



3. DOĞU DAHİLİYE KONGRESİ

11-13 Ekim 2024, Diyarbakır



ÖZET BİLDİRİLER KİTABI



3. DOĞU DAHİLİYE KONGRESİ
11-13 EKİM 2024, DİYARBAKIR



3. DOĞU DAHİLİYE KONGRESİ

Değerli Dahiliye Uzmanları;

Güneydoğu İç Hastalıkları Derneği'nin en önemli kuruluş amaçlarından olan “Dahiliye uzmanını ilgilendiren konularda bilimsel ve sosyal faaliyetler yürütmek, eğitime katkı sağlamak, eğitimi yaygınlaştırmak, kolaylaştırmak, bilgi üretmek, yaymak, eğitimde rolü olan kişilerin bilimsel araştırmalarına ve kişisel gelişimine destek olmak” söylemiyle 3. Doğu Dahiliye Kongresi'ni 11-13 Ekim 2024 tarihleri arasında Novotel, Diyarbakır'da gerçekleştireceğiz.

En çok uzman hekimin olduğu ve ilk branşlaşan dallardan biri olan dahiliye uzmanları hastaya bütüncül yaklaşımla bakan, hikayesinden laboratuvarına tüm ayrıntılara bakan, diagnostik hekimlerdir. Branşımızın ne kadar gerekli olduğu pandemi döneminde net olarak görülmüştür. Sağlık sisteminin temellerinden olan ve her daim güncel olması gereken branşımız mensuplarına daha lokal bir alanda yaklaşmak ve bir araya getirmek amacı ile bu toplantımızı planladık.

Toplantımızda dahiliye polikliniklerinde sık karşılaşılan semptom ve hastalıkların yanında, bir dahiliye uzmanının çok iyi bilmesi gereken diyabet, hipertansiyon ve tiroid gibi önemli kronik hastalıklar da güncel kılavuzlar doğrultusunda konuşulacaktır. Bu sunumlarda ayrıca dahiliye branşına yıllarca emek vermiş ve birçok uzman yetiştirmiş olan hocalarımızın tecrübelerinden de yararlanacağız.

Toplantımız esnasında özellikle Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgesindeki dahiliye uzmanlarımız ile Türkiye' nin dört bir köşesinden gelecek misafirlerimizi interaktif bir şekilde katılımlarını sağlayacağız. Böylece, birlikte çok daha kuvvetli bir dahiliye hedefine ulaşmak için bir adım daha atmış olacağız.

Dahiliye uzmanlığımı geliştirmek için çıktığımız bu yolda sizleri de kongremizde görmekten mutluluk duyacağız.

Saygılarımızla,
Kongre Düzenleme Kurulu Adına
Kongre Başkanı
Doç. Dr. İhsan SOLMAZ

KURULLAR

Düzenleme Kurulu

Kongre Başkanı	Doç. Dr. İhsan Solmaz
Kongre Düzenleme Kurulu	Doç. Dr. Seyit Uyar
Kongre Düzenleme Kurulu	Doç. Dr. Nizamettin Koca
Kongre Düzenleme Kurulu	Doç. Dr. Yasin Şahintürk
Kongre Düzenleme Kurulu	Uzm. Dr. M. Serdar Yıldırım
Kongre Düzenleme Kurulu	Uzm. Dr. Ferhat Bingöl
Kongre Düzenleme Kurulu	Dr. Ömer Faruk Alakuş
Kongre Düzenleme Kurulu	Doç. Dr. Eşref Araç
Kongre Düzenleme Kurulu	Uzm. Dr. Süleyman Özçaylak
Bilimsel Sekreteryä	Doç. Dr. Eşref Araç
Bilimsel Sekreteryä	Uzm. Dr. Süleyman Özçaylak

Bilimsel Kurul

Prof. Dr. Abdulkaki Kumbasar	İstanbul Bakırköy EAH	Dahiliye
Prof. Dr. Ahmet Engin Atay	İstanbul Bağcılar EAH	Dahiliye
Prof. Dr. Ali Kemal Kadiroğlu	Memorial Diyarbakır Hastanesi	İç Hastalıkları, Nefroloji
Prof. Dr. Alpaslan Kemal Tuzcu	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Endokrinoloji
Prof. Dr. Cengiz Demir	Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH	Hematoloji
Prof. Dr. Doğan Nasır Binici	Erzurum Tıp Fakültesi	Dahiliye
Prof. Dr. Ercan Gündüz	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları
Prof. Dr. Halit Diri	Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH	Endokrinoloji
Prof. Dr. Hayriye Esra Ataoğlu	İstanbul Haseki EAH	İç Hastalıkları
Prof. Dr. Muhammet Murat Çelik	Siirt Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları
Prof. Dr. Mustafa Kanat	İstanbul Medeniyet Üniversitesi	Dahiliye
Prof. Dr. Ramazan İlyas Öner	Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları
Prof. Dr. Selçuk Yaylacı	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları
Prof. Dr. Selman Ünverdi	Kıbrıs Yakın Doğu Üniversitesi	Nefroloji
Prof. Dr. Semir Paşa	Çanakkale Medikal Park	Dahiliye
Prof. Dr. Tayyibe Saler	Adana Şehir Hastanesi	İç Hastalıkları
Prof. Dr. Yaşar Yıldırım	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Nefroloji
Prof. Dr. Zülfikar Yılmaz	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Nefroloji



3. DOĞU DAHİLİYE KONGRESİ

KURULLAR

Doç. Dr. Ali Kemal Oğuz	Ankara Başkent Üniversitesi	Dahiliye
Doç. Dr. Ali Kırık	Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları
Doç. Dr. Alihan Oral	İstanbul Medicana Hastanesi	Dahiliye
Doç. Dr. Begüm Şeyda Avcı	Adana Şehir Hastanesi	İç Hastalıkları
Doç. Dr. Bilgin Bahadır Başgöz	Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH	İç Hastalıkları
Doç. Dr. Eda Altun	Kocaeli Şehir Hastanesi	Nefroloji
Doç. Dr. Emel Sağlam	İstanbul Bağcılar EAH	İç Hastalıkları
Doç. Dr. Emre Aydın	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Nefroloji
Doç. Dr. Enes Seyda Şahiner	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	İç Hastalıkları
Doç. Dr. Enver Yüksel	Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH	Nefroloji
Doç. Dr. Eşref Araç	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Dahiliye
Doç. Dr. Fatma Yılmaz Aydın	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları
Doç. Dr. Gökhan Tazegül	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları
Doç. Dr. Hacer Şen	Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları
Doç. Dr. Hamit Yıldız	Gaziantep Üniversitesi	Dahiliye
Doç. Dr. Hilmi Erdem Sümbül	Adana Şehir Hastanesi EAH	Dahiliye
Doç. Dr. İhsan Solmaz	Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH	Dahiliye
Doç. Dr. İsmail Demir	İzmir Bozyaka EAH	Dahiliye
Doç. Dr. Kubilay İşsever	Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları
Doç. Dr. Lütfi Akyol	Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH	Romatoloji
Doç. Dr. Mehmet Bankir	Adana Şehir Hastanesi	İç Hastalıkları
Doç. Dr. Mehmet Güven	Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH	Endokrinoloji
Doç. Dr. Nazım Ekin	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Gastroenteroloji
Doç. Dr. Nizamettin Koca	Bursa Şehir Hastanesi	Dahiliye
Doç. Dr. Osman İnan	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	İç Hastalıkları
Doç. Dr. Ramazan Danış	Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH	Nefroloji
Doç. Dr. Seyit Uyar	Antalya Eğitim Araştırma	Dahiliye
Doç. Dr. Sibel Serin	İstanbul Ümraniye EAH	İç Hastalıkları
Doç. Dr. Ulaş Serkan Topaloğlu	Kayseri Şehir Hastanesi	Dahiliye
Doç. Dr. Yasin Şahintürk	Antalya Eğitim Araştırma	Dahiliye
Doç. Dr. Zafer Pekkolay	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Endokrinoloji
Dr. Öğr. Üyesi Necip Nas	Siirt Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları

BİLİMSEL PROGRAM

11.10.2024, Cuma	
Kongre Açılış Konuşmaları	
Oturum Başkanı: Doç. Dr. İhsan Solmaz	
13.30-13.40	Doç. Dr. Seyit Uyar (Dahuder Yönetim Kurulu Başkanı)
13.40-13.50	Doç. Dr. İhsan Solmaz (Gihad Yönetim Kurulu Başkanı / Kongre Başkanı)
1. Oturum – Hipertansiyon Oturumu	
Oturum Başkanları: Doç. Dr. Ramazan Danış, Doç. Dr. Eda Altun	
13.50-14.10	2024 Hipertansiyon Güncel Tanı ve Tedavisi Prof. Dr. Selman Ünverdi
14.10-14.30	Dirençli Hipertansiyon ve Tedavisi Doç. Dr. Enver Yüksel
14.30-14.35	Soru ve Tartışma
14.35-14.45	Ara
2. Oturum – Pre-Op Değerlendirme	
Oturum Başkanları: Prof. Dr. Halit Diri, Prof. Dr. Alpaslan Kemal Tuzcu	
14.45-15.05	Preoperatif Hipo-Hipertiroidi Hastasının Konsültasyonu Doç. Dr. Mehmet Güven
15.05-15.25	Preoperatif DM Hastasının Konsültasyonu Doç. Dr. Zafer Pekkolay
15.25-15.30	Soru ve Tartışma
3. Oturum – Tiroid Oturumu	
Oturum Başkanları: Prof. Dr. Tayyibe Saler, Doç. Dr. Ali Kırık	
15.30-15.45	Olgularla Hipotiroidi Yönetimi Doç. Dr. Begüm Şeyda Avcı
15.45-16.00	Olgularla Hipertiroidi Yönetimi Doç. Dr. Hacer Şen
16.00-16.15	Olgularla Tiroid Nodülünün Yönetimi Doç. Dr. Hamit Yıldız
16.15-16.30	Ara
4. Oturum – Ne Düşünelim? Ne Yapalım?	
Oturum Başkanları: Prof. Dr. Zülfikar Yılmaz, Prof. Dr. Ercan Gündüz	
16.30-16.45	Esr>100 Mm/Saat Doç. Dr. Gökhan Tazegül
16.45-17.00	Ldh>1000 Mg/Dl Doç. Dr. Mehmet Bankir
17.00-17.15	Ck>1500 U/L Doç. Dr. Kubilay İşsever
17.15-17.20	Soru ve Tartışma
5. Oturum – Akılcı İlaç Oturumu	
Oturum Başkanı: Uz. Dr. Süleyman Özçaylak, Uz. Dr. Mehmet Serdar Yıldırım	
17.20-17.35	Dahiliye Pratiğinde Antikoagölan Kullanımı Dr. Ömer Faruk Alakuş
17.35-17.50	Dahiliye Pratiğinde PPI Kullanımı Dr. Öğr. Üyesi Necip Nas



3. DOĞU DAHİLİYE KONGRESİ

BİLİMSEL PROGRAM

12 Ekim 2024, Cumartesi	
6. Oturum – Diyabet Oturumu	
Oturum Başkanları: Prof. Dr. Hayriye Esra Ataoğlu, Prof. Dr. Abdülbaki Kumbasar	
09.00-09.45	Tip-2 DM DE Fizyopatolojik Tedavi Yaklaşımı Prof. Dr. Mustafa Kanat
09.45-09.50	Soru ve Tartışma
Uydu Sempozyumu – Boehringer	
09.50-10.20	Jardiance İle Koruma Trajenta ile Kolaylık Süper Gücünüz Olsun Prof. Dr. Tevfik Ecdar, Prof. Dr. Kubilay Ukiç
10.20-10.30	Ara
7. Oturum – Obezite Oturumu	
Oturum Başkanları: Prof. Dr. Ahmet Engin Atay, Doç. Dr. İhsan Solmaz	
10.30-10.50	Obezitede Güncel Medikal Tedaviler Doç. Dr. Emel Sağlam
10.50-11.10	Vakalar Eşliğinde Obezite Yönetimi Doç. Dr. Alihan Oral
11.10-11.20	Soru ve Tartışma
11.20-11.30	Ara
8. Oturum – Romatoloji Oturumu	
Oturum Başkanları: Prof. Dr. Muhammet Murat Çelik, Doç. Dr. Eşref Araç	
11.30-12.00	Tarıda Geç Kalmayalım? AS ve RA'ya Tanısal Yaklaşım Doç. Dr. Lütfi Akyol
12.00-12.30	Diyarbakır Tanıtım Oturumu Kadri Göral
12.30-13.30	Öğle Yemeği
9. Oturum – Böbrek Oturumu	
Oturum Başkanları: Prof. Dr. Yaşar Yıldırım, Doç. Dr. Hilmi Erdem Sümbül	
13.30-13.50	KBH 2024, Yeni Yayınlar, Güncel Yaklaşımlar Doç. Dr. Yasin Şahintürk
13.50-14.10	Olgularla Hiponatremi Yönetimi Doç. Dr. Bilgin Bahadır Başgöz
14.10-14.15	Soru ve Tartışma
Uydu Sempozyumu – Sanofi	
Oturum Başkanı: Doç. Dr. İhsan Solmaz	
14.15-14.45	Zamanında İnsülinizasyon Toujeo Doç. Dr. Bilgin Bahadır Başgöz
14.45-14.55	Ara
10. Oturum – Hiperlipidemi Oturumu	
Oturum Başkanları: Doç. Dr. Osman İnan, Doç. Dr. Ramazan İlyas Öner	
14.55-15.15	Poliklinikte Ldl Yüksekliği Olan Hastaya Yaklaşım Doç. Dr. İsmail Demir
15.15-15.35	Trigliserit >1000 Ne Yapalım? Nasıl Tedavi Edelim? Prof. Dr. Selçuk Yaylacı
15.35-15.40	Soru ve Tartışma

BİLİMSEL PROGRAM

Uydu Sempozyumu – Astra Zeneca	
15.40-16.10	Konu Diyabet ise FORZİGA Prof. Dr. Seyit İbrahim Akdağ
11. Oturum – Gebelik Oturumu	
Oturum Başkanları: Prof. Dr. Cengiz Demir, Doç. Dr. Enes Şahiner	
16.10-16.30	Gebelikte Tiroid Hastalıklarının Tedavi Yönetimi Doç. Dr. Sibel Serin
16.30-16.50	Gebelikte Demir Tedavisi Yönetimi Doç. Dr. Nizameddin Koca
16.50-17.00	Soru ve Tartışma
13 Ekim 2024, Pazar	
12. Oturum – Acilde Dahiliye Konsültasyonları	
Oturum Başkanları: Prof. Dr. Ali Kemal Kadiroğlu, Doç. Dr. Seyit Uyar	
09.00-09.15	Kreatinin Yüksekliğine Yaklaşım Doç. Dr. Emre Aydın
09.15-09.30	Troponin ve Natriüretik Peptit Yüksekliğine Yaklaşım Doç. Dr. Ali Kemal Oğuz
09.30-09.45	Transaminaz Yüksekliğine Yaklaşım Doç. Dr. Nazım Ekin
09.45-09.50	Soru ve Tartışma
09.50-10.00	Ara
13. Oturum – Özellikli Vakalarda Diyabet Yönetimi	
Oturum Başkanları: Prof. Dr. Aydın Çifçi, Doç. Dr. Mehmet Güven	
10:00-10:20	Kronik Böbrek Yetersizliği ve Diyabet Doç. Dr. Fatma Yılmaz
10:20-10:40	Kalp Yetersizliği ve Diyabet Doç. Dr. Eşref Araç
10:40-11:00	Kronik Karaciğer Hastalığı ve Diyabet Doç. Dr. Ulaş Serkan Topaloğlu
11:00-11:05	Soru ve Tartışma
11:05-11:20	Ara
14. Oturum – Osteoporoz Oturumu	
Oturum Başkanları: Prof. Dr. Doğan Nasır Bilici, Doç. Dr. Bilgin Bahadır Başgöz	
11.20-11.40	Dahiliye Pratiginde Osteoporoz Tedavisi Doç. Dr. Ali Kırık
11.40-12.00	D Vitamini Tedavisi Kime? Ne Zaman? Dr. Mehmet Serdar Yıldırım
12.00-12.05	Soru ve Tartışma
12.05-12.15	Ara
15. Oturum – Hemşirelik Oturumu	
Oturum Başkanları: Doç. Dr. Eşref Araç, Doç. Dr. İhsan Solmaz	
12.15-12.35	Yoğun Bakım Hemşireliği Songül Baytar
12.35-12.55	İç Hastalıkları Hemşireliğinde Proje Örnekleri: Deneyim Paylaşımı Sergül Çelik Advan
12.55-13.00	Soru ve Tartışma
13.00	Kapanış Konuşması ve Kongre Değerlendirme



3. DOĞU DAHİLİYE KONGRESİ

BİLİMSEL PROGRAM

12 Ekim 2024, Cumartesi - Sözel Bildiriler Oturumu	
Oturum Başkanları: Doç. Dr. İsmail Demir, Dr. Öğrt. Üyesi Necip Nas	
10:30-10:36	SS-1 Dilek Genç Subakut Tiroiditte Serum Kalsiyum Seviyelerinin Değerlendirilmesi
10:36-10:42	SS-2 Mehmet Selim Mamiş Ciddi İshal ve Kusma ile Başvuran Kızamık Hasta Olgu
10:42-10:48	SS-3 Doğu Karahan Safra Yolu Tıkanıklığı Değerlendirmesinde Ultrasonografi ve Manyetik Rezonans Kolanjiopankreatikografinin Karşılaştırılması
10:48-10:54	SS-4 Alihan Oral Obezitede Liraglutid Kullanımı: Tek Merkez Deneyimi
10:54-11:00	SS-5 Gülistan Alpağat Primer İmmün Yetmezlik Hastalık: Tek Merkez Deneyimimiz
11:00-11:06	SS-6 Mehmet Akif Alkan Hepatit C Virüsü ile Enfekte Hastalarda, HBsAg ve Anti HBs Pozitifliği Araştırılması
11:06-11:12	SS-7 Nurgül Sevimli Primer İmmün Yetmezlik Hastalarının İmmunglobulin Replasman Tedavisi Altında Enfeksiyon Sıklığı: Tek Merkez Deneyimi
11:12-11:18	SS-8 Muhammet Fatih Şahin FDA Onaylı Tirzepatid'in Kilo Verme Üzerine Klinik Sonuçları
11:18-11:24	SS-9 Rıza Altunbaş Akut Pankreatit Hastalarında Amilaz ve Lipaz Seviyeleri ile İnflamasyon Parametreleri Arasındaki İlişki
11:24-11:30	SS-10 Müslüm Güneş Nadir Rastlanan bir Lipid Metabolizma Bozukluğu; Tangier Hastalığı Olgusu
Oturum Başkanları: Doç. Dr. Ali Kırık, Doç. Dr. Ali Kemal Oğuz	
13:30-13:36	SS-11 Ali Akın Non Alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığının FİB-4 Skoru ve Bazı Metabolik Parametrelerle İlişkinin Değerlendirilmesi
13:36-13:42	SS-12 Şeyhmus Akçay Olağan Üstü Üre ve Kreatinin Değerleri ile Ayaktan Başvuran Kronik Böbrek Hastalığı Zemininde Akut Böbrek Hasarı Olgu Sunumu
13:42-13:48	SS-13 Nurhayat İnci Kardiyak Cerrahi Sonrası Hiperglisemi ve Tedavisinin Etkileri: Olgu Sunumu
13:48-13:54	SS-14 Adnan Duha Cömert Vücut Kitle İndeksi ile Kardiyak Elektrofizyolojik Denge İndeksi Arasındaki İlişki
13:54-14:00	SS-15 Özlem Aba Adıyaman PPI Kullanımına Bağlı Akut Tubulo İnterstitial Nefrit
14:00-14:06	SS-16 İdris Baydar Nadir Bir Vaka: Kurşun Zehirlenmesi Tanı, Tedavi ve Takip Süreci
14:06-14:12	SS-17 Ercan Taştan Perkütan Koroner Girişim Yapılan Kronik Total Oklüzyon Hastalarında Trigliserid-Glikoz İndeksi ile Kontrast Nefropati Arasındaki İlişki
14:12-14:18	SS-18 Serdar Söner HALP Skorunun Akut Koroner Sendrom Hastalarında Mortalite ve Morbidite Öngördürücülüğü
14:18-14:24	SS-19 Recep Gökçe Ender Bir Vaka: Metamfetamin Kullanımına Bağlı Gelişen Kardiyak Arrest ve Başarılı Taburculuk
14:24-14:30	SS-20 Fatma Meral İnce Moleküler Yöntemlerle Helicobacter Pylori Tanısı ve Klaritromisin Direnç Paterninin Belirlenmesi: Tek Merkezli Çalışma
14:30-14:36	SS-21 Süheyla Kaya Tokolitik Tedavide Kullanılan Yüksek Doz Nifedipine Bağlı Akciğer Ödemi

SÖZLÜ ve POSTER BİLDİRLER

SÖZLÜ BİLDİRİLER

OP-01. Subakut Tiroiditte Serum Kalsiyum Seviyelerinin Değerlendirilmesi Dilek Genç ¹ , Zafer Pekkolay ¹ , Alpaslan Kemal Tuzcu ¹	2
OP-02. Ciddi İshal ve Kusma ile Başvuran Kızamık Hasta Olgusu Mehmet Selim Mamış ¹ , Ender Çelik ² , Yunus Emre Taşkın ³	3
OP-03. Safra Yolu Tıkanıklığı Değerlendirmesinde Ultrasonografi ve Manyetik Rezonans Kolanjiopankreatikografinin Karşılaştırılması Doğu Karahan ¹ , Hacı Mehmet Çitil ²	5
OP-04. Obezitede Liraglutid Kullanımı: Tek Merkez Deneyimi Alihan Oral ¹ , Celalettin Küçük ¹	9
OP-05. Doğuştan Bağışıklık Hataları Saptanan Hastalarda Klinik ve Demografik Özelliklerin Belirlenmesi: Tek Merkez Deneyimi Gülstan Alpağat ¹	11
OP-06. Hepatit C Virüsü ile Enfekte Hastalarda, HBsAg ve Anti HBs Pozitifliği Araştırılması Mehmet Akif Alkan ¹ , Mustafa Pişirici ¹ , Erdal Özbek ¹ , Hakan Temiz ¹ , Nida Özcan ¹	12
OP-07. Primer İmmün Yetmezlik Hastalarının İmmunglobulin Replasman Tedavisi Altında Enfeksiyon Sıklığı: Tek Merkez Deneyimi Nurgül Sevimli ¹ , Makbule Seda Bayrak Durmaz ¹	14
OP-08. FDA Onaylı Tirzepatid'in Kilo Verme Üzerine Klinik Sonuçları Muhammet Fatih Şahin	15
OP-09. Akut Pankreatit Hastalarında Amilaz ve Lipaz Seviyeleri ile İnflamasyon Parametreleri Arasındaki İlişki Rıza Altunbaş, Çağatay Çavuşoğlu	18
OP-10. Nadir Rastlanan Bir Lipid Metabolizma Bozukluğu; Tangier Hastalığı Olgusu Müslüm Güneş ¹ , Ömer Kaya ¹	19
OP-11. Non Alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığının Fib-4 Skoru Ve Bazı Metabolik Parametrelerle İlişkinin Değerlendirilmesi Ali Akın, Hanife Bolat Erdoğan	20
OP-12. Olağan Üstü Üre ve Kreatinin Değerleri İle Ayaktan Başvuran Kronik Böbrek Hastalığı Zemininde Akut Böbrek Hasarı Olgusu Şeyhmus Akçay, Muhammed Emre Sevim, Hasan İnce, Emre Aydın, Yaşar Yıldırım, Ali Kemal Kadiroğlu	21
OP-13. Kardiyak Cerrahi Sonrası Hiperglisemi ve Tedavisinin Etkileri: Olgusu Nurhayat İnci ¹ , Mehmet Karaçalılar ¹ , Eşref Araç ²	23
OP-14. Vücut Kitle İndeksi ile Kardiyak Elektrofizyolojik Denge İndeksi Arasındaki İlişki Adnan Duha Cömert	24
OP-15. PPI Kullanımına Bağlı Akut Tubulointerstisyel Nefrit Özlem Aba Adıyaman	25
OP-16. Nadir Bir Vaka: Kurşun Zehirlenmesi, Tanı, Tedavi ve Takip Süreci İdris Baydar	26
OP-17. Perkütan Koroner Girişim Yapılan Kronik Total Oklüzyon Hastalarında Trigliserid-Glikoz İndeksi ile Kontrast Nefropati Arasındaki İlişki Ercan Taştan	27
OP-18. HALP Skorunun Akut Koroner Sendrom Hastalarında Mortalite ve Morbidite Öngördürücülüğü Serdar Söner	28
OP-19. Ender Bir Vaka: Metamfetamin Kullanımına Bağlı Gelişen Kardiyak Arrest ve Başarılı Taburculuk Recep Gökçe ¹ , Deniz Şanlı ²	29
OP-20. Moleküler Yöntemlerle Helicobacter Pylori Tanısı ve Klaritromisin Direnç Paterninin Belirlenmesi: Tek Merkezli Çalışma Fatma Meral İnce ¹ , Nida Özcan ² , Hakan Temiz ² , Hasan İnce ³	30
OP-21. Tokolitik Tedavide Kullanılan Yüksek Doz Nifedipine Bağlı Akciğer Ödemi Süheyla Kaya	31



SÖZLÜ ve POSTER BİLDİRİLER

POSTER BİLDİRİLER

PP-01- Aşkar Hipotiroidi Olgusu Burcu Sallarel	34
PP-02. Acil Servise Nörolojik Semptomlar ile Getirilen Hiperosmolar Hiperlisemik Durum Tanısı ile Takip Edilen Vaka Örneği Hüseyin Çiftlik, Kansu Aydeniz, İpek Şahin	35
PP-03. Kilo Kaybı ile Gelen Hastada İnfektif Endokardit Olgusu Duygu Çelik, Yunus Bağcı, Süleyman Özçaylak, Gizem Çelik	36
PP-04. Sıcak Çarpması Nedeniyle Yoğun Bakımda Tedavi Edilen Olgu Sunumu Muhammet Fatih Şahin.....	39
PP-05. Peritoneal Tüberküloz Nedeniyle Antitüberküloz Tedavi Alan Hastada Gelişen Koagulopati ile Seyreden Hepatotoksisite Hamide Tokol ¹ , Mustafa Gönüllü ¹ , Gökhan İpek ¹ , Sümeyye Memiş ¹ , Emel Sağlam ¹ , Ahmet Engin Atay ¹ , Ceren Gür ¹ , Mürselin Güney ¹	41
PP-06. Tiroid Metastazı İle Prezente Olan Metastatik Renal Hücreli Karsinom Olgusu Emine Betül Ergün ¹ , Hayriye Gökalp ¹ , Aydan Özge Işık ¹ , Lala Allahverdiyeva Bayramzade ¹ , Şakir Onur Özbek ¹ , Elif Şahin ²	42
PP-07. Romatoid Artrit Hastasında Gelişen Metotreksat İntoksikasyonu Hayriye Gökalp, Lala Allahverdiyeva, Şakir Onur Özbek, Emine Betül Ergün ,Aydan Özge Işık, Ümit Tulupçuoğlu, Baldan Huri Eryılmaz	43
PP-08. Kronik Hepatit B Tedavisinde Kullanılan Tenofovire Bağlı Nadir Görülen Bir Yan Etki : Rabdomiyoliz Nurten Peynirci, Zeki İslamoğlu, İbrahim Koral Önal	44
PP-09. Antihipertansif ve Antidepresan Kullanımına Bağlı Gelişen Ağır Hiponatremi: İki İlaç Yan Etki Potansiyelini Arttırmış Olabilir Mi ? Ali Akın	45
PP-10. Nadir Görülen Kutanöz T-Hücreli Lenfoma Türü: Sezary Sendromu Vakası Mahmut Peynirci, Sevde Şahin, Esra Terzi Demirsoy, Ayfer Gedük, Pınar Tarkun, Özgür Mehtap, Abdullah Hacıhanefioğlu.....	47
PP-11. Nadir Görülen Otoinflamatuar Kalıtsal Hastalık: Kriyopirin İlişkili Periyodik Sendrom Vaka Takdimi Melike Karataş ¹ , Aydan Köken Avşar ²	49
PP-12. Metformin İlişkili Laktik Asidoz: Olgu Sunumu Emine Uygur, İrem Özcal, Duygu Şahin Yalgın, Erkan Şengül, Eda Altun, Dilek Güven Taymez.....	50
PP-14. Yeni tanı Hipertansiyon Etiyolojisi Araştırmasında Saptanan Renal Hücreli Karsinom: Bir Olgu Sunumu Seda Akduman	51
PP-15.Tiroid Medüller Kanserine Bağlı Ektopik ACTH Sendromu Olan Nadir Bir Olgu Şeymanur Serdar Kılıçaslan ¹ , Özlem Kanburoğlu Meletli ² , Mustafa Koçak ² , Şafak Ersöz ³ , Yakup Kadri Yaralı ³	52



SÖZLÜ BİLDİRİLER





OP-01. Subakut Tiroiditte Serum Kalsiyum Seviyelerinin Değerlendirilmesi

Dilek Genes¹, Zafer Pekkolay¹, Alpaslan Kemal Tuzcu¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları, Diyarbakır, Türkiye

Amaç: Subakut tiroidit (SAT) tanılı hastalarda çoğunlukla literatürde olgu bazında hiperkalsemi bildirilmiştir. Hiperkalsemi ise genellikle hipertiroidizm ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmadaki amacımız SAT tanısı konulan olgularda hiperkalsemi görülüp görülmediğini gözlemlemektir.

Yöntem: Çalışmada iki grup yapıldı. Birinci grupta, SAT tanısı konulan 18 yaş üzerinde 2016 ile 2022 tarihleri arasında başvuran 77 olgu başvuru anında kayıt altına alındı. İkinci grup (kontrol grubu) olarak hastanenin acil servisine başvuran ayaktan hastalar retrospektif rastgele seçildi. Bu olguların yaş, cinsiyet ve laboratuvar parametreleri kaydedildi. SAT grubu ile kontrol grubu; ayrıca SAT grubundaki olgular da kendi arasında tirotoksikozis durumuna göre karşılaştırıldı.

Bulgular: SAT grubu 23(%29.9) erkek, 54(%70.1) kadın toplam 77 kişiden oluşuyordu. SAT olgularının yaş ortalaması 40.8±8.1 idi. Kontrol grubunda 27(%30) erkek, 63(%70) kadın olmak üzere toplam 90 kişi mevcuttu. Bu grubun yaş ortalaması ise 33.1±10.1 bulundu. SAT grubunda serum kalsiyum 9.65±0.43 mg/dL, kontrol grubunda 9.33±0.42 mg/dL (p<0.001) idi. SAT grubunda düzeltilmiş serum kalsiyum 9.71±0.38 mg/dL, kontrol grubunda 9.24±0.36 mg/dL (p<0.001) bulundu. SAT olgularında düzeltilmiş serum kalsiyum düzeyinin TSH ile ilişkisi yokken (p=0.763), FT4 (p=0.005, r=0.34) ve FT3 (p=0.004, r=0.35) ile pozitif korelasyonu mevcuttu.

Sonuç: SAT olgularında anlamlı ılımlı bir serum kalsiyum yüksekliği mevcuttur. Serbest tiroid hormon düzeyleri düzeltilmiş serum kalsiyum düzeyi ile pozitif korelasyon göstermektedir.

Anahtar kelimeler: De quervain tiroiditi; granüloamatöz tiroidit; hiperkalsemi; subakut tiroidit; tirotoksikozis

OP-02. Ciddi İshal ve Kusma ile Başvuran Kızamık Hasta Olgusu

Mehmet Selim Mamiş¹, Ender Çelik², Yunus Emre Taşkın³

¹Siirt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Siirt, Türkiye

²Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Siirt, Türkiye

³Siirt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Siirt, Türkiye

Giriş: Döküntülü hastalıklar arasında 1.hastalık olarak adlandırılan kızamık hastalığının etkeni, sadece insanlarda enfeksiyon yapan tek zincirli zarflı bir RNA virüsüdür (1,2). Çocuklarda daha çok ateş ve döküntülerle ile seyrederken, erişkin hastalarda ateş, ishal ve kusma gibi daha ağır komplikasyonlarla görülebilmektedir (3,4,5). Bu yazımızda ateş ishal ile başvuran pansitopeni ile prezente olan kızamık olgusu sunulmuştur.

Olgu: Son 3 gündür giderek artan üşüme-titrete, günde 20'den fazla olan kansız, sulu ishal ve eşlik eden kusma şikayeti ile tarafımıza başvuran 21 yaşındaki kadın hastanın genel durumu orta, şuuru açık, oryante ve koopere. Alınan detaylı anamneze göre ailede 2 kızamık hastası çocuğa temas öyküsü olduğu söylendi. Fizik muayenesinde yüzde, boyunda ve gövdeye yayılan maküler tarzda döküntüleri olan hastanın, orofarenkste koplik lekeleri görülmedi, akciğer ve kalp sesleri dinlemekle doğal, batında defans, rebound, hasasiyeti yoktu. Vital değerlerinden vücut ısısı:39.0°C, nabız 120/dk, solunum sayısı 22/dk, kan basıncı: 100/55 mmHg ve parmak O2 saturasyonu %94 olarak ölçüldü. Postero-anterior akciğer grafisi normaldi ve abdominal ultrasonografide (USG) patoloji saptanmadı. Bakılan tetkiklerinde üre:32 mg/dL, kreatinin:1.0 mg/d, alanin amino transferaz (ALT):17 U/L, C-reaktif protein (CRP):23 mg/dL, lökosit (WBC):2.470/mm³, trombosit:56.000/mm³, hemogloblin (HGB):10.4 gr/dL olup, diğer laboratuvar parametreleri ve mikrobiyolojik tetkikleri tabloda detaylı bir şekilde gösterilmiştir.

Tablo 1. Hastanın laboratuvar ve mikrobiyolojik tetkik sonuçları

BİYOKİMYA		HEMOGRAM VE KAN GAZI	
Açlık glukoz	90 mg/dL	WBC	2.470 /mm ³
Üre	32 mg/dL	HGB	10.4 gr/dL
Kreatinin	1.0 mg/dL	PLT	56.000/ mm ³
eGFR	78 ml/dk/1.73 m ²	pH	7.37
Na+	134 mmol/L	pCO ₂	42
K+	3.2 mmol/L	HCO ₃ ⁻	23
Albümin	4.3 gr/dL	TAZE İDRAR ANALİZİ	
Kalsiyum	9.0 mg/dL	pH	6.0
ALT	17 U/L	Dansite	1.025
GGT	63 U/L	Lökosit	+1
CRP	23 mg/dL	Glukoz	Negatif
ESH	35 mm/saat	Nitrat	Negatif
MİKROBİYOLOJİ			
Kan kültür	Üreme görülmedi	Viral seroloji	Negatif
Gaita kültür	Üreme görülmedi	İdrar kültür	Üreme görülmedi
Gaita mikroskopisi	Entamoeba histolitica kistleri	Brusella Rose bengal	Negatif
Rota virüsü	Negatif	Adeno virüs	Negatif
Kızamık IgM	Pozitif	Balgam kültür	Üreme görülmedi

Hastaya amipli dizanteri ve kızamık tanısı ile izole odaya yatış yapıldı. Hastanın semptomlarına yönelik antipiretik ve antiemetik tedavisi düzenlendi. Hastaya 75 ml/saat %0.9 NaCl, 75 mL/saat %5 dekstroz ve her 1000 cc mayi içerisinde 2 amp %0.75'lik KCL ampul olacak şekilde infüzyon başlandı. Amipli dizanteri için metronidazol 3x500 mg, nötropenik ateş riskine karşı da meropenem 3x1 gr intravenöz şeklinde başlandı.



3. DOĞU DAHİLİYE KONGRESİ

Sonuç: Adölesan ve erişkin yaşlarda kızamık aşısı öyküsü bilinmeyen yüksek ateş ve döküntü ile seyreden hastalarda atipik kızamıktan şüphelenmelidir. Kızamık bulaş riski çok yüksek olan bir hastalık olup, anamnezde temas hikayesi araştırmaya yönelmelidir. Hastalığın spesifik bir antiviral tedavisi yoktur. Hastalara destek tedavisi ve semptomatik tedavi verilir; ancak hastamızda olduğu gibi farklı enfeksiyon odakları olması durumunda antimikrobik tedavi verilir. Bunun için hastalıktan korunmak, tedavi etmekten çok önemlidir. Hastalıktan korunmanın en etkin yolu aşısı yapmaktır.

Kaynaklar

1. Köse Ş, Mandracioğlu A, Egemen A. Erişkinlerde kızamık antikor seropozitifliğinin değerlendirilmesi. Ege Tıp Derg 2006; 45(2): 93-95.
2. Sunnetcioglu M, Baran AI, Sunnetcioglu A, Menten O, Karadas S, Aypak A. Clinical and laboratory features of adult measles cases detected in Van, Turkey. J Pak Med Assoc 2015; 65(3): 273-6. Wong RD, Goetz MB. Clinical and laboratory features of measles in hospitalized adults. Am J Med 1993; 95(4): 377-383.
3. Dizbay M, Hizel K, Arman D, Şenol E, Aktaş F, Ulutan F. Erişkinde kızamık: Farklı klinik tabloların irdelenmesi. Klinik Derg 2003; 16(1): 15-17.
4. Ali, M. E. R. T., ÖZARAS, R., TABAK, F., BİLİR, M., MÜRTEZAOĞLU, A., ÖZTÜRK, R., & AKTUĞLU, Y. (2002). Genç Erişkinlerde Kızamığın Klinik ve Laboratuvar Özellikleri.

OP-03. Safra Yolu Tıkanıklığı Değerlendirmesinde Ultrasonografi ve Manyetik Rezonans Kolanjiopankreatikografinin Karşılaştırılması

Doğu Karahan¹, Hacı Mehmet Çitil²

¹ Malatya Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Malatya, Türkiye*

² Malatya Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Malatya, Türkiye

Giriş ve Amaç: Safra kesesi taşı olan kişilerde koledok taşı insidansının %8-20 oranında olduğu belirtilmektedir. Safra yolu taşı tespitinde ultrasonografi (USG), endoskopik ultrasonografi (EUS), manyetik rezonans kolanjiopankreatikografi (MRCP), endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi (ERCP) ve intraoperatif kolanjiografi (IOC) gibi yöntemler kullanılmaktadır. ERCP başta safra yolu taşları olmak üzere safra yolunun ve pankreas kanalının benign ve malign hastalıklarının tanı, değerlendirilmesi ve tedavisinde en temel yöntem olarak görülmektedir. Bununla birlikte girişimsel bir işlem olması nedeniyle post-ERCP komplikasyonlarla da karşılaşmaktadır. Safra yollarının ERCP öncesi değerlendirmesinde USG ve MRCP sık kullanılan öncelikli non-invaziv yöntemlerdir. Bu çalışmada hepatobilier USG ve MRCP'nin safra yolu hastalıklarının tanısını koymada ERCP öncesi etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: 2023-2024 yıllarında ERCP uygulanan vakaların işlem öncesi batın ve hepatobilier USG ve MRCP sonuçlarının retrospektif taranması ve değerlendirilmesi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 69 vaka dahil edildi. ERCP ile doğrulanmış koledok patoloji tanıların USG ve MRCP sonuçları ile karşılaştırması yapıldı ve hangi görüntüleme yönteminin ERCP öncesi koledok patolojilerini tespit etmede daha etkili olduğu değerlendirildi.

Bulgular: ERCP sonuçlarında safra yolu tıkanıklığı etyolojisinde %88.4 (n=61) benign, %11.6 (n=8) malign nedenler tespit edildi. ERCP tanılarında baktığımızda 58 vaka koledok taşı (%84.1), 1 vaka kolanjit, 1 vaka sklerozan kolanjit, 1 vaka koledok distal uç darlığı ve 8 vaka malignite ile uyumlu değerlendirildi. ERCP sonuçları ile USG sonuçlarını karşılaştığımızda ERCP'de koledokta tıkanıklık saptanan vakaların %46.4'ünde (n=32) USG'de tıkanıklık saptandı. ERCP'de koledok taşı tanısı alan 58 vaka açısından baktığımızda %41.4 (n=24) vakaya USG ile koledok taşı tanısı konmuştu. ERCP sonuçları ile MRCP sonuçlarını karşılaştığımızda ERCP'de koledokta tıkanıklık saptanan vakaların %72.4'ünde (n=50) MRCP'de tıkanıklık saptandı. ERCP'de koledok taşı tanısı alan 58 vaka açısından baktığımızda %79.3 (n=46) vakaya MRCP ile koledok taşı tanısı konmuştu.

Sonuç: ERCP'nin safra yolu tıkanıklığını teşhis ve tedavide temel yöntem olduğundan yola çıkarak USG'nin şüpheli durumlarda yol gösterici başlangıç tetkik olarak, MRCP'nin ise tanıda doğruluk oranı yüksek non-invaziv ana tetkik olarak değerlendirilmesi uygun görünmektedir. Yine MRCP ile net sonuca ulaşamadığı şüpheli durumlarda ve müdahale endikasyonu olduğunda ERCP uygulanması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Uygun hastaya ERCP kararı vermede ve gereksiz ERCP uygulamasını azaltmada skorlama sistemlerinin çalışmalar ile geliştirilmesi gerektiğini bildirmekteyiz.

Anahtar Sözcükler: Ercp; Koledok; Mrcp; Usg

Teşekkür: Uz. Dr. Hakan Alan (Gastroenteroloji Uzmanı)

Referanslar

1. Kamath SU, Dharap SB, Kumar V. Scoring system to preoperatively predict choledocholithiasis. Indian J Gastroenterol. 2016 May;35(3):173-8. doi: 10.1007/s12664-016-0655-y.
2. Siddique K, Ali Q, Mirza S, Jamil A, Ehsan A, Latif S, Malik AZ. Evaluation of the aetiological spectrum of obstructive jaundice. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2008 Oct-Dec;20(4):62-6.
3. Ak Ç, Aykut H, Pala E, Sayar S, Tarıkçı Kiliç E, Adalı G, Kahraman R, Öztürk O, Özdil K. Post-ERCP Complication



3. DOĞU DAHİLİYE KONGRESİ

- Analysis of an Experienced Center. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2022 Dec 1;32(6):707-713. doi: 10.1097/SLE.0000000000001113.
- Huang-Fu L, Qian YH, Qian MJ. The correlation between postoperative complications of ERCP and quality of life after discharge in patients with choledocholithiasis. *Ann Palliat Med.* 2021 Jul;10(7):7794-7801. doi: 10.21037/apm-21-1373.
 - Pareek T, R R, R P, Chidambaranathan S, O L NB. A Single Centre Experience With Routine Magnetic Resonance Cholangiopancreatography in the Management of Patients With Gall Stone Disease. *Cureus.* 2021 Oct 13;13(10):e18743. doi: 10.7759/cureus.18743.
 - Khan T, Alam SZ, Al Mamun M, Rahman MS, Islam MU, Bari S. Accuracy of Magnetic Resonance Cholangiopancreatography in Case of Biliary Obstruction Comparing Post-operative Findings: A Study of 50 Cases. *Mymensingh Med J.* 2021 Oct;30(4):1079-1085.
 - Karki S, Joshi KS, Regmi S, Gurung RB, Malla B. Role of ultrasound as compared with ERCP in patient with obstructive jaundice. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ).* 2013 Jul-Sep;11(43):237-40. doi: 10.3126/kumj.v11i3.12512.
 - Ghimire R, Lohani B, Pradhan S. Accuracy of ultrasonography in evaluation of level and cause of biliary obstruction: a prospective study. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ).* 2005 Jan-Mar;3(1):17-21.
 - Swaraj S, Mohapatra M, Sathpathy G, Yalamanchi R, Sen K, Menon SM, Madhesia A, Kumaraswamy SM, Radha Krishna K, Bobde DV. Diagnostic Performance of Ultrasonography Versus Magnetic Resonance Cholangiopancreatography in Biliary Obstruction. *Cureus.* 2023 Jan 18;15(1):e33915. doi: 10.7759/cureus.33915.
 - Singh A, Mann HS, Thukral CL, Singh NR. Diagnostic Accuracy of MRCP as Compared to Ultrasound/CT in Patients with Obstructive Jaundice. *J Clin Diagn Res.* 2014 Mar;8(3):103-7. doi: 10.7860/JCDR/2014/8149.4120.
 - Al-Jiffry BO, Khayat S, Abdeen E, Hussain T, Yassin M. A scoring system for the prediction of choledocholithiasis: a prospective cohort study. *Ann Saudi Med.* 2016 Jan-Feb;36(1):57-63. doi: 10.5144/0256-4947.2016.57.
 - Tunruttanakul S, Verasmith K, Patumanond J, Mingmalairak C. Development of a Predictive Model for Common Bile Duct Stones in Patients With Clinical Suspicion of Choledocholithiasis: A Cohort Study. *Gastroenterology Res.* 2022 Oct;15(5):240-252. doi: 10.14740/gr1560. Epub 2022 Oct 19.
 - Patel VB, Musa RK, Patel N, Patel SD. Role of MRCP to determine the etiological spectrum, level and degree of biliary obstruction in obstructive jaundice. *J Family Med Prim Care.* 2022 Jul;11(7):3436-3441. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_2362_21.

T

ablo 1: Değişkenlere ait tanımlayıcı özellikler

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	KADIN	36	52,2
	ERKEK	33	47,8
MRCP TANI	NORMAL	18	26,1
	KOLEDOKOLİTİSİS	46	66,7
	MALİGNİTE	2	2,9
	SAFRA KESESİ RÜPTÜRÜ	1	1,4
	KOLANJİT	1	1,4
	SKLEROZAN KOLANJİT	1	1,4
	USG TANI	NORMAL	37
	KOLEDOKOLİTİSİS	31	44,9
	MALİGNİTE	1	1,4
ERCP TANI	KOLEDOKOLİTİSİS	58	84,1
	MALİGNİTE	8	11,6
	KOLANJİT	1	1,4
	SKLEROZAN KOLANJİT	1	1,4
	DİSTAL KOLEDOK DARLIĞI	1	1,4
ERCP	BENİGN	61	88,4
	MALİGN	8	11,6
Toplam		69	100,0
Değişken		Ort ± ss	Min-Max
Yaş		61,03 ± 16,41	21-85

Ort: Ortalama, Min: Minimum, Max: Maksimum

Tablo 2: ERCP ile USG Tanı karşılaştırması

Değişken	ERCP			Toplam	χ^2 (ki-kare)	Sig. (p)	
	N	%	%				
USG TANI	Benign	N	36	1	37	9,852	0,007*
		%	59,0%	12,5%	53,6%		
	malign	N	25	6	31		
		%	41,0%	75,0%	44,9%		
	MALİGNİTE	N	0	1	1		
		%	0,0%	12,5%	1,4%		
Total	N	61	8	69			
%	100,0%	100,0%	100,0%				

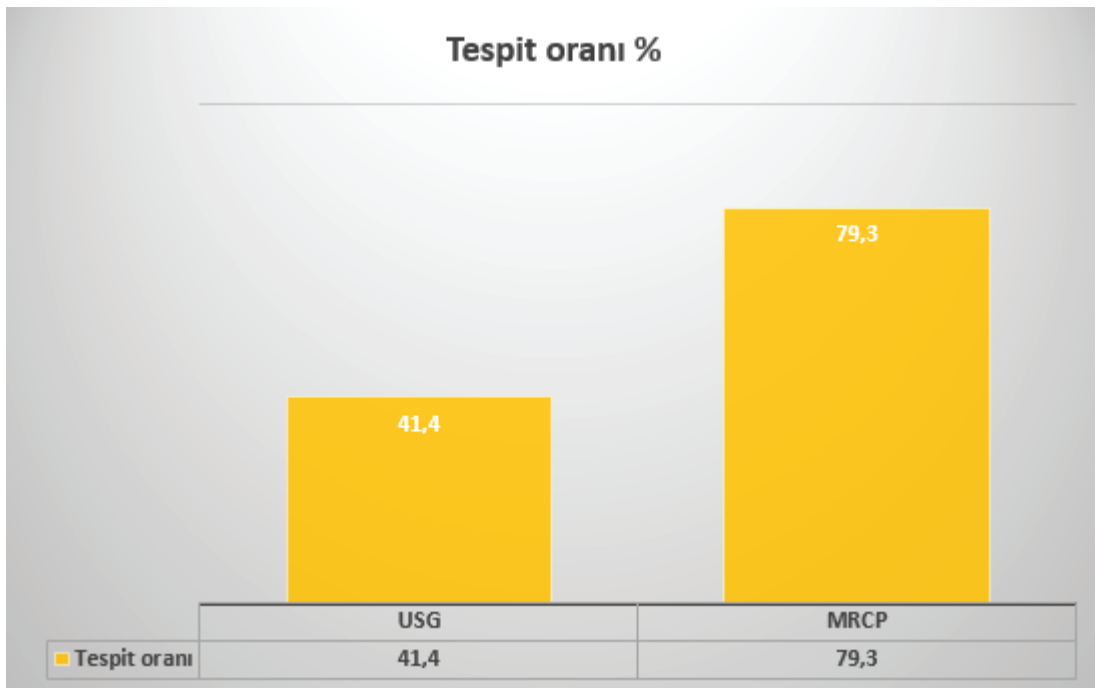
N; sayı, %; yüzde, *p<0,05; değişkenler arasında istatistiksel ilişki vardır.

Tablo 3: ERCP ile MRCP tanıların karşılaştırılması

Değişken	ERCP			Toplam	χ^2 (ki-kare)	Sig. (p)	
	Benign						
MRCP TANI	NORMAL	N	15	3	18	16,835	0,005*
		%	24,6%	37,5%	26,1%		
	KOLEDOKOLİTİSİS	N	44	2	46		
		%	72,1%	25,0%	66,7%		
	MALİGNİTE	N	0	2	2		
		%	0,0%	25,0%	2,9%		
	SAFRA KESESİ RÜPTÜRÜ	N	1	0	1		
		%	1,6%	0,0%	1,4%		
	KOLANJİT	N	0	1	1		
		%	0,0%	12,5%	1,4%		
	SKLEROZAN KOLANJİT	N	1	0	1		
		%	1,6%	0,0%	1,4%		
Total	N	61	8	69			
%	100,0%	100,0%	100,0%				

N; sayı, %; yüzde, *p<0,05; değişkenler arasında istatistiksel ilişki vardır.

Grafik 1: ERCP’de koledok taşı saptanan olgularda USG ve MRCP’nin doğru tespit oranı



OP-04.Obezitede Liraglutid Kullanımı: Tek Merkez Deneyimi

Alihan Oral¹, Celalettin Küçük¹

¹Biruni Üniversitesi Hastanesi

Amaç: Obezite vücuttaki yağ dokusunun artmasıyla karakterize, çok sayıda yandaş hastalığa neden olan ciddi bir hastalıktır. Obezite tedavisinde çok sayıda farmakolojik tedavi alternatifi olmasına rağmen, son yıllarda Glukagon-benzeri peptit-1 (GLP-1) analogu olan liraglutid etkinliği ve güvenli oluşu ile öne çıkmaktadır. Çalışmamızda liraglutidin obezite tedavisinde etkinliği ve yan etki profili araştırılmıştır.

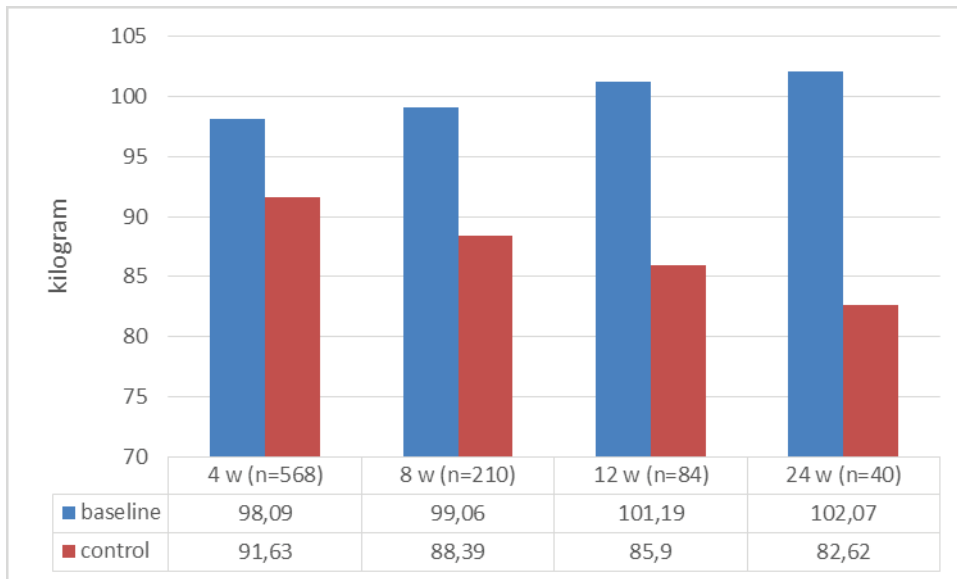
Yöntem ve Gereçler: Çalışmaya 18 yaş ve üzeri, vücut kile indeksi(VKİ) 30 ve üzeri olan ya da VKİ'si 27 ve üzeri olup yandaş hastalığa sahip, obezite için fiziksel egzersiz ve diyet programı yanında liraglutid tedavisi başlanan 568 hasta dahil edildi. Hastaların kronik hastalıkları sorgulandı, başlangıçtaki ve kontrollerindeki kilo, VKİ, bel çevresi ve eğer varsa ilaca bağlı yan etkiler kayıt altına alındı.

Bulgular 568(467 kadın, %85.6) hastanın ortalama yaşı 42.37 ± 10.50 , ortalama kilosu 98.09 ± 17.48 kg, ortalama VKİ'si 35.77 ± 5.45 kg/m² idi. Hastaların %37,9'unun pre-diyabet, %7.8'inin diyabet ve %64,7'sinin hipertansiyon tanısı vardı. Hastaların başlangıç ve 4., 8.,12, ve 24. hafta kiloları karşılaştırıldığında takiplerin her birinde anlamlı kilo kaybı sağlandığı görüldü [4. Hafta 98.09 ± 17.48 to 91.63 ± 16.66 , ($p<0,0001$); 8. hafta: 99.06 ± 17.76 to 88.39 ± 15.92 ($p<0,0001$); 12. hafta: $101,19 \pm 20.57$ to 85.90 ± 18.19 ($p<0,0001$); 24. hafta: $102,07 \pm 23.17$ to 82.62 ± 15.95 ($p<0,0001$)] Hastaların başlangıç ve 4., 8.,12, ve 24. hafta VKİ'leri karşılaştırıldığında takiplerin her birinde istatistiksel anlamlı fark olduğu saptandı [4. hafta: 35.77 ± 5.45 to 33.41 ± 5.26 , ($p<0,0001$); 8. hafta: 35.97 ± 5.71 to 32.10 ± 5.11 ($p<0,0001$); 12. hafta: 37.26 ± 6.85 to 31.90 ± 5.69 ($p<0,0001$); 24. hafta: 37.66 ± 7.64 to 30.57 ± 5.23 ($p<0,0001$)] Hastaların 4. haftada %5 kilo kaybı hedefine ulaşma oranı %79, 8. haftada %99.5, 12. haftada %100 ve 24. haftada %100 idi . En sık görülen yan etki bulantıydı(%70).

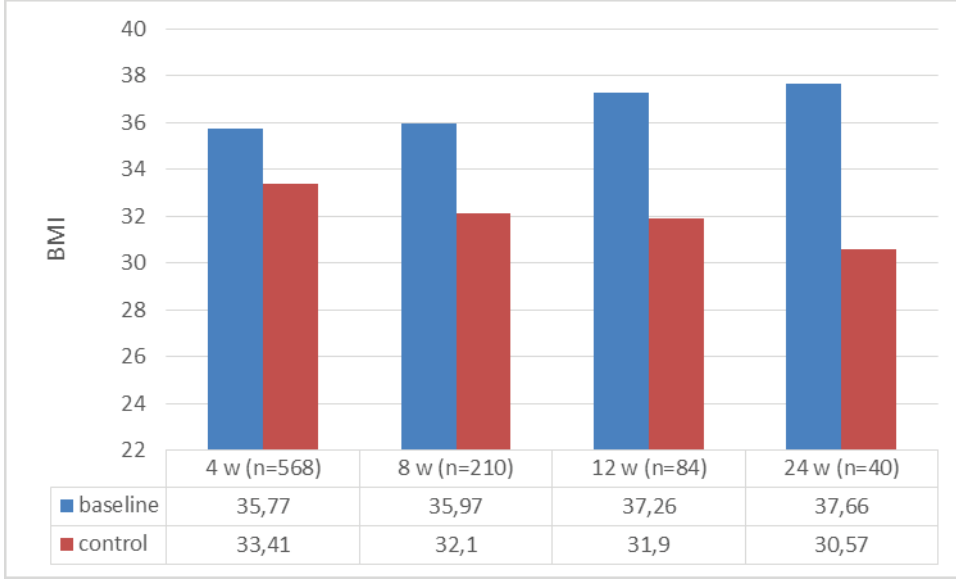
Sonuc: Liraglutide fazla kilolu ve obez hastalarda diyet ve egzersizle kombine olarak verildiğinde düşük ciddi yan etki profili ile etkin bir kilo kaybı sağlamaktadır. Obezite tedavisinde GLP-1 analoglarının kullanımına ait geniş, randomize ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, tedavi, liraglutid, Glukagon-benzeri peptit-1 (GLP-1)

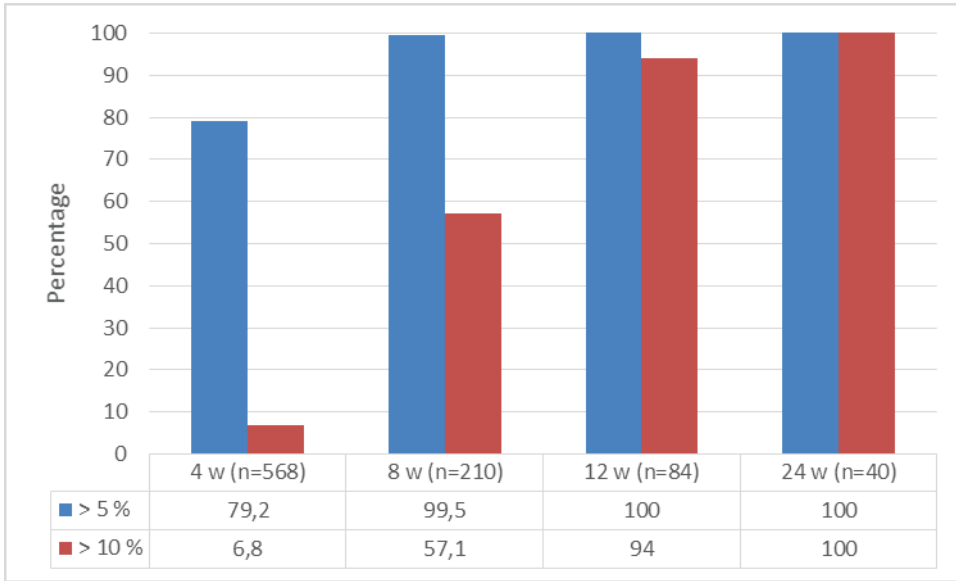
Figür 1: Kilo Değişim Grafiği



Figür 2: VKİ Değişim Grafiği



Figür 3: Kio Değişim Yüzdesi Grafiği



OP-05. DođuŖtan BađıŖıklık Hataları Saptanan Hastalarda Klinik ve Demografik Özelliklerin Belirlenmesi: Tek Merkez Deneyimi

Gülistan Alpağat ¹

¹Malatya Eğitim ve AraŖtırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Klinik İmmunoloji ve Alerji Hastalıkları Bölümü
Malatya, Türkiye

Giris: DođuŖtan bađıŖıklık hataları (IEI) İmmün yanıt ve immün regülasyon ile iliŖkili genlerde meydana gelen mutasyonlar sonucunda ortaya çıkan heterojen bir hastalık grubudur. Tekrarlayan enfeksiyonlar, otoimmünite, inflamatuvar belirtiler, lenfoproliferatif durumlar ve malignite geliŖmesi ile karakterizedir. Bu alıŖmada, Malatya Eğitim ve AraŖtırma Hastanesi'ne baŖvurup, IEI tespit edilen hastalarda klinik ve demografik özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıŖtır.

Yöntem: Bu retrospektif alıŖmada polikliniğimizde; Ekim 2023 -Ağustos 2024 tarihleri arasında muayene edilen 24 hastanın dosyası incelendi. Hastaların demografik verileri, anne-baba akrabalık durumunun varlığı, romatolojik hastalık tanıları, komplikasyon varlığı, malignite iliŖkisi değerlendirildi. Laboratuvar bulgularından tam kan sayımı, serum immunoglobulin (Ig G, IgA, IgM, IgE) düzeyleri kaydedildi.

Bulgular: YaŖ ortalaması 36,54± 15,19 olan hastaların 6'sı (%25) kadın idi. 12 (%50) hastanın anne babası arasında akraba evliliği vardı. 10 hastada (%41,6) en az bir kardeŖ ölümu öyküsü vardı. 21 hastada (%87,5) en az bir kere pnömoni nedeniyle hastane yatıŖ öyküsü vardı. 3 hastada malignite geliŖmiŖti. Hastaların %25'inde bronŖektazi, %25 hasta kilo kaybıyla giden ishal tariflemekteydi. %12,5 hastada organ hasarıyla giden romatizmal hastalık mevcuttu. Hastaların yalnızca %41,6' sında genetik tanı mevcuttu, çoğu antikor eksikliğiyle giden immün yetmezlikti.

Sonuç: Ülkemizin doğusunda akraba evliliği oranının yüksekliği nedeniyle, primer immün yetmezlik hastalıkları sık görölmektedir; bu nedenle önemli bir halk sağlığı sorunudur. EriŖkin yaŖ grubunu ilgilendiren immün yetmezliklerin birçoğu antikor eksikliği ile karakterizedir. Aile ağacı mutlaka çizilmeli, hastalık öyküsü sorgulandıktan sonra hastanın detaylı muayenesi yapılmalıdır. İmmün yetmezliklere bağlı komplikasyonların azaltılabilmesi için; hekimlerin erken tanı ve tedavi konusunda dikkatli olması gerekmektedir. Klinik Ŗüphe ise tanı koymada en önemli basamaktır.

OP-06. Hepatit C Virüsü ile Enfekte Hastalarda, HBsAg ve Anti HBs Pozitifliği Araştırılması

Mehmet Akif Alkan¹, Mustafa Pişirici¹, Erdal Özbek¹, Hakan Temiz¹, Nida Özcan¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı Diyarbakır Türkiye

Amaç: Hepatit C virusu filoviridae ailesinde yer alan bir RNA virusudur. İnsanlarda Kronik hepatit, siroz ve hepatosellüler carsinomun önemli etkenlerinden biridir. Günümüzde koruyucu bir aşısı bulunmayan HCV nin bulaş yolları Hepatiti B virusuna benzerlik göstermektedir bu nedenle HCV enfekte bireyler HBV enfeksiyonu açısından risk taşımaktadır. Bu çalışmada Hepatit C virusu ile enfekte bireylerde Hepatit B seroprevalansının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Laboratuvar bilgi sistemi (LIS) yazılımı üzerinde HCV RNA PCR sonuçları geriye dönük olarak incelenmiştir. Çalışmaya Ağustos 2019 – Ağustos 2024 tarihleri arasında HCV ile enfekte olduğu Pozitif PCR sonuçları ile kanıtlanmış bireyler dahil edilmiştir. Hastalar yaş-cinsiyet ve başvuru yaptıkları kliniklere gruplandırılmış, bu hastaların HBsAg ve/veya AntiHBs test sonuçları LIS kayıtlarından çıkarılmıştır. HCV RNA PCR testleri; Abbott m2000 Realtime PCR System, serolojik testler ise; Roche Cobas e601 ve e411 cihazları ile çalışılmıştır.

Bulgular: HCV RNA pozitif 134 hastanın, hastaların yaş ortalaması 57,87(en genci 13, en yaşlısı 93) olarak hesaplandı. 134 hastanın 50'si kadın (%37), 84'ü erkek (%63) idi. Hastaların yaş ve cinsiyet dağılımları tablo 1 de özetlenmiştir. LIS kayıtlarında, 19 hastanın HBsAg ve Anti-HBs, 4 hastanın sadece Anti-HBs test sonuçlarının olmadığı görülmüş olup bu hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Bu 69 erkek, 46 kadın hasta HBsAg ve Anti-HBs test sonuçları açısından değerlendirildi. Hastaların 3'ünde yalnızca HBsAg, 47'sinde yalnızca Anti-HBs pozitif olarak bulunmuştur. 61 hastada HBsAg ve Anti-HBs negatif iken, iki değer de pozitif olduğu hasta bulunmamıştır. Başvuru yapılan klinik-poliklinik ve HbSAg, ANtiHBS test sonuçları tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo 1: Kadın ve erkek hasta sayısının yaş aralığına göre dağılımı

Yaş	Erkek n(%)	Kadın n(%)
0-14	0(%0)	2(%1,49)
15-29	7(%5,22)	4(%2,98)
30-44	15(%11,19)	5(%3,73)
45-59	24(%17,91)	5(%3,73)
>60	38(%28,35)	34(%25,37)
Toplam	84(%62,68)	50(%37,31)

Tablo 2: HBsAg ve Anti-HBs Sonuçlarının Kliniklere Göre Dağılımı

Başvuru yapılan pol./ klinik	HBsAg (+) n(%)	Anti-HBs (+) n(%)	HBsAG ve Anti-HBs (+) n(%)	HBsAG ve Anti-HBs (-) n(%)
Gastroenteroloji n:57(%51,35)	3(%2,70)	24(%21,62)	0	30(%27,02)
Enfeksiyon Hastalıkları n:31(%27,92)	0	14(%12,61)	0	17(%15,31)
Diğer n:23(%20,72)	0	9(%8,10)	0	14(%12,61)
Toplam	3(%2,70)	47(%42,34)	0	61(%54,95)



Sonuç: HBV ve HCV koenfeksiyonu, her iki virüsün de geçiş yolları ve risk gruplarının benzer olması nedeniyle nadir değildir.HCV enfekte hastaların diğer hepatit virüsleriyle koenfeksiyonları sonucu önemli klinik etkiler ortaya çıkabilir.Ülkemizde 20 yılı aşkın bir süredir, Hepatit B rutin aşı uygulaması yapılmaktadır.Çalışmamızda HCV enfekte bireylerin yaş ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür.Bu durum bu bireylerin aşılanmamış olma olasılıklarını yükseltmektedir.HCV enfekte bireylerde HBV immunizasyon durumun değerlendirilmesi bağışıklığı olmayan bireylerin aşılanmasının faydalı olacağı düşünölmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hepatit C, HBsAg, Anti-HBs



OP-07. Primer İmmün Yetmezlik Hastalarının İmmunglobulin Replasman Tedavisi Altında Enfeksiyon Sıklığı: Tek Merkez Deneyimi

Nurgül Sevimli¹, Makbule Seda Bayrak Durmaz¹

¹Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Alerji ve immünoloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Primer İmmün Yetmezlikler (PİY), bağışıklık sisteminin farklı bileşenlerini etkileyen kalıtsal hastalıklar grubudur ve en sık karşılaşılan komplikasyon olan enfeksiyonlar, artan morbidite ve mortalite oranlarıyla ilişkilidir. Bu retrospektif çalışmanın amacı, İmmünoglobulin (Ig) replasman tedavisi (İGRT) alan hastalarımızda tedavi altındaki enfeksiyöz ve non-enfeksiyöz komplikasyonlarını değerlendirmektir.

Yöntemler: 2022-2023 yılında kliniğimizde başvurusu olan PİY tanısı ile takipli, İGRT alan hastaların son 3 yıllık tıbbi kayıtları çalışma için etik onay (26.06.2024;etik no:39) alınması ardından geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen toplam 10 hastanın (5 kadın) ortanca yaşı 32 (aralık, 20-51) olup, ortanca hastalık süresi 4 yıl (aralık, 2-14) idi. Hastalarımızın tümü primer antikor eksikliğiydi (n:7 yaygın değişken immün yetmezlik; n:2 HiperIgM; n:1 LRBA gen defekti) ve dirençli ve/veya sık enfeksiyon nedeniyle yapılan tetkikler sonucu tanı almıştı. Hastaların ortalama tanı yaşı 28,4±12,048 yıldır, % 80'i erişkin dönemde tanı almıştı. Hastaların 8'inde (%80) alerji, 2'sinde (%20) enflamatuar bağırsak hastalığı benzeri tutulum ve 2'sinde (%20) bronşiektazi mevcuttu. Hastaların hepsi İGRT almakta; ikisi ek olarak antimikrobiyal profilaksi (n:1 trimetoprim-sulfometaksazol, n:1 azitromisin) kullanmaktaydı. COVID-19, influenza ve pnömokok'a yönelik aşılama oranları sırası ile %80, %70 ve %60 idi. Son 3 yılda ortanca pnömoni sayısı 0 (aralık, 0-7), ortanca ishal sayısı 20 (aralık, 0-72), ortanca idrar yolu enfeksiyonu sayısı 0 (aralık, 0-6)'dı. İshali olan hastanın 4'ünde kültür alınmış, 2'sinde giardia üremesi mevcuttu. Pnömoni öyküsü olan (n=4) ve olmayan (n=6) hastalar arasında cinsiyet (p=0,324), ortanca tanı yaşı (p=0,762) ve COVID-19 (p=0,467), influenza (p=0,190) veya pnömokok'a (p=0,524) karşı tam doz aşılama varlığı açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

Tartışma/Sonuç: Hastalarımızın hepsinde tanı öncesi sık ve dirençli enfeksiyon öyküsü olmakla birlikte İGRT altında hastalardan sadece birinde hastane yatışı gerektiren ciddi enfeksiyon olup 6 hastada hiç pnömoni görülmemişti. 8 hastada ishal yakınması devam etmekle birlikte enflamatuar bağırsak hastalığı benzeri tutulumu açısından değerlendirilmek üzere ileri tetkik planlandı. Çok merkezli, geniş PİY hasta sayısına sahip, enfeksiyonlar ile ilgili ayrıntılı tetkikler ile birlikte ishali olan hastaların gastrointestinal tutulum açısından bu konuda uzmanlaşmış gastroenterologlar tarafından ayrıntılı değerlendirildiği prospektif dizayna sahip çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: İmmünoglobulin replasman tedavisi; intestinal tutulum; primer immün yetmezlik; profilaksi

OP-08. FDA Onaylı Tirzepatid'in Kilo Verme Üzerine Klinik Sonuçları

Muhammet Fatih Şahin

Kestel Devlet Hastanesi

Glukagon like peptid 1 (GLP-1) agonist ilaçlar son yıllarda tip 2 diyabetes mellitus (T2DM) ve obezitede etkin olarak kullanılmaktadır. Dipeptidil peptidaz 4 (DPP-4) enzimini inhibe ederek mide boşalmasını, yemek sonrası glukagon salgılanmasını ve gıda alımını azaltarak glisemik kontrolün sağlanmasına ve kilo verilmesine yardımcı olur (1). Liraglutid, semaglutid, eksenatid etkin olarak ülkemizde kullanılan GLP-1 agonistleridir. Tirzepatid ise hem GLP-1 agonisti olarak etki eder hem de glukoz bağımlı insülinotropik polipeptit olarak insülin düzeylerinin regüle edilmesini sağlar (2).

Tirzepatid başlangıç dozu 2,5mg/haftadır ve doz titre edilerek haftalık 15mg/haftaya a kadar arttırılabilir. Subkutan haftalık enjektale şeklinde uygulanan ve Amerika gıda ve ilaç dairesi (FDA) tarafından onaylanan tirzepatid dünyanın birçok yerinde obezite tedavisinde etkin olarak kullanılmaktadır.

4036 katılımcının yer aldığı tirzepatid ile ilgili meta analizde plaseboya kıyasla ilacın kilo vermede daha etkin olduğu bulundu (3). 2500 katılımcının yer aldığı başka bir çalışmada ise 5mg, 10 mg ve 15 mg/hafta olarak uygulanan tirzepatid sonrası 72. haftada hastaların vücut ağırlıklarının sırasıyla %15, %19,5 ve %20,9 oranında azaldığı görüldü (2).

Tirzepatid sonrası en sık görülen yan etki bulantı kusma olarak karışımıza çıkar. Ayrıca ishal, kabızlık ve taşikardi de yan etki olarak görülebilir (4). Tirzepatid sonrası medullar tiroid kanser insidansında artış olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur. O yüzden medullar tiroid kanseri öyküsü veya şüphesi olan kişilerin bu ilaçları kullanmaktan kaçınması gerekmektedir (5).

Biz bu çalışmamızda 11 hastada tirzepatid kullanımı sonrası görülen kilo kaybı ve yan etki profilini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Araştırma 11 hasta üzerinde retrospektif olarak yapıldı. İlaçları kullanmadan önceki kiloları, kullandıktan sonraki kiloları, bel çevresinin inceme miktarları, yan etki profili sorgulandı. 5 mg/hafta ve 15 mg/hafta olarak kullanılan ilaçlar değişken sürelerde kullanıldı.

Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığının test edilmesinde Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uyan sayısal değişkenler ortalama±standart sapma ile, uymayanlar ise medyan (minimum-maksimum) değerler ile verilmiştir. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında, normallik varsayımının sağlanması durumunda bağımsız örneklem t-testi, sağlanmaması durumunda ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde değerleri ile verilmiş olup, kategorik değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi, Fisher'in kesin ki-kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır. Sayısal ve sıralı ölçekli değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics version 28.0 programı kullanılarak yapılmıştır

Bulgular: Çalışmamızda yer alan hastaların medyan yaşı 36,27 (minimum- maximum: 15-61) yıl olup %54,5 (n=6) kadındır.

Tablo:1 Hastalara İlişkin Genel Verileri

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
İlk_Kilo	11	92	178	117,92	25,636
VerilenKilo	11	4	46	14,38	11,070
HaftalıkKilo	11	2,00	11,90	5,2282	3,32646
İncelme	11	7	62	23,09	15,623
Oran	11	3,90	25,00	11,9545	5,31909
Valid N (listwise)	11				

Çalışmamızda hastaların ortalama kiloları 117,92 kg (minimum-maximum: 92-178) iken ortalama 14,38 kg (minimum-maximum:4-46) verildiği görüldü. Yapılan çalışmalar 72 hafta boyunca takip edildiği için kilo verme oranları daha yüksek saptanmış olup bizim çalışmamızda bir ve beş hafta arasında kullanım süresi olduğu için hastaların kilo verme oranları diğer çalışmalardan daha düşük saptandı. Bizim çalışmamızda hastaların başlangıç kilolarına göre %11,95 (minimum-maximum: 3,9-25) oranında kilo verdikleri gözlemlendi. Hastalar kullanım sürelerine göre haftalık ortalama 5,2 kg kilo kaybına uğradı. Bel çevrelerindeki incelme ise toplam tedavi sonunda 23cm (minimum-maximum:7-62) olarak gözlemlendi.

Hastaların %36,3 (n=4) tanesinde diyabet mevcuttu. Diyabeti olan ve olmayanlar arasında kilo kaybı oranları açısından karşılaştırma yapıldığında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı ($r=-0,387$, $p=0,240$). Hastalar arasında %45,4 (n=5) kişi 15mg/hafta tirzepatid kullanırken %54,5 (n=6) kişi 5mg/hafta tirzepatid kullandı. Haftalık doz olarak 15mg/ hafta ve 5mg/hafta kullananların verilen kilo oranlarında istatistiksel fark gözlenmedi ($r=-0,483$, $p=0,132$).

İlk kilosu daha yüksek olanlarda bel çevresinde incelme ($r=0,787$, $p=0,04$) ve daha fazla kilo verildiği ($r=0,768$, $p=0,05$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde görüldü. Bu durum da daha kilolu bireylerde ilacın tesirinin daha fazla olduğu ancak başlangıç kilosu daha az olan bireylerde ise kilo verme düzeyinin istenilen miktar kadar olamayabileceğini düşündürdü.

Hastaların %27,2 (n=3) tanesi tekrar kilo alırken %72,8 (n=8) tanesi kilosunu koruduğu görüldü. Kadınların ilaç sonrası kilolarını daha fazla biçimde koruduğu ancak erkeklerin ilaç sonrası daha fazla biçimde kilo aldığı görüldü. ($r=-0,671$)

Hastaların %100'ünde (n=11) bulantı ve kusma gözlemlendi. Özellikle yemek yedikten sonra hastaların şikayetleri çok arttığı için birçok hasta ilacın tesirinin fazla olduğu ilk 5 gün su dışında hiçbir ek gıda tüketmediğini belirtti.

Sonuç: Obezite dünyada yaygınlığı hızla artan ve T2DM, hipertansiyon, dislipidemi, kardiyovasküler hastalıklar, tromboembolizm, serebrovasküler olay, osteoartrit, gut, uyku apne sendromu, astım, depresyon, demans, gastrointestinal ve hepatobilier hastalıklar, böbrek yetmezliği, kanser ve artmış enfeksiyonlar ile ilişkilendirilmiş önemli bir sağlık sorunudur (6-9). Obezite ile mücadelede GLP-1 agonist ilaçların etkili olabileceği düşünülmüş ve birçok GLP-1 agonist ilacın etkili sonuç verdiği gözlemlenmiştir. Tirzepatid hem GLP-1 agonisti olarak işlev görürken hem de glukoz bağımlı insülinotropik polipeptit olarak insülin düzeylerinin regüle edilmesini sağladığı görülmüştür (2). Semaglutid son zamanlarda ülkemizde geri ödemesi alınan GLP-1 agonisti olarak etkili obezite ilaçları arasındaki yerini alırken liraglutid de bir süredir tedavide kullanılıyordu. Tirzepatid FDA ile onay alması nedeniyle dünyanın birçok ülkesinde başarılı sonuçlar veren bir molekül olarak karşımıza çıktı.

Obezitenin yaygınlığının artması ve önemli morbiditeye neden olması nedeniyle tirzepatid haftalık subkutan enjeksiyon ile uygulanması obezite tedavisinde bir alternatif olabilir.

11 hastalık çalışmamızda hastaların kısa tedavi sürelerine rağmen başlangıç kilolarına göre %11,95 (minimum-

maximum: 3,9-25) oranında kilo vermeleri etkili bir tedavi olarak karşımıza çıktı. Ayrıca başlangıç kilosu yüksek olan hastalarda bel çevresinde incelmeye ($r=0,787$, $p=0,04$) ve artmış kilo kaybı ($r=0,768$, $p=0,05$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde görüldü. Bu durum da ilacın ilerlemiş obeziteli bireylerde daha etkili olduğunu düşündürdü.

Hastaların tamamında bulantı kusma olması ilacın önemli yan etkilerinden birisi olarak karşımıza çıktı. Hastaların tedaviyi kısa sürede sonlandırması da şiddetli bulantı kusma yapması nedeniyle ilişkili olarak görüldü.

Obezite ve ilişkili hastalıklarda ilaçlar kadar hastaların iradesi ve kaybettikleri kiloları tekrar almamaları da önemlidir. Kadın hastaların tekrar daha az kilo aldığı görülen çalışmamızda yaşam tarzı değişikliği olmadığı müddetçe verilen tüm kiloların eskisi gibi geri alınabileceği ve kişinin ilaçlardan ziyade bireysel iradesini kontrol altına almasının en önemli parametre olduğunu bir kez daha gösterdi. Fazla kiloları vermede tirzepatid etkili bir molekül gibi gözükse de sürekli kullanımı mümkün olmayacağı ve artmış tiroid meduller kanser insidansı ile ilişkili olduğu için ileriki dönemlerde henüz fark edilmeyen yan etkilerin ortaya çıkabileceğini düşünülmektedir.

Kişilerin ideal kilolarına ulaşmada tirzepatid düşünülebilir ve doktor gözetiminde kullanılmasıyla faydalı sonuçlar doğurabilir. Ancak ilacı bıraktıktan sonra yemek yeme alışkanlığı değişmediği müddetçe ilacın etkisinin sınırlı kalabileceği de göz ardı edilmemelidir.

Kaynakça

- 1- Müller TD, Finan B, Bloom SR, D'Alessio D, Drucker DJ, Flatt PR, Fritsche A, Gribble F, Grill HJ, Habener JF, Holst JJ, Langhans W, Meier JJ, Nauck MA, Perez-Tilve D, Pocai A, Reimann F, Sandoval DA, Schwartz TW, Seelye RJ, Stemmer K, Tang-Christensen M, Woods SC, DiMarchi RD, Tschöp MH. Glucagon-like peptide 1 (GLP-1). *Mol Metab.* 2019 Dec;30:72-130. doi: 10.1016/j.molmet.2019.09.010. Epub 2019 Sep 30. PMID: 31767182; PMCID: PMC6812410.
- 2- Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, et al. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. *N Engl J Med* 2022; 387:205.
- 3- de Mesquita YLL, Pera Calvi I, Reis Marques I, et al. Efficacy and safety of the dual GIP and GLP-1 receptor agonist tirzepatide for weight loss: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Obes (Lond)* 2023; 47:883.
- 4- Frías JP, Davies MJ, Rosenstock J, et al. Tirzepatide versus Semaglutide Once Weekly in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2021; 385:503.
- 5- Bezin J, Gouverneur A, Pénichon M, et al. GLP-1 Receptor Agonists and the Risk of Thyroid Cancer. *Diabetes Care* 2023; 46:384.
- 6- Haslam DW, James WP. Obesity. *Lancet* 2005; 366:1197.
- 7- Poirier P, Giles TD, Bray GA, et al. Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2006; 26:968.
- 8- Gallagher EJ, LeRoith D. Obesity and Diabetes: The Increased Risk of Cancer and Cancer-Related Mortality. *Physiol Rev* 2015; 95:727.
- 9- Hsu CY, McCulloch CE, Iribarren C, et al. Body mass index and risk for end-stage renal disease. *Ann Intern Med* 2006; 144:21.



OP-09. Akut Pankreatit Hastalarında Amilaz ve Lipaz Seviyeleri ile İnflamasyon Parametreleri Arasındaki İlişki

Rıza Altunbaş, Çağatay Çavuşoğlu

Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa

Giriş ve Amaç: AP (Akut Pankreatit) tanısı karın ağrısı, amilaz, lipaz yüksekliği ve görüntüleme yöntemleri ile konulmaktadır. Pankreasta oluşan inflamasyon, AP kliniğinde önemlidir ve klinik durumun ciddiyetini etkilemektedir. Çalışmamızın amacı inflamasyon parametreleri ile amilaz ve lipaz seviyeleri arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Yöntem: Çalışmamıza son bir yılda acile başvurup AP tanısı konularak iç hastalıkları servisine yatırılan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik verileri ve acile ilk başvuru anındaki laboratuvar değerleri incelendi. İnflamasyon parametreleri olarak CRP (C-Reaktif Protein), lökosit sayısı, ferritin seviyesi, nötrofil/lenfosit oranı, platelet/lenfosit oranı ve CRP/albumin oranı belirlendi. Tanımlayıcı istatistiksel analizler yapıldı. Amilaz ve lipaz ile inflamasyon parametreleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi yapıldı. Sayısal veriler anormal dağılım gösterdiği için Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 80 hastanın % 62.5'i (n=50) kadın, % 37.5'i (n=30) erkek ve ortanca yaş 48 (18-91) idi. Acile ilk başvuru anındaki amilaz 1121 IU/L (47-3501 IU/L), lipaz 1415 IU/L (27-13000 IU/L), lökosit sayısı $8 \times 10^3/\mu\text{L}$ ($13-23 \times 10^3/\mu\text{L}$), CRP 8.5 mg/L (0.95-414 mg/L) idi. Amilaz ile lipaz arasında anlamlı derecede korelasyon mevcuttu ($p < 0.001$). Amilaz ile CRP ve CRP/albumin oranı arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı ilişki bulunurken (sırası ile $r_s: -.403$, $p < 0.001$; $r_s: -.422$, $p < 0.001$), amilaz ile lökosit sayısı, nötrofil/lenfosit oranı, platelet/lenfosit oranı ve ferritin seviyesi ile anlamlı ilişki yoktu. Lipaz ile CRP ve CRP/albumin oranı arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki varken (sırası ile $r_s: -.437$, $p < 0,001$; $r_s: -.464$, $p < 0,001$), lipaz ile lökosit sayısı, nötrofil/lenfosit oranı, platelet/lenfosit oranı ve ferritin seviyesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Sonuç: Her ne kadar amilaz ve lipaz seviyesi AP tanısında kullanılsa da inflamasyon şiddetini gösteren doğru bir laboratuvar parametresi olmayabilir. Bu nedenle AP'de inflamasyon şiddeti değerlendirilirken birden çok faktör göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Akut pankreatit, amilaz, lipaz, inflamasyon, C-reaktif protein

OP-10. Nadir Rastlanan Bir Lipid Metabolizma Bozukluğu; Tangier Hastalığı Olgusu

Müslüm Günes¹, Ömer Kaya¹

¹SBÜ, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği

Giriş ve Amaç: Tangier hastalığı dünyada çok nadir görülen, lipid metabolizma bozukluğu olarak bilinen primer hipolipidemiler grubunda yer alır. Hastalarda düşük HDL kolesterol düzeyi ile beraber düşük LDL ve total kolesterol, normal ya da hafif artmış trigliserid düzeyi ile seyrederek HDL kolesterol üretiminde kritik rol alan ATP kaset taşıyıcı protein A1 (ABCA1) geninde mutasyon sonucu, otozomal resesif homozigot ve heterozigot fenotip olarak ortaya çıkar. Bununla ilişkili olarak hücrelerde kolesterol esteri birikir. Hastalarda turuncu renkli cilt ve mukozaya; turuncu tonsiller, hepatosplenomegali, periferik nöropati, kornea da bulanıklaşma ve erken aterosklerotik kardiyovasküler hastalık görülür. Retikuloendotelial hücrelerde; Makrofajlarda kolesterol esterleri birikimi ve düşük HDL kolesterol düzeyleri nedeni ile prematür ateroskleroz gelişebilir. Bu nedenle bu hastalar erken yaşlarda koroner ateroskleroza bağlı miyokard enfarktüsü riski altındadırlar. Nadir görülen bu genetik hastalığın erken yaşta tanı konularak takibe alınması, kardiyovasküler hastalığa bağlı morbidite ve mortalite açısından önem arz etmektedir. Bu olgumuzda genç yaşta Tangier hastalığı tanısı alan hastayı sunacağız.

Olgu: 20 yaşında bayan hasta, daha önceden bilinen bir rahatsızlığı yok. Son 1-2 yıldır halsizlik yorgunluk, ağız ve göz etrafında ciltte sarı-turuncu renk değişikliği nedeni ile dahiliye polikliniğine başvurmuş. Fizik muayenede her iki göz ve ağız çevresi cildinde sarı-turuncu renk değişikliği (Resim.1), her iki tonsillerin mukozası yer yer turuncu renginde görüldü.(Resim.2) Lipid profili değerleri; HDL:3mg/dl, LDL:10mg/dl, Total kolesterol:38mg/dl, TG:227mg/dl olarak görüldü. Batın ultrasonografisinde hepatosplenomegali mevcuttu. Hasta mevcut bulgular ile hipolipidemi yapan genetik hastalıklar için gen analizi yapıldı. ABCA1 geninde homozigot otozomal resesif mutasyon tespit edildi. Hastada Tangier hastalığı düşünüldü. Periferik nöropati, prematur ateroskleroz ve göz tutulumu açısından değerlendirildi. Ancak erken yaşta tanı aldığı için herhangi bir tutulum tespit edilemedi. Diğer aile bireylerinin taranması için genetik danışmanlık verildi.

Sonuç: Literatürde çok az sayıda görülen bir primer hipolipidemi nedeni olan Tangier hastalığının bilinen bir tedavisi yoktur. Ancak bu hastalık çok düşük HDL düzeyleri nedeni ile erken dönemde hasta ve aile bireylerinin erken ateroskleroza bağlı hastalıklar açısından takibe alınması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Hipolipidemi; tangier hastalığı; turuncu tonsiller

Resim.1

Resim.2





OP-11. Non Alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığının Fib-4 Skoru Ve Bazı Metabolik Parametrelerle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Ali Akın, Hanife Bolat Erdoğan

Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Non alkolik yağlı karaciğer hastalığı (NAYKH) alkol dışı nedenlere bağlı olarak meydana gelen karaciğer yağlanması olarak adlandırılır. Bu durum steatozdan inflamasyon ve hepatosit nekrozu, siroz ile karakterize steatohepatite kadar değişen geniş spektrumla kendini gösterir. Çalışmamızda Dahiliye Polikliniğine ayaktan başvuran ve herhangi komorbid hastalığı olmayıp NAYK düşünülen hastaların FİB-4 skoru ile belirlenen bazı parametrelerle olan ilişkisinin araştırılması hedeflenmiştir.

Yöntem: Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Polikliniğine ayaktan başvuran ilaç kullanımı ve herhangi komorbid hastalığı olmayıp NAYK düşünülen hastalardan hepatosteatozun olup olmadığının belirlenmesi için ve varsa evrenmesi için Hepatobilier Usg yapıldı. Hastaların demografik verilerinden yaş cinsiyet kilo oy verileri kayıt altına alındı. Hastalar Nayk olan ve olmayan hastalar olarak 2 gruba ayrıldı. Elde edilen verilerden FİB-4 skoru hesaplanarak açlık glukoz, insülin düzeyi, Ast, Alt, hemogram, LDL kolesterol, trigliserid düzeyleri, D vitamini ve Mg düzeyleri kayıt altına alındı.

Bulgular: Çalışmaya 128 kadın hasta(%72,3), 49 erkek hasta (%27,7) alındı. Çalışmaya alınan hastaların 76'sında hepatosteatoz saptanmadı (%42,9). Kalan hastaların 55'inde (%31,1) grade 1 hepatosteatoz, 34'ünde (19,2) grade 2 hepatosteatoz, 12'sinde (6,8) grade 3 hepatosteatoz saptandı. Hastaların 46'sında (%26) insülin direnci saptanmadı. Hastaların 131'inde(%74) insülin direnci saptandı. FİB-4 skoruna hastaların 19'unda (%10,7) skor 1,3 üstü olarak hesaplandı ve bu değer karaciğer fibrozisi için riskli olduğunu göstermektedir. Ultrason sonuçlarına göre hepatosteatoz olan ve olmayan 2 gruba ayrıldığında kadın ve erkek cinsiyet arasında fark saptanmadı (p:0.123). Hepatosteatoz olan ve olmayan gruplar arasında Homa skoruna göre fark saptandı, hepatosteatoz olan grupta insülin direnci daha fazlaydı (p<0.001). Hepatosteatozu derecesi ile FİB-4 Skoru arasında korelasyon bakıldığında zayıf derece doğru korelasyon saptandı (r:0.359). Ultrasonda hepatosteatoz evresi arttıkça FİB-4 skoru artmaktadır. Homa skoru ile Fib-4 Skoru arasında doğru zayıf korelasyon saptandı (r: 0.192). Ayrıca D vitamini ile FİB-4 Skoru arasında ters orantılı zayıf korelasyon saptandı (r:-0.154). Vki İle FİB-4 Skoru arasında zayıf korelasyon saptandı (r: 0.213).

Sonuç: Çalışmamızda, hepatosteatoz varlığını USG ile değerlendirdik ve hastalarımızın %57,06'sında hepatosteatoz tespit ettik. Çalışmaya alınan ve hepatosteatoz saptanan hastalarımızın %18,8 sinde FİB-4 skoru yüksek çıktı. Ayrıca hepatosteatoz evresi arttıkça FİB-4 skoru artmaktadır NAYK vakalarının bir kısmında siroz ve ilere evre karaciğer hastalığı gelişirken bir kısmı yıllar boyunca asemptomatik kalabilmektedir. Bu hasta takibinde riskli olan hastaların yakın takip edilmesi gerektiğini göstermektedir. Malesef ultrason hepatostetozu göstermesine rağmen hangi hastanın fibrozis açısından riskli olduğunu gösterememektedir. Karaciğer fibrozisinin öngörücü skorlarında FİB-4 skoru kolay hesaplanabilir ve riskli hasta ayırımında ve takibinde kullanılabilir.

OP-12. Olağan Üstü Üre ve Kreatinin Değerleri İle Ayaktan Başvuran Kronik Böbrek Hastalığı Zemininde Akut Böbrek Hasarı Olgu Sunumu

Seyhmus Akçay, Muhammed Emre Sevim , Hasan İnce, Emre Aydın, Yaşar Yıldırım, Ali Kemal Kadiroğlu

Dicle Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: Üre ve kreatinin yüksekliği nefroloji pratiğinde her zaman dikkate alınması gereken laboratuvar sonucudur. Bazen hastaların yüksek üre ve kreatinin düzeyleri, bilinç durumlarının yanı sıra gastrointestinal kanama gibi acil semptomları da açıklayabilir. Çok yüksek üre seviyesinin üremik ensefalopati gibi komplikasyonlara yol açacağı bilinmektedir. Bu durumda hastanın üre-kreatinin düzeyleri çok yüksek olmasına rağmen klinik durumdaki farklılıktan bahsedebiliriz.

Amaç: Kreatinin metabolizma sırasında iskelet kasındaki parçalanmasının yanı sıra diyetle et tüketiminden de kaynaklanır. [1] Günümüzün klinik ortamında, serum kreatinin düzeyleri ile mortalite arasındaki ilişki, özellikle de kreatinin yüksekliğinin boyutu konusunda belirsizlik mevcuttur. Daha önce yayınlanmış en yüksek kreatinin değerlerine sahip vaka raporları bunlara örnektir. [2] [3].

Olgu: 35 yaşında erkek hasta balgamlı öksürük şikayetiyle polikliniğimize başvurdu

1 hafta önce başka bir merkeze başvurduğunda hastanın akut pnömoni tedavisi için antibiyotik kullandığı ve parapnömonik efüzyonunun olduğu öğrenilerek muayene amaçlı torasentez yapıldığı öğrenildi. Başvuru sırasında hastanın bilinci açık, oryante ve koopere. Toraks BT'sinde; iki taraflı akciğerlerinde plevral efüzyon vardı ve sağda 6cm, solda 7cm sıvı vardı. Kan basıncı 160/90 mmHg olarak tespit edildi. Biyokimyasal incelemede Üre: 491 mg/dL, Kreatinin: 30,7 mg/dL, Potasyum: 5,9 mmol/L, Kalsiyum: 6,49 mg/dL ve pH: 7,11 HCO₃: 9,5 mmol/L görüldü. Hastanın idrar çıkışının 450 cc olduğu görüldü. Acil hemodiyalize alındı. Plevral sıvısının incelenmesi; Transüda özelliği taşıdığı görüldü. Plevral drenaj kateteri yerleştirildi. Böbrek ultrasonografi incelemesinde; Bilateral renal parankim ekojenitesi grade2-3 gözlemlendi. Beyin tomografisinde patoloji saptanmadı. Retrospektif tarama yapıldı. 2020 yılında yapılan biyokimya incelemesinde kreatinin değeri 1,4mg/dL olarak tespit edildi. Hastada kronik böbrek hastalığı üzerine akut böbrek hasarı geliştiği, predispozan faktörün ise pnömoni olduğu görüldü. Pnömoni ve akut böbrek hasarına yönelik gerekli tedavilere devam edildi. Son dönem böbrek yetmezliği kabul edilerek rutin hemodiyaliz programına alındı. Hemodiyaliz ile klinik durum düzeldi. Plevral drenaj kateteri çekilerek taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Zamanında teşhis, altta yatan nedenlerin anlaşılması ve uygun müdahale, son dönem böbrek hastalığının (SDBY) ilerlemesini ve kardiyovasküler komplikasyonların ortaya çıkmasını önlemek için çok önemlidir. [6,7] Yüksek kreatinin düzeylerinin insan fizyolojisi veya hayatta kalma üzerindeki etkisi bilinmemektedir.[4] Kronik böbrek hastalığı (KBH) semptomları tipik olarak KDIGO'ya göre KBH'nin IV ve V evrelerine kadar ortaya çıkmaz [5]. Üre kreatinin düzeyi bu kadar yüksek olmasına rağmen bilinç durumu bozulmayan hastalarda mutlaka kronik böbrek hastalığı düşünülmelidir (5). Görüldüğü gibi laboratuvar sonuçlarına rağmen hastada klinik bulgu oluşmamasının hastanın tedavi ve takip durumunda değişikliğe yol açabileceği dikkate alınmalıdır. Üre ve kreatinin düzeylerinin çok yüksek olmasının bazı hastalarda üremik ensefalopatiye yol açabileceği, olgumuzda olduğu gibi oligürik ve bilinci açık durumla da ortaya çıkabileceği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Üremik ensefalopati, kronik böbrek hastalığı, akut böbrek hasarı



3. DOĞU DAHİLİYE KONGRESİ

Referans

1. Levey A. S., Perrone R. D., Madias N. E. Serum creatinine and renal function. *Annual Review of Medicine* . 1988;39(1):465–490. doi: 10.1146/annurev.me.39.020188.002341.
2. Asif A. A., Hussain H., Chatterjee T. Extraordinary creatinine level: a case report. *Cureus* . 2020;12 doi: 10.7759/cureus.9076.
3. Persaud C, Sandesara U, Hoang V, Tate J, Latack W, Dado D. Highest recorded serum creatinine. *Case Reports in Nephrology*. 2021; **2021**: 1-3.
4. Storm A. C., Htike N. L., Cohen D. A., Benz R. L. A surviving patient with record high creatinine. *Open Journal of Nephrology* . 2013;3(4):217–219. doi: 10.4236/ojneph.2013.34037.
5. Vaidya S. *Chronic Renal Failure* . Treasure Island, FL, USA: StatPearls Publishing; 2020.
6. Gaitonde DY, Cook DL, Rivera IM: *Chronic kidney disease: detection and evaluation*. American Family Physician. 2017, 15:776-783
7. Bagshaw SM, Gibney RT: *Conventional markers of kidney function*. Crit Care Med. 2008, 36:152-158. 10.1097/CCM.0b013e318168c613

OP-13. Kardiyak Cerrahi Sonrası Hiperglisemi ve Tedavisinin Etkileri: Olgu Sunumu

Nurhayat İnci¹, Mehmet Karaçalılar¹, Eşref Araç²

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Kalp cerrahisi planlanan hastalarda cerrahi riske ek olarak hastanın mevcut komorbiditeleri olması perioperatif mortalite ve morbidite riskini önemli ölçüde arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda kardiyak cerrahi geçiren diyabet tanılı hastalarda uzun vadeli sağ kalımda azalma saptanmış olup uygun glisemik yönetimin bu sonuçları iyileştirebileceği gösterilmiştir. Çalışmamızda diyabetik ve non-diyabetik olan iki hastada kardiyak cerrahi sonrası gelişen sıradışı hiperglisemi olgularını sunmayı amaçlıyoruz.

Olgu sunumu: Birinci olgumuz 57 yaşında hipertansiyon ve diyabet tanılı kadın hasta bypass amacıyla yatırıldı. Geçirilmiş iskemik svo öyküsü olan EF:%60, karotis doplerde anlamlı patoloji saptanmayan, mobil hasta post operatif uyanıklık başladığında sol taraf bulgusu vermesi üzerine nörolojiye danışılarak görüntüleme yapıldı. Trombektomi ihtiyacı olmayıp önceki görüntülere göre talamus bölgesinde 2 adet akut iskemik alan saptandı. ASA ve Enoksaparin tedavisi altında düzelmeyen taraf bulgusu ve asidoz nedeni ile Post op 2. Gün endokrin görüşü alındı. Hiperglisemi, ketonüri ve asidozu olan hasta DKA kabul edildi. Hiperglisemik durumda taraf bulgusunun derinleştiği görüldü. Endokrin görüşüyle tedavi verilen hastanın dka tablosu ortadan kalkması sonrası ilerleyen günlerde tam mobilizasyonu izlendi. Böylece taraf bulgusu olan dka tablosunda kabul edilen post op bypass hastası dka tedavisi ile taraf bulgusunun gerilediği ve mobilizasyona katkı sağladığı görüldü.

İkinci olgumuz: 78 yaş bilinen hipertiroidi tanılı Metimazol kullanan EF:%28, Hba1c: 5.1 olan kadın hasta, ileri my nedeni ile interne edildi. Biyolojik kapak değişimi operasyonu sonrası hipotansif seyretmesi nedeni ile üçlü doz inotrop desteğine rağmen yeterli tansiyon oluşmamaktaydı. Kontrol ekoda kapak açılımının iyi olduğu, EF'sinin korunduğu görülen hastanın kan glukozu kristalize insülinlerle araya girilerek düşmemesi ve 600 civarına yükselmesi nedeni ile insülin infüzyon açıldı. Ketonürisi olmayan, laktat yüksekliği, asidoz ve hiperglisemisi olan düşük ef li hastaya kontrollü şekilde hidrasyon ve insülin infüzyonu verilerek kan gazı tablosu düzeltildi ve tansiyonun yükselmeye başlaması üzerine inotrop dozları önemli ölçüde kısıldı. Lökositozu olan ve yüksek ateşi gelişen, uyanıklık oluşmayan ve ilerleyen zaman diliminde normoglisemiye rağmen hipotansif seyreden hasta septik şok ön tanısı ile vankomisin ve meropenem geçildi ancak post op 3. Günde hasta ani arrest geçirmesi sonrası eks kabul edildi. Post op 2. Gün alınan tüm kültürlerinde üreme olmayan hastanın insülin infüzyonu verilmesi ile efektif tansiyon oluşturduğu ve asidozunun toparladığı kaydedildi. Yapılan çalışmalarda insülinin pozitif inotrop etkilerinden bahsedilmiş olup bu konuda ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tartışma: Kalp cerrahisi geçiren hiperglisemik, asidozda olan hastalarda DKA şüphelenerek tetkik ve tedavisi yapılması gereken bir durumdur. Literatürde sgl-2 inh kullanan DKA tablosundaki kardiyak cerrahi geçiren hastalardan yoğunlukla bahsedilmiş olup bizim ilk olgumuz insülin kullanmaktaydı. Vakalarımızda olduğu gibi hiperglisemik hastalarda komplikasyonların yönetimi önem arz etmekte olup normogliseminin sağlanması ile nörolojik ve kardiyovasküler sistem üzerindeki olumlu etkilerini klinik deneyimlerimiz doğrultusunda vurgulamak istedik.

Anahtar kelimeler: hiperglisemi, kardiyak cerrahi, insülin



OP-14. Vücut Kitle İndeksi ile Kardiyak Elektrofizyolojik Denge İndeksi Arasındaki İlişki

Adnan Duha Cömert

SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği Kayapınar/Diyarbakır

Giriş ve amaç: Obezite ile elektrokardiyografik dalga sürelerindeki değişiklikler arasındaki ilişki daha önce gösterilmiştir. Bu çalışmamızda vücut kitle indeksi (VKİ) ile kardiyak elektrofizyolojik denge indeksi (ICEB)/düzeltilmiş kardiyak elektrofizyolojik denge indeksi (ICEBc) arasındaki ilişkiyi incelemeyi planladık.

Yöntem: Eylül-Kasım 2023 tarihleri arasında obezite dışında ek hastalığı olmayan toplam 353 kişi (199 kadın, 154 erkek, ortalama yaş $32,6 \pm 10,611$ yıl) çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalar VKİ'ye göre 5 gruba ayrıldı. VKİ<20 kg/m² olan katılımcılar grup 1 olarak tanımlandı, VKİ=20-24,99 kg/m²; grup 2, VKİ=25-29,99 kg/m²; grup 3, VKİ=30-39,99 kg/m²; grup 4 ve son olarak VKİ>40 kg/m² ise grup 5 olarak tanımlandı.

Bulgular: Yaş ortalaması $32,6 \pm 10,61$ olup toplam kadın katılımcı sayısı 199 (%56,4) idi. Grupların ortalama VKİ'si sırasıyla $18,72 \pm 1,25$, $22,84 \pm 1,48$, $26,86 \pm 1,36$, $34,65 \pm 3,24$, $44,63 \pm 4,11$ ($p < 0,001$) idi. Grupların ortalama ICEB'i $4,36 \pm 0,53$, $4,17 \pm 0,53$, $4,04 \pm 0,52$, $4,27 \pm 0,55$, $4,18 \pm 0,47$ ($p = 0,014$), ICEBc ise $5,03 \pm 0,69$, $4,81 \pm 0,63$, $4,6 \pm 0,56$, $5,05 \pm 0,68$, Sırasıyla $5,05 \pm 0,52$ ($p < 0,001$). VKİ ile QTc intervali, ICEB ve ICEBc'de anlamlı artış gözlenirken, QT intervalinde anlamlı bir değişiklik gözlenmedi.

Sonuç: Çalışmamız obezitenin aynı zamanda ICEB ve ICEBc değerlerinde de anlamlı artışa neden olduğunu gösterdi. Çalışmamız ışığında ICEB ve ICEBc değerlerinin obez bireylerde kötü kardiyak sonuçların öngörücüsü olabileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ani kardiyak ölüm; elektrokardiyografi; kardiyak elektrofizyolojik denge indeksi; vücut kitle indeksi

OP-15. PPI Kullanımına Bağlı Akut Tubulointerstisyel Nefrit

Özlem Aba Adıyaman

SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği , Diyarbakır

Amaç: Proton pompası inhibitörlerinin (PPI) neden olduğu akut interstisyel nefrit insidansı, bu ilaçların yaygın kullanımına bağli olarak yüksek olduğuna dikkat çekmek amaçlandı.

Olgu Sunumu: 66 yaşımda kadın hasta, halsizlik, mide bulantısı ve ayaklarda şişme, idrarının köpüklü olması şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Tıbbi öyküsünde, koroner arter hatalığı, ventriküler aritmi, ailesel hiperlipidemi, stabil romatoid artrit vardı. Son zamanlarda herhangi bir ateşı, döküntüsü veya eklem ağrısı olmamıştı. Renal veya sistemik enfeksiyon izlenmedi. Kötüleşen kardiyak semptomları yoktu. Hastanın birkaç aydır çoğunlukla değişmeyen ilaçları metil prednizolon 2mg, asetil salisilik asit ve verapamildi. Gastroözofageal reflü hastalığı için pantoprazol kullanmaya 2 ay önce başlamıştı. Herhangi bir nonsteroid antiinflamatuvar ilaç veya antibiyotik (sulfonamidler dahil) kullanmıyordu. Fizik muayenede bacaklarda 1+ ödem mevcuttu. Hastanın ateşı yoktu ve kostovertebral hassasiyeti, palpabl mesanesi veya deri döküntüleri yoktu. Tansiyon arteryel değeri 120/60 mmHg düzeyindeydi. İlk laboratuvar araştırmalarının sonuçları yüksek kreatinin (282,9 [normal 50–90] µmol/L) ve üre (21,7 [normal 2,5–8,0] mmol/L) seviyelerini gösterdi. Bir ay önce yapılan kan testlerinin sonuçları normal aralıklara yakın veya normal aralıklar içinde (kreatinin: 97 µmol/L, üre: 14.6 mmol/L) düzeyler gösterdi. Yağ çubuğu ile yapılan idrar analizinde eritrosit +, protein ++ ve eser miktarda lökosit tespit edildi. İdrarın mikroskopik incelemesinde izomorfik kırmızı kan hücreleri ve bazı beyaz kan hücreleri görüldü, ancak silindirler görülmedi. İdrar kültüründe üreme olmadı. Toplanan 24 saatlik idrarda protein 1235 mg/gün idi. Hastanın yapılan böbrek ultrasonografisi normaldi. Yapılan transtorasik ekokardiyografi de anlamlı patoloji izlenmedi. Sonraki birkaç gün içinde izotonik kristaloitlerle rehidrate edildi. Hastanın kreatinin düzeyi 8 gün sonra 238 µmol/L'ye geriledi. Yapılan değerlendirmeler sonucunda pantoprazolün neden olduğu Akut İnterstisyel Nefrit (AIN) tanısını düşünüldü. Hastanın hastanede kalışının 13. gününde ilacı kesildi.

Hastanın yapılan böbrek biyopsisi genel olarak bulgular orta derecede AIN ile uyumluuydu.

Hasta kreatinin düzeyi tedrici düşüş olarak taburcu edildi ve nefroloji kliniğinde takibe alındı. Pantoprazolün kesilmesinden 40 gün sonra hastanın kreatinin düzeyi 126 µmol/L olup takipte 109 µmol/L'ye düştü.

Sonuç: 1992'de Ruffenach ve ark. omeprazolün neden olduğu bir AIN vakasını ilk bildiren kişilerdi (1). Pantoprazol kaynaklı AIN'nin ilk vaka raporu 2004 yılında yayınlandı(2). Milyonlarca insan her yıl PPI kullanmakta ve bunların yarısından fazlasının tıbbi endikasyonu olmayan kullanımlar olduğu görülmüştür(3).

PPI interstisyel nefritin sık nedenleri arasında olması sebebiyle PPI'a bağli AIN tanısının nadir olmasından ziyade bu yan etkinin yeterince bilinmemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Kaynaklar

1. Ruffenach SJ, Siskind MS, Lien YH. Acute interstitial nephritis due to omeprazole. Am J Med 1992; 93: 472–3.
2. Ra A, Tobe SW. Acute interstitial nephritis due to pantoprazole. Ann Pharmacother 2004; 38: 41–5.
3. Forgas I, Loganayagam A. Overprescribing proton pump inhibitors. BMJ. 2008;336(7634):2–3.



OP-16. Nadir Bir Vaka: Kurşun Zehirlenmesi, Tanı, Tedavi ve Takip Süreci

İdris Baydar

Artuklu Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniği, idrisbaydar@gmail.com

Giriş ve Amaç: Kurşun, modernleşen dünyayla birlikte karşılaşmaya başladığımız subklinik nörokognitif bozukluklardan komaya kadar, doz bağımlı etkileri olan bir ağır metaldir. Eliminasyonu zordur ve kronik birikim yababilir. Özellikle boyalar, yapı malzemeleri, mobilyalar, oyuncaklar, plastik ambalajlarda sık rastlanabilen bir metaldir. Mortal olmayan dozlarda ve uzun süreli maruziyetlerde tanısı zor olan ve hastanın tedavilerden fayda göremediği zorlu bir tablo ortaya çıkarmaktadır.

Bu vaka sunumunda ağır metal toksikasyonu şüphesi ile değerlendirilen ve yapılan tetkiklerde kurşun toksikasyonu olduğu tespit edilen 31 yaşında kadın hastanın tanı, tedavi ve takipleri paylaşılacaktır.

Olgu: Hasta tarafımıza depresif duygu durumu, kronik yorgunluk, ağız kuruluğu, göz kuruluğu, sık su içme, sık idrara çıkma, ağızda metalik tat, bulantı, nefes darlığı, konsantrasyon ve dikkat bozukluğu şikayetleri ile başvurdu. DMSA (dimerkaptosüksinik asit) provokasyon testi ile idrarda ağır metal ve elementler analiz edildi. Provokasyon öncesi kurşun düzeyi 1.1 ug/g kreatinin, provokasyon sonrası ise 85.3 ug/g kreatinin saptandı (referans aralığı <5 ug/g kreatinin). Bunun üzerine kurşun toksikasyonu olduğu kabul edilip DMSA ile 3 aylık şelasyon tedavisi başlandı. Tedavi sonrası ağır metal analizi tekrarlandı ve provokasyon öncesi 0,2 ug/g kreatinin, provokasyon sonrası 11,3 ug/g kreatinin saptandı. Tedavi sonrasında hastanın şikayetlerinde %70-80 oranında düzelme izlendi.

Sonuç: Ağır metal toksikasyonları özellikle net bir teşhis konulamamış, tedavilerden yanıt alamamış ve nonspesifik semptomlarla hastanın yaşamını olumsuz etkileyen durumlarda akılda tutulmalıdır. Bu konuda deneyimli ve güvenilir laboratuvarlarda analizi yapılmalı. Gerektiğinde hastalara uygun ajan ile şelasyon tedavileri verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ağır metal; şelasyon; toksikasyon

OP-17. Perkütan Koroner Girişim Yapılan Kronik Total Oklüzyon Hastalarında Trigliserid-Glikoz İndeksi ile Kontrast Nefropati Arasındaki İlişki

Ercan Taştan

SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Trigliserid glikoz indeksi (TGİ) insülin direncinin bir biyobelirtecidir ve kardiyovasküler olay riskinin artmasıyla ilişkilidir. Bu çalışmada kronik total koroner oklüzyon (CTO) nedeniyle perkütan koroner girişim (PCI) yapılan hastalarda, TGİ'nin kontrast ilişkili nefropati prediktivitesini test etmeyi amaçladık.

Yöntem: Şubat 2010 ile Nisan 2012 arasında prosedürel PCI geçiren ve en az bir koroner arterde CTO lezyonu bulunan üç ayrı tıp merkezinden 218 kişi çalışmaya dahil edildi. TGİ'ye göre hastalar iki gruba ayrıldı. TGİ \geq 8.65 olan hastalar grup 1'e, TGİ < 8.65 olan hastalar grup 2'ye dahil edildi. Hastaların ortalama 96 aylık verileri elde edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması (65,8 \pm 10,94 vs. 61,68 \pm 11,4, p=0,009), diabetes mellitus (60 [44,8%] vs. 11 [13,1%], p<0,001) ve dislipidemi oranları (52 [38,8%] vs. 21 [25%], p= 0,036) grup 1'de daha yüksekti. Çok değişkenli lojistik regresyon modelinde yaş (OR=1,04, %95 CI=1,01-1,08, p=0,020), kronik böbrek hastalığı (OR=2,34, %95 CI=1,02-5,33, p=0,044), periferik arter hastalığı (OR=5,66, %95 CI=1,24-25,91, p=0,026), LVEF (OR=0,95, %95 CI=0,92-0,99, p=0,005), LDL kolesterol düzeyleri (OR=1,00, %95 CI=1,00-1,02, p=0,024) ve TGİ (OR=2,17, %95 CI=1,21-3,89, p=0,009) CIN gelişiminin bağımsız öngörücüleriydi.

Sonuç: Araştırmamız, PCI geçiren CTO'lu hastalarda yüksek TGİ ile yüksek CIN prevalansı arasında güçlü bir korelasyon olduğunu göstermektedir. TGİ'nin uygun fiyatlı olması ve kullanım kolaylığı, onu klinik ortamlarda risk sınıflandırması için değerli bir araç haline getireceğini öngördük.

Anahtar kelimeler: İnsülin direnci, kontrast kaynaklı nefropati, kronik total oklüzyon, trigliserit-glikoz indeksi



OP-18. HALP Skorunun Akut Koroner Sendrom Hastalarında Mortalite ve Morbidite Öngördürücülüğü

Serdar Söner

SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

Giriş ve amaç: Hemogloblin, albümin, lenfosit ve trombosit düzeylerine göre ölçülen HALP skoru, sistemik inflamasyon ve beslenme sağlığını gösteren yeni bir skorlama sistemi olarak kabul edilir. Çalışmamızın amacı akut koroner sendrom (AKS) hastalarında HALP skoru ile mortalite ve prognoz arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Yöntem: 1 Nisan 2016 ile 31 Aralık 2019 tarihleri arasında iki merkezden AKS tanısı almış ardışık 518 hasta retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Hastalar HALP değerine göre iki gruba ayrıldı. HALP<35.99 grup 1, HALP değeri>35.99 ise grup 2 olarak tanımlandı. HALP değeri hemogloblin (g/L) × albümin (g/L) × lenfosit sayısı (/L)/ trombosit sayısı (/L) formülüyle hesaplandı. Hastalar yatış tarihinden itibaren en az 1 yıl takip edildi.

Bulgular: Kohortumuzun ortalama yaşı 62.1 ± 11.8 'di ve 363 hasta (%70.1) erkek hastaydı.

HALP değeri düşük olan grupta 1 yıllık ve 5 yıllık mortalite oranları anlamlı olarak daha fazla iken (sırasıyla $p=0.030$ ve $p<0.001$) reinfarkt ve kalp yetersizliği gelişmesi açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi.

Sonuç: Bu çalışmamızda düşük HALP skorunun AKS tanısıyla hastaneye yatırılan hastalarda 1 yıllık ve 5 yıllık mortaliteyi öngörebileceğini bulduk.

Anahtar Kelimeler: HALP Skoru, akut koroner sendrom, mortalite

OP-19. Ender Bir Vaka: Metamfetamin Kullanımına Bağlı Gelişen Kardiyak Arrest ve Başarılı Taburculuk

Recep Gökçe¹, Deniz Şanlı²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

²Batman Eğitim Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

Metamfetamin, amfetamin türevi olan son derece bağımlılık yapan bir psikostimülan ilaçtır. Metamfetamin, kokain gibi diğer uyarıcılarınkine benzer öfori ve uyarıcı etkiler üretebilir. Bu özellikler, dünya çapında yaygın ve yaygın bir kötüye kullanıma yol açmıştır. 2022 birleşmiş milletler uyuşturucu ve suç ofisi dünya uyuşturucu raporuna göre dünya genelinde 292 milyon kullanıcı olduğu tahmin edilmektedir. Metamfetamin kullanımı, hem akut hem de kronik zararlı etkiler de dahil olmak üzere kardiyovasküler sistemin çok faktörlü bir işlev bozukluğuna neden olur. Metamfetaminin akut etkileri genellikle kullanıcıları kliniğe sürükleyen miyokard enfarktüsüne neden olur. Bu olgu sunumunda metamfetamin kullanımına bağlı nadir gelişen kardiyak arrest olgumuzun başarılı bir şekilde yoğun bakım sürecini ve taburculuğunu sunmayı amaçladık.

17 yaşında erkek hasta, bilinen ek hastalık yok, basketbol maçı oynarken aniden fenalaşıp yere yığılmış, hızlıca kardiyopulmoner resüsitasyona (CPR) başlanıp, entübe edilerek 112 acil sağlık hizmetleri aracılığı ile özel bir hastaneye götürülmüş. Hastane içi ve hastane dışı toplamda en az 40 dk CPR uygulanan hastanın spontan dolaşımı sağlandıktan sonra koroner anjiyografiye alınmış; koroner anjiyografisi normal olan hastaya 72 saat süren hedefe yönelik sıcaklık yönetimi uygulanmış. İleri tetkik ve tedavi amacıyla hasta yoğun bakım ünitemiz tarafından kabul edildi. Hastanın devam eden nöbetlerini engellemek ve beyin fonksiyonlarını korumak amacıyla tiyopental infüzyonu başlanarak gerekli sedasyon sağlandı. Kranyal görüntülemelerinde hipoksiden yaygın olmasa da kortikal etkilenmesinin olduğu ve bilateral talamuslar düzeyinde hipoksik etkilenmesinin olduğu düşünöldü. Hastanın yoğun bakım ünitemize kabulünde şuurunu kapalı; Glaskow Koma Skoru (GKS): E1M1V1, Pupiller 3/3, IR ++, Basınç Destekli Ventilasyon (PSV) mod, %30 Fio2, PEEP 7, DELTA P 10 olacak şekilde mekanik ventilatör desteğinde izlenmekte, Ta : 130/55 mmhg, Kah: 78/dk, Spo2 %98 idi. Ateşi olmayan dış merkezde başlanmış olan meropenem ve vancomycin antibiyoterapilerine devam edildi. Hastaya nörostimülan olarak amantadin intravenöz infüzyonu başlandı.

Yatışının 2. Gününde EKG sinde V1-V2-V3 te r kaybı olan hastanın transtorasik ekokardiyografisi yapıldı ve miyokarda lokalize akinezi olduğu göröldü. Hastanın tiroid fonksiyon testlerinde st3 ve st4 düzeylerinin düşük olması üzerine endokrinolojiye danışıldı. Hastanın ön hipofiz hormon tetkikleri ile kortizol düzeyi gönderildi, sonuçlar ile hastada hipofizer yetmezlik olduğu düşünöldüğünden hastaya hidrokortizon inf başlandı. Yoğun bakım yatışı takibi sürecinde klinik olarak düzelmeye sağlayan hastanın sedasyonu kesilerek yatışının 5. gününde extübe edildi. Genel durumu düzelen mobilize olabilen hasta, gerekli destek tedavilerinin uygulanabilmesi için yatışının 9. gününde Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon servisine taburculuğuna sağlandı.

Günümüzde dünya çapında metamfetamin kullanımındaki artış, giderek artan toplumsal ve sağlık hizmeti zorlukları sunmaya devam ediyor. Çeşitli sosyal demografik özelliklerde kullanımının artmasıyla birlikte, metamfetaminle ilişkili kardiyomiyopati (MA-CMP) varlığı ortaya çıktı. Sonuç olarak sebebi bilinmeyen ani kardiyak arrest veya yeni başlayan kalp yetmezliği olgularında, madde kullanımı düşünölmelidir.

Anahtar Kelimeler: Metamfetamin, Kardiyak Arrest, Yoğun Bakım



OP-20.Moleküler Yöntemlerle *Helicobacter Pylori* Tanısı ve Klaritromisin Direnç Paterninin Belirlenmesi:Tek Merkezli Çalışma

Fatma Meral İnce¹, Nida Özcan², Hakan Temiz², Hasan İnce³

¹Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bilim Dalı

²Dicle Üniversitesi Tıbbi Mikrobiyoloji Bilim Dalı

³Dicle Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş-Amaç: *Helicobacter pylori* (*H.pylori*), sebep olduğu gastroduodenal hastalıklar göz önüne alındığında halk sağlığı açısından önemli rolü olan bir bakteridir. *H.pylori*'de antibiyotik direnci tedavi başarısızlığının temel nedenidir. Bu nedenle bakterinin antibiyotik direnç durumunun bilinmesi gereklidir. *H.pylori* enfeksiyonlarının tanısında ve antimikrobiyal direncin gösterilmesinde bakterinin kültürde üretiminin zor olması nedeniyle moleküler tekniklerin kullanımı yönünde hızla ilerlenmektedir. Bu amaçla bakterinin 16S RNA'sının ve klaritromisin direncine neden olan 23S RNA'daki mutasyonların PCR ile gösterilmesi çok duyarlı ve hızlı sonuç veren bir yöntemdir. Yapılan çalışmalarda, tedavi öncesi direnç varlığının saptanmasının önemi vurgulanmaktadır. Biz de çalışmamızda moleküler yöntemle *H.pylori* tespiti yapıp eradikasyon tedavisinde yer alan klaritromisin direncini tespit etmeye çalıştık.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği'ne 1 Eylül 2023-31 Ağustos 2024 tarihleri arasında , üst gastrointestinal sistem yakınmaları ile başvuran, daha önce *H. pylori* eradikasyon tedavisi almamış, son bir ay içerisinde herhangi bir nedenle antibiyotik ve en az bir hafta öncesine kadar anti-asit kullanmamış, 18 yaş üstü 2900 hasta çalışmaya alındı. Bu hastaların gaita örneği alınıp PCR bakıldı. HPYLO BioSpeedy kiti reaksiyon için kullanıldı. *H.pylori* pozitif saptanan hastaya eş zamanlı olarak moleküler yöntemle klaritromisin direnci bakıldı.

Bulgular: Çalışmamıza katılan hastaların %54'ü kadın,%46'sı erkekti. Bakılan 2900 gaita örneğinde *H.pylori* pozitif örnek sayısı 534 (%18) olarak tespit edildi. *H.pylori* pozitif saptanan örneklerde klaritromisin direnci 91 (%17) örnekte saptandı. Erkeklerde bakılan gaita örneklerinin %52'sinde *H.pylori* pozitif tespit edilirken bu oran kadınlarda %48 olarak tespit edildi.

Sonuç: *H.pylori* tanısı koymada PCR çok hızlı sonuç vermekte olup erken tanıda önemli olmakla beraber aynı zamanda antibiyotik direncini belirlemek de eradikasyon tedavi kararında klinisyenlere yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: *H.pylori*; klaritromisin; pcr.

OP-21. Tokolitik Tedavide Kullanılan Yüksek Doz Nifedipine Bağlı Akciğer Ödemi

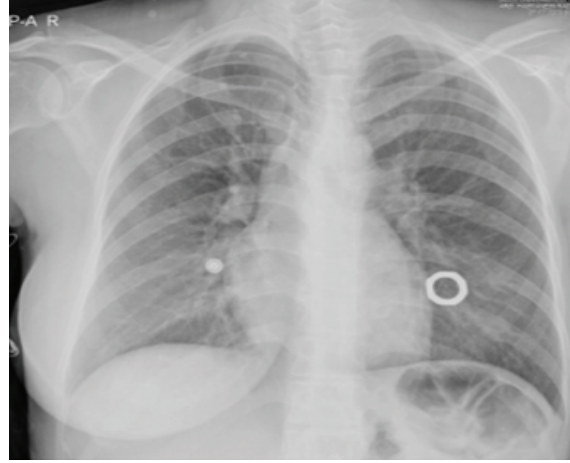
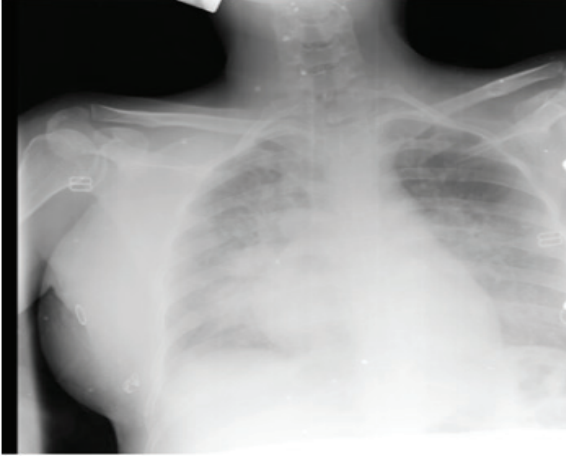
Süheyla Kaya

Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi, Diyarbakır, Türkiye

Nifedipin, arteriyel hipertansiyon ve gebelikte preterm eylem tehdidinde tokolitik olarak kullanılabilen bir ajandır. Nifedipine bağlı çeşitli komplikasyonlar gelişebilir ki bu çalışma, tokolitik amaçlı yüksek doz nifedipin kullanımına bağlı gelişen akciğer ödemi nedeni ile kliniğimize konsulte edilen bir bayan hastanın vaka raporudur. Vakada nifedipin tedavisinin stoplanması ile yeterli iyileşme sağlanmıştır.

Giriş-Amaç: İlaçlara bağlı akciğer hasarı ilk kez 1880 yılında Osler tarafından otopsi sırasında opiyatlara bağlı akciğer ödemi olgusunda tanımlanmıştır (1). Daha sonra 1900'lü yıllarda ilaçlara bağlı akciğer hastalığı oluşabileceğine dikkat çekilmiş ve bununla alakalı ilk makale 1972 yılında yayınlanmıştır. Çünkü ilaçlara bağlı akciğer hastalıklarında klinik, laboratuvar, radyolojik, histolojik bulgular nonspesifik olduğundan tanı koymak oldukça zordur (2). İlaçlar bağlı akciğer hasarı durumuna yaklaşımın temeli, benzer tablolara yol açan diğer olası nedenlerin (infeksiyon, malignite vb.) dışlanmasıdır (3). Yine ilacın kesilmesi ile bulguların gerilemesi de tanıda yardımcıdır. Tedavide, sorumlu ilacın kesilmesi, destek tedavi ve bazı olgularda kortikosteroidler önerilir (4,5). İlaçlar iki mekanizma ile pulmoner ödeme neden olurlar. Birinci neden, bazı ilaçların kapiller endotelde hasara neden olarak sıvı ve proteinlerin intertisyuma kaçmasına yol açmasıdır. İkinci neden ise; bazı ilaçların santral sinir sistemini deprese ederek nörojenik pulmoner ödeme neden olmasıdır (6). Nifedipin pulmoner arteriyel hipertansiyonda vazoreaktivite testi pozitif olan hastalarda ve gebelikte preterm eylem tehdidinde tokolitik olarak kullanılabilen bir ajandır (7,8). Preterm eylem tehditi olan bir gebede, tokolitik amaçlı yüksek doz nifedipin kullanımına bağlı gelişen akciğer ödemi, nadir görülmesi nedeniyle, tanı ve tedaviye dikkat çekme amacıyla sunuldu.

Olgu: Bilinen ek hastalığı olmayan 29 yaş, 26 haftalık gebe kadın hasta kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde servikal yetmezlik sebebiyle takip edilirken, ani gelişen saturasyon düşüklüğü ve öksürük sebebiyle kliniğimize konsulte edildi. Vital bulgularında solunum sayısı 28/dakika, kan basıncı 125/85 mmHg, nabız 118/dakika, 5 lt/dk nazal oksijen desteği ile saturasyon %84 ölçüldü. Fizik muayenede, oskültasyonda sağ akciğer alt alanda daha belirgin olmak üzere bilateral alt alanlarda ral duyuluyordu. Laboratuvarda, D-dimer yüksek ve kardiyak enzimler normal izlendi. Arter kan gazında hipoksi ve respiratuvar alkaloz görüldü. Hasta radyolojik incelemeyi kabul etmediğinden pulmoner emboli ekarte edilene kadar tedavi dozunda düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi önerildi. Bilateral alt bacak venöz doppler ultrasonografide derin ven trombozu saptanmadı. Ekokardiografide sağ ve sol kalp boşlukları normal, pulmoner arter sistolik kan basıncı 27 mmHg ölçüldü. Kardiyoloji kliniği kardiyak patoloji düşünmedi. Obstetrik ultrasonografide over hiperstimülasyon sendromuna dair herhangi bir belirti görülmedi. Hastanın detaylı anamnezinde hastaya 3 gün önce tokoliz amaçlı yüksek doz nifedipin başlandığı (1.gün 160 mg, 2.gün 160 mg, 3.gün 120 mg) ve nifedipin sonrası dispne ve saturasyon düşüklüğü olduğu öğrenildi. Çekilen korumalı akciğer grafisinde, kardiomegali, sağ akciğer alt zon parakardiyak alanda santral opasite artışı ve bilateral alt zonlarda hafif infiltrasyon izlendi (Resim 1A). Mevcut bulgularla hastada yüksek doz nifedipine bağlı akciğer ödemi düşünüldü. Düşük molekül ağırlıklı heparin profilaksi dozuna düşüldü. Nifedipinin kademeli azaltılması ve sonrasında kesilmesi önerildi. Takipte hastanın dispne şikayeti günler içinde azaldı, oskültasyon bulguları düzeldi ve oksijen desteği ihtiyacı kalmadı. İki hafta sonra çekilen akciğer grafisinde radyolojik lezyonların tama yakın düzeldiği görüldü (Resim 1B).



Resim 1A. Tanı anındaki PAAC

Resim 1B. Kontrol PAAC

Tartışma-Sonuç: Nifedipin tedavisinin etkili ve güvenli olmasının tespiti ile günümüzde tokolitik ajan olarak çok yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (7,9,10). Ancak yüksek dozlarda akciğer ödemine yol açabilir. Akut ve kronik gelişen dispne, öksürük ve solunum yetmezliklerinde iyi bir ilaç anemnezi de oldukça önemlidir. Semptomlar öksürük şeklinde başlayıp akut solunum yetmezliğine kadar değişik şekillerde ortaya çıkabilir (11,12). Klinik ve radyolojik bulgular spesifik olmadığından, erken ve doğru tanı için ilaç kullanım öyküsünün akla getirilmesi ve sorgulanması gerekir (13). Akciğer hasarına neden olabilecek ilaçların ve oluşturdukları histopatolojik-radyolojik bulguların bilinmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: nifedipin, pulmoner ödem, tokoliz

Kaynaklar

1. Osler W. Oedema of the lung complicating morphine poisoning. Montreal General Hospital Report 1880; I: 291-3.
2. Rosenow EC III. The spectrum of drug-induced pulmonary disease. Ann Intern Med, 1972;77(6):977-991.
3. Can Sevinç. İlaçlara Bağlı Akciğer Toksisitesi. Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. 15-19 Ekim 2008, Antalya.
4. Schwaiblmair M, Behr W, Haeckel T, et al. Drug Induced Interstitial Lung Disease. The Open Respiratory Medicine Journal 2012; 6: 63-74.
5. Özgür ES, İlvan A. İlaçlara bağlı akciğer hastalıklarında tedavi ve prognoz. Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Tropics 2013; 6: 71-4.
6. Foral PA, Malesker MA, Dewan NA et al. Drug-induced pulmonary disorders. US Pharm, 1999;24 (7):HS3-HS19.
7. Hakan Cevdet Başer, Özhan Özdemir, Niyazi Kılıç et al. Effectiveness Of Nifedipine In Management Of Preterm Labor. Bozok Med J 2014;4(3):41-7
8. Humbert, Marc, et al. "2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: Developed by the task force for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS). Endorsed by the International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT) and the European Reference Network on rare respiratory diseases (ERN-LUNG)." European heart journal 43.38 (2022): 3618-3731
9. Nour W Khattab, Ranim Razzouk et al. Pulmonary Edema Following Nifedipine Use in Pregnancy: A Case Report. 2024 Sep; 16(9): e68467. Published online 2024 Sep 2. doi: 10.7759/cureus.68467.
10. Gáspár R, Hajagos-Tóth J. Calcium channel blockers as tocolytics: principles of their actions, adverse effects and therapeutic combinations. Pharmaceuticals (Basel) 2013;6:689-699.
11. Erel F, Sarioğlu N. İlaça bağlı akciğer hastalıklarında klinik, laboratuvar bulguları ve tanısal yöntemler. Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Tropics 2013; 6: 66-70.
12. Abdurrahman ŞENYİĞİT. Drug-Induced Interstitial Lung Diseases. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2014; 2 (3): 394-401. DOI: 10.5152/gghs.2014.030.
13. Matsuno O. Drug-induced interstitial lung disease: mechanisms and best diagnostic approaches. Respiratory Research 2012, 13: 39.



POSTER BİLDİRİLER





PP-01- Aşık Hipotiroidi Olgusu

Burcu Sallarel

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Olgu: Halsizlik ve yorgunluk şikayetleriyle 9 haftalık gebe polikliniğe başvuruyor. Geliş TSH:174 sT4:0.27 olması üzerine Levotiroksin 100 başlanıyor ve 2 hafta sonra kontrolde TSH:144 sT4:0.42 olması üzerine lvt dozu 150'ye çıkarılıyor. Hastanın 2 hafta sonraki kontrolünde TSH:22.2 ve lvt dozu 200 planlanıyor. Bir ay sonraki kontrolünde TSH:3.83 gelmesi üzerine lvt dozu her gün lvt 200 haftaiçi ve lvt 225 haftasonu olarak düzenleniyor. Bir sonraki aylık kontrolünde TSH:0.85 olması üzerine lvt haftaiçi 200 haftasonu lvt 150 olarak planlanıyor. Aylık kontrolünde TSH:8.59 sT4:9.4 olması üzerine lvt 200 devam ediliyor. Sonraki kontrolü TSH:0.06 sT4:1.76 olması üzerine lvt 150 ye düşülüyor.

Hastanın tiroid USG, tiroid bezi boyutları: sağ tiroid bezi boyutu 20x18.5x56 mm sol tiroid bezi boyutu 19x20.8x56 mm İsthmus kalınlığı 4 mm Tiroid bezi konturları lobüle görünümde olup, tiroid bezi boyutları artmıştır. Tiroid bezi parankim ekojenitesi heterojen görünümde olup parankim içerisinde fibroz septalar ve pseudonodüler görünüm mevcuttur. Kronik tiroidit?). Hormonal tetkikler ile beraber değerlendirilmesi önerilir şeklinde raporlanıyor.

Hastanın kontrol kanlarında hemoglobin:8.8 ferritin:6.7 demir:29 total demir bağlama kapasitesi:479 D vitamini:12.2 B12:256 folik asit:10.8 olması üzerine decavit başlandı ve ferinjec tedavisi planlandı. Hastanın 2 temmuzdaki kontrolünde TSH:0.45 sT4:1.62 olması üzerine 4 gün lvt 150 3 gün lvt 75 planlanıyor.

Sonuç: Gebelikte hipotiroidi abortus ,erken doğum bebekte düşük IQ, düşük doğum ağırlığı riskini arttırır. Bu nedenle gebelikte hipotiroidi mutlaka tedavi edilmelidir. Gebelikte optimal LT4 tedavisinde hedef, maternal TSH değerlerini trimester spesifik sınırlarda tutmaktır. Bu değerler ilk Trimester :0.1-2.5 mIU/L ikinci trimester : 0.2-2.5 mIU/L Üçüncü trimester: 0.3- 3.0 mIU/L şeklindedir.(1) Biz de bu vakamızda aşık hipotiroidinin her zaman gürültülü bir tabloyla gelmeyebileceğine dikkat çekerek rutin kontrollerin önemini vurgulamak istedik.

Anahtar kelimeler: Hipotiroidi, gebe, levotiroksin

Kaynak

1.Türk endokrin ve metabolizma derneği klavuzu

PP-02. Acil Servise Nörolojik Semptomlar ile Getirilen Hiperosmolar Hiperglisemik Durum Tanısı ile Takip Edilen Vaka Örneği

Hüseyin Çiftlik, Kansu Aydeniz, İpek Şahin

Kocaeli Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Kocaeli, Türkiye

Hiperosmolar hiperglisemik durum (HHD) diyabetik hastalarda durum keton negatifliği ve dehidrastayon ön planda olduğu, birçok hastalığı taklit eden bir hastalıktır. Bu vakada nörolojik semptomlar ile acil servise getirilen 64 yaşındaki erkek hasta sunulmaktadır.

Giriş: Diyabet ve tedavilerine bağlı gelişen laktik asidoz, diyabetik ketoasidoz (DKA), hipoglisemi ve hiperosmolar hiperglisemik durum aciliyet gerektiren hastalıklardır. HHD ön planda ileri yaş hastalarda görülmektedir. Diyabetik ketoasidoza göre daha uzun sürede gelişir. İdrarda ve kanda keton olmaması, plazmada glukoz düzeyi >600 mg/dL ve ozmolarite ≥ 320 mOsm/kg olması tanı için yeterlidir. Su ve elektolit kaybı DKA'ya göre çok daha ön plandadır.

Vaka: Daha önceden bilinen AF, by-pass, DM, HT tanıları olan hasta evinde bayılma ardından da bilinç bulanıklığı ile acil servise getirildi. Hasta gelişinde nörolojik semptomları olması, GKS 9 ve sağ hemiplejik olması nedeni ile nörolojiye konsülte edildi. Hastaya difüzyon MR, kontratlı beyin tomografisi, karotis arter ve beyin anjiyografisi çekildi. Ardından akut patoloji saptanmaması üzerine kan şekeri 800 mg/dl ile tarafımıza HHD açısından danışıldı. Hastanın laboratuvar değerlerinde sodyum 137 mmol/l, BUN 45 mg/dl serum osmolaritesi 334.5 mOsm/kg saptanması üzerine HHD ön tanısı ile dahiliye 2. basamak yoğun bakım ünitesine yatışı yapıldı. Hastanın yatışında ateşi olması, sağ hemiplejik olması ve beyin görüntülerinde patoloji saptanmaması üzerine menenjit ve ensefalit ön tanıları ile enfeksiyon hastalıklarına danışılarak lomber ponksiyon yapıldı. Lomber ponksiyon sonucu ve kültür sonucu negatif geldi. Hastanın tam idrar tahlilinde nitrit pozitifliği ve mikroskopik bakıda 15 lökosit görülmesi üzerine ateşin etyolojisi, idrar yolu enfeksiyonu olarak değerlendirildi.. Sonuç olarak nörolojik semptomları HHD'ye bağlandı.

Sonuç: HHD önemli bir diyabetik acil olup dehidratasyonun ön planda olduğu acil durumdur. Birçok etken neticesinde HHD tetiklenebilir. Ortalama su kaybı 8-10 litre civarındadır. Eşlik eden hastalıklar tedavi edilmeli ve IV hidrasyon ile insülin tedavisi verilmelidir. Nörolojik semptomlar ile acile gelen hastalarda öncelikle hipoglisemi dışlanıp akabinde diğer diyabetik aciller akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hiperosmolar Hiperglisemi; Diyabet; Hemipleji; Dehidratasyon

PP-03. Kilo Kaybı ile Gelen Hastada İnfektif Endokardit Olgusu

Duygu Çelik, Yunus Bağcı, Süleyman Özçaylak, Gizem Çelik

T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İnfektif endokardit kalbin endokardiyal yüzeyinin enfeksiyonudur.

Çok uzun yıllardan beri bilinen bir hastalık olmasına karşın yüksek mortalite ve morbidite riski taşır. İnfektif endokarditin klinik belirti ve bulguları arasında ateş, kardiyak üfürüm, iskelet sistemi semptomları, osler nodülleri, janeway lezyonları, göz dibi incelemesinde roth spots görülebilir. Uygun antibiyotik tedavisi belirlenmeli ve cerrahi gereksinim açısından takip edilmelidir. Bu yazıda kilo kaybı, ateş, sol kolda şişlik ile acil servise başvuran ve anemi etiyolojisi araştırılması için kliniğimize yönlendirilip infektif endokardit tanısı konan hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: İnfektif endokardit, anemi, kilo kaybı

İnfektif endokardit (İE), çoğunlukla daha önceden bir kardiyak anomaliye sahip kişilerde, septal defekt veya korda tendinealar üzerinde, kalbin bir odacığını veya kapağını döşeyen endokardiyumun; bakteri, virüs, mantar, mikobakteri veya riketsiyal bir enfeksiyonun sonucu gelişen bir inflamatuvar süreci olarak tanımlanmaktadır (1)

Olgu Sunumu: 64 yaşında erkek hasta sol kolda şişlik, ateş, halsizlik şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın ara ara iv desefin kullanma öyküsü mevcuttu. Son bir haftada artan halsizlik, iştahsızlık son altı ayda 30 kg a yakın kilo kaybı olan hastanın hemogloblin düşüklüğü ile anemi etiyolojisi araştırılması açısından dahiliye servisine yatışı yapıldı.

Hastanın özgeçmişinde 2 ay önce svo öyküsü, hipertansiyon öyküsü vardı. Hastanın fizik muaynesinde janeway lezyonları, kardiyak üfürüm, sağ kulak ön tarafta ağrılı lezyon, sol kolda şişlik, ateş 38.9 mevcuttu.

Hastanın geliş tetkiklerinde glukoz 99 mg/dl, üre 53mg/dl, kreatin 1.10mg/dl, CRP 105.9mg/dl, AST 15U/L, ALT 9U/L, Na 135mmol/L, K 3.7mmol/L, Hgb 7.7 gr/dl, plt 292000, wbc 7.78, neut%75.8, lym %16.2 ve periferik yaymasında şistosit görüldü. Hastanın sorgulamasında son 1 yılda 30 kg a yakın kilo kaybı olduğu ara ara iv desefin tedavisi aldığı buna rağmen uzun süreli yüksek ateşi olduğu öğrenildi. Hastanın bakılan tetkiklerinde anemisi ve CRP yüksekliği olması, eritrosit replasmanına rağmen hgb yükselmemesi, kilo kaybı, endoskopi kolonoskopi ile malignite dışlanması, yapılan fizik muaynesinde dermatolojik bulguların mevcudiyeti, artrit, başka nedenle açıklanamayan yeni bir embolik olay olması, kardiyak üfürüm tespit edilmesi ve anamnezinde uzun süredir devam eden yüksek ateş şikayeti nedeni ile verilen antibiyotiğe rağmen devam eden ateş şikayeti de olması üzerine hastada infektif endokardit olabileceği düşünüldü. Enfeksiyon hastalıklarına danışıldı. Ard arda kan kültürleri gönderildi ve antibiyotik tedavisi düzenlendi. Kardiyoloji tarafından yapılan ekokardiyografide posterior leaflate sol atriuma uzanan 12x7mm boyutunda vejetasyon ile uyumlu kitle, EF %50 görüldü. Bunun üzerine yapılan TEE'de mitral kapak anterior ve posterior leaflatelerde sol atrium yüzünde 1,2x0,7 cm ve 0,9x0,7 cm ebatlarında iki adet birbirine yapışık vejetasyon, orta mitral yetmezlik ve sol atriumda genişleme izlendi. Göz dibi incelemesinde Roth spots görülmedi. 3 kan kültüründe de üreme olmadı.

Antibiyotik tedavisi olarak vancomisin 2x1 gr, gentamisin 3x80 mg, tazocin 3x4.5 gr uygulandı. Takiplerimizde antibiyotik tedavisine rağmen yüksek ateşleri gerilemedi ve yapılan kontrol TEE'de vejetasyonu büyüyen hasta kalp damar cerrahisine devredildi.

Tartışma: Kalbin endokardiyal yüzeyinde ortaya çıkan infektif endokardit (İE), nadir görülmesine karşın, yol açtığı morbiditeler ve yüksek mortalite hızı nedeniyle halen önemini koruyan bir enfeksiyon hastalığıdır. Gelişmiş ülkelerde yapılmış epidemiyolojik çalışmalarda yaklaşık 6/100 000 olan İE sıklığının son yıllarda arttığı ve İE'nin, sepsis, pnömoni ve intraabdominal enfeksiyonlardan sonra yaşamı en çok tehdit eden 4. enfeksiyon olduğu görülmüştür. Bu ülkelerde İE'de sağkalım oranları hastane içinde %80, taburculuk sonrası 1. yıl sonunda %70 ve 5. yıl sonunda ise sadece %60'tır. Ülkemizde mortalite hızları daha yüksek olup, hastane yatışı sırasında bile %25-30'dur.



Janeway Lezyonları(Resim 1)



Janeway lezyonları(Resim 2)

İE'nin dünyada görülme sıklığı yaklaşık 6/10 000 kişidir; ülkemizdeki sıklığı bilinmemektedir; ancak hem kapak hastalıkları, hem de nozokomiyal bakteriyemiler daha fazla görüldüğü için ülkemizdeki sıklığının daha fazla olduğu öngörülmektedir. (2) İE tanısı koyabilmek için, hastalıktan kuşkulanan çok önemlidir. En sık başvuru şekli yavaş gidiş gösteren ateş, halsizlik, yorgunluk, artralji, miyalji, kilo kaybı ve terleme gibi nonspesifik bulgular olsa da kalp yetersizliği, üfürümde değişiklik, artrit, splenomegali ve immün yanıt-embolik fenomenlere bağlı nörolojik bulgular, peteşi, Osler nodülleri, Janeway lezyonları, Roth lekesi de görülebilir. (3) Bizim olgumuzda da acile başvuru halsizlik, kilo kaybı ve kolda şişlik ile olmuştur.

İE tanısını koyduracak veya reddettirecek tek bir test sonucu yoktur. Tanı, ancak çok sayıda klinik belirti ve bulgu, laboratuvar test sonuçları ve görüntüleme yöntemlerinin bir arada değerlendirilmesiyle konulabilir (4)

İnfektif endokardit tanısı için kullanılmakta olan Duke kriterleri 1994 yılında Durack ve ark. tarafından tanımlanmıştır (2)

Duke kriterlerinde kesin İE tanısı için iki koşul tanımlanmıştır: Birincisi, ameliyat sırasında çıkarılmış dokularda "histopatolojik" olarak vejetasyon veya apse belirlenmesi veya mikroorganizmaların gösterilmesidir. Ancak bu koşulun sağlanması, cerrahinin her zaman yapılmaması nedeniyle çok kullanışlı değildir. Kesin İE tanısı için ikinci koşul ise "2 majör" veya "1 majör ve 3 minör" veya "5 minör" klinik ölçütün bulunmasıdır. (6)

Majör kriter olarak kan kültür pozitifliği ve ekokardiyografi bulguları ve minör kriter olarak da predispoze kalp hastalığı ve intravenöz ilaç kullanımı varlığı, yüksek ateş, vasküler fenomen varlığı (majör arteriel emboli, septik pulmoner infarkt vs.), immünolojik fenomen (glomerulonefrit, Osler nodulu, Janeway lezyonu) ve majör kritere uymayan pozitif kan kültürü varlığı gibi kriterler mevcuttur. (7) Bizim olgumuzda da vejetasyon, ateş, Janeway lezyonları, kardiyak üfürüm mevcuttu.

CRITERIA Change

PATHOLOGIC CRITERIA

Microorganism identification: Microorganisms identified in appropriate sample by PCR, amplicon or metagenomic sequencing, or in situ hybridization

MAJOR CLINICAL CRITERIA

Microbiology

Blood cultures: Removed requirements for timing and separate venipunctures for blood cultures.

Definition of typical organisms: Added typical pathogens:
1) *S. lugdunensis*, *E. faecalis*; all streptococci except *S. pneumoniae* and *S. pyogenes*, *Granulicatella* spp.; *Abiotrophia* spp.; and *Gemella* spp.
2) Organisms to be considered "typical" IE pathogens in the setting of intracardiac prosthetic material: coagulase negative staphylococci, *Corynebacterium striatum*; *C. jeikeium*, *Serratia marcescens*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Cutibacterium acnes*, nontuberculous mycobacteria, and *Candida* spp.

Other microbiologic tests: Added new Major Criteria for fastidious pathogens:
1) PCR or amplicon/metagenomic sequencing identifies *C. burnetii*, *Bartonella* spp., or *T. whipplei* from blood; or
2) IFA $\geq 1:800$ for IgG antibodies identifies *B. henselae* or *B. quintana*.

Imaging

Echocardiography: Similar to earlier versions. Cornerstone of imaging criterion.

Cardiac computed tomography: Added new Major Criterion. Findings equivalent to echocardiography.

(18F)FDG PET/CT: Added new Major Criterion. Findings for native valve, cardiac device, or prosthetic valve 3 mo after cardiac surgery are equivalent to echocardiography.

Surgical: Added new Major Criterion. Intraoperative inspection constitutes Major Criterion in absence of Major Criterion by cardiac imaging or histopathology.

MINOR CLINICAL CRITERIA

Predisposition: Added transcatheter valve implant/repair, endovascular CIED, and prior diagnosis of IE.

Fever: Unchanged.

Vascular phenomena: Added splenic and cerebral abscess.

Immunologic phenomena: Added definition for immune complex mediated glomerulonephritis.

Microbiological: Added PCR or amplicon/metagenomic sequencing evidence of typical pathogen.

Imaging: Added PET/CT evidence 3 mo of cardiac surgery.

Physical examination: New auscultation of regurgitant murmur when echocardiography is unavailable.

Abbreviations: (18F) FDG PET CT, positron emission computed tomography with 18F-fluorodeoxyglucose; CIED, cardiac implantable electronic device; IFA, immunofluorescence assay; PCR, polymerase chain reaction.

Updates to Modified Duke Criteria Proposed by 2023 Duke-International Society for Cardiovascular Infectious Diseases Infective Endocarditis (IE) Criteria

İE'in bazı klinik şekillerin ve komplikasyonlarının geliştiği vakalarda tek başına medikal tedavinin mortalitesi kabul edilemeyecek kadar yüksektir. Bu vakalarda cerrahi girişim ile prognozun düzeltilmesi mümkündür.

Sonuç olarak infektif endokardit, hızlı tanı konulması gereken, tanı anından itibaren etkili ve güçlü antibiyotik tedavisi ile beraber cerrahi tedavi imkanlarının da sonuna kadar kullanılmasını gerektiren bir klinik durum olarak karşımıza çıkmaktadır.(6)

11 Aktif doğal kapak endokarditi esnasında cerrahinin düşünülebileceği komplikasyonlar

- Akut aort veya mitral regürjitasyon ve KKY
- Perivalvüler yayılım kanıtı (lokal kontrolsüz enfeksiyon)
- 7-10 gün/uygun antibiyotik tedavisinden sonra inatçı enfeksiyon
- Antibiyotik tedavisine zayıf cevap veren mikroorganizmalara bağlı enfeksiyon (mantarlar, Brucella türleri, Coxiella türleri, Staphylococcus lugdunensis gentamisine yüksek dirençli enterekok türleri, gram-negatif organizmalar)
- Antibiyotik tedavisinin 1 haftalık bölümünde veya öncesinde >10 mmlik mobil vejetasyon
- Uygun antibiyotik tedavisine rağmen tekrarlayıcı emboliler
- Obstrüktif vejetasyonlar

Kaynaklar

1. Pereira CA, Rocio SC, Ceolin MF, Lima AP, Borlot F, Pereira RS, et al Clinical and laboratory findings in a series of cases of infective endocarditis. J Pediatr (Rio J) 2003;79:423-8.
2. Diagnosis, Treatment and Prevention of Infective Endocarditis: Turkish Consensus Report
3. Ergül Y, Yıldız EP, Nişli K, Aydoğan Ü, Dindar A, Aydın N et al. Rarely seen embolic events associated with infective endocarditis: case report. J Child.2011;11:138-42
4. Fernandez Guerrero ML, Alvarez B, Manzarbeitia F, Renedo G. Infective endocarditis at autopsy: a review of pathologic manifestations and clinical correlates. Medicine (Baltimore). 2012; 91(3): 152-64.
5. Durack DT, Lukes AS, Bright DK. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings: Duke Endocarditis Service. Am J Med 1994;96: 200-9
6. Kenan ÇADIRCI^{1a}, Belma SEVİM¹, Derya DAL², An infective endocarditis case with skin lesions, Case Report, Turkish Journal of Clinics and Laboratory Volum, 6 Number 1 2015;P:41-44

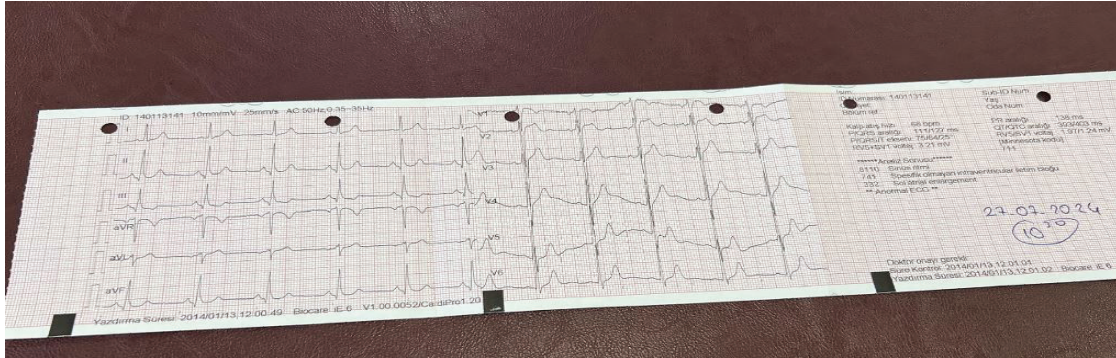
PP-04. Sıcak Çarpması Nedeniyle Yoğun Bakımda Tedavi Edilen Olgu Sunumu

Muhammet Fatih Şahin

Kestel Devlet Hastanesi, Bursa

Giriş: Sıcak çarpması yaz aylarında daha sık görülen, hızlı bir şekilde tanı konulması ve tedaviye başlanması gereken, ölümcül seyredebilen bir hastalıktır (1). Hastaların vücut sıcaklığı 40,5°C'nin üzerinde seyredebilir. Sıcak çarpması ile hastaneye başvuran hastaların mortalite oranı %21 ile %63 arasında değişmektedir (2). Hastalarda bulantı, halsizlik, yorgunluk, baş dönmesi, taşikardi, hipotansiyon, kardiyak ritm bozuklukları, ciltte ekimoz, zihinsel durum değişikliği, konuşmada yavaşlama, ajitasyon, ataksi, zayıf koordinasyon belirtileri ve koma hali gözlemlenebilir (3). Tanı için iyi bir anamnez ve hastalık seyrini iyi bilen klinik yaklaşım önemlidir. Hastalarda tanı için rektal ya da özafagial termometre ölçümü tanı için en hassas testtir ancak birçok hasta bu ölçümleri yaptırmakta direnç gösterir. Ayrıca yüksek ateş ile birlikte seyreden birçok hastalık ile sıcak çarpmasının klinik bulguları birbirine benzer seyrederek. Tedavide en önemli yaklaşım ise sıvı resüsitasyonu ve soğutma önlemleridir (4). 39°C üzerindeki vücut ısılarına soğutma tedavisi uygulanmalıdır (5). Ancak kanıtlanmış farmakolojik tedavisi yoktur.

Olgu Sunumu: 45 yaşında erkek hasta. Bilinen hipertansiyon (HT) hastalığı mevcut. Acil servise genel durum bozukluğu, konuşmada yavaşlama, bulantı, baş dönmesi şikâyeti ile başvuruyor. Hastanın fabrikada işçi olarak çalıştığı öğrenildi. Hastayı acil servise iş yerinden arkadaşları getirdi. Hastanın acil serviste yapılan muayenesinde tansiyon: 130/80 mmHg, nabız: 98 atım/dk, ateş: 38,6°C, saturasyon: 89mmHg olarak görüldü. Acil serviste bakılan tetkiklerinde kreatinin: 2,48 mg/dl, üre: 80mg/dl, açlık kan şekeri (AKŞ): 246 mg/dl, hemoglobin: 18,8 gr/dL, lökosit sayısı ise 14.800 olarak görüldü. Kan gazında ise ph: 7,28 HCO3: 20mmol/L CO2 mmHg: 38 laktat: 10 mmol/L olarak görüldü. Hastanın çekilen EKG'sinde ST-T dalga değişiklikleri ile uyumlu bulgular görüldü. ST değişiklikleri spesifik olmayacak şekilde mevcuttu (Şekil 1).



Şekil 1

4 saat arayla bakılan troponin değerleri normal aralıktaydı. Transaminaz değerleri normal aralıktaydı. Hastanın idrar çıkışı mevcut değilken bilinen herhangi bir böbrek yetmezliği öyküsü yoktu. 3 ay önce bakılan tetkiklerinde kreatinin değeri normal aralıktaydı. Kan şekeri yüksekti ancak bilinen herhangi bir diyabet öyküsü yoktu. Şikayetlerinin birkaç saat içerisinde başladığını ifade ediyordu.

Hasta kardiyoloji kliniği ile konsulte edildi ancak akut koroner sendrom düşünülmedi. Kardiyak monitorizasyon önerildi. Crp değeri 4 mg/dL olduğu için enfeksiyona sekonder bir durum düşünülmedi. Kranial görüntülemeleri yapıldı ve serebrovasküler olay ekarte edildi. Madde kullanımı çok detaylı sorgulandı ancak hiçbir bulguya rastlanmadı. Hastanın çalıştığı iş yerinde sıcaklığın yer yer 60 °C'ye yükseldiği ve uzun süre aralıksız çalıştıktan sonra fenalaşıp hastaneye getirildiği göz önüne alınarak ve olası tüm nedenler ekarte edildiğinden 'yetişkinlerde şiddetli eforsuz hipertermi' yani sıcak çarpması düşünülerek yoğun bakım ünitesine yatırıldı.

Hastaya 250cc/saatte izotonik mayi replase edildi. İnhaler tedavi verildi. Aldığı çıkardığı takibi yapıldı. Monitorize



3. DOĞU DAHİLİYE KONGRESİ

takiplerinde oksijenli saturasyonu 98mmHg, ateşi 36,5 °C idi. İdrar çıkışı başladı. 24 saat sonra bakılan değerlerinde kreatinin değeri: 1,36 mg/dL olarak görüldü. Laktat değeri 4,6mmol/L'ye geriledi. Hemoglobinin ise 15gr/dL'ye geriledi. Kan şekerinin ise 90mg/dL olduğu görüldü. 48 saat yoğun bakım takibinden sonra kreatinin değerleri, AKŞ ve laktat normale geriledi. Yapılan nörolojik muayene ise normal olarak gözlemlendi. Konuşması yavaş olarak acile başvuran hastanın tekrar konuşmasının normal olduğu gözlemlendi. Hasta servise alındı. Servisteki takiplerinde lökosit değerleri normal değerlerine geriledi. Genel durum düzelen, laboratuvar değerlerinde patoloji gözlenmeyen hastanın sıcak çarpması ile bilgilendirilmesi yapılarak taburculuğu planlandı.

Tartışma: Sıcak çarpması küresel ısınma ile birlikte yaygınlığı artma ihtimali olan bir hastalıktır. Multi sistemik bulgular olduğu için nörolojik, kardiyak, metabolik, enfeksiyöz, romatolojik birçok hastalık ayırt edici tanılar arasında yer almalıdır. Hastalığın diğer hastalıklardan ayırt edilmesinde en önemli husus anamnez ve fizik muayene bulgularıdır. Hastalığın sepsisten ayırt edilmesi zordur. Bizim vakamızda enfeksiyon markırlarında yükseklik olmadığı için ayırt etmek nispeten kolay oldu. Troponin değerlerinde yükseklik gözlenmiş olsaydı hastaya akut koroner sendrom düşünülebilir ve girişimsel müdahale yapılması gerekebilirdi. Çünkü EKG'de MI düşündürme ihtimali olan ST-T dalga değişiklikleri mevcuttu. Saturasyon düşüklüğü, laktat yüksekliği, anüri, ani gelişen kreatin yüksekliği nedeniyle sıvı resüsitasyonunun hastanın akciğer ödemeine yol açması düşünülebilir ya da olası kardiyak problemlerini arttırabileceği için verilmeyebilirdi. Böylelikle hastanın dehidratasyonu derinleşerek hemodiyaliz ihtiyacı oluşabilirdi. Ancak hastanın anamnezi ve klinik bulguların sıcak çarpması ile uyumlu olmasıyla birlikte yoğun bakımda yakın takip edilerek IV hidrasyon ve semptomatik tedavilerle kısa süre içerisinde klinik tablonun düzelmesi sağlanmış oldu. Yaşının genç olması, regüle seyreden hipertansiyon dışında kronik hastalık ve ilaç kullanımının olmaması nedeniyle klinik tablo hızlı iyileşti. Hastanın geldiğindeki vücut sıcaklığı 39°C'nin üzerinde olmadığı için soğutma işlemi uygulanmaya gerek kalmadan tedavisi tamamlanmış oldu.

Kaynakça

- 1- Rublee C, Dresser C, Giudice C, et al. Evidence-Based Heatstroke Management in the Emergency Department. West J Emerg Med 2021; 22:186.
- 2- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Heat-related deaths--Chicago, Illinois, 1996-2001, and United States, 1979-1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2003; 52:610.
- 3- Epstein Y, Yanovich R. Heatstroke. N Engl J Med 2019; 380:2449.
- 4- Douma MJ, Aves T, Allan KS, et al. First aid cooling techniques for heat stroke and exertional hyperthermia: A systematic review and meta-analysis. Resuscitation 2020; 148:173.
- 5- Lipman GS, Eifling KP, Ellis MA, et al. Wilderness Medical Society practice guidelines for the prevention and treatment of heat-related illness. Wilderness Environ Med 2013; 24:351.

PP-05. Peritoneal Tüberküloz Nedeniyle Antitüberküloz Tedavi Alan Hastada Gelişen Koagulopati ile Seyreden Hepatotoksisite

Hamide Tokol¹, Mustafa Gönüllü¹, Gökhan İpek¹, Sümeyye Memiş¹, Emel Sağlam¹, Ahmet Engin Atay¹, Ceren Gür¹, Mürselin Güney¹

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

Giriş: Toksik hepatit, viral hepatitler ve toksinlere bağlı gelişmekle birlikte ilaçlara bağlı da sıklıkla görülmektedir. Tüberküloz (tbc) tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı hepatotoksisite görülebilmekle birlikte nadiren koagulopatiye yol açabilir. Peritoneal tbc tanısı alıp dördü anti tbc tedavisi başlanan hastada gelişen toksik hepatit vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 21 yaşındaki kadın hasta kilo kaybı, karın ağrısı ve karında şişlik şikayeti ile başvurup yaygın asit ve radyolojik incelemede nodüler oluşumlar görülerek parasentez ve laparoskopik inceleme yapıldı. Asit mai kültüründe ARB pozitif bakteriler ve histopatolojik incelemede granülomatoz ve kazeifiye nekrotik yapılar görülmesi üzerine dördü anti tbc (İzoniazid (INH) +Rifampisin (RİF)+ Etambutol+Pirazinamid) tedavisi başlandı. Tedavini 7. Gününde KCFT yüksektiği (ALT:1274 IU/L, AST:380 IU/L) ve koagülopati (INR:4.5) gelişen hastanın aldığı anti tbc tedavi kesilerek hidrasyon ve laboratuvar tetkik takibinde izlendi. Tedavinin kesilmesinin ikinci gününde KCFT ve koagülasyon testleri gerilemeye başlayarak 7.günde tamamen normal sınırlara geriledi. Takibinde önce ikili anti tbc (INH+RİF) başlanıp ve KCFT ve koagülasyon testlerini normal seyretmesi üzerine 1 hafta aralıklarla önce Etambutol ve sonrada Pirazinamid tedaviye eklenerek hasta 20 gün süreyle takip edildi. Semptomları gerileyen ve tetkikleri normal seyreden hasta biyokimyasal ve koagülasyon testlerinin haftalık takibi önerisiyle taburcu edildi

Sonuç: Anti tbc tedavi alan hastaların %5-28'de hepatotoksisite bildirilirken ancak %0.1 'de koagülopatiyle seyreden ağır hepatotoksisite izlenmektedir (1). Tabloya sarılık ve ensefalopati eklenmesi durumunda karaciğer transplantasyonu gerektirebilen fulminan hepatit tablosu izlenirken, KCFT ve koagülasyon test yüksekliği durumunda anti tbc tedavini durdurulması ve tekrar başlanması gerekliliğinde ilaçların tedrici olarak tedaviye eklenmesi ve sıkı laboratuvar test takibi uygun tedavi yaklaşımı olacaktır.

Kaynaklar

1. Marzuki O, Fauzi A, Ayoub S, Kamarullmran M. Prevalence and risk factors of anti-tuberculosis drug-induced hepatitis in Malaysia. *Singapore Med J.* 2008;49(9):688.



PP-06. Tiroid Metastazı İle Prezente Olan Metastatik Renal Hücreli Karsinom Olgusu

Emine Betül Ergün¹, Hayriye Gökalp¹, Aydan Özge Işık¹, Lala Allahverdiyeva Bayramzade¹, Şakir Onur Özbek¹, Elif Şahin²

¹Kocaeli Şehir Hastanesi, İç hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

²Kocaeli Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

Giriş: Tiroid bezine metastaz, tüm tiroid malignitelerinin içinde %0,36 insidansı olan nadir görülen bir durumdur. Renal hücreli karsinom (RHK) tiroid bezine en sık metastaz yapan tümördür. Geç nüks RHK'un karsinomunun dikkate değer bir özelliğidir. Metastaz, nefrektomi tarihinden itibaren 100-120 ay kadar geç ortaya çıkabilir. Burada nefrektomi tarihinden 11 yıl sonra tiroid bezine metastaz yaparak prezente olan bir metastatik RHK olgusunu sunuyoruz.

Olgu: Bilinen hipertansiyon ve kronik böbrek hastalığı tanıları olan 52 yaşında erkek hastaya, 2012 yılında sol böbrek RHK nedeniyle sol radikal nefrektomi yapılmış. Tümörün histolojisi berrak hücreli renal karsinom olarak değerlendirilmiş. Mart 2023 itibarıyla onkoloji kliniğimizde takibe giren hastanın fizik muayenesinde boyunda ele gelen kitle mevcuttu. Yapılan ultrasonografisinde tiroid sağ lob üst kesimde 12x11 mm boyutunda, sol lobda 40x32 mm boyutunda lobule konturlu hipoekoik solid nodül izlendi. Nodüllere yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde sol lobdaki nodül BETHESDA II, sağ lobdaki nodül BETHESDA VI olarak tanımlanması üzerine hastaya pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (PET/BT) çekildi. Tiroid sağ lobda yaklaşık 1.5 cm boyutunda artmış tutulum gösteren hipodens nodüler lezyon saptandı. Başka patolojik tutulum yoktu. Total tiroidektomi yapıldı. Patolojik incelemede nodüle ait kesitlerde ince fibrovasküler kor etrafında çoğu berrak stoplazmalı bazıları eozinofilik stoplazmalı, yer yer belirgin nükleollü, düzensiz konturlu nükleuslara sahip hücreler görüldü. İmmünohistokimyasal incelemeler sonucunda, tümörün berrak hücreli RHK metastazı olduğu belirtildi. Operasyon sonrası 6. ayda çekilen PET/BT'de herhangi bir nüks/metastaz bulgusu saptanmadı.

Sonuç: Tiroid bezine en sık metastaz yapan maligniteler; RHK (%48), kolorektal kanser (%10), akciğer kanseri (%8), meme kanseri (%7) ve sarkomlardır (%4). RHK'nun tiroid metastazı nadir görülür ve sıklıkla nefrektomi sonrası takip sırasında genellikle ağrısız hızlı büyüyen servikal kitle olarak karşımıza çıkar. RHK'da tiroid metastazının prognozu genellikle kötü seyirlidir, 5 yıllık ortalama yaşam süresi %10'dur. Performansı iyi olan hastalarda oligometastaz varlığında metastazektomi ile uzun süreli remisyon sağlanabilir. Burada nefrektomiden yıllar sonra, yalnızca tiroid metastazı şeklinde prezente olan bir RHK olgusu sunarak, nadir bir metastaz bölgesi olarak tiroide dikkat çekmek ve oligometastatik hastalıkta cerrahinin olumlu etkisine vurgu yapmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Metastaz; renal hücreli karsinom; tiroid bezi

PP-07. Romatoid Artrit Hastasında Gelişen Metotreksat İntoksikasyonu

Hayriye Gökalp, Lala Allahverdiyeva, Şakir Onur Özbek, Emine Betül Ergün ,Aydan Özge Işık, Ümit Tulupçuoğlu, Baldan Huri Eryılmaz

Kocaeli Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Kocaeli

Giriş: Metotreksat (MTX) malignitelerde, Romatoid Artrit (RA) gibi kronik inflamatuvar hastalıkların tedavisinde kullanılan bir folik asit antagonistidir. MTX tedavisi alan RA hastalarında miyelosüpresyona bağlı lökopeni, trombositopeni, anemi gibi sitopeni , yüksek dozda kullanıma bağlı olarak daha ağır sitopeniler, mukozit ile cilt ülserleri meydana gelebilmektedir. RA nedeniyle önerilen dozdan yüksek doz MTX kullandıktan sonra halsizlik, ağızda yaralar, deri döküntüsü şikayetleri ile gelen tetkiklerinde multiorgan yetmezliği, pansitopeni saptanan olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: 61 yaşı , 20 yıldır RA , 10 yıldır hipertansiyon tanısı mevcut olan, 3 yıl önce spinal operasyon sonrası parapleji gelişen kadın hasta ağız içinde yara, ayaklarda skuamöz tarzda lezyon , ishal şikayetleri ile acil servise başvurdu . Anamnezi derinleştirildiğinde yaklaşık 2 hafta önce el ve ayak eklemlerinde şişlik şikayeti ile romatoloji polikliniğine başvurduğu ve 10 mg/hafta metotreksat başlandığı ancak hastanın 2 hafta boyunca 5 mg/gün olarak kullandığı öğrenildi. Fizik muayenede bilateral alt ekstremitelerde kruris seviyesinde, yer yer birleşme eğilimli, yer yer ekfolye olmuş purpurik lezyonları; orofarenkste, dilde kahverengi renkli deskuame lezyonlar mevcuttu. Yapılan tetkiklerinde pansitopeni, akut faz reaktan yüksekliği , böbrek fonksiyon testlerinde bozukluk ve transaminaz yüksekliği saptandı. Hastada yüksek doz MTX alımına bağlı intoksikasyon geliştiği kabul edilerek 2. basamak dahiliye yoğun bakım servisine interne edildi. Sefalosporin ve teikoplanin , kalsiyum folinat 300 mg/gün , folinik asit başlandı, hemogram takiplerine göre granülosit koloni uyarıcı faktör (GCSF) uygulandı . Takibinin 3. gününde iskemik serebrovasküler olay gelişen hasta genel durumunda bozulma sonrası entübe edildi. İnotrop desteği altında 3. basamak yoğun bakımda tedavi ve takibi devam etmektedir.

Sonuç: Önerilen dozlardan fazla MTX kullanımı hayatı risk oluşturacak intoksikasyonlara neden olabilir. RA tanısı olan bir hastada bulantı, ishal, ateş, oral ülserler ve cilde döküntüler görüldüğünde MTX intoksikasyonu akla gelmelidir ve MTX tedavisi başlanan hastalar ilaç doz uyumu açısından yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler : Metotreksat;Romatoid Artrit;Pansitopeni



PP-08. Kronik Hepatit B Tedavisinde Kullanılan Tenofovire Bağlı Nadir Görülen Bir Yan Etki : Rabdomiyoliz

Nurten Peynirci, Zeki İslamoğlu, İbrahim Koral Önal

Kocaeli Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş ve Amaç: Tenofovir disoproksil fumarat (TDF), yüksek genetik bariyerli ve potent bir antiviral ilaç olarak insan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu ve kronik hepatit B tedavisinde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Yan etkiler nedeniyle TDF tedavisinin kesilme oranı oldukça düşük olmakla birlikte, literatürde bildirilen yan etkiler arasında halsizlik, bulantı, kusma, karın ağrısı, kas ağrıları, baş ağrısı, iştahsızlık, ALT yüksekliği ve trombositopeni yer almaktadır. Ayrıca nadiren renal fonksiyon bozukluğu ve osteomalaziye ilerleyebilen hipofosfatemi de görülebilmektedir. Bu sunumda, TDF tedavisi sırasında nadir görülen bir yan etki olan rabdomiyoliz vakası paylaşılmaktadır.

Olgu: 61 yaşında, miyokard enfarktüsü (MI) öyküsü olan erkek hasta, karın ağrısı ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. 2018'den beri hepatit B taşıyıcısı olduğu bilinen hastanın, bu süre zarfında hepatit B açısından düzenli takibi yapılmamış olup, başvurusu sonrası yapılan tetkiklerde HBsAg ve anti-HBc total reaktif, HBV DNA seviyesi 15,837,045 IU/ml olarak saptandı. Endoskopi ve batın ultrasonografisi, kronik karaciğer hastalığı bulguları ile uyumlu değerlendirildi ve hastaya TDF tedavisi başlandı.

Tedavinin 8. gününden itibaren hastada yaygın kas ağrısı, kas güçsüzlüğü şikayetleri gelişmesi üzerine bu semptomlarla polikliniğe başvurdu. Laboratuvar testlerinde kreatinin: 1.6 mg/dL (bazal: 0.86 mg/dL), AST: 2109 IU/ml, ALT: 864 IU/ml, LDH: 1741 U/L, toplam bilirubin: 4.8 mg/dL, direkt bilirubin: 3.3 mg/dL, CK: 45,295 U/L saptandı. Klinik bulgular ve laboratuvar sonuçları, tenofovire bağlı rabdomiyoliz olarak değerlendirildi ve TDF tedavisi kesilerek hastaya alkali hidrasyon başlandı. Entekavir tedavisine geçildi.

Tedavinin 4. gününde, hastanın kreatinin, karaciğer fonksiyon testleri (KCFT) ve CK düzeylerindeki yüksekliğin devam etmesi ve idrar çıkışında azalma görülmesi üzerine nefroloji önerisiyle hemodiyaliz uygulandı. Rabdomiyoliz zemininde gelişen akut böbrek yetmezliği (ABY) tablosundan tenofovirin sorumlu olduğu düşünüldü. İzlemede genel durumunun kötüleşmesi ve laktik asidozun derinleşmesi nedeniyle yoğun bakım ünitesine alındı. Hasta takibinde eksitus oldu.

Tartışma ve Sonuç: Rabdomiyoliz, iskelet kas hücrelerinin hasarına bağlı olarak miyogloblin ve kreatin kinazın kana salınmasıyla karakterize nadir bir klinik durumdur. TDF'in rabdomiyolize yol açma mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, mitokondriyal fonksiyon üzerindeki etkilerinin rol oynayabileceği düşünülmektedir. Literatürde TDF ile ilişkili rabdomiyoliz vakalarının sayısı oldukça sınırlıdır.

Tenofovir tedavisi sırasında rabdomiyoliz ve böbrek yetmezliği gibi ciddi yan etkiler nadir de olsa fatal seyredebilmektedir. Bu nedenle hastalarda kas ağrısı, kas güçsüzlüğü ve idrar çıkışında azalma gibi semptomlara dikkat edilmelidir. Erken tanı ve tedavi bu tür komplikasyonların yönetimi açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler : Aby ; kronik hepatit-B ; rabdomiyoliz ; tenofovir

PP-09. Antihipertansif ve Antidepresan Kullanımına Bağlı Gelişen Ağır Hiponatremi: İki İlaç Yan Etki Potansiyelini Arttırmış Olabilir Mi ?

Ali Akın

Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Hiponatremi genellikle serum sodyum konsantrasyonunun 135 mEq/L'nin altında olması olarak tanımlanır. Hiponatremi özellikle yatan hastalarda en sık görülen elektrolit bozukluğudur. Hiponatremide klinik semptomların görülmesi hiponatreminin gelişme hızına ve hiponatreminin derinliğine bağlıdır. Serum sodyum konsantrasyonunun 125-130 mEq/L'nin altına düşmesiyle en erken bulgular olan bulantı ve halsizlik görülebilir. Serum sodyum konsantrasyonu 115 ile 120 mEq/L'nin altına düşerse baş ağrısı, uyuşukluk, uyuşukluk ve sonunda nöbetler, koma ve solunum durması meydana gelebilir. Akut hiponatremisi olan hastalarda semptomların şiddeti genellikle hiponatremi derecesiyle ilişkili olan serebral aşırı hidrasyonun şiddetini yansıtır. Hızlı gelişen ve şiddetli hiponatremide (115 mEq/L altı) ise bulantı, kusma, baş ağrısı, iştahsızlık, letarji, yorgunluk, apati, disoryantasyon, bayılma hissi, ajitasyon, kas krampları ve konvülsiyonlar görülebilir. Fizik muayenede dehidratasyon bulguları, bilinç bozuklukları, ataksi, derin tendon refleksi lerinde azalma, patolojik refleksler, pseudobulber paralizi, kafa içi basınç artış sendromu (KİBAS), hipotermi, Cheyne-Stokes solunumu gözlenebilir. Hiponatreminin çok kısa süre içinde ve ağır düzeylerde meydana gelmesi durumlarında beyinde ödem görülebileceği ve bu durumun ölüme dahi yol açabileceği belirtilmektedir. Hiponatremi etiyolojisi temelde üçe ayrılır: hipotonik hiponatremi (hipovolemik, övolemik veya hipervolemik), psödohiponatremi ve non-hipotonik hiponatremi. Övolemik hiponatremi, vücuttaki su miktarında göreceli olarak mutlak bir artıştan kaynaklanır. Hastanede yatan hastalar arasında hiponatreminin en yaygın nedenidir ve uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromu (UADHSS) en sık altta yatan bozukluktur

Olgu Sunumu: 54 yaşında kadın hasta acil servise halsizlik, bulantı bilinçte bozulma şikayeti ile getirildi. Hastanın yapılan muayenesinde genel durum orta, bilinç uykuya meyilli, turgor tonusu normal, ishal öyküsü yok, dehidratasyon bulgusu ve pretibial ödem yoktu. Vitalleri tansiyon 130/80 mm/hg nabız 84 atım/dakika saturasyon 98 ateş 36,8 derece olarak ölçüldü. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve anksiyete bozukluğu olduğu ve Amlodipin Olmesartan Hidroklorotiazid, Spironolakton, Essitalopram kullandığı öğrenildi. Hastanın yapılan görüntülemelerinde Beyin Tomografi ve Difüzyon Mr da akut patoloji saptanmadı. Yapılan ekusunda Ejeksiyon Fraksiyonu (Ef) %60 olarak saptandı. Kalp yetmezliğine dair bulgu saptanmadı. Hastanın yapılan tetkiklerinde Glukoz 195 mg/dl, Üre 24 mg/dl, Kreatin 0,7 mg/dl, ALT 16 U/L AST 46 U/L Sodyum(Na) 95 mmol/L, Potasyum(K) 3,47 mmol/L, Crp 5,6 mg/L, Hemogramında 17,3.10³, Nötrofil 15,4. 10³, Lenfosit 0,82. 10³, Hb 16,2 G/Dl, Plt 420. 10³ olarak saptandı. Hipofizer hormonları ve bazal kortizol seviyeleri normal saptandı adrenal ve hipofizer yetmezlik düşünülmedi. Hastaya hipotonik hipovolemik hiponatremi (serum ozmolalitesi:209 mosm/kg) olduğu düşünülerek Dahiliye Yoğun Bakıma yatırıldı. Monitörize edildi Hipertonik %3 NACI ve intravenöz mayi başlandı. Hastanın antihiperanstif ilaçları antipsikotik ilaçları kesildi. Hastanın 1 .gün sonunda ölçülen kontrol Na 108 olarak ölçüldü. Genel durum iyi bilinç açık vitalleri stabil olarak takibine devam edildi. Hipertonik %3 NACI ve intravenöz mayi devam edildi. 2. Gün Na 117 olarak ölçüldü. Hastanın genel durumu stabil vitalleri olağandı. 3 .gün ölçülen Na 122 olarak saptandı, genel durumu stabil. Hipertonik mayi kesildi. İzotonik mayi devam edildi. 4. Gün kontrol Na 128 genel durum iyi bilinç açık oryante koopere vitalleri normal olan hasta servise alındı. Takiplerinde kontrol Na 134 olarak ölçüldü. Genel durum stabil. Antihipertansif ilaçları değiştirildi, psikiyatriye antidepresan ilacı açısından danışıldı, ilaca ara verilmesi önerildi. Genel durumu iyi olan hasta poliklinik kontrol önerisiyle taburcu edildi.

Tartışma: Hiponatremi, klinik pratikte en sık görülen elektrolit bozukluğudur. Hastanede yatan hastaların %30'unda görülüp, hafifden hayatı tehdit edici boyuta kadar değişen geniş spektrumda klinik bulgulara sebep olmaktadır. Hiponatremi belirtileri büyük ölçüde hiponatreminin gelişim hızına bağlıdır. Hızlı gelişmediği sürece, hafif hiponatremi (135-125 mEq/L) genellikle asemptomatiktir. Hiponatremi saptanan hastada psödohiponatremi ile gerçek hipoantremi ayrımı yapılmalıdır. Hiperlipidemi ve hiperglisemi psödohiponatremi yapabilmektedir. Hiponatremiler, hastanın hacim durumuna göre üç gruba ayrılır: (1) Hipovolemik hiponatremiler, (2) Normovolemik



3. DOĞU DAHİLİYE KONGRESİ

hiponatremiler, (3) Hipervolemik hiponatremiler. Hipovolemik hiponatreminin en sık nedeni, diüretik tedavisi ve serebral tuz kaybıdır. Normovolemik hiponatremi nedenleri arasında uygunsuz ADH sendromu, hipotiroidi, primer polidipsi, sekonder adrenal yetmezlik bulunur. Antidepresanlar, Antiepileptikler, Antipsikotikler, Kemoterapötik ajanlar, Antidiyabetik ilaçlar, Vazopressin analogları ve bazı diğer ilaçlar (Levamisol, İnterferon ajanları, NSAİİ'ler, Klofibrat, Amiodaron, Proton pompası inhibitörleri, Monoklonal antikolar, Linezolid) Uygunsuz antidiüretik hormon salgılanması sendromu (SIADH) ile ilişkili hiponatremi yapabilmektedir. Özellikle tiyazid içeren kombine diüretikler (amilorid/hidroklortiyazid) ciddi hiponatremiye neden olabilmektedir. Hipervolemik hiponatreminin en sık nedenleri ise kalp yetmezliği, siroz, böbrek yetmezliği ve nefrotik sendromdur. Tiyazid kaynaklı hiponatremi tipik olarak tiyazid tedavisinin başlangıcından hemen sonra (ilk bir ila iki hafta içinde) gelişir ve kesilip tekrar başladığında gelişebilir. Hiponatremi tiyazid tedavisinin başlamasından aylar veya yıllar sonra, genellikle uygunsuz ADH salgılanmasına neden olabilen araya giren bir hastalık sırasında da ortaya çıkabilir. Malnütrisyonu olan geriyatrik kadın hastalar tiyazid kaynaklı hiponatremiye en duyarlı olanlardır ve bu durum bu hastalarda yüksek sıvı alımı ve düşük diyetle alınan çözünmüş madde miktarıyla daha da kötüleşebilir. Tiyazid kaynaklı hiponatremisi olan hastalar genellikle klinik olarak övolemiktir ve uygunsuz ADH salgısı olan hastalarda bulunan özelliklerin çoğunu gösterirler. Psikiyatrik bozukluklarda ve psikotropik ilaç kullanımlarında ortaya çıkan hiponatreminin ana nedeni normovolemik hipotonik hiponatremi ile karakterize UADHSS'dir (15). Psikotropik ilaçların ya ADH etkisini güçlendirerek ya da ADH üretimini artırarak etki ettiği varsayılmıştır. Yaş, kadın cinsiyet ve çoklu ilaç kullanımı hiponatremi için risk faktörleridir. Antidepresanlara(AD) bağlı hiponatremide idrar sodyumu, idrar osmolalitesi ve serum ADH düzeyleri UADHSS bulguları ile uyumlu bulunmuştur. Genel olarak, hiponatremi riski, AD'lerin başlanmasından 2-4 hafta sonra çok daha yüksektir ve risk zamanla azalır. Hiponatremide tedavi hiponatreminin ciddiyeti ve klinik semptomlara göre karar verilir. Öncelikle psödohiponatremi ekarte edilmelidir. Hiponatremi yapan tüm ilaçlar kesilmelidir. Altta yatan hastalıklar tedavi edilmelidir. Hipovolemik hiponatremide ana tedavi izotonik saline ile sıvı replasmanı iken övolemik veya hipervolemik hiponatremide sıvı kısıtlamasıdır. Sodyum seviyesinin <120 mmol/L'nin altında veya nörolojik değişikliklerin olduğu ciddi vakalarda %3'lük NACI infüzyonu önerilmektedir. Osmotik demiyelinasyondan kaçınmak için serum sodyum seviyesi hızlı yükseltilmemelidir. Osmotik demiyelinasyon riski 24 saatte 12 mmol/L'den fazla düzeltmelerde artmıştır. Acil vakalarda semptomlar düzelineye kadar, hipertonic saline infüzyon hızı 0,5-2 mmol/L/saat olmalıdır. Ancak 24 saat için sodyumun düzeltilmesi <10 mmol/l'yi geçmemelidir. İlk 24 saatte sodyum 2-4 saatte ölçülmelidir. Vasopresin reseptör antagonistleri olan tolvaptan ve conivaptan, övolemik ve hipervolemik hiponatremide kullanımları FDA tarafından onaylanmıştır. Tolvaptan hipervolemik hiponatremisi olan kalp yetmezliği hastalarında kullanılmaktadır.

Tarih	Değer
27.04.2024 23:50:10	95
28.04.2024 00:58:53	97
28.04.2024 08:01:49	106
28.04.2024 15:49:10	108
29.04.2024 03:01:02	117
29.04.2024 19:24:04	122
30.04.2024 04:35:07	124
01.05.2024 14:00:27	128
02.05.2024 01:21:47	131
03.05.2024 01:37:23	134

PP-10. Nadir Görülen Kutanöz T-Hücreli Lenfoma Türü: Sezary Sendromu Vakası
Mahmut Peynirci, Sevde Şahin, Esra Terzi Demirsoy, Ayfer Gedük, Pınar Tarkun, Özgür Mehtap,
Abdullah Hacıhanefioğlu

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş ve Amaç : Sezary Sendromu (SS), Mikozis Fungoides (MF) ile birlikte kutanöz T hücreli lenfomaların en yaygın alt tiplerinden biridir. Klinik ve patolojik benzerliklerine rağmen, SS'li hastalarda remisyon ve sağkalım oranları daha düşüktür. SS'nin insidansı dünya genelinde 1-4/1.000.000 olarak bildirilmiş olup, genellikle 50 yaş üzeri yetişkinlerde ve erkeklerde daha sık görülmektedir (E/K oranı 2:1).[1] Patofizyolojisinde, çeşitli gen mutasyonlarının yanı sıra hücrel bağışıklık sistemi ve HTLV 1-2 gibi viral etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. [2][3] Eritrodermik cilt lezyonları, şiddetli kaşıntı ve lenfadenopati (LAP) klinik bulgular arasındadır. [4] Bu çalışmada, nadir görülen bir lenfoma türü olan Sezary sendromunun genç bir erkek hastadaki tanı sürecini sunmayı amaçladık.

Olgu: 37 yaşında, bilinen kronik hastalığı olmayan erkek hasta, üç aydır yüz, ense, sırt, kol ve bacaklarda eritemli papül ve plak tarzında cilt lezyonları ile dermatoloji kliniğine başvurmuş. İlk değerlendirmede sifiliz, ektima gangrenozum, Sweet sendromu ve lenfomatoid papülozis ön tanıları düşünüldü. Sifiliz ve ELISA testleri negatif sonuçlanmış. Laboratuvar incelemelerinde CRP ve sedimentasyon yüksek saptanmış. Ultrasonografide patolojik lenfadenopati veya organomegali saptanmamış. Sağ ön koldaki lezyondan alınan biyopsi sonucu primer kutanöz CD30 pozitif lenfoproliferatif hastalık olarak raporlanmış. Biyopsi sonucu ile tarafımıza yönlendirilen hastaya yapılan PET/CT incelemesinde sağ aksillada LAP ve cilt lezyonlarında artmış metabolik aktivite gözlemlendi. Flow sitometri analizinde yaklaşık 1100 Sezary hücresi tespit edildi. Sağ aksiller lenf nodunun eksizyonel biyopsisinde CD3+CD2+CD30+CD4+CD5+CD7+ hücreler saptandı ve hastaya kutanöz anaplastik büyük hücreli lenfoma tanısı konuldu. Brentuksimab, siklofosfamid, doksorubisin ve prednizon (B-CHP) protokolü ile kemoterapi başlandı. İki kür kemoterapi sonrası cilt lezyonlarında gerileme gözlemlendi. Hastanın takip ve tedavisi halen devam etmektedir.

Sonuç: Sezary sendromu, genellikle 50 yaş üzeri yetişkinlerde görülen nadir bir kutanöz T-hücreli lenfoma olup ayırıcı tanısında benzer cilt lezyonları nedeniyle mikozis fungoides, atopik dermatit, psöriazis, Sweet sendromu ve kutanöz lupus gibi hastalıklar dikkate alınmalıdır. Tanı sürecinde klinik, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinin yanı sıra histopatolojik inceleme gereklidir. Patolojik tanı için cilt lezyonlarından alınan biyopsi veya eksizyonel lenf nodu biyopsisi tercih edilmektedir.

Tedavi seçenekleri, topikal tedavilerden sistemik ajanlara kadar geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Allojenik kök hücre nakli, SS için bilinen tek küratif tedavi yöntemidir. SS'li hastaların büyük bir kısmı başlangıç tedavilerine yanıt verse de, hastalığın nüks etme olasılığı yüksektir. Sezary sendromu prognozu genellikle kötü olup, medyan sağkalım süresi 3-4 yıl olarak bildirilmektedir.

Parameter	Value
WBC	8.99 x10 ³ /μL
NEU	5.350 x10 ³ /μL
LYM	2.620 x10 ³ /μL
HGB	13.90 g/dL
PLT	240 x10 ³ /μL
Sedimentation	52 mm/h
CRP	39.28 mg/L
LDH	285 U/L
Beta-2 Microglobulin	2.62 mg/L



Şekil A: Tani ani Pet/CT
Şekil B: Tani ani cilt lezyonu
Şekil C: 2 kür tedavi sonrası cilt lezyonu

PP-11. Nadir Görülen Otoinflamatuvar Kalıtsal Hastalık: Kriyopirin İlişkili Periyodik Sendrom Vaka Takdimi

Melike Karataş¹, Aydan Köken Avşar²

¹ Kocaeli Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

² Kocaeli Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kriyopirin ilişkili periyodik sendrom (CAPS), inflamatuvar yanıtın düzenlenmesinden sorumlu olan NLRP3 genindeki mutasyonlardan kaynaklanan nadir görülen bir otoinflamatuvar hastalıktır. Bu sendrom, ailesel soğuk otoinflamatuvar sendrom (FCAS), Muckle-Wells Sendromu (MWS) ve Yenidoğan Başlangıçlı Multisistem İnflamatuvar Bozukluk (NOMID) gibi birbiriyle örtüşen üç klinik tabloyu içerir. Bu çalışmanın amacı, nadir görülen CAPS sendromunun tanı ve tedavi sürecini aktarmak ve bu hastalık hakkında farkındalık yaratmaktır.

Olgu Sunumu : 33 yaş erkek hasta ,hastanemiz romatoloji polikliniğine çocukluğundan bu yana olan soğukla birlikte tetiklenen ürtiker benzeri döküntüler ,eş zamanlı ateş, eklem ağrısı, gözde kızarıklık, göğüste batıcı tarzda ağrı ile başvurmuştur.Bilinen kronik hastalık ve sürekli kullandığı ilaç yoktur.Bilinen alerjik reaksiyon yoktur. Benzer şikayetler kızında da olmaktadır..Şikayetler 2-3 gün kadar sürüp geçmektedir.Bu dönemler dışında eklem ağrısı,döküntü ve diğer şikayetleri olmamaktadır.Kızına dış merkezde yapılan NLRP3 gen testi pozitif olarak sonuçlanmış olup CAPS tanısından şüphelenilerek hastamıza NLRP3 gen testi yapılmıştır .Test sonucu NLRP3 heterozigot pozitif olarak sonuçlanmıştır. Bu aşamada yapılan laboratuvar testlerinden C-reaktif protein 35 mg/L ,eritrosit sedimentasyon hızı 20 mm/h saptanmıştır.Serum amiloid A düzeyi de yüksek saptanmıştır .Bel ve kalça ağrısı olan hastaya sakroiliak eklemleri görüntülemek için sakroiliak eklem manyetik rezonans (MR) çekilmiştir ,MR sonucu aktif sakroileit olarak saptanmıştır.Tüm bunların sonucunda hastaya CAPS tanısı koyularak CAPS tedavi algoritmasında yer alan interlökin-1 antagonisti olan anakinra tedavisi başlanması planlanmıştır.Hastanın tedavi ve takip süreci devam etmektedir.

Sonuçlar ve Tartışma: CAPS, inflamazomun aşırı aktivasyonuna ve interlökin-1 beta salgılanmasının artmasına neden olan NLRP3 genindeki mutasyonlarla ilişkili nadir bir otoinflamatuvar hastalıktır. Klinik özellikleri arasında ürtikeryal döküntü, ateş, merkezi sinir sistemi tutulumu, kas-iskelet sistemi tutulumu, göz bozuklukları ve ilerleyici sağırılık yer alır.

Soğukla ilişkili ürtiker, tekrarlayan ateş atakları, açıklanamayan sistemik inflamasyon, pozitif aile öyküsü ve semptomların erken başlangıcı gibi etkenler mevcut olduğunda, CAPS tanısından şüphelenilmelidir. Teşhis için NLRP3 gen testi, laboratuvarında akut faz reaktanlarının yüksekliği, serum amiloid A düzeyinin yüksekliği ve döküntülerden yapılacak cilt biyopsisi gereklidir.

Erken teşhis ve uygun tedavi, özellikle interlökin-1 antagonisti tedavisi, CAPS'in komplikasyonlarını önlemede hayati öneme sahiptir.Tedavide kullanılan ajanlar arasında anakinra,riloncept,kanakinumab bulunmaktadır.Gelecekte tedavide yer alacağı öngörülen ajanlar arasında da kaspaz-1 inhibitörleri (VX-765),talidomid ,interlökin-6 reseptör antagonistleri bulunmaktadır.Tanı ve tedavi süreci geciktiği müddetçe karşımıza çıkabilecek komplikasyonlar ;merkezi sinir sistemi tutulumuna bağlı bilişsel fonksiyonlarda gerileme ,nöbetler,yıkıcı artropati,amiloidoz olarak gösterilmektedir. Bu çalışma, CAPS tanı sürecinin önemini vurgulamakta ve farkındalığı artırmayı hedeflemektedir.

Anahtar Kelimeler: NLRP3 geni ,periyodik eklem ağrısı ,soğuk ilişkili ürtiker

Kaynaklar

- 1-)Cryopyrin-Associated Periodic Syndrome: An Update on Diagnosis and Treatment Response, Curr Allergy Asthma Rep. 2011; 11(1): 12–20, Justin R. Yu and Kieron S.Leslie
- 2-)Cryopyrin-associated periodic syndrome , Isr Med Assoc J. 2014 Oct;16(10):659-61. Eitan Giat,Merav Lidar
- 3-)Harrison İç Hastalıkları Prensipleri 20.baskı ,sayfa 2613

PP-12. Metformin İlişkili Laktik Asidoz: Olgu Sunumu

Emine Uygur, İrem Özcal, Duygu Şahin Yalgın, Erkan Şengül, Eda Altun, Dilek Güven Taymeç

Kocaeli Şehir Hastanesi, Nefroloji Bölümü

Giriş: Metformin, oral antidiyabetik ajanlardan biguanid sınıfta yer almaktadır. DPP çalışmasında, BKİ ≥ 35 kg/m² ve yaşı <60 olanlarda ucuz, etkili ve uzun dönemde güvenli olması nedeniyle GFR<30 ml/dk, karaciğer yetmezliği, laktik asidoz öyküsü gibi kontraendikasyonlar yoksa ilk basamak tedavi olarak metformin tercih edilmelidir. Yan etkileri çoktan aza doğru şu şekildedir: Gastrointestinal irritasyon, diyare, ağızda metalik tat, B12 eksikliği, laktik asidoz (insidans <10/100.000 hasta yılı)

Olgu: Bugün başlayan karın ağrısı bulantı şikayeti ile acil servise başvuran 75 yaş kadın hastanın 10 gün önce ileus sebebi ile geçirdiği operasyon yerinden akıntısı mevcut.

Vital bulgularında patoloji saptanmadı. Yapılan fizik muayenede yara yerinde minimal seröz vasıfta akıntı gözlemlendi. Tip 2 DM, HL tanıları ve kolostomisi olan hastanın metformin kullanım öyküsü mevcut. Yapılan tetkiklerde; Kreatinin:5,4 mg/dl Bun:44 mg/dl K:6,2 mmol/l, CRP:90 mg/L Venöz kan gazı incelemesinde; Ph:7,11 HCO₃:7 PaCO₂:24 Laktat:9,1 saptanması üzerine hasta Abh + Laktik asidoz ön tanısı ile acil hemodiyalize alındı ve Nefroloji servisine yatırıldı. Yatışının ilk 3 gününde laktik asidoz tablosu devam eden hasta ardışık hemodiyalize alındı. Servis takibinde laktik asidoz tablosu tamamen gerileyen, böbrek fonksiyon testleri regrese olan ve hemodiyaliz ihtiyacı kalmayan hasta ayaktan kontrol amacı ile taburcu edildi.

	Geliş	1.HD	2.HD	3. HD
Ph	7,11	7,18	7,05	7,36
Hco ₃	7	10	4,7	18
Laktat	9,1	4,2	10,7	1,4

Tartışma: Laktik Asidoz, Metforminin Yan Etkilerinden Seyrek Görülen Fakat Ciddi Bir Komplikasyonudur. İnsidans <10/100.000 Olarak Bildirilmiştir. MALA, Böbrek Veya Karaciğer Yetmezliği Veya Tetikleyici Bir Hastalık (Örn. Akut Enfeksiyon) Gibi Eşlik Eden Hastalıkları Olan Hastalarda Da Gelişebilir Ve Akut Böbrek Hasarına Ve Metformin Eliminasyonunun Bozulmasına Yol Açabilir. MALA Hastalarında Mortalite Oranı Yüksek. Bir Meta Analiz (44 Çalışma, 170 Vaka) %36'lık Bir Mortalite Oranı Buldu. (1) Benzer Şekilde, Birden Fazla Vaka Serisinde Yüksek Ölüm Oranı Bildirilmiştir. (2). Vakamızda Yakın Zamanda Geçirilmiş Operasyon Ve Yara Yeri Enfeksiyon Öyküsüne Bağlı Akut Böbrek Hasarı/Metformin Toksikitesi Geliştiği Düşünüldü. Erken Ve Etkin Ardışık Hemodiyaliz Bu Vakamızda Da Olduğu Gibi Hayat Kurtarıcı Bir Tedavidir.

Kaynaklar

1. Blumenberg A, Benabbas R, Sinert R, Jeng A, Wiener SW J Med Toxicol. 2020;16(2):222. Epub 2020 6 Ocak.
2. Vecchio S, Giampreti A, Petrolini VM, Lonati D, Protti A, Papa P, Rognoni C, Valli A, Rocchi L, Rolandi L, Manzo L, Locatelli CA Klinik Toksikol (Phila). 2014;52(2):129.
3. Chen CC, Ko Y, Chen CH, Hung YJ, Wei TE, Chang TH, Ke SS, Kuo KN, Chen C Am J Med Sci. 2022;364(5):575. Epub 2022 25 Nis.
4. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu 2022
5. American Diabetes Association Professional Practice Committee Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2022 Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1):S17–S38

PP-14. Yeni tanı Hipertansiyon Etyolojisi Araştırmasında Saptanan Renal Hücreli Karsinom: Bir Olgu Sunumu

Seda Akduman

KTÜ Farabi Hastanesi, Trabzon

Giriş: Hipertansiyon, toplumda yaygın görülen bir kardiyovasküler hastalık olup, sıklıkla multifaktöriyel bir etyolojiye sahiptir. Hipertansiyonun altında yatan nedenler arasında primer ve sekonder nedenler bulunur. Sekonder hipertansiyonun nedenlerinden biri de renal patolojilerdir. Renal hücreli karsinom (RCC), böbrek kökenli bir malignite olup, genellikle ileri evrelerde semptom verdiği için erken evrede tesadüfen tanı konulması nadir görülen bir durumdur. Bu sunumda, hipertansiyon etyolojisi araştırılırken RCC saptanan bir olgu ele alınmaktadır.

Olgu: 52 yaşında kadın hasta, tarama amaçlı bakılan tansiyon ölçüm kontrolünde 220/110 mmHg saptanması ve takiplerinde de hipertansif seyretmesi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın ailesinde hipertansiyon öyküsü bulunmaktaydı. Fizik muayenesinde herhangi bir özellik saptanmadı. Laboratuvar testlerinde elektrolit ve renal fonksiyon testleri normal sınırlar içerisindeydi. Ancak abdominal ultrasonografide sol böbrekte 10 cm çapında solid bir kitle saptandı. Sonrasında yapılan kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografide (BT), sol böbrekte renal hücreli karsinom ile uyumlu 10 cm'lik kitle tespit edildi. Bu bulgu, hastanın hipertansiyonuna sekonder olabilecek potansiyel bir neden olarak değerlendirildi.



Tedavi ve İzlem: Hasta, üroloji bölümüne yönlendirilerek cerrahi değerlendirme yapıldı. Sol nefrektomi uygulanan hasta, patoloji sonucunda renal hücreli karsinom tanısı aldı. Ameliyat sonrası dönemde hastanın kan basıncı kontrol altına alındı ve antihipertansif ilaç sayısı takibinde azaltıldı. Hastanın ameliyat sonrası dönemde düzenli takibi devam etmekte olup, herhangi bir metastaz ya da nüks bulgusu izlenmemektedir.

Tartışma: Renal hücreli karsinom, böbrekte gelişen primer malign bir tümördür ve erken evrede genellikle asemptomatiktir. RCC'nin hipertansiyona neden olabileceği bilinse de, hastalar sıklıkla tümörün ileri evrelerinde klinik belirtilerle başvurmaktadır. Hipertansiyonun kontrol altına alınamaması, bazen alta yatan malignite gibi ciddi patolojilere işaret edebilir. Bu olguda, hipertansiyon etyolojisi araştırılırken RCC'nin erken evrede tesadüfen saptanması, bu tür araştırmaların önemini vurgulamaktadır. Hipertansiyon hastalarında sekonder nedenlerin dışlanması, malignitelerin erken tanısı açısından kritik rol oynayabilir.

Sonuç: Dirençli hipertansiyonun alta yatan nadir nedenleri göz ardı edilmemeli ve uygun görüntüleme yöntemleri ile araştırılmalıdır. Bu olgu sunumu, hipertansiyonun altında yatan malignitelerin tanısında dikkatli bir yaklaşımın önemini ortaya koymaktadır.

PP-15. Tiroid Medüller Kanserine Bağlı Ektopik ACTH Sendromu Olan Nadir Bir Olgu

Seymanur Serdar Kılıçaslan¹, Özlem Kanburoğlu Meletli², Mustafa Koçak², Şafak Ersöz³, Yakup Kadri Yaralı³

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Anabilim Dalı, Trabzon

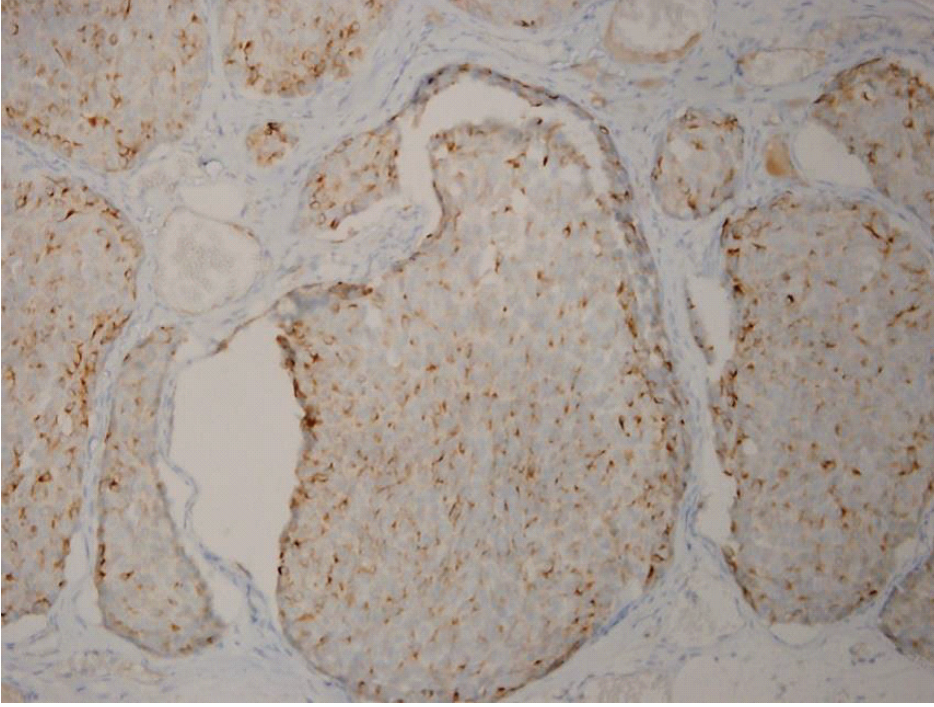
³Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş : Ektopik adrenokortikotropik hormon (ACTH) sendromu (EAS) endojen Cushing sendromunun nadir nedenlerindedir ve genellikle nöroendokrin farklılaşma gösteren kanserlerde ortaya çıkar. Medüller tiroid kanseri (MTC) tiroidin parafoliküler hücrelerinden kaynaklanan tüm tiroid kanserlerinin yaklaşık %5'ini oluşturan nadir bir nöroendokrin kanser tipidir. Burada metastatik MTC nedeniyle takip edilen ve Cushing kliniği olan, metastatik lenf nodlarından ACTH boyamasıyla EAS tanısı alan bir hasta sunmayı amaçladık.

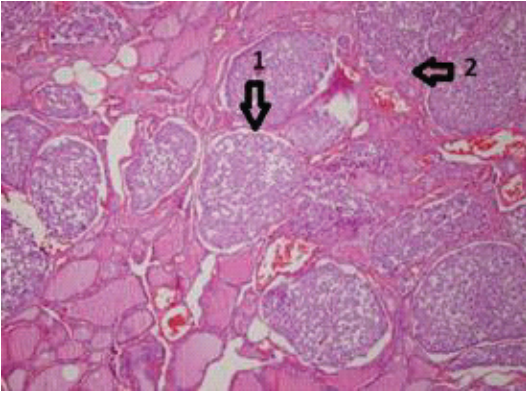
Olgu : 23 yaşında erkek hasta obezite nedeniyle endokrinoloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde kronik bir hastalığı ve kullandığı ilacı yoktu. Fizik muayenede vital bulguları stabil, sistem muayeneleri normaldi. Boyu 195 cm, vücut ağırlığı 169 kg ve vücut kitle indeksi 45 kg/m²'di. Ciltte incelleme, karında mor stria, aydede yüz görünümü ve buffalo hump gibi Cushingoid özellikleri ve boyunda tiroid sağ lobta ele gelen yaklaşık 2 cm kitle lezyonu mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde hemogram ve biyokimya tetkikleri normaldi. Cushing sendromu ön tanısıyla yapılan 1 mg deksametazon supresyon testi (DST)'nde supresyon olmaması nedeniyle hiperkortizolemi ileri tetkikleri yapıldı (Tablo-1) ve ACTH bağımlı Cushing sendromu tanısı kondu. Tiroide nodül şüphesiyle yapılan boyun ultrasonografisi (USG)'nde tiroid sağ lobta 29x12 mm düzensiz sınırlı hipoekoik solid nodül ve sağ servikal zincirde multiple metastatik görünümlü lenf nodları saptandı. Yapılan ince iğne aspirasyonu biyopsisi MTC açısından şüpheliydi; bunun üzerine hastaya bilateral total tiroidektomi ve sağ boyun lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Histopatolojik incelemede, tiroid sağ lobta en büyük çapı 3.1x2 cm olan multifokal, lenfovasküler invazyonu olan MTC saptandı. 11 adet metastatik lenf nodu mevcuttu ve kalsitonin boyaması pozitif. Hastanın preoperatif serum kalsitonin düzeyi 6518 pg/ml idi. Postoperatif kalsitonini yüksek seyretti (1489 pg/ml) ve boyunda devam eden metastatik lenf nodları saptandı. Uzak organ metastazı yoktu. ACTH bağımlı Cushing sendromu olması nedeniyle ayırıcı tanı için yapılan hipofiz magnetik rezonans görüntülemesi (MRG)'nde adenohipofizde 8x6x2 mm adenom saptandı. Ancak 8 mg DST'de kortizolde bazale göre %50'den fazla supresyon olmaması EAS olabileceğini düşündürdü ve MTC patoloji materyallerinden yapılan ACTH boyaması pozitif saptandı. Hastaya MTC'ye bağlı EAS tanısı kondu.

Tablo-1: Hiperkortizolemi tetkikleri

Tetkik	Sonuç	Referans aralık
Diüurnal Ritim		
Sabah kortizolü (µg/dL)	27.9	
Gece yarısı kortizolü (µg/dL)	20.5	
ACTH (ng/L)	79.5	<46
1 mg DST (µg/dL)	16.45	<1,8
2 gün 2 mg DST (µg/dL)	26	<1,8
Tek doz 8 mg DST (µg/dL)	17.5	<1,8
İdrar serbest kortizolü (mcg/24 sa)	2237.16	58-403
Gece yarısı tükürük kortizolü (ug/dL)	1.80	<0,274



Resim 1. Medüller Tiroid Karsinomunda ACTH immünohistokimyasal ile yamasal boyama



Resim 2.HEx100 HPF:1. Tiroid folikül yapıları arasında tiroid medüller karsinom odakları, 2. Amiloid birikimi

Tartışma: Metastatik MTC'ye bağlı EAS nadir görülen bir paraneoplastik sendromdur ve hiperkortizoleminin geniş bir spektrumda ele alınmasını gerektiren durumlardandır. Ektopik ACTH sekresyonuna neden olan primer odağın saptanıp hiperkortizoleminin ve altta yatan nedenin eş zamanlı tedavisini gerektirir.



3. DOĞU DAHİLİYE KONGRESİ

11-13 Ekim 2024, Diyarbakır

www.dogudahiliye.org