus antikoagülan tarama 1.3 +, C3c: 0.78 g/L (alt sınırdan), C4: 0.08 g/L, anti-dsDNA ELISA 20.3 IU/mL pozitif, anti-kardiyolipin IgM 64.3 GPL pozitif, anti-beta 2 glikoprotein IgM 53.2 U/mL, MPO ANCA negatif, PR3 ANCA negatif, albumin 24 saatlik idrarda 10 gr/gün, protein 24 saatlik idrarda 10.1 gr/gün saptandı. Hastaya lupus nefriti ön tanısı ile böbrek biyopsisi yapıldı. Ön raporda 12 glomerul, 2 global sklerotik saptandı. Class2 LN ile uyumlu olabileceği öğrenildi. SLE ve sekonder antifosfolipid antikor sendromu için hidroklorokin, mikofenolat mofetil ve warfarin başlandı. Proteinüriye yönelik ramipril başlandı. Renal bx asıl rapor Ig A birikimi ve mezengiyoproliferatif GN ile uyumlu IgA nefropatisi saptandı. Hastanın 3. ay kontrolünde proteinürisinin 1 gr/gün gerilediği görüldü.

Sonuç: SLE hastalarında klinik olarak proteinüri, aktif idrar sedimenti ve renal fonksiyon bozukluğu ön planda lupus nefritini düşündürmektedir. Ancak biyopsi değer-

lendirmesi olmadan kesin tanı konulamamaktadır. Nefrotik düzeyde proteinüri olan her hastada böbrek biyopsisi, proteinürinin nedenini belirlemek için altın standart prosedürdür. IgA nefropatisi tanısı alan hastamız biyopsinin önemini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Proteinüri, böbrek biyopsisi, Sistemik lupus eritematozus, İga Nefropatisi

[PS-30]

Dirençli Hiponatremi ile Prezente Olan Hipofizer Yetmezlik: Bir Olgu Sunumu

Furkan Kılıç¹, Ersin Akıncı², Selda Çakın Ünnü², Sema Basat²

¹SBÜ İstanbul Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul

²SBÜ İstanbul Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Hiponatremi serum sodyum düzeyinin 135 mEq/L den düşük olmasıdır. Klinikte en sık görülen elektrolit bozukluğudur. Genel olarak nörolojik semptomlarla ortaya çıkar. Hiponatreminin sebeplerinden biri de Hipopituitarizmdir. Hipopituitarizmde hipofiz bezinden salgılanan hormonların bir ya da daha fazlasında eksiklik görülür.

Olgu: 59 yaş erkek hasta 2 gündür olan bacaklarda kasılma kramp, bulantı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Başvuru anında vital bulguları stabildi. Yapılan fizik muayenede şuur açık, oryante koopere, nörolojik muayenede ve diğer sistem muayenelerinde ek özellik saptanmadı. Özgeçmişinde hipertansiyon, tip 2 DM, hipotiroidi, bypass operasyonu ve SVO öyküsü mevcut olup coumadin, metformin, telmisartan, hidroklorotiazid, Metoprolol süksinat ve levotiron kullanmaktaydı. Serum sodyum değerinin 116 olması üzerine interne edildi. Tedavisine başlandı. Telmisartan ve hidroklorotiazid içeren ilacı durduruldu. Hastanın geçmiş tetkiklerinde de hiponatremilerin olması sebebiyle ileri laboratuvar testleri planlandı. Yapılan laboratuvar testleri Hipopituitarizm ile uyumlu görüldü. (Tablo 1). Çekilen kranial tomografisi; "hipofiz bez seviyesinde heterojenite izlendi, makroadenom düşünülmelidir." olarak raporlandı. Hipofiz mr; "hipofiz glandında heterojen makroadenom ile uyumlu kitlesel lezyon saptanmıştır." şeklinde raporlandı (Şekil 1). Levotiron dozu düzenlendi ve prednol tedavisi başlandı. Hasta hipofiz cerrahisi için değerlendirildi ve beyin sinir cerrahisine devredildi.

Tartışma: Hiponatremi yatan hastalarda %15-30 oranında görülür (1). Sıklıkla yavaş gelişir ve asemptomatiktir ancak sodyum düzeyi <115 mEq/L'nin altına düşmesinde ciddi mortalite ve morbiditeler görülmektedir. Hiponatremi baş ağrısı, bulantı, kusma, yorgunluk, letarji, senkop, kas krampları, konvülsiyonlar, koma gibi semptomlarda prezente olabilir (2,3).

Akut ve kronik hiponatremi ayrımı çok önemlidir. Normal serum sodyum düzeylerinin 48 saatte düşmesi akut olarak kabul edilir. Akut hiponatremi geri dönüşümsüz nörolojik hasara ve ölüme sebep olabileceğinden agresif

tedavi verilmesi gerekir. Kronik hiponatremi ise iyi tolere edilir. Kronik hiponatremiye agresif tedavi verilmesinde ciddi nörolojik sekeller oluşabilir. Hiponatremi altta yatan etiolojinin araştırılması gereken önemli bir durumdur (4). Hiponatreminin çok çeşitli nedenlerinden biri de hipofizer yetmezliktir. Hipofizer yetmezlik bir veya daha fazla hipofiz hormonunun yetersiz yapımıdır. Hipopituitarizmin bir çok kalıtsal ve edinsel nedeni bulunmaktadır. Erişkin hastalarda edinsel yetmezliğin en sık sebepleri ise travma ve hipofiz adenomudur.

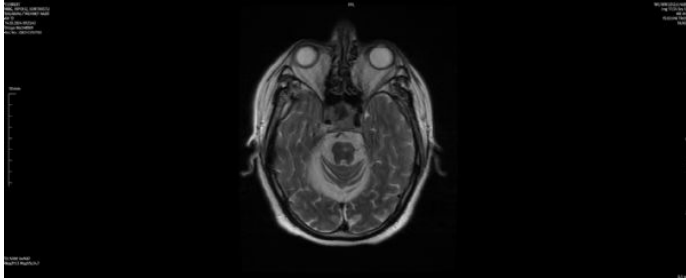
Hipofiz yetmezliğinde klinik belirtiler ve bulgular eksik olan hormona, eksikliğin derecesine ve ortaya çıkışı zamanına göre değişir. Tanıda bazal hormon düzeyleri ve dinamik hormon testleri yapılabilir. Bilgisayarlı tomografi ve mr görüntülemeleri yapılabilir. Genetik nedenlerin dışlanması için genetik testler uygulanabilir.

Tedavi olarak hormon eksikliğine göre replasmanı yapılır ve altta yatan neden tedavi edilir.

Sonuç: Hipopituitarizm erişkin hastalarda nonspesifik semptom ve bulgularla kendini gösterdiği için tanı alması zor olup uygun tedavi gecikebilir. Ciddi morbiditekere ve mortaliteye sebep olabilir. Açıklanamayan ve dirençli hiponatremide hipopituitarizme dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hipopituitarizm, hiponatremi, hipofiz adenomu

hipofiz mr



laboratuvar tetkikleri

NA	121 mEq/dL (N:136-145)	FSH	1.3 (N:1.5-12.4)
K	4.2 (N: 3.5-5.1)	LH	0.6 (N:1.7-8.6)
ACTH	6.78 (N:7.2-63.3)	Total Testosteron	<2.5 (N:193-740)
Sabah Kortizolü	1.5 (N:4.82-19.5)	Prolaktin	5.9 (N:4.04-15.2)
TSH	0.8 (N:0.45-3.86)	Serbest T4	0.69 (N:0.85-1.70)

[PS-31]

Mor idrar torbası sendromu: Nadir klinik durum

Arzu Cennet Işık, Jehat Tekinalp, Gizem Açıkgöz, Doğan Yılmaz, Mervenur Özsoy, Biyçe Karagülle, Cemile Miçooğulları, Özcan Keskin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Mor idrar torbası sendromu (PUBS), indigo (mavi) ve indirubin (kırmızı) pigmentlerin polivinil klorür (PVC) içeren materyalle etkileşimi ile karakterize nadir görülen bir klinik durumdur. İdrar sondasında bakteri kolonizasyonu nedeniyle triptofan metabolizması tarafından salınır. PUBS gelişen kritik bir hastayı paylaşmak ve mevcut literatürü gözden geçirmeyi amaçladık.

Olgu: 99 yaşında yatalak kadın hasta iştahsızlık, bulantı ve idrar renginde koyulaşma şikayetleriyle acil servise başvurdu. Başvuru öncesinde 10 yıldır hipertansiyon (HT) ve konjestif kalp yetmezliği tanıları olup 3 aydır yatağa bağımlı yaşamaktaydı. Herhangi cerrahi girişim ve aile öyküsünde özellik yoktu. Hastanın idrar rengi mor (Resim 1) olup, yapılan tam idrar tahlilinde hematüri (3+), lökositöz (2+) izlendi; idrar kültüründe Morganella Morgani ve Klebsiella Pneumonia üremesi saptandı. Ultrason görüntülemeye böbrek parankim ve idrar yollarında patolojik bulgu izlenmedi. Antibiyograma göre siprofloksasin tedavisi ile takip edildi. Takiplerinde idrar renginin giderek normale döndüğü görüldü. Kardiyak değerlendirilme amaçlı Kardiyoloji polikliniğinde değerlendirilen hastada dekompanzasyon bulgusu yoktu. Kalp yetmezliği nedeniyle yaptığımız klinik takipte de herhangi bir dekompanzasyon gelişmedi. Oda havasında desatüre olmayan hastanın böbrek fonksiyon testleri ve akut faz reaktanlarının normale dönmesi nedeni ayaktan takip planlanarak poliklinik kontrol yapılmak üzere taburcu edildi.

Sonuç: Klinisyenlerin PUBS'un bir hastalık olduğunu bilerek uygun tedavi yaklaşımlarını hızlı bir şekilde başlatması çok önemlidir. Ciddi bir idrar yolu enfeksiyonu belirtisinin ortaya çıkarılması ve altta yatan nedenlerin yaşamı tehdit eden olası sonuçlar açısından dikkatli olmak gerekmektedir. Uygun antibiyotik seçimi, idrar sondasının değiştirilmesi gibi temizlik önlemleri ve nedene yönelik yaklaşımlar PUBS tedavisinin önemli unsurlarıdır.

Anahtar Kelimeler: Mor idrar torbası sendromu, Morganella Morgani, Klebsiella Pnömonisi

Mor İdrar Torbası



[PS-32]

Ateşli Hastada Enfeksiyöz Mononükleoz: Olgu Sunumu

Gözde Güvenç¹, Yıldız Okuturlar², Aslı Gökay², Murat Ayberk Narin²

¹Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Enfeksiyöz mononükleoz, Epstein-Barr virüsünün neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. Bu virüs tükürük yoluyla bulaşır. Nazofarenksten başlayarak heterofil antikor gibi immunglobulin salgılamayı tetikleyen B hücrelerini enfekte eder. Enfeksiyöz mononükleoz genellikle ateş, boğaz ağrısı, yorgunluk ve lenfadenopati gibi semptomlarla karakterizedir. İleri derecede dalak büyüklüğü yapması prognoz açısından önemlidir. Komplikasyonlar kontrol altına alınırsa tam iyileşme sağlanabilir.

Olgu: 21 yaş erkek hasta halsizlik, yaygın vücut ve kas ağrısı, ateş, öksürük, boğaz ağrısı ve yutkunamama şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. 1 haftadır macrol kullanıyor ancak fayda görmemiş. Fizik muayenede boğazda çok sayıda 1 cm ve üzeri LAP palpe edildi, farenks hiperemik ve tonsiller kriptomatikti. Hastaya destek tedavi verildi ve periferik yayma planlandı. ALT 305 IU/L, AST 196 IU/L, Lökosit 18.100/mm ve lenfosit hakimiyeti mevcuttu, Homosistein 46 umol/L, CRP 2.98 mg/dL, Ferritin 598 ng/mL, GGT 128 IU/L, ALP 221 IU/L, LDH 622 IU/L.

Tam batin ultrasonografi sonucunda hepatosplenomegali saptandı; karaciğer 173 mm, dalak 206 mm boyutlarında ölçüldü. Peripankreatik alanda 25*14 mm boyutlarında reaktif lenf nodu izlendi. Periferik yaymada atipik sitoplazması geniş lenfositler, yani Downey Hücreleri izlendi. Ayrıca lenfositoz ve monositoz mevcuttu.

EBV antikor-EBNA, IgG pozitif, EBV antikor-VCA, IgG, p19 pozitif, EBV antikor-VCA, IgG gp125 pozitif, IgM gp125 pozitif, EBV antikor-VCA, IgM gp19 pozitif, EBV antikor-EBNA IgM pozitif. Covid-19 antijen ve RNA testleri negatif. Betahemolitik Streptokoklar kültürde üremedi. EBV-DNA PCR 6383 IU/MI. Bu bulgu ve tetkik sonuçlarıyla yatışı yapılan hastaya analjezi ve hidrasyon tedavisi yapıldı. CRP, lökosit, aminotransferazlar tedavisi sonucunda normal seviyelere geriledi. Hastanın kliniği düzeldi ve kontrol önerisiyle taburcu edildi. Yoğun spor yapan hastaya, fitnesa ara vermesi önerildi.

Taburcu ettikten 2 hafta sonra yapılan ultrasonografide karaciğer 147 mm, dalak 126 mm olarak saptandı. Peripankreatik alanda herhangi bir patoloji saptanmadı.

Sonuç: Enfeksiyöz mononükleoz genelde kendi kendini sınırlar, tedavisi semptomatiktir ve birkaç hafta içinde tamamen iyileşir. Ancak karaciğer fonksiyonları ve dalak rüptürü açısından yakın takip gerekir. Antibiyotik tedavisine rağmen düzelmeyen kriptomatik tonsillit vakalarında Epstein Barr virüs mutlaka düşünölmelidir. Prognozda yaş, bağışıklık durumu, semptomların şiddeti, erken tedavi gibi durumlar etkilidir.

Anahtar Kelimeler: Ateş, Epstein-Barr Virus, Enfeksiyöz Mononükleoz, EBV

[PS-33]

Atorvastatin kullanımına sekonder gelişen nadir bir durum: Jinekomasti

Arzu Cennet Işık¹, Ali Karagöz², Özcan Keskin¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Jinekomastinin erkekler üzerinde önemli duygusal ve sosyal etkileri vardır. Koroner Arter ByPass Girişim(-CABG) sonrası erkek hastamızda atorvastatin kullanımına sekonder gelişen jinekomasti olgusunu nadir görmesi nedeniyle sizlerle paylaşmak istiyoruz.

Olgu: 66 yaşında erkek hasta, her iki meme bezinde ağrı, hassasiyet ve büyüme şikayeti ile dahiliye polikliniğine başvurdu. 3 ay önce Kalp damar cerrahisinde üç damar CABG öyküsü vardı. Asetilsalisilik asit, beta bloker ve atorvastatin halihazırda kullanmakta idi. Fizik muayenede sadece meme bezinde büyüme vardı. Bakılan tetkiklerinde total kolesterol 282, trygliserid 112, HDL:60, LDL: 200, VLDL:22 mg/dl; total kan sayımı, pıhtılaşma, hormonlar ve ekokardiyografi normal sınırlardaydı. Fizik muayenede meme dokusu bilateral belirgin olup meme görüntüleme(USG) her iki meme bezinde glandüler doku artışı vardı ve kistik, kitle lezyon yoktu. Ayrıca doppler USG ve mamografide damarsal bir patoloji izlenmedi. Klinik ve laboratuvar bulgularına göre hastanın iki aydır atorvastatin 20 mg/gün kullandığı ve semptomlarının statin kullanımına ikincil olarak başladığı öğrenildi. Kronik karaciğer ve kalp hastalığı, genetik, adrenal, testis, tiroid hastalığı, psikiyatrik veya bitkisel ilaç kullanımı, aldosteron antagonisti ilaç kullanımı kesinlikle yoktu. Anti-HIV ve hepatit belirteçleri normal sınırlarda idi. CABG sonrası Statin kullanımı elzem olması nedeniyle atorvastatin rosuvastatine değiştirildi; Üçüncü ay fizik muayene ve USG kontrolünde meme bezi büyümesi azaldı. Literatür bilgisine göre ajan değişikliği sonucunda semptomların gerilemesi nedeniyle Rosuvastatin ile tedavi devamı sağlandı.

Sonuç: Atorvastatin kullanımına bağlı jinekomasti nadir görülen bir durumdur ve literatürde az sayıda vaka bulunmaktadır. Tespit edildiğinde öncelikle kullanılan tıbbi ajanların ve kronik hastalıkların sorgulanması gerekir. Takibinde tespit edilen tıbbi ajanın kullanım gerekliliğinin değerlendirilmesi, revize edilmesi mutlak değilse kullanılmaması; gerekiyorsa aynı grup başka bir ajan başlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Atorvastatin, jinekomasti, düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol, kardiyovasküler hastalık

[PS-34]

Lamotrigine Kullanımına Bağlı Gelişen Steven Johnson Sendromu: Olgu Sunumu

Aslı Gökay, Yıldız Okuturlar, Can Boynukara, Melisa Yurdum Tunç

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Steven- Johnson sendromu (SJS) nadir görülen, yaşamı tehdit edebilen ciddi mukokutanöz tutulumun olduğu klinik bir tablodur. Etiyolojide ilaçlar, enfeksiyonlar, aşılarda sistemik ve malign hastalıklar rol alabilir. SJS'ye neden olabilecek ilacın erken dönemde kesilmesi ve tedaviye erken başlanması önemlidir. Bu bildiriye lamotrigine tedavisi başlanan ve vücudunda yaygın deri döküntüleri çıkan sonrasında arrest olan olgu sunuldu.

Olgu: 57 yaşında bilinen hipertansiyon, hipotroidi, diyabet ve psöriyazis tanıları olan kadın hastaya dış merkezde bipolar hastalığı nedeniyle lamotrigine başlanmış. Hastanın ilaç kullanımı sırasında kızarıklık şişlik ve kaşıntı şikayetleri başlamış. Nefes darlığı gelişmesi üzerine hastaneye başvurmuş. Acilde hipoksi ilerleyen ve şuru kapanıp kardiyak arrest gelişmesi üzerine Hastaya kardiyopulmoner resüsitasyon başlanıp, orotrakeal entübasyon yapılmış genel yoğun bakıma transferi yapıldı. Dermatolojik muayenede fasyal bölge eritemli ödemli plaklar, servikal ve torakal bölge predominans gösteren eritemli plaklar izlendi., bilateral ayak dorsumu eritemli ve ödemli, pretibial bölgelerde bilateral hiperkeratotik psoriasis plakları izlendi. Sırt bölgesinde Nikolsky+ erode plaklar izlendi. (<%10). Genital mukozal tutulum yoktu ancak pubik bölgede minimal eritemli plaklar mevcuttu. Laboratuvar: lökosit: $9.1 \times 10^3/uL$ CRP: 3.67mg/dL prokalsitonin: 4.82 ug/L Üre: 26.4mg/dL, ALT: 25 IU/L AST: 43 IU/L elektrolitler normal değerler arasında saptanmıştır. Dermatoloji ve enfeksiyon hastalıklarının görüşü alınarak IVsteroid (1,5 mg/kg), siklosporin 2x225 mg 5 gün ve yara bölgelerine topikal destek tedavisi başlandı. Hastadan alınan punch biyopsi raporu SJS ile uyumlu sonuçlandı. 10 gün entübe kalan hasta ekstübasyon sonrası iç hastalıkları kliniğine devralındı. Hastanın takiplerinde özellikle sırt bölgesinde belirgin erode plak lezyonlarının %70 oranında gerileyip hastanın sistemik steroidleri taper şemasına uygun stoplandı. Steroid tedavisi durdurulan hastada 2 gün sonra bilateral palmar bölgede eritemli makül ve papülleri mevcut olduğu görülüp dermatoloji tarafından psöriyazis flare olarak yorumlandı Topikal tedavi ile hasta takip edildi.

Sonuç: Antikonvulsan başlanan hastalarda allerjik deri reaksiyonlarının görülebileceği, Steven-Johnson sendromu, toksik epidermal nekroza kadar ilerleyebileceği ve bu durumun mortal seyredebilir olduğu konusuna dikkat edilmelidir. Ortaya çıkabilecek hipersensitivite reaksiyonlarında antiepileptik ilaçlar kesilmeli ve hastalar yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Steven Johnson Sendromu, Alerji, SJS, hipersensitivite sendromları

[PS-35]

Pernisiyöz Anemi; geçmeyen halsizlik ve vitiligo

Ömer Halis Dağ¹, Ersin Akıncı², Selda Çakın Ünnü², Sema Basat²

¹SBÜ İstanbul Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul

²SBÜ İstanbul Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Pernisiyöz anemi, diyetle B12 vitamini emiliminde azalmaya neden olan, B12 eksikliğine ve ardından megaloblastik anemiye neden olan bir otoimmün bozukluktur. B12 eksikliği, uygun klinik bağlamda serum kobalamin düzeyinin <200 ng/L olması ile tanımlanır.

Olgu: 35 yaşında erkek hasta; yıllardır olan yorgunluk, halsizlik ve dengesizlik şikayetleriyle polikliniğe başvuruyor. Vitiligo, hemoroid dışında bilinen bir hastalığı yok. Düzenli kullandığı ilaç yok. Oral alım azlığı veya iştahsızlık şikayetleri yok. Vejetaryenlik öyküsü yok. Özgeçmişinde operasyon öyküsü yok. Ağır metal maruziyeti, sigara veya alkol kullanımı yok. Hemoglobin seviyesi 8,4 görülmüş olup anemi tetkiki nedeni dahiliye servisine yatırıldı. Fizik muayenede ciltte yer yer hipopigmente makül ve yamalar (vitiligo) saptandı. Nörolojik muayenede romberg testi + görüldü. Eşlik eden taraf bulgusu, parestezi, hipoestezi veya parezi saptanmadı. Hastanın hemogramında MCV:138 görüldü. Ön planda makrositer anemilerin ayırıcı tanıları için B12, folat, retikülosit, periferik yayma, geniş biyokimya, hormon paneli görüldü. Demir parametreleri, haptoglobulin, coombs testleri de görülen hastada ayrıca eşlik eden vitiligo sebebiyle olası otoimmün etyolojiler açısından anti pariyetal antikor, çölyak antikorları bakıldı, gastroskopi yapıldı. Hastada B12 <100, periferik yaymada hipersegmente nötrofil görünümü saptanırken, diğer testlerinde anormallik saptanmadı. Mevcut bulguları ile pernisiyöz anemi olarak değerlendirildi. Parenteral B12 tedavisine başlandı. 1 haftalık enjeksiyonlar sonrasında hastanın şikayetlerinde ve laboratuvar sonuçlarında kısmi düzelme görüldü.

Tartışma ve Öğrenme noktaları B12 eksikliğinde; hemogramda anemi, makrositoz (MCV>100) veya pansitopeni görülebilir. Ancak B12 eksikliği olan hastaların yaklaşık 1/3'ünde makrositoz olmayabilir. Eşlik eden demir eksikliği anemisi veya mikrositoza neden olabilecek başka bir durumu varsa makrositozu maskelenebilir. Aynı zamanda AIG (otoimmün gastrit) hastalarının yaklaşık %50'sinde demir eksikliği anemisi, %25 kadarında da pernisiyöz anemi mevcuttur. Bu nedenle demir parametrelerinin görülmesi faydalıdır.

İzole serum kobalamin düzeyi, B12 eksikliğinin saptanması açısından zayıf duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir. Normal B12 seviyelerine sahip olup pernisiyöz anemisi olan hastalarda gerçek B12 eksikliği olabilir, çünkü bu hastaların yüzde 35'e varan kısmında düzeyler hatalı şekilde yükselebilir. Toplam 300 vitiligo hastasının incelendiği bir çalışmada (ortalama yaş 41,5 ± 15,5; %47 erkek, %53 kadın), hastaların %12,0'ında hipotiroidizm ve %1,3'ünde pernisiyöz anemi saptandı. Neticede vitiligo hastalarında hipotiroidizm ve pernisiyöz anemi prevalansının anlamlı

derecede yüksek olduğu bulundu. Vakamızda da görüldüğü üzere hastamızdaki eşlik eden farklı klinik durumlar bütüncül pencereden bakıldığında bize oldukça faydalı ipuçları verebilir.

Pernisiyöz anemisi doğrulanmış hastalar için yaşam boyu tedavi, 1 ila 2 hafta boyunca her gün veya gūnaşırı uygulanan 1000 mikrogram B12'nin intramüsküler enjeksiyonu ile başlar ve ardından 1 ila 2 ay boyunca haftalık enjeksiyonlar yapılır, ardından aylık enjeksiyon veya her 2 ila 3 ayda bir yapılır.

Anahtar Kelimeler: vitiligo, pernisiyöz anemi, b12 eksikliği

endoskopi bulguları



laboratuvar tetkikleri

	Hb g/dL	WBC	PLT	MCV	RET%	B12	FOLAT	DEMİR	TDBK	FERRİTİN
GELİŞ	7,4	9,1	271	134	1,39	<100	8,5	104	190	298
TEDAVİNİN 5. GÜNÜ	7,5	8,2	160	134	16,9	<100				

[PS-36]

Dalak Absesi ile Başvuran Kültür Negatif Enfektif Endokardit Vakası

Burak Dayan¹, Hande Erman¹, Nurullah Eser², Banu Böyük¹, Özcan Keskin¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Giriş: Enfektif endokardit, akut/ hızlı ilerleyen bir enfeksiyon veya subfebril ateş ve spesifik olmayan semptomlarla seyreden subakut/kronik bir hastalık olarak ortaya

çıkabilir. En yaygın görülen semptom ateştir. Septik emboliler ve uç organ hasarı komplikasyonlar arasındadır. Bu vakada karın ağrısı ile başvurup dalak absesi saptanan ve ileri tetkiklerinde kan kültürü negatif enfektif endokardit tanısı olan hasta sunulmuştur.

Ölgu: 68 yaşında erkek hasta sol yan ağrısı ve idrar yapamama şikayetleri ile acil servise başvuruyor. İki hafta öncesinde akut böbrek hasarı(ABH) nedeni yatışı ve hemodiyaliz öyküsü bulunmakta. Görüntülemelerinde; dalakta koleksiyon alanı izlenen hasta cerrahi girişim planlanmaması üzerine servisimize yatırılıyor.

Öz geçmişinde; kronik böbrek hastalığı, hipertansiyon, kronik iskemik kalp hastalığı(CABG) ve iskemik serebrovasküler olay (10 yıl) mevcut. Bir ay öncesinde ABH nedeni yatışında ileus gelişmesi üzerine opere olduğu bilinmekte. Alkol kullanımı yok, 40 paket/yıl sigara öyküsü var. Fizik muayenesinde; bilinç açık oryante koopere, bütüncül hassasiyet mevcut, defans/ rebound yok, kolostomi ile takipli, solunum sesleri bilateral kaba, ptö-/-, Ateş: 38.5, hemodinami stabil olarak görüldü.

Laboratuvar; WBC:11.510/UL Hb:9g/dl MVC:85fl Plt:198.000/uL Kre:5.2mg/dl Üre:206mg/dl Na:122mmol/L K:6.4mmol/L, CRP:72mg/L, arterial kan gazında Ph:7.17 PCO2:20 PO2:76 HCO3:9.7. Anlamli idrar çıkışı olmasına rağmen derin metabolik asidozu, dirençli hiperkalemisi olması üzerine hemodiyalize alındı.

Abdomen BT görüntülemesinde; dalakta 61x36mm boyutunda, hava imajları izlenen, koleksiyon alanı mevcut. Abdominal aorta BT anjiografisinde; aorta infrarenal düzeyde dış çapı 46mm iç çapı 30mm tromboze anevrizmatik dilatasyon saptandı. Genel cerrahi ve kalp damar cerrahisi tarafından cerrahi girişim düşünülmedi, takip planlandı. Akut faz reaktanlarında artış ve dalakta absesi ile uyumlu görünüm olan hastadan kan kültürleri gönderildi, enfeksiyon hastalıkları önerisi ile piperasilin-tazobaktam tedavisi başlandı. Transtorasik ekokardiyografi yapıldı; EF%60, hafif aort yetmezliği, mitral ve triküspit yetersizliği mevcut, kapaklar üzerinde major kitle/vegetasyon izlenmedi. Tekrarlayan kan kültürlerinde üreme saptanmadı. HACEK serolojisi antibiyoterapi altında negatif görüldü. Takiplerinde göğüs ağrısı gelişti ve NON-ST MI tanısı aldı. Kardiyoloji acil koroner girişim düşünülmedi, medikal tedavi ile takip önerildi, yakın monitorize takip edilen hastanın kardiyak açıdan stabil olduğu gözlemlendi. Dalak abse etyoloji açısından enfektif endokardit kesin ekartasyonu için yapılan transözefagiyal ekokardiyografide(TTE); aortik kapak düzeyinde 8mm boyutunda vegetasyon ile uyumlu fibriler lezyon saptandı. Kalp damar cerrahisi ve kardiyoloji tarafından girişim planlanmadı. Hasta enfeksiyon hastalıkları servisine devredildi.

Sonuç: Predispozan faktörlerin olmadığı durumlarda kültür negatif endokarditin tanısı oldukça zordur. Vakamız dalak absesi etyolojisinden yola çıkılarak TEE sonrasında enfektif endokardit tanısını aldı. Bu nedenle yüksek klinik şüphe halinde hem tanı hem de ekartasyon için TEE yapılması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: enfektif endokardit, dalak absesi, akut böbrek hasarı

[PS-37]

Tedaviden tanıya coombs negatif hemolitik anemi

Nurperi Duyar, Şule Yüzbaşıoğlu

İstanbul Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Otoimmün hemolitik anemi, hastanın kendi eritrositlerine karşı antikor üretmesi sonucunda, eritrositlerin parçalanması ve anemi ile karakterize bir hastalıktır. Tanı klinik ve laboratuvar bulgularıyla konulur. Direkt antiglobulin testi = direkt coombs testi tanısız tetkiktir genellikle IG G ve C3 tabiatında ılık antikorlar nedeniye oluşur.

Eritrosit başına düşen IG G molekül sayısının düşüklüğü, Otoantikorların IG A veya M şeklinde olması, Otoantikorların Afinitelerinin düşük olması durumlarında hastada Otoimmün Hemolitik Anemi olduğu halde direkt Coombs negatif olabilir. Literatürde Pulmoner TBC, Covid 19 enfeksiyonu, kahverengi örümcek ısırgığı sonrası gelişen direkt Coombs negatif Hemolitik anemi olguları bildirilmiştir. Biz Nisan 2023'te dahiliye servisinde yatarak takip edilen ve halen Hematoloji Polikliniğinde takibi devam eden hastayı sunmak istedik.

25 yaşında bilinen kronik hastalığı olmayan kadın hasta acil servise halsizlik, nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Geliş laboratuvar tetkikleri HB: 2,3 HCT:8,9 MCV: 60 PLT: 257bin WBC:2270 NEU: 1180 LYM:880 RDW:30 direk Bilirubin 0,50 indirekt Bilirubin: 2,6 IDH: 203 INR:1,3 Haptoglobulin 0,55 Ferritin: 1,7 Retikülosit %1,9 (düzeltilmiş RET: %0,06) direkt Coombs Negatif, İndirekt Coombs Pozitif Abdomen ultrasonografisinde dalak boyutları normal saptandı.

Periferik yaymasında belirgin Hipokrom yer yer gözyaşı hücreleri nadir Target hücreleri mevcut Myeloid seride Hipersegmentasyon izlendi. Trombositler normal Trombosit Anizositozu izlendi. Soğuk Aglutininin negatif, Kriyofibrinogen-Kriyoglobulin, Brusella, Parvovirus B19, Çölyak Antikor tetkikleri negatif sonuçlandı Pirüvat Kinaz: 138,5 Glukoz6 Fosfat Dehidrogenaz Enzim Aktivitesi: 19,5 Flaer Teasti PNH klonu yok Hemoglobin Elektrofrezisi normal olarak sonuçlandı. Hastanın takiplerinde belirgin LDH yükselmesi olmamasına rağmen Transfüzyon sonrası indirekt Bilirubin yüksekliği olması Hemoglobin değerinin tekrar düşme eğilimi göstermesi nedeniyle Alloimmünizasyon/Otoimmün Hemolitik Anemi ön tanılar ile (Total Bil: 16,3 ind. Bil:15,3 LDH:292) Hematoloji önerisiyle mevcut Lökopeni ve Anemisini açıklamak açısından hastaya kemik iliği Aspirasyon ve Biyopsisi yapılması ve Metilprednizolon tedavi başlanması önerildi.

Kemik İliği Aspirasyon Raporu: Yaşa göre Hipersellüler Eritroid seride artış izlenedi Eritroid seride Maturasyon yavaşlaması dev Pronormoblastlar çift çekirdekli Normoblastlar izlendi. Megakaryositler yeterli idi Atipik İnfiltrasyon izlenmedi. Metilprednizolon tedavi sonrası Hemoglobin ve Retikülosit değerleri arttı Bilirubin değerleri geriledi kontrol lab değerleri HB: 10 hct: 34,7 plt:146 bin wbc:5270 Total Bilirubin: 1,85 İndirekt Bilirubin: 1,29 Ret: %3,3 hastanın başvurduğu dönemde Hemolize bağlı Retikülositoz yerine Retikülositopeni görülmesinin nedeni yapıtaşı eksikliği olan derin demir eksikliği Anemisi olmasıdır. Steroid tedavisine vermiş olduğu dramatik yanıt nedeniyle hastada Coombs negatif

Hemolitik Anemi düşünülmüştür. Direkt Antiglobulin testi (dat)-Negatif Otoimmün Hemolitik Anemi (AIHA) tanısı, Hemolizin alternatif nedenlerinin dikkatli bir şekilde dışlanması ve mümkün olduğunda hassas bir teknikle doğrulanmasının ardından yapılabilir ve steroid tedavisine yanıtla desteklenir.

Anahtar Kelimeler: Anemi, Coombs Negatif, Retikülositopeni, Steroid

[PS-38]

Ateş ve Kilo Kaybı ile Gelen Hastada Çoklu Organ Tutulumlu ANCA İlişkili Vaskülit

Berfin Bayraktar¹, Banu Böyük¹, Mehmet Engin Tezcan², Tamer Baysal³, Hande Erman¹, Seydahmet Akın¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği

Giriş: Vaskülitler, organ tutulumu ve tutulum şiddeti farklılıkları nedeni ile tanısız zorluklar içermektedir. ANCA ilişkili vaskülitler küçük damar vaskülitleridir ve mikroskopik polianjitis, granümatöz polianjitis, eozinofilik granümatöz polianjitis bu grupta değerlendirilmektedir. En sık ve ciddi şekilde etkilenen organlar üst ve alt solunum yolları ve böbreklerdir. Bu vakada 5 aydır kilo kaybı, ateş yüksekliği, öksürük şikayetleri olup yapılan tetkikler sonucunda MPO ANCA pozitifliği saptanan ANCA ilişkili vaskülit tanısı alan hasta sunulmuştur.

Olgu: 62 yaş erkek hasta 5 aydır olan kilo kaybı (3 ayda 15 kilo), günde 1 ya da 2 kere 39 derece olan ateş yüksekliği, gece terlemesi, öksürük, balgam nedeniyle dahiliye polikliniğine başvuruyor. B semptomları olan hasta tetkik amacıyla yatışı yapıldı. Özgeçmişinde hipertansiyon, astım, uyku apne sendromu, aort anevrizma tanısı mevcut. Düzenli ilaç kullanım öyküsü yok. Fizik muayenesinde dikkat çekici bir bulgu yok, ele gelen kitle, lenfadenomegali yok. Laboratuvarında normositer anemi, akut faz yanıtı görüldü (tablo-1). İdrar tetkikinde protein/kreatinin: 264.32 mg/görüldü. Alınan 2 set kan kültüründe, idrar ve balgam kültüründe üreme olmadı. PPD anejrik. ARB negatif, gaita tetkiklerinde özellik yok. Hepatit B ve C açısından viral seroloji negatif. Malignite varlığı açısından yapılan gastroskopi/kolonoskopide özellik saptanmadı. Toraks BT:Mediastende milimetrik lenf nodları, sağ akciğer alt lob superior- da 9 mmlik parankimal nodül izlendi. PET CT'de:Sağ akciğer orta lob medial segmentte malignite düzeyinde F-18-FDG tutulumu görüldü. Akciğerdeki lezyondan toraks ince iğne aspirasyon biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu: akut fibrinöz organize,polimorf nüveli lökositler ve seyrek multinükleer dev hücrenin eşlik ettiği mononükleer inflamatuvar hücreler izlenmiştir. Baş ağrısı tarifleyen hastanın temporal arter USG'de arterit saptanmadı. Sinüzit, nazal polip açısından kulak burun boğaza danışılan hastada sinüzit açısından steroid tedavisi önerildi. Takiplerinde kreatinin artışı olan (0.96—0.92—1.39—

1.32mg/dl) spot idrarda hafif proteinüri (264 mg/gr),MPO ANCA + görülen hastaya böbrek biyopsisi yapıldı. Biyopside glomerülde fibrinoid nekroz izlendi, kresent saptanmadı ve bulgular ANCA ilişkili vaskülitler ile uyumludur olarak sonuçlandı. Hasta Anca granülomatoz polianjitis tanısı ile siklofosamid ve glukokortoid tedavisi ile romatoloji takibi devam edilmektedir.

Sonuç: ANCA ilişkili vaskülitlerde renal tutulum serum kreatinin seviyesinde artış olsun veya olmasın asemptomatik hematüri ve genellikle subnefrotik olan değişken derecelerde proteinüri ile ortaya çıkabilmektedir. Konstitüsyonel semptomlar organ özgü semptom ve bulgulardan aylar önce oluşabilir. Bu nedenle konstitüsyonel semptomlarla gelen hastalarda maligniteler ve enfeksiyonların değerlendirilmesi ile birlikte vaskülitlerin akılda tutulması tanıya giden yolda önemli olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: MPO-ANCA, Glomerulonefrit, Vaskülit

Figure-1

LABORATUVAR TETKİKLERİ					
WBC	11.570 u/L	KRE	0.98 mg/dl	AST	38 U/L
HGB	10.8 g/dl	ÜRE	37 mg/dl	ALT	70 U/L
MCV	82.3	GFR	82 ml/dk/1.73 m ²	LDH	263 U/L
PLT	313.000 u/L	ALB	3.2 g/dl	TRANSFERRİN ST.	12 %
LY	1240 u/L	NA	136 mmol/L	FERRİTİN	598 µg/L
NEU	8490 u/L	K	4.46 mmol/L	PROKALSİTONİN	0.146 µg/L
MO	1290 u/L	CL	100 mmol/L	CRP	153 mg/L
EO	500 U/L	CA	8.80 mg/dl	SEDİMENTASYON	67 mm
DİREKT COOMBS İGG	POZİTİF	ANTİ ds DNA	NEGATİF		
DİREKT COOMBS C3B /C3D	NEGATİF	ENA PANELİ	NEGATİF		
KOMPLEMAN C3 VE C4	NORMAL	MPO ANCA	177.12 U/ML		
ANA	NEGATİF	ANTİ PR3 İGG (C-ANCA)	6.41 U/MI		
EBV VCA İGM	NEGATİF	PARVOVİRUS İGM	NEGATİF		
PARVOVİRUS İGM	NEGATİF	SİFİLİZ ANTİKORU	NEGATİF		
SİFİLİZ ANTİKORU	NEGATİF	RIKETSİYA	NEGATİF		
LEPTOSPIRA	NEGATİF	COXIELLA İGM	NEGATİF		
BORRELLIA İGM	NEGATİF	BRUCELLA	NEGATİF		
TOXOPLASMA İGM	NEGATİF	BRUCELLA (ROSEBENGAL)	NEGATİF		
CMV İGM	NEGATİF				

[PS-39]

Usher Sendromlu 7 (Yedi) Kardeş

Ayşenur Kurt, Berrin Aksakal, Sema Basat

SBÜ İstanbul Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Pansitopeni ile başvuran, febril nötropeni ile takip edilen, 43 yaşına kadar Usher Sendromu komponentleri olmasına rağmen tanı almayan hastamızı sunmayı amaçladık.

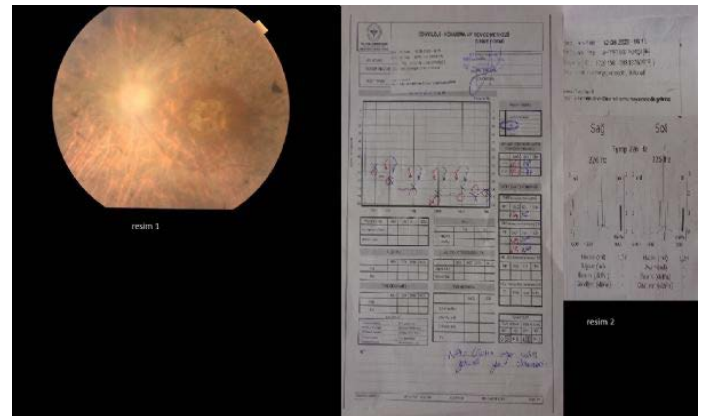
Olgu: Bilinen bilateral sensorinöral işitme kaybı, mental retardasyon (IQ:78), retinitis pigmentosa (Usher Sendromu) kolelitiazis öyküsü (5-6 senedir) tanılı 43 yaş erkek

hastanın pansitopeni tetkiki amacıyla servismize yatırışı yapıldı. Hastanın takiplerinde ateşinin ve nötropenisinin olması üzerine enfeksiyon hastalıklarına danışıldı. Kolesist ve febril nötropeni nedeniyle antibiyoterapisine başlandı. Pansitopenik açıdan tetkik edilen hastada B12 eksikliği anemisi bulundu. B12 tedavisi sonrası retikülosit yanıtı görüldü. Hastanın öyküsünde anne ve babasının birinci derece kuzen evliliği olduğu öğrenildi. 8 çocuğunun 7'sinde işitme ve görme kaybı ile mental retardasyon vardı. Usher sendromu olarak değerlendirilen hastaya göz ve KBB konsültasyonları yapıldı. Retinitis pigmentosa ve sensorinöral işitme kaybı olduğu teyit edildi. Hasta tıbbi genetik bölümüne danışıldı. Usher sendromu olarak değerlendirildi; genetik tetkikleri istendi. Nötropeni tablodan çıkan genel klinik ve laboratuvar değerleri düzelen hasta taburcu edildi. Taburcu edildikten sonra kolesistektomi operasyonu geçiren hastanın genetik tetkik sonuçları bekleniyor.

Tartışma: Usher Sendromu ilk kez Von Graefe tarafından 1858'de tanımlanmış olup, hastalığa, otozomal resesif genetik geçişini gösteren İngiliz oftalmolog Charles Usher'ın ismi verilmiştir. Farklı genotipik özellikler gösterebilen bu sendrom; fenotipik görünümü, konjenital bilateral sensorinöral tipte işitme kaybı ve herediter retinitis pigmentosa'nın yol açtığı progresif görme kaybı ile karakterizedir. Usher Sendromu herediter retinitis pigmentosa ile ilişkilendirilen tek genetik bozukluktur. En az üç farklı alt tipi olduğu düşünülen bu sendromda, vestibüler fonksiyonun yokluğuna bağlı ataksi, anosmi/hiposmi, nazal silia anormallikleri ile azalmış sperm hızı ve motilitesi ek olarak bulunabilen özelliklerdir. Uluslararası Usher Sendromu Konsorsiyumu halen vestibüler fonksiyonun gelişip gelişmemiş olmasını temel kriter olarak alarak, sırasıyla %90, %10 ve <%1 oranında görülen üç alt tipi (USHT1, USHT 2, USHT3) resmi olarak kabul etmektedir. İster funduskopi ister ERG (elektroretinografi) yoluyla elde edilsin, retinal distrofinin tipik bulgularının varlığı, temel tanı kriteri olarak kabul edilmektedir. Bizim hastamızda retinitis pigmentosa'nın ve sensorinöral işitme azlığının olması ve ailede 8 kardeşin 7'sinde aynı semptomların bulunması üzerine genetik olarak kanıtlanması gerektiği düşünüldü. Ailesinde benzer bulguları olan hasta gruplarında herediter geçişi göstermek amaçlı genetik danışma ve ailenin bilgilendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Usher sendromu, retinitis pigmentosa, sensorinöral işitme azlığı

Retinitis pigmentosa (1) sensorinöral işitme kaybı (2)



[PS-40]

Hiperkalsemi ve Akut Böbrek Hasarı ile gelen Pulmoner Sarkoidoz Vakası

Gonca Karakan, Merve Nur Özsoy, Berfin Bayraktar, Banu Böyük, Hande Erman

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

Giriş: Sarkoidoz etiyolojisi bilinmeyen, kronik inflamatuvar vakaların %90'ında akciğer tutulumu olan, multisistemik granümatöz bir hastalıktır. Hiperkalsemi ve renal fonksiyon bozukluğu ile başvuran ve sarkoidoz tanısı alan olgumuzu paylaşacağız.

Olgu: Öyküsünde HT, KBH tanıları olan 60 yaşındaki kadın hasta acil servise 3 gündür devam eden bulantı kusma şikayetiyle başvurdu. Sistem sorgulamasında halsizlik, öksürük, balgam şikayetleri eşlik etmekteydi. Fizik muayenesinde solunum sesleri kabalaşmış, bilateral aksiller bölgede lenfadenopati(LAP) mevcuttu. Hastanın geliş tetkiklerinde üre:111 kreatinin:3.6 kalsiyum:14(8.5-10.5) albümin:3.7 ast:67(0-40) alt:64(0-40) olarak görüldü. Bazal kreatinini 1.3 olarak tespit edildi, üriner ultrasonda postrenal nedenler dışlandı. Tetkiklerinde parathormon:20.3(15-65) fosfor:4.1(2.5-4.5) kalsiyum:12.7 D vitamini:31.9 1,25 OH D düzeyi:78.7(15-90) serum ACE düzeyi:128(14-64) olarak görüldü. Periferik yaymasında atipik hücre görülmedi. Serum protein elektroforezinde pik saptanmadı. 24 saatlik idrarda kalsiyum 299mg(-referans aralıkta) görüldü, spot idrarda protein 279mg/gr(0-140) görüldü. Balgam ARB ve tüberküloz kültürü negatif olarak saptandı. Otoimmün tetkiklerinde ANA 3+, anti MPO IgG:29.6 U/mL(0-20) görüldü. Yapılan görüntülemelerinde aksiller bölgede sağda 17x10 mm, solda 16x9 mm LAP saptandı. Toraks BT'de mediastende ve sol hiler bölgede LAP, akciğer alt loblarda ise buzlu cam manzarası saptandı. Hastanın ABH tablosunda olduğu için kontrastlı görüntüleme yerine olası malignite ve biyopsi yerine karar vermek için PET çekildi. Bu süreçte aksiller LAP'ından ince iğne aspirasyon biyopsisinde patolojik bulgu saptanmadı. PET-CT görüntülemesinde; mediastende, bilateral hiler bölgede, paraaortakaval, portal lenfatik istasyonlarda hipermetabolik multiple LAP saptandı. EBUS sonucunda materyalin patolojisi granümatöz hastalık ile uyumlu saptandı. Metilprednisolon 16mg/gün başlandı. Tedavi sonrası kreatinin:1,6 ACE:34 ast:11 alt:17 kalsiyum:9,5 ve proteinürisi azalmış olarak görüldü.

Tartışma: Sarkoidoz, dünya çapında bireyleri etkileyen multisistem granümatöz bir hastalıktır. Ülkemizde sarkoidoz insidansı 4/100.000 olarak tahmin edilmektedir. Genellikle 50 yaşın altındaki genç erişkinlerde görülür ve 20-40 yaş arasında oldukça siktir. Kadınlarda erkeklere göre biraz daha siktir. Sarkoidozun tipik histopatolojik lezyonu kazeifikasyon nekrozu içermeyen granülomlardır. Klinik belirtiler organ tutulumuna bağlı olarak büyük farklılıklar gösterir. Renal hasar ön planda hiperkalsiüri, hiperkalsemi, nefrolitiazis ve nefrokalsinozise bağlıdır, ayrıca akut veya kronik interstisyel nefrit de görülebilir. Nadir de olsa glomerüler ve renovasküler hastalık, obstrüktif nefropati ve son dönem böbrek yetmezliğine ilerleme oluşabilir. Sarkoidozda organ tutulumları mortaliteyi etkileyen en önemli faktör olup hastaların multisistemik değerlendirilmesi hayati önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: granümatöz, hiperkalsemi, lenfadenopati, sarkoidoz

[PS-41]

Addison Hastalığı Olgusu

Burcu Sallarel, Fatih Akan, Murat Akarsu

Kanuni sultan süleyman eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş: Primer adrenal yetmezlik adrenal bezlerin %90'ı hasar gördüğünde klinik bulgu verir ve semptomlar enerji, tuz ve sıvı dengesinde başrole sahip glukokortikoid ve mineralokortikoid hormonların eksikliğine bağlıdır(1). Kilo kaybı, dehidratasyona bağlı ortostatik hipotansiyon, hiponatremi, hiperkalsemi, kan sayımında bozukluklar (anemi, eozinofili, lenfositoz) ve hipoglisemi görülür(2). Hiponatremi tanısı anında hastaların %90'ında bulunmakla birlikte hiperkalsemi yalnızca hastaların yarısında saptanır.

Olgu: Halsizlik, yorgunluk ve öksürük olması nedeniyle hastanemiz acil servisine başvuran bilinen astım tanılı 71 yaşında kadın hastanın geliş potasyum(K) 8.9mEq/l tamponize mayi sonrasında K:8.5mEq/l ve takılan ikinci tamponize mayi akabinde K:8.3 mEq/l olarak çıkmış ve refrakter hiperkalsemi olarak değerlendirildi. Hasta gelişinde 2 saat hemodiyaliz(HD) Ultrafiltasyon(UF)siz ve kontrolünde K:6 ve tamponize mayi ve günlük 3*1 polistiren sülfonat kalsiyum tuzu ile takip edildi. İki gün sonra hiperkalseminin sebat etmesi ve tamponize mayiye rağmen potasyumun 7.4 mEq/l olması üzerine 2.5 saat HD'ye alındı. Hastada yatışı süresince idrarda sodyum, klor ve potasyum atılımı bakıldı ve potasyum kaybı düşük bulundu. Takiplerinde hasta bir kez hipertansif seyretti ve kalsiyum kanal blokör (amlodipin 10 mg ile araya girildi). Yatışının 7.gününde potasyumun yükselerek 8.1 mEq/l olması üzerine 4 saat Hd ve 1000 UF yapıldı ve kontrol potasyum 6.2 mEq/l geldi. Hastanın ılımlı hiponatremisi, refrakter hiperpotasemisi ve eşlik eden halsizlik, yorgunluk ve iştahsızlık semptomları ön planda adrenal yetmezlik düşündürdü. Hastanın kortizol 11mcg/dl olması nedeniyle ACTH uyarı testi (Cosyntropin testi ve ya Synacten testi) yapıldı ve sonuç yanıtı değerlendirildi. Dinamik Adrenal Bez ve abdomene yönelik bilgisayarlı tomografilerinde bilateral sürrenal loj normal raporlandı. Hastaya Deltacortil 5 mg 1.5 tb ve Fludrokortizon (Astonin) 0.1 2*1 mg başlandı ve bir ay sonra Endokrinoloji poliklinik kontrolüne çağırıldı.

Sonuç: Adrenal yetmezlik nadir görülür. Adrenal kriz hayatı tehdit eden acil bir durumdur. Bizim vakamızda hastanın hayatı tehlikesini oluşturan durum hiperkalsemiydi ve ekg çekilerek refrakter hiperpotasemiye yaklaşımın hayat kurtarıcı olduğuna dikkat çekerek sizlerle tanı algoritmamızı paylaştık.

Kaynak: Naziat A, Grosmann A. Adrenal insufficiency. In De Groot LJ. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. 2015: 12. Bornstein SR, Allolio B, Arlt W, et al. Diagnosis and treatment of adrenal insufficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101: 364-389.

Anahtar Kelimeler: Adrenal yetmezlik, kortizol, hiperkalsemi

Biyokimya (geliş kanları)

Biyokimya(geliş kanları)	3/15/2024	Normal aralık
Renin	2 ng/ml/saat	(2-6)
Aldosteron	3 ng/dl	(0-15)
Kalsiyum	8.5 mg/dl	(8.3-10.5)
Na	132 mEq/l	(135-145)
Potasyum	8.9 mEq/l	(3.5-4.5)
INR	1.01sn	(0.8-1.2)
Hemoglobin	10.2 g/dl	(12-16)
Platelet	255 000 hücre/ml	(100-400 bin)
Crp	9 mg/l	(0-5)
Kortizol	11mcg/dl	(10-20)
ACTH	470 pg/ml	(9-25)
Tsh	1.9 mU/ml	(0.27-4.8)
İdrarda Na	54 milimol/l	(15-237)
İdrarda Cl	40 milimol/l	(24-255)
İdrarda K	10 milimol/l	(22-164)
Kan gazı pH	7.00	(7.35-7.45)

[PS-42]

Nadir bir adrenal yetmezlik nedeni: Adrenolökodistrofi

Esin Havare¹, Özlem Doğan²

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, İstanbul

Giriş: X'e bağlı adrenolökodistrofi (ALD), X kromozomunda bulunan ABCD1 genindeki mutasyonlar nedeniyle oluşan, çok uzun zincirli yağ asitlerinin (VLCFA) peroksizomal beta-oksidasyonunun bozulması ile karakterize metabolik bir bozukluktur. Plazmada ve beyaz cevher, omurilik ve adrenal korteks başta olmak üzere tüm dokularda VLCFA birikir. Tüm popülasyonda görülme sıklığı 1.3/100.000 olmakla birlikte, erkeklerde görülme sıklığı 1/20.000 olarak bildirilmektedir. Bu hastalar doğumda asemptomatik ancak ilerleyen yıllarda adrenal yetmezlik, lökodistrofi ve miyelonöropati gelişebilir.

Olgu: Hastamız 23 yaşında erkek hastaydı. İki yıldır artarak devam eden yürümede güçlük ve denge bozukluğu şikayeti mevcuttu. Dışmerkezde yapılan nörolojik muayenesinde, alt ekstremitelerde parezi, ayak eversiyonunda azalma, kas tonusunda artma, derin tendon reflekslerinde hiperaktivite saptanmıştı. Romberg pozitif olan hastada spastik paternli yürüme gözlenmişti. Yapılan kranial ve spinal MR incelemelerinde patoloji saptanmamış, EMG ve görme alanı normal sonuçlanmıştı. Ek olarak, nöropsikolojik testlerde dikkat, bellek ve akıcılıkta bozulma olduğu gözlenmişti. Ürolojik şikayetlerinin değerlendirilmesi sonucunda, urge inkontinans tanısı konularak mirabegron başlanılmıştı. Cilt renginde koyulaşma gözlenen hastanın kortizol seviyesi 8 µg/dL, ACTH seviyesi >2000 pg/mL olarak ölçülmüş, çekilen hipofiz MR'da patoloji saptanmamıştı. Hasta endokrinoloji, nöroloji ve üroloji poliklinik kontrolü önerileri ile taburcu edilmişti. Merkezimize başvurusunda yapılan tetkiklerinde kortizol 5.5 µg/dl,

ACTH >2000 pg/mL, plazma renin aktivitesi (PRA) 4.32 ng/mL/sa, aldosteron 23.5 ng/dL, Na 138 mmol/L, K 4.5 mmol/L olarak belirlendi. Düşük doz ACTH stimülasyon testinde kortizol yanıtının 8 µg/dl'ye kadar yükseldiği görüldü ve prednizolon 1x5 mg başlandı. Hastanın dayısında da yürümede güçlük şikayeti olduğu öğrenildi. Bilişsel bozukluğu, spastik paraplizi, üriner inkontinansı ve adrenal yetmezliği olan hastada X'e bağlı adrenolökodistrofi düşünülerek VLCFA testi gönderildi: C26:0 (6.02 µmol/L) ve C26/C22 (0.088) yüksek gözlemlendi. Genetik testi sonucunda ABCD1 geninde NM_000033.3: c.1825>A p.(Glu609Lys) MİSSENSE varyantı HEMİZİGOT saptandı.

Tartışma: Primer adrenal yetmezlik %70-90'ından otoimmün adrenalitin sorumlu olduğu nadir bir hastalıktır. Daha nadir nedenler arasında enfeksiyonlar, metastaz, kanama, ilaçlar sayılabilir. ALD de bu nadir nedenler arasında yer alır. Tanısında plazma çok uzun zincirli yağ sitleri ölçümü ilk basamak tetkik olup yükseklik tespit edilirse genetik konfirmasyon yapılması önerilmektedir. Lökodistrofi olan hastalarda kemik iliği nakli yapılabilirken, miyelonöropatide destek tedavisi, adrenal yetmezlik olgularında hormon replasmanı verilir. Glukokortikoid tedavisi yanında %15 kadar hastada mineralokortikoid tedavisi gerekebilir. Mineralokortikoid replasman ihtiyacına plazma aldosteron ve plazma renin aktivitesi değerlerine göre karar verilebilir. Primer adrenal yetmezlik erkek hastaların %30-40'ında ilk belirti olarak ortaya çıkar ve adrenal yetmezlik geliştirme riski yaşla birlikte artar. Bu nedenle özellikle genç erkek hastalarda ortaya çıkan primer adrenal yetmezlik tablosunda X'e bağlı adrenolökodistrofi ayırıcı tanılar arasında olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adrenal yetmezlik, VLCFA, X'e bağlı adrenolökodistrofi

[PS-43]

Radius Aplazisi ve Trombotik Trombositopenik Purpura Birlikteliği Olgu Sunumu

İrem Sueda Uçar, Ayşe Şule Gelgeç, Aslıhan Bayır, Müge Bilge, Abdülbaki Kumbasar

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

Giriş: Radial yetersizlikler, genetik olarak sporadik ve mendelian geçişi olduğu bilinen konjenital bozukluklardandır. Bu vakaların bir kısmı renal, oküler (örn. Okihiro Sendromu) kardiyak defektlerle karakterize sendromlar (örn. Holt-Oram Sendromu), kemik iliği yetersizliği ilişkili sendromlar (örn. Fanconi Anemisi) ve trombosit yetersizliği ilişkili sendromlarla (örn. Trombositopeni Absent Sendrom-TAR-) ilişkili bulunmuştur. Mevcut literatür taraması ışığında mikroanjyopatik hemolitik anemi (MAHA) ilişkili bir tablo tanımlanmamıştır. Vakamızı mevcut radius aplazisi ve trombotik trombositopeni purpura (TTP) varlığını bu tip genetik bir bozukluğun trombosit ilişkili diğer tablolarla da ilişkilendirilebileceği açısından sunmak istedik.

Olgu: 62 yaşında bilinen kronik hastalığı olmayan hasta vücudunda yaygın döküntüler, kollarda bacaklarda ağrı, bilinç bulanıklığı ve konuşmada zorlanma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Soygeçmiş ve aile öyküsü sorgulandığında kızının TAR Sendromu (Trombositopeni Absent

Radius Sendromu) tanısı aldığı ve 10 yaşında exitus olduğu öğrenildi.

Hastanın başvurusu sırasında vitalleri vücut sıcaklığı 36 C, kan basıncı:130/80 mmHg, kalp tepe atımı:86/dk, dakika solunum sayısı 18/dk olarak saptandı. Yapılan fizik muayenesinde genel durum orta, bilinç açık semi koopere-oryante idi. Solunum sistemi muayenesi doğal, abdomen muayenesinde batin rahat defans ve rebound yok olarak saptandı. Pretibial ödem saptanmadı. Alt ekstremitelerde yaygın peteşiyal döküntüler saptandı. Orofaringks muayenesi doğal, aftöz lezyon ve bül saptanmadı. Hastanın üst ekstremitelerinde muayenesinde sol kolda şekil bozukluğu ve fonksiyon kaybı olduğu görüldü. Yapılan üst ekstremiteler radyografisinde sol kolda radius aplazisi varlığı görüldü. Hastanın tarafımıza başvurusu sırasında beyaz küre 15.000/mL, hemoglobin: 6.1g/dL, platelet: 3000/mm³, üre 63 mg/dl, kreatinin: 1,11 mg/dL AST:61U/L, ALT 34 U/L LDH:1203U/L, INR aPTT normal, CRP:9 mg/L olarak saptandı. Hastanın yapılan periferik yaymasında trombosit sayısı 10.000/mm³ ile uyumlu görüldü. Yaygın şistositler, hemoliz ile uyumlu olarak eritroid öncüller ve polikromazi mevcutluğu görüldü. Trombotik trombositopeni purpura ön tanısı ile ADAMTS-13 düzeyi gönderildi ve düşük saptandı (<0.2%).

Hastanın yapılan değerlendirmesi sonucu TTP tanısı ile plazmaferez başlanması planlandı. Hastanın takibi sırasında günlük plazmaferez ihtiyacı oldu. LDH ve trombosit takibi yapıldı. Plazmaferez tedavisi sırasında trombosit değerlerinde beklenen yanıt alınamaması üzerine hastaya haftalık rituksimab tedavisi mevcut plazmaferez tedavisi günde iki kere planlanarak eklendi. Üç haftanın sonunda periferik yayması tekrarlandı. Trombosit sayısı 130.000/mm³ ve şistosit sayımı azalmakla birlikte %5-10 ile uyumlu görüldü Ek olarak LDH değeri geriledi.

Sonuç: Hastamızda saptanan radius aplazisinin TTP ile ilişkili olma durumu bildirilmemiş olup radius aplazisinin trombosit ilişkili hastalıklar açısından ilişkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Radius Aplazisi, Trombotik Trombositopenik Purpura, Trombositopeni, Plazmaferez

Resim 1



Hastanın sol ön kol grafisinde radius aplazisi dikkati çekmektedir.

[PS-44]

Hipereozinofili ve Dalak Enfarktı ile Başvuran B-ALL Vakası

Burak Dayan¹, Aslıhan Kenter¹, Hande Erman¹, Tayfun Elilob², Banu Büyük¹, Tamer Baysal³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Hematoloji Kliniği

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği

Giriş: Periferik kandaki eozinofil sayısının ≥ 1500 u/L olarak tanımlanan hipereozinofili allerjik hastalıklar, paraziter enfeksiyonlar ve bazı malignitelere görülebilmektedir. Hipereozinofili ile seyreden akut lenfoblastik lösemi oldukça nadirdir (<%1) ve genellikle periferik kanda blastların görülmemesi ile karakterizedir. Bütün organlar eozinofilden etkilenebilir (tutulum sıklığına göre sırayla cilt, pulmoner sistem, gastrointestinal sistem). Kardiyak doku infiltrasyonu ve sitokin salınım nedeniyle trombosit agregatları oluşabilir ve tromboembolik olaylar nedeni ile organ hasarları görülebilir. Bu vakada dalak enfarktı ile başvuran, eozinofili tetkik sonrasında B-ALL tanısı alan hasta sunulmuştur.

Olgu: 18 yaşında kadın hasta tekrarlayan sol yan ağrısı şikayeti ile acile başvurusu sonrası dalak enfarktı tanısı ile cerrahi servisine yatırılıyor. Takiplerinde iskemik serebrovasküler olay ve sonrasında yoğun bakım ünitesinde takip edilen hasta tetkik amacıyla servisimize devir alınıyor. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yok, düzenli kullandığı ilaç yok fakat yoğun bakım takiplerinde 3 gün boyunca 80 mg/gün metilprednisolon aldığı bilinmekte. Fizik muayenesinde; genel durumu orta bilinci açık oryante koopere, solunum sesleri bilateral doğal, batin rahat, splenomegali mevcuttu. Bilateral üst ekstremitelerde 2/5, alt ekstremitelerde 2/5 kas gücü olarak değerlendirildi. Nöroloji önerileri ile önce dmah sonrasında ise asetilsalisik asit ile takip edilmeye başlandı, nörolojik semptomlarının (kas güçsüzlüğü gibi) gerilediği görüldü. Geliş tetkiklerinde nötrofil hakimiyetinde lökositoz ve EO:28.540u/L görüldü. YBÜ yatışı sonrası servis devrinde ise lökositozun gerilemiş olduğu, normositer anemi ve trombositopeni geliştiği görüldü (Tablo-1). Periferik yaymada eozinofil yüzdesi %10, diğer serilerde özellik yok, atipik hücre görülmedi. Dalak enfarktı ve SVO tetkik amacıyla trombofili paneli, gelişindeki hipereozinofili nedeni ile PDGFRA/FGFR1/JAK-2/MPL/CALR/genetik testleri ve periferik kandan kromozom analizi gönderildi. Trombofili panelinde PAI-1 4G/5G homozigot saptandı, diğer gen testlerinde patoloji saptanmadı. CMV, EBV, toksoplazma, brusella, akut hepatit ve parazit enfeksiyonuna yönelik tetkiklerinde bulgu saptanmadı. ANA/p-ANCA/c-ANCA negatif, C3 ve C4 düzeyi normal, diğer romatolojik tetkiklerinde özellik yoktu. Total IgE:194 (normal aralıkta) saptandı. Enfektif endokardit ekartasyonu amacı ile transözefagial ekokardiyografi yapıldı; trombus/vejetasyon saptanmadı. Lenfadenopati taraması için yapılan yüzeyel doku usg'de; her iki aksillada birkaç adet reaktif görünümde lap izlendi. Aralıklı bakılan kontrol hemogram tetkiklerinde eozinofil sayısının artışa geçtiği görülen

ve ilk acil başvurusunda da eozinofili saptanan, multiple tromboembolik olaylar (dalak enfarkt, serebral enfarkt) ile seyreden hastanın etyolojisindeki diğer faktörler dışlandıktan sonra hastanın kemik iliği biyopsisi yapılması planlandı. Yapılan biyopsi sonrasında hastaya B-ALL tanısı konuldu, hematolojik takibi planlandı.

Sonuç: Hipereozinofili ve birden fazla organı etkileyen tromboembolik hadiseler ile seyreden bu vakada; hipereozinofiliye neden olacak ve trombositopeniye yatkınlık oluşturacak nedenler tek tek ekarte edilmiş olup, kemik iliği biyopsisi sonrasında hasta B-ALL tanısı almıştır.

Anahtar Kelimeler: Hipereozinofili, enfarkt, akut lenfoblastik lösemi

Figure-1

HEMOGRAM	GELİŞ TETKİKLERİ	DEVİR ANINDA TETKİKLERİ	TAKİP TETKİKLERİ
WBC	126800 u/L	7950 u/L	11650 u/L
HGB	12.3 g/dl	8.5 g/dl	12.4 g/dl
PLT	61000 u/L	103000 u/L	265000 u/L
NEU#	88430 u/L	5600 u/L	5280 u/L
LY#	8020 u/L	840 u/L	1870 u/L
EO#	28530 u/L	1380 u/L	4130 u/L
MO#	1300 u/L	120 u/L	360 u/L

Takibindeki hemogram parametreleri

[PS-45]

Hemoptizi ile Gelen Hastada Paraneoplastik Cushing Sendromu Tanısı

Elif Rana Tatar¹, Banu Büyük¹, Tamer Baysal², Hande Erman¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kartal Dr Lutfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kartal Dr Lutfi Kırdar Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği

Giriş: Cushing sendromu vakalarının yaklaşık %5-10'u paraneoplastiktir. Paraneoplastik cushing sendromu, özellikle küçük hücreli akciğer kanserinin, daha az sıklıkla bronşial karsinoidlerin nadir fakat önemli bir komplikasyonudur ve kötü prognozla ilişkilidir. Retrospektif çalışmalara göre ektoptik cushing sendromu ile seyreden kanser hastalarının sağkalım süresi ortalama 3-6 aydır. Erken tanı prognoza direkt etkili ancak oldukça zordur. Kanlı balgam ve yaygın ödem ile başvuran, şiddetli hipokalemi ve hiperglisemi ile seyreden paraneoplastik cushing vakasını sunuyoruz.

Olgu: Özgeçmişinde hipertansiyon, koroner arter hastalığı tanılı, aktif smoker (45 paket/yıl), 61 yaşında erkek hasta öksürmeyle bulaş şeklinde kan gelmesi, halsizlik ve yaygın ödem şikayeti ile acil servise başvurdu. Başvurusunda hipertansif (152/94 mmhg), hiperglisemik (Glukoz: 317 mg/dl) görüldü. Nabız:67/dk, solunum sayısı:20/dk, oda havasında spo2:97% görüldü. Fizik muayenesinde; 1 hafta önce başladığını beyan ettiği bilateral +++ değerlendirilen, gode bırakan pretibial ödem mevcuttu.

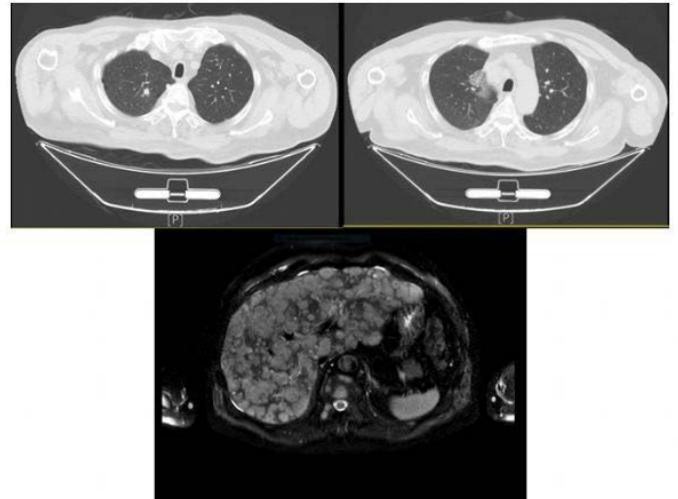
Laboratuvar incelemesinde; GLU:397 mg/dL, AST:134 U/L, ALT: 224 U/L, TotalBilirubin:8,20 mg/dL, Direkt Bilirubin:4,86 mg/dL, GGT:1193 U/L, ALP:199 U/L, Amilaz:838 U/L, Albümin:3,5 g/L, Sodyum:141 mmol/L, Potasyum:3,19 mmol/L, C-Reaktif Protein:2,8 mg/L, Prokalsitonin:17,86 mg/L, CA19-9:3166 U/mL, INR:1,45, HbA1C:7,9% wbc:8170/uL, hgb:14,5 g/dL plt:91.000/uL, venöz kan gazında pH:7,46, pCO2:52 mmHg, pO2:29 mmHg, HCO3:32 mmol/L görüldü. Periferik yaymada gerçek trombositopeni olarak değerlendirildi, atipik hücre görülmedi. Viral ve otoimmün hepatit markerları Negatif; Balgamda Arb: Negatif, balgamda tüberküloz kültürü: Negatif, mikobakteri kültürü: Negatif sonuçlandı. Kontrastsız toraks bt'de sağ üst paratrakeal alanda 3 cm çapında yuvarlak konfigürasyonlu yumuşak doku artışı ve sağ akciğer üst lob apikal segmentte 10mm boyutunda nodül izlendi.

Abdomen MRG'da; karaciğer boyutu artmış (220 mm), karaciğer parankimini tama yakın dolduran büyüğü yaklaşık 3 cm boyutlu t1 hipointens, t2 hiperintens görünümde, kontrastlı incelemelerde periferik heterojen kontrastlanan, difüzyon ağırlıklı incelemelerde difüzyon kısıtlanmalar gösteren yaygın kitleler izlenmekteydi. (ön planda metastaz lehine değerlendirildi.) Tetkiklerinde; TSH:0,17 mIU/L, free T4:<0,04 ng/dL, Anti-TPO: <0,9 IU/ml görüldü. ACTH:91 mg/dL, Kortizol:144 ng/L görüldü. 1 mg deksametazon supresyon testi ile basılanmadı. (Kortizol:144 ng/L) Hipofiz MRG'da özellik görülmedi. Hastanın takiplerinde dirençli hipokalemi görüldü. İntravenöz infüzyon ile yatışı boyunca replasmanlarına devam edildi. Levotiroksin tedavisi başlandı. Kan şekeri regülasyonu bazal-bolus insülin ile sağlandı. Genel durumu nedeni ile EBUS yapılamadı, karaciğer biyopsisi yapıldı ve "Yüksek dereceli nöroendokrin tümörü (nöroendokrin karsinom)" olarak raporlandı. Hasta internasyonunda 15 gün sonra ex oldu.

Tartışma: Ektoptik Cushing sendromu ile giden küçük hücreli akciğer kanseri, kötü prognozla seyreden bir hastalıktır. Erken tanı ve tedavi prognoz ile ilişkilidir. Vücutta yaygın ödem, kas güçsüzlüğü, hipokalemi, hiperglisemi ile seyreden vakalarda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemoptizi, paraneoplastik sendrom, Cushing Sendromu

Figure-1



[PS-46]

Karaciğer Enzim Yüksekliği Nedeni ile Tetkik Edilen Hastada Otoantikör Negatif Otoimmün Hepatit Tanısı

Abdüssamet Genç, Aslıhan Kenter, Hande Erman, Banu Büyük

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

Giriş: Otoimmün hepatit; otoimmün zeminde gelişen hepatoselüler hasar ile karakterize ilerleyici, kronik bir karaciğer hastalığıdır. Hastalar asemptomatik olabileceği gibi; klinik bulgular halsizlik, bulantı, karın ağrısı, akut karaciğer yetmezliği gibi geniş bir yelpaze gösterebilir. Sıklıkla görülen bulgular arasında serum aminotransferaz düzeylerinde yükselme, dolaşımda otoantikörlerin varlığı, hipergamaglobulinemi, karaciğer histolojisinde interface hepatit ve lenfoplazmositer hücre infiltrasyonu varlığı sayılabilir. Otoimmün hepatitlerde genellikle total bilirubin, GGT ve ALP düzeylerinde ılımlı bir artış olurken, aminotransferaz düzeyleri daha belirgin yükselir. Olgumuzda otoantikörler negatif saptandığı halde karaciğer biyopsisi ve klinik bulgular ile otoimmün hepatit tanısı konan hastanın kortikosteroid tedavisine verdiği dramatik yanıtı ele aldık.

Olgu: Bilinen kronik hastalık öyküsü düzenli ilaç kullanımı olmayan hasta yaygın karın ağrısı, kaşıntı/şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede batın sağ üst kadranda minimal hassasiyet saptandı. Akut batın nedenleri dışlandı. Hepatotoksik ilaç, madde, alkol kullanımı olmayan hastanın tetkiklerinde AST:825U/L, ALT:1055U/L, total bilirubin:1.42mg/dl, konjuge bilirubin:0.7mg/dl, INR:1.13 ALP:360U/L, GGT:364U/L, LDH:274U/L saptandı. Viral seroloji istendi negatif sonuçlandı. Takibinde KCFT yüksekliğinin sebat etmesi, ALP GGT yüksekliği eşlik etmesi nedeniyle çekilen MRCP'de safra yolları doğal görüldü. Ferritin yüksekliği ve transferrin saturasyonu: %48 görüldü. Kontrastlı karaciğer MR'da hemakromatozu düşündüren demir birikimi görülmüdü. 24 saatlik idrarda bakır düzeyi serum seruloplazmin gönderildi normal aralıkta görüldü. ANA, AMA, ASMA, LKM-1, p-ANCA negatif, hipergamaglobulinemi görüldü. Karaciğer dışı KCFT yüksekliği yapan nedenlerden Adrenal yetmezlik değerlendirmek için bakılan sabah kortizolü >18 görüldü, TSH normal aralıkta saptandı. Karaciğer biyopsisi yapıldı, patoloji sonucunda portal alanlarda eozinofilleri de içeren lenfoplazmositik infiltrasyon, parankimde belirgin inflamatuvar aktivite ve interface hepatit ile uyumlu görünüm ve olası otoimmün hepatit olarak raporlandı.

1mg/kg dozunda prednizolon tedavisi başlandı. Tedavinin 7.gününde AST:47U/L, ALT:124U/L, Total bilirubin:1.10 olarak görüldü, poliklinik takibinde tedavisine azotiopürin eklendi.

Tartışma: Otoimmün hepatitin klinik seyirdeki çeşitlilik nedeniyle otoimmün hepatit tanısını doğru ve zamanında koymak zordur. Uluslararası Otoimmün Hepatit Çalışma Grubu puanlama sistemine göre hastamızda otoantikör negatif otoimmün hepatit tanısı almıştır. Otoantikörlerin negatif saptanması teşhisi ve tedavi sürecini etkilemez. Klinik açıdan şüpheli olgularda kontrendikasyon olmama-

sı halinde karaciğer biyopsisi ile histopatolojik tanı konulmalıdır. Olgumuzda otoimmün markerlar negatif olsa bile serum aminotransferaz yüksekliği saptanan olgularda otoimmün hepatit gibi mortalite oranı yüksek bir hastalığın akla gelmesi ve klinik şüphe halinde başlanan kortikosteroid tedaviye alınan dramatik yanıtı dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: otoimmün hepatit, otoantikör, karaciğer fonksiyon testleri

[PS-47]

Kemik Ağrısı, Gece Terlemesi Şikayeti ile Gelen Hastada Otoimmün Hepatit Tanısı

Muhammed Ali Temiz¹, Banu Büyük¹, Tamer Baysal², Hande Erman¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği

Giriş: Otoimmün Hepatit, kadın cinsiyet dominansı, yükselmiş transaminaz ve immünglobulin G düzeyleri, otoantikör seropozitifliği ve histolojik düzeyde "interface" hepatit bulgularıyla karakterize, immün mekanizmalarla ortaya çıkan kronik bir karaciğer hastalığıdır. 3 alt tipi vardır. En sık ANA, ASMA daha seyrek Anti SLA/LP pozitifliği ile seyreden Tip-1 Otoimmün Hepatit görülmektedir. Kemik ağrıları, gece terlemeleri ile başvuran Otoimmün Hepatit vakasını sunuyoruz.

Olgu: Hipertansiyon öyküsü olan hasta kemik ağrısı, gece terlemesi şikayeti ile başvuruyor. Başvurusunda Nabız:76/dk, solunum sayısı:20/dk, oda havasında spo2:96 Tansiyon Arteriyel: 130/80 Vücut Isısı:36,7°C olarak görüldü. Fizik muayenesinde özellik yoktu. Laboratuvar incelemesinde; böbrek fonksiyon testleri normal, AST:540U/L ALT:348 U/L Albümin: 3,4g/L Total Protein:9,6 g/L T.Bilirubin:1,63 mg/dL Direk Bilirubin: 1,08mg/dL ALP:135U/L GGT:243U/L, INR:1,46, HGB:10,6 MCV:84,8 olarak görüldü. Karaciğer Fonksiyon Testlerinin yüksekliği, normositer anemisi, albümin-protein tersleşmesi olan hastanın yatışı yapıldı. Viral Hepatit serolojisi, CMV, EBV, HIV, Toxoplazma, Brucella negatif görüldü. İskemik Hepatit düşündürecek LDH predominasyonu, hipotansiyon, senkop ve iskemik EKG değişikliği yoktu.

Abdomen USG'de:Karaciğer boyutu normal, grade 1 hepatosteatoz, dalak boyutu 160 mm görüldü. Portal Doppler USG'de: Portal ven çapı 9.5mm, splenik ven çapı 6mm, normal sınırlarda ölçüldü. 24 saatlik idrarda bakır, seruloplazmin, serum bakır düzeyi normal aralıkta görüldü. Göz muayenesinde Kayser-Fleischer halkasına rastlanılmadı. Alfa 1 antitripsin düzeyi:2,11 g/L. Transferrin Saturasyonu: %19 görüldü, hemakromatoz düşünülmedi. Gastroskopi ve kolonoskopisinde anlamlı patoloji görülmüdü. Serum IgG:48,8,2 IgM:1,23 IgA:1,75g/L saptandı. Protein Elektrofrezinde Hipergamaglobulinemi saptandı. İmmün Elektrofrezinde band görülmüdü.

Ana: Zayıf Pozitif, ASMA:Zayıf Pozitif AMA: Negatif, LKM: Negatif olarak görüldü. ENA PANELİ'nde: Cenp B: Zayıf Pozitif, Anti-MPO IgG:171,2 U/mL olarak pozitif görüldü. P-ANCA pozitif görülen hasta için Akciğer, Böbrek ve Periferik Sinir Sistemi tutulumu açısından incelendi. Anlamli patoloji bulunamadı. Hastaya açıklanamayan hepatit nedeni Karaciğer biyopsi yapıldı. Hasta için Revize Uluslararası Otoimmün Hepatit Grup(IAIHG) skorlama sistemi hesaplandı. Skoru: 18, Kesin Otoimmün Hepatit olarak yorumlandı. 32 mg oral metilprednizolon başlandı. Karaciğer Biyopsi Raporu: Bazı Safra duktuslarını infiltre eden, birkaçında destruksiyona yol açan portal ve lobuler inflamatuvar reaksiyon belirgindir. Lif artışı mevcut olarak yorumlandı.

Hastanın poliklinik takiplerinde Karaciğer Fonksiyon testleri belirgin gerilemiş, IgG seviyesi düşmüş olarak görüldü. Hastanın kliniği ve tedaviye yanıtı ön tanımız olan Otoimmün Hepatit'i desteklemekte ve takipleri devam etmektedir.

Tartışma: Otoimmün Hepatit daha sık olarak kadınlarda görülen, asemptomatik transaminaz yüksekliğinden siroza kadar geniş bir spektrumda karşımıza çıkabilen bir dışlama tanısıdır. Skorlama sistemlerinden destek alınabilir. Biyopsi ile tanı doğrulanır. Ömür boyu takip ve tedavi gereksinimi olan, relapslar ile karşımıza çıkan bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: otoimmün hepatit, karaciğer fonksiyon testleri, hipergamaglobulinemi

[PS-48]

İlaç İlişkili İmmün Hemolitik Anemi Vakası

Gökçe Deniz Tural, Banu Böyük, Hande Erman

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

Giriş: İlaçların; immünizasyon, oksidasyon, methemoglobinemi ve trombotik mikroanjyopati gibi farklı mekanizmalarla hemolize sebep olabildiği bilinmektedir. Bu durumlardan biri olan ilaçla ilişkili immün hemolitik anemi, otoimmün hemolitik anemiler arasında nadir görülmele birlikte, tanı alındığında hemolizi tetikleyen ilacın kullanımının durdurulması ile dramatik bir iyileşme göstermektedir. Bu vakada baş dönmesi, halsizlik, mide bulantısı ve baş ağrısı gibi nonspesifik semptomlarla başvuran bir ilaç ilişkili immün hemolitik anemi vakasını inceleyeceğiz.

Olgu: Bilinen Arnold Chiari malformasyonu tanılı nöroşirurji tarafından takipli, düzenli ilaç kullanımı olmayan 57 yaşında kadın hasta, 10 gündür devam eden baş ağrısı, halsizlik ve baş dönmesi şikayetleriyle başvuruyor. Fizik muayenede hafif ikter dışında patolojik bulgu saptanmıyor. Laboratuvarda; Glukoz:111mg/dl, renal ve karaciğer fonksiyon testleri normal, CRP:11.6mg/dl, INR: 1.06, RBC: 2.01 10⁶/uL HGB: 6.3g/dl, RDW-CV:%25.9, MCV:105, PLT:315.000, IRF: %36, LDH:296 U/L, Transferrin Satürasyonu: %24, Ferritin:396, Haptoglobulin: <0.1 g/L, Retikülosit yüzdesi:%15.77, Retikülosit sayısı:292.000 10⁶/uL(Belirgin

Artmış), Direkt Coombs C3b, C3d: Pozitif, Direkt Coombs IgG Pozitif, Sedimentasyon:69 mm, B12:296, Folat:9.1 görüldü. Romatolojik markerları negatif izlendi. Periferik yaymada şistosit, immatür eritrositler ve sferositler görüldü. Hemolitik anemi nedenleri sorgulandığında;Arnold Chiari malformasyonu nedeni aralıklı olarak baş ağrıları olduğu ve bu nedenle diklofenak sodyum kullanımını artırdığı öğrenildi. İlaç ilişkili immün hemolitik anemi olarak değerlendirilen hastaya 60 mg (1mg/kg/gün) metilprednizolon başlandı. Tedavinin 4. gününde RBC: 2.25 10⁶/uL HGB: 7.1 g/dl, RDW-CV:%20.4, MCV:95, prednol tedavisine yanıtı görüldü. Diklofenak sodyum içeren ilaçlar kullanmaması önerilerek, prednol 16 mg 2*2 ile, 4 gün sonrasında hemogram kontrolü için çağırılarak taburcu edildi. Hgb > 10 görülmesi halinde prednol kademeli doz azaltılarak kesilmesi planlandı. 5 haftanın sonunda Hgb 10.4 görüldü ve tedavi kesildi. 12. Haftada HGB: 12.2 g/dl görüldü. Hastanın tedavisiz düzenli aralıklarla kontrolleri ve takipleri hala devam etmektedir.

Tartışma: Non spesifik semptomlarla başvuran anemik hastalarda ilaç kullanımı mutlaka sorgulanmalı ve ilaç ilişkili immün hemolitik anemilerin görülme prevalansı yüksek olmasa da; NSAID grubu ilaçların, ilaç ilişkili immün hemolitik anemiyi en sık tetikleyen ilaç gruplarından birisi olduğu unutulmamalıdır. Arnold Chiari malformasyonu, genellikle belirli nörolojik belirtilerle kendini gösteriyor ve genellikle doğrudan eritrositleri veya otoimmün sistemi etkilemiyor olsa da, yapılan araştırmalarda bu malformasyonun neden olduğu basınç ve sinir hasarının, vücutta genel bir inflamatuvar yanıtı tetikleyebildiği gösterilmiştir. Bu inflamatuvar yanıtın veya inflamatuvar yanıtı tetikleyen anomalilerin de otoimmün hastalıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: anemi, diklofenak sodyum, hemoliz

[PS-49]

Pet-Bt'de Görünmeyen Bir Kanser Vakası

Gözde Özsoy, Hanife Şerife Aktaş, Sema Basat

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

Giriş: Kanser, %10-15 hastada metastazla ortaya çıkar. Bu hastaların birçoğunda taramalarda primer kanser odağı saptanır. Fakat %3-5 hastada tüm incelemelere rağmen primer kanser saptanamaz. PET-BT(Pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografi), malignite riskinin değerlendirilmesi amacıyla yaygın olarak kullanılır.Ancak, düşük metabolik aktiviteli ve doubling time uzun olan tümörlerde yanlış negatif sonuç verebilir. PET-BT'nin duyarlılığı %88-96, özgüllüğü %78-96 ve doğruluğu %93 olarak bildirilmiştir. Bu vakamızda PET-BT'de görülmemesine rağmen biyopsi sonuçları ile metastatik kolon adenokarsinom tanısı alan hastamızda PET-BT'nin yanlış negatif sonuçlanabileceğini hatırlatmak istedik.

Olgu: 56 yaş erkek hasta merkezimize karın ağrısı, karında şişlik ve kabızlık şikayetleri ile başvurdu. Şikayetleri bir aydır mevcuttu. Karın ağrısı batında yaygındı. Ek ola-

rak oral alımda azalma ve persistan kusmaları mevcuttu. Anamnezi derinleştirildiğinde son 6 ayda %20'den fazla kilo kaybı mevcuttu. Ateş, gece terlemesi yoktu. Soygeçmişinde babasında akciğer kanseri, kız kardeşinde siroz tanısı mevcuttu.

Vital bulguları ateş:36.2°C, tansiyon:110/85 mmHg, nabız:85/dk, satürasyon: %98. Fizik muayenesinde kaşektik görünümdeydi. Batını distandüydü ve perküsyonla açıklığı yukarı bakan matitesi mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Laboratuvar tetkiklerinde, wbc:10300(4000-10000), neu:7622(2000-7000), lym:1680(800-4000), hgb:11,3 g/dl(12-16 gr/dl), plt:721000(100000-400000). Hasta asit ve malignite tetkik nedenli dahiliye servisinde interne edildi. Hastaya asit drenaj kateteri takıldı. Katater sonrası karın ağrısı geriledi. Asit örneğinden sitoloji, hücre sayımı, ADA tetkiki yapıldı. Hücre sayımında wbc:630, PMNL:154, eritrosit: 6000 olarak görüldü. Serum asit albümin gradienti:0.3 olarak hesaplandı.

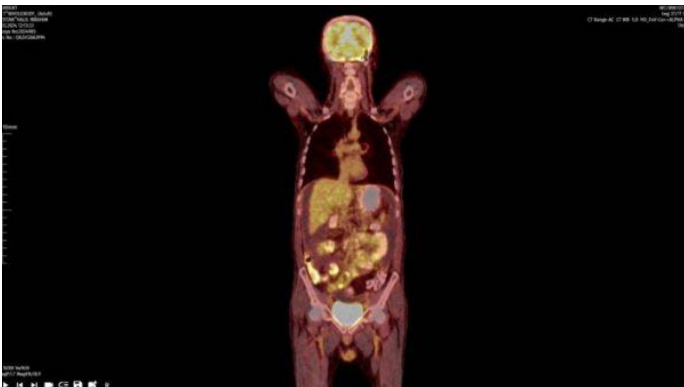
Bilgisayar batın tomografisinde(BT) batın içerisinde 7 santimetreye ulaşan yaygın serbest sıvı, peritonda nodüler kalınlaşmalar görüldü. Gastroskopisi normaldi. Kolonoskopisinde terminal ileuma kadar ilerlendi, ileoçekal valden ileri geçilemedi ve buradan çoklu biyopsi örnekleri alındı. Ayrıca sigmoid kolondan polipektomi yapıldı. Çekum bölgesinden alınan biyopsi sonucu az diferansiye adenokarsinom, polip ise low grade displazi olarak sonuçlandı. PET'i 'Peritonda yer yer minimal hipermetabolik kalınlaşmalar izlendi.Olguda malign tümöral prosesi düşündürecek bulgu saptanmamıştır.' olarak raporlandı. Hastada peritondan da biyopsi alındı. Az diferansiye adenokarsinom metastazı olarak sonuçlandı. Yine asit sıvısı örneğinden alınan sitoloji de az diferansiye adenokarsinom olarak sonuçlandı.

Hastaya metastatik kolon adenokarsinomu tanısı koyuldu. Tedavisi operasyon sonrasında kemoterapi alması olarak planlandı.

Sonuç: Vakamızda PET-BT görüntülemeleri yalancı negatif olarak sonuçlanmış olup tanısı asit sitolojisi ve kolon biyopsi sonucu ile konulmuştur. Mekanik obstrüksiyon nedenli tedavide öncelikle operasyon planlanmıştır. Malignite tetkik edilen hastalarda PET-BT'de yalancı negatiflik olabileceği unutulmadan hasta değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pet-Bt, malignite, adenokarsinom

Pet-Bt görüntüsü



Şekil 1:Pet-Bt görüntüsü

[PS-50]

Hipofizit Kaynaklı Adrenal Yetmezliğe Bağlı Hiponatremi

Zeynep Karaali, Gökçe Gümüşer Havuz, Ahmet Havuz

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş: Hipofizit, hipofiz bezini ve infundibulumu tutan, nadir görülen, otoimmün, infiltratif, enfeksiyöz, neoplastik ya da bilinmeyen patolojik süreçlerin neden olduğu, inflamatuvar bir hastalıktır. İmmünoterapi ilişkili hipofizit ve inflamatuvar süreçlerde en erken ve ilk bulgu ACTH eksikliğidir, bunu FSH, LH ve TSH eksikliği izler.

Hiponatremi serum sodyum yoğunluğunun 135 mEq/ L'den düşük olmasıdır ve günlük klinik uygulamada en sık karşılaşılan elektrolit bozukluğudur. Hiponatremi osmolaritesine ve volüm yüküne göre gruplandırılır. Övolemik hiponatremiler Uygunsuz ADH açısından değerlendirilir ekartasyon açısından normal tiroid ve adrenal işlevleri ile ilerlemiş böbrek, karaciğer ve kalp hastalığının yokluğudur.

Olgu: 70 yaşında erkek hasta bilinen Akciğer kanseri beyin metastazı mevcut. rt: 2 yıl önce kt:kasım 2022 immunoterapi: nivolumab Bilinç bulanıklığı ve ayaklarda karıncalanma nedeniyle acil servise getirilmiş. Hastanın yapılan tetkiklerinde çekilen beyin tomografisinde ventriküler sistem ve sulkuslar atrofiye sekonder geniş izlenmiştir. Periventriküler beyaz cevher dansitesi, diffüz azalmış olup, kronik iskemi ile uyumlu değerlendirilmiştir. Acilde bakılan kan değerlerinde na: 113 olarak görülmüş övolemik hiponatremi olarak değerlendirilmiş acilde hipertonic tedavisi verilmiş. Servise yatışında hiponatremi, hipoglisemi, hipotansiyonu mevcut olduğundan uygunsuz ADH ekartasyon açısından TFT, Kortizol ve ACTH istendi. Bakılan tetkiklerinde özellikle olarak TSH:4.54 T4:1.04 T3:3.17, Kortizol:0.83 ve ACTH: <1.5 saptandı.Adrenal yetmezlik ön tanısıyla Endokrin hastalıkları ile görüşüldü ve tedavi planı 2 gün Boyunca 2x20 mg Prednol akabinde gün 1x20 prednol aldı. Genkort sabah 1 öğlen ve akşam yarım tablet geçilerek eksterne edildi. Hasyada adrenal yetmezlik düşünülmele birlikte immunoterapi alan hastada mevcut hiponatreminin ilaç ilişkili hipofizit olasılığında değerlendirilerek Hipofiz MR istendi MR Nörohipofiz net olarak vizüalize olmamıştır.(Hipofizit?) olarak değerlendirildi. Taburculuk Na değeri: 134 saptanan hastanın1 ay sonra Endokrin takibinde synacten testi yapıldı. Kortizol 0.dakika: 1.52 30.dakika: 5.87 60.dakika: 4.24 olarak sonuçlandı. Hasta hidrokortizon tedavisi altında takibe alındı.

Tartışma: Bağışıklık kontrol noktası inhibitörleri (ICI) artık çok sayıda ve çeşitli kanser türlerinde, çeşitli kombinasyon rejimlerinde onaylanmıştır ve artık kanser terapötiklerinin yerleşik bir temel taşıdır. Son zamanlarda kullanımı aratan immun check point inhibitörlerinin Malignitesi olan hastalarda adrenal yetersizlik ve buna bağlı elektrolit imbalansı görülebileceği gibi. Kullanımında da hipofizite bağlı elektrolit imbalansı gelişebileceği akıldatılmalıdır. ICI'den kaynaklanan toksisiteler doğası gereği otoimmündür ve genellikle tiroid, hipofiz, adrenal ve pankreası içeren endokrin belirtiler dahil olmak üzere herhangi bir organ sistemini öngörülemeden bir şekilde etkileyebilir.

Kaynaklar:

<https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipofiz-hastaliklari-tani-ve-tedavi-kilavuzu-2022.pdf>

<https://turkjnefrol.org/Content/files/sayilar/335/115-131.pdf>

<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/421659>

<https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/27122022-ADRENAL-2022-kontrol.pdf>

Anahtar Kelimeler: hiponatremi, nivolumab, adrenal yetmezlik

[PS-51]

Akut Böbrek Yetersizliği Tanısıyla Başvuran İleri Yaş Hastada Nutcracker Sendromu:Olgu Sunumu

Şirin Keten, Halil Emre Demirtaş, Hanife Usta Atmaca
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Nutcracker Sendromu (NCS), tipik olarak sol renal venin aort ve superior mezenterik arter (SMA) arasında sıkışması ile bu seviyede dıştan baskıya bağlı sol renal vende darlık ve bu segment öncesindeki renal ven segmentinde basınç artışına bağlı dilatasyon olarak tanımlanmaktadır. Renal vendeki basınç artışı nedeniyle oluşan renal staz, asemptomatik olabildiği gibi bir takım klinik bulgulara neden olur. En sık hematüri ve yan ağrısıyla daha nadir ortostatik proteinüri, ortostatik hipotansiyon ve renal yetersizlik ile başvururlar. Tedavide, şiddetli olgularda renal vene stent uygulaması yapılmaktadır. Burada ileri yaş, tekrarlayan üriner enfeksiyon öyküsü olan, ürosepsis ve akut böbrek yetersizliği tanılarıyla yatan, çekilen Abdominal Tomografisinde SMA'nın sol renal vene basısı ve bu baskıya bağlı ortostatik proteinüriside olan olgu sunulacaktır.

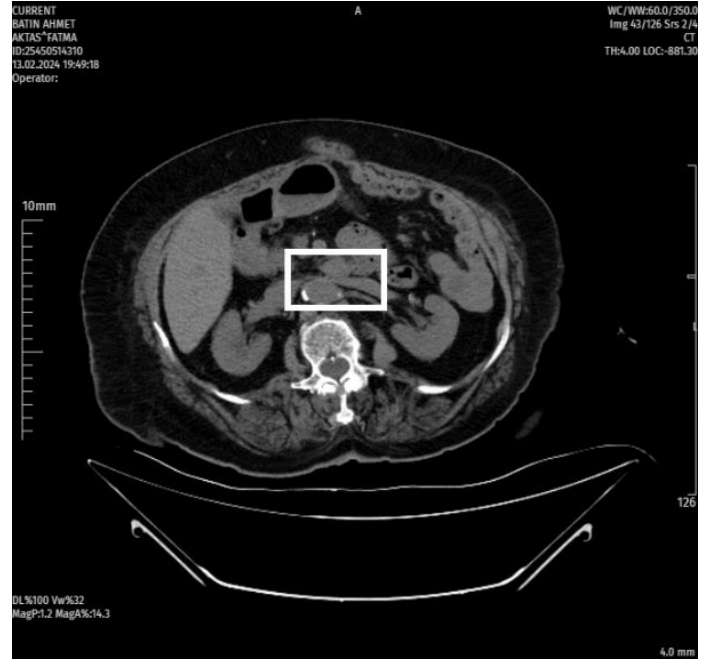
Olgu: 81 yaşındaki kadın hasta, ürosepsis ve akut böbrek yetersizliği tanısıyla Dahiliye Servisine yatırıldı. Hastanın son bir yılda çok kez tekrarlayan üriner enfeksiyon nedeniyle ayaktan ve yatarak tedavi aldığı ve son bir yıldır alınan idrar kültürlerinde çeşitli bakterilerin üremesi nedeniyle tedavi gördüğü öğrenildi. Hastanın ayaktan yapılan idrar incelemelerinde 1 gr/gün proteinürisi olup, yatarak alınan idrar örneklerinde proteinürisi yoktu. Fizik muayene bulguları normal olan hastanın tetkiklerinde üre kreatinin değerlerinde yükseklik görüldü (üre: 114 mg/dl, kreatinin: 3 mg/dl). Çekilen Abdominal BT'de; her iki böbrek boyutu normal, sağ böbrek renal pelvis genişlemiş, sağ ureter proksimalden distale dek geniş olup solda renal ven duodenum, SMA ve aorta arasında seyrediyordu. Tedavi sonrası klinik ve laboratuvar değerlerinde düzelme görülen hasta Nutcracker Sendromu tanısıyla takibe alındı.

Sonuç: Nutcracker Sendromu erken yaşlarda hematüri ve yan ağrısıyla görülen, ileri yaşlarda daha karışık klinik tablolara yol açması nedeniyle gözden kaçabilen bir sendrom olup hematüri ve proteinüri varlığında akla gelmelidir. Renal venin sadece superior mezenterik arter ve aorta ara-

sında kalmasına bağlı oluşan stazda değil, varyantlarında görülen stazlara bağlı da benzer klinik tablolar ile de karşımıza gelebileceği akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Nutcracker Sendromu, renal ven stazı, ortostatik proteinüri

Batın BT/Nutcracker Sendromu



Aorta ve duodenum arasında staza uğrayan renal ven

[PS-52]

Anjiyo sonrası psödoanevrizma gelişen hasta

Elif Dicle Aydın, Gözde Özsoy, Hanife Şerife Aktaş, Sema Basat

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Psödoanevrizmalar, arteriyel duvardaki bozulma nedeniyle kanın arter lümeninin dışına çıkarak oluştuğu, lümen ile iletişim halinde olduğu lokalize pulsatil kitlesel yapılarıdır. Arteriyel yapılara ait olan üçlü tabakadan (intima, media, adventisya) oluşmadığı için gerçek arteriyel anevrizmadan bu yönü ile ayrılıp, "yalancı anevrizma" gibi terimler de isimlendirme amacıyla kullanılabilir. En sık nedenler travma, enfeksiyonlar, uyuşturucu bağımlılığı ve iyatrojenik nedenlerdir. Günümüzde kardiovasküler alanda tanı ve tedavi amacıyla yapılan girişimlerin önemli oranda artması iyatrojenik nedenleri giderek ön plana çıkarmaktadır.

Gelişme: Bilinen hiperlipidemisi olan 46 yaşında erkek hasta 12/23 tarihinde 3 gündür mevcut yürüyememe şikayetiyle acil servise başvurmuş. Ek olarak sağ baca-

ğında şişlik mevcutmuş. Doppler ile bakıldığında hastada sağ ana iliak ve eksternal iliak venlerde akut tromboz görünümü izlenmiş ve enoksaparin başlanarak taburcu edilmiş. Anamnezi derinleştirildiğinde hastaya 3 gün önce akut anterior miyokard enfarktüsü nedeniyle yapılan anjiyografi öyküsü olduğu öğrenildi. Hastanın 1 ay boyunca yürüyememe şikayetinin devam etmesi üzerine elektromiyografi ile bakılmış ve ağır nöronal hasar geliştiği görülmüş. Hasta şubat sonunda, sağlık kurulunda değerlendirilirken sedimantasyon 105 ve C-reaktif proteinin değerinin 141 olarak görülmesi üzerine, malignite ve anemi tetkik edilmesi amacıyla İç Hastalıkları servisimize interne edildi. Bakılan kontrastlı manyetik rezonansda sağ iliakus kasi içerisinde yaklaşık 32x21 mm boyutlarında apse formasyonu, sağ psoas kasi 40x20 mm boyutlarında apse, sağ iliak venöz yapılarda net kontrastlanma seçilemedi (trombüs), sağ ana iliak arter komşuluğunda yaklaşık 33x25 mm boyutlarında içeriği yoğun T2 incelemede hiperintens heterojen görünüm (apsenin devamı?, anevrizma?) olarak yorumlandı. Abse-hematoma açısından kalp ve damar cerrahisiyle görüşülen hastaya enoksaparin kullanması ve bilgisayarlı tomografi ile bakılması önerildi. BT raporunda sağda psoas kasta hiperdens görünümde iliak kas seviyesine kadar uzanmış en geniş yerinde 70x75mm boyutlu loküle sıvı sahası izlendi. Girişimsel radyolojiden alınan görüşte, "Sağ iliak arterde diseke dev anevrizma izlendi. Sağ iliak arter anevrizma basısına bağlı uzun segment boyunca totale yakın oklüde görünüm ve distalde akım mevcuttur. Ayrıca anevrizma basısına bağlı venöz yapılara basılı ve oklüde görünüm mevcuttur. Doppler incelemede psödoanevrizma içerisinde belirgin akım mevcut; diseke ve oklüde iliak segmentin uzun ve totale yakın oklüde olması nedeniyle endovasküler olarak tedaviye uygun değildir." yönünde görüş alındı. Hasta operasyon için dış merkeze sevk edildi. Dış merkezde hastanın pre-operatif hazırlık esnasında 7cm'den 13cm'e çıkmış olarak görülen psödoanevrizmasının rüptüre olması sonucu ex oldu.

Tartışma: İyatrojenik femoral arter psödoanevrizması (İFAP), tanı veya tedavi amacıyla girişim yapılan ve femoral arter erişimi kullanılan hastalarda işlem sonrası görülen önemli bir komplikasyondur. Bu vakada anjiyografi sonrası komplikasyon olduğu görülmüştür. Psödoanevrizmayla gelen hastada anjiyografi sorgulamak ve sürecin ivedilikle yönetilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Psödoanevrizma, hematoma, abse, anjiyografi

[PS-53]

Akciğerde Masif Kitle İle Başvuran Wegener Granülomatosis Vakası

Muhammed Hüseyin Yılmaz, Yusufcan Yılmaz, Osman İnan

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş: Wegener granülomatosis (WG), üst ve alt solunum yollarının nekrotizan granülomatöz vaskülitine ilişkin klinik-patolojik belirtileri, glomerülonefrit ve küçük damar vaskülitine ile karakterize multisistemik tutulum yapan bir hastalıktır. Dünyada insidansı 12/1000000 olan hastalığın Türk ırkında görülme sıklığını ve görülme seyrini gösteren çok olgulu yayın serisi yoktur. Hastalar genellikle 4.ve 5. dekatta tanı almaktadır ve cinsiyetler arası insidans farkı görülmemiştir. Ateş, eritrosit sedimantasyon hız yüksekliği, halsizlik bulguları ile başvurup, poliklinik muayenesi sırasında Akciğerinde en büyüğü 5.4 cm olmak üzere multiple lezyonları bulunan ve malignite araştırılması üzerine servisimize interne edilen hastanın, c anca pozitifliği ve yapılan girişimsel biyopsi sonucu Wegener tanısı alan 52 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur.

Olgu: 52 yaşında erkek hasta, son bir buçuk aydır olan yaygın vücut ağrısı, dispne, halsizlik ve ateş şikayetleri ile başvurdu. Özellikle merdiven çıkarken nefes darlığı mevcuttu. Bilinen kalp ya da akciğer hastalığı yok. Son 3 ay içerisinde birden fazla üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü vardı. Hastanın poliklinik başvurusu sırasında çekilen akciğer grafisinde 5cm kitle mevcuttu. Brusella, İGRA, Tularemi seroloji, Covid19 ve influenza negatif olarak bulunmuştur. Endokardit ekartasyonu için eko yapılmış olup endokardit ile uyumlu bulgusu tespit edilmemiştir. Malignite ön planda düşünülen hastanın tüm vücut tomografisinde akciğer dışında şüpheli bir odak yoktu. GİS malignitelerini dışlamak amacıyla yapılan endoskopi ve kolonoskopiden maligniteye rastlanmadı. Total PSA: 0,55 ve normaldi. Hastamızdan ön planda primer akciğer maligniteleri düşünülerek akciğer kitlesinden biyopsi yapıldı. Hastanın c ANCA - İFA 1:320 (Pozitif 4+) olarak sonuçlandı. Akciğer biyopsisinin patoloji sonucu Wegener granülomatosis ile uyumlu olduğu görüldü. Hastaya 500 mg metilprednisolon ve 500mg siklofosfamid tedavisi uygulandı. Steroid başlandıktan sonra tekrar ateş tekrarlamadı. CRP ve sedimentasyon değerleri düştü.

Tartışma: Wegener granülomatosis hastalığı, nadir görülen bir hastalıktır. Hastalar sıklıkla üst solunum yolu semptomları ve artrit olarak başvurmaktadır. Hastaların bir kısmında akciğerde nodüller tespit edilmektedir. Ancak hastalarda büyük kitle tespiti nadirdir. Hastaneye başvuran hastalarda, akciğerlerde büyük boyutlu kitle görülmesi durumunda primer akciğer malignitesi açısından korku olmaktadır. Ancak bu hastalarda nadir de olsa Wegener Granülomatosis tanısı akla gelmelidir. Sunduğumuz bu vakada 5cm kitle ile başvuran Wegener Granülomatosis tespit edilen vakanın tanı ve tedavi süresi sunulmuştur. Özellikle iç hastalıkları ve romatoloji hekimlerine akciğerde kitle ile başvuran hastalarda, romatolojik yakınmalar ile başvuran hastalarda Wegener Granülomatosis'ü akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Wegener granülomatosisi, akciğerde kitle, kilo kaybı, ateş

[PS-54]

Periferik artrit ile gelen Crohn hastasında saptanan Psoas absesi

Sevilay Süreyya Ermiş, Zeynep Irmak Kaya, Habibe Müberra Özkan, Elif Meneviş Aksoy

Eskişehir Şehir Hastanesi, Dahiliye Ana Bilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Psoas absesi(Pa) nadir görülen, akla gelmediğinde tanısı gecikebilen bir hastalıktır. Pa, primer veya sekonder olabilmektedir. Genellikle ateş, karın ve belde ağrı, yürümede zorluk görülebilmektedir. Primer Pa'da etyoloji belli değildir. Mikroorganizmaların vücutta saptanamayan bir odaktan hematogen veya lenfojen yolla yayılması ile oluşmaktadır. Sekonder Pa ise psoas kası etrafındaki retroperitoneal organların, gastrointestinal veya iskelet sisteminin hastalıklarının yayılımına bağlıdır. Tanı konulamaması yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Biz de acil servise bel ağrısı, yürümede zorlanma ile gelen, Crohn tanısı olan, periferik artrit? düşünülerek yatırılan, iliopsoasta apse saptadığımız olguyu sunmak istedik.

Olgu: 21 yaşında kadın hasta, acil servise sağ kalçada, belinde hareket ile kötüleşen ağrı şikayeti ile geldi. Ağrısı 3 haftadır oluyormuş. Crohn hastalığı için mesalazin, budenosid, salazopirin ve prednizolon 16 mg kullanıyordu. Periferik artrit? düşünülerek yatırıldı. Fizik muayenesinde şuur açık, ateş 39°C, nabız:110/dk. Kalp ritmik, taşikardik, batın muayenesinde sağ alt kadranda palpasyonda hassasiyeti mevcuttu. Sağ kalça ekleminden uyluk ön yüzüne yayılan ağrısı vardı. Laboratuvar bulgularında patolojik olanlar AKŞ 113mg/d, Hb:11.9 g/dl, Hct:%34.8, WBC: 17480, PTT 56.8 sn, CRP: 350 mg/L, sedimentasyon 90 mm/h idi. HBsAg, HIV, anti HCV, Gruber-Widal, Wright aglutinasyon, Coombs'lu Brucella negatifti. Tümör markerleri normal geldi. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Crohn için immünsüpresif tedavi alan hastaya ateş ve CRP yüksekliği ile ampisilin-sulbactam 4x1.5 gr ve siprofloksasin 2x500 mg başlandı. Batın USG'de İleum ödemli,diğer segmentler çevresinde hafif serbest sıvı mevcuttu. Psoas kasında 45x31 mm boyutlarında yoğun içerikli abse formasyonları mevcuttu. Abdominal bilgisayarlı tomografide(BT) Sağ iliopsoas kasının üst kesiminden başlayarak iliopsoas kası içerisinde devamlılık gösteren içerisinde hava dansiteleri izlenen 53*92 mm boyutunda sıvı koleksiyonu izlendi. İliopsoas absesi saptanması üzerine aktif Crohn olmadığından streoid ve immünsüpresif tedavileri azaltılarak kesildi. Perkutan drenaj kateteri takılarak abse boşaltıldı. Abse örneğinde Escherichia Coli üredi. Kültür sonucuna göre antibiyotigi meropenem'e(3x1gr) değiştirildi. CRP yüksek seyredince metrandazol 2x 1 eklendi. Takiplerinde akut faz reaksiyonları düştü. Abse drenajından geleni olmayan,takiplerinde enfeksiyon bulguları düzelen hasta kateteri çekilip kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Crohn aktif olmadığı için yattığı sürede tedavisi başlanmamıştır.

Tartışma: Psoas absesi(Pa), psoas ve iliak kasları çevreleyen fasiyada süpüratif sıvı birikmesidir. Özel klinik bulgusu olmadığı ve sık görülmediği için aklımıza gelmesi önemlidir. Tanısında US kullanılabilir. BT ve MRG ayırıcı tanı ve lezyon sınırlarını belirlemede önemlidir. Tanı konulamazsa sepsis, menenjit dahil ciddi komplikasyonları

olur ve tedavisi oldukça zorludur. Crohn hastalığında sekonder Pa görülmesi sık görülebilmektedir. Her hastanın ayrıntılı öyküsünün alınması, dikkatlice yapılacak fizik muayenesi bize çok şey söyleyecektir. Hızla tanı konulması hem hastalarımızın erken tedavi olmasını sağlayacak hem de ağır komplikasyonların görülmesini önleyecektir.

Anahtar Kelimeler: Ateş, Bel ağrısı, Crohn hastalığı, Psoas absesi

[PS-55]

Büyük eklem artritini taklit eden Psoas absesi

Sevilay Süreyya Ermiş, Zeynep Irmak Kaya, Habibe Müberra Özkan, Elif Meneviş Aksoy

Eskişehir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Eğitim Kliniği, Eskişehir

Giriş: Psoas absesi(Pa) nadir görülen, akla gelmediğinde tanısı gecikebilen bir hastalıktır. Pa, primer veya sekonder olabilmektedir. Genellikle ateş, karın ve belde ağrı, yürümede zorluk görülebilmektedir. Primer Pa'da etyoloji belli değildir. Mikroorganizmaların vücutta saptanamayan bir odaktan hematogen veya lenfojen yolla yayılması ile oluşmaktadır. Sekonder Pa ise psoas kası etrafındaki retroperitoneal organların, gastrointestinal veya iskelet sisteminin hastalıklarının yayılımına bağlıdır. Tanı konulamaması yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Biz de acil servise bel ağrısı, yürümede zorlanma ile gelen, Crohn tanısı olan, periferik artrit? düşünülerek yatırılan, iliopsoasta apse saptadığımız olguyu sunmak istedik.

Olgu: 21 yaşında kadın hasta, acil servise sağ kalçada, belinde hareket ile kötüleşen ağrı şikayeti ile geldi. Ağrısı 3 haftadır oluyormuş. Crohn hastalığı için mesalazin, budenosid, salazopirin ve prednizolon 16 mg kullanıyordu. Periferik artrit? düşünülerek yatırıldı. Fizik muayenesinde şuur açık, ateş 39°C, nabız:110/dk. Kalp ritmik, taşikardik, batın muayenesinde sağ alt kadranda palpasyonda hassasiyeti mevcuttu. Sağ kalça ekleminden uyluk ön yüzüne yayılan ağrısı vardı. Laboratuvar bulgularında patolojik olanlar AKŞ 113mg/d, Hb:11.9 g/dl, Hct:%34.8, WBC: 17480, PTT 56.8 sn, CRP: 350 mg/L, sedimentasyon 90 mm/h idi. HBsAg, HIV, anti HCV, Gruber-Widal, Wright aglutinasyon, Coombs'lu Brucella negatifti. Tümör markerleri normal geldi. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Crohn için immünsüpresif tedavi alan hastaya ateş ve CRP yüksekliği ile ampisilin-sulbactam 4x1.5 gr ve siprofloksasin 2x500 mg başlandı. Batın USG'de İleum ödemli,diğer segmentler çevresinde hafif serbest sıvı mevcuttu. Psoas kasında 45x31 mm boyutlarında yoğun içerikli abse formasyonları mevcuttu. Abdominal bilgisayarlı tomografide(BT) Sağ iliopsoas kasının üst kesiminden başlayarak iliopsoas kası içerisinde devamlılık gösteren içerisinde hava dansiteleri izlenen 53*92 mm boyutunda sıvı koleksiyonu izlendi. İliopsoas absesi saptanması üzerine aktif Crohn olmadığından streoid ve immünsüpresif tedavileri azaltılarak kesildi. Perkutan

drenaj kateteri takılarak abse boşaltıldı. Abse örneğinde Escherichia Coli üredi. Kültür sonucuna göre antibiyotiği meropenem'e(3x1gr) değiştirildi. CRP yüksek seyredince metrandazol 2x 1 eklendi. Takiplerinde akut faz reaktantları düştü. Abse drenajından geleni olmayan,takiplerinde enfeksiyon bulguları düzelen hasta kateteri çekilip kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Crohn aktif olmadığı için yattığı sürede tedavisi başlanmamıştır.

Tartışma: Psoas absesi(Pa), psoas ve iliyak kasları çevreleyen fasiyada süpüratif sıvı birikmesidir. Özel klinik bulgusu olmadığı ve sık görülmediği için aklımıza gelmesi önemlidir. Tanısında US kullanılabilir. BT ve MRG ayırıcı tanı ve lezyon sınırlarını belirlemede önemlidir. Tanı konulamazsa sepsis, menenjit dahil ciddi komplikasyonları olur ve tedavisi oldukça zorludur. Crohn hastalığında sekonder Pa görülmesi sık görülebilmektedir. Her hastanın ayrıntılı öyküsünün alınması, dikkatlice yapılacak fizik muayenesi bize çok şey söyleyecektir. Hızla tanı konulması hem hastalarımızın erken tedavi olmasını sağlayacak hem de ağır komplikasyonların görülmesini önleyecektir.

Anahtar Kelimeler: Ateş, Bel ağrısı, Crohn hastalığı, Psoas absesi

[PS-56]

MS'e Eşlik Eden İTP Olgusu

Sanem Akgüneş, Serhat Mert Tiril, Sümeyye Karpuzcu, Sema Basat

S.B.Ü. ÜMRANIYE E.A.H. İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

Giriş: Trombosit sayısının 150.000/mm³'den az olması trombositopeni olarak tanımlanır. Hemogramında trombositopeni görülen hastanın ilk olarak psödotrombositopeni olup olmadığı araştırılır. Sitratlü tüp ve periferik yayma ile trombositopenisi kesinleştirilip sebepleri araştırılır. Patofizyolojik olarak trombositopeniler yapım azlığı, yıkım artışı ve trombosit dağılımında bozukluk (pooling) olarak sınıflanabilir. Trombositopeniler arasında ayırıcı tanı yapıldığında eğer bir neden saptanamıyorsa akla mutlaka immün trombositopenik purpura gelmelidir. Sunmak istediğimiz vakada Multiple Skleroz (MS) tanılı hastamızda gelişen trombositopeni durumunu aydınlatmayı amaçladık.

Olgu: 36 yaş erkek hasta; 2 gündür burun kanaması, diş etinde ve ağız içinde kanama, vücutta yaygın morluklar ve kızarıklıklar olması sebebiyle nöroloji polikliniğe başvuruyor. Hastanın 2023 Kasım ayında tanı aldığı MS hastalığı dışında bir rahatsızlığı bulunmamakta olup hasta tanı aldığından beri Dimetil Fumarat kullanmaktaymış. Bakılan hemogramında plt: 1000 mm³ görülen hasta trombositopeni ileri tetkik ve tedavi amacıyla Dahiliye servisine interne edildi. Sistemik muayenesinde anlamlı bulgusu olmayan hastanın fizik muayenesinde alt - üst ekstremitelerde ve göbek çevresinde yaygın peteşiler ve bacaklarında ekimozlar görüldü. Hastanın yatışında yapılan periferik yaymasında trombosit görülmedi. 1 U Havuzlanmış Trombosit ve 1 U Aferez verildi. Hastaya 1mg/kg dozundan metilprednizolon başlandı. 3 gün sonunda trombosit seviyesinde yükselme olmayan hastaya 2 gün boyunca 1 gr/kg dozundan IVIG başlandı.

IVIG ve metilprednizolon tedavisinde 2 günün sonunda hastanın trombosit seviyesi 104 000 mm³ olarak görüldü. Takip ve tedavisi devam etmektedir.

Tartışma ve Öğrenme noktaları: Bizim hastamıza MS sebebiyle başlanan Dimetil Fumarat tedavisine bağlı trombositopeni geliştiği düşünülerek kullandığı ilaç kesilmiştir. Ancak trombosit düzeylerinde yükselme olmamıştır. Sonrasında hastamızda MS'e eşlik eden İmmün Trombositopenik Purpura (İTP) olabileceği düşünülerek IVIG tedavisine başlanmıştır. MS hastalığı immün sistem ile ilişkilidir. İTP de immün sistem ile ilişkili bir hastalık olduğundan beraberliği akla getirilmelidir. İTP'nin patognomik bir tanı parametresi yoktur. Klinik olarak eşlik eden başka bir hastalığın olmaması durumunda trombositopeni, periferik yaymada trombositopeninin doğrulanması ve kemik iliği aspirasyonunun normal saptanması ile tanı koyulur.

İTP olgularında başlangıç tedavisinde standart yaklaşım kortikosteroid tedavisidir. Yapılan çalışmalarda 1 mg/kg prednizolon uygulanması sonrasında hastaların %73'ünün tedaviye tam yanıt verdiği bildirilmiştir. Ancak bizim olgumuzda tedaviye kortikosteroid ile yanıt alınmamıştır. Kritik kanamalarda IVIG ve glukokortikoidler birlikte kullanılmaktadır. Bunun nedeni, her birinin farklı bir etki mekanizmasına sahip olması ve doğrudan çalışmalar bildirilmemiş olmasına rağmen faydalı olmasıdır. İTP hastalığı diğer ayırıcı tanılarının dışlanmasıyla tanı koyulan bir hastalıktır. İzlem ve tedavisinde çok çeşitli seçenekler bulunmaktadır. Biz de olgumuzda kortikosteroid ile kontrol altına alınamaması sebebiyle tedaviye IVIG ve metilprednizolon ile devam ettik. Hastamız MS'e eşlik eden İTP olgusu olması nedeniyle ilginçtir.

Anahtar Kelimeler: multiple skleroz, itp, trombositopeni

Peteşi ve Ekimoz



[PS-57]

Çölyak hastalığında saç rengi değişikliği: bir vaka sunumu ve olası ilişkilerin incelenmesi

Arzu Cennet Işık¹, Elif Rana Tatar¹, Omar Alomari², Özcan Keskin¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, İstanbul

Giriş: Çölyak Hastalığı (CH), genetik olarak yatkın bireylerde gluten tüketimi tarafından tetiklenen, çeşitli klinik sunumlarla karakterize edilen sistemik otoimmün bir bozukluktur. Yaygınlığına rağmen, CH genellikle heterojen belirtileri ve yetersiz farkındalığı nedeniyle teşhis edilmemiş kalır. Burada, epigastrik rahatsızlık ve anemi ile başvuran 42 yaşında bir erkek hastanın bir vakasını sunuyoruz.

Olgu: Bilinen kronik hastalık ve düzenli kullandığı ilaç olmayan hasta epigastrik bölgede ağrı şikayeti ile başvurdu. İlk incelemelerde wbc: 2040/uL, hgb: 6 g/dL, mcv: 90,6 nm³ görüldü. Herhangi bir kanama bulgusuna saptanmayan hastanın anemi tetkikleri gönderildi. Ferritin: 20,7 mg/L Folik asit: <100 ng/L, B12 vitamini: <100 ng/L olarak sonuçlandı. B12 ve folik asit replasmanları yapıldı. Endoskopik incelemeleri yapıldı, biyopsileri alındı ve hastaya gluten enteropatisi tanısı koyuldu. Hastaya gluten içermeyen bir diyet önerildi ve diyetle ilgili kalması önemli klinik iyileşmeye yol açtı. Takip randevuları sırasında, hastanın saç renginde dikkate değer bir değişiklik gözlemlendi ve bu da daha fazla araştırmayı teşvik etti. Hasta, otuzlu yaşlarının sonlarında saçlarının erken beyazlamasını yaşadığını, ancak CH tanısı konduktan ve gluten içermeyen bir diyet başlatıldıktan sonra bu durumun değiştiğini bildirdi.

Tartışma: Bu nadir belirti, CH ile erken saç beyazlaması arasındaki potansiyel ilişkiyi vurgulayarak, daha fazla araştırma yapılmasını gerektirir. Kesin mekanizma belirsiz olsa da, CH'ye bağlı malabsorpsiyon ve beslenme eksikliklerinin bu tür değişikliklere katkıda bulunabileceği öngörülmektedir. Bu nedenle CH yönetimi için bu fenomenin anlaşılmasını artırmak için uluslararası işbirliğinin artırılmasını savunuyoruz. Bu vaka, CH'nin erken teşhisinin ve yönetiminin önemini, ayrıca ilişkili belirtiler ve komplikasyonların hafifletilmesi için diyet müdahalelerinin potansiyelini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çölyak Hastalığı, Gluten, Saç Rengi Değişikliği, Vaka Sunumuv



Kongre Başkanı

Abdülbaki Kumbasar

Yürütücü Kurul

Seyit İbrahim Akdağ

Yüksel Altuntaş

Hayriye Esra Ataoğlu

Sema Basat

Banu Büyük

Oğuzhan Sıtkı Dizdar

Zeynep Karaali

Ali Özdemir

E-posta: gensek@sbuichastaliklarikongresi.org

Organizasyon Sekreteryası



FIGÜR
KONGRE & ORGANİZASYON

19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center

No: 4, 34360 Şişli / İstanbul

Tel: 0 212 381 46 00

Faks: 0 212 258 60 78

E-posta: ichasderkongresi@figur.net



İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent





İÇHASDER 7. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

01 - 04 Mayıs 2024 | Wyndham Grand İstanbul Levent

