



Tıp Fakültesi

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

6. İç Hastalıkları Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu

12 – 13 Ocak 2018

Marriott Hotel Asia, İstanbul



KURS KİTABI

www.marmaraichastalıkları.org



Tıp Fakültesi

BİLİMSEL SEKRETERYA

Prof. Dr. Serhan Tuğlular, Prof. Dr. Dilek Gogas Yavuz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

E-posta : serhantuglular@yahoo.com

E-posta : dilekyavuz2004@yahoo.com



ORGANİZASYON SEKRETERYASI

D Event Turizm Organizasyon Hiz. Ltd. Şti.

Adres : Küçükbakkalköy Mah. Albay Sok. No: 24 Ataşehir / İstanbul

Tel : 0216 573 18 36

Faks : 0216 573 83 18

E-posta : info@marmaraichastaliklari.org

İÇİNDEKİLER

Önsöz	5
Kurullar	6
Bilimsel Program.....	7
Konuşmacı Eğitim Hedefleri	11
Özgün Araştırmalar	27
Olgu Sunumları	39
Yazar Dizini	85

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarım,

Marmara Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı 30 yılı aşan geçmişi ile Anadolu Yakasının en eski ve köklü İç Hastalıkları Akademik Ünitesidir. Yedi yıl önce Pendik'te açılan yeni hastanemiz ile birlikte fiziksel kapasitemiz artmış; hizmet, eğitim ve araştırma potansiyelimiz daha ileri noktalara taşınmıştır. Halen 40'a yakın öğretim üyesi, 20'yi aşkın uzman, 100'e yakın İç Hastalıkları ve yan-dal uzmanlık öğrencisi ile Anadolu yakasının en büyük İç Hastalıkları Merkezi niteliğindedir.

Marmara İç Hastalıkları camiası olarak hem kendi hizmet, akademik ve eğitim kadromuzu, hem de kurumumuzda 30 yıl içinde eğitim almış olan çok sayıda İç Hastalıkları ve yan-dal uzmanlık öğrencisi hekimi bir araya getirecek bir Mezuniyet Sonrası Eğitim Toplantısı'nın gerekli olduğunu düşündük ve bu toplantıyı planladık. İç Hastalıkları ve ilişkili branşlarda eğitim alan ya da hizmet veren, tüm hekimlerimizin eğitim gereksinimlerine yönelik bir içerik de hazırladık.

2018'in bu ilk günlerinde, Marmara İç Hastalıklarının bilgi, deneyim ve enerjisini yansıtacak nitelikte olacağına inandığımız 'Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. İç Hastalıkları Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu'na hoş geldiniz.

Prof. Dr. Haner Direskeneli

KURULLAR

ONURSAL BAŐKAN

Prof. Dr. etin zener

KURS BAŞKANI

Prof. Dr. Haner Direskeneli

KURS SEKRETERYASI

Prof. Dr. Serhan Tuğlular

Prof. Dr. Dilek Gogas Yavuz

BİLİMSEL PROGRAM

12 Ocak 2018, Cuma

13:00 - 13:30	Açılış Konuşmaları <i>Haner Direskeneli, İshak Çetin Özener</i>
13:30 - 15:15	Panel 1 - İnflamatuvar hastalıklar güncelleme <i>Oturum Başkanları: Nurdan Tözün, Hakan Gündüz</i>
13:30 - 14:00	Koagülasyon testleri <i>Tayfur Toptaş</i>
14:00 - 14:30	Hiperürisemi ve gut <i>Fatma Alibaz Öner</i>
14:30 - 15:00	İnflamatuvar barsak hastalığı <i>Özlen Atuğ</i>
15:00 - 15:15	Tartışma
15:15 - 15:45	Kahve Molası
15:45 - 16:30	Konferans 1 - Hemolitik üremik sendrom: Vakalar ile güncelleme <i>Oturum Başkanları: Tülin Fıratlı Tuğlular, Serhan Tuğlular</i> <i>Konuşmacılar: Işık Atagündüz, Hakkı Arıkan</i>
16:30 - 17:15	Konferans 2 - Klinik çalışmalarda istatistik <i>Oturum Başkanı: Tefik Akoğlu</i> <i>Konuşmacı: Hasan Yazıcı</i>
17:15 - 18:45	Uzmanına Danış Toplantıları Salon - 1: Reflü / İBS <i>Adnan Giral, Deniz Duman</i> Salon - 2: Akut diyare <i>Volkan Korten</i> Salon - 3: Persistan kötü kontrollü diyabet <i>Özlem Tarçın</i> Salon - 4: Sitopeniler <i>Işık Atagündüz</i>

BİLİMSEL PROGRAM

13 Ocak 2018, Cumartesi

08:30 - 09:30	Uzmanına Danış Toplantıları Salon - 1: Proteinüri/hematüri <i>Arzu Veliöglü, Ebru Aşıcıoğlu</i> Salon - 2: Çelişkili kan gazı sonuçları <i>Hakkı Arıkan</i> Salon - 3: Kronik kalp yetersizliği hastasına yaklaşım <i>Ali Serdar Fak</i> Salon - 4: KBY de RAS blokajı <i>Mehmet Koç</i>
09:30 - 10:45	Panel 2 - Poliklinikte sık karşılaşılan metabolik hastalıklar <i>Oturum Başkanları: Sema Akalın, Dilek Yavuz</i>
09:30 - 09:50	Subklinik hipertiroidi ve hipotiroidi ne zaman tedavi edelim? <i>Oğuzhan Deyneli</i>
09:50 - 10:10	D vitamini eksikliği <i>Dilek Yazıcı</i>
10:10 - 10:30	Gestasyonel diyabet tanı ve tedavi yaklaşımı <i>Hasan Aydın</i>
10:30 - 10:45	Tartışma
10:45 - 11:15	Kahve Molası
11:15 - 12:00	Konferans 3 - Kılavuzlar eşliğinde hipertansiyon tedavisi neler değişti? <i>Oturum Başkanı: Ahmet Oktay</i> <i>Konuşmacı: Tefik Ecder</i>
12:00 - 12:45	Uydu Sempozyumu - Yeni nesil bazal insülin <i>Konuşmacı: Kubilay Ukinç</i>
	 SANOFI <i>Sanofi'nin koşulsuz katkılarıyla</i>
12:45 - 13:45	Öğle Yemeği
13:45- 15:15	Panel 3 - Dahiliye servisinde sık sorulan sorular <i>Oturum Başkanları: Nefise Barlas Ulusoy, Emel Akoğlu</i>
13:45 - 14:05	DVT profilaksi ve tedavisi <i>Tayfur Toptaş, Derya Kocakaya</i>
14:05 - 14:25	Siroz hastasında kreatinin yüksekliği: Ne yapalım ? <i>Feyza Gündüz</i>
14:25 - 14:45	Ağrı palyasyonu <i>Gülseren Akyüz</i>
14:45 - 15:00	Tartışma
15:00 - 15:15	Kahve Molası

BİLİMSEL PROGRAM

13 Ocak 2018, Cumartesi

15:15 - 16:30	Panel 4 - Hasta mı laboratuvar sonuçları mı? <i>Oturum Başkanları: Serdal Turhal, Erol Avşar</i>
15:15 - 15:35	Tüm idrar tahlili bulguları ve pozitif idrar kültürü <i>Buket Ertürk Şengel</i>
15:35 - 15:55	Karaciğer enzim yüksekliği <i>Yeşim Özen Alahdab</i>
15:55 - 16:15	Tümör belirteçlerini doğru kullanıyor muyuz? <i>Mehmet Akif Öztürk</i>
16:15 - 16:30	Tartışma
16:30 - 17:30	Panel 5 - Solunum Yetmezliği <i>Oturum Başkanları: İsmail Cinel, Turgay Çelikel</i>
16:30 - 16:50	Tedaviye dirençli astım <i>Şehnaz Olgun Yıldızeli</i>
16:50 - 17:10	KOAH akut alevlenme <i>Sait Karakurt</i>
17:10 - 17:30	İnterstisyel akciğer hastalıkları <i>Emel Eryüksel</i>
17:30 - 18:30	Ödüllü Yarışma
18:30 - 18:45	Kapanış ve Ödül Töreni

**KONUŞMACI
EĞİTİM HEDEFLERİ**

HİPERÜRİSEMİ VE GUT

Fatma Alibaz Öner

Öğrenim Hedefleri

- Akut Gut Atağı tedavisi
- Hiperürisemi ve ataklar dışında Gut hastalığı tedavisi yönetimi

HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROM: VAKALAR İLE GÜNCELLEME

Hakkı Arıkan

Öğrenim Hedefleri

- Hemolitik üremik sendrom tanısai kriterlerinin öğrenilmesi
- Hemolitik üremik sendromun ayırıcı tanısının yapılması
- Hemolitik üremik sendrom patofizyolojisinin ve klinik bulgularının öğrenilmesi
- Güncel literatüre hemolitik üremik sendrom da tedavi yaklaşımlarının göre öğrenilmesi

KLİNİK ÇALIşMALARDA İSTATİSTİK

Hasan Yazıcı

Öğrenim Hedefleri

- Tanımlayıcı istatistikler ve bunlarla ilgili yapılan – kasıtsız ve kasıtlı – yanlışlar
- Kıyaslayıcı istatistikler ve bunlarla ilgili yapılan – kasıtsız ve kasıtlı – yanlışlar
- Anlamlılık testleri ve bunlarla ilgili yapılan – kasıtsız ve kasıtlı – yanlışlar

İstatistik irdeleme verileri daha iyi anlamak ve anlatmak için yapılır. Geleneksel diye, dergi editörleri istiyor diye, hele göz boyamak, aldatmak için hiç yapılmaz.

UZMANINA DANIş TOPLANTISI

AKUT DİYARE

Volkan Korten

Öğrenim Hedefleri

Bu oturum sonunda kursiyerler:

Hangi hastalarda ve ne tür tanısal girişimlere ihtiyaç olduğunu

Hangi hastalara empirik tedavi verilmesinin uygun olabileceği

Empirik tedavide kullanılacak antibiyotikler ve antimotilite ajanlar

konusunda bilgilerini güncelleme imkanı bulabileceklerdir.

UZMANINA DANIŞ TOPLANTISI

İRRİTABLE BAĞIRSAK HASTALIĞI VE ÇÖZÜM YOLLARI

Deniz Güney Duman

Öğrenim Hedefleri

- İrritable Bağırsak Hastalıkları (İBS) tanımının öğrenilmesi
- İBS tanı kriterleri
- İBS alt tipleri
- İBS’de alarme edici bulguların öğrenilmesi
- İBS patogenezindeki mekanizmaların kavranması
- İBS’de tedavi prensiplerinin bilinmesi

İrritable Bağırsak Hastalığı (İBS) ya da bazı kaynaklarda kullanılan ismi ile “huzursuz bağırsak sendromu” alt karın ağrısı, dışkılama bozukluğu ve şişkinlik ile karakterizedir. İBS bir fonksiyonel bağırsak hastalığı olup tanı koyabilmek için organik bağırsak hastalıklarının dışlanması gereklidir.

Dünyadaki İBS sıklığına baktığımızda çalışılan örneklem ve kullanılan tanı kriterine göre değişmekle birlikte %9-23 oranlarında raporlanmıştır. (Gastroenterology 1997; 112:2137). Genel olarak Çin’de %23, ABD’de %15, Brezilya’da %9, İspanya’da %19 ve İngiltere’de %14 gibi yüksek prevalanslar ile dünya üzerinde hemen hemen tüm coğrafyalarda baskın bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’den yapılan çalışmalarda ise İBS prevalansını Çelebi S ve ark. Elazığ bölgesinde % 6.2, Akpınar H ve ark. İzmir bölgesinde %12.4, Yılmaz Ş ve ark. Diyarbakır bölgesinde % 10.2, Karaman N ve ark. Sivas bölgesinde %19.1 olarak tanımlamışlardır.

Hastalığın sıklığına paralel olarak birinci basamak hekimlerine yapılan tüm başvurular içinde İBS’li hastalar en büyük payı almaktadırlar. Bu konuda yapılan eski bir çalışmada birinci basamak hekimlerinin poliklinikde gördüğü tüm hastaların % 12’si, gastroenterologların ise polikliniklerinin %28’si İBS hastalarından oluşmaktadır. (Gastroenterol. 1987; 92:1282-4.) Aynı zamanda, İBS birinci basamak hekimlerinin gastroenterologdan en sık konsültasyon isteme nedenidir. Buna rağmen İBS’li hastaların ancak yarısının hekime başvurup tanı aldığı bilinmektedir (Aliment Pharmacol Ther 2005; 21: 1365 -75)

İBS özellikle gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarında büyük yer tutar ve önemli iş-güç kaybına sebep olur. Fiziksel sağlık hayat kalitesi ölçümleri değerlendirildiğinde İBS, diyabet hastaları ile eşdeğer hatta depresyon ve gastroözofageal reflü hastalarından daha düşük skorlar almıştır. Ruhsal sağlık hayat kalitesi ölçümlerinde ise İBS hastaları organik bir rahatsızlık olan kronik böbrek yetmezliği hastalarından daha düşük ölçümler göstermişlerdir. (Aliment Pharmacol Ther 2002;16:1171-85)



İBS patogenezi henüz tam olarak aydınlanamamış olsa da pek çok sebebin hastalık oluşumuna yol açtığı bilinmektedir. Bunlar bozulmuş intestinal flora, viseral hipersensitivite, gastrointestinal motilite bozukluğu, stres-ilişkili inflamasyon, beyin-bağırsak nöronal aksında bozulma, psikolojik etkenler, İnce bağırsak aşırı bakteriyel çoğalma olarak sıralanabilir. Son yıllarda pankreas ekzokrin yetmezliği ve çölyak olmayan gluten duyarlılığı ile İBS semptomlarının örtüşebileceği üzerinde de durulmaktadır.

Hastalığı teşhis etmede en sık Roma kriterlerini kullanmamıza rağmen bu ölçütler yıllar içerisinde yetersiz kalıp aksamalar gösterdiğinden 4 kez yenilenmiştir. (Gastroenterology 2016; 150: 1393 - 1407.e5) Organik sebepler dışlandıktan sonra, tekrarlayan karın ağrısı (son 3 ay süresince, en az haftada 1 gün) ve aşağıdaki 3 özelliğinden en az 2'sinin bulunması şartı ile İBS tanısı koymak mümkündür:

Defekasyon ile karın ağrısı iyileşir

Dışkılama sıklığında değişiklik olması

Gaita şeklinde (görünüşünde) değişiklik olması

İBS tanısında merkez niteliğinde olan karın ağrısının özelliği kramp hissi ile birlikte olması, alt kadrana ve özellikle sol alt kadrana lokalize olması, stres ve yemek ile ağrının tetiklenmesi, defekasyonla ağrının azalmasıdır.

Defekasyondaki değişikliğe göre ishal-baskın, kabızlık-baskın ya da mikst tip olmak üzere alt tipleri vardır. Dördüncü alt tip ise İBS tanı kriterlerini karşılamakla beraber defekasyon niteliği olarak yukarıdaki 3 tipe de uymayan "sınıflanmamış" alt tiptir. Tanı koymadan önce mutlaka alarme edici semptomlar irdelenmeli ve eğer aşağıda listelenen bu bulgular (Am J Gastroenterol. 2009;104 Suppl 1:S1) mevcutsa malignite araştırması için ileri tetkik yapılmalıdır.

- Semptom başlangıcı >50 yaş
- Ani başlangıçlı semptomlar
- Kilo kaybı
- Rektal kanama
- Kronik ağır diyare
- Gece Semptomları
- Ailede kolorektal kanser öyküsü
- Anormal fizik muayene bulguları ; Ateş, Artrit, LAP, kitle, deri lezyonları
- Anormal Laboratuvar bulguları.: Anemi, beyaz küre ↑, ESR ↑, CRP ↑, Fekal kalprotektin ↑

Eğer yukarıdaki bulgular mevcut değilse ve tanı kriterleri yeterliyse doğrudan İBS tanısı konulabilir.

Tedavi

İBS, kronik bir durumdur. Tedaviler genellikle semptom ve hastanın endişelerinin giderilmesine yöneliktir. Hastalığı ortadan kaldırmaya yönelik tedavi seçenekleri ise sınırlıdır. Bu nedenle tedavi basamakları hasta eğitimi, diyet önerileri (Kısıtlama (Eliminasyon) diyetleri, Lif), psikososyal tedaviler (davranış tedavisi, hipnoz, biofeedback ve psikoterapi) ve ilaç tedavisinden (antispazmodikler, antidepressanlar, antidiyare ajanlar, antibiyotikler ve probiyotikler) oluşmaktadır.

İBS tedavisinde en sık tercih edilen ilaç antispazmodiklerdir. Bunlar Pinaverium bromid, alverin sitrat, trimebutin maleat, otilonyum bromür, mebeverindir.

UZMANINA DANIŞ TOPLANTISI

SİTOPENİLER

Işık Atagündüz

Öğrenim Hedefleri

İzole anemi ile baş vuran hastalarda tanısal yaklaşım, ayırıcı tanı yaklaşımı, hemolitik anemilere tanısal yaklaşım ve hemolitik anemilerin sınıflandırılması, bisitopeni ile baş vuran hastalarda tanısal yaklaşım ve bisitopeni ayırıcı tanısı, izole trombositopeni yapan nedenler ve trombositopenilere tanısal yaklaşım.

PROTEİNÜRİ

Ebru Aşıcıoğlu

Öğrenim Hedefleri

- Proteinüriye yol açan nedenleri sayabilmeleri
- Katılımcıların proteinürisi olan bir hastada ayırıcı tanıları tanımlayabilmeleri
- Katılımcıların proteinürisi olan bir hastada ayırıcı tanılarına yönelik gerekli tetkikleri özetleyebilmeleri

UZMANINA DANIş TOPLANTISI

HEMATÜRİ

Arzu Velioğlu

Öğrenim Hedefleri

- Hematüri tanımının öğrenilmesi
- Hematüri ayırıcı tanısı
- İdrar sediment incelemesinin önemi
- Glomerüler hematüriye yaklaşım

UZMANINA DANIş TOPLANTISI

ÇELİŞKİLİ KAN GAZI SONUÇLARI

Hakkı Arıkan

Öğrenim Hedefleri

- Kan gazı incelenmesinde asid-baz denge bozukluğunun değerlendirilmesine yaklaşım
- Çoklu asid-baz denge bozukluğunun tanısının konulması
- Asid-baz denge bozukluğunu değerlendirilmesinde sonuçları değiştiren faktörlerin bilinmesi
- Asid-baz denge bozuklarının ayırıcı tanısının yapılması

KRONİK KALP YETERSİZLİĞİ HASTASINA YAKLAŞIM

Ali Serdar Fak

Öğrenim Hedefleri

Bu kurs sonunda katılımcılar aşağıdaki konularda bilgi ve becerilerini arttırmış / güncellemiş olacaklardır:

- Kronik kalp yetersizliğinin seyri ve kliniği hakkında güncel bilgi sahibi olmak
- Kronik kalp yetersizliği hastasında araya giren tetikleyici etkenleri ayırt edebilmek,
- Hastalık sürecinde tetikleyici nedenleri önleyecek / en aza indirebilecek önlemleri alabilmek,
- Kronik kalp yetersizliği tedavisini çok yönlü olarak yönetebilmek
- Semptomatik hastalarda ileri tedavi yöntemleri konusunda yönlendirici olabilmek

UZMANINA DANIŞ TOPLANTISI

KBY'DE RAS BLOKAJİ

Mehmet Koç

Öğrenim Hedefleri

- Renin-angiotensin – aldosteron sistemi (RAS) komponentleri ve fonksiyonları.
- Kronik böbrek hastalığında (KBH) RAS aktivasyonu.
- KBH patogenezinde ve progresyonunda RAS aktivasyonunun rolü.
- RAS blokajının KBH'ında kullanımı ve etkileri.

SUBKLİNİK HİPERTİROİDİ VE HİPOTİROİDİ NE ZAMAN TEDAVİ EDELİM?

Oğuzhan Deyneli

Öğrenim Hedefleri

- Subkinik hipertiroidi- Vaka örneği
 - a- Tanım, klinik bulgular
 - b- Endikasyon, tedavi seçenekleri
- 2. Subkinik Hipotiroidi - Vaka örneği
 - a- Tanım, klinik bulgular
 - b- Endikasyon, tedavi seçenekleri

D VİTAMİNİ EKSİKLİĞİ

Dilek Yazıcı

Öğrenim Hedefleri

- D vitamini eksikliğinin tanımını bilinmesi
- D vitamini eksikliği nedenlerinin bilinmesi
- D vitamini eksikliğinde tedavi planlanması
- D vitamini intoksikasyonunun tanınması

KILAVUZLAR EŞLİĞİNE HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

Tevfik Ecder

Öğrenim Hedefleri

- Güncel kılavuzlara (Türk Hipertansiyon Uzlaşma Raporu, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Birleşik Ulusal Komite (JNC)'nin 8. Raporu, Avrupa Hipertansiyon Kılavuzu) göre hipertansiyonu olan hastalarda ve özel hasta gruplarında öncelikle seçilmesi gereken antihipertansif ilaçların bilinmesi
- Antihipertansif ilaçların kontrendikasyonlarının bilinmesi
- Hangi antihipertansif ilaç kombinasyonlarının, ne zaman ve hangi hastalarda kullanılacağını öğrenilmesi

SİROZ HASTASINDA KREATİNİN YÜKSEKLİĞİ: NE YAPALIM?

Feyza Gündüz

Öğrenim Hedefleri

- Sirotik hastada dekompanzasyona sebep olabilecek sebeplerin değerlendirilmesi
- Sirotik hastalardaki böbrek fonksiyon bozukluğuna sebep olan presipitan faktörleri ve alınacak tedbirleri bilmek
- Hepatorenal sendromda patofizyolojiyi gözden geçirmek
- Hepatorenal sendromun tanı ve tedavisinin öğrenilmesi

AĞRI PALYASYONU

Gülseren Akyüz

Öğrenim Hedefleri

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (IASP)'ne göre ağrı; vücudun herhangi bir bölgesinde hissedilen, var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, kişinin geçmişindeki deneyimleriyle ilgili, duyuşsal, emosyonel ve hoş olmayan bir deneyimdir (www.iasp-pain.org). Ağrılı bir uyarının başlattığı, doku hasarının ya da hastalığın bir semptomu olan akut ağrı, aynı zamanda kişiyi hasardan korumaya yönelik, yararlı, adaptif bir uyarıdır. Ağrı uyarıcı özelliğini yitirip, onu başlatan hastalık veya hasar ortadan kalktığı halde devam ediyorsa kronik ağrıdan söz edilir. Kronik ağrıda ağrıyı başlatan neden önemli değildir, ağrı sebepten çok algılama sistemindeki değişikliklere ikincil olarak ortaya çıkmıştır. Kronik ağrı tedavisi farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler ile yapılır. Non-narkotik ve narkotik analjezikler, antidepresanlar, antiepileptikler farmakolojik tedavide kullanılmaktadır. Analjezikler ile semptomatik ağrı tedavisinde hedef; yan etkileri dikkate alarak, yaşam kalitesini artıracak şekilde ağrısızlığı sağlamaktır. Analjeziklerin doğru uygulanabilmesi için gerekli ön koşullar; hekimin analjeziklerin farmakolojisini çok iyi bilmesi, kişiye özgü değerlendirme yaparak planladığı tedavi programını uygulaması ve hastayı bilgilendirip onayını almasıdır. Nonfarmakolojik olarak fizik tedavi ajanları, terapötik egzersizler, sinir blokları, nöromodülasyon teknikleri ve diğer invazif girişimler uygulanmaktadır. Bu yöntemlerin yanı sıra bilişsel davranışsal tedavi, psikoterapi, relaksasyon teknikleri ve içgörü kazandırıcı yaklaşımların da kronik ağrı palpasyonunda önemli yeri vardır.

TÜM İDRAR TAHLİLİ BULGULARI VE POZİTİF İDRAR KÜLTÜRÜ

Buket Ertürk Sengel

Öğrenim Hedefleri

- TİT ve idrar kültürü sonuçlarının doğru yorumlanabilmesi
- İYE/aseptomatik bakteriüri/steril piyüri ayrımının yapılabilmesi
- İdrar kültüründe üreme tespit edilen hastalarda tedavi endikasyonunun değerlendirilmesi

KARACİĞER ENZİM YÜKSEKLİĞİ

Yeşim Özen Alahdab

Öğrenim Hedefleri

- Karaciğerin biyokimyasal ve fonksiyon testlerinin sınıflandırmasının nasıl yapılacağı
- Karaciğerin biyokimyasal ve fonksiyon testlerinin doğru yorumlanması ve kullanımının nasıl olduğu
- Karaciğer testlerinde bozukluk olan hastanın değerlendirilmesinin nasıl yapılacağı

TÜMÖR BELİRTEÇLERİNİ DOĞRU KULLANIYOR MUYUZ?

Mehmet Akif Öztürk

Öğrenim Hedefleri

- Tümör belirteçlerine genel bakış
- Tümör belirteçlerinin çeşitleri
- Klinik pratikte biyokimyasal tümör belirteçlerinin akılcı ve kanıta dayalı kullanımı

TEDAVİYE DİRENÇLİ ASTIM

Şehnaz Olgun Yıldızeli

Öğrenim Hedefleri

- Astımda hastalık ciddiyetinin sınıflanması
- Ağır astım ve Persitan kontrolsüz astım farkının tanımlanması
- Kontrolsüz persistan astım da kullanılan yeni ajanlar
- Bronşial termoplastinin astım tedavisindeki yeri

KOAH AKUT ALEVLENME

Sait Karakurt

Öğrenim Hedefleri

- KOAH ve KOAH alevlenmeyi tanımlayabilmek
- KOAH alevlenme nedenlerini ve tedavilerini bilmek
- KOAH alevlenmede destek tedavilerini bilmek
- KOAH alevlenme fizyopatolojisini bilmek
- Mekanik ventilasyon endikasyonu koyabilmek
- Mekanik ventilasyonun sağlayabileceği faydaları bilmek
- NIMV ile IMV seğıimlerini yapabilmek

İTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARI

Emel Eryüksel

Öğrenim Hedefleri

- İnterstisyel akciğer hastalığının semptomlarını tanıma ve bu semptomu olan hastalarda ayırıcı tanıya gidebilme.
- İnterstisyel akciğer hastalığı tanısı konulan hastalarda alt tipi belirleyebilmek için gerekli testleri isteyebilme
- Tanısı konulan interstisyel akciğer hastalığında tedaviyi düzenleyebilme ve tedavi komplikasyonlarını takip edebilme

**ÖZGÜN
ARAŞTIRMALAR**

Abstract:0012

ANOREKTAL HASTALIKLARDA MYMOP2(MEASURE YOURSELF MEDICAL OUTCOME PROFILE 2) ANKETİNİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Yasemin Ecem Temel, Özdal Ersoy

Acıbadem Fulya Hastanesi, Anorektal Hastalıklar Merkezi, İstanbul

Araştırmalarda kullanılan ölççeklerin çoğunluğu başka dil ve kültürlerce hazırlanmış ölççeklerdir. Bu ölççeklerden biri olan Measure Yourself Medical Outcome Profile (MYMOP2) ölççeği özellikle komplike ve overlap vakalarda hastanın birincil şikayetlerine odaklanmayı kolaylaştırması, spesifik cümlelerle kişiyi sınırlandırılmaması, kısa uygulama süresi ve değişimler konusundaki hassasiyetini göz önüne alarak klinikte hasta tanı ve takibinde yararlı olacağına öngörülmesi sebebiyle bu anketin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.

MYMOP2 ölççeği çeviri-tekrar çeviri yöntemi ile Türkçe'ye çevirilerek TMYMOP2 adını almıştır. 5 kişilik bir gruba ön-test yapılmış, onlardan alınan geri bildirimlerle gerekli düzenlemeler yapılmış ve sonrasında bu kişiler çalışma dışı bırakılmıştır. TMYMOP2 ölççeği Fulya Acıbadem Hastanesi Hemoroid ve Anorektal Hastalıklar Merkezi'ne başvuran 50 gönüllüye Nottingham Sağlık Profili(NSP) ölççeğiyle birlikte uygulanmıştır. İlk uygulama yüz yüze diğerleri telefon/e-posta aracılığı ile olacak şekilde toplamda üç uygulama birer ay aryla yapılmıştır. TMYMOP2 ölççeğinin ölçüt geçerliliği ve güvenilirliğini belirlemek için, ölççeklerin ilk uygulamalarından elde edilen puanlar arasındaki ilişkilere ait Pearson Korelasyon Katsayıları hesaplanmıştır. TMYMOP2 ve NSP ölççeklerinin her üç uygulamasından elde edilen ortalamalar arasındaki farkların istatistiksel anlamlılığını değerlendirmek için paired sample t testi kullanılmıştır. Ölçeklerin her üç uygulamasından alınan puan ortalamaları arasındaki farkların önemini ve düzeyini belirlemek için Cohen's d formülü kullanılmıştır.

TMYMOP2 skorları ile NSP skorları arasında pozitif yönlü ve orta düzey anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. TMYMOP2 skorları ile NSP skorları arasındaki ilişkilere ait korelasyon katsayıları 0,335 ile 0,642 arasında değişen değerler almaktadır. Etki büyüklüğü ölçümlerinde TMYMOP2 anketinin ilk uygulaması ile son uygulaması arasında Semptom 1, Semptom 2 ve Aktivite etki büyüklüğü geniş (EB>0,80), Genel Sağlık Skoru etki büyüklüğü orta (EB >0,20) olarak gösterilmiştir. NSP etki büyüklüğü değerleri orta ve düşük (<0,80) olarak gözlenmiştir.

MYMOP2 anketi Türkçe'ye uyarlanarak TMYMOP2(Turkish version of medical yourself medical outcome profile) olarak revize edilmiş, orta düzeyde geçerli ve güvenilir bir ölççek olduğu gösterilmiştir. Etki büyüklüğü çalışmalarından yola çıkarak bu anketin klinik anlamlılığı orta ve yüksek olarak gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anorektal, Geçerlilik, Güvenirlik, MYMOP2, TMYMOP2

TMYMOP2

*** TMYMOP2 ***

İsim Soyisim: _____ Doğum tarihi: _____

Adres ve posta kodu: _____

Tarih: _____ Muayene tarihi: _____

Sizi en çok rahatsız eden bir yada iki semptomu (fiziksel veya ruhsal) seçiniz. Bunları aşağıya yazınız. Her semptomun geçtiğimiz hafta boyunca ne kadar kötü olduğunu düşününüz ve buna uygun numarayla yuvarlak içine alarak değerlendiriniz.

SEMPATOM 1: _____ 0 1 2 3 4 5 6
_____ EN İYİ _____ EN KÖTÜ

SEMPATOM 2: _____ 0 1 2 3 4 5 6
_____ EN İYİ _____ EN KÖTÜ

Sizin için önemli olan ancak probleminizden dolayı zorlandığınız veya gerçekleştirmediğiniz bir aktiviteyi (fiziksel, sosyal veya ruhsal) seçiniz. Geçtiğimiz hafta içerisinde bu durumun ne kadar kötü olduğunu değerlendiriniz.

AKTİVİTE: _____ 0 1 2 3 4 5 6
_____ EN İYİ _____ EN KÖTÜ

Son olarak geçtiğimiz hafta içerisinde genel iyilik haliniz nasıl değerlendirirsiniz?
0 1 2 3 4 5 6
_____ EN İYİ _____ EN KÖTÜ

Semptom 1'i sürekli veya gelli geçici olarak ne kadar süredir yaşıyorsunuz? Yuvarlak içine alın:
0-4 Hafta 4-12 Hafta 3 Ay-1 Yıl 1-5 Yıl 5 Yıdan fazla

BU PROBLEMİNİZ İÇİN herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

Lütfen yuvarlak içine alın: EVET/HAYIR

EVETSE:

1. Lütfen ilacın adını ve günde/haftada kaç kere aldığınızı belirtin: _____

2. Bu ilacın kesilmesi: Lütfen yuvarlak içine alın:

Önemli değil	Biraz önemli	Çok önemli	Kabul edilemez
--------------	--------------	------------	----------------

HAYIRSA

Bu problem için ilaç kullanmıyor olmak:

Önemli değil	Biraz önemli	Çok önemli	Kabul edilemez
--------------	--------------	------------	----------------

TMYMOP2 Takip Formu

*** TMYMOP2 Takip ***

İsim Soyisim: _____ Doğum tarihi: _____

Lütfen GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA probleminizin şiddetini gösteren numarayla yuvarlak içine alın. Bu SİZİN düşünceniz olmalı, başkasının değil.

SEMPATOM 1: _____ 0 1 2 3 4 5 6
_____ EN İYİ _____ EN KÖTÜ

SEMPATOM 2: _____ 0 1 2 3 4 5 6
_____ EN İYİ _____ EN KÖTÜ

AKTİVİTE: _____ 0 1 2 3 4 5 6
_____ EN İYİ _____ EN KÖTÜ

İYİLİK DURUMU: Genel iyilik halinizde ilgili kendinizi nasıl değerlendirirsiniz?
0 1 2 3 4 5 6
_____ EN İYİ _____ EN KÖTÜ

Eğer önemli bir yeni semptom açığa çıktysa lütfen aşağıda tarif edin ve ne kadar kötü olduğunu işaretleyin. Aksi durumda bu bölümde işaretleme yapmayın.

SEMPATOM 3: _____ 0 1 2 3 4 5 6
_____ EN İYİ _____ EN KÖTÜ

Aldığınız tedavi hastalığınıza etkileyen tek şey olmayabilir. Eğer önemli olduğunu düşündüğünüz bir şey, sizin yaptığınız değişiklikler gibi, veya hayatınızda gerçekleşen başka şeyler varsa, lütfen yazınız. (Eğer daha çok alana ihtiyacınız varsa sayfanın arkasına yazabilirsiniz.)

BU PROBLEMİNİZ İÇİN herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

Lütfen yuvarlak içine alın: EVET/HAYIR

EVETSE:

1. Lütfen ilacın adını ve günde/haftada kaç kere aldığınızı belirtin:

Abstract:0014

DENOSUMAB TEDAVİSİ BAŞLANAN HASTALARIN BİR YILLIK İZLEMLERİZeynep Alaca¹, Bahar Tekin¹, Dilek Gogas Yavuz²¹Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı osteoporoz tedavisinde kullanılan reseptör aktivatör nükleer faktör kappa ligand (RANKL) inhibitörü olan denosumabın osteoporotik hastalarda bir yıllık izleminde kemikler üzerinde olan etkisini incelemektir.

Yöntem: Retrospektif çalışmaya denosumab başlanan ve 1. yılını tamamlayan 50 osteoporozlu hasta (K/E: 39/11, yaş: 64 ± 13,6) dahil edildi. Hastaların tedaviye başlamadan önceki ve başladıktan sonra 15. gün ve 12. ay kalsiyum, fosfor, parathormon, 25(OH)D vitamini düzeyleri kayıt edildi. Hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrası 12. ay kemik dansitometri (KMD) ölçümleri kayıt edildi. Tedavi öncesi FRAX skorları hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastalardan daha önce anti-osteoporotik tedavi almamış 36 hastanın 10 yıllık majör kırık riski %17,21 ve kalça kırığı riski %5,8 olarak hesaplandı. Hastaların % 60,7'sinde geçirilmiş vertebral kırık mevcuttu. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası biyokimya ve KMD ölçümleri tablo 1'de gösterilmiştir. Tedavi öncesi ve tedavinin 15. gününde serum kalsiyum değerleri sırasıyla; 9,6±0,48 mg/dl, 9,1±0,65 mg/dl olarak ölçüldü (p<0,0001). Lomber vertebra ve femur boynunda 1. yıl sonunda KMD değerleri yükseldi. (p<0,0001)

Sonuç: Denosumab tedavisinin bir yıllık izleminde osteoporoz hastalarında lomber vertebra ve femur boynunda KMD düzeyinde anlamlı yükselme izlenmiştir. Tedavi öncesi 25(OH)D vitamini normal olan vakalarda bile erken dönemde hipokalsemi riski mevcuttur ve buna bağlı sekonder hiperparatiroidi beklenenden daha sık olarak görülmüştür. Denosumab tedavisi sonrası erken ve orta dönemde renal fonksiyonlardan bağımsız olarak hipokalsemi gelişebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Denosumab, KMD, Kalsiyum, D vitamini

Tablo 1.

	Tedavi öncesi (n:50)	Tedavinin 1. yılı (n:50)	p değeri
Yaş	64 ± 13,6	64 ± 13,6	p>0,05
Cinsiyet (K/E)	39/11	39/11	p>0,05
Osteoporoz süresi (yıl)	7,7 ± 5,6	7,7 ± 5,6	p>0,05
Kalsiyum	9,6 ± 0,48	9,53 ± 0,52	p>0,05
Fosfor	3,43 ± 0,55	3,26 ± 0,66	p>0,05
Parathormon	59,35 ± 36,61	68,26 ± 53,43	p>0,05
25(OH) Vitamin D	35,47 ± 13,11	37,67 ± 12,31	p>0,05
Femur neck KMD	0,720 ± 0,116	0,748 ± 0,120	p<0,0001
L1-L4 KMD	0,806 ± 0,130	0,839 ± 0,148	p<0,0001

Abstract:0022

KRONİK HEPATİT B (KHB) HASTALARINDA ANTİ-VİRAL TEDAVİ ETKİNLİĞİ VE ETKİNLİĞE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ (GERÇEK YAŞAM VERİLERİ)Arash Turan¹, Osman Cavit Özdoğan², Feyza Gündüz², Esra Akdeniz³¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyostatistik Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kliniğimizde tedavi gören kronik hepatit B hastalarında aldığı tedavi etkinliğini ve etkinliğe etki eden faktörleri araştırmayı hedefledik.

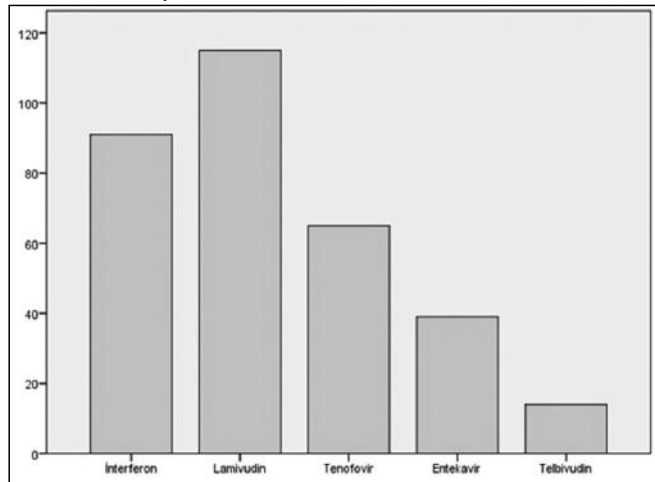
Gereç: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Polikliniği'nde izlenen Kronik Hepatit B hastalığı tanısı bulunan yaşları 21-87 arasında olan, HBeAg pozitif ve negatif olup gözlem süresi en az 2 yıl olan toplam 445 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların dosya kayıtlarından retrospektif olarak demografik ve laboratuvar verileri elde edilmiştir. 48 ayın sonunda serokonversiyon, relaps, siroz ve Hepatoselüler kanser gelişen hastalar belirlenmiş ve istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Hastaların %61,6'sı (n=274) erkek, ortalama yaşları 49,6 ± 14 yıl idi. Başlangıçta hastaların %72,8'i (n=324) HBV DNA >2000 grubunda ve %27,2'si (n=121) HBV DNA <2000 grubunda bulunuyordu. HBV DNA >2000 grubunda tedavi öncesi ALT ve HBV DNA düzeyleriyle tedavi sonrası 48. aydaki düzeyler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düşüş sağlanmıştır (p<0,001). İki grupta 132 (%29,7) hasta HBeAg için pozitif idi ve 48. ay tedavi sonrası 38 (%28,8) hastada HBeAg serokonversiyonu ve 16 (%3,6) hastada HBsAg serokonversiyonu gelişmiştir. 48. ay tedavi sonrası iki grupta 198 (%44,5) hasta relaps geliştirmiş olup en sık neden sırasıyla %76,8 (n=152) ilaç direnci, %18,2 (n=36) tedavi uyumsuzluğu ve %5,0 (n=10) süper enfeksiyon idi, ilaç direnci sırasıyla Interferon %48,7 (n=74), Lamivudin %47,4 (n=72), Entekavir ve Telbivudin %3,9 (n=6) oldu. 48. ay tedavi sonunda 54 (%12,1) hastada siroz ve 4 (%0,9) hastada Hepatoselüler kanser gelişti ve sadece bir sirotik hastada Hepatoselüler kanser geliştiği gözlemlendi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p<0,405). Lojistik regresyon analizinde, birinci yıl sonu virolojik yanıt için >45 yaş ve tedavi türü bağımsız risk faktörler olarak bulundu.

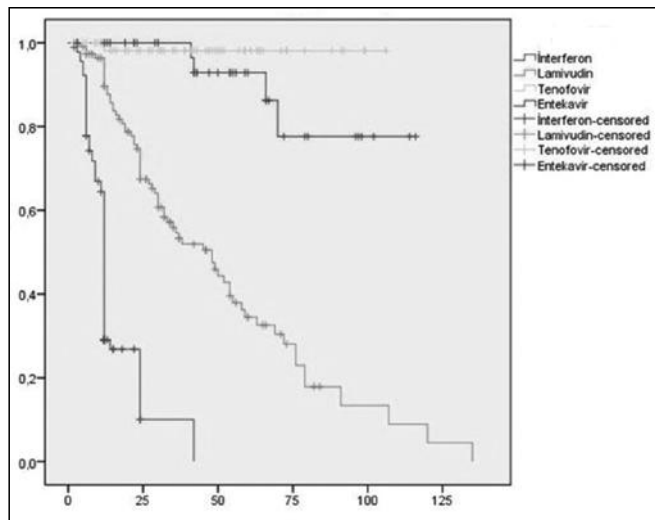
Sonuç: Antiviral tedavisi alan kronik hepatit B tanılı hastaların, 48. ay tedavi sonrası etkin virolojik, serolojik, biyokimyasal ve histolojik yanıt sağlanmıştır. Çalışmaya dahil edilen hasta sayısının azlığı göz önüne alındığında daha uzun süreli, çok merkezli ve daha çok sayıda vaka içeren randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hepatit B, Serokonversiyon, Siroz, Hepatoselüler kanser

Anti-Viral Tedavi Rejimleri



Şekil 1. Kaplan-Meier Analizinde Tedavi Rejimlerin Relaps açısından Karşılaştırılması



Şekil 2. Tedavi Süresi (ay) / Virolojik Yanıt

Tablo 1. Yıllara göre Anti-Viral Tedavi Etkinliği					
	12. ay	24. ay	36. ay	48. ay	p değeri*
HBV DNA (log ₁₀ IU/mL), ortalama+s. sapma	2.411±0.139	1.613±0.119	1.316±0.105	0.957±0.088	<0.001
HBV DNA Negativite (PCR), kümülatif(%)	%33.9	%62.6	%74.6	%81.1	<0.001
Biyokimyasal Yanıt, kümülatif(%)	%62.3	%79.9	%84.8	%86.1	<0.001
HBeAg Serokonversiyonu, n(%)	%11.0	%24.0	%26.0	%28.8	<0.001
HBsAg Serokonversiyonu, n(%)	%1.5	%3.1	%3.6	%3.6	<0.001

Yıllara göre (12. ay, 24. ay, 36. ay, ve 48. ay sonu) Virolojik, Serolojik ve Biyokimyasal Yanıt Karşılaştırılması * Tekrarlı ölçümler ANOVA testi

Tablo 2. Anti-Viral Tedavilere karşı gelişen Relaps ve Nedenleri

	Tedaviye Direnç	Tedavi Uyumsuzluğu	Süper Enfeksiyon	Toplam
İnterferon	74	18	9	101
Lamivudin	72	13	1	86
Tenofovir	0	1	0	1
Entekavir	3	2	0	5
Telbivudin	3	2	0	5
Toplam	152	36	10	198

Abstract:0024

HİPERTRİGLİSERİDEMİ VE AKUT PANKREATİT İLİŞKİSİ

Atakan Topçu¹, Zeynep Alaca¹, Dilek Gogas Yavuz²¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Trigliserid yüksekliği, akut non-biliyer pankreatitin önemli ancak sıklıkla göz ardı edilen nedenleri arasındadır. Bu çalışmada kliniğimize başvuran olguların hipertrigliseridemi ve akut pankreatit (AP) atağı geçirme ilişkisinin, klinik ve laboratuvar bulguları ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Endokrinoloji kliniğimizde 2009-2016 yılları arasında hipertrigliseridemi tanısıyla takipli 23 hastadan AP geçiren 10 hastanın ve AP tanısı almamış 13 hastanın klinik ve laboratuvar sonuçları hastane kayıtları üzerinden retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya 12 kadın (%52,2), 11 erkek (%47,8) toplam 23 hipertrigliseridemi hastası (yaş ort=44,4±12,3; yaş dağılımı=24-69) dahil edilmiştir. Hastalardan 10' unda (%43,4) trigliserid düzeyinin 1000 mg/dl üzerine çıktığı saptanmıştır (ort=1614,3±1410,5; min=170/ maks=4510). Hipertrigliseridemi tanısıyla takip edilen ve araştırmaya dahil edilen 10 kişiye (%43,4) ilerleyen zamanlarda AP tanısı koyulduğu belirlenmiştir. AP tanısı koyulan 10 vaka ve AP olmayan 13 hastanın AP olmadan önceki dönemde ölçülen trigliserid değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,620). AP atağı esnasında 7 kişinin (%70) trigliserid ölçümü yapılmış, tamamının hipertrigliseridemi olduğu bulunmuştur. Bunlardan 4 vakada (%57,1) trigliserid düzeyinin 1000 mg/dl üzerine çıktığı saptanmıştır (ort=1808,1±1910; min=371/ maks=6000). Ayrıca AP vakalarının atak esnasında ölçülen trigliserid sonuçları ortalamasının, AP atağı geçirmeden önceki dönemde elde edilen trigliserid ölçüm ortalamalarından yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak trigliserid ölçüm sonuçlarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=1,000). Kayıtlarda, AP atak döneminde trigliserid ölçümü yapılmış olan 7 AP vakasının belirli dönemlerde hiperlipidemi tedavisi aldığı görülmüş ancak 1 vakada trigliserid düzeylerinde düşüş sağlanmıştır. Plazmaferez yapılan 3 AP hastasının AP sırasında ve sonrasında amilaz, lipaz ve trigliserid değerlerinde kısmi düşüşler olmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,109).

Sonuç: Bu çalışmada, hipertrigliseridemi ile AP ilişkisi, vaka serisi üzerinden değerlendirilmeye çalışılmıştır. AP öncesi ve sonrası ölçülen trigliserid ve lipit değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmaya dahil edilen kişi sayısının az olması bu duruma yol açmış olabileceği gibi; klinik pratikte laboratuvar sonuçlarının vakalara göre farklılık gösterebileceği ve her zaman kesin tanıya götürmeyeceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Ahahtar Kelimeler: Hipertrigliseridemi, Akut Pankreatit, Atak

Tablo 1. Akut Pankreatit gelişen ve gelişmeyen olgularda laboratuvar sonuçları

	A.P.gelişen	A.P.gelişmeyen	p değeri
Glukoz	120±52 (72-247)	150±74 (91-287)	0,368*
HbA1c	6,6±1,2 (5,0-8,7)	6,6±2,3 (4,9-13,1)	0,499*
Total kolesterol	339±130 (120-422)	444±342 (115-1312)	0,951*
Trigliserid	147±1366 (170-4260)	171±1490 (456-4510)	0,629*
HDL	63±80 (16-287)	81±112 (11-438)	0,642*
Lipoprotein A	0,92±0,01 (0,01-0,03)	0,49±0,56 (0,01-1,5)	0,118*
Apo A	1,1±0,1 (1,0-1,3)	1,18±0,38 (0,74-1,8)	0,879*
Apo B	0,2±0,2 (1,0-1,5)	1,44±0,45 (0,6-2,0)	0,275*
Amilaz	51,5±28,3 (12-106)	44,0±25,1 (15-95)	0,548*
Üreaz	24,7±25,1 (6-74)	34,2±16,7 (13-71)	0,251*
ALP	35,5±20,3 (8-69)	34,9-23,9 (13-84)	0,710*
AST	44,3±30,4 (20-114)	35,5±17,2 (9-77)	0,515*

*Mann-Whitney U testi

Tablo 2. Özgeçmiş Özellikleri

Özgeçmiş Özellikleri	Sayı	Yüde	
Beden kitle indeksi	Normal (18,5-25,0 kg/m ²)	7	31,1
	Yüksek (≥25)	16	68,9
Safra taşı	Var	2	8,7
	Yok	21	91,3
Diyabet	Var	12	52,2
	Yok	11	47,8
Alkol	Var	1	4,3
	Yok	22	95,7
Hipertansiyon	Var	6	26,1
	Yok	17	73,9
Toplam	23	100,0	

Tablo 3. Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüde	
Cinsiyet	Erkek	11	47,8
	Kadın	12	52,2
Yaş	45 yaş ve altı	11	47,8
	45 yaş üzeri	12	52,2
Toplam	23	100,0	

Abstract:0025**ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA AKCİĞER TUTULUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİNDE TORAKS HRCT İLE HASTA ÖLÇEKLİ ANKETLERİN KARŞILAŞTIRILMASI**Atakan Topçu¹, Yasemin Yalçınkaya², Sait Karakurt³, Hakan Mursaloğlu⁴, Ece Albayrak⁵, Nihan Coşkun⁵, Meryem Demir¹, Ediz Dalkılıç⁵, Nevsun İnanç²¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi⁵Uludağ Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Giriş-amaç: Romatoid artrit (RA) seyrinde akciğer tutulumu morbidite ve mortaliteyi etkileyen extra-artiküler tutulumlardan biri olup standart değerlendirme solunum fonksiyon testleri (SFT) ve toraks HRCT ile yapılmaktadır. Bu çalışmada akciğer tutulumu toraks HRCT ve SFT ile değerlendirilen RA hastalarında hasta ölçekli anketlerin saptanan patolojiler ile uyumunun ve bu patolojilerin öngörülmesindeki verimliliğinin (başarısının) değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-yöntem: Son 6 ay içinde kontrol toraks HRCT'si olan 42 RA hastası çalışmaya dahil edildi. Hastalarda demografik veriler, hastalık aktivitesi ölçütleri ve SFT değerlendirilmesine ek olarak solunum semptomlarını değerlendirmek üzere modifiye Borg skalası, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve Leicester öksürük anketi uygulanmıştır.

Bulgular: Hastaların demografik verileri ve klinik özellikleri tablo-1'de özetlenmiştir. Hastaların BT sonuçları değerlendirildiğinde %29 (n=12) interstisyel akciğer hastalığı, %24 (10) havayolu hastalığı, %45 (n=19) nodül, %19 (n=8) amfizem, %24 (n=10) atelektazi, %14 (n=6) bronşektazi, %12 (n=5) mozaik perfüzyon paterni, %10 (n=4) tüberküloz sekeli, %2 (n=1) kardiyomegali ve plevra sıvısı saptandı. HRCT'de alveolit ve fibrozis şiddeti ve yaygınlığının değerlendirildiği Warrick skoru patolojik bulguları olan 15 hastada (4-28) hesaplandı. Warrick skoru ≥1 olan hastalarda DLCO değerlerinin daha düşük olduğu görüldü (%73±22'e karşın 88±12, p=0,019). HRCT ve hasta ölçekli anketlerin sonuçları tablo-2'de özetlenmiştir. Hasta ölçekli anketler ile kullanılan tedaviler, Warrick skorları, pulmoner arter çapı ve parenkimal/vasküler lezyonlar arasında bir ilişki saptanmadı. Herhangi bir parenkimal lezyon varlığı ile SF-36 total skorunun sınırdaki ilişkili olduğu görüldü (p=0,048).

Tartışma ve sonuç: Bu çalışmada RA hastalarında toraks HRCT bulguları ile dispne, kronik öksürük ve yaşam kalitesine yönelik modifiye borg skalası, Leicester öksürük anketi ve SF-36 anketleri arasındaki uyum değerlendirilmiştir. Alveolit ve/veya fibrozis varlığı DLCO ile ilişkili bulunmuştur. Hasta ölçekli anketler ile toraks HRCT bulguları arasında, parenkimal lezyon varlığı ile SF36 arasında saptadığımız ilişki dışında diğer anketlerle anlamlılığa ulaşan bir ilişki saptanmamıştır. HRCT bulguları ile hasta ölçekli anketlerin uyumuna dair daha fazla veriye ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Akciğer tutulumu, Anketler

Tablo 1. RA hastalarının demografik ve klinik özellikleri

	n=42
Yaş	59±9
Cinsiyet (K/E)	32/10
Sigara (%)	12 (29%)
RF(+)	31 (74%)
AntiCCP(+)	27 (64%)
DAS28-ESR	3.1 ±1.0
Kortikosteroid kullanımı	28 (67%)
DMARD	
MTX	15 (36%)
LEF	19 (45%)
BiyolojikDMARD	
ADA	5 (12%)
IFX	9 (21%)
ETA	10 (24%)
ABA	13 (31%)
TOCI	2 (5%)
TOFA	2 (5%)
RTX	20 (50%)

Tablo 2. RA hastalarında toraks HRCT bulguları ve hasta ölçekli anket değerlendirmeleri

Warrick Skoru (n=15)	
- alveolit	2,6±1,2
- fibrozis	12±6,3
- total	15±7
Leicester Öksürük Anketi	18±4
total skoru (n=42)	
Modifiye Borg Skalası	1,8±2,1
SF-36	53±17

Abstract:0041

METASTATİK TİROİD KANSERLERİNDE BOYUN LENF NODU VE UZAK ORGAN METASTAZLARI ARASINDAKİ KLİNİK VE BİYOKİMYASAL FARKLAR

Sultan Gözde Yıldızhan Temiz¹, Dilek Gogas Yavuz², Eren İmre²¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Bilim Dalı

Amaç: Bu çalışmanın amacı Marmara Üniversitesi Endokrinoloji bilim dalında takip edilen metastatik iyi diferansiyeli tiroid kanserlerinde boyun lenf nodu ve uzak organ metastazı arasındaki klinik ve biyokimyasal farkları retrospektif olarak değerlendirmektir.

Yöntem: Metastatik iyi diferansiyeli tiroid kanseri hastasında cinsiyet, yaş, tiroid kanseri tipi, TSH, sT4 değerleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

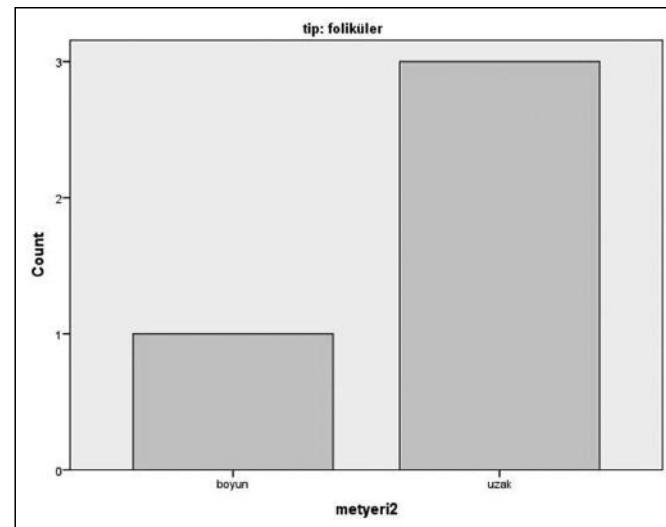
Bulgular: 39 hastadan %71,8 i (28 kişi) kadın, %28,2 si (11 kişi) erkekti. %89,7 si (35 kişi) papiller tiroid kanseri, %10,3 ü (4 kişi) foliküler tiroid kanseriydi. %79,5 (31 kişi) unda boyun lenf nodu metastazı ve %20,5 unda (8 kişi) uzak organ metastazı mevcuttu. Papiller tip tiroid kanseri hastalarının %85,7 (30 kişi) sinde boyun lenf nodu metastazı, %14,3 (5 kişi) ünde uzak organ metastazı

mevcutken; 4 foliküler tip tiroid kanseri hastasından %25 (1 kişi) inde boyun lenf nodu metastazı, %75 (3 kişi) inde uzak organ metastazı mevcut idi. Boyun lenf nodu metastazı hastalarının %77,4 (24 kişi) ü kadın, %22,6 (7 kişi) sı erkek iken; uzak organ metastazı olan 8 kişiden %50 si kadın % 50 si erkekti. Biyokimyasal parametrelere bakıldığında ortalama TSH düzeyinin:14,19 olduğu görüldü. Boyun lenf nodu metastazı olanlarda ortalama TSH:17,75 iken uzak organ metastazı olanlarda ortalama TSH:0,847 olduğu görüldü. Ortalama T4 düzeyinin ise:4,61 olduğu görüldü. Boyun lenf nodu metastazı olanlarda ortalama sT4:1,35 iken uzak organ metastazı olanlarda ortalama sT4:16,85 idi.

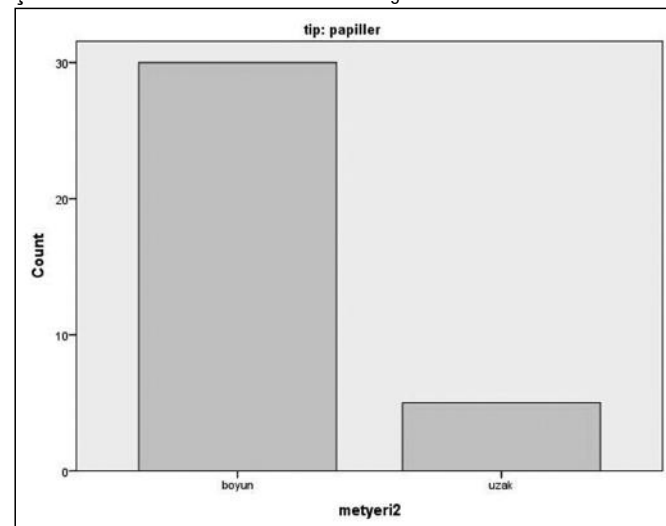
Kısıtlılıklar: Verilerin çoğunlukla postop dönemde olduğu da göz önüne alınırsa uzak organ metastazı olanlarda daha düşük TSH ve daha yüksek sT4 değerleri olması bu hastaların yüksek riskli grup olarak değerlendirilip postop dönemde hormon baskılama rejimlerinde daha yüksek levotiroksin hormonu ile tedavi edilmelerinden kaynaklanabilir.

Sonuç: Bu verilere göre papiller tip tiroid kanserlerinde boyun lenf nodu metastazı daha sık görülürken foliküler tip tiroid kanserlerinde uzak organ metastazı daha sık görülmektedir. Ayrıca metastatik papiller tiroid kanserlerinde kadın hakimiyeti mevcutken metastatik foliküler tiroid kanserlerinde kadın ve erkek oranı eşit idi.

Anahtar Kelimeler: Tiroid, kanser, papiller, foliküler, TSH



Şekil 1. Foliküler tiroid kanserinde metastaz dağılımı



Şekil 2. Papiller tiroid kanserinde metastaz dağılımı

Tablo 1. Tiroid Kanseri Tipine Göre Metastaz Yerlerinin Dağılımı				
		Boyun Ln	Uzak Organ	Toplam
Papiller	Sayı	30	5	35
	Tipe Göre Yüzde	85,70	14,30	100,00
	Metastaz Yerine Göre Yüzde	96,80	62,50	89,70
	Toplam Yüzde	76,90	12,80	89,70
Foliküler	Sayı	1	3	4
	Tipe Göre Yüzde	25,00	75,00	100,00
	Metastaz Yerine Göre Yüzde	3,20	37,50	10,30
	Toplam Yüzde	2,60	7,70	10,30
Toplam	Sayı	31	8	39
	Tipe Göre Yüzde	79,50	20,50	100,00
	Metastaz Yerine Göre Yüzde	100,00	100,00	100,00
	Toplam Yüzde	79,50	20,50	100,00

Abstract:0051**BUDD-CHIARI SENDROMU VE PORTAL VEN TROMBOZUNDA NADİR BİR RİSK FAKTÖRÜ: PAROKSİSMAL NOKTURNAL HEMOGLOBİNÜRİ**

İlknur Deliktaş, Aslıhan Sezgin, Işık Atagündüz, Ayşe Tülin Tuğlular, Tayfur Toptaş

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Paroksizmal nokturnal hemoglobinüri (PNH) fosfatidil inositol glikan (PIG-A) geninde gelişen somatik mutasyon sonucu oluşan klonal bir kök hücre bozukluğudur. Mutasyon (GPI) ve bağlı proteinlerin defektine yol açar (1).PNH ile ilişkili intraabdominal tromboza yönelik veri sınırlı olmakla birlikte vakaların tromboz ile prezentasyon sıklığının %15-20 arasında olduğu bildirilmektedir (2,3).

Materyal ve Metotlar: Görüntüleme yöntemi ile portal ven trombozu ve Budd-Chiari sendromu (BCS) saptanan önceden PNH tanısı olmayan hastalar retrospektif olarak incelendi. Akım sitometri ile hastalarda trombofil risk faktörleri olarak PNH klonu insidansına bakıldı.

Bulgular: Portal ven trombozu ve BCS saptanan 100 hasta çalışmaya dahil edildi. Elli dört (%54) hastada nonsirotik, 46 (%46) hastada siroz zeminde tromboz saptandı.Sirotik hastalarda PNH klonu saptanmazken, PNH klonu bakılan 46 nonsirotik portal ven trombozu hastasında 3 (%6.5) hastada PNH klonu varlığı (%0.4, %3 ve %97) saptandı. Taranan diğer trombofil risk faktörleri incelendiğinde siroz hastalarında bir hastada faktör V leiden homozigot saptanırken nonsirotik portal ven trombozu hastalarında birer hastada protein C eksikliği, homozigot faktör V leiden mutasyonu, 2 hastada antifosfolipid sendromu ve 4 hastada JAK 2 mutasyonu pozitifliği izlendi.

Sonuç: İntraabdominal trombozda alta yatan faktörü saptamak terapötik ve prognostik açıdan önem taşımaktadır. PNH tanısı konulması ise antikoagulan tedaviye ek olarak alta yatan hastalığın da tedavisini gerektirir. Hastalarda ilk tromboz sıklıkla portal ve hepatic ven gibi intrabdominal venlerde olmaktadır. Daha önce splanknik ven trombozu olan 202 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada %1 oranında PNH klonu saptanırken intraabdominal ven trombozu olan 143 hasta ve 106 kontrol üzerinde yapılan bir diğer çalışmada %1.4 oranında klon varlığı bildirilmiş, kontrol grubunda PNH klonu

saptanmamıştır (10,11). Analizimizde üç vakada klon varlığı saptandı, bu vakalardan ikisinde (%4.3) klon >%1 saptandı, bir hastanın portal ven trombozu sonucunda PNH tanısı aldığı gözlemlendi. Etyoloji saptanmayan ve izole tromboz ile başvuran hastalarda özellikle eşlik eden hemoliz ve sitopenilerin varlığında PNH testinin akılda tutulması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: portal ven trombozu, paraoksizmal nokturnal hemoglobinüri, siroz, nonsirotik portal hipertansiyon

Abstract:0081**ENDOSKOPI İŞLEMİ ÖNCESİNDE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gülperi Kazanç, Beyza Ören Bilgin, Birgül Yılmaz, Gülden Zaman, Sevgi Doğan, Yeşim Özen Alahdab

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Amaç: Gastrointestinal sistem endoskopi işlemleri öncesinde hastaların anksiyete düzeyi artmaktadır. İşlem öncesi yüksek anksiyete düzeylerinin varlığı işlem kalitesi ve güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmada gastrointestinal sistem endoskopisi öncesi anksiyete düzeylerinin ve hastalara ait özellikler ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-yöntem: Endoskopik işlem yapılmak üzere Mart - Eylül 2016 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Endoskopi Ünitemize başvuran hastaların anksiyete değerlendirilmesi amacıyla kabul eden hastaların, demografik verileri önceden oluşturulmuş forma kaydedildi. İşlem öncesinde Durumluk-Surekli Kaygı Envanteri (STAI 1-2) uygulandı. Tanımlayıcı değişkenler, frekans, yüzdelik, ortalama, standart sapma ile değerlendirildi. Gruplar arası olcumsal değişkenler nomal dağılıma uyduğunda t-testi ve varyans analizi (ANOVA) karşılaştırıldı. Olcek puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon testi kullanıldı. p<0.05 istatistik anlamlılık sınırı olarak belirlendi.

Bulgular: Hastaların genel özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Çalışmaya alınan 230 kişiden 26 sı anketi hic doldurmamış veya eksik doldurduğu için çalışmaya alınmamıştır. İşlem tipi ve işlem öncesi anksiyete skorları karşılaştırılmıştır. Üst gastrointestinal endoskopi ve total kolonoskopi işlemi diğer işlemlere göre anlamlı olarak daha yüksek anksiyete oluşturmaktadır (p=0.041). Kişilerin bazal ve işlem öncesi anksiyete skorları istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon icindedir (Pearson correlation: +0.469, P<0.001). Yaş ile işlem öncesi anksiyete skoru ortalamaları anlamlı negatif korelasyon icindedir (Pearson correlation: -0.172, p=0.017). İşleme bağlı anksiyete skor ortalaması kadınlarda anlamlı olarak yüksektir (44.2 vs 38.9, p=0.001).

Sonuç: İşlem öncesindeki anksiyete durumu, hasta güvenliği ve işlem kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle anksiyete düzeyi yüksek olabilecek hasta grupları ve bu hastaların özelliklerini bilmek önem arz etmektedir. Çalışmamıza göre, genc yaş, kadın hastalarda işlem öncesi anksiyete durumu anlamlı olarak yüksektir. Yapılacak işlem sayısının fazla olması da hastaların anksiyete düzeyini artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Endoskopi, anksiyete, anksiyete envanteri

Tablo 1. Hastaların genel özellikleri	
Demografik Özellikler	N=204
Yaş, yıl, mean±	49 (±14) min:18 max:80
Cinsiyet, kadın, (%)	116 (%56.9)
Eğitim Durumu	
Eğitimsiz	5(%2,5)
İlkokul	76(%37,3)
Lise	56(%27,5)
Üniversite	18(%8,8)
Meslek	
İşçi	27(%13,2)
Memur	16(%7,8)
Serbest meslek	26(%12,7)
Emekli	38(%18,6)
Ev hanımı	82(%40,2)
Öğrenci	6(%2,9)
İşlem	
GK	93(%45,6)
GK + TK	23(%11,3)
TK	46(%22,5)

GK: Üst gastrointestinal endoskopi TK: Total kolonoskopi

Tablo 2. İşlem tipi ve anksiyete skorlarının karşılaştırılması, varyans analizi (ANOVA)		
İşlem öncesi anksiyete skoru	Ortalama, ±	P
GK	41.5 ± 11.6	0.99
GK+TK	47.7 ± 11.5	0.04
TK	41.4 ± 8.9	0.07

GK: Üst gastrointestinal endoskopi TK: Total kolonoskopi

Abstract:0083

GRAM NEGATİF BAKTEREMİLERDE ANTİBİYOTİK DEĞİŞİMİNE KADAR GEÇEN SÜRENİN RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ

Hüseyin Bilgin, Beyza Ören Bilgin, Volkan Korten

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Giriş-amaç: Giderek artan antibiyotik direncinin karşısında Antibiyotik Yönetim Programları (AYP) önem kazanmıştır. AYP'lerde sık kullanılan bir yöntem, başlanmış antibiyoterapiyi belirlenmiş bir süre sonra gözden geçirmek, gerekiyorsa değiştirmek veya kesmektir. Marmara Üniversitesi Hastanesi'nde Antibiyotik Yönetim Programının hedeflerinden biri olan de-eskelasyona kadar geçen sürenin ve tedavi sürelerinin kısaltılmasına temel teşkil etmek amacı ile geriye dönük bir çalışma planlandı. Çalışmamızda gramnegatif infeksiyonlarda; (1) empirik tedavinin uygunluğunun değerlendirilmesi, (2) kültür sonuçlarına göre antibiyotik değişim fırsatlarının ve bu değişime kadar geçen sürenin hesaplanması amaçlanmıştır.

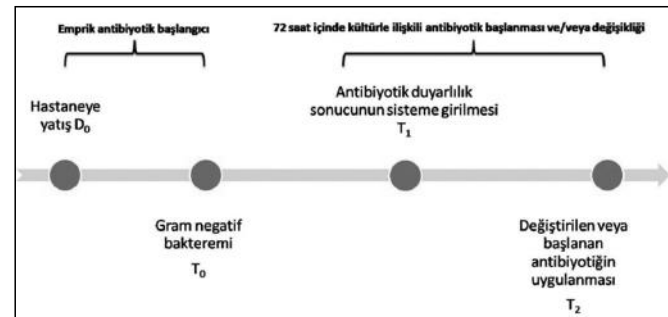
Yöntem: Ekim 2014-Ocak 2015 yılları arasında Marmara Üniversitesi Pendik EAH'de acil servis dışı servislere izlenen ve gram negatif bakteremi tespit edilen 18 yaştan büyük hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri,

antibiyotik kullanımları, başlama ve bitiş tarih ve saatleri kayıt edildi. Antibiyotik duyarlılık sonuçlarının sisteme girişi ile antibiyotiğin hastanın damar yoluna verilmesine kadar geçen süre uygun antibiyotiğe veya modifikasyona kadar geçen süre olarak hesaplandı (t_2-t_1) (Şekil-1). Uygun antibiyotik tedavisi; izole edilen patojenin, intravenöz uygulanan antibiyotiklerden en az birine in-vitro duyarlı, duyarlı ve verilen dozun yeterli olması şeklinde tanımlandı. Antibiyotik modifikasyon fırsatı antibiyotik duyarlılık testinden sonraki ilk 72. saatte değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 56 hasta dahil edildi. Ortalama yaş 55.6 ± 15.6 ve hastaların %72.2'si erkek idi. Kan kültürü alındıktan sonra antibiyotik duyarlılık sonucuna kadar geçen süre ortanca 71.8 (IQR, 48-95.8) saat idi. Piperasillin-tazobaktam, sefepim, ertapenem, antipsödomonal karbapenemler ve kolistin hastaların %50'sine başlanmıştı. Hastaların %66'sında başlanan empirik antibiyotik uygun idi. Hastaların %12.5'inde etkene yönelik tedaviye geçildi. Uygun antibiyoterapi alan 37 hastanın 31'inde antibiyotik de-eskelasyon fırsatı doğdu ve 22'sinde de-eskelasyon yapıldı. De-eskelasyon fırsatı olan hastaların %51.9'unda spektrum daraltıldı ve %16.1'inde antibiyotik kesildi. Bu hastalara ait verilerin tedavilerin ayrıntıları Tablo 1'dedir. De-eskelasyona kadar geçen süre ortalama 54.6 ± 13.4 saat idi. Hastaların %59.1'inde değişim ilk 48 saatte yapıldı.

Tartışma ve sonuç: Gereksiz antibiyotik kullanımı azaltmak için antibiyotiklerin, başlandıktan belirlenen bir süre sonra tekrar değerlendirilmesi önerilmektedir. De-eskelasyonun mortalite ve antibiyotik direncine olan etkisi tartışmalıdır. Ancak bu oranların ve sürelerin ölçülmesi antibiyotik yönetim programlarının etkinliğini göstermede önemli bir ölçüt olabilir. Bu retrospektif çalışmada antibiyotik de-eskelasyon fırsatı doğan hastaların ~%40'ında değişim yapılmadığı görülmüştür. Bu pilot çalışma hastanemizde prospektif uygulamalarla önemli oranda hastada antibiyotik kullanımında iyileştirmeyapma olanağının olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Gram negatif bakteremi, antibiyotik direnci, antibiyotik modifikasyonu



Şekil 1. Çalışmanın akışı ve ölçümler

Tablo 1. De-eskelasyon yapılan hastalarda ilk antibiyoterapi (n=22)		
Antibiyotik spektrumu	%	De-eskelasyona kadar geçen süre (saat)
1) Dar spektrum	11.1	40±21.2
2) Geniş spektrum	5.6	23.9±0.005
3) Genişletilmiş spektrum	33.3	56.9±16,21
4) MDR patojenlere yönelik kısıtlama hedefli antibiyotikler	50	58.6±22.6

1) 1. ve 2. kuşak sefalosporinler ve metronidazol;
2) Florokinolonlar, 3. kuşak sefalosporinler, ko-amoksiklov;
3) Piperasillin-tazobaktam, sefepim ve ertapenem;
4) Antipsödomonal karbapenemler ve kolistin

Abstract:0093

TEKİRDAĞ MALKARA İLÇESİ'NDEKİ KAN ALICILARI ARASINDA ABO VE RH KAN GRUPLARININ DAĞILIMI

Yasemin Gül Aydemir

Malkara Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

ABO ve Rh kan grupları dağılımı bölgeler ve ülkeler arasında hatta aynı bölge içerisindeki etnik gruplar arasında bile farklılık göstermektedir. Bölgelerin kan grupları dağılımı hakkında bilgi sahibi olmak, kan transfüzyonuna bağımlı bireylerin ihtiyaçları ve kan merkezi işlemleri için yararlı olacaktır. Aynı zamanda bu konuda yapılan bilimsel çalışmalara da katkı sağlayacaktır. Bu çalışma, Tekirdağ Malkara İlçesindeki kan alıcıları arasında ABO ve Rh kan grupları profilinin belirlenmesi ve literatüre yeni verilerin eklenmesi amacıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: ABO, Rh, kan grupları, Malkara

Tablo 1. Malkara ilçesindeki ABO ve Rh kan gruplarının ortalama sıklığı (%)

	n	%
A Rh +	21	42
A Rh -	0	0
B Rh +	9	18
B Rh -	1	2
AB Rh +	6	12
AB Rh -	1	2
O Rh +	12	24
O Rh -	0	0
Total	50	100

Malkara ilçesindeki olguların %42'sinin kan grubu A Rh (+) iken, %24'ünün O Rh (+), %18'inin B Rh (+), %12'sinin AB Rh (+), %2'sinin B Rh (-) ve %2'sinin AB Rh (-)'tir. 50 kişide hiçbir olguda A Rh (-) ve O Rh(-) olguya rastlanmamıştır.

Tablo 2. Malkara ilçesindeki kan alıcılarının yaşa ve cinsiyete göre dağılımı

	Kadın	n	%
Cinsiyet	Kadın	43	86
	Erkek	7	14
Yaş	18-29	9	18
	30-39	4	8
	40-49	11	22
	50-59	5	10
	60-69	4	8
	70-79	8	16
	80-89	9	18
	total	50	100

Malkara ilçesindeki kan alıcılarının %86'sı kadın, %14'ü erkektir. Yaşları 18 ile 89 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 54.22±21.27 yıldır. Olguların %18'i 18-29 yaş arasında iken, %8'i 30-39 yaş arasında, %22'si 40-49 yaş arasında, %10'u 50-59 yaş arasında, %8'i 60-69 yaş arasında, %16'sı 70-79 yaş arasında ve %18'i 80-89 yaş arasındadır.

Tablo 3. Dünyanın bazı ülkelerindeki ABO kan grubu % dağılım oranları

Bölge	Kaynak	A(%)	O(%)	B(%)	AB(%)
Dünya Geneli	12	41	47	9	3
Amerika	13	37.10	46.70	12.10	4.10
İngiltere	14	41.78	46.63	8.56	3.04
Yunanistan	14	48.19	34.21	12.04	5.56
Bulgaristan	14	39.96	35.80	16.84	7.60

Tablo 4. Türkiye'nin bazı bölgelerindeki ABO ve Rh kan grubu % dağılım oranları

Bölge	Kaynak	A%	O%	B%	AB%	RH+	RH-
Ankara	16	44.62	32.24	15.45	7.69	88.13	11.87
Diyarbakır	17	40.81	33.66	18.53	6.98	89.17	10.82
Eskişehir	22	43.52	31.10	16.84	8.50	86.65	13.35
Gaziantep	21	40.01	35.09	18.10	6.80	90.03	9.17
İstanbul	18	43.44	33.02	15.00	8.54	85.95	14.05
Malatya	23	41.21	37.23	14.99	6.56	89.32	10.68
Rize	20	44.07	44.07	9.26	2.60	83.70	16.30
Şanlıurfa	15	36.38	34.69	21.25	7.68	90.79	9.21
Van	19	43.80	30.80	16.20	9.20	86.80	13.20

Abstract:0114

KRONİK MİYELOİD LÖSEMİ TANILI HASTALARDA HLA ALLEL SIKLIĞI

İşık Kaygusuz Atagündüz¹, Tayfur Toptaş¹, Fatma Geçgel¹, Tuğba Memiş², Filiz Türe Özdemir³, Rabia Deniz², Tayfun Elibol¹, Yıldız İpek¹, Cafer Adıgüzel⁴, Tülin Fıratlı Tuğlular¹

¹Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi, İmmünoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Bahçeşehir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Bağışıklık sisteminin kendinden olan ve olmayanı tanıması için gerekli olan "doku antijenleri"ni kodlayan gen bölgesi, Büyük Doku uyum Kompleksi (MHC) olarak adlandırılır. İlk olarak beyaz kan hücrelerinde gösterilen bu genler, "Human Leukocyte Antigens", HLA bölgesi olarak da adlandırılır. HLA molekülleri, patojenleri ve tümör türevi peptidleri T-hücrelerine sunarak adaptif immün yanıtı başlatır. HLA genlerinin belirli hastalıklar için koruyucu veya yatkınlık oluşturan bir faktör olabileceği varsayılmaktadır.

Kronik Miyeloid Lösemi (KML) klonal miyeloproliferatif bir hastalık olup t(9;22) translokasyonu ile karakterizedir. Bu translokasyon p210 füzyon proteinini kodlayan kimerik bcr-abl geni oluşumu ile sonuçlanır. Bu füzyon proteinleri immün sisteme yabancı olan peptid dizileri içerdiği için hastanın HLA molekülleri tarafından sunulduklarında tümör spesifik sitotoksik T hücre yanıtı oluşturabilirler. Birçok klinik çalışma KML ile belirli HLA allelleri arasında ırklara göre farklılık gösteren bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmalarda belirli HLA allellerinin KML gelişimini önleyici bazılarının ise hastalığın ortaya çıkışında kolaylaştırıcı etkileri olabileceğini ileri sürmektedir. Ancak yapılan meta-analizlere rağmen KML patogenezinde HLA'nın rolü halen tam olarak anlaşılamamıştır. Bu çalışmada hematoloji bölümümüzde takip ettiğimiz KML hastalarında sınıf I ve sınıf II HLA allel sıklığının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-yöntem: Çalışmaya polikliniğimizde KML tanısı ile takip edilmekte olan 170 hasta (%50 kadın) alındı. Kontrol grubu 426 sağlıklı donörlerden (%49,5 kadın) oluşmaktaydı. Hasta ve kontrol gruplarının sınıf I ve sınıf II HLA allel tiplendirmeleri tam kandan, 2010 yılından önce PCR-SSP ve 2010 yılından sonra ise PCR-SSO yöntemleri ile yapıldı.

Bulgular: HLA-A*01, B*52, C*01, DRB1*03 ve DQB1*02 allel sıklığının KML hastalarında kontrol grubu ile karşılaştırıldığında arttığı, HLA-C*16, DRB1*04, DRB1*11 ve DQB1*03 allel sıklığının ise azaldığı izlendi. Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık sınırları değerlendirildiğinde DQB1*03 sıklığındaki azalmanın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda değerlendirilen KML Hastalarında DQB1*03 allel sıklığında azalmanın izlenmesi bu allelin ifadesinin KML gelişiminde koruyucu etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum DQB1*03 ve diğer allellerin ifadesinin tedavi yanıtları ve hastalık seyri üzerine etkilerinin belirlenmesini gerekli kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Miyeloid Lösemi, HLA, MHC, İmatinib

Abstract: 0026

ACIL DAHİLİYE KAN TRANSFÜZYON DENEYİMLERİMİZ

Yasemin Özgür, Seydahmet Akın, Arzu Cennet Işık, Şanver Koç, Nazire Aladağ, Gizem Geçmez, Mehmet Aliustaoglu, Özcan Keskin

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş/Amaç: Kan transfüzyonları aslında bir doku transplan-tasyonudur; olmayanın yerine konulması, etki profili, komplikasyon gelişimi, anafaksi hatta ölüme kadar gidebilen rejeksiyon epizot-ları ile beraber düşünüldüğünde. Klinik pratiğimizi gözden geçirmek amacıyla hastanemizde yapılan kan transfüzyonlarını derlemeyi amaçladık.

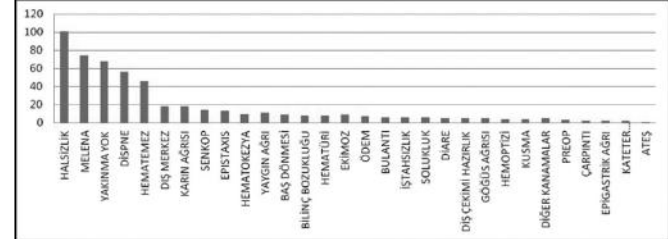
Gereç/yöntem: 23 Eylül-23 Aralık 2015 tarihleri arasında has-tanemiz acil dahiliye servisinde yapılan kan transfüzyonlarını retrospektif olarak hastane bilgi sistemi üzerinden tarandı. Hastanın yaşı, cinsiyeti istenen ve verilen kan miktarı, kan grubu, transfüzyon cinsi, geliş hemogloblin (Hb) ve trombosit (Plt) düzeyleri, başvuru şikayeti, geliş tanısı varsa ek tanıları kaydedildi.

Bulgular: 3 ayda acil dahiliye servisinde toplamda 528 hastaya 1505 adet muhtelif kan ürünleri isteği yapılmış olup 1156 adet transfüzyon (kişibaşı verilen ortalama 2,19 adet) yapıldı. Bankadan istenen kanın hastaya verilme oranı %76'ydı. Hastaların %61,4'i erkek %38,6'i kadındı. Yaşları 16-94 aralığında olup yaş ortalamaları sırasıyla 61,27 ve 60,89'di. hastaların %70'ine eritrosit ürünleri %30'una trombosit ürünleri verilmişti. 307 hastaya eritrosit süspansiyonu (ES), 62 hastaya ışınlanmış eritrosit (IE), 8 hastaya aferez trombosit süspansiyonu (ATS), 7 hastaya ışınlanmış trombosit (IT), 102 hastaya taze donmuş plazma (TDP), 42 hastaya da trombosit süspansiyonu (TS) verildi. Başvuru şikayetlerinde ilk 3 sırada halsizlik (%19), melena (%14), dispne (%10,6) vardı. Ön tanılarda gastrointestinal sistem kanaması (GİS kanama), kronik böbrek hastalığı (KBH), mide kanseri ilk 3 sırada yer alırken tanı sıklığı sıralamasında GİS kanama, KBH, hipertansiyon (HT) yer almaktaydı. Aktif kanamalar (%11) hariç tutulduğunda en sık transfüzyon %19 nefroloji, %14 hematoloji, %14 onkoloji hastalarına yapılmıştır. ES verilen hastaların Hb ortalaması 6,69 g/dl iken; TS verilen hastaların Plt ortalaması 36317 U/L'ydi.

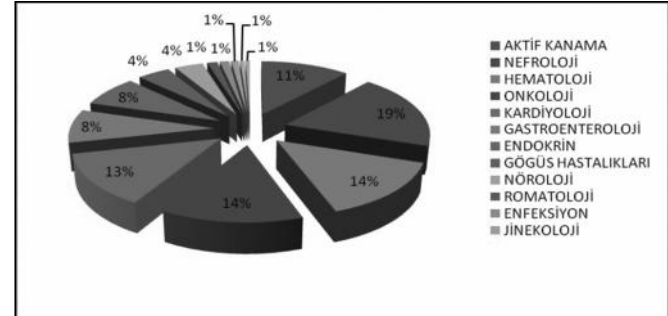
Sonuç/Tartışma: Hastanemiz 3. basamak olması nedeniyle yoğun bir transfüzyon deneyimine sahiptir. Kan ürünleri ihtiyacı en fazla aktif kanama tanısı olanlarda olmuştur. Fakat başvuru şikayetle-rinde ilk sırayı maalesef acil transfüzyon endikasyonu olmayan-elektif şartlarda tedavi edilebilecek-kronik hastalık anemisi göstergesi olan halsizlik almaktadır.

Anahtar Kelimeler: acil kan transfüzyonu, eritrosit, trombosit

BAŞVURU ŞİKAYETLERİ



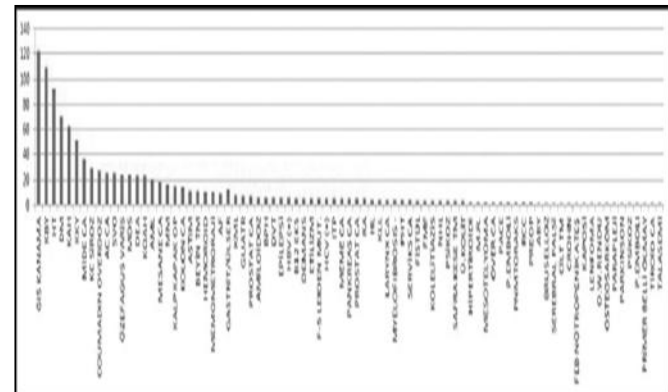
BRANŞ DAĞILIMI



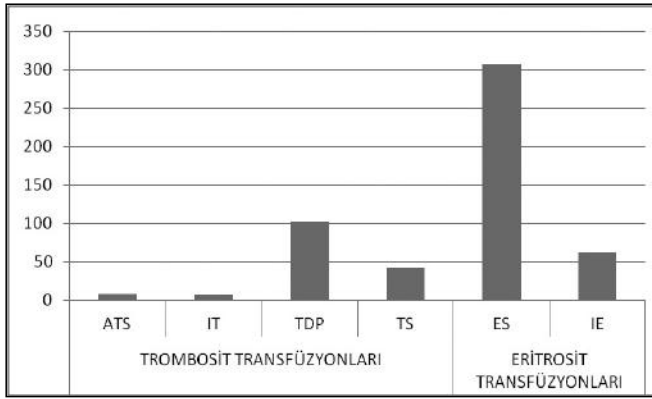
KAN GRUPLARI



TANI SIKLIK SIRALAMASI



TRANSFÜZYON CİNSİ



Abstract: 0062

SAĞLIKLI YETİŞKİN BİREYLERDE ARALIKLI ORUÇ DİYETİNİN SAĞLIKLI BİR ŞEKİLDE AĞIRLIK KAYBINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğçe Tuzgöl

Marmara Üniversitesi, Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Aralıklı oruç diyeti (IF), belirli bir sürede açlığı ve belirli bir sürede besin tüketmeyi içeren bir diyet uygulamasıdır. Bu çalışmada; aralıklı oruç diyeti (Intermittent fasting) ve klasik zayıflama diyetinin; ağırlık kaybı, plazma lipid profili, plazma glikoz düzeyi, vücut yağ oranı ve bel/kalça oranı üzerine etkileri karşılaştırılacaktır.

Çalışmanın amacı, son zamanlarda oldukça tartışılan aralıklı oruç diyetinin klasik zayıflama diyetine göre kıyaslanmasıdır.

Yöntem: aynı özellikleri taşıyan katılımcılar iki gruba ayrılmıştır, 3 hafta süresince diyetler uygulanmıştır. Araştırma başlamadan önce bu bireylere ait geriye dönük kan tahlili sonuçları alınmıştır (Plazma glikoz, LDL, HDL, trigliserit, toplam Kolesterol) ve 3. haftanın sonunda tekrar alınmıştır.

Bulgular: Test sonuçlarına göre vücut ağırlığı farkı, kas kilo farkı, kolesterol farkı, yağ oranı caliper farkı ve bel çevresi farkı istatistiki açıdan anlamlı biçimde aralıklı diyet grubunda, normal diyet grubuna göre daha fazladır denilebilir. Test sonuçlarına göre hesaplanan farklardan kalori ($p=0,034$) ve yağ ($p=0,027$) değişkenlerinde iki grup arasında istatistiki açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Diğer değişkenlerde gruplar arası farka rastlanmamıştır.

Sonuç: Sonuç olarak vücut ağırlığı farkı, kas kilo farkı, kolesterol farkı, yağ oranı caliper farkı ve bel çevresi farkı istatistiki açıdan anlamlı biçimde aralıklı diyet grubunda, normal diyet grubuna göre daha fazladır. Aralıklı oruç diyeti, normal diyete oranla çalışma kapsamında toplanan birçok veride daha anlamlı düşümlere sebebiyet vermiştir sonucuna varılabilir.

Anahtar Kelimeler: . Aralıklı oruç diyeti, diyetinin klasik zayıflama diyeti, Plazma glikoz, LDL, HDL, trigliserit, toplam Kolestero

**OLGU
SUNUMLARI**

Abstract:0003

HEMOPTİZİ İLE PREZENTE OLAN ANTİ-GBM OLGU SUNUMU

Esra Bayar¹, Saadet Akkuş², Kübra Fırıldak², Gizem Türkeş², Seda Beyhan Sağlam², Seydahmet Akın¹, Nazire Başkurt Aladağ¹, Sevda Şener Cömert², Mehmet Aliustaoglu¹, Özcan Keskin¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş: Glomerul bazal membran yapısında bulunan tip 4 kollajen α -3 zincirine karşı oluşan IgG tipi antikorlar nedeniyle ortaya çıkan hızlı glomerulonefrit, bu antikorların pulmoner kapiller bazal membrandak inflamatuvar hasarı sonucu gelişen pulmoner hemoraji beraberliğine Goodpasture Sendromu(GP) denilmektedir. Hemoptizi ile başvuran GP olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: 48 yaşında, kadın hasta, 10 gündür artan dispne, hemoptizi şikayetiyle başvurdu. Hastanın 25 paket/yıl sigara alışkanlığı mevcuttu. Muayenede soluk görünümde, bilateral akciğer bazalinde ses azalmış, bacaklarda ödem mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde; Hb:7.3 g/dl, Hct:%22, sedimentasyon: 38 mm/saat, kre:0.6 mg/dl, üre:21 mg/dl. İdrar tetkikinde hematüri ve proteinüri saptandı. 24 saatlik idrar protein:2382 mg/ 24 saat saptandı.

PA akciğer grafisinde bilateral yaygın heterojen dansite artışı mevcuttu (Resim 1). Toraks bilgisayarlı tomografide bilateral yaygın buzlu cam görünümü izlendi (Resim 2). DLCO alveolar hemoraji ile uyumluydu. (DLadj: 34.7 mL/mmH/min (beklenen: 23.7), DL/AV adj: 8.99 mL/mHg/min/L (beklenen: 5.03) EKO: EF: % 63 normaldi. Bronkoskopide patoloji saptanmadı. PPD: 12 mm (2 BCG skarı mevcuttu) RF, ANA, ANA profili, ANCA, anti fosfolipid antikorlar negatif, koplemanlar normal saptandı.

Hastaya metilprednizolon 1000 mg/gün başlandı.. Hemoptizinin artması, renal fonksiyonların hızla bozulması üzerine plazmaferez tedavisi başlandı. Hemoptizisi gerileyen hastanın böbrek fonksiyonlarının bozulması üzerine hemodiyalize başlandı (Resim 3). Anti GBM antikor pozitif saptanan hastaya siklofosamid 1000 mg/gün başlandı. Tedavilere yanıt alınamayan hastanın hemodiyaliz programına devam edildi.

Tartışma: GP sendromu, patogenezi net bilinmeyen, insidansı milyonda 1/yıl olduğu tahmin edilen nadir hastalıktır. Pulmoner hemoraji %60 görülmektedir. Sigara, hemoraji oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Olgumuzun 25 paket/yıl sigara öyküsü hemoptiziyi tetiklemiş olabilir. Ayırıcı tanıca otoantikorlar, kompleman, ANCA, anti GMB antikorları önemlidir. Olgumuzda anti GBM pozitifliği mevcutken diğer testler negatifti. Glomerulonefrit hızlı seyirlidir, haftalar içinde böbrek yetmezliği gelişebilir. Olgumuzda 2 hafta içinde renal replasman tedavi gereksimi mevcuttu. Nadir görülen hastalık olmasına rağmen GP sendromu pulmoner-renal sendromlarda ayırıcı tanıda yer almalıdır. Hemoptizi ile başvuran ve refrakter böbrek yetmezliği ile seyreden olguyu nadir ve öğretici olması nedeniyle sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: anti-GBM hastalığı, böbrek yetmezliği, Goodpasture Sendromu, hemoptizi, proteinüri,



Resim 1. Alveolar Hemoraji Tedavi Öncesi PA Akciğer Grafisi



Resim 2. Alveolar Hemoraji. Plazmaferez Tedavisi Öncesi Toraks BT



Resim 3. Plazmaferez Tedavisi Sonrası Kontrol PA Akciğer Grafisi

Abstract:0004**HEKZAN ZEHİRLENMESİNE BAĞLI NÖROPATİ:
OLGU SUNUMU**

Yasemin Gül Aydemir

T.C. Sağlık Bakanlığı, Malkara İlçe Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Tekirdağ, Türkiye

Sanayide organik çözücü olarak kullanılan hekzan ve toluen gibi maddelerin inhalasyon yolu ile alınımında zehirlenme tablosu oluşturabildikleri bilinmektedir. Yapıştırıcılar içinde çözücü olarak kullanılan bir hidrokarbon olan hekzan inhalasyon yolu ile alınımında polinöropati tablosu oluşturmaktadır. Bu çalışmada hekzan maruziyeti sonucu periferik nöropatinin geliştiği 37 yaşında bir erkek hasta değerlendirilerek sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hekzan, Zehirlenme, Nöropati

Tablo 1. Laboratuvar bulguları	
Kreatinin	0,95 mg/dL
AST	18 U/L
ALT	20 U/L
Total bilirubin	1 mg/dL
Direkt bilirubin	0,26 mg/dL
Potasyum	4 mmol/L
Klor	105 mmol/L
GGT	29 U/L
Amilaz	85 U/L
Lipaz	28 U/L
Sodyum	136 mmol/L
Üre	26 mg/dL
Kalsiyum	9,2 mg/dL
Glukoz	82 mg/dL
CRP	0,92 mg/L
HGB	15,2 g/dL
MCV	98,4
LÖKOSİT	8420/mm ³
NÖTROFİL	4130/mm ³
TROMBOSİT	227000/mm ³
TROPONİN I A2	0
Başvuru anındaki tetkik sonuçları	

Abstract:0005**TEDAVİYE DİRENÇLİ MİKROSKOPİK POLİANJİTİS
OLGU SUNUMU**Esra Bayar¹, Saadet Akkuş², Kübra Fırıldak², Seda Beyhan Sağlam², Seydahmet Akin¹, Nazire Başkurt Aladağ¹, Sevda Şener Cömert², Mehmet Aliustaoglu¹, Özcan Keskin¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş: Mikroskopik Polianjitis (MPA), küçük damarlarının etkilendiği, çoğunlukla pulmoner kapillerit ve glomerulonefrite yol açan, immün birikimin az olduğu veya olmadığı, non-granulomatöz nekrotizan vaskülitir. Olgumuzda böbrek yetmezliği ve progresif dispne ile başvuran tedaviye dirençli fatal seyreden ANCA pozitif MPA sunuyoruz.

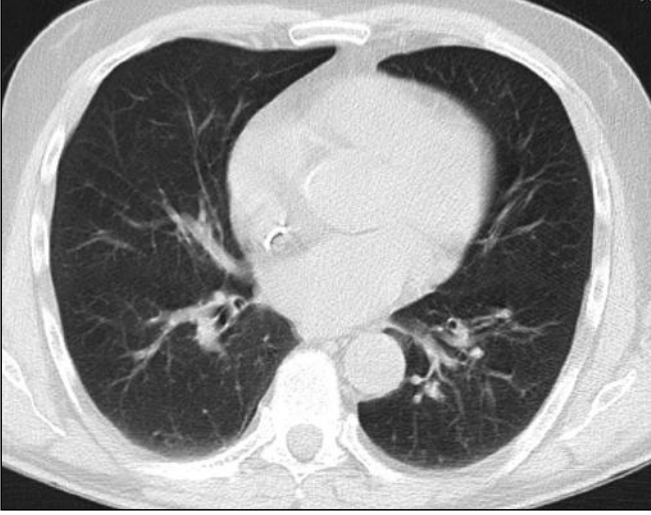
Olgu: 63 yaşında, erkek hasta dispne, halsizlik, kilo kaybı şikayetleriyle başvurdu. 30 paket/yıl sigara alışkanlığı mevcuttu. Muayenede kaşektik görünümde, akciğer bazallerde ral duyuldu. Başka merkezde böbrek fonksiyon bozukluğu nedeni araştırılan hastaya p-ANCA pozitifliği ve renal biyopside kresenterik görünüm saptanması üzerine MPA tanısı konulmuş. O dönemde diğer sistemik tutulum saptanmamış. Hastaya pulse kortikosteroid, plazmaferez, rituximab tedavileri verilmiş, tam renal düzelmeye sağlanamamış.

Laboratuvar tetkikinde: Hb: 10.3 g/dl, WBC: 2500/uL, nötrofil: 2200/uL, platelet: 134.000/uL, kre: 2.28 mg/dl, üre:148 mg/dl, albümin: 1.9 g/dl, idrar tekikinde proteinüri, hematüri saptandı. 24 saatlik idrar proteini: 583 mg/24 saat, arter kan gazında SO₂: %76, pH: 7.56, pCO₂: 31 mmHg, pO₂: 42 mmHg, HCO₃: 29 mmol/L idi. PA akciğer grafisinde yaygın opasite artışı, Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) yaygın buzlu cam dansitesi, akciğer bazallerde fibrotik sekeller mevcuttu (Resim 2, Resim 3). Tanı anındaki toraks BT'de parankimde birkaç milimetrik nodül dışında patolojik bulgu yoktu (Resim 1)

Kliniğimizde hastaya yeni gelişen akciğer tutulumu ve glomerulonefrit nedeni pulse steroid ve siklofosamid tedavisi verildi. Tedavi sonrası oksijen gereksinimi azalan, klinik yanıtı olan hastanın radyolojik yanıtı olmadı (Resim 4). Hasta ilerleyici solunum yetmezliği tablosuyla kaybedildi.

Tartışma: MPA, insidansı 1/100000 olarak bildirilen nadir bir hastalık olup erkeklerde daha sıktır, başlangıcı 60-65 yaşlarında pik yapmaktadır. Yaklaşık %70 olguda p-ANCA pozitifliği vardır. Olgumuzda tüm kriterler mevcuttu. Renopulmoner sendromun en sık nedenidir. İyi sonuçları almada temel unsur erken tanıdır. Olgumuzda olduğu gibi pulmoner tutulum ve glomerulonefritin olduğu şiddetli MPA'da kortikosteroidlerle beraber siklofosamid veya rituximab verilmesi gerekir. Dirençli olgularda plazmaferez denenebilir. Kronik böbrek yetmezliği ve pulmoner tutulum prognozu kötüleştirir. Olguların %30'u mortal seyirlidir. Tedaviye dirençli interstisyel akciğer tutulumunun şiddetli olması nedeniyle olgumuz kaybedildi.

Anahtar Kelimeler: Akciğer fibrozisi, hematüri, mikroskopik polianjitis, p-ANCA, reno-pulmoner sendrom



Resim 1. Hastanın tutulum göstermeyen ilk toraks BTsi



Resim 2. Başvuru anında tutulum gösteren ilk PA akciğer grafisi



Resim 3. Başvuru anındaki tutulum gösteren ilk Toraks BT



Resim 4. Tedaviye yanıtız ve Progresyon gösteren PA akciğer grafisi

Abstract:0006

HİPERFERRİTİNEMİ-KATARAKT SENDROMU:OLGU SUNUMU

Nurdañ Şentürk Durmuş¹, Aslıhan Sezgin², Toluy Özgümüş², Fatma Geçgel², Tayfur Toptaş², Işık Kaygusuz², Tülin Fırat Tuğlular²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Ferritin multimerik yapıda olan ağır (H) ve hafif (L) altbirimleri içerir, kromozom 11 ve 19'da kodlanır. Hiperferritinemi-katarakt sendromu; 1995 yılında ilk olarak iki İtalyan ailede tanımlanmış otozomal dominant geçişli, ilateral kongenital katarakt ve belirgin ferritin yüksekliği (>1000 µg/dL) ile karakterizedir. Hiperferritinemi aşırı demir birikimi ile ilişkili değildir, L-subunit artışa bağlıdır. OD geçişi olması, normal ya da düşük demir ve transferrin saturasyonu olması, karaciğer ve kemik iliği biyopsisinde demir birikimi olmaması ile hemakromatozisten ayrılabilir. Katarakt gelişiminde; aktif ferritin sentezine bağlı lenste gelişen oksidatif hasar sebebiyle oluşur.

Olgu sunumu: 24 yaşında kadın, katarakt nedeniyle operasyon öyküsü olan hasta 2 yıl önce halsizlik şikayeti ile gittiği merkezde bakılan tetkiklerde mikrositer anemi (hgb: 8,4 mcv:69) ve ferritin değeri yüksek (2000 ng/mL) saptanmış. Bakılan Hgb elektroforezinde HbA: %98, HbA2: %1,7 olarak ölçülmüş. Yapılan tüm batın ultrasonografisinde karaciğer ve dalak boyutları ve parenkim normal değerlendirilmiş.

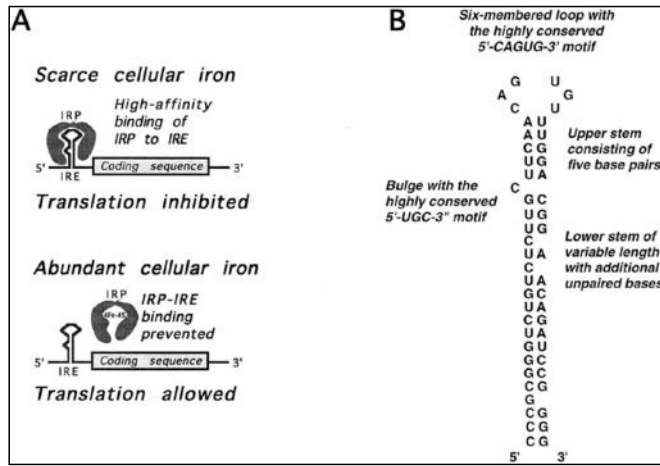
1,5 yıl önce dış merkezden ferritin yüksekliği nedeniyle tarafımıza yönlendirilen hastanın poliklinik sorgulamasında halsizlik dışında bir şikayeti yoktu. Hastanın ailesinde katarakt, talasemi ya da hematolojik hastalık öyküsü yok. Fizik muayenede organomegali ve lenfadenopati saptanmadı. Tetkiklerde hgb 8,7 g/dL mcv 67,2 fL, direkt ve indirekt coombs negatif, haptoglobulin normal (1,08 g/L), LDH 167 U/L, retikulosit yüzdesi normal (%0,3), Demir 19,2 µg/dL, TDBK 454 µg/dL, transferrin saturasyonu %4, ferritin düzeyi 1538 ng/mL, vitamin B12 383 pg/mL, folik asit 7,55 ng/mL, sedimentasyonu 17 mm/saat, crp <3,44 mg/L, olarak ölçüldü. ANA testi negatif olarak saptandı. Periferik yaymada eritrositler anizokromi ve hafif anizositoz dışında özellik yok. Alfa gen mutasyon tetkiki normal

olarak geldi. Hastada PNH klonu saptanmadı. Yapılan kemik iliği biyopsisinde depo demirinde azalma görüldü. Karaciğer enzim tetkikleri normal, batın USG normal, Hemokromatozis gen mutasyon testi negatif olarak sonuçlandı. Hasta Mayıs 2015 e kadar kliniğimizde takip edilmiştir.

Tartışma: Hiperferritenemi birçok hastalıkta bulunabilen bir laboratuvar bulgusudur. Herediter hemokromatozis, maligniteler, sistemik enfeksiyon ve inflamasyonlarda olabilir. Hiperferritenemi olan kişilerde herediter hemokromatozis ile hiperferritenemi-katarakt sendromunun ayırımı yapmak; hastanın gereksiz karaciğer biyopsisi olması ve gereksiz flebotomi nedeniyle oluşacak demir eksikliği anemisini engeller. Kesin tanı için genetik olarak mutasyonun gösterilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: hiperferritenemi- katarakt sendromu, hiperferritenemi, ferritin yüksekliği

Ferritin Sentezinin Translokasyonel Düzenlenmesi



Tablo 1. Hastanın laboratuvar değerleri

Tarih	Ferritin	Demir	TDBK	Transferrin saturasyonu (%)	Hemoglobin düzeyi
Haziran 2014	1202	25	433	5	8,7
Temmuz 2014	1538	19	454	4	8,8
Kasım 2014	1225	9,1	314	2	8,6
Ocak 2015	1249	12,8	519	2	7,9
Mart 2015	1314	72,4	538	13	9,1
Mayıs 2015	1016	148	391	40	10

Hasta poliklinik takiplerine Mayıs 2015 sonrası devam etmediği için güncel değerleri bulunmamaktadır.

Abstract:0007

PARATİROİD ADENOMUNA SEKONDER PANKREATİT: OLGU SUNUMU

Nurdan Şentürk Durmuş¹, Umud Emre Aykut², Yusuf Yılmaz²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Pankreatit; pankreas dokusunun inflamasyonu ile oluşan bir durumdur. Klinik olarak akut başlayan epigastrik ağrı şeklinde kendini göstermektedir. Laboratuvar bulgusu olarak amilaz ve lipaz yüksekliği en sık görülen bulgudur. Batın tomografisinde akut intersitital

pankreas ödematöz görünümü görülmektedir. Akut pankreatit teşhisi için yukarıda bahsedilen bulguların ikisinin olması gerekmektedir.

Pankreatit etyolojisine bakıldığında en sık sebep safra kesesi taşlarıdır. 2. sırada alkol yer almaktadır. Diğer nedenler ise sigara, hipertrigliseridemi, ercp sonrası, ilaçlar, enfeksiyonlar, travma, pankreatik divisum, pankreas kanseri, vasküler hastalıklar, gebelik yer almaktadır. Nadiren hiperkalsemi pankreatite neden olmaktadır. Hiperkalseminin en sık sebebi; hiperparatiroididir. Büyük bir olgu serisinde hiperparatiroidiye sekonder pankreatit sayısı 1153 hastada 17 (%1,5) olarak bulunmuştur. Bu olgu sunumunda hiperparatiroidiye sekonder pankreatit olan bir hastamızı sunacağız.

Olgu: 51 yaşında, kadın, HT tanısı olan hasta Mayıs 2017 de hastanemiz acil servisine 1 haftadır aralıklı olan kuşak tarzında karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Muayenede batında yaygın hassasiyet vardı. Laboratuvar bulgularında lökosit sayısı 15800 / μ L (nötrofil hakimiyetinde), AST 359 U/L, ALT 358 U/L, ALP 318 U/L, GGT 600 U/L, amilaz 3377 U/L, lipaz 4529 U/L olarak saptandı. Batın tomografisinde safra kesesinde 18 mm taş olup koledok 6 mm olarak ölçülmüştür. Pankreas boyutlarında artış ve konturlarında düzleşme ve ödemli görünümüdür. Hastada ön planda safra taşına sekonder pankreatit düşünüldü. MR kolanjiyografide safra kesesinde taşlar izlenmiş olup koledok 7 mm olarak ölçülmüştür. Oralı alımı kapatılıp iv hidrasyon ile takip edilen hastanın takiplerinde kalsiyum değeri 13,1 mg/dl olarak saptandı. Hidrasyon tedavisine furosemid eklendi. Bu tedaviye rağmen kalsiyum değeri 15 mg/dl yükselen hasta nefroloji bilim dalına danışıldı. Mevcut tedavisine 4 mg zolendronik asit eklenmesi önerildi. Etiyolojiye yönelik gönderilen parathormon 551,9 pg/ml olarak geldi. Paratiroid ultrasonda "Sol tiroid lobu posteroinferiorunda düzgün sınırlı 14x15 mm boyutlarında tiroid parankimi ile eş ekojenitede ayrı lezyon" görüldü. Hastanın kliniği ve laboratuvarı birlikte değerlendirilince ön planda bu görünüm paratiroid adenomu lehine yorumlandı. Gastroenteroloji ve endokrinoloji bölümleri tarafından değerlendirilen hastanın pankreatit etyolojisinde ön planda hiperparatiroidi düşünüldü. Paratiroid sintigrafisinde "paratiroid adenomu ile uyumlu olarak değerlendirilen, yaklaşık 1,5 cm çapında nodüler lezyon" görüldü. Paratiroid adenomu saptanan olgu paratiroidektomi planlanması açısından KBB bölümüne devredildi.

Sonuç: Nadiren de olsa pankreatit etyolojisinde hiperkalsemi ile hiperparatiroidi aklımızda bulunması gereken hastalıklarındandır.

Anahtar Kelimeler: pankreatit, hiperkalsemi, paratiroid adenomu

Abstract:0008

EKSTAZİ VE KARACİĞER NAKLİ

Nurdan Şentürk Durmuş¹, Feyza Gündüz², Ender Dulundu³

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Ekstazi (metilenedioksümetamfetamin (MDMA)), sentetik bir amfetamin türevidir. Ekstaziye bağlı birçok yan etki bildirilmesine rağmen karaciğer yetmezliği yapması nadir görülen bir yan etkisidir.

Olgu: 33 yaşında bilinen bir hastalığı olmayan erkek hasta 1,5 aydır olan epigastrik bölgede ağrı ve bulantı kusma şikayetlerine sarılık şikayeti eklenmesi üzerine gastroenteroloji polikliniğine başvurdu. Hastanın sorgulamasında 12 yaşındayken sarılık geçirme öyküsü, 1 yıldır bitkisel ilaç ve son 5-6 aydır madde kullanımı (ektazi) mevcut. Hastanın bakılan tetkiklerinde AST: 940 U/L, ALT: 1114 U/L, ALP: 313 U/L, GGT: 129 U/L, TOTAL BİLİRUBİN: 33,87 mg/dl, DİREKT BİLİRUBİN: 15,58 mg/dl, INR: 2,98 olarak saptanan hasta ciddi hepatit tanısı ile dahiliye servisine yatırıldı.

Hastaya N-ASETİLSİSTEİN infüzyonu başlandı. Geçirilmiş hepatit dışında viral serolojide özellik olmayan hastanın otoimmün hepatiti açısından bakılan tetkikleri negatif olarak sonuçlandı. Hepatotrofik virüslerle ilgili bakılan tetkiklerinde bir özellik görülmedi. Ferritin değeri: 600 ng/ml, seruloplazmin:0,18 g/l olarak ölçüldü. Batın görüntülemesinde periportal ödem ve karaciğer parankiminde yamalı kontrastlanma gözlemlendi, akut hepatit ile uyumlu olarak yorumlandı. Toksik hepatite sekonder akut karaciğer yetmezliği ile takip edilen hastanın bilirubin değerlerinde progresif artış olması, protrombin zamanında uzama olması, ensefalopati gelişmesi ve Meld: 33 olarak hesaplanması üzerine nakil hazırlıkları başlanıp, acil nakil çağrısı yapıldı. Ensefalopatisi derinleşen hastaya karaciğer nakli yapıldı. Hastanın nakil sonrası takiplerinde bilirubin değerleri ve INR değeri normal düzeylere geriledi.

Tartışma: genç hastalarda akut karaciğer yetmezliğinde ekstazi hatırlanması gereken bir sebeptir. Karaciğer yetmezliğine sebep olma mekanizması halen bilinmemektedir.

Anahtar Kelimeler: ekstazi, karaciğer yetmezliği, karaciğer nakli

Abstract:0009

AKUT METFORMİN İNTOKSİKASYONU

Nurdan Şentürk Durmuş¹, Başar Aykent², Semiha Emel Eryüksel³, İzzet Hakkı Arıkan²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Metformin, biguanid ailesinden olan oral yoldan kullanılan, plazma glukoz düzeyini azaltan bir anti-diyabetik ilaçtır, nadiren hipoglisemiye neden olur. Tip DM hastalarında insülin hassasiyetini düzeltir ve insülin direncini azaltır. Laktik asidoz, metformin kullanan kişilerde nadir görülen ama ciddi sorunlara sebep olan bir yan etkidir. Tip 2 DM tedavisi nedeniyle metformin kullananlarda ve intihar amaçlı yüksek doz metformin alanlarda görülür. Metforminin terapötik düzeyi erişkinlerde 0,5-2 mg/dL dir. Mortalite oranı %50' dir. Tanım olarak laktik asidoz; kan laktat düzeyinin >5 mmol/L olması, kan pH <7,35 olmasıdır. Laktik asidozun gelişmesi riskini arttıran durumlar; böbrek yetmezliği, dehidratasyon, sepsis, kardiyak yetmezliktir. Gastrointestinal dekontaminasyon akut yüksek doz kullanımlarda hemen uygulanma endikasyonu olabilir. Bikarbonat tedavisi asidozu düzeltmekle birlikte yan etkileri nedeniyle kullanılmamaktadır. HD endikasyonları; laktat konsantrasyonu >20 mmol/L, standard tedavilerin başarısız olması, ciddi metabolik asidozu olması (pH<7,0) dır. Metformin intoksikasyonu; toksikolojik olarak HD' in en yaygın kullanım endikasyonudur.

Bilinen bir hastalığı olmayan 18 yaşında erkek hasta; intihar amaçlı 80 adet 1000 mg metformin (80 gr) içmesi sonrası dış merkez acil servisine başvurmuş. Dış merkezde hastaya nazogastrik sonda takılarak aktif kömür ile gastrointestinal irrigasyon ve hidrasyon tedavisi uygulanmış. Daha sonra hasta dış merkezden kendi isteği ile taburcu olarak aynı gün MÜTF Acil Servisine başvurmuş. Hastanın acilde yapılan değerlendirmesinde kan gazında pH: 7,29, laktat: 6,9, hco3: 19 olması üzerine laktik asidoz tanısı ile nefroloji bölümü tarafından HD alınması ve sonrasında yoğun bakım ünitesinde takibi önerilmiş. Hasta HD sonrası yoğun bakıma ünitesine interne edilerek takibe alındı. DYBÜ kabulunda yapılan fizik muayenesinde hastanın glaskow koma skalası 15 idi. Diğer fizik muayene bulguları normaldi. HD sonrası gönderilen tetkiklerinde pH: 7,37, Laktat:3,1 olarak saptandı. Takiplerinde laktat düzeyi 3,1 olması nedeniyle hasta tekrar HD'e alındı. HD sonrası gönderilen kan gazında pH: 7,42, Laktat:2

olarak ölçüldü. YBÜ takibinin 48. saatinde gönderilen tetkiklerinde pH: 7,42 ve laktat: 1,2 olması nedeniyle hasta YBÜ'den servise eksterne edildi. Servis takiplerinde yeniden laktit asidozu gelişmeyen ve HD ihtiyacı olmayan hasta hastanede yatışının 110. saatinde evine taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: metformin, intoksikasyon, yoğun bakım, hemodiyaliz

Tablo 1. hastanın kan gazı ve kreatinin takipleri

Saat	pH	pCO2	HCO	Laktat	Baz açığı	Kreatinin
0. saat	7,29	41	19	6,9	-6,8	2,04
12.saat	7,37	34	19,3	3,1	-4,6	1,87
24.saat	7,42	43	27	2	3,2	1,91
48.saat	7,42	44	28,2	1,2	3,7	1,64
72.saat	7,36	49	27,3	0,9	1,7	1,06
96.saat	7,40	44	26	0,8	1,8	0,85

Tablo 2. Metforminin farmakokinetik özellikleri

DEĞİŞKEN	ÖZELLİK
Biyoyararlanım	%50-60'ı ince bağırsaktan emilir, tahmini emilim yarı ömrü 0,9-2,6 saattir.
Plazma konsantrasyonu	500-1000 mg oral alınan dozda 1-2 saat sonra maksimum 1-2 µg/mL; plazma proteinlerine bağlanma ihmal edilebilir.
Plazma yarı ömrü	Tahmini 1,5-4,9 saattir.
Metabolizma	Ölçülebilir bir metaboliti yoktur.
Atılım	%90'ı 12 saat içinde idrar ile atılır,
Doku yayılımı	Birçok dokuda periferik plazmadaki ile benzer konsantrasyonda; karaciğer ve böbrekte yüksek konsantrasyonda; bağırsak duvarı ve tükürük bezlerinde en yüksek konsantrasyonda bulunur.
Lethal plazma konsantrasyonu	>50 mg/L
Toksik doz	>100 mg/kg (çocuk) >5 g (erişkin)

Abstract:0010

ÇOK GEÇ TANI ALAN PANHİPOPİTUITARİZM OLGU SUNUMU

Aziz Aslan, Eda Arslan, Seydahmet Akın, Yunus Emre Şenel, Yasemin Özgür, Oğuzhan Güngör, R.gökcan Güner, Mustafa Tekçe, Nazire Aladağ, Arzu Cennet Işık, Mehmet Aliustaoglu, Özcan Keskin

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

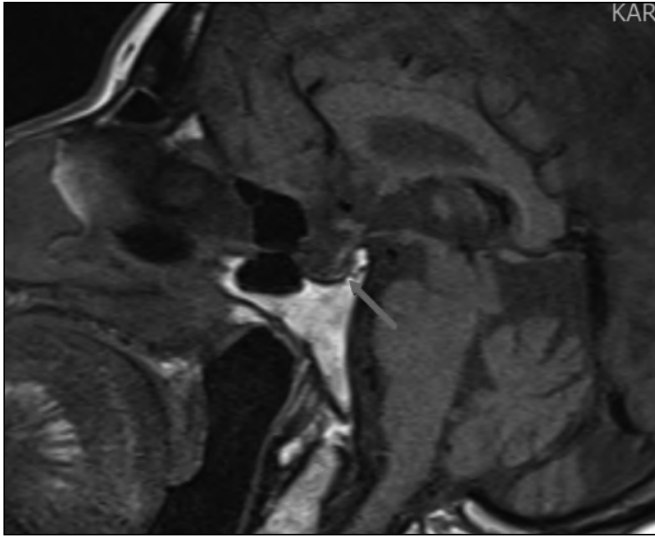
Giriş: Empty sella sendromu, suprasellar subaraknoid yapıların sella içine herniasyonu sonucu meydana gelen değişik düzeylerdeki hipofiz yetmezliğidir. Empty sella sendromunun primer veya sekonder birçok nedeni bulunmaktadır.

Vaka sunumu: 62 yaşında kadın hastanın bilinen hipotroidi ve astım tanılarını mevcut. Hasta dahiliye polikliniğine halsizlik ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurmuş. Hastanın 27 yıl önce ilk doğum sonrasında vajinal kanaması olmuş. İlk doğumu sonrasında laktasyonu olmayan hastanın başka gebelik öyküsü yok. Yapılan servise hormon tetkiklerinde fT4, prolaktin ve kortizol düşüklüğü saptanmış. Hasta panhipopituitarizm ön tanısı ile etyoloji tetkik araştırılması için servise yatırıldı.

Hastanın GD:orta,bilinç açık,oryante,koopere. Hastanın bakılan vitalleri TA:90/60 mmhg, Nabız:64/dk, Sat:% 96, Ateş: 36 °C idi.FM de solukluk dışında patolojik bulgu yok.Hastanın tetkiklerinde TSH:0,5 uIU/ml (0,34-5,6) GH:<0,05 ng/ml (8) ACTH:6,3 pg/ml(0-46) FSH:1,68 Miu/ml (postmenopozal 16,7-113,6) LH:0,26 Miu/ml(10,8-58,6) PRL: 0,67 ng/ml (3,3-26,7) Kortizol:0,19 ug/dl (6,7-22,6) Hgb:11,8 G/DL (12-16) MCV:83 µm³ (81-99) NA:125 mmol/L (136-146) K:4,8 mmol/L (3,5-5,1) saptandı.Anemisi ve kilo kaybı olan postmenopozal kadın hastada yapılan tetkiklerinde malignite lehine bulgu saptanmadı.Hastaya Hipofizer Yetmezlik sebebi ile Hipofiz MR planlandı. Hastanın çekilen kontrastlı hipofiz MR sonucu: Parsiyel Empty Sella(resim 1) Hastaya daktakortil 1*5 mg, başlandı, 1 hafta sonra levotiron 75 mg başlanması planlandı. Yakınmaları gerileyen hasta poliklinik takibine alındı.

Tartışma: Empty sella sendromunun nedenlerinden biri olan Sheehan Sendromu (Postpartum hipofiz nekrozu), sıklıkla placenta previa veya plasenta ayrılmaması sonucu gelişen doğumdaki aşırı kanama ve hipovolemiye bağlı hipofiz ve adrenal yetersizliğidir. Bazı hastalar aniden gelişen panhipopituitarizm semptomları sonucu komayla gelebileceği gibi bazılarında da uzun süredir devam eden halsizlik, yorgunluk ve anemi gibi spesifik olmayan belirtiler ile başvurabilir. Olgumuzda 27 yıl sonra gelişen, halsizlik, normositer anemi ve sekonder hipotiroidi tablosu hipofizer yetmezlik tanısının düşünülmeye yol açmıştır. Tiroid fonksiyon testlerini yorumlarken. TSH normalken f-T4 düşüklüğü görülmesi altta yatan bir hipofiz patolojisini düşündürmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hipofizer Yetmezlik,Sheehan Sendromu,Anemi, Hipotiroidi



Resim 1. Parsiyel Empty Sella

Abstract:0016

AKUT İNTERMITTANT PORFİRİAYA BAĞLI GEÇİCİ ENSEFALOPATİ OLGUSU

Orhan Altınışık¹, Gülbüz Sezgin²

¹Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Stj. Dr., İstanbul

²Maltepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş:Akut İntermittan Porfiria; Hem biyosentez yolağındaki Porfobilinojen Deaminazın eksikliği ile otozomal dominant geçişli, genellikle karınağrısı ile görülen en sık Hepatik Porfiriadır.

Olgu: 23 yaşında genç kız İstanbul’ da yaşıyor.

Yakınma ve hikayesi: Karın ağrısı,kabızlık,sol inguinal kasılma, bacaklarda geçici kasılma ve yürüyememe, el parmak uçlarında hissizlik, geçici görme kaybı.

Yakınmaları 30 Mayıs 2017’ de hafif karın ağrıları ile başlamış. 1 hafta sonra giderek şiddetlenmiş. Özel Rumeli Hastanesi’nden Cerrahpaşa Tıp Fakültesine sevk edilmiş.Kadın Doğum uzmanı tarafından muayene edilerek, Dienogest 2 mg/gün ve Etinilestradiol 0.03 mg/gün verilmiş. 3 gün sonra karın ağrısı, kusma şikayetlerine ek hiponatremi ve hipotansiyonla yoğun bakıma alınmış. 5 gün süreyle yoğun bakımda tedavi edilmiş. Ardından 4 gün Nöroloji servisinde yatırılmış. Çekilen tomografide beyin kanaması? tanısı konulmuş.

1.5 ay sonra karın ağrısı ve halsizlikler yeniden başlamış. Mens zamanında ağrılar artmış ve ilk defa menste gecikme yaşamış. Tekrar Cerrahpaşa’dan Samatya İEAH ye ailesi tarafından götürülmüş. Karın ağrılarını kesmek için çok fazla ilaç verilmiş ve toksik etki düşünülerek midesi yıkanmış. Görme kaybı başlamış ve şuur kaybı olunca ailesi tekrar Özel Acıbadem Hastanesi’ne götürmüştü. Vaskülitten şüphelenilip metil Prednizolon 16 mg/gün, Paroksetin 20 mg/gün, Pantoprazol 40mg/gün, Levetirasetam 2X500 mg/gün ilaçlarıyla taburcu edilmiş. 3 gün sonra ağrı atakları tekrarlayınca Özel Acıbadem Hastanesine tekrar mürcat edilmiş. Tanı koymak için Laparoskopî, Serebral anjiyo yapılmış F: 1 ve tanı konulamamış. Bu kez çekilen beyin CT’ deF: 2 AİP’ de görülen geçici serebral lezyonlar görülmüş. Porfiria şüphesiyle tetkik yapıp tanısı konmuş. Tedavisi için tarafımıza sevk edildi.

Fizik Bakr: 56 kg,167 cm,sistem muayeneleri normal, muayenede hiçbir patoloji görülmedi.

Laboratuvar:

İdrarda porfobilinojen müspet F:3

Tedavi:

Dirsek üstü önkol veninden izotonik 500 cc perfüzyon

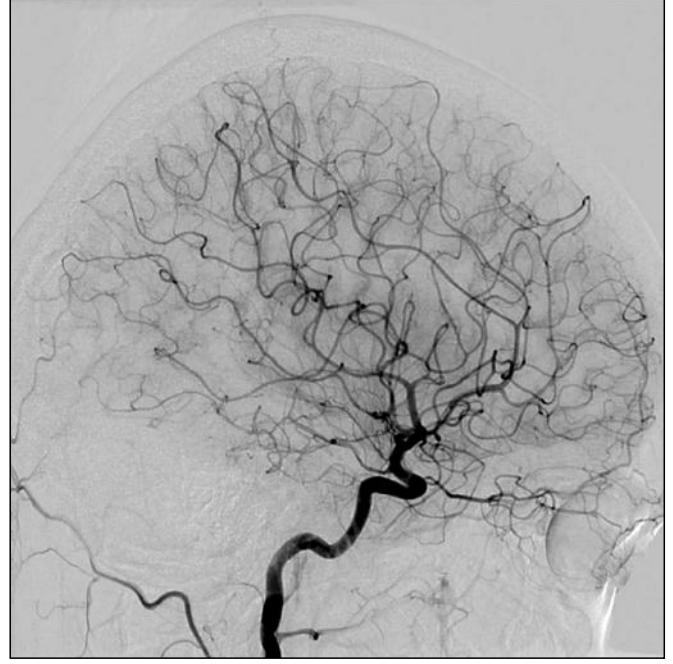
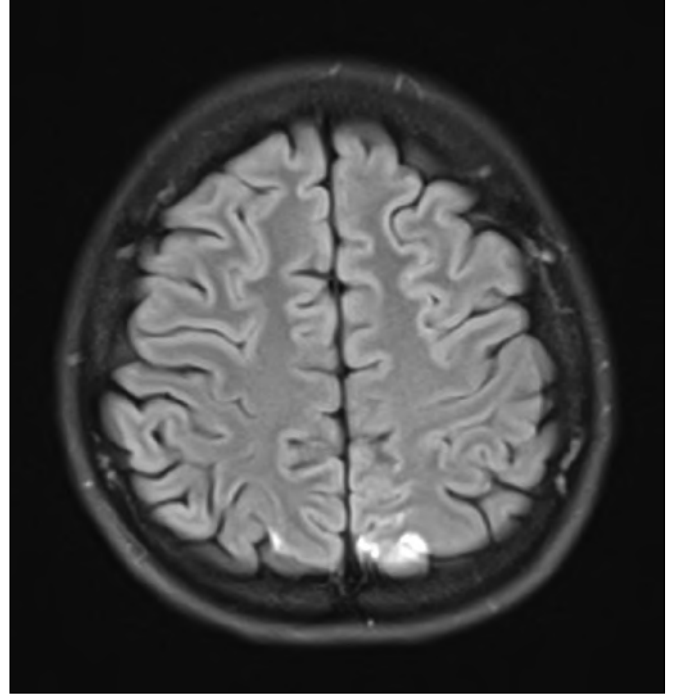
Hem Arginin 4mg/kilo/gün (Normosang) 250 mg IV 20 dk perfüzyon

İzotonik %0.9 NaCl 500cc, aynı damardan perfüzyon

Toplam 4 gün verildi ve iyileşti F:4

Sonuç: AIP akla getirilip tanı konulursa, gereksiz tetkik yapılmadan hastayı kurtarabiliriz.

Anahtar Kelimeler: Akut, İntermittant, Porfiria, Geçici Ensefalopati

Erlich Ayracıyla İdrar İyileşme Bulgusu**Resim 1.** Tedavi sonrası idrar bulgusu**Erlich Ayracıyla İdrar Porfobilinojen Müspet****Resim 2.** Tedavi öncesi idrar bulgusu**F:1****Resim 3.** AİP tanısı konulmadan önce çekilen Normal Serebral Anjio**F:2****Resim 4.** AİP li hastada "Reversible Encephalopathy" bulgusu Porfirin öncülleri Occipitalde birikmiş geçici körlüğe sebep olmuştur

AuthorToEditor: Akut İntermittan Porfiria, Ağustos 2017 de NEJM de "Porfiria"yı kim hatırlıyor cümlesi ile başlayan yayında bahsedilen Hepatik Porfiralardan en sık görülenidir. Farkındalığı olmadığı takdirde olgumuzda olduğu gibi gereksiz yere aşırı tetkik yapılmasına, bilgisizce verilen ilaçların AİP hastalarının ataklarının alevlenmesine, geçici ensefalopatiye, yol açabilir. Bu olguyu sunmakta amacımız bir daha Porfiria hastalığını hatırlatmak ve AİP tanısı konulamadığı ve geç kalındığı takdirde sekel ve ölüme sebep olabilmesi nedeniyle öneminin farkındalığını arttırabilmektir.

Abstract:0017**NÖROBEHÇET****Erkam Kocaaslan***Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

Bilinen 14 yıldır Behçet ve Psöriatik artrit, koah tanıları olan Romatoloji poliklinik takibinde olmasına rağmen 1 yıldır takiplerine gelmeyen hasta 3 ay önce Acil'e yakınlarını tanıyamama, konuşmada bozulma, yürüyememe, ateş şikayetleri ile başvurmuş. Oral aft, genital ülser, folikülit, Eritema nodosum, Üveit, Artrit?, paterji pozitifliği ile tanı almasına rağmen daha önce hastada hiç nörolojik tutulum öyküsü olmamış. Derin Ven Tombozu da saptanan hasta 2013 ten beri aldığı Humira'yı yaklaşık son 3 aydır kullanmamış. Bitkisel ilaç (Gökçek iksir, aleovera jel, koloidal gumus, boswellia kapsul, harpago kapsul, sinirli ot ve ısrgan ot karışımı çay) da kullanan hasta şikayetlerinin geçmemesi nedeniyle acilde nöroloji tarafından Behçet nörolojik tutulumu şüphesiyle çekilen Kranial MR'da: Bilateral periventriküler beyaz cevherde, sentrum semiovalede, ponsta ve serviko medüller bileşkede T2 ve FLAIR ağırlıklı incelemelerde hiperintens izlenen çok sayıda lezyon (Serviko medüller bileşkedeki lezyon belirgin kontrast tutulumu göstermektedir. Ponsta izlenen lezyon şüpheli kontrast tutulumu göstermektedir. Diğer lezyonlarda belirgin kontrast tutulumu izlenmedi. Görüntünün vaskülitte uyumlu gelmesi üzerine nöroloji tarafından hastaya 11.09.2017 de enfeksiyon hastalıklarının önerisi de alınarak 1 hafta Pulse prednol sonrası 1mg/kg idame steroid ile devam edilmiş ve 22.09.17 de ilk kür SİKLOFOSFAMİD tedavisi de verilip hasta 26.09 da taburcu edilmiş. Romatoloji poliklinik kontrolünde görülen hastada idrar yapamama, karında şişlik, kreatinin değerlerinde artış, halsizlik olması nedeniyle hasta yatırılarak izlendi. İdrar sonrası takılan hastadan yaklaşık 5000cc kadar idrar geldi. Takiplerinde kreatinleri normale dönen hastanın karaciğer fonksiyon testleri, kolestatik enzimleri, bilirubinlerde artış olması nedeniyle çekilen görüntülemelerde patoloji saptanamadı. Yapılan karaciğer biyopsisinde Perisantral kanaliküller kolestatik, portal alanda hafif kollajen lif artışı ve sinuzoidal fibrozis olarak geldi. Toksik hepatite bağlı kronik zeminde akut atak olabilir şeklinde yorumlandı. Asetilsistein infüzyonu sonrası gerileme eğilimine girdi. Hastanın üriner ve anal inkontinansı olması nedeniyle nöroloji tarafından değerlendirildi. Çekilen Kranial MR da bir önceki vaskülitik lezyonları geriledi ancak lomber MR'da L5 vertebra korpusu seviyesinden başlayarak distalde dura ve kauda equina liflerinde kontrast tutulumu izlendi. Nörobeğeçete bağlı kauda equina sendromu şüphesiyle izlenmekte.

Anahtar Kelimeler: equina, kauda, nörobeğeçet, sendromu, vaskülit

Abstract:0018**KARIN AĞRISI VE KİLO KAYBI İLE PREZENTE OLAN TAKAYASU OLGU SUNUMU**

Aziz Aslan¹, Seydahmet Akın¹, Oğuzhan Güngör¹, Yunus Emre Şenel¹, Eda Arslan¹, R. Gökcan Güner¹, Sena Yazıcı¹, Tuba Tahtalı¹, Ömür Volkan², Nesrin Şen², Mehmet Aliustaoglu¹, Özcan Keskin¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji polikliniği, İstanbul

Giriş: Takayasu arteriti etyolojisi bilinmeyen kronik, progresif ve karın ağrısı gibi spesifik olmayan semptomlarla seyredabilen sistemik bir vaskülitir.

Vaka sunumu: 52 yaşında bilinen kronik hastalığı olmayan erkek hasta karın ağrısı, kabızlık, kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Karın ağrısını 5 aydır süren, yemekle ilişkisiz, devamlı karakterde imiş. Dış merkezde yapılan gastroskopi, kolonoskopi, kontrastlı batin BT, çift kontrastlı kolon grafisi tetkiklerinde şikayetlerini açıklayacak lezyon tespit edilmemiş. O dönemki tetkiklerinde abdominal aortta 35 mm'lik fusiform anevrizma tespit edilmiş. Hasta CRP yüksekliği (50 mg/L) nedeniyle romatolojiye yönlendirilmiş. Romatoloji polikliniğinde değerlendirilen hastanın başta ANA, C-ANCA, P-ANCA olmak üzere istenen romatolojik markerları negatif olarak tespit edilmiş. Başta vaskülit? öntanısı ile interne edildi. Hastanın CRP:104 mg/L, ESR:70 mm/h olarak tespit edildi. FM'de rutin sistem muayenesinin yanında hastanın periferik nabızları bilateral açık olarak tespit edildi. İki koldan manşonla tansiyon ölçümleri yapıldı. İki üst ekstremité arası TA farkı saptanmadı. Hastanın yapılan ekokardi-yografi normal olarak yorumlandı. Renal arter doppler USG ve göz dibi muayenesi doğaldı. Vaskülit ön tanısıyla MR anjio istendi. MR anjio sonucu küçük aterosklerotik kontur intizamsızlıkları dışında normal olarak raporlandı. Hastanın yapılan tetkiklerinde vaskülit tutulumu lehine bulgu görülemedi. İsrarla vaskülit düşünülmesi üzerine son olarak hastaya PET/CT çekilmesine karar verildi. PET-CT de toraksta asendan aorta periferinde, 10 cm'lik segment boyunca uzanım gösteren abdominal aorta çepelerine eşlik eden, vaskülit destekler nitelikte, sirküler-çepersel tarzda yoğun artmış F18-FDG tutulumları görüldü (Resim-1).

Tartışma: Vaskülitler sistemik tutulumları, klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgularıyla tanı alan geniş bir hastalık gurubudur. Takayasu Arteriti ise oldukça nadir görülen, aortu ve dallarını tutan büyük damar vaskülitidir. Halsizlik, kilo kaybı ve ateş en sık rastlanan klinik bulgulardır. Aortun tutulan bölümüne göre kardiyak yakınmalar ön planda olabile de olgumuzda rastlandığı gibi abdominal semptomlar da öne çıkabilir. Tanıya gitmekte anjiyo yetersiz kaldığında PET-CT aort tutulumunu göstermede yardımcı olabilmektedir. Nadir rastlanan Takayasu Arteritinde tanıda PET-CT'nin önemini göstermesi nedeniyle olguyu yayınlıyoruz.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, karın ağrısı, PET-CT



Resim 1. PET-CT tutulumu

Abstract:0019**AKUT HEPATİT KLİNİĞİ İLE GELEN HASTADA EBV ENFEKSİYONU**

Yunus Emre Şenel¹, Seydahmet Akin¹, Şükran Sinem Serdaroğlu², Aziz Aslan¹, Sena Yazıcı¹, Zeynep Acar¹, Ezgi Tükel¹, Nazire Başkurt Aladağ¹, Mehmet Aliustaoglu¹, Özcan Keskin¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Akut hepatit karaciğer hücresi nekrozu ve karaciğerin inflamasyonuyla giden bir tablodur. Akut hepatit tablosuna sıklıkla virüsler, ilaçlar ve alkol yol açar. Olgumuzda size hepatitin nadir sebeplerinden olan enfeksiyöz mononükleoz sonrası gelişen hepatiti sunacağız.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 24 yaşında erkek hasta halsizlik, iştahsızlık, yüksek ateş ve vücutta sararma şikayetleriyle acil servise başvurmuş. Hastanın birkaç gündür olan gün içerisinde saat farkı gözetmeksizin 390C'yi bulan ateşleri mevcutmuş. Gözlerde sararma ve idrar renginde koyulaşma olduğunu belirtmiş. Bilinen karaciğer ve safra kesesi hastalığı yokmuş. Ailede karaciğer hastalığı öyküsü yokmuş. Geliş tetkiklerinde AST:165U/L(0-50U/L) ALT:352U/L(0-50U/L), direkt bilirubin:5,5mg/dl(0,0-0,30mg/dl), indirekt bilirubin:4,09mg/dl(0,0-0,70mg/dl), ALP:209U/L(30-120 U/L), GGT:244U/L(0-55U/L), LDH:537U/L, INR:1,01 olarak tespit edildi. Hemogramında WBC:11.200 olan hastanın lenfosit yüzdesi %55,6(%5,5-%20,5) olarak görüldü. Yapılan üst batin ultrasonografisinde safra yollarına ait patoloji tespit edilmedi, karaciğerde gross patoloji izlenmedi. Gönderilen HAV IgM, HBSAG VE ANTI HCV tetkikleri negatif geldi. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla dahiliye servisine interne edildi. Safra yolu patolojisi ekartasyonu amacıyla yapılan MRCP'de safra yolu patolojisi saptanmadı. Takipleri sırasında hastanın AST:359U/L, ALT:681U/L'e kadar yükselmesi ve tonsillerinde kript tespit edilmesi üzerine hastadan diğer viral hepatitleri dışlamak amacıyla tetkikleri gönderildi. EBV VCA IgM:0,18(0,0-0,11) ile şüpheli pozitif olarak saptandı. Kriptik tonsillit sebeplerini dışlamak için boğaz kültürü ve monotest gönderildi. Kültürde Streptokok a, c, g negatif olarak görüldü. Monotest pozitif geldi. Kontrol batin ultrasonografisinde grade1 hepatosteatoz ve splenomegali tespit edildi. EBV VCA IgM ve monotest pozitifliği, kriptleri ve hemogram tablosu mononükleoz ile uyumlu olması üzerine EBV'ye bağlı akut hepatit tanısı konuldu. Enfeksiyon hastalıklarına konsulte edildi. Antibiyotiksiz IV hidrasyonla takip edildi. Semptomları ve laboratuvar değerleri normale dönen hasta dahiliye takibine alınarak taburcu edildi.

Tartışma: Akut hepatitin en sık nedeni viral nedenlerdir. En sık hepatotrop virüsler olmakla birlikte CMV, EBV, HSV, Parvovirüs gibi nadir viral etkenler de akut hepatit tablosuna yol açabilmektedir. Kolestazın EBV enfeksiyonuyla ilişkili olabileceği ve hiperbilirubinemiyle birlikte görüldüğünde ayırıcı tanıda yer alması gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: EBV, hepatit, kolestaz, kriptik tonsilit, lenfositoz

Abstract:0020**RETROPERİTONEAL FİBROZİS, PROTEİNÜRİ, ARTRİT VE VASKÜLİTİK DÖKÜNTÜ İLE PREZENTE OLAN MARGİNAL ZONE LENFOMA OLGUSU**

İsmail Nazlı

Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

45 yaşında, bilinen kronik bir hastalığı olmayan kadın hasta dış merkeze yan ağrısı şikayeti ile başvuran hastanın yapılan görüntülemelerinde bilateral ureterlerde kesintili akım olması nedeni ile ureteral stent takılması esnasında eş zamanlı üretere bası yapan kitleden alınan biyopsi patoloji sonucu 'idiyopatik retroperitoneal fibrozis' olarak raporlanmış olup hastanın artrit, vaskülitik benzeri döküntüler gibi ek şikayetleri de olması nedeni ile Romatoloji bölümüne yönlendiriliyor. Hastanın sorgulamasında halsizlik, kolay yorulma, sabah sertliği, raynaud fenomeni, gözde ve ağızda kuruluk, deri döküntüsü, boyun ve topuk ağrısı, fotosensitivitesi mevcut. Hastanın yapılan ileri tetkiklerinde anemi, 3,3 gr proteinüri, idrar sedimentinde yaygın dismorfik eritrositler, sedimentasyon ve CRP yüksekliği, bilateral servikal, paraaortokaval, retroperitoneal ve inguinal LAP, bilateral hidronefroz ve Renal Parenkimal Hastalık, MAG3 sintigrafide sol böbrek azalmış fonksiyonu, ANA, ENA ve ANTI-CCP, Quantiferon negatifliği, plevrada kalınlaşma ve akciğer parankiminde birkaç adet milimetrik boyutlu nodül saptanıyor. SLE, Lenfoma, Malinite, Vaskülit, IgG4 ilişkili hastalık ön tanıları ile değerlendirilen hastanın örneklenen 2 cm lik inguinal LAP biyopsi sonucu 'Reaktif Lenf Nodu' olarak raporlanıyor. Yapılan görüntülemelerinde 'Malinite' lehine bulgu saptanmıyor. Çekilen PET-CT raporunda ile Low Grade Lenfoma olasılığı ekarte edilememekle birlikte hastanın MDS açısından değerlendirilmesi öneriliyor. Cilt lezyonundan alınan biyopsi sonucu 'lökoklastik vaskülit' olarak raporlanıyor. Dış merkez biyopsileri IgG4 boyanarak tekrar değerlendiriliyor ancak 'IgG4 ilişkili hastalık' saptanmıyor. Takiplerinde progresif kreatinin artışı olan hastada düşük doz steroid tedavisi ile yeterli yanıt alınmıyor. Mevcut tetkikler ile tanıya gidilemeyen hastada laparoskopik retroperitoneal LAP örnekleme yapılıyor. Hastanın LAP örnekleme Flow sitometrisi 'muhtemel germinal merkez kaynaklı klonal B hücreli lenfoproliferatif neoplazi' lehine değerlendiriliyor. Patoloji raporu da 'Marginal zone Lenfoma' olarak gelen hasta tedavi için Hematoloji bölümüne devrediliyor.

Anahtar Kelimeler: Retroperitoneal Fibrozis, SLE, Marginal Zone Lenfoma, Vaskülit, IgG4 ilişkili hastalık

Abstract:0021**ATEŞ, DÖKÜNTÜ, KAŞINTI İLE GELEN 52 YAŞINDA KADIN OLGU**

Betül Çetin

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Eozinofillerin aşırı üretimi ile karakterize hipereozinofilik sendrom (HES) eozinofilik infiltrasyon ve mediatör salınımı yoluyla organ hasarı yapar. En sık cilt, akciğer, gastrointestinal sistem, kalp ve sinir sistemi etkilenir. Döküntü ile prezente olan bir olgu tartışılacaktır.

52 yaşında, kadın, acil servise ateş, döküntü ve kaşıntı şikayetiyle başvurmuş. 1 aydır sağ ayak dorsumu ve sağ pretibial bölgede başlayıp ekstremitelerde yayılım gösteren kızarıklık şikayeti gelişmiş. Geceleri belirgin olmak üzere ateş, sabah tutukluğu ve yaygın miyalji şikayeti

varmış. Sellülit düşünülerek 1 hafta iv antibiyotik alan hastanın başvurusunda ateş 39 derece, sağ ayak bileği ve sağ dizde hassasiyet, bilateral pretibial bölgede eritemli, hassas plaklar, kollarda ve göbek çevresinde eritemli, papüller lezyonları mevcuttu. Hgb: 10,8 g/dl, WBC: 16 700, nötrofil: 10 400, eosinofil: 2200, lenfosit: 1400, Plt: 348 000, CRP: 149mg/L, PCT: 2,46 ng/ml saptanmış. Sulbaktam-ampisilin tedavisinin 5. gününde hasta devralınmış olup hastanın tedavisi 9. gününde kesildi. Hastada döküntü makülopapüler tarzda, kaşıntılı, hiperemik, ateşle belirginleşen, ateş gerileyince solma eğilimindeydi. Döküntülerinden biyopsi alındı, ' Superfisyal dermatit, eozinofil baskın' şeklinde sonuçlandı. Ateşi geriledi ancak döküntüleri sırta yayılım gösterdi. WBC: 28 000, neu: 22 600, eosinofil: 2800e kadar yükseldi. LDH: 1196, sedim: 54, ferritin: 1846, transferrin saturasyonu: %16 saptandı. Hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı. Nötrofil hakimiyetinde lökositoz, ateş ile artış eğiliminde döküntü kliniği, hiperferritinemi nedeniyle Still Hastalığı ön tanısı ile 1 mg/kg/gün dozda iv metilprednizolon başlandı. Metilprednizolon tedavisinin 7. gününde iken hastanın kemik iliği biyopsisi 'Myeloid hücrelerde eozinofilik seri hücreleri %20 oranında, kronik eozinofilik lösemi/ hipereozinofilik sendrom açısından araştırılması uygun' şeklinde sonuçlandı. Hipereozinofilik sendrom düşünülen hasta metilprednizolona devamı önerisiyle, tedavinin 10. gününde Hematoloji poliklinik kontrollerine çağrılarak taburcu edildi.

HES başlangıç semptomları birçok hastada silitir, hatta eozinofili tesadüfen saptanmaktadır. Ancak küçük bir grupta hızlı ilerleyen kardiyak ve nörolojik tutulum olabilir. Bu nedenle erken tedavi önem taşır. Cilt tutulumuyla gelen olgularda HES ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Döküntü, ateş, hipereozinofili

Abstract: 0023

POLİARTRİTLE BAŞVURAN PULMONER ANJİOSARKOM VAKASI

Yeşim Ağyol¹, Aysun Aksoy², Fatma Alibaz Öner²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

Giriş: Artrit, romatolojik hastalıklar dışında enfeksiyonların, malignitelerin seyrinde hatta bazen ilk bulgu olarak görülebilir. Öyküde ve fizik muayenedeki bulgular paraneoplastik artriti romatolojik hastalıklardan ayırt etmekte yol gösterici olabilir. Aşağıda poliartritle gelen ve fizik muayenesinde el parmaklarında çomaklaşma saptanan pulmoner anjiosarkom vakamızı sunuyoruz.

Olgu: 49 yaşında erkek hasta son 2 aydır ellerde, dizlerde ağrı, şişlik şikayetiyle başvurdu. Hastanın bu şikayetlerine 2 ayda 5 kg olan kilo kaybı, üşüme titreme de eşlik ediyordu. Bu şikayetlerle başvurduğu bir klinikte adını bilmediği antibiyotik kullanmış fakat fayda görmemişti. Özgeçmişinde kronik hastalığı ve sigara, alkol kullanımı olmayan hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede bilateral proksimal interfalangeal, metakarpofalangeal, el bilekleri, ayak bilekleri ve dizlerde şişlik, ısı artışı ve hareket kısıtlılığı, el parmaklarında çomaklaşma dışında patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde hemogram: normal, BUN: 25 mg/dl, kreatinin: 0,95 mg/dl, AST: 22 mg/dl, ALT: 23 mg/dl, sedimentasyon: 49 mm/sa, CRP: 8 mg/L, RF: 232 U/ml, anti-CCP, ANA, ANCA, brusella, rubella, toxoplasma, anti-CMV ve hepatit serolojisi negatif saptandı. Hastaya metilprednizolon tedavisi başlandı. Hastanın altta yatan malignite açısından radyolojik görüntülemeleri yapıldı. Toraks BT: Sağ akciğer alt lob superior segmentte peribronşiyal yoğunluk artışı saptanırken boyun ve batin BT'lerinde patoloji saptanmadı. Hastanın takiplerinde steroid tedavisi ile artrit bulguları gerilemedi, akut faz

reaktanlarında artış saptandı. Peribronşiyal yoğunluk artışı olan hastaya tüberküloz ve malignite ön tanısıyla yapılan bronkoskopide sağ intermedius bronş ağzı tama yakın daralmış, sağ alt lob bronş girişinde tüm bronş duvarında beyaz renk değişikliği saptandı. BAL ARB, galaktomannan negatif, piyojen, mantar ve mikobakteri kültürlerinde üreme olmadı. Bronkoskopik biyopsi sonucu pulmoner anjiosarkom olarak değerlendirildi. Hastaya kemoterapi planlandı.

Sonuç: Poliartritle başvuran RF pozitifliği olan hastada eşlik eden konstitusyonel semptomların ve clubbing varlığı, hastanın steroidden fayda görmemesi tanıyı Romatoid Artritten uzaklaştırarak altta yatan hastalıklar açısından şüphe uyandırdı. Hastamızda saptanan klinik tablo hipertrofik osteoartropati (HOA) olarak değerlendirildi. HOA'nın etiolojisinde pulmoner maligniteler olmasına rağmen literatürde pulmoner anjiosarkom birlikteliği saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: paraneoplastik artrit, hipertrofik osteoartropati, pulmoner anjiosarkom



Resim 1. Hastamızın clubbing görüntüsü

Author To Editor: Merhaba ben Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç hastalıkları Anabilim dalında asistan doktor olarak görev yapmaktayım. Paraneoplastik artrit vakasının altında yatan malignitenin pulmoner anjiosarkom olması sebebiyle ilginç bir vaka olduğunu düşündük. Teşekkürler.

Abstract: 0028

HASTALIK DEĞİL BİR BULGU: CHİLİADİTİ BULGUSU

Arzu Cennet Işık¹, Seydahmet Akın¹, Yasemin Özgür¹, Mehmet Emirhan Işık², Nazire Aladağ¹, Yunus Emre Şenel¹, Aziz Aslan¹, Özcan Keskin¹, Mehmet Aliustaoglu¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Kolon ya da incebağırsağın hepato-diyafragmatik interpozisyonu olarak tanımlanan; yakınmasız olduğunda Chiliaditi bulgusu, yakınma ile beraber olduğunda Chiliaditi Sendromu olarak tanımlanan durumdur. Nadir olarak görülen ve genellikle semptom olmadığı için tespit edilemeyen bir sendromdur. Bu sunumda çekilen akciğer grafisi sonrası tanısı konulan bir Chiliaditi olgusundan bahsedilecektir.

Olgu: 52 yaşında erkek hasta kontrol amaçlı olarak dahiliye polikliniğine başvurdu. Her hangi bir şikayeti olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde ek bulgu ve semptoma rastlanılmadı. Hastanın öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Alınan hemogram, biyokimya ve hormon tetkikleri normal sınırlarda tespit edildi. Ön-arka akciğer grafisinde sağ diyafragma altında gaz tespit edildi. (Resim 1) Yapılan elektrokardiyogram, solunum fonksiyon testi ve kalp ile ilgili tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Hastanın çekilen akciğer grafisindeki görünümü nedeniyle çekilen bilgisayarlı tomografisinde; karaciğer ile

sağ hemidiyafragma arasında uzanan kolon segmenti izlenmesi tanıyı desteklemiştir. Mevcut durum Chiliaditi Bulgusu olarak kabul edilerek ileride gelişebilecek solunum ve sindirim problemleri açısından hasta bilgilendirilerek poliklinik takibine alındı.

Tartışma: Chiliaditi sendromu çoğunlukla yakınmadır. Fakat bazı olgularda önemli solunum ve sindirim sistemi komplikasyonlarına neden olabilmesi nedenleriyle mutlaka takibe alınmalıdır. Tanısında tipik olarak başka bir neden olmadan diyafragma altı gaz görünümü ile tanı konulabilir. Tanıyı desteklemek amaçlı ileri radyolojik incelemeler yapılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Chiliaditi, Sendrom, Akciğer grafisi



Resim 1. Diyafragma altında gaz görünümü

Abstract: 0030

ALPORT SENDROMU: İKİ KARDEŞ, İKİ FARKLI PREZANTASYON

Hülya Arslan¹, Arzu Velioğlu¹, Ebru Aşıcıoğlu¹, İzzet Hakkı Arıkan¹, Mehmet Koç¹, Ayberk Türkyılmaz², Bilge Geckinli², Pınar Ata², Zübeyde Serhan Tuğlular¹, İshak Çetin Özener¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Alport Sendromu (AS) kalıtsal glomerüler bir hastalık olup, sensörinöral işitme kaybı (SNİK) ve oküler anomalilerle birlikte. Hastalığın klinik prezantasyonları değişik yaşlarda değişik şekillerde olabilmektedir. Sunumumuzda iki farklı prezantasyonla başvuran iki erkek kardeşin klinik hikayesini sunacağız.

Olgu 1: 41 yaşında erkek hasta nefroloji polikliniğimize 2012 yılında işitme kaybı ve yeni gelişen proteinüri nedeniyle ileri tetkik amaçlı başvurdu. Fizik muayenede hastanın progeriatic yüz görünümü olup sistem muayeneleri normal saptandı. Soygeçmişte kızkardeşinin etyolojisi bilinmeyen son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle, babasının sebebi bilinmeyen bir şekilde erken yaşta exitus olduğu öğrenildi. Laboratuvar bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir. İleri tetkiklerinde bilateral SNİK saptanan hastada, göz muayenesi doğaldı. Aile

hikayesi, proteinüri ve SNİK olan hastada ön planda AS düşünülerek kollojen gen mutasyonu istendi. Col4A4 geninde homozigot mutasyon (c3979G>A (p. Val1327Met varyasyonu) saptandı. Hasta AS tanısıyla takibe alındı.

Olgu 2: 35 yaşında erkek hasta, nefroloji polikliniğimize Ekim 2017'de bilateral işitme kaybı ve böbrek fonksiyon testlerinde bozulma nedeniyle ileri tetkik amaçlı başvurdu. Laboratuvar bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir. Fizik muayenede sistem muayeneleri normal bulundu. Öz geçmişte HT, KAH (2010), soygeçmişte hastanın Vaka 1'in kardeşi olduğu öğrenildi. Üriner Usg'de bilateral böbrek boyutlarının küçük olduğu ve ekojenitelerinin arttığı görüldü. Bilateral SNİK saptanan hastada, göz muayenesi doğaldı. Vaka 1'e benzer şekilde yüz görünümü olan ve biyopsi yapılamayan hastada aile öyküsünün olması nedeniyle genetik tetkik istendi. Hasta AS kabul edildi. Her iki hasta konservatif tedavi altında takip edilmektedir.

Tartışma: AS bazal membranları tutan kalıtsal bir hastalıktır. X'e bağlı AS'nda COL4A5 geninde mutasyonu varken, otozomal geçişte COL4A3 ve COL4A4 mutasyonu vardır. AS'nda başvuru genellikle erken çocuklukta asemptomatik mikroskopik hematüriyle olsa da ileri yaşta proteinüri ve progresif böbrek yetmezliği ile de olabilmektedir. Bu çalışmamızla aynı kalıtsal hastalığın farklı zamanlarda farklı klinik bulgularla prezante olabileceğini ve genetik konsültasyonunun tanı için önemini vurgulamak istedik. Ancak hastalarımızdaki progeriatic yüz görünümünün AS ile tipik bir ilişkisini saptayamadık. İleri genetik araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Alport Sendromu, proteinüri, işitme azlığı

Tablo 1

Tablo 1	VAKA 1	VAKA 2
BUN/Kreatinin:	12/0.78 mg/dl	31/3.12 mg/dl
Sodyum/Potasyum:	142/4.8 mEq/l	140/5.7 mEq/l
Kalsiyum /Fosfor:	9.6/3.7 mg/dl	9.7/5.3 mg/dl
Total Protein/Albumin:	7.8/4.4 g/dl	7.2/4.2 g/dl
Hemoglobin:	15.6 g/dl	13.7 g/dl
Tit:	dansite 1026, wbc: 0 rbc:0 protein+++	dansite 1014, wbc:0 rbc: 9 protein++++
24Saattik idrarda protein:	1.6 gr/gün	9.4 gr/gün

Abstract: 0031

TEKRARLAYAN PANKREATİT ATAKLARI İLE SEYREDEN ŞİDDETLİ HİPERTRİGLİSERİDEMI OLGUSU

Tuğba Kıratlı¹, Eren İmre², Dilek Gogas Yavuz²

¹Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, İstanbul

Şiddetli hipertirgliseridemi metabolik problemlerin yanı sıra ailevi olabilir. Serum trigliserid (TG) seviyesinin 500 mg/dl üzerinde olması ise akut pankreatit riski ile doğru orantılıdır. Şiddetli hipertirgliseridemi nedeni ile tekrarlayan pankreatit atakları ile prezante olup lipid aferezi yapılan bir hasta sunacağız.

36 yaşında, hiperlipidemi dışında kronik hastalığı olmayan erkek hasta, gemfibrozil ile TG düzeylerinin 600–1800 mg/dl arasında seyrederken 2016 yılında akut pankreatit nedeni ile acil serviste yatırıldı. Plazma TG düzeyi 2058 amilaz ve lipaz düzeyleri 5 kat yüksek bulunan hastanın oral alımın kısıtlanması, i. v. hidrasyon ve analjezik tedavisi ile pankreatit kliniği geriledi ve TG düzeyi: 509 mg/dl'ye geriledi. Fenofibrat 2x1, omega-3 tablet ile taburcu edildi. Hasta 2014'ten itibaren aralıklı şiddetli karın ağrısı atakları tarif etmekteydi. Ekim 2017'de poliklinik takiplerinde serum TG düzeyi 8831 mg/dl saptandı. Karın ağrısı tarif etmeyen hastanın fizik muayenesi normaldi, VKİ 27 kg/m² saptandı. Rutin biyokimya parametreleri AKŞ: 70 mg/dl, HbA1 c: 5,7, TSH: 0,91 mIU/Lt, HDL: 327 mg/dl, APO-A: 124 mg/dl, APO-B: 116 mg/dl, LpA: <7 mg/dl, AST: 18 u/Lt, ALT: 22 u/Lt, amilaz: 36 u/Lt, lipaz: 106 u/Lt, CRP: 27,4 mg/Lt idi. Serum TG düzeyinin çok yüksek olması nedeni ile lipid aferezi tedavisi uygulandı. Aferez sonrası TG düzeyleri 5710 mg/dl seviyesine geriledi. Lipid aferez yönteminden fayda görmediği izlenen hastanın tedavisi omega-3 EPA-DHA 3 gr/gün, gemfibrozil 2x600 mg/gün, orlistat 3x 120 mg/gün başlandı ve 2000 kalori yağdan fakir beslenme önerildi. İki hafta sonraki değerlendirmede TG: 4920 mg/dl, HDL: 146 mg/dl, AST: 40 u/Lt, ALT: 16 u/Lt, amilaz: 38 u/Lt, lipaz: 66 u/Lt saptandı.

Diyet ve ilaç uyumsuzluğunun hiperlipidemik tabloyu kötüleştirdiği düşünüldüğünden yakın takip önerildi. Yapılan klinik ve laboratuvar değerlendirme sonucu hiperlipidemi etyolojisi ailevi disbetalipoproteine mi olarak değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: hipertriglisideremi, lipid aferezi, tekrarlayan pankreatit

Abstract: 0032

NADİR BİR HİPOKALEMİ NEDENİ: OGİLVİE SENDROMU

Yasemin Özgür, Seydahmet Akın, Ezgi Tükel, Gamze Erkınc, Arzu Cennet Işık, Şanver Koç, Nazire Aladağ, Mehmet Aliustaoglu, Özcan Keskin

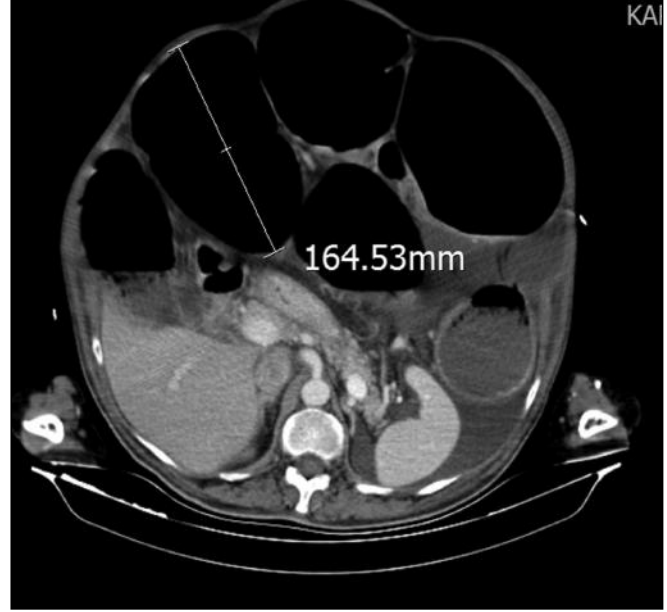
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Ogilvie's sendromu genellikle alta yatan bir özellikle infeksiyon, cerrahi, travma, kardiyomiyopati gibi bir hastalığın komplikasyonu olarak görülen, kolonun peristaltik dalgalarının olmadığı, başlıca semptomlarının abdominal distansiyon, kabızlık, hiperaktif barsak sesleri, bulantı kusma olduğu megakolonla karakterize, gastrointestinal bir hastalıktır. Nadir görülmesi nedeniyle sunuma layık görülmüştür.

Olgu: Parkinson ve diyabet tanılarıyla izlenen hasta acil servise halsizlik takatsizlik kabızlık karın şişliği şikayetleriyle yakınları tarafından getirildi. 3 hafta öncesinde yediği yemek sonrası başlayan ve bir gün süren ishal, kusma ve ardından iştahsızlık şikayetleri artıp kolunu dahi kaldıramayacak duruma gelince hastaneye başvurmuş. Geliş potasyumu 2,4 mg/dl olan ve hem oral hem iv replasman tedavisine dirençli seyreden hipokalemi olan hastanın batın oldukça distandü idi yaygın hassasiyeti ve defansı mevcuttu. Düz karın grafisinde barsak anslarının oldukça genişlemiş olduğu dikkat çekmekteydi. İleus açısından takibe alınan hastanın hipomagnezemi de eşlik etmesi üzerine eş zamanlı mg replasmanı da yapıldı. Hikayesinde cerrahi operasyon öyküsü olan sonrasında karın şişliğinin arttığından bahseden hastada mevcut bulgularla psödoobstrüksiyon sendromu düşünüldü. Gastroenteroloji tarafından dekompresyon amacıyla NG ve kolonoskopi önerildi. Yapılan kolonoskopi ile mukoza doğal olarak değerlendirildi. Parkinson tanısıyla nörolojiye de konsülte edilen hastaya non-motor semptomları arasında barsak problemlerinin de görüldüğü için intestinal motilite stimulanı başlandı. Klinik takiplerinde şikayetleri gerileyen hastaya oral besin desteği ve oral potasyum replasmanı önerileriyle taburcu edildi.

Tartışma: Klinik pratiğimizde sık rastladığımız elektrolit bozukluklarından hipokalemi. Tedaviye dirençli seyretmesi durumunda mutlaka etyolojiye yönelik araştırma yapılmalıdır. Ogilvie's sendromu da nadir sebeplerinden birisidir.

Anahtar Kelimeler: ogilvie's sendromu, psödoobstrüksiyon, hipokalemi



Resim 1. BT



Resim 2. Düz grafi

Abstract: 0033

STEROİDE DİRENÇLİ ÜLSERATİF KOLİT İLE İLİŞKİLİ SİTOMEGALOVİRÜS KOLİTİ

Damla Balcı¹, Haluk Tark Kani², Neşe İmeryüz², Özlen Atug²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Sitomegalovirus (CMV), herpesviridae ailesinin, genellikle karaciğer ve bağırsakta asemptomatik enfeksiyonlara yol açan

bir üyesidir. Şiddetli ve/veya steroide dirençli Ülseratif Kolit (ÜK)'te CMV reaktivasyonu sık görülmektedir (2,3). Bu yazıda steroidle dirençli Ülseratif Kolit ile başvuran ve sonrasında CMV koliti tanısı alan bir vakadan bahsedilmektedir.

Olgu sunumu: Otuz sekiz yaşında, ülseratif pankolit tanılı erkek hasta, İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Polikliniğine günde 10 kez olan kanlı ishal şikayeti ile başvurdu. Dışkı tetkiklerinde herhangi bir enfeksiyon bulgusu saptanmayan hastaya hastalık aktivitesi düşünülerek Metilprednizolon 40 mg/gün dozunda steroid indüksiyon tedavisi başlandı, sonrasında total kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopide aktif pankolit görünümü izlendi. Steroid indüksiyon tedavisi kademeli olarak azaltılarak üç ayda tamamlandı. Üçüncü ayın sonunda remisyon sağlandı ve idame tedavi mesalazin 3 gr/gün oral, mesalazin lavman 500 mg/gün rektal, azatioprin 100 mg/gün oral olarak düzenlendi. Dört ay sonra hasta günde 12 kez olan, ateş veya karın ağrısının eşlik etmediği kanlı ishal şikayeti ile tekrar başvurdu. Dışkı incelemelerinde herhangi bir patojen üremesi olmadı. Remisyon indüksiyon tedavisine Metilprednizolon 32 mg/gün ile başlandı. Haftada 4 mg azaltılması planlanarak iki aylık süreçte azaltılarak kesildi. Ancak hastanın semptomlarında gerileme olmadı, kanlı ishal şikayeti günde 10–12 kez olarak devam etti. CMV enfeksiyonu şüphesi ile hastaya rektosigmoidoskopi yapıldı ve biyopsi alındı. Hasta kanlı ishal, anemi ve eşlik eden konstitüsyonel semptomlar nedeniyle gastroenteroloji kliniğine yatırıldı. Rektosigmoidoskopiye şiddetli aktif kolit görünümü ile uyumlu frajil, hiperemik mukoza görünümü izlendi. Biyopsi materyalinin immünhistokimyasal incelemesinde CMV'ye immünreaktivite izlendi, CMV enfeksiyonu ile uyumlu bulundu. Hastaya parenteral Gansiklovir tedavisi başlandı, steroid kademeli olarak azaltılarak kesildi. Semptomatik düzelme tedavinin ikinci gününde görüldü. İshal sayısı günde 10'dan 6'ya geriledi, kan miktarı azaldı. Tedavi sonunda ise dışkılama sayısı günde 4 kez olup ishal veya kan yoktu. Hasta poliklinikten takip edilmek üzere kliniğimizden taburcu edildi.

Tartışma: CMV, steroide dirençli ülseratif kolitin nadir ancak önemli bir nedenidir, acilen steroid tedavisinin uygun şekilde kesilip, antibiyoterapi verilmesi gerekmektedir. Dirençli, hafif-orta şiddetli aktif kolitte ya da çözülmemiş kanlı diyare hastalarında CMV koliti akla gelmeli, mümkün olan en kısa zamanda tanı için biyopsi alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ülseratif kolit, inflamatuvar bağırsak hastalığı, sitomegalovirus, CMV

Abstract: 0034

STEROİD BAĞIMLI NEFROTİK SENDROMDA RİTUKSİMAB KULLANIMININ SONUCU RİTUKSİMAB BAĞIMLILIĞI MI?

Hale Jafarova, Başar Aykent, Hülya Karadağ, İzzet Hakkı Arıkan, Arzu Veliöğlu, Ebru Aşıcıoğlu, Mehmet Koç, Serhan Tuğlular, İshak Çetin Özener

Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Son zamanlarda steroid bağımlı nefrotik sendromda (fokal segmental glomerulosklerosis-FSGS ve minimal değişiklik hastalığı-MDH) rituksimab (RTX) kullanımı ile steroid verilmesinden kaçınmanın mümkün olduğuna dair literatür bilgisi mevcuttur. Buna karşılık bu tedavinin hastalarda kullanımının uzun dönem sonuçları ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır.

Materyal-metod: Analize 2 FSGS ve 1 MDH olan 3 kadın hasta (ortalama yaş: 33,7 ± 8 yıl) dahil edildi. Bu hastalarda daha önce steroid bağımlılığının düzeltilmesi amacı ile kalsinörin inhibitörü (3 hasta), mikofenolat mofetil (1 hasta), azatioprin (1 hasta)

ve siklofosamid (1 hasta) kullanılmış fakat buna rağmen steroid dozunun azaltılması ve kesilmesinden ortalama 1–3 ay sonra nefrotik sendrom relaps olmuştur. Bu nedenle her 3 hastaya da RTX 500 mg intravenöz tek doz tedavisi uygulandı. Başlangıç ortalama serum kreatinin 0,9 ± 0,5 mg/dl, albümin 2,2 ± 0,4 g/dl ve 24 saatlik proteinüri 7,6 ± 5 gr/gün idi. RTX sonrası kalsinörin inhibitörü ve steroid tedavisine doz azaltılarak 1–1,5 ay daha devam edildi. Ritüksimab tedavisi ile hastaların tümünde tam remisyon elde edildi. Ritüksimab sonrası takip süresi yaklaşık 52,7 ay idi. İlk doz ritüksimab sonrası ilk hastada 6 ay, ikinci hastada 17 ay ve üçüncü hastada 14 ay sonra nefrotik sendrom tekrarladı ve yeniden ritüksimab ihtiyacı gelişti. İki hastada 6–15 ayda bir RTX kullanılması gerekti. Hastalarda bu süreçte sürekli steroid kullanılması gereksinimi ortadan kalktı.

Sonuç: Steroid bağımlı nefrotik sendromda RTX kullanımı sayesinde hastalarda steroid bağımlılığı ortadan kalkmış ancak hastaların bir çoğunda ritüksimab bağımlılığı gelişmiştir.

Anahtar Kelimeler: nefrotik sendrom, ritüksimab, steroid

Abstract: 0035

NON STEROİDAL ANTİENFLAMATUAR İLAÇLARA BAĞLI OTOİMMUN HEMOLİTİK ANEMİ VE AKUT İNTERSTİSYEL NEFRİT

Hülya Karadağ, Başar Aykent, Hale Jafarova, İzzet Hakkı Arıkan, Arzu Veliöğlu, Ebru Aşıcıoğlu, Mehmet Koç, Serhan Tuğlular, İshak Çetin Özener

Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

54 yaşında bilinen tiroid nodülü olan kadın hasta, Nisan 2017'de bulantı, kusma ve idrar miktarında azalma şikayetiyle başvurduğu merkezde kreatinin 13 gr/dl saptanıyor. Akut böbrek yetmezliği ön tanısı ile merkezimize yönlendiriliyor. Öyküsünde bel ağrısına bağlı yoğun non steroidal antienflamatuvar ilaç kullanımı olan hastanın hgb 10 g/dl, bun 98 mg/dl, kreatinin 14,37 mg/dl, ldh 245 U/L. Hasta anüri ve üremi nedeniyle hemodiyalize alınıyor. İdrar analizinde protein 3+ ve lökosit silindirleri saptanıyor. Hasta 3 kez hemodiyaliz tedavisine alınıyor. İleri tetkiklerinde viral serolojisi negatif, ANA negatif, ANCA's negatif, ENA profili negatif, C3-C4 normal ve serum protein elektroforezinde M piki saptanmıyor. İlaça bağlı akut interstisyel nefrit ön tanısı ile takip edilen hastanın takibinde otoimmün hemolitik anemi (hemoglobin düşüşü, ldh yüksekliği, direkt coombs pozitifliği, indirekt coombs pozitifliği ve cross uyumsuzluğu) bulguları gelişen hastaya 1 mg/kg/gün metilprednizolon tedavisi başlanıyor. Steroid tedavisi ile hastanın hemolitik anemisi düzeliyor. Renal fonksiyonları spontan normale geliyor. Kasım 2017'de hasta tek doz non steroidal antienflamatuvar ilaç kullanımı sonrası bulantı, kusma ve idrar miktarında azalma ile merkezimize başvuruyor. Tetkiklerinde hgb 12,6 g/dl, bun 56 mg/dl, kreatinin 2,55 mg/dl, ldh 1027 U/L, direkt coombs pozitif, indirekt coombs pozitif. Akut böbrek yetmezliği ile başvuran hastada eş zamanlı otoimmün hemolitik anemi varlığı tespit ediliyor. Hastaya 1 mg/kg/gün metilprednizolon tedavisi başlanıyor. Takiplerinde hemodiyaliz ihtiyacı gelişen hasta 3 kez hemodiyaliz tedavisine alınıyor. Renal biyopsi sonucu akut interstisyel nefritle uyumlu bulunuyor. Literatürde non steroidal antienflamatuvar ilaç kullanımına bağlı akut interstisyel nefrit gelişimi iyi bilinen bir antite olmasına rağmen otoimmün hemolitik anemiyle beraber akut interstisyel nefritin bir arada gelişmesi oldukça nadir bir durumdur. Bu olgu sunumu bilgimize göre literatürde non steroidal antienflamatuvar ilaçlara bağlı akut interstisyel nefrit ve otoimmün hemolitik aneminin bir arada olduğu ikinci vakadır.

Anahtar Kelimeler: akut interstisyel nefrit, non steroidal antienflamatuvar ilaç, otoimmün hemolitik anemi

Abstract: 0036**KALSİYUM DOBESİLATA'A BAĞLI GELİŞEN AGRANÜLOSİTOZ VAKASI****Hale Erbatır¹, Aslihan Sezgin², Tülin Fırat Tuğlular², Zekaver Odabaşı³**¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Anabilim Dalı³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Kalsiyum dobesilat 10 milyondan fazla hastada venotonik ajan olarak kullanılmaktadır ve başlıca endikasyonları diyabetik retinopati, akut hemoroid krizleri, kronik venöz yetmezlik tedavisidir. Kalsiyum dobesilat serbest radikalleri yok ederek, kapiller permeabilityyi artırarak, trombosit agregasyonu ve kan viskozitesini azaltarak etki göstermektedir. Literatürde kalsiyum dobesilata bağlı yan etkiler ilaç ateşi (%26), gastrointestinal yan etkiler (%12,5), cilt reaksiyonları (%8), agranülositoz (%4,3) olarak bilinmektedir. Bu bildiride kalsiyum dobesilat kullanımına bağlı gelişen bir febril nötropeni vakasından bahsedeceğiz.

Olgu: 43 yaşında kadın hasta bilinen hipotroidi nedeni ile 4 yıldır levotiroksin sodyum ve kronik venöz yetmezlik nedeni ile 2 aydır kalsiyum dobesilat kullanılmaktadır. Hasta acil servise birkaç gündür olan ateş, boğaz ağrısı ve ağız içinde yara şikâyet ile başvurdu. Fizik muayenede 39 derece ateş, orofarinkste grade 1–2 mukozit saptandı. Tetkiklerinde neutrofil: 0 lenfosit: 900 (Tablo1) saptanan hasta febril nötropeni tanısı ile yatırıldı ve antibiyotik tedavisi başlandı. Hastanın ileri incelemesinde periferik yaymada atipik hücre görülmedi. Batın görüntülemesinde karaciğer ve dalak boyutu normal olarak sonuçlandı. B12, folat ve demir ve ferritin seviyeleri normal sınırlar içerisindeydi. Viral seroloji (hbs Ag, anti Hbc IgM, anti HCV, anti HIV, anti toxoplasma IgM, anti rubella IgM, VCA IgM) negatif saptandı. ANA (anti nükleer antibody) ve ANCA negatif idi. Bu bulguların sonucunda hastaya G-CSF başlandı ve tedavinin 2. gününde neutrofil: 4100 lenfosit: 2400 saptandı. (Tablo1) Hastada enfeksiyöz nedenler ve hematolojik maliniteler ekarte edildi ve ilaç ilişkili agranülositoz tanısı konuldu.

Sonuç: Agranülositoz nadir görülen ve hayatı tehdit eden bir durumdur. İnsidansı 5/1 milyon/yıldır ve bunların %10 u fatal seyretmektedir. Agranülositoz vakalarının üçte ikisi ilaç ilişkilidir. Kalsiyum dobesilata bağlı agranülositoz vakaları son otuz yıldır bildirilmekte ve insidansı 1 milyon tedavi edilen hastada 0,32 vakadır. 60 yaşın üstünde ve 30 günden uzun kullanımda daha sık görülmektedir. Burda vurgulamak istediğimiz nokta agranülositozun ciddi bir yan etki olduğu ve tedavi başlangıcında fayda/zarar oranının göz önünde bulundurulması gerektiğidir.

Anahtar Kelimeler: agranülositoz, ilaca bağlı agranülositoz, kalsiyum dobesilat,

Tablo 1. Hastanın tam kan sayımı takibi

	Kalsiyum Dobesilat Öncesi	Kalsiyum Dobesilat 8. Haftası/Acil servis başvurusu	G-CSF 2. günü	Taburculuk Sonrası 4. Hafta
WBC *10 ³ /µL	8,6	1	7	9,7
NEU *10 ³ /µL	5,5	0	4,1	5,9
LYMPH*10 ³ /µL	2,5	0,9	2,4	2,4
MON*10 ³ /µL	0,5	0	0,5	1,2
EOS*10 ³ /µL	0	0	0	0
BAS*10 ³ /µL	0,1	0	0	0,2
HGB g/dL	12,9	10,9	12,9	12,8
PLT*10 ³ /µL	410	334	576	450

Abstract: 0037**MİKOZİS FUNGOİDES VE SEZARY SENDROMU****Çiçek Tunçer Durmaz**

Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

65 yaşında erkek hasta 10 yıl önce yüzde başlayan kaşıntı ve kızarıklık şikâyetlerinin şiddetlenmesi, kulak arkasında ve saçlı deride şişlik gelişmesi üzerine Eylül 2015 tarihinde Haydarpaşa Numune Hastanesine başvurmuş. Atopik dermatit, lepra, foliküler mikozis fungoides (MF) ön tanıları ile cilt lezyonlarından alınan biyopsi sonucu MF ile uyumlu gelmiş. Kasım 2015 Kemik iliği biyopsisinde sezary hücresi, lenfosit infiltrasyonu görülmemiş. Hastanın tedavisi roferon 1x3, asitren 35 mg/gün ve PUVA olarak düzenlenmiş, skalptaki kitlesel lezyonlara Kasım 2015-aralık 2016 tarihleri arasında radyoterapi uygulanmış ve %70 regresyon sağlanmış.

Hasta son 6 ayda giderek artan nefes darlığı şikâyeti ile Ocak 2017 tarihinde Marmara Üniversitesi EAH'ne başvurdu. Ocak 2017 tarihinde çekilen toraks BT'de bilateral aksilla ve mediastende santim sınırında lenf nodları, bilateral akciğer alt loblarda daha fazla olmak üzere birleşme eğilimi gösteren çok sayıda nodüler lezyonlar saptandı. Tanısal amaçlı Ocak 2017'de yapılan bronkoskopi BAL sonucu malignite negatif olarak sonuçlandı. Ocak 2017 PET-BT de hipermetabolik cilt kalınlaşma alanlarında tiroid kartilaj ve sol submandibuler alanda, sol frontal bölgede cilt kalınlaşma alanlarında yoğun (suvmax: 11,6); bilateral aksilladaki solda 13x20 mm lenf nodlarında orta düzey (suv max: 5), bilateral akciğer parankimini büyük ölçüde dolduran, birleşme eğilimli, büyüğü 4x5 cm boyutuna ulaşan boyut ve aktivite artışı gösteren (suv max: 11,9); bilateral inguinofemoral büyüğü 2x1,5 cm boyutunda orta düzeyde (suvmax: 6) FDG tutulumu saptandı. Şubat 2017 sol akciğerdeki multiple lezyonlardan transtorasik tru-cut biyopsi sonucunda T hücreli lenfoma infiltrasyonu, akciğeri infiltre eden belirgin nükleollü atipik lenfositler, ön planda mikozis fungoidesin akciğer tutulumu lehine yorumlandı. MF akciğer tutulumu tanısı ile nisan 2017 ve haziran 2017 tarihlerinde 3 kür gemsitabin tedavisi verildi. Gemisitabin 3. kür sonrası çekilen kontrol PET-BT bir önceki PET-BT ile karşılaştırıldığında bilateral akciğer parankimini dolduran sayı ve boyut artışı gösteren nodüller saptandı. Gemisitabin tedavisine klinik ve radyolojik olarak yanıtız olması üzerine hastaya pralatrexate kemoterapi ilacı için endikasyon dışı başvurusu yapıldı.

Anahtar Kelimeler: mikozis fungoides, sezary sendromu, cildin T hücreli lenfoması

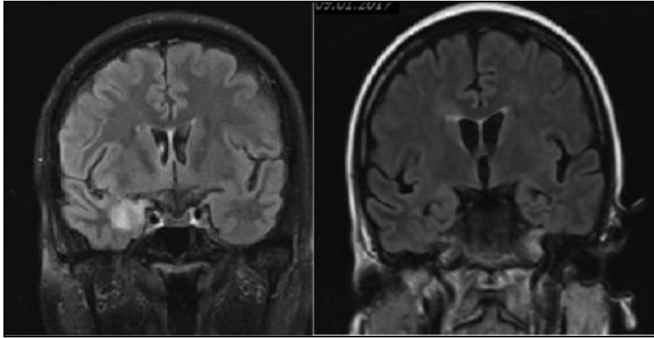
Abstract: 0038**ÜÇ DEFA TAM REMİSYONA GİREN PRİMER SANTRAL SİNİR SİSTEMİ LENFOMASI****Ceren Uzunoğlu¹, Fatma Geçgel², Tayfur Toptaş², Işık Atagündüz², Ayşe Tülin Tuğlular²**¹Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul²Marmara Üniversitesi, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Primer merkezi sinir sistemi lenfomalari, yaklaşık %90'ı Diffüz Büyük B Hücreli Lenfomalardan oluşan, yüksek gradeli ekstranodal Non-Hodgkin Lenfomalardır ve tüm beyin tümörlerinin %3'ünü oluşturur. İmmüsuprese olmayan hastalarda median başlangıç yaşı 60'dır ve erkeklerde kadınlardan 1,5 kat daha sık görülür. Beyinden, leptomeninglerden, spinal korddan ya da gözlerden kaynaklanabilir ve nadiren sinir sistemi dışına yayılır. Klinik, tutulum yerine göre değişiklik gösterir; fokal defisitler, intrakraniyal basınç artışına bağlı bulgular, derin beyin parankiminin (periventriküler bölgeler, bazal gangliyonlar, beyin sapı, serebellum vb.) tutulumuna bağlı nöbetler başvuru semptomu olabilirler. Hastaların risk grubunun saptanması ve prognozlarının belirlenmesinde IELSG (International Extranodal Lymphoma Study Group)'nin önerdiği beş başımsız parametre: yaş, ECOG performans skoru, serum LDH düzeyi,

BOS protein düzeyi, merkezi sinir sisteminde derin beyin parankiminin tutulumudur. Bu grubun yaptığı çalışma sonucunda, parametrelerden hiçbirinin olmaması veya bir tanesinin olması durumunda 2 yıllık sağ kalımları %80 civarında iken, dört veya beşinin de olması durumunda %15'lerde saptanmıştır. Primer SSS lenfoması için belirlenen remisyon kriterleri, tedavi sonunda SSS'nde radyokontrast tutan lezyon kalması, hastanın kortikosteroid kullanımına gereksinim duymaması, göz muayenesi ve BOS sitolojisinin normal bulunması olarak tanımlanmıştır. Bu vaka sunumunda 42 yaşında, bilinen kronik hastalığı olmayan kadın, tümör eksizyonu sonrası, radyoterapi almadan, Yüksek doz Metatroxate kemoterapisi ve otoplast kök hücre nakli (hazırlık Thiotepa ve ARA-C) olan; izleminde iki defa hastalığın nüks etmesine rağmen uygulanan R-MPV ve R-DeVIC kemoterapi rejimleri ile tam remisyon giren Primer SSS Lenfoması tanılı hastamız anlatılmıştır.

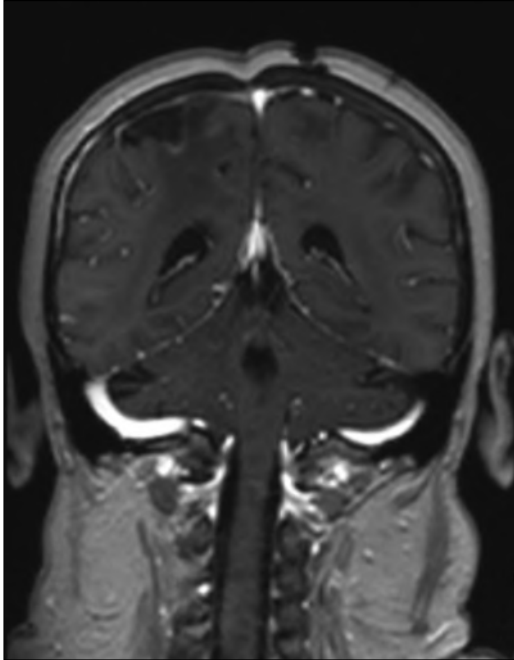
Anahtar Kelimeler: Lenfoma, Nüks lenfoma, Remisyon, SSS lenfoması

Hastanın ilk nüksü ve kt sonrası kranial MR kesiti



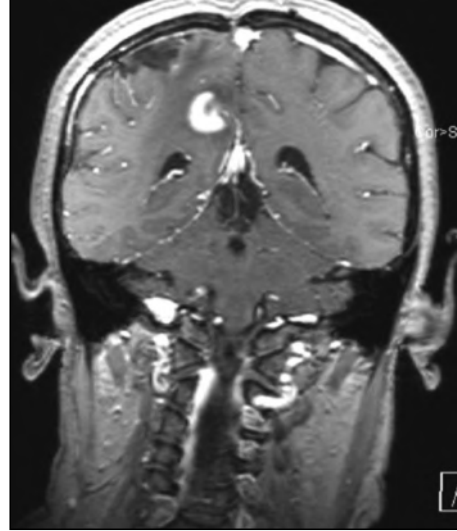
Resim 1. Tanı sonrası HD-MTX ve thiotepa ARA-C tedavisi alan hastanın yaklaşık bir yıl sonra sol vücut yarımında nöbet şikayeti ile saptanan sağ hipokampusta lezyon (A). R-MPV protokolü sonrası tam remisyon (B)

İkinci nüks sonrası tam remisyonun görüldüğü kranial MR kesiti



Resim 2. İkinci nüks sonrasında R-DeVIC protokolü ile parafalsiyan alandaki lezyonda tama yakın gerileme

İkinci nüksün saptandığı kranial MR kesiti



Resim 3. Ekim 2017'de tekrar nöbet şikayeti ile başvuran ve sağ parafalsiyan alanında saptanan lezyon

Abstract: 0039

MASİF SPLENOMEGALİSİ OLAN PORTAL VEN TROMBOZLU HASTADA MYELOFİBROZİS

Hacer Şahika Yıldız

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Portal ven trombozu nonsirotik portal hipertansiyonun önemli sebeplerindendir. Klinikte splenomegali, hipersplenizm, asit, portal hipertansiyona bağlı varis kanamaları olabilir. Vakamızda 2008 de portal ven trombozu ve 2012 de mezenter iskemi tanısı almış. Trombofilik etyolojiye yönelik yapılan tetkiklerde herhangi bir patoloji saptanmamış. Hastanın takiplerinde masif splenomegali olması ve buna rağmen trombosit seviyelerinin normal olması hematolojik hastalıklar açısından araştırılmaya bizi yöneltmiştir. Hematoloji konsültasyonu yapılan hastada JAK 2 mutasyon pozitifliği saptanmış ve yapılan kemik iliği biyopsisinde myelofibrozis tanısı almıştır. Vakamızda Myelofibrozis primer, sekonder ayrımı yapılamamış. Sonuç olarak hastada masif splenomegalinin gölgelediği eritrositoz a sekonder myelofibrozis olabilir, tromboza yatkınlık oluşturacak sebebi oluşturabilir. Ayrıca masif splenomegali myelofibrozis e bağlanmış olup, ruxolitinin tedavisi planlanmaktadır. Hastanın tedavi sonrası karın ağrısı, karında şişkinlik, hareket etmekte zorluk gibi şikayetlerinin gerileyeceği umulmaktadır. Portal ven trombozu ile gelen masif splenomegalisi olan hastalarda Hematoloji konsültasyonu düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: portal ven trombozu, myelofibrozis, masif splenomegali

Giriş: Portal ven trombozu nonsirotik portal hipertansiyonun önemli sebeplerindendir. Protrombotik durumlar ve intraabdominal durumlardan kaynaklanabilir. Akut, subakut, kronik olabilir. Kronik PVT nin en sık klinik bulguları; portal hipertansiyona bağlı varis kanamaları, splenomegali, hipersplenizm, asittir. PVT nedenleri; myeloproliferatif hastalıklar, Behçet, siroz, hcc, kollajen doku hastalıkları, portal venin tümör tarafından invazyonu veya kompresyonu, proetin c, s, antitrombin 3 eksikliği, faktör v leiden, protrombin gen mutasyonu, PNH, hiperhomosistinemisi, ibh, abdominal sepsis, omfalit, oks, pankreatit, hamilelik, retroperitoneal fibrozis, travma, tıps, batin cerrahisidir. Myeloproliferatif hastalıklar; Polisitemia vera, Esansiyel trombositoz, KML, Primer myelofibrozis den oluşur. Klinik ve laboratuvar olarak MPH düşünülen hastalarda JAK 2 bakılır. JAK 2 pozitif gelen hastalarda DSÖ kriterlerine göre MPH alt tipi belirlenir.

Vaka: F. Y. 48, Erkek hasta 2008 yılında karın ağrısı ile dış merkeze başvuran hastaya Portal ven trombozu tanısı konmuş. O dönem 6 ay ile 1 yıl kadar Coumadin kullanan hastaya kontrolde trombüsün açıldığı söylenmiş, hasta kendiliğinden antikoagulan tedaviyi kesmiş. 2012 yılında karın ağrısı ile Acil e başvuran hastanın batın hassasiyeti olması üzerine çekilen Batın BT de superior mezenterik ven ve portal vende tromboz saptanmış, takiplerinde pnömointestinalis gelişen hasta operasyona alınmış. Yaklaşık 100 cm ince barsak rezeksiyonu, jejunostomi açılmış, yaklaşık 6 ay sonra jejunostomi kapatılmış. Gastroenterolojide PVT, PHT ve Mezenter iskemi nedeni ile takipli hasta anemi ve tromboz nedeni ile Hematoloji poliklinikten tetkik ediliyor. (2015 aralık-şubat 2016) Lab: WBC: 9800, HB: 10,9, MCV: 81 PLT: 204bin RET: %2,4 Sedim: 50 Biyokimya: BFT, KCFT normal, LDH: 406 Anemi paneli; ferritin: 533 vit b12:901 folik asit: 6,4 TSH: 0,91 SPE M piki yok, SİF MKB yok. Trombofili paneli; Protein C: 70, Protein S: 42 Antitrombin III: 114 INR: 1,69, PT: 20 APTT: 31,8 Fibrinojen: 560 D Dimer: 0,27 ANA negatif Antikardiyolipin antikorlar negatif, Anti Beta 2 glikoprotein antikorlar negatif, Antifosfolipidlerin antikorlar negatif (2 kez bakılmış) PNH paneli negatif Faktör V Leiden mutasyonu yok Protrombin Gen mutasyonu yok Hematolojiden o dönem trombofiliye yatkınlık oluşturacak patoloji saptanmayıp Gastroenterolojiye yönlendiriliyor. AF açısından Kardiyoloji kontrol öneriliyor. EKG normal, AF yok Gastroenterolojide takipleri sırasında masif splenomegalisi ve anemisi olan, masif splenomegalie rağmen Plt seviyeleri normal olan hasta 2017 Haziran da tekrar Hematolojiye yönlendiriliyor. JAK 2 mutasyonu pozitif olması nedeni ile hastaya Kemik iliği biyopsi planlanıyor. Eylül 2017 de yapılan kemik iliği biyopsi sonucu; kemik iliğinin tamamına yakını kaplayan Grade 3 Myelofibrozis, megakaryositlerde hafif artış, eritroid ve granulositer seride azalma ile uyumlu olan hastada primer, sekonder ayrımı yapılamamış. Hastaya Ruxolitinib tedavisi planlanıyor. Görüntülemeler 2013 Portal Doppler USG->KC 170 mm, konturları düzgün, diffüz hipoeoik, heterojen, Dalak 207 mm, portal vende kavernomatöz transformasyon 2016 Nisan Portal Doppler USG->Dalak 220 mm 2017 Haziran Batın MR->KC 200 mm, parankim doğal, sınırları düzgün, dalak indeksi 3800, masif splenomegali, portal hipertansiyon, portal trombüs, kavernomatöz transformasyon 2017 Eylül Batın BT->Kc 210 mm, düzgün konturlu, masif splenomegali, pvt, pht kavernomatöz transformasyon, kemik yapılarında dansite artışı Gastroskopi varis, portal gastropati Kolonoskopi normal 3 Boşluk BT malignite yok, hsm, portal hipertansiyon bulguları Coumadin ve dideral kullanıyor. Hasta karın bölgesindeki şişkinlikten, ağrıdan şikayet ediyor. FM de dalak inguinal bölgeye kadar palpabl, asit yok.

Sonuç: Alttı yatan hastalık olmayan ve tromboza yatkınlık oluşturan durum saptanmayan hastada masif splenomegali, splenomegalie rağmen trombositin normal seviyelerde olması ve anemi olması nedeni ile ileri tetkik edilmesi için hasta tekrar Hematolojiye danışılmıştı. Hastada JAK 2 pozitif saptanmış, Ki biyopsi ile Myelofibrozis saptanmış olup, primer sekonder ayrımı yapılamamış. Hastada Masif splenomegalinin maskeleydiği eritrositoz tablosu görülmemele birlikte hasta PV sekonder Myelofibrozis olabilir. Bu durumda tromboza yatkınlık oluşturmuş olabilir. Portal ven trombozlu hastalarda masif splenomegali geliştirse, hem tromboza yatkınlık oluşturacak MPH hastalıklar, hemde masif splenomegali etyolojinin aydınlatılması amaçlı Hematoloji konsültasyonu düşünülebilir.

Abstract: 0040**KRONİK RENAL YETMEZLİKLİ HASTADA MAKSİLLER BROWN TÜMÖR İLE PRESENTE OLAN PARATİROİD KARSİNOMU**

Tuğba Kaya, Eren İmre, İzzet Hakkı Arıkan, Dilek Gogas Yavuz

Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Paratiroid karsinomu nadir ve ciddi hiperparatiroidi tablosu ile hızlı seyreden bir hastalıktır. Paratiroid karsinomunda sıklıkla rastlanan klinik boyunda kitle, belirgin hiperkalsemi ve yüksek serum parathormon (PTH) konsantrasyonları olmakla birlikte tanı cerrahilerden sonra patolojik değerlendirme ile konulmaktadır.

Bu çalışmada kronik renal yetmezlik ile hemodiyaliz tedavisi almakta olan, maksiller ve mandibular bölgede brown tümörler ve sınırdışı hiperkalsemi ile seyreden paratiroid karsinomu olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 2011 yılından beri piyelonefrite sekonder kronik renal yetmezlik ile hemodiyaliz tedavisi altındaki yirmi sekiz yaşında kadın hasta sağ üst çene kemiğinde 2 yıldır sürekli büyüyen şişlik-kitle nedeni ile başvurdu. 2015 yılında kitleden yapılan iğne biyopsi sonucu dev hücreli granulozla uyumlu olarak raporlanmış. 2016 yılındaki tetkiklerinde iPTH: 1609 pg/ml, kalsiyum (Ca): 10,8 mg/dl, fosfor: 6 mg/dl Kr: 5,6 mg/dl. Boyun USG de tiroid sağ orta posteriorde 9x11 mm, sol orta kesim posteriorde 12x8 mm paratiroid adenom şüphesi taşıyan hipoeoik solid lezyonlar mevcuttu. Paratiroid sintigrafide tiroid sol lobu orta-alt posteriorde fokal yüksek düzeyde Tc-99 m MIBI tutulumlu paratiroid adenomla uyumlu 12 mm lezyon, Kemik sintigrafisinde sol parietal kemikte 2 cm çaplı, maksilla sağ kesimde 2,5 cm ve sağ nazal kanatta 1 cm Brown tümör ile uyumlu lezyon raporlandı.

Hastaya paratiroidektomi ve sağ maksiller kemikten insizyonel biyopsi yapıldı. Post-op 1. günde aç kemik sendromu gelişti serum Ca: 5,5 mg/dl, fosfor 3,7 mg/dl, PTH 21 pg/ml, ALP: 519 idi. Chvostek ve Trousseau pozitif. Hastaya intravenöz ve oral kalsiyum ve kalsitriol 2x 50 mcg başlandı, 1 hafta i. v kalsiyum ihtiyacı süren vaka taburcu edilirken serum Ca: 7,9, Patolojik değerlendirme paratiroid karsinomu ve Brown tümör ile uyumlu geldi. PET-BT incelemesinde metastaz ve rezidü saptanmadı.

Yorum: Paratiroid karsinomu, son dönem kronik böbrek yetmezliği olan ve genç yaşlarda nadir görülür. Brown tümör ve post op aç kemik sendromu gelişimi muhtemelen agresif paratiroid karsinoması ile ilişkilidir. Paratiroid karsinoma nüks ve metastaz açısından yakın takip gerektirir

Anahtar Kelimeler: hiperparatiroidi, paratiroid karsinomu, Brown tümör

Abstract: 0042**KANAMA DİATEZİ İLE BAŞVURAN MULTİPLE MİYELOM VAKASI**Aydan Mütiş¹, Yıldız İpek², Işık Atagündüz², Fatma Geçgel², Tülin Tuğlular²¹Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı²Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Hematoloji Bilim Dalı

Multiple miyelom, monoklonal immunglobulin artışı ile seyreden malign plazma hücre hastalığıdır. IgG alt tipin de %15, IgA ve IgM alt tiplerin de ise %30 'dan fazla kanama diatezi görülebilir.

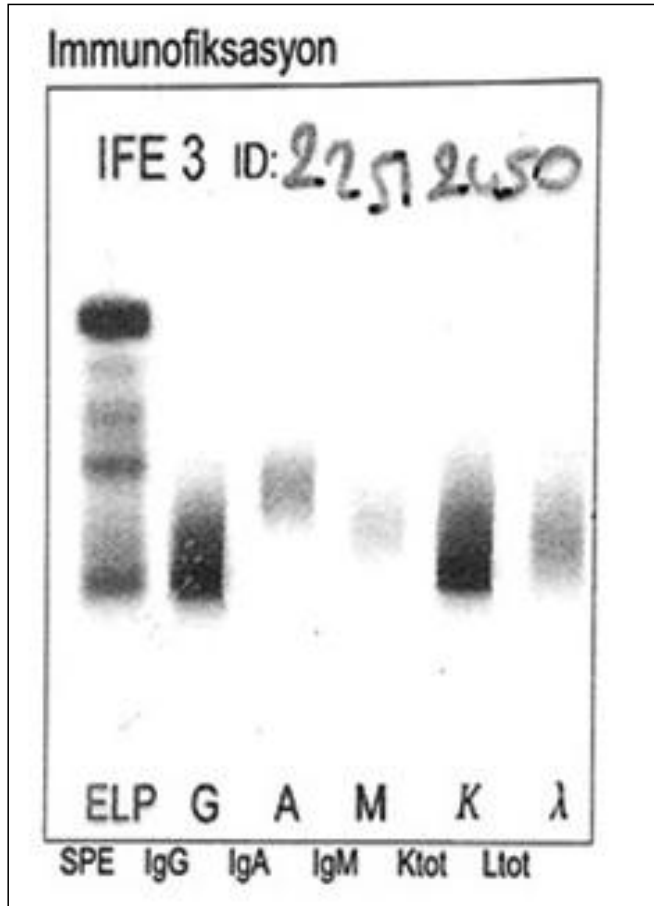
48 yaşında kadın hasta yaklaşık 2 haftadır olan bel ağrısı, hematuri, hematemez şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Fizik muayanesinde alt ekstremitelerinde birkaç adet ekimotik odak dışında özellik yoktu. Yapılan tetkiklerin de; anemi, sedimentasyon ve kreatin yüksekliği ve koagülopati (INR 18, PT 120 sn) saptandı (Tablo 1). Etiyoloji tetkik

açısından ENA profili, viral seroloji, idrar sedimenti, periferik yayma, mixed test gönderildi. ENA profili, viral seroloji negatif, anemi parametrelerinde özellik yoktu. İdrar sedimentinde izomorfik eritrositler ve periferik yaymada lenfoplazmositer hücreler görüldü. Mixed test sonucu Faktör eksikliği lehine geldi. Bu nedenle faktör düzeyi gönderildi. Faktör 2 ve 9 eksikliği saptandı (Tablo 2).

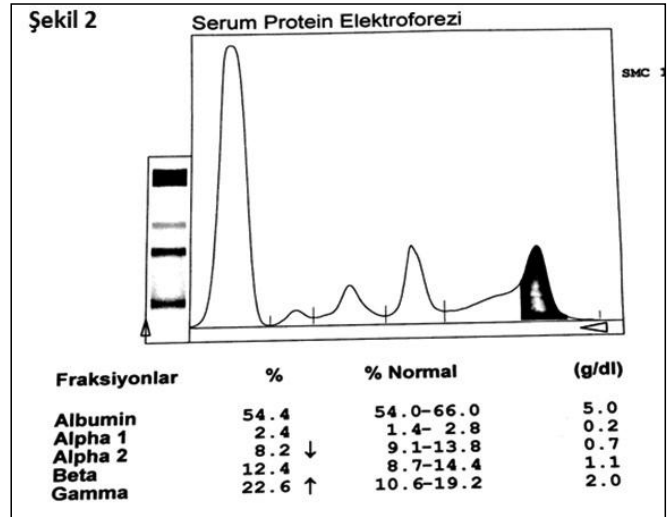
Hastada multiple miyelom düşünülerek protein elektroforezi, serum ve idrar immunofiksasyon testleri istendi. Serum protein elektroferozinde M piki 1,1 g/dl, serumda serbest kappa/lamda 313, serum immunifikasyonunda da IgG kappa bandı izlendi (Tablo 3, Şekil 1-2). Bunun üzerine PET-CT çekildi ve kemik iliği biyopsi yapıldı. Pet-CT sonucu kemiklerde yaygın litik lezyonlar görüldü. Kemik iliği biyopsi sonucu plazma hücreli neoplazi kappa monoklonal kemik iliği tutulumu saptandı. Hastamızda masif pulmoner hemoraji gelişmesi üzerine üç kez plazmaferez uygulandı. Hastamızda ön planda Kappa hafif zincir birikimine bağlı olarak faktör düzeylerinin etkilendiği ve buna bağlı olarak kanama diatezi geliştiği düşünüldü. Multiple miyelom tedavisi açısından kemoterapisi planlandı.

Multiple Miyelom hastaların da sıklıkla koagülasyon testlerinde bozulma olabilir. Trombin zamanı uzaması (%64), fibrin yıkım ürünleri artışı (%32), trombosit agregasyon testlerin de bozulma (%30-55), kanama zamanı da uzama (%22) görülen anormalliklerdir. Vakamızda ön planda kanama diatezinin faktör 2 ve 9 düzeyinin etkilenmesine bağlı geliştiği görüldü. Literatürü incelediğimizde hafif zincirlerin faktör düzeylerini etkileyebileceği buna bağlı olarakta klinikte aşikar kanama diatezine neden olabileceği bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: multiple miyelom, kanama diatezi, faktör 2 eksikliği



Şekil 1. immunifikasyon sonucu



Şekil 2. protein elektroforezi

Tablo 1. Geliş laboratuvar sonuçları

Lökosit sayısı	15400
HGB	10,6 g/dl
PLT	92000
Protrombin zamanı	120 sn
INR	18
APTT	50,3
Fibrinogen	196 mg/dl
D dimer	2,34ug/d
Kreatin	3,58 mg/dl
LDH	264u/l
Kalsiyum	12,1 mg/dl
Ürik asit	14,63 mg/dl
Beta 2 mikroglobulin	13459ng/l
Seidmentasyon	117 mm/h
Total protein	8,3 g/dl
Albumin	4,1 g/dl

Tablo 2. Mixing test sonuçları

PT	42,6 sn
INR	4,75 sn
APTT	65,6 sn
PT (0. dk)	46,2 sn
PT (mix 5. dk)	20,2 sn
PT (mix 120. dk)	17,9 sn
APTT (0. dk)	64,9 sn
APTT (mix 5. dk)	47,2 sn
APTT (mix 120. dk)	52,5 sn
Faktör 2 düzeyi	%3 (%70-%120)
Faktör 9 Düzeyi	%1 (%60-%150)

Tablo 3. Multiple miyelom paneli	
IgG	20,3 g/dl (6–16,6 g/dl)
Kappa hafif zincir	19,3 g/dl (6,2–13,5 g/dl)
Lamda hafif zincir	4,17 g/dl (3,13–7,23 g/dl)
Kappa/lamda	4,63 (1,53–3,29)
Serbest kappa hafif zincir serum	2414 mg/dl (3,13–19,4 mg/dl)
Serbest lamda hafif zincir serum	7,7 mg/dl (5,71–26,3 mg/dl)
Serbest kappa/lamda serum	313,51 (0,26–165)

Abstract: 0045

ANTERİOR MEDIASTEN YERLEŞİMLİ EKTOPIK PARATIROID ADENOMUNA BAĞLI PRİMER HİPERPARATIROIDİZM OLGUSU

Gülçin Halise Tokdemir¹, Ahmet Sait Bulut¹, Gamze Yanaş¹, Taner Tan¹, Gizem Ayasgil Ulaş¹, Neslihan Hatunoğlu¹, Ecem Köseoğlu¹, Halil Tözüm²

¹Istanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Primer hiperparatiroidizmin %85 nedeni adenomlardır. Hiperparatiroidizme neden olan paratiroid adenomlarının %5–10'u ektopik yerleşimlidir. Bu olgu sunumunda anterior mediasten yerleşimli ektopik paratiroid adenomuna bağlı primer hiperparatiroidizm nedeniyle asemptomatik hiperkalsemi gelişen olguyu tartıştık.

Giriş: Paratiroid bezi parathormon aracılığıyla kalsiyum ve kemik metabolizmasında rol oynar. Boyunda tiroid bezinin arkasında alta ve üstte ikişer olmak üzere dört adettir. Alt paratiroid bezleri, embriyonel gelişim sırasında timusla beraber göç etmektedir. Embriyolojik olarak uzun göç yolundan dolayı, alt paratiroid bezlerinde üstteki paratiroid bezlerine kıyasla ektopik yerleşim daha sık görülmektedir. Primer hiperparatiroidizm, paratiroid bezinden aşırı parathormon üretiminin olduğu, hiperkalsemi ile seyreden bir hastalıktır. Primer hiperparatiroidizmin nedenleri paratiroid adenomu (%85), paratiroid hiperplazisi (%13) ve paratiroid karsinomları (%1–2). Paratiroid adenomları genelde normal anatomik yerleşimlerinde iken %5–10 vakada ektopik yerleşimlidir. Ektopik paratiroid adenomlarının %95'i timusta, %5'i ise mediastendedir. Bu olguda asemptomatik hiperkalsemi ve hiperparatiroidi ile başvurmış anterior mediasten yerleşimli ektopik paratiroid adenomu olan bir hasta anlatılmaktadır.

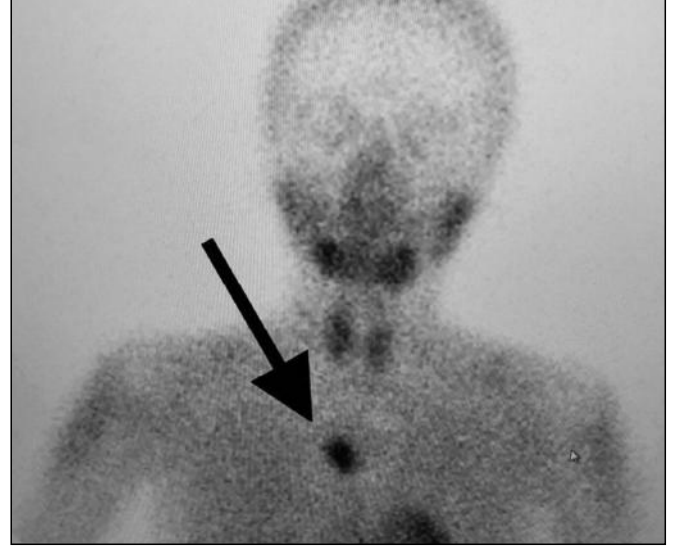
Olgu: Kırk yedi yaşında kadın hasta, rutin kan tetkiklerinde kalsiyum: 11,2 (8,5–10,5) saptanması üzerine ileri tetkik için dahiliye polikliniğine yönlendirilmiş, dahiliye polikliniğinde yapılan tetkiklerinde, kalsiyum: 13 mg/dl, fosfor: 1,9 mg/dl (2,8–5,0), 25-OH D-Vitamin: 14 ng/ml (30–50), PTH: 653pg/ml (12–72) görülünce primer hiperparatiroidi ile servisimize yatırıldı. Hastanın özgeçmişinde kronik hastalık yoktu. Boyun ultrasonografisinde, tiroid bezi normaldi. Bilateral tiroid lojunda paratiroid adenomu ile uyumlu lezyon saptanmadı. Hastanın paratiroid sintigrafisinde anterior mediastende MIBI akümülyasyonu izlenmiştir ve ektopik paratiroid adenomunu desteklemektedir. (Resim 1).

Toraks BT'sinde, anterior mediastende 2,5 cm yumuşak doku lezyonu görüldü. Göğüs cerrahisi konsültasyonu istendi. Hastaya timektomi ve paratiroid adenomektomi gerçekleştirildi. Postoperatif 3. günde serum Ca ve PTH normale geriledi. Çıkarılan materyalin histopatolojisi ektopik paratiroid adenomu ile uyumlu geldi.

Tartışma: Primer hiperparatiroidinin en sık nedeni paratiroid adenomlarıdır. Ektopik paratiroid dokusunun tanımlanmasında en

etkili görüntüleme yöntemi sintigrafidir. Bizim hastamızda da, boyun ultrasonu ile adenomu tespit edemediğimiz için toraks BT ve Tc-99m sestamibi sintigrafisi ile ektopik adenomu ortaya koyabildik.

Anahtar Kelimeler: Ektopik Paratiroid Adenomu, Hiperkalsemi, Primer Hiperparatiroidizm



Resim 1.

Abstract: 0048

SAĞ KALP KATETERİZASYONU SONRASI NADİR BİR KOMPLİKASYON; NON-KARDİYOJENİK AKCİĞER ÖDEMİNE İKİNCİL AKUT SOLUNUM YETERSİZLİĞİ

İlkay Ergenç¹, Semiha Emel Eryüksel², Sait Karakurt²

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım Anabilim Dalı, İstanbul

Bronşektaziye bağlı solunum yetersizliği (FEV1:0,7L, %17) nedeniyle akciğer transplantasyonuna hazırlanan 24 yaşında erkek hastada, sağ kalp kateterizasyonu sonrasında ani solunum sıkıntısı gelişti. İşlem öncesi yakınmasız olan (SO2 %92) hastada, kateterizasyon sırasında komplikasyon yaşanmadığı, sistemik ilaç ve kontrast madde kullanılmadığı, sadece lokal anestezi uygulandığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde; TA: 135/86 mmHg Nb: 186/düzenli, ateş: 36,9°C, SO2 %81 (6 lt/dk maske ile oksijen) saptandı. Boyun venöz dolgunluğu, siyanoz veya cilt altı amfizem izlenmedi. Solunum sayısı 46/dk/düzenli, solunum sesleri normal. Kalp sesleri taşikardi dışında normal. EKG: Sinüs taşikardisi.

AKG (6 lt/dk O2): pH: 7,34 pCO2:62 pO2:51 sO2:81 HCO3:31,3 Laktat: 2,4

Akcığer grafisi: Yeni gelişen bilateral yaygın yoğunluk artışı izlendi.

Ekokardiyografi: Normal

Laboratuvar: Lökosit: 98800/mL Nötrofil: 96600/mL Hgb: 13,9/dL, Trombosit: 488000/mL, Periferik yayma: %92 Nötrofil, %1 Çomak %6 Lenfosit ve %1 monosit izlendi, trombosit ve eritrosit morfolojisi normal. Kardiyak enzimler, böbrek fonksiyon testleri, transaminazlar, elektrolitler normal bulundu.

Tartışma: Sağ kalp kateterizasyonu sonrasında aniden gelişen solunum sıkıntısı, hipoksemi ve hiperkapni sinüs taşikardisi ile prezante olan, PaO2/FiO2 100 olan, nötrofil hakimiyetinde hiperlökositoz'un eşlik ettiği hastaya, non-kardiyojenik akciğer ödemi ne bağlı akut hipoksemik ve hiperkapnik solunum yetmezliği tanısı konuldu.

Allerji semptom ile bulguların olmaması ve yüksek doz steroid ile düzelmemesi ile allerjik reaksiyonlar, EKO'nun normal olması ve akciğer grafisinde pulmoner venöz hipertansiyon olmaması nedenleriyle sol kalp yetersizliği, malinite olmaması ve lökostaşa bağlı diğer periferik bulguların olmaması nedenleriyle lökostaz dışlandı.

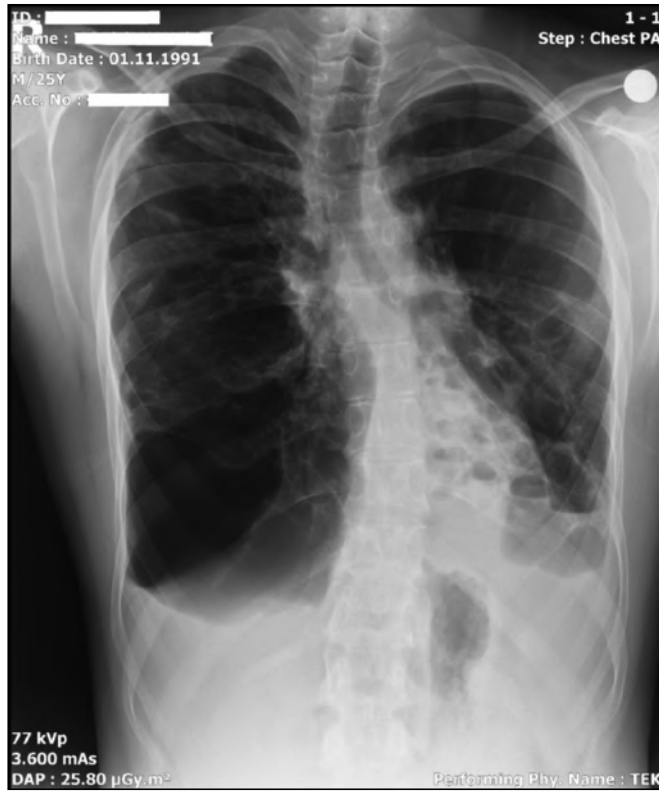
Hava embolisi, sağ kalp kateterizasyonunun en sık görülen ve genellikle hastada soruna neden olmadığı için gözden kaçan komplikasyondur. Diğer nedenlerin dışlanmasıyla hastanın kliniğinin hava embolisine bağlı olabileceği düşünüldü.

NIMV (BIPAP-ST 15/5 cm H₂O), bronkodilatör ve O₂ tedavisi verildi. Hasta 2 gün içinde tam düzelme ile YBÜ'den servise çıkarıldı.

Sonuç: Sağ kalp kateterizasyonu sırasında hava embolisine ikincil olarak geliştiği düşünülen non-kardiyojenik akciğer ödemi ile ilişkili akut solunum yetersizliği hastası pozitif basınçlı ventilasyon ve medikal destek tedavisi ile iyileşek YBÜ'den taburcu edildi.

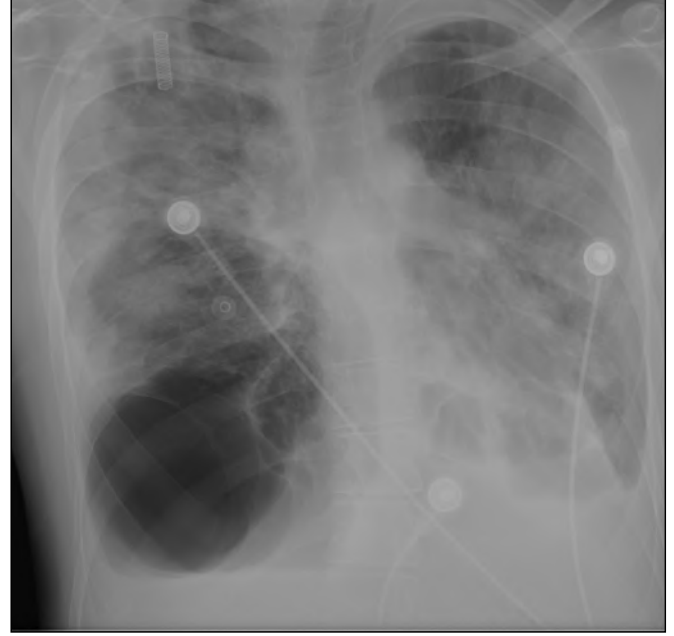
Anahtar Kelimeler: nonkardiyojenik akciğer ödemi, sağ kalp kateterizasyonu, hava embolisi, solunum yetmezliği

İşlem Öncesi PAAG



Resim 1. Sağ alt bölge dış kesiminde hava kisti, Sol alt bölge belirgin bronşiektazi alanları, Sol sinüs kapalı ve Sağda daha belirgin bilateral apekslerde plevral kalınlaşmalar izlenmektedir

İşlem sonrası PAAG



Resim 2. Yeni gelişen bilateral yaygın yoğunluk artışı izlenmektedir.

Abstract: 0050

KİLO KAYBI VE KREATİNİN YÜKSEKLİĞİ İLE BAŞVURAN OLGU

Pınar Erel

Marmara Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

79 yaşında, kaptan, ilköğretim mezunu, evli, 3 çocuk sahibi, Ümraniye'de yaşayan erkek hasta; 4 ayda 10 kilo kaybı ve halsizlik şikayetiyle başvurdu. Nisan 2017'de karın ağrısı sebebiyle yapılan kolonoskopi sonucu transvers kolonda polip, inen ve sigmoid kolonda divertiküller; gastroskopi sonucunda eroziv pangastrit saptanmış. Biyopsi sonucu tübüler adenom, düşük dereceli displazi olarak sonuçlanmış. Ekim 2017'de aile hekimi tarafından crp ve kreatinin yüksekliği sebebiyle tarafımıza yönlendirilen hastanın gelişinde fizik muayenesinde patolojik bir bulgu saptanmadı. BUN: 42 kreatinin 1,92, (bazal kre: 0,9) hgb: 7,7 crp: 60; tam idrar tetkikinde hemoglobin +++, protein eser, eritrosit 12 adet ölçüldü. Spot idrar sodyumu 51 geldi. Periferik yaymasında 1 atipik mononükleer hücre dışında patolojik bulgusu yoktu. Üriner ultrasonunda sağda grade 1 renal parankimal hastalık lehine bulgu saptandı. Akut böbrek yetmezliği ve anemi tablosu olan hastanın serum protein elektroforezinde beta-gamma köprüleşmesi saptanması üzerine yapılan hepatobilier ultrasonunda karaciğer konturları düzgün longitudinal uzunluğu 165 mm ve dalak çapı uzun eksende 156 mm saptandı. Hastanın idrar sedimi incelemesinde dismorfik eritrositler saptandı. 48 saat arayla iki defa genel durumunu bozmayan ateş yüksekliği olan hastanın enfeksiyon sorgulamasında özellik yoktu. Dinlemekle kardiyak 3/6 şiddetinde üfürüm duyuldu, 3 set kan kültürü alındı. Transtorasik ekokardiyografisinde dilate asendan aorta, dilate sol atrium, kalsifik ve miksamatöz aort kapak, hafif aort yetersizliği, dejeneratif mitral kapak orta ekzantrik mitral yetersizliği saptandı. Roth spot açısından yapılan göz dibi muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. RF: 36 olarak ölçüldü. Kan kültüründe iki şişede *Enterococcus Faecium* üreyen hastaya İnfektif Endokardit ön tanısı ile Ampisilin ve Daptomisin başlandı. Yapılan transözefageal ekokardiyografide ileri mitral yetersizlik, atriyal yüzde 6 mm çaplı vejetasyon; orta aort yetersizliği ve ventriküler yüzde 8 mm çaplı vejetasyon izlendi. Kalp ve damar cerrahisine danışılan hastaya cerrahi önerildi, ancak hasta kabul etmedi. Antibiyoterapisinin 6 haftaya tamamlanması planlanan

hastanın antibiyotik altında akut faz reaktanları geriledi, ateş yanıtı alındı. Nefroloji ve Enfeksiyon Hastalıkları poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: glomerülonefrit, infektif endokardit, kilo kaybı

Author To Editor: Hastaya planlanmış olan PET-CT aktif enfeksiyon tablosu sebebiyle ertelendi. Antibiyoterapi altında hastanın genel durumu iyi seyretti, konstitusyonel semptomları geriledi. Ancak takibinde antibiyotik altında bacaklarda gelişen kaşıntılı lezyonlardan vaskülit ön tanısı ile alınan biyopsi sonucu taburculuk sonrasında epidermiste nötrofilik mikroabse ve dermiste; süperfisyal perivasküler eozinofilleri de içeren nötrofil lökosit zengin inflamasyon, ekstrasvaze eritrositler olarak sonuçlanmış.

Abstract: 0052

ZOLEDRONİK ASİD TEDAVİSİNE SEKONDER GELİŞEN PANSİTOPENİ VAKASI

Ali Çetin¹, Eren İmre², Dilek Gogas Yavuz²

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Şiddetli hiperkalsemi tedavisinde antiosteoklastik tedavi i. v hidrasyon ve forse diürez tedavisi ile birlikte kullanılmaktadır. İ. V bisfosfonatlar (zoledronik asit ve pamidronat) ilk seçeneklerdir. Burada primer hiperparatiroidi zemininde gelişen ciddi hiperkalsemi tedavisi amacı ile uygulanan zoledronik asit tedavisinin ender bir komplikasyonu pansitopeni olgusu sunacağız.

Olgu Sunumu: 49 yaşında nefrolitiazis öyküsü ve 1 yıldır kas-kem ağrısı, halsizlik şikayeti olan kadın hasta şiddetli bulantı-kusma nedeniyle acile başvurdu. Tetkiklerinde Ca: 14,5 mg/dl saptanan hastanın tedavi amacıyla yatışı yapıldı. Ca: 14,5 mg/dl, P: 1,98 mg/dl, alb: 4,4 gr/dl olan hastanın paratiroid sintigrafisinde; tiroid glandı sağ lob alt pol inferioposterior komşuluğunda 2 cm boyutlu geç görüntülerde fokal MIBI tutulumu izlenen paratiroid adenomu ile uyumlu nodül saptandı. Operasyon planlanan hastanın Ca: 14,5 olması nedeniyle operasyon öncesi dönemde iv hidrasyon, loop diüretik ve zoledronik asit 4 mg iv tedavisi uygulandı. Zoledronik asit infüzyonu öncesi wbc: 5100/ml, Hgb: 12 gr/dl, PLT: 300000/ml olan hastanın tedaviden bir gün sonra hemogramında WBC: 3100/ml, Hgb: 10,2 gr/dl, PLT: 125000/ml saptandı. Hastanın kanaması izlenmedi Hematoloji bölümüne konsülte edildi. Zoledronik aside sekonder pansitopeni düşünüldü. Takibinde günlük olarak (WBC/Hgb/PLT) 2600/9,1/122000, 2700/9,6/125000, 3200/9,5/142000, 3200/9,9/160000 ve 4000/10,9/192000 olarak saptandı. i. v zoledronik asit uygulamasından 3 hafta sonra opere edip paratiroid adenomu rezekt edilen hasta Ca: 9,4 P: 3,37 Alb: 3,8 WBC: 4400 Hgb: 10,5 PLT: 201000 saptanarak taburcu edildi.

Sonuç: Zoledronik aside bağlı gelişen ateş, döküntü, eklem ağrısı, kas güçsüzlüğü, grip benzeri semptomlar, aritmi, çene osteonekrozu gibi yan etkiler iyi bilinmektedir. Pansitopeni ya da sitopeni tabloları daha nadir gözlenmektedir. Bu olgu sunumunda olduğu üzere zoledronik infüzyonu sonrası sitopeni açısından hemogram takibi yapılması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: zoledronik asit, pansitopeni, hiperkalsemi

Abstract: 0053

RİSPERDAL KULLANIMI SONRASI GELİŞEN 'DRESS SENDROMU'

Tuğba Memiş, Umut Emre Aykut, Abidin Gündoğdu, Haluk Tarık Kani

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: DRESS sendromu, ateş, deri döküntüleri, hematolojik anormaller, lenfadenomegali ve iç organ tutulumuyla karakterize olan ciddi bir ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonudur. İlaç maruziyetinden sonra 2 ile 8 haftaya kadar olan latent dönem ve ilaç kesilmesine karşın sık relaps ile karakterizedir. Literatürde en sık antiepileptik grubu ilaçlar ile bildirim yapılmıştır. Sendromun İç organ tutulumu; hepatit, böbrek tutulumu, interstisyel pnömoni, myokardit, farenjit, ensefalit, GİS kanaması gibi geniş bir yelpazede olmakla birlikte, mortalite oranı %10 civarındadır. Bu olguda risperdal sonrası akut hepatit kliniği ile başvuran DRESS Sendromundan bahsedeceğiz.

Olgu Sunumu: Bilinen şizofreni ve epilepsi tanıları olan 22 yaşında erkek hasta, Acil servise ateş, döküntü ve ele gelen şişlik şikayeti ile başvurmuş. 5 yıldır karbamezapin ve 50 gündür risperdal kullanmakta olan hastanın fizik muayenesinde tüm vücutta yaygın hiperemik squamli birleşme eğiliminde papüler lezyonlar ile bilateral yaygın en büyüğü 2,5 cm çapta ağrılı lenfadenomegali saptandı. Bakılan tetkiklerinde lökositoz, transaminaz değerlerinde 10 kat artış ve INR'si 1,5 olduğu görüldü. Hastanın kullandığı ilaçlar kesildi. Hastanın kan kültürlerinde üreme saptanmadı. Çekilen Batın BT'de hepatomegali, periportal sıvı, mezenterik lenfadenomagali saptandı. Bakılan Hepatotropik virüsler, hepatit serolojisi ve otoimmün markerları negatif saptandı. Mevcut klinik yeni başlanan risperdal ilişkili DRESS Sendromu düşünülerek sistemik steroid tedavisi başlandı. Steroid tedavisi sonrasında hızla kliniği ve laboratuvarı düzelen hasta taburcu edildi.

Tartışma: DRESS sendromu, ilaçlarla tetiklenen, kutanöz, hematolojik ve solid organ tutulumlarının eşlik ettiği şiddetli bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Yüksek mortalite oranları nedeniyle sendromun erken tanınması çok önemlidir. RegiSCAR grubunun belirlediği potansiyel DRESS vakası kabul edilme kriterlerine göre bu vakada 6 kriter pozitif saptanmıştır. Bu vakada olduğu gibi yaygın döküntü, akut hepatit gibi ciddi organ tutulumu, yaygın lenfadenomegali, hematolojik tutulum ve ateş kliniği olan olgularda ilaç kullanım hikayesi büyük bir özen ile alınmalı ve daha önce bildirilmemiş bir ilaçla da sendromun gerçekleşebileceği akıld tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dress sendromu, Akut hepatit, Risperdal



Resim 1. Tüm vücutta yaygın hiperemik squamli birleşme eğiliminde papüler lezyonlar



Resim 2. IV/Oral kontrastlı batın BT koronal kesitlerde; Akut hepatit ile uyumlu olarak, hepatomegali ve genişlemiş intrahepatik safra yolları ile periportal sıvı görülmektedir. Ayrıca batında mezenterik lenfadenomegali görülmüştür

Tablo 1. DRESS Sendromu'na neden olabilen ilaçlar	
Sıklıkla Bildirimi Yapılan ilaçlar	Bildirimi Yapılan ilaçlar
Allopurinol	Fenindion
Karbamazepin	Fluindion
Lamotrijin	Betalaktam antibiyotikler
Fenitoin	Nevirapin
Sulfasalazin	Olanzapin
Vankomisin	Oksakarbazepin
Minosiklin	Stronsiyum Ranelat
Dapson	Telaprevir
Sulfometoksazol	

Tablo 2. RegiSCAR grubunun belirlediği potansiyel DRESS vakası kabul edilme kriterleri
1- Hastanede yatarak tedavi gereksinimi
2- Reaksiyona sebep olabilecek şüpheli ilaç kullanımının varlığı
3- Akut deri döküntüsü
4- 38° C'nin üzerinde ateş
5- En az 2 alanda LAP
6- En az bir iç organ tutulumu
7- Kan bulguları: Lenfositopeni/lenfositoz, Eozinofili, Trombositopeni

Abstract: 0054

PARANEOPLASTİK SENDROMLA PREZENTE OLAN LENFOMA OLGUSU

Özlem Alkan¹, Fatma Geçgel², Neslihan Tezcan¹, Ali Arınç Harman¹, Gülhar Süleymanova¹, Yıldız İpek², Işık Kaygusuz Atagündüz², Tayfur Toptaş², Ayşe Tülin Tuğlular², Rafi Haner Dreskeneli³

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

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

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Olgu: Kırk beş yaşında erkek hasta iki aydır devam eden eklemelerinde ağrı, parmak uçlarında morarma, gece terlemesi ve kaşıntı şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde 30 paket yıl sigara kullanımı, hipertansiyon ve çocuklukta geçirilmiş akut romatizmal ateş (ARA) mevcuttu. Fizik muayenede TA: 158/101 mmHg, dinlemekle akciğerlerde solunum sesleri azalmış, ekspiryum uzun, yaygın ronküs mevcuttu. Kardiyak muayenede tüm odaklarda 3/6 şiddetinde sistolik üfürüm duyuluyordu. El küçük eklemlerde şişlik, parmak uçlarında siyanoz ve çomaklaşma görüldü. Diğer sistem muayenesinde özellik yoktu. Sedimentasyon hızı 24 mm/saat CRP: 27 mg/L idi diğer hemogram ve laboratuvar tetkiklerinde anormallik yoktu. Infektif endokardit şüphesiyle yapılan transözefageal ekoda romatizmal yapıda aort kapağı ve aort yetmezliği saptandı tedavisi düzenlendi, vejetasyon yoktu. Solunum fonksiyon testinde obstruktif patern mevcuttu, tedavisi düzenlendi. Buerger hastalığı düşünülerek yapılan üst ekstremitte arterial doppler usg ve BT anjioda bir patoloji gözlenmedi, kalp damar cerrahisine konsülte edildi ek önerileri olmadı. Romatolojik sorgusunda özellik yoktu, romatoid faktör, anti nükleer antikor ve ENA profili negatif saptandı. Raynaud şüphesiyle yapılan kapilleroskopi distal oklüziv hastalıklar açısından anlamlıydı. Vaskülit açısından çekilen BT'de vaskülitte uyumlu bulgu yoktu, çok sayıda lenfadenopati saptandı. Kriyoglobulinemik vaskülit açısından gönderilen kriyoglobulin negatifti. El parmaklarındaki siyanoz nedeniyle asetilsalisilik asit, nifedipin, düşük molekül ağırlıklı heparin tedavileri başlandı. Romatoloji bölümünün önerisiyle 5 gün intravenöz bosentan tedavisi uygulandı, el parmaklarındaki siyanoz tama yakın geriledi. Lenfoma şüphesiyle çekilen PET BT'de supra/infradiyafragmatik lenfatik istasyonlarda yoğun hipermetabolik lenfadenopatiler ve nazofarenkste yoğun hipermetabolizma saptanması üzerine biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu yüksek grade B hücreli non-hodgkin lenfoma ile uyumlu görülen hastaya kemoterapi planlandı. Paraneoplastik sendromlar kanserin bağışıklık sistemini alterntif yollardan tetiklemeyle çok nadiren ortaya çıkan hastalıkların genel adıdır ve kanser teşhisinden önce saptanabilir.

Anahtar Kelimeler: Paraneoplastik sendrom, lenfoma, periferik siyanoz

Abstract: 0055

PARKİNSONİZM VE JİNEKOLOJİK CERRAHİ ÖYKÜSÜ OLAN HASTADA ORTAYA ÇIKAN OĞİLVİE SENDROMU

Yunus Emre Şenel, Seydahmet Akın, Aslı Gözek Öcal, Zeynep Acar, Aziz Aslan, Ezgi Tükel, Mehmet Aliustaoğlu, Özcan Keskin

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

Tanım: Ogilvie sendromu, diğer adıyla akut kolonik psödoobstrüksiyon, mekanik bir neden olmaksızın, kolonun belirgin dilatasyonu ile karakterize gastrointestinal sistem hastalığıdır. Non-obstrüktif

kolon dilatasyonu, idiopatik non-toksik megakolon gibi adlarda verilmiştir. Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen bu hastalığın patogenezinde sempatik innervasyon dengesizliğinin rol oynadığı düşünülmektedir. Karakteristik özelliği travma veya operasyon anamnezinin olmasıdır. Tedavide oral alımın kesilmesi, intravenöz sıvı tedavisi, nazogastrik aspirasyon, rektal tüp, lavmanlar ve endoskopik müdahale bulunmaktadır.

Olgu: Bilinen Parkinson, hipertansiyon ve diyabet tanılı, myom nedeniyle TAH-BSO yapılmış 75 yaşında kadın hasta yemek sonrası başlayan kusma, ishal ve halsizlik şikayetleriyle acile başvurmuş. Karnındaki şişliğin uzun zamandır olması, gelişinde gaita çıkışı olmaması, tetkiklerinde K: 2,2 mmol/L (3,5–5,1 mmol/L) olması üzerine replasman yapılmış. Acildeki batın ultrasonografisinde yoğun gaz distansiyonu görülmüş. Genel cerrahi tarafından değerlendirilmiş. Gaz çıkışı olmasından dolayı acil cerrahi patoloji düşünülmeden hastaya lavman önerilmiş. Hasta ileri tetkik için dahiliye servisine interne edildi. Batın tomografisi çekildi. Kolon segmentleri dilate olup transvers kolon çapı 12 cm olarak görüldü. Ogilvie sendromu? Olarak düşünüldü, hastaya nazogastrik sondayla dekompresyon yapıldı ve gastroenterolojiye kolonoskopi için danışıldı. Kolonoskopide sigmoid kolonda dilatasyon ve dıştan bası belirtisi görüldü. 3 aydır Parkinson tedavisi gören hasta nörolojiye konsulte edildi. Parkinson hastalığının non-motor semptomları arasında bağırsak problemlerinin sıklıkla görüldüğü ve mevcut psödo-obstruksiyon sendromunun buna bağlı olabileceği ifade edildi. Predispozan faktör olarak Parkinson, hipopotasemi ve geçirilmiş jinekolojik operasyon öyküsü olan hastaya Ogilvie sendromu tanısı kondu. Nazogastrik sonda ve kolonoskopi ile dekompresyon yapıldı. Gaz gaita çıkışı olan, semptomları gerileyen hasta nöroloji ve gastroenteroloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Ogilvie sendromu etiyojisi tam olarak bilinmeyen metabolik, post-travmatik ve ekstra kolonik hastalıklarla ilişkisi olan bir hastalıktır. Tanı koydurucu bir laboratuvar testi olmayan bu sendromda görüntülemeler yol gösterici bir rol almaktadır. Sonuç olarak, Ogilvie sendromu, tanıda şüpheli kalın ve yandaş hastalığı olan intestinal obstrüksiyonlu hastalarda mutlaka düşünülmelidir. Preoperatif tanı şüphelenerek konabilir. Tedavideki amaç kolonik dekompresyonu sağlamaktır ve mümkün olduğunca non-operatif olarak yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ogilvie sendromu, parkinsonizm, hipokalemi, psödoobstruksiyon

Abdominal BT



Distandü batın görüntüsü



Abstract: 0056

UREMİK AKCİĞER OLGUSU

Ahmet Başgöze¹, Shahin Mehdiyev¹, İzzet Hakkı Arkan²

¹ Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

² Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Akciğer ödemi akut ve kronik böbrek yetmezliğinin en ciddi pulmoner komplikasyonudur. Üremik akciğer, pulmoner damar geçirgenliğinin artması ve inflamasyonu sonucu olduğu düşünülmektedir. “Üremik akciğer”de (pür nonkardiyojenik) ayakta PAAC de pulmoner ödem bulguları ile kesin ayırıcı tanısı mümkün olmayabilir, klinikle desteklenmelidir.

Olgu: Astım tanılı 20 yaşında erkek hasta göğüs ağrısı, kuru öksürük, nefes darlığı, bulantı şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş, hastaya moksifloksasin 1*400 mg, diklofenak sodyum 3*25 mg, salbutamol inhaler ve metoklopramid verilmiş, şikayetleri gerilemeyen hasta tekrar başvurusu üzerine bakılan tetkiklerinde üre 221 mg/dl, kreatinin 12 mg/dl, albumin 3 gr, sedimantasyon 57 mm/sn, crp 1,67 mg/dl, Hgb 8,3, plt 175000, tit: protein 3+, eritrosit 50 lökosit 75, anti-hiv, hbsag, anti-hcv negatif olarak saptanmış. Renal USG: Böbrek boyutları normal, hidronefroz lehine bulgu yok, grade 3 RPH saptanmış. Bulantısı, öksürüğü, şüpheli hemoptizi yakınması ile merkezimize başvuran hastanın dinlemekle akciğerlerinde bilateral raller duyulmaktaydı. Probnp >35000, hgb 7,4 gr/dl, idrar sediminde her alanda 3–4 izomorfik eritrosit görüldü. Çekilen PAAC de yaygın infiltratif görünüm saptanması nedeniyle toraks BT çekildi, çekilen tomografide her iki akciğerde parahiler konsolidasyonlar sağda 3 cm solda 1 cm plevral efüzyon saptandı, juguler kateter takılarak hemodiyalize alındı. EKO: ejeksiyon fraksiyonu normaldi. Takiplerinde hgb değerlerinde düşme saptanmadı, hasta seri diyalize alındı. 2. gününde çekilen PAAC tama yakın düzelme nedeniyle mevcut klinik, radyolojik durum “Üremik Akciğer” olarak kabul edildi. İleri tetkik amaçlı bakılan c3, c4 normal, anti-dsDNA, ANA, ENA profili, p ve c-ANCA negatif olarak saptanan böbrek biyopsi sonucu %70 fibrozis

olması nedeniyle kronik böbrek yetmezliği kabul edilen hasta nakil poliklinik listesine alınarak taburcu edildi.

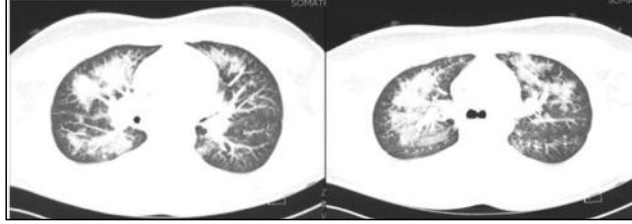
Tartışma: Olgumuz gibi ciddi pulmono-renal tutulum, ciddi böbrek yetmezliği ile gelen hastada radyolojik görüntüde "Üremik akciğer" ile vaskulit ve/veya Goodpasture sendromu bulguları net ayırt edilemediği ancak sık diyaliz ile akciğer bulgularının tama yakın gerilemesi neticesinde "Üremik Akciğer" tanısının bu tür hastalıkların ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: üremik akciğer, vaskulit, pulmo-renal tutulum

PAAC/Toraks BT



Resim 3: 21.12.16 Toraks BT kesitleri



Diyaliz öncesi ve 2. gününde çekilen PAAC, parahiler dolgunluğun tama yakın azalması

Abstract: 0058

CASTLEMAN HASTALIĞI VE AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ EŞ SUNUMU İLE RENAL AMİLOİDOZ KOMPLİKASYONU

Abdullah Fatih Demirci¹, Zeynep Ertürk², Ali Uğur Ünal², Yasemin Şahinkaya², Nevsun İnanç², Pamir Atagündüz², Haner Direkseneli²

¹Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

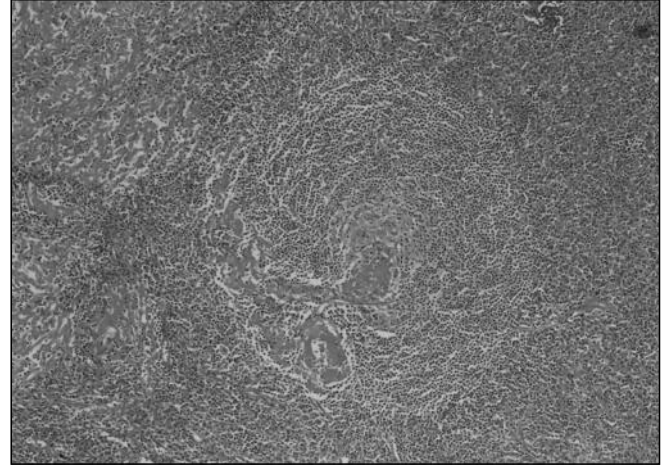
²Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Öncesinde bilinen bir hastalığı olmayan 25 yaşında kadın hasta, hamileliğinin üçüncü trimesterinde karın ağrısı ve ishal şikayeti ile hastaneye başvuruyor. Laboratuvar incelemelerinde albumin 1,6 gr/L, eritrosit sedimentasyon oranı 122 mm/saat, proteinüri 9 gram/gün ve kreatinin 0,5 mg/dl olarak saptanan hastanın ek tetkiklerinde viral hepatit serolojisi, HIV serolojisi normal değerlerde, ileri romatolojik incelemesinde ANA, ANCA, ve ENA panelleri negatif olup, C3 1,77 C4 0,44 gr/L normal sınırlarda saptanıyor. Hasta sorgulandığında yılda bir iki kez sıklığında karın ağrısı atakları olduğu ve bazılarının hastane başvurusu gerektirecek şiddette olduğu öğreniliyor, bunun dışında sorgusunda ve muayenesinde bir özellik saptanmıyor. Yapılan böbrek biyopsi patolojisi sekonder renal amiloidoz ile uyumlu olarak raporlanan hastanın FMF yönünden araştırılan genetik test sonucunda 16p13,3 ekzon 2 de lokalize E148Q/R202Q bileşik heterozigot mutasyonu saptanıyor. FMF'e sekonder renal amiloidoz düşünülerek iakibe alınan hastaya kolşisin ve anakinra tedavileri başlanıyor ancak anakinra tedavisi sırasında anafilaktik şok gelişen hastada canakinumab tedavisine geçiliyor. İlk başvurusundan yaklaşık 8 ay sonra tekrar bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastanın yeni tetkiklerinde BUN 40 mg/dL, kreatinin 4,4 mg/dL, albumin 1,59 g/dL, crp 76 mg/L olarak saptanıyor. 32 mg/gün dozundan metilprednizolon tedavisi başlanan hastanın kontrol BT tetkiklerinde sol renal vende parsiyal trombus ve retrokardiyak alanda yaklaşık 4 cm çapında mediastinal kitle saptanıyor.

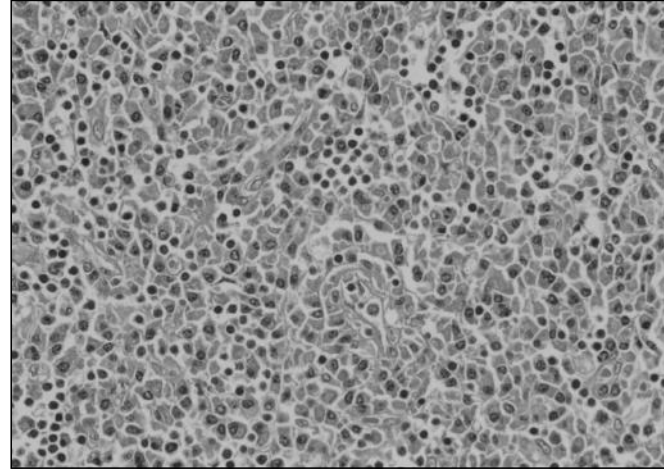
Cerrahi rezeksiyon ile kitlesi çıkarılan hastanın patolojisi hyalin vasküler tip Castleman hastalığı olarak sonuçlanıyor. Kitle rezeksiyonu öncesi 44 gram/gün proteinürisi olan ve kreatinin 5,4 mg/dL olan hastanın kitle rezeksiyonu sonrası akut faz reaktanlarında hızlı bir düşüş gözlenmesine rağmen böbrek fonksiyonlarında iyileşme gözlenmemesi üzerine rezeksiyondan 3 ay sonra Castleman hastalığına yönelik aylık 4 mg/kg tocilizumab tedavisi başlanıyor. Üç ay sonra tekrar değerlendirilen hastanın proteinürisi 16 gram/gün kreatinini 3,1 mg/dL'ye gerilemesi olarak saptanıyor.

Anahtar Kelimeler: ailevi akdeniz ateşi, FMF, Castleman hastalığı, renal amiloidoz, böbrek amiloidozu

Castleman patoloji



Castleman patoloji 2



Toraks BT mediastinal kitle



Abstract: 0059**ANTİ NÜKLEER STOPLAZMİK ANTİKOR (ANCA) İLİŞKİLİ VASKÜLİTTE NADİR BİR PREZENTASYON: CİDDİ KAS GÜÇSÜZLÜĞÜ VE DİSFAJİ****Ebru Engin, Hülya Arslan, Hülya Karadağ, Hale Jafarova, Mehmet Koç, İzzet Hakkı Arkan***Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul*

Giriş: ANCA pozitif vaskülitler; küçük çaplı damar vaskülitlerinin büyük kısmını oluşturur. Bunlar; özellikle renal ve pulmoner tutulumla seyreden, prognozları ciddi ve tedavisi benzer olan vaskülitlerdir. Klinik bulgular ve ANCA antijen özgüllüğü ile ayırıcı tanıya gidilir. Burada disfaji, kas güçsüzlüğü, kilo kaybı ve ateşle prezente olan ANCA ilişkili vaskülit tanısı alan bir olgudan bahsedilecektir.

Olgu: 51 yaşında erkek hasta; Eylül 2017'de başlayan sabah tutukluğu, kas güçsüzlüğü, progresif disfaji, öksürük, balgam, istahsızlık, ateş ve kilo kaybı (2 ayda 10 kg) şikayeti ile dış merkeze başvuruyor. Pnömoni ön tanısıyla yatırılan hastaya verilen antibiyoterapiye klinik yanıt alınmıyor. Çekilen Torax CT'de buzlu cam dansiteleri ve subplevral nodül tespit ediliyor. Hastanın kreatinin: 0,73 mg/dl hgb: 13,8 mg/dl ESH: 102 mm/saat CRP: 147 mg/l saptanıyor. Takiplerinde böbrek fonksiyonlarında bozulma ve anemi geliştiren hasta ileri tetkik ve tanı amacıyla merkezimize yönlendiriliyor. Tetkiklerinde kreatinin 2,39 mg/dl hgb 7,3 mg/dl albumin 2,2 g/dl CRP 141 mg/l ESH: 32 mm/saat; idrar analizinde protein eser, idrar sedimentinde lökosit ve yoğun izomorfik eritrosit saptandı. Yatışında sağ kulağında çınlama geliştiren hastanın bronkoskopisinde bronşial hafif ödem ve frajil mukozaya saptandı. Renal biyopside 15 glomerülün 7 sinde sellüler kresent saptandı, direkt immünfloresan negatifti. Patolojik tanısı pauci immün kresentrik glomerulonefrit olarak kondu., Anti MPO 101,78 RU/ml pozitif saptanan hastaya ANCA ilişkili vaskülit tanısı ile 3 gün pulse metilprednisolon (1000 mg) ve 7 kez plazmaferez tedavisi uygulandı. Ardından rituximab 1 gr verilerek taburcu edildi.

Tartışma: ANCA ilişkili vaskülitler immün birikimin olmadığı küçük damar vaskülitleridir. Klinik prezentasyonunda genellikle üst solunum yolları tutulumuna ait klinik bulgular, hematüri, pulmoner hemoraji, mononöritis multipleks ve ateş olabilir. Olgumuzda ilginç olarak hastanın başlangıç bulguları ilerleyici disfaji ve ciddi kas güçsüzlüğü idi. Diğer sistem bulguları tabloya sonradan eklendi.

Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili, pauci immün, vaskülit

Abstract: 0060**MULTİPLE MYELOMADA SANTRAL SİNİR SİSTEMİ TUTULUMU OLGUSU****Ahmet Mert Yanık, Fatma Geçgel, Tayfur Toptaş, Işık Atagündüz, Ayşe Tülin Tuğlular***Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

Giriş: Multiple Myelom (MM) kemik iliğinde plazma hücrelerinin monoklonal artışı, plazma ve idrarda paraprotein varlığı ile karakterize bir malignitedir. MM'da hiperviskozite, hiperkalsemi, meduller bası, paraprotein ilişkili nöropati gibi nedenlerden ötürü nörolojik semptomlar sık gözlenirse de santral sinir sistemi (SSS) tutulumu nadir görülen bir komplikasyondur ve hastaların %1'inden azında görülür. Bu olgu sunumunda takibinde santral sinir sistemi tutulumu gelişen refrakter bir multiple myeloma vakası bildirilmiştir.

Olgu: Olgumuz 42 yaşında erkek hasta olup Ekim 2012 tarihinde standart sitogenetik riskli IgG Kappa monoklonal MM tanısı aldı. Otolog kemik iliği nakli sonrası 17 ay tam remisyonda izlenen hastaya progresif hastalık nedeni ile 4 kür VCD tedavisi verildi. Takibinde

tekrarlayan plazmasitomlar nedeni ile lenalidomid deksametazon tedavisi başlandı. Tedavinin 10. ayında baş ağrısı, çift görme yakınmaları nedeniyle hasta değerlendirildi ve grade 2 papilödem tespit edildi. Beyin MR incelemesinde kafatasında multiple litik kemik lezyonları, sağ oksipital gyrusta hipointens lezyon, sol frontal gyrusta hipointens lezyon, sağ frontal lobda anterior medial kesimde 16x13 mm boyutlu BOS ile benzer sinyal intensitesinde kistik lezyon görüldü. Lomber ponksiyon yapılan hastanın BOS sitolojik incelemesinde plazmasitoid morfolojide hücreler izlendi. MM SSS tutulumu olarak değerlendirilen hastaya anti-ödem tedavi ile VTD-PACE kemoterapisi başlandı. Klinik takiplerinde bilinç bozukluğu olan ve GKS: 5 olan hasta entübe edilerek Dahiliye Yoğun Bakım ünitemize alındı ancak tedavinin 23. gününde exitus oldu.

Tartışma: Multiple Myeloma pek çok organ sistemini tutan ve farklı klinik tablolarla karşımıza çıkan bir plazma hücre malignitesidir. Multiple Myeloma'da metabolik değişikliklere bağlı nörolojik semptomlar sıklıkla karşımıza çıksa da daha nadir görülen santral sinir sistemi tutulumu da akla getirilmesi gereken bir durumdur. Tedavi seçenekleri arasında sistemik kemoterapi, radyoterapi ve intratekal tedaviler bulunmaktadır. Sistemik tedavi belirgin sağ kalım avantajı sağlar. Özellikle pomalidomide tedavisi altında BOS'daki plazma hücrelerinin kaybolduğu gösterilmiştir. Radyoterapinin ise lokalize lezyonlarda düşük dozlarda etkin bir tedavi olabileceği belirtilmektedir. Intratekal tedavi daha çok sistemik tedavilerle kombine edildiğinden tek başına etkinliği ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Beyin Omurilik Sıvısı tutulumu, Multiple Myeloma, Nörolojik komplikasyon, Santral Sinir Sistemi tutulumu

Abstract: 0061**HERBAL VE AĞRIKESİCİ KULLANIMI SONRASI HEMOLİZLE GELEN 61 YAŞINDA G6PDH EKSİLİĞİ OLGUSU****Şahin Mehdiyev¹, Hülya Karadağ¹, Fatma Geçgel², Tayfur Toptaş²**¹*Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı*²*Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı*

Giriş: Glukoz 6 Fosfat Dehidrogenaz Enzim Eksikliği en sık görülen eritrosit enzim eksikliğidir ve X'e bağlı resesif kalıtım gösterir. Bu enzimin eksikliğinde oksidan ilaçlara, enfeksiyonlara ve metabolik problemlere bağlı akut veya nadiren kronik seyirli hemolitik komplikasyonlar gelişebilmektedir. Klinik olarak sırt ağrısı, karın ağrısı, sarılık, geçici splenomegali, hemoglobüri ile presente olabilir. Hemolitik anemi ayırıcı tanısında coombs negatifliği ve G6PDH enzim eksikliği tanıda yardımcıdır.

Öykü: Bilinen kronik tanılı hastalığı olmayan 61 yaşında kadın hasta üşüme titreme karın ağrısı terleme ciltte sararma ve koyu renkli idrar yapma şikayeti ile başvurdu. Hastanın 17 yaşındayken sarılık geçirdiğini ve her hangi tanı ve tedavi almadığı öğrenildi. Sorgusunda düzenli kullandığı ilaç, toplama mantar yeme öyküsü yoktu. 3 gün önce baş ağrısı ve gribal enfeksiyon nedeniyle ismini bilmediği bitkisel ilaç, parasetamol ve flurbiprofen kullanımı mevcuttu. Fizik muayenede skleralar ve deri ikerik görünümdeydi. Bakılan tetkiklerinde WBC: 8600, Hgb: 9,4 g/dl, MCV 88 fL Plt: 299,000, PT 14,1 sn, aPTT 22,3 sn, INR: 1,11, Retikülosit 3,93 (0,5-2,5), haptoglobulin 0,025 g/l'den küçük (0,32-1,97), BUN: 34, Kreatinin: 0,94 AST: 49, ALT: 26 U/L, LDH: 877U/L, T. bil/d. bil: 14,03/1,15 mg/dl olarak saptandı, Periferik yaymada target hücreleri görüldü, sistosit veya fragmentasyon saptanmadı. Hepatit serolojisi HBsAg (-), Anti HBs (-), Anti HBe IgG (+), Anti HBe IgM (-), Anti HCV (-), Anti-HIV (-) olarak saptandı. Batın bt'de HSM saptanmadı, safra, koledok pankreasda her hangi patoloji saptanmadı. İV hidrasyon başlandı, kullanmakta olduğu ilaçları kesildi. Direk indirek Coombs gönderildi, negatif olarak saptandı. Hgb 9,4'ten 7,4'e gerileyen hastada G6PDH, Piruvat kinaz düzeyi ve PNH paneli gön-

derildi. 2 gün sonra İndirek hakimiyetli T/bilirubin değerleri normale geriledi ve Hgb değerleri yükselmeye başladı. G6PDH düzeyi düşük saptanan hasta hematoloji polikliniğinde izleme alındı, hemoliz yapabilecek ilaçlar listesi verilerek yıllık kontrol önerildi.

Tartışma: Coombs negatif hemolitik anemili yetişkin/yaşlı hastada G6PDH eksikliği ayırıcı tanıda düşünülmeli, enzim aktivasyonu bakılmalıdır. G6PDH eksikliği saptanan hastaların hemoliz atağının tekrar etmemesi adına hasta bilgilendirilmeli, hemoliz yapabilecek ilaç listesi verilmeli, bilinmeyen bitkisel ilaçlardan kaçınılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: G6PDH eksikliği, hemolitik anemi

Abstract: 0063

KORTİKOSTEROİD TEDAVİSİ ALTINDA GELİŞEN CİLT KANSERİ

Harun Çoban¹, İlhan Kılıç²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Kırklareli Devlet Hastanesi Nefroloji Uzmanı

Giriş: Glukokortikoidler birçok inflamatuvar, allerjik, immuno-lojik ve malign hastalıklarda önemli tedavi seçeneklerinden biridir ve glukokortikoidlerin toksisitesi kronik inflamatuvar hastalıklarda en bilinen iatrojenik yan etkilerden biridir. Biz bu vakamızda minimal değişiklik hastalığı nedeni ile kortikosteroid tedavisi kullanılan ve iyi yanıt alınan vakada gelişen deri kanserini sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 70 yaş kadın hasta, diabetik nefropati nedeni ile Nefroloji polikliniğinden takipliydi ve son iki yıldır insülin kullanmaktaydı. Ayrıca levotiroksin ile regüle edilen hipotiroidizm tanısı mevcuttu. Poliklinik takiplerinde proteinürisi 19 gram/gün ve kreatinin değerleri 3,4 mg/dl seviyelerine (Tahmini GFR: 14,28 mL/min/1,73 m²) ulaşması üzerine renal biyopsi yapılmasına karar verildi. Renal biyopsi sonucunda tübül atrofisi, interstisyel fibrozis ve minimal değişiklik hastalığı zemininde akut hemodinamik etkilene ile uyumlu sonuçlandı. 1 mg/kg/gün dozunda metilprednizolon tedavisi başlandı ve iyi bir yanıt alındı. Kortikosteroid tedavisi sırasında bilateral pretibial purpurik lezyonları farkedildi ve cilt biyopsisi yapılmasına karar verildi. Cilt biyopsisi sonrası hasta takip altında tutulmaya karar verildi.

Hasta bir aydan beri devam eden bacak ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde bilateral purpurik lezyonları ilerlemişti ve cilt biyopsisinin yapıldığı noktada yeşil skar dokusu mevcuttu. Kan basıncı 90/60 mmHg, nabızı 85/dakika idi.

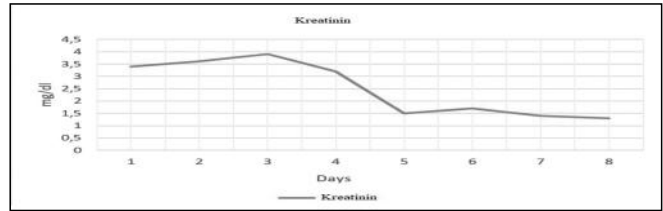
Cilt biyopsisi Kaposi sarkomu (nodüler evre); HHV8 pozitif, Aktin pozitif, Faktör 8 pozitif, CD34 pozitif, CD3 pozitif, IgA negatif, IgM negatif, C3 negatif, Fibrinojen negatif, IgG negatif olarak sonuçlandı. Hastanın viral serolojisi tekrarlandı ve Anti HIV negatif olarak sonuçlandı.

Tartışma: Steroidler günümüzde birçok hastalığın tedavisinde kullanılmakta ve yan etkileri ile karşılaşılmaktadır. Steroidlerin nispeten nadir sayılabilecek yan etkilerinden biri olduğunu düşündüğümüz bu vakayı sizlere sunarken steroidlerin ne kadar masum olup olmadığının kararını sizlere bırakıyoruz.

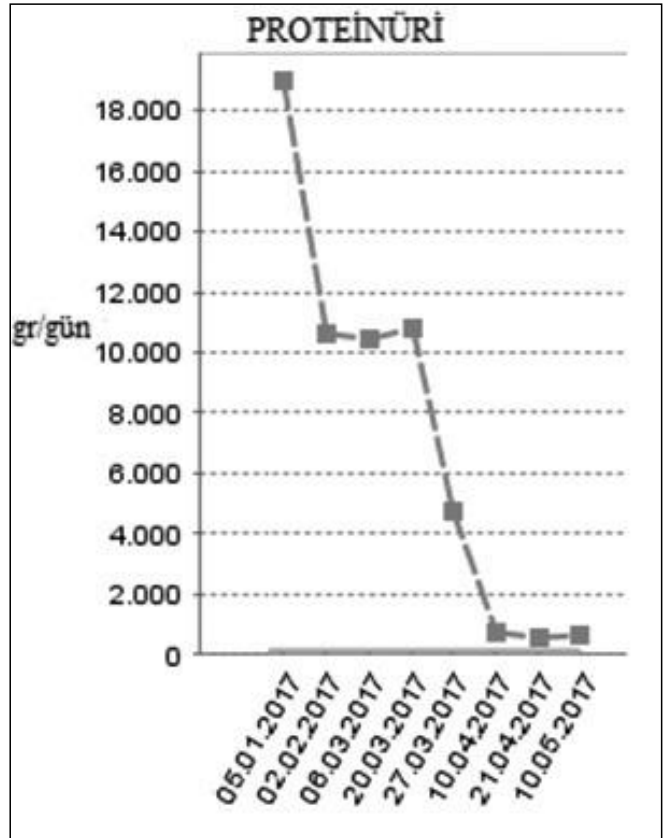
Anahtar Kelimeler: Kanser, Steroid, Yan etki



Resim 1. Hastamızın bilateral pretibial lezyonları



Resim 2. Hastamızın steroid tedavisi altında kreatinin grafiği



Resim 3. Hastamızın steroid tedavisi altında proteinüri grafiği

Abstract: 0064**FMF TANILI 20 HAFTALIK GEBEDE UZAMIŞ FEBRİL MİYALJİ VE ANAKINRA KULLANIMI**

Shahin Mehdiyev¹, Hülya Karadağ¹, Zeynep Ertürk², Sema Kaymaz², Ümmügülsüm Gazal², Aysun Aksoy², Yasemin Yalçınkaya², Fatma Alibaz Öner², Nevsun İnanç², Pamir Atagündüz², Haner Direkseneli²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: "Uzamış febril miyalji sendromu (FMS)", Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) tanılı hastalarda ilk kez 1994 yılında tanımlanmıştır. Sendrom yüksek ateş, şiddetli-ağır paraliz edici miyalji, karın ağrısı, ishal, artrit/artralji ve geçici vaskülitik döküntülerle seyretmektedir.

Olgu: Bilinen 13 yıldır AAA tanılı hasta gebeliğinin 20. haftasında 2aydır devam eden özellikle üst ekstremitelerde olmak üzere yaygın kas ve eklem ağrısı, dizürü, pollaküri, noktüri şikayetleri ile başvurdu. Başvurduğunda Kolşisin 2*2, metilprednizolon 2*16 mg almaktaydı. Fizik muayenede TA: 135/90 mmHg, Nbz: 101/dk, Ekstremiteler: periferik arter nabızı +/+, üst ekstremitelerde belirgin kaslarda hassasiyet vardı, artrit yoktu. BK: 13900, Hb: 12,1 gr/dl, PLT: 595,000, ESH: 62 mm/saat CRP: 57 mg/L prokalsitonin: 0,17 (N: 0-0,5), BUN: 14 mg/dl, Kre: 0,34 mg/dl, AST: 104, ALT: 128, ALP: 210, GGT: 160 TİT: protein: eser, erit: 42, lök: 27 olarak saptandı, AAA'a bağlı uzamış febril miyalji düşünülen hastanın karaciğer enzimleri yüksek olması nedeniyle kolşisin 2*1, prednol 2*16 mg, paracetamol 3*500 mg, seftriakson 1*2 gr olarak düzenlendi. Dördüncü günde ağrı yanıtı alınamayan hastanın steroid dozu 64 mg/gün yapıldı. Steroid dozunun artırılmasına rağmen yeterli yanıt alınamayan hastaya Anakinra 100 mg/gün SC başlandı ve steroid tedavisi kademeli olarak azaltılmaya başlandı. Anakinra tedavisi altında ağrılarında belirgin azalma olan hastanın tedavinin 4. gününde CRP: 8 mg/L'e geriledi, sonrasında negatifleşti. Hasta taburcu olarak romatoloji poliklinikten izlendi. 37. haftasında vajinal yol ile sağlıklı doğum yaptı.

Tartışma: Uzamış febril miyalji sendromu AAA'nın seyrek fakat şiddetli bir bulgusudur. Ciddi ağrılar nedeniyle harekette zorlanma ve yatağa bağımlılık olur. Kolşisin FMS de etkilidir. Kortikosteroidler ve nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar (NSAID'ler), başarı oranı değişmekle beraber ana tedavidir. Çoğu vakada, semptomların çözülmesi yüksek doz steroidler ile bile 5-7 gün sürer. Bazı vakalarda, Kortikosteroidler de FMS'yi tedavi etmek için faydasızdır. Steroid yanıtız vakalarda Anakinra kullanımı ile ilişkili literatürde vakalar bildirilmiştir. AAA'lı gebe PFMS li steroid yanıtız hastada Anakinra kullanımı az sayıda bildirilmiş vaka olduğu için hastamızı olgu olarak bildiriyoruz.

Anahtar Kelimeler: Uzamış febril miyalji sendromu, Gebe, FMF

Abstract: 0066**ANEMİ VE PROTEİNÜRİ İLE PREZENTE OLAN MESENTERİK UNİSENTRİK CASTLEMAN HASTALIĞI**

Shahin Mehdiyev¹, Fatma Geçgel², Işık Atagündüz²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı

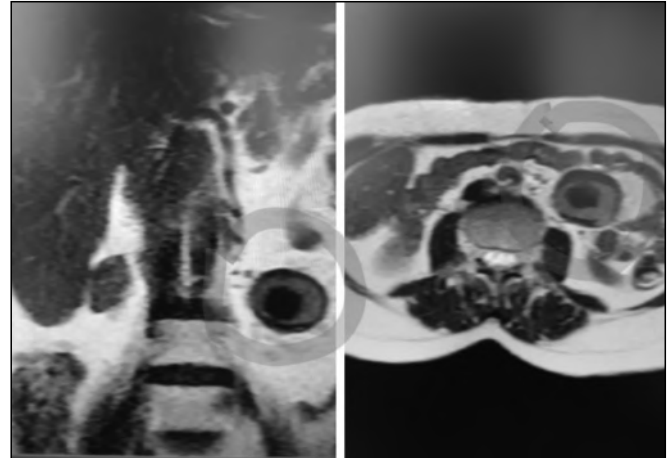
Anjiofoliküler hiperplazi veya dev lenf bezi hiperplazisi olarak bilinen Castleman Hastalığı nadir görülen ve etiyojisi bilinmeyen benign bir hastalıktır. Hastalık tek bir bölgeyi (unicentric) tutabileceği gibi, aynı anda birden fazla bölgeyi de (multicentric) tutabilir. Unisentrik formu

Hiyalin vasküler, HHV-8 ilişkili plazma hücreli ve HHV-8 ilişkisiz plazma hücreli olarak 3 ana gruba ayrılmaktadır. Bu olgu sunumunda unisentrik HHV-8 ilişkisiz plazma hücreli Castleman hastalığı ile takip ettiğimiz bir vaka bildirilmiştir.

Olgu: 54 yaşında kadın hasta halsizlik şikayeti ile geldi, anemi (Hgb: 11,5 gr/dl), sedimentasyon yüksekliği (sedim: 94 CRP: 12) ve proteinüri (spot idrar++proteinüri) saptanması üzerine malignite tarama amaçlı çekilen batın MR tetkikinde sol infrarenal düzeyde mezenterik yağlı planlar içerisinde 42*35 mm düzgün sınırlı nodül santralinde 19*16 mm hipointens lezyon (Castleman hastalığı?) saptanmış. 24 saatlik idrar protein 2,1 gr/gün olarak saptandı; serum ve 24 saatlik idrar immünofiksasyonda monoklonal bant görülmedi, serum protein elektroforezi, serbest serum ve idrar kappa lambda düzeyi ve immunoglobulin düzeyleri normal saptandı. PET CT incelemesinde; batın orta hatta L5 vertebra düzeyinde sol paramedian kesimde mezenterik yağlı planlarda santralinde kalsifikasyon içeren malign düzeyde hipermetabolik yumuşak doku dansiteli lezyon ve periferinde büyüğü santim sınırlı lenf nodu saptandı. Laporotomik kitle eksizyonu yapılan hastanın patoloji sonucu HHV8 negatif plazma hücreli tipli Castleman hastalığı ile uyumlu olarak rapor edildi. Kitle eksizyonu sonrası 2. ay kontrolünde halsizlik şikayeti düzelen hastanın sedim 20 mm/saat, CRP < 3,11 mg/dl, tit: 1+ proteinüri, hgb 12,1 g/dl, total protein 6,4 g/dl albumin 3,7 g/dl olarak saptandı.

Tartışma: Castleman hastalığı nadir görülmekle beraber genelde indolen seyirlidir. Hastalık farklı şekillerde prezentasyonla karşımıza çıkmakla beraber en çok asemptomatik lenf nodlarında büyüme ile saptanır. Eşlik eden kronik hastalık anemisi, hemolitik anemi görülebilir. Bu hastada anemi ve nefrotik düzeyde proteinüri olması, akut faz yüksekliği nedeniyle tetkik edilip radyolojik görüntüleme deneyimli radyolog yorumu ile kitle eksizyonundan Castleman hastalığı tanısı ve tedavisi almış oldu.

Anahtar Kelimeler: Castleman hastalığı, proteinüri, atipik prezentasyon Batın MR



Şekil 1. İç nekroze mezenterik lenf nodu

Abstract: 0067**TEKRARLAYAN PANKREATİTE YOL AÇAN BİR HİPERTRİGLİSERİDEMİ OLGUSUNUN YÖNETİMİ**

Emre Taşkent

Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

44 yaşında kadın hasta 7yıldan beri diyabet hastası mevcut tedavisi levemir 48ü 2x1 novorapid 48ü 3x1 almakta diyabetik nöropati + nefropati+ 4 yıl önce 1. kez olmak üzere toplam 3 kez pankreatit geçiriyor ve hastanemizde yattıyor. 4 yıl önce karın ağrısı ağızdan ve makattan kan,

şiddetli bulantı kusma bildiren ve o dönemde hiç bir şey yiyemeyen hasta acil servisimize başvuruyor. o dönem hasta 1 hafta bızde 1 hafta dış merkezde olmak üzere yoğun bakımda akut pankreatit nedeniyle yatıyor. bu yatışlarında toplam 5 kez aferez yapılmış. trigliseridi 4964 den 1571e kadar gerilemiş. taburculuk sonrası 2-3 hafta sonra hasta tekrar aynı şikayetlerle gelince tekrar servis şartlarında takip ediliyor ve son yatışında ise hastaya pankreas kısıt olduğu söyleniyor. 2017 ağustos ayında poliklinik kontrolünde trigliserid 6607 saptanması üzerine hasta endokrin konsyinde konuşulup lipoferez yapılması için yatırılıyor ancak yatışı sırasında iv insülin tedavisi denenip trigliseridin düşürülmesi gerekirse lipoferez düşünülmesi kararlaştırılarak iv insülin ile trigliserid 3071e geriliyor ve lipoferezden vazgeçilerek hasta euthrox 150 mcg 1*1 delix 2,5 mg 1*1 devit damla 1*3 damla metformin 1000 mg 2*1 levemir 2*1 44ü novorapid 11ü+12ü+10ü Dodex 1X1 im Lipanthy 1x1 po Marincamp 3*2 po Parol 1*1 po Ator 20 mg 1*1 Po Dropia 1*1 po ile taburcu ediliyor

Anahtar Kelimeler: pankreatit, lipoferez, hipertrigliseridemi

Abstract: 0068

GAUCHER HASTALIĞI: BİR OLGU SUNUMU

Fırat Baluken¹, Nazım Demircan¹, Umut Emre Aykut¹, Erdem Kombak²

¹Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Gaucher hastalığı glukoserebrozidaz enziminin eksikliğine bağlı olarak glukoserebrozidlerin makrofajlarda birikimi ile ortaya çıkan organ disfonksiyonu ile karakterize bir bozukluktur. Tüm dünyada yaklaşık olarak 1/75000 doğumda görülen bu hastalık ileri yaşlarda da ortaya çıkabilir. Tip 1 Gaucher daha sık görülen ve daha yavaş seyirli form iken tip 2 ve 3 nörolojik bozukluklarla karakterize ve daha hızlı seyirli formlardır. Hastalıkta nörolojik sistem, iskelet sistemi, hematolojik sistem ve karaciğer-dalak tutulumu olabilir.

62 yaşında bayan hasta 1 senedir olan sarılık ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. Hastanın eşlik eden B semptomu yoktu. Fizik muayenesinde skleraları ikterikti, diğer sistem muayeneleri normaldi. Tetkiklerinde WBC 5100/mcL, Hgb 11,9 g/dL, Plt 134,000/mcL, Albümin 4,06 g/dL, AST 17 U/L, ALT 12 U/L, ALP 57 U/L, GGT 10 U/L, Total bilirubin 2,56 mg/dL, Direkt bilirubin 0,38 mg/dL, ESR 23 mm/saat, INR 1,3 saptandı. Batın MR'da biliyer sistemde obstrüksiyona neden olabilecek belirgin bir patoloji bildirilmedi. Dalak parankiminde milimetrik boyutlu, hematolojik malignite düşündürülen lezyonlar saptandı. Karaciğer boyutları normal olup sınırdan splenomegali raporlandı. Hastaya dalak lezyonları ve bisitopeni nedeniyle yapılan kemik iliği biyopsisinde multiple, interstisyel yerleşim gösteren histiyositik hücre kümeleri, histiyositik hücre sitoplazmalarında "kıvrılmış kağıt" görünümü izlendiği bildirildi. Histomorfolojik bulgular depo hastalıklarından Gaucher hastalığı ile uyumlu olarak raporlandı. Hastanın bakılan beta-glukoserebrozidaz enzim aktivitesi 0 mikromol/L/h (cut-off değeri >2,5) saptanmış olup c. 1226A>G ve p. N409S mutasyonlarının homozigot saptanması da Gaucher hastalığı tanısını doğruladı.

Gaucher hastalığı genellikle çocukluk çağında prezante olan metabolik bir bozukluk olsa da erişkin dönemde açıklanamayan sitopeni, kemik hastalığı veya hepatosplenomegali olması durumunda düşünülmesi gereken bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: gaucher, sitopeni, splenomegali, beta-glukoserebrozidaz

Abstract: 0069

LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİYOSİTOZ VE DİĞER NEOPLAZMLERİN BİRLİKTELİĞİ

Abdulmunir Azizy¹, Fatma Geçgel², Işık Gündüz²

¹Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Langerhans hücreli histiyositoz (LHH) etyolojisi tam olarak bilinmeyen sıklıkla tek ya da multiple litik lezyonlar ile karakterize ancak özellikle cilt, akciğer ve SSS tutulumu gibi ekstraskeletal lezyonlarında izlenebildiği nadir bir histiosit hastalığıdır. Klinikte tek organ tutulumlu veya sistemik olabilir. LHH ve diğer neoplaziler arasındaki ilişki çok fazla araştırılmamış olup kısıtlı sayıda vaka bildirimleri mevcuttur. Bu olgu sunumunda LHH ve diğer iki farklı neoplazinin birlikte olduğu vaka örneği bildirilmiştir. 78 yaşında bir erkek hasta; bulantı ve kusma şikayeti ile başvuru tetkiklerinde WBC: 31,900/mm³, PMNL: 16,800/mm³, monosit: 12,000/mm³, Hgb: 10,3 g/dl, MCV: 88,8, PLT: 94,000/mm³, BUN: 69 Kre: 4,66 saptandı, periferik yayma incelemesinde atipik hücre gözlenmedi. Fizik muayenesinde birbirini ile birleşmeye eğilimli eritemli makulopapüler cilt lezyonları, hepatosplenomegalisi mevcuttu. Hikayesinde 2014 yılında LHH tanısı aldığı, kemik iliği biyopsisinde tutulum olmadığı ve iki kür vinblastin ile tedavi edildiği öğrenildi. Nüks hastalık düşünülen hastanın PET-CT değerlendirmesinde nüks ile uyumluydu. Kemik iliği tutulumu açısından yapılan biyopsisi AML-M4 ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya azasitidin tedavisi başlandı. 2. kür sonunda hemogramında düzelme ve cilt lezyonlarında gerileme izlenen hastanın 3. kür tedavi sırasında frontal bölgede lezyonundan alınan biyopsi sonucu deri skuamöz hücreli karsinom ile uyumlu geldi. 6 kür azasitidin tedavi sonrası remisyon sağlandı. 11 kür tedavi sonrasında pansitopeni gözlenen hastanın 13. kür sonu kontrol kemik iliği değerlendirmesinde %9 oranında blast ve PET-CT'de nüks izlendi. Sağ aurikülada kalınlaşma olan hastanın eksizyonu yapıldı. Biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom ile uyumlu saptandı. Langerhans hücreleri dendritik hücre ağının bir komponenti olup kemik iliği kök hücrelerinden köken alan antijen sunucu hücrelerdir. Birbeck granülü ve CD1a ekspresyonu vardır. LHH ve diğer neoplastik durumların birlikteliği ile vaka bildirimleri ile sınırlıdır. Hematolojik malignitelerden AML ve ALL birliktelikleri bildirilmiştir. LHH ile birlikte solid tümör de görülebilir. Vakamızda bahsedilen 3. malignite deri skuamöz hücreli karsinomudur. Bu vakadan önce deri skuamöz hücreli karsinom ve LHH ilişkili bir vaka bildirimimiz yoktur.

Anahtar Kelimeler: Langerhans hücreli histiyositoz, myelomonositik lösemi, deri skuamöz hücreli karsinom

Abstract: 0070

ERİŞKİN YAŞTA YENİ TANI ALAN AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ (AAA, FMF) VE POLİARTERİTİS NODOSA BİRLİKTELİĞİ OLAN OLGU SUNUMU

Yasin Yıldız

Marmara Üniversitesi, Dahiliye Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Ailevi Akdeniz Ateşi; ateşin eşlik ettiği, seröz zarların ağrılı, non-enfeksiyöz enflamasyon nöbetleri ve zamanla amiloidoz gelişimiyle karakterize bir hastalıktır. Hastalık OR kalıtımla geçer. FMF hastalığı ile birlikteliği olan önemli bir hastalık grubunun vaskülit olduğu bilinmektedir. FMF'de topluma göre daha sık görülen bir vaskülit tablosu poliarteritis nodosa (PAN)'dır.

Olgu: 25yaş, erkek bilinen kronik bir hastalığı olmayan hastanın el bileğinde 3 aydır aralıklı olarak şişme, 2,5yıldır 4-5ay aralıklarla tekrarlayan ayak bileklerinde şişlik, kızarıklık; sol bacak ön yüzünde kabarıklık, fındık büyüklüğündeki şişlikler şikayetleri

mevcut. Hasta 6ay önce sakküler dissekan anevrizmaya bağlı beyin kanaması ve 3ay önce perirenal hematoma öyküsü nedeniyle kanama diyatezi açısından Hematoloji bölümüne yapılan tetkiklerinde normal olarak değerlendirilmiş. Hastanın fm: sol ayak bileği şiş, hassas, eritamatöz, eha kısıtlı, ağrılı; sol el bileğinde şişlik, hassasiyet; sol ve sağ bacak distal kesimde hiperpigmente lezyon. Hastanın kan tetkiklerinde sedimentasyon ve crp yüksek, wbc: 12000 hb/hct/mcv: 12,3/37,6/64,1 dışında özellik yok. Anti-MPO, Anti-PR3, ENA paneli, anti-CCP, viral hepatit serolojisi negatif. Hastanın sol bacak distalinden cilt biyopsisi: septal pannikülit, eritema nodozumla uyumlu. Hastanın vitaller: Ateş, taşikardi yok, tansiyon: 159/95. Hastanın enfeksiyon sorgulaması negatif; romatolojik sorgulamasında çocukluktan itibaren aralıklı olan 1 günden uzun süren karın ağrısı atakları, sol bacakta erizipel benzeri eritamatöz lezyonları öyküsü olan hastanın soygeçmişinde romatolojik hastalık yok. Hastanın yapılan Renal arter anjiyografisinde: Sağ böbrek üst yarısında ana renal arterden ayrılıp üst pole doğru giden dalın tıkalı olduğu, bu düzeyde yaklaşık 5 mm boyutunda anevrizmatik genişleme; sol böbrek parankimi içerisinde özellikle alt zonda milimetrik boyutlu 1-2adet anevrizmatik genişleme izlendi. Hastanın yapılan EMG: normal ve EKO: Sol ventrikül hipertropisi olarak sonuçlandı. FMF gen analizinde MEFV geninde heterozigot p. Met694Val ve heterozigot p. Val726Ala mutasyonu ve heterozigot p. Arg202Gln varyasyonu saptandı. Hastaya tedavisi 2*30 mg nifedipin, 1 mg/kg/günden 2*32 mg metilprednizolon, kolşisin 0,5 mg 2*1 ve siklofosfamid 1 gr/ay 3 kür olacak şekilde başlandı.

Sonuç: Hastanın tedaviyle artrit şikayetleri geriledi ve akut faz reaktanları negatifleşti. Vaskülit tablosu ile FMF atağının klinik ve laboratuvar sonuçları yönünden benzerlik göstermesi nedeniyle vaskülitin hem ayırıcı tanıda hem de FMF ile birlikte görülebileceği akılda tutulmalıdır. FMF ile birlikte olan PAN hastalarında perirenal hematoma görülme sıklığı sadece PAN olan hastalara daha fazladır. FMF hastalarında gelişen akut yan ağrısında bu komplikasyon olasılığı kolşisin tedavisine ek olarak immunsüpresif ilaç kullanımı açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz ateşi, poliarteritis nodosa, perirenal hematoma, erizipel benzeri lezyonlar, eritema nodozum

Abstract: 0071

KRIPTOKOK MENENJİTİ: BİR OLGU SUNUMU

Hayri Bostan¹, Buket Ertürk Şengel²

¹Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

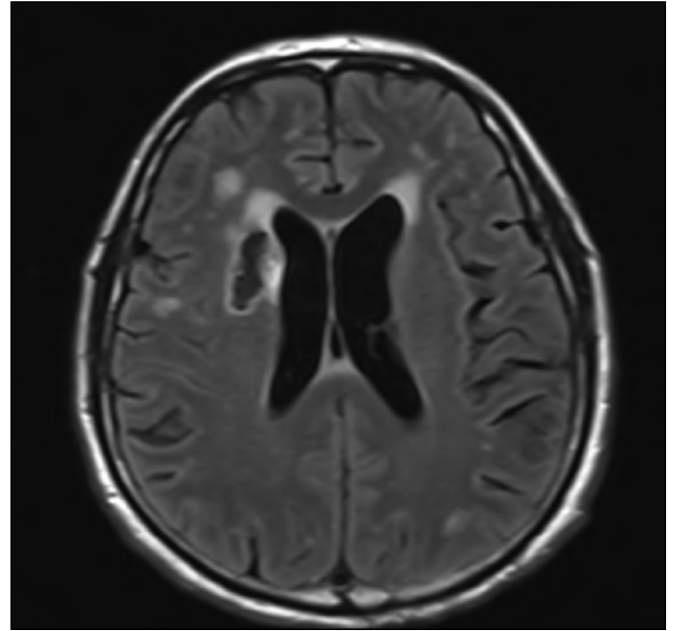
Giriş: Bir maya benzeri mantar olan *cryptococcus neoformans*, kriptokokkozun etiyolojik etkenidir, hastalık spektrumunda başlıca meningoensefalit ve pnömoni yer alır, klinikte genellikle kronik meningoensefalit şeklinde görülür, immünkompremize konaklarda enfeksiyonlara yol açtığı iyi bilinmektedir. Bu makalede, normal immüniteli bir konakta kısa süreli immünsüpresif tedavi sonrası alevlenen bir kriptokok menenjitisi vakası işlenerek nadir görülen bir duruma dikkat çekilmesi hedeflenmiştir.

Olgu Sunumu: Hipertansiyon, serebral enfarkt tanılı olan 60 yaşındaki erkek hasta, Aralık 2016 dan bu yana var olan baş ağrısı, denge bozukluğu, bilinç değişikliğinin immünsüpresif tedaviden bir gün sonra iyice artması nedeniyle başvurdu. Daha önce nöroloji tarafından yapılan incelemelerde, aseptik menenjit, beyinde iskemik gliotik odaklar, Şubat ve Mayıs 2017 de serebral enfarkt görülüp, ön planda primer SSS vaskülitisi düşünülerek Kasım 2017 de yedi gün pulse prednol ve bir gün siklofosfamid tedavilerinin uygulandığı öğrenildi, tedavi sonrası genel durumu bozulan ve ateşi çıkan hasta

enfeksiyon hastalıklarına danışıldı. Fizik muayene de üst-alt ekstremitelerde motor kuvvette azalma, derin tendon reflekslerinde artış saptandı. Laboratuvar incelemelerinde trombositopeni, kreatinin yüksekliği, beyin omurilik sıvısında; protein artışı, düşük glukoz, mononükleer hücrelerde artış, sıvıdan gönderilen menenjit panelinde *cryptococcus gattii* antijeni saptandı, daha sonra mantar kültüründe *cryptococcus neoformans* üremesi görüldü. Beyin MR da periventriküler beyaz cevherde çok sayıda milimetrik boyutlu nonspesifik gliotik odaklar, sağda bazal ganglion düzeyinde kronik enfarkt sekeli görüldü (resim 1). Hastaya amfoterisin-B ve flukonazol başlandı, tedavinin 15. gününde karaciğer enzimlerinde artış olması üzerine flukonazol kesildi, tekli devam edilirken kontrol BOS kültüründe tekrar üreme görüldü, bunun üzerine tedaviye vorikonazol eklendi. 6 haftalık ikili tedavi altında bilinç bulanıklığı gerileyen, desteksiz yürüeyebilen, trombositopenisi düzelen, kontrol kültüründe üreme olmayan, görüntüleme lezyonları gerileyen hasta en az 6 ay idame vorikonazol almak üzere taburcu edildi.

Tartışma: Daha çok immünkompremize hastalarda görülen kriptokok enfeksiyonları nadiren de olsa normal konakta da ortaya çıkabilmektedir. Vakamızda olduğu gibi kronik meningoensefalit tablosu araya giren immünsüpresyon ile alevlenebilmekte ve kültürde üreme görülebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cryptococcus neoformans, kronik meningoensefalit, menenjit, vorikonazol



Resim 1. Periventriküler beyaz cevherde ve bazal gangliada iskemik lezyonlar, kriptokokoma?

Abstract: 0073

NEDENİ BİLİNMEYEN ATEŞ: ANTI TÜBERKÜLOZ PROFİLAKSİSİ ALAN ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTASINDA TÜBERKÜLOZ LENFADENİT OLGUSU

Özge Yetginoğlu

Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Son yıllarda romatolojik hastalıklarda anti-TNF tedavi yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu tedaviler etki mekanizması sebebi ile tüberküloz (TBC) riskini belirgin arttırmaktadır. Bu olgu sunumunda profilaktik anti TBC tedavi almasına rağmen TBC lenfadenitli bir vaka

bildirilmiştir. Olgumuz 41 yaşında erkek hasta. 2010 yılında sırt ağrısı şikayeti sonrasında Ankilozan Spondilit tanısı alıyor. İndometazin ve salisilazosulfapiridin tedavisi alan hastanın şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine 2014 yılında anti-TNF tedavi başlanması planlanıyor. Tedavi öncesinde yapılan PPD'nin 5 mm üzerinde gelmesi üzerine 9 ay izoni-azid profilaktik tedavi olarak veriliyor ve 1 ay sonrasında adalimumab tedavisine başlanıyor. Adalimumab ile şikayetlerinde gerileme sağlanan hastanın Eylül 2016'da ön üveit atağı oluyor. Oral metilprednizolon tedavisi sonrasında üveit atağı sekelsiz iyileşen hastanın bu tedaviden sonraki dönemde gece terlemesi şikayeti başlıyor. Bu dönemde yaklaşık 4 kg kilo kaybı da tarifleyen hastanın 38-39 C'ye varan, 2 günde bir tekrarlayan ve 3 aydır devam eden ateş epizodlarının araştırılması için servis takibine alındı. Takibinde alınan kan kültürlerinde üreme saptanmayan hastanın epizodik ateş kliniğini açıklamak için gönderilen toxoplazma, rubella, sıtma ve hepatit tetkikleri de negatif olarak sonuçlandı. Toraks bilgisayarlı tomografisi çekilen hastada akciğerlerinde patolojik görünüm saptanmazken mediastende lenfadenopati saptandı. Endobronşiyal ultrasonografi ile yapılan örnekleme yeterli sitolojik materyal elde edilememesi sebebiyle Pozitron Emisyon tomografisi çekildi. Subkarinal bölgede 1,5x2 cm boyutlarında, FDG tutulumu 10,1 olan lenf nodundan örnekleme yapılması planlandı. Mediastinoskopi ile yapılan örneklemeden mikobakteri kültürü ve PCR gönderildi. Gönderilen PCR sonucunda mikobakteri complex saptanması üzerine hastaya TBC lenfadeniti tanısı kondu. Hastaya servis takibinde 4'lü TBC tedavisi başlandı. Tedavinin 10. gününde ateş yanıtı alınan hasta taburcu edildi. Türkiye'de nedeni bilinmeyen ateş vakalarında maligniteler kadar TBC da sık bir sebep olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle anti TNF tedavisi alacak hastalarda profilaktik tedavi verilmesi önem taşımaktadır. Ancak bu vakada da gördüğümüz üzere profilaktik tedavi her zaman TBC lenfadenite karşı %100 koruyuculuğu garanti etmemekte ve olası tanılar arasında düşünülmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: anti-TNF, tüberküloz, lenfadenit, ateş

Abstract: 0074

PNÖMONİYE SEKONDER İMMUNHEMOLİTİK ANEMİ OLGUSU

Fuad Jafarov¹, Shahin Mehdiyev¹, Fatma Geçgel², Tayfur Topbaş²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Hematoloji Bilim Dalı

Giriş: Otoimmün hemolitik anemiler (OİHA) kişinin kendi eritrositlerinin immün sistemin hedefi haline gelmesi sonucunda eritrosit yıkımıyla ortaya çıkan, anormal immün yanıtla bağlı oluşan anemi grubudur. İmmünojen haline gelen eritrositlere özgü otoantijenler kendilerine karşı üretilen antikorlarla birleşerek Tip II aşırı duyarlılık reaksiyonu geliştirmektedirler. Sonuç olarak antijene bağlanmış olan antikor hem kompleman sistemini hem de antikor bağımlı hücrel sitotoksiste mekanizmalarını aktive ederek hedef antijeni taşıyan eritrositlerin yıkımına yol açmaktadır.

OİHA'ler etyolojisine göre primer (idiyopatik) ve sekonder olarak sınıflandırılırlar. Burada akciğer enfeksiyonuna sekonder gelişen immün hemolitik anemi olgusu sunulmuştur.

ÖYKÜ: 26 yaş erkek hasta arkadaşı tarafından evinde genel durumu kötü ve uykuya meyilli halde bulunmuş. 112 ekiplerince yapılan değerlendirmesinde bilinci konfü, oryantasyon ve kooperasyonu olmayan hastanın ateş >40C olması üzerine hastanemiz acil servisine yönlendirilmiştir. Hasta yakınından alınan öyküye göre hasta Kırgızistan vatandaşı olup son 1,5 yıldır Türkiye'de inşaat işçisi olarak çalışmakta, kronik hastalık öyküsü ve kullanmakta olduğu ilaç bulunmamaktaydı. Acil servis değerlendirmesinde GKS: 14, ateş: 39,6 C, TA: 94/44 mmHg, nabız: 127/dk olup fizik muayene değerlendirmesinde akciğer sağ bazalde duyulan ral dışında patolojik bulgu yoktu. Toraks BT

incelemesinde fizik muayene bulgusu ile uyumlu olarak sağ akciğer orta alt zonda belirgin infiltrasyon alanı mevcuttu. (şekil-1) Hemogramında lökositöz yanında Hgb: 3,5 g/dl, MCV: 86, LDH: 2161IU, retikülosit: %6,6, direkt Coombs (+) saptanan hastaya ES replasmanı sonrası seftriksion 3x1 gr/gün iv ve klaritromisin 2x500 mg/gün iv tedavileri ile birlikte 1 mg/kg/gün prednol ve folbiol 1x1/gün tedavisi başlandı. Tedavinin 1. haftasında belirgin klinik iyileşme gösteren, akut fazları gerileyen Hgb: 8 gr/dl'ye yükselen hemoliz parametrelerinde bariz düzelleme gözlenen hastanın antibiyotik tedavisinin 2 hafta devam etmesi ve steroid dozunun azaltılarak kesilmesi planlanarak poliklinik kontrol önerisi ile taburcu edildi.

Tartışma: OİHA'ler sıklıkla akut başlangıçlı olup, insidansı 0,8/100,00/yıldır. OİHM'li olgular lenfoproliferatif hastalıklar, maligniteler, immün yetmezlikler, romatolojik hastalıklar ve enfeksiyon açısından dikkatlice araştırılmalıdır. Bizim vakamız etkenini tanımlayamadığımız pnömoniye sekonder gelişen immün hemolitik anemi olgusudur. Tanımlanmış enfeksiyöz etkenler arasında parvovirüs, mikoplazma pnömonia, EBV, Legionella, viral ve fungal enfeksiyonlar mevcuttur. İlk sıra tedavide tercih edilen ilaç steroidler olup, başka bir hastalığa sekonder hemolitik anemilerde altta yatan hastalığın tedavisi esastır.

Anahtar Kelimeler: Anemi, Hemoliz, Enfeksiyon, İmmün, Pnömoni, Otoimmün Hemolitik Anemiler

PAAG



Resim 1. Tedavi öncesi ve sonrası çekilen PAAG'de akciğer infiltrasyonunda gerileme.

Author To Editor: 300 kelme kısıtlılığından dolayı giriş ve tartışma kısımlarını kısa yazma zorunda kaldık ve hastanın tüm laboratuvar tetkiklerini yazamadık. saygılar.

Abstract: 0075

ABDOMİNAL MASS İLE BAŞVURAN HASTADA NADİR BİR DURUM; GOSSYPİBOMA

Mehmet Umut Çapar

Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

20 yaşında erkek hasta nefrotik sendrom ile takip edilmektedir. Yaklaşık 3 aydır devam eden aralıklı karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvurmuş. Acilde yapılan tetkiklerinde kan tetkiklerinde bir problem saptanmayan hastanın Batın usg'de batın sağ alt kadranda barsak ansları arasında serbest sıvı izlenmiş. İleus tablosu bulunmayan hasta semptomatik tedavi verilerek taburcu edilmiş. 1 hafta sonra gastroenteroloji polikliniğine karın ağrısı ile tekrar başvuran hastanın fizik muayene de batın orta hatta operasyon skar izi izlendi. Palpasyon ile batın orta hatta kitle saptandı. Batın BT istenen hastanın BT'sin de; sağ parakaval intarperitoneal yerleşimli 100x91x83 mm çapında kitle izlenmiştir ve Duodenal Gıst ile uyumlu olabilir şeklinde raporlanmıştır

(Şekil. 1). Genel cerrahiye operasyon için yönlendirildi. Operasyonda lezyonun omentum ile çevrili olduğu görülmüş ve kitlenin cerrahi sponje olduğu saptandı. Laparotomi sonrasında genel durumu iyi olan hasta taburcu edildi

Anahtar Kelimeler: Gossypiboma, Mass, Abdomen



Resim 1. Batın Bt'de koronal kesitte parakaval alanda 100x91x83 mm çapında gossypiboma

Abstract: 0077

SOMATOSTATİN TEDAVİSİ ALTINDA STABİL SEYREDEN TİROİD MEDÜLLER KANSER VAKASI

Tuççe Kübra Güneş¹, Dilek Gogas Yavuz²

¹Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı İstanbul

²Marmara Üniversitesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı İstanbul

62 yaşında kadın hasta, 2012 yılında travma sonrası çekilen BT'sinde incidental olarak tiroide nodül saptanmıştır. Retrosternale doğru 3-3,5 cm'lik uzanım gösteren lobüle düzensiz nodülden yapılan biyopsi folliküler adenom olarak rapor edilmiştir. MNG ve şüpheli lezyon nedeni ile total tiroidektomi yapılan hastanın patoloji raporunda sağ lobda 1,5 cm medüller karsinom ve 2 mm papiller karsinom, sol lobda 1,5 cm medüller karsinom rapor edilmiştir. Ayrıca çıkarılan 8 adet lenf nodundan birinde medüller karsinom metastazi izlenmiştir. Serum kalsitonin düzeyi 821 pg/ml saptanmıştır. Post-op 3. ayda serum kalsitonin düzeyinin 271 pg/ml saptanması üzerine galyum-68 PET CT ile değerlendirmede Jugulum superior düzeyinde trakea sol anterolateral bitişiğinde yerleşimli rezidünlük tm düşündürdü, (hafifçe somatostatin resp tip 2 içeren) hafifçe artmış aktivite tutulumunun gözleendiği (suvmax: 5,5), kalsifikasyon içeren 1,5 cm çaplı lezyon izlenmiştir. RET onkogeni negatif, PTH düzeyi normal, idrar VMA, metanefrin düzeyleri normal olarak tespit edilmiştir. Bunun üzerine hastaya 2013 ve 2014 tarihlerinde 2 kez boyun diseksiyonu yapılmıştır. 2013 sonunda hastaya somatostatin tedavisi başlanmıştır. Serum kalsitonin düzeyleri temmuz 2014'te 21,7 pg/ml'e gerilediği gözlelenmiş, aralık 2015 pet ct: FDG afiniteli malignite lehine bulgu saptanmamıştır. Metastatik medüller ca tanısı alan ve somatostatin tedavisi altında serum kalsitonin düzeyleri 11-15 pg/ml arasında olan hasta kliniği ile stabil seyretmektedir. Somatostatin medüller tiroid kanserleri için cerrahinin yanısıra palyatif bir yöntem olarak düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: kalsitonin, kanser, medüller, somatostatin, tiroid,

Abstract: 0078

ANCA (+) KRESENTRİK GLOMERULONEFRİT TANILI HASTADA DİSSEMİNE NOCARDİA ENFEKSİYONU

Beyza Us¹, Elif Tükenmez Tigen²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Nocardia toprakta bulunan, aerop, gram pozitif, dallanan filamentler oluşturan, çomak şeklinde, saprofitik Actinomycetes'lerdendir. Nocardiosis sıklığı net bilinmemektedir. Uzun süreli immunsupresif kullanımı, maligniteler, DM, alkol, IV ilaç bağımlılığı, HIV, kronik granümatöz hastalıklar Nocardia enfeksiyonu için risk faktörleridir. Sıklıkla solunum sistemi olmakla beraber deri ve yumuşak doku, santral sinir sistemini tutabilir. Bu olguda ANCA (+) kresentrük glomerulonefrit nedeniyle kortikosteroid kullanımına sekonder N. farcinica'nın etken olduğu dissemine Nocardia enfeksiyonu sunulmaktadır.

Olgu: 58 yaşında erkek hipertansiyon, BPH, ANCA (+) kresentrük glomerulonefrit tanıları olan pulse steroid ardından 3 aydır 1 mg/kg'den steroid ve Azatiyopürin alan hastada sol ayak dorsumunda, sol gluteal bölgede şişlik oluşmuş. Dış merkeze başvurusunda sol gluteal bölgedeki lezyona yerleştirilen drenden pürülan geleni olan hasta Moksifloksasin'le taburcu edilmiş. Hasta nefes darlığı, göğüs ön yüzde ağrı, sağ bacakta yaygın şişlik ve ağrı şikayetiyle hastanemize başvurdu. Hiperpotasemik, hipervolemik olan hasta hemodiyalize alındı. FM'de sağ posterior aksillar çizgide 2-3 cm'lik, lumbosakral bölgede 2 cm'lik, sağ dirsekte 1 cm'lik şişlik, sağ uylukta yaygın ödem saptandı. Hipotansif, taşikardik olması üzerine Meropenem başlandı. Perifer kan kültüründe MSSA, cilt absesi kültüründe Nocardia farcinica üremesi üzerine antibiyoterapisi Seftriakson+Daptomisin olarak değiştirildi. Pulmoner Nokardiyoz açısından çekilen Toraks BT'sinde sağ AC orta lobda 2x1 cm kaviter lezyon saptandı. Antibiyoterapisi Sefepim olarak değiştirildi, 6. gününde stoplandı. Lumbosakral bölgesindeki abseye yerleştirilen drenden gönderilen örneklerde Nocardia farcinica üremesi oldu. Antibiyotik duyarlılıklarına göre İmipenem, Moksifloksasin, Ko-trimoksazol başlandı. PET-CT'de dissemine Nocardia ön tanısı ile uyumlu, içerisinde koleksiyon alanları içeren generalize enfeksiyon saptandı. Kranial abse açısından çekilen Kranial MR'da abse lehine bulgu saptanmadı. İmipenem IV tedavisi 6 haftaya tamamlandı. Kreatinin değerleri yükselince Ko-trimoksazol Nisan 2017'de stoplandı, moksifloksasin'e doksisiklin eklendi. Mayıs ve Eylül 2017'de çekilen PET-CT'lerinde belirgin regresyon olup rezidüel hastalık bulguları olması nedeniyle Moksifloksasin ve Doksisiklin'in 1 yıla tamamlanması planlandı.

Tartışma: Olgudaki dissemine Nocardia enfeksiyonunun immunsupresif kullanımına sekonder olduğu düşünülmüştür. Nocardia çoğunlukla immunsupresif kişilerde görülüp daha kötü prognozlu fırsatçı enfeksiyonlara yol açar. Tedavide drenaj ve debritleme kombine antibiyoterapi gerekmektedir. Nocardia türleri arasında farklı antibiyotik dirençleri nedeniyle enfeksiyonun yerine ve hastaya en uygun ampirik tedavi başlandıktan sonra antibiyograma göre tedaviye yön verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: ANCA (+) kresentrük glomerulonefrit, dissemine Nocardia enfeksiyonu, Nocardia farcinica

Abstract: 0079

BRONKOSKOPİK BİYOPSİ İLE TANI ALAN BİR ANJİOSARKOM VAKASIÖzge Can Bostan¹, Derya Kocakaya¹, Emine Bozkurtlar², Şehnaz Olgun Yıldızeli¹¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

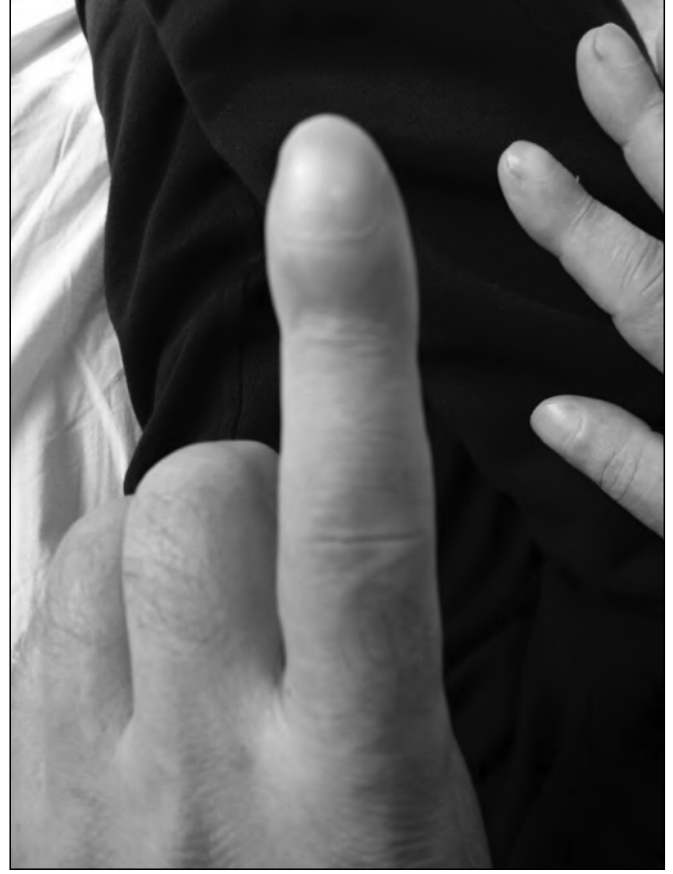
Giriş: Anjiosarkomlar, tüm sarkomların %2'sini oluşturan, endotelial hücrelerden köken alan, yüksek dereceli malign vasküler tümörlerdir. Radyoterapi, polyvinyl chlorid, thorotrast ve bakır maruziyetinin anjiosarkom gelişimine neden olabileceği belirtilmektedir. Genellikle karaciğer, lenf nodu ve cilt biyopsisi ile tanı konulan anjiosarkom nadiren akciğer ve mediastende de görülebilmektedir. Bu olgu sunumunda da endobronşial biyopsi ile tanı alan bir anjiosarkom vakası anlatılmaktadır.

Olgu Sunumu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 48 yaşında erkek hasta, 4 aydır olan eklemlerinde ağrı, kızarıklık, şişlik şikayetleri nedeniyle Metilprednizolon tedavisi ile izlenmekteyken semptomlarına gece terlemesi, ateş ve kilo kaybı eklenmesi ve parmaklarında açıklanamayan çomak parmak (clubbing) bulgusu olması üzerine enfektif ve neoplastik süreçlerin dışlanması amacıyla iç hastalıkları kliniğine yatırıldı. Muayenesinde bilateral farklı eklemlerinde artrit bulguları ve tüm parmaklarında çomak parmak bulgusu mevcuttu. Solunum sistemi muayenesi normaldi. 1 ay önce dış merkezde ateş etyolojisini aydınlatmak amacıyla çekilen akciğer tomografisinde (BT) görülen infiltrasyon nedeniyle Moksifloksasilin tedavisi almıştı. Malignite tarama ve enfektif patolojilerin dışlanması amacıyla çekilen batın BTde karaciğerde hemanjiom ile uyumlu görünüm, Toraks BT de, bir önceki BT ile karşılaştırıldığında progresse, sağ akciğer alt lop superior segmentte peribronşial yoğunluk artışı ve komşu fissürlerde kalınlaşma izlendi ve hastaya bronkoskopi planlandı. Yapılan bronkoskopide sağ intermedius bronş ağzında tama yakın daralma, sağ alt lop bronş girişinde bronş duvarlarında beyaz renk değişikliği ve plak oluşumları izlendi, mevcut alanlardan biyopsiler alındı. Hastanın biyopsi sonucu anjiosarkom olarak geldi. Mevcut kliniği paraneoplastik artrit ve maligniteye bağlı B semptomları olarak yorumlandı. Hasta onkoloji bölümüne devredildi.

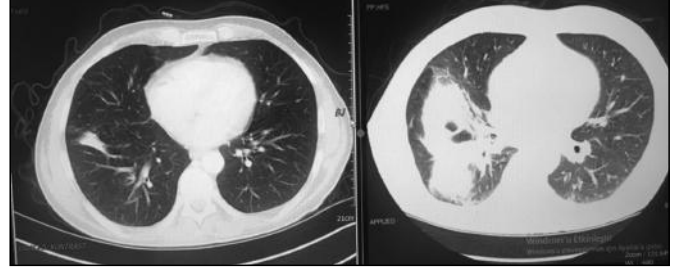
Sonuç

Anjiosarkomlar, vücudun birçok yerinde, tipik olarak baş-boyun veya göğüs deri altı dokusunda ortaya çıkan nadir tümörlerdir. Bunun yanında nadirde olsa akciğerde endobronşial kitle ile prezente olabileceği de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: anjiosarkom, bronkoskopik biyopsi, paraneoplastik artrit

Çomak parmak bulgusu (clubbing)

Resim 1. çomak parmak bulgusu

Toraks BT

Resim 2. 1 ay arayla görülen iki toraks BT

Abstract: 0082

İNFEKTİF ENDOKARDİTAli Arınç Harman¹, Buket Ertürk Şengel²¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Bilinen epilepsi + HBV + (antiviral kullanmıyor) tanılı hasta 2 aydır süren ve son 15 gündür artan halsizlik, öksürük, nefes darlığı ve terleme şikayetlerinin olması ve son 2 gündür 1 çay kaşığı geçmeyen, köpüksüz kanlı balgamının da başlaması üzerine temmuz 2017 de acile başvurmuş. 1 ayda 15 kg kayıp, gece terlemeleri olan hasta FM sinde 3 sene önce T. K. sonucu sol ayak parmakları ampute, ampute ayağın üzerine küçük ülsürler saptanıyor. ileri sorgulamada psikiyatrik problemleri olan hastanın ampute yerinin pansumanını evdeki temizlik ürünleri ile yaptığı öğreniliyor. ateş saptanan hastanın tetkiklerinde WBC: 15400 nötrofil hakimiyeti, crp: 239, Thorax CT de Bilateral akc. parenkiminde en büyüğü yaklaşık 2,5 cm ince cidarlı, bazılarının içinde hava-sıvı seviyesi bulunan,

kaviter lezyonlar apse-septik emboli düşündürüyor. Ateşi olan ve infektif endokardit düşünülen hastada 30 dk aralıklı 3 kere alınan kan kx ve bronkoskopide alınan BAL kx de Metisilin hassas staphylococcus aureus üremesi bildirildi. Bunun üzerine yapılan transözofagial ekokardiyografi- de: Triküspis kapakta anterior leaflette vegetasyonu düşündüren 22x17 mm lezyon olması üzerine sefazolin tedavisi başlanıyor. ileri TY saptanan hastada triküspit valv replasmanı yapılıyor. Tedavisi tamamlanan hastanın akciğerdeki lezyonlarının kaybolduğu, kardiyak fonksiyonlarının normale döndüğü görülüyor.

Anahtar Kelimeler: endokardit, infektif, triküspit

Abstract: 0084

DİJİTAL ÜLSERLERLE PREZENTE OLAN ANCA-İLİŞKİLİ VASKÜLİT VAKASI

Tuğçe Bozkurt¹, Aysun Aksoy², Yasemin Yalçınkaya², Haner Direkseneli²

¹Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

ANCA ilişkili vaskülitler küçük/orta çaplı damarları etkileyen nekrotizan bir grup vaskülitlerdir. Sıklıkla üst-alt solunum yolları ve böbrek tutulumu ile karakterizedir. Hastaların %50'sinde kutanöz tutulum olmasına rağmen dijital ülserler çok nadir görülen bulgudur. Aşağıda dijital nekrotik ülserlerle prezente olan ANCA-ilişkili vaskülit olgumuzu sunuyoruz.

49 yaş erkek hasta 2 ay önce başlayan el-ayak parmak uçlarında ağrı, morarma şikayetiyle başvurdu. Hastanın 8 yıl önce her iki kulakta işitme kaybı şikayeti nedeniyle tekrarlayan hastane başvurusu sırasında sağ kulağına ventilasyon tüpü takılmış, sol kulakta tama yakın işitme kaybı olduğu için müdahale yapılmamış, sonrasında takiplerinde sol prozoz ve baş ağrısı gelişen hastada sol sigmoid sinus trombozu (pakimenezjit/enfektif sinüs trombozu?) saptanarak warfarin ve metilprednizolon tedavisiyle 2 yıl takip edilmiş. Sonrasında takipsiz hasta düşük/orta doz steroid kullanmaya devam etmiş. 2 yıl önce sol gözde diplopi şikayetiyle çekilen kranial MRG'de tentoryum serebellide ve falks serebride difüz kontrast tutulumu, paranazal sinus BT'de bilateral maksiller ve sfenoid sinüzit, Toraks BT'de akciğerde saptanan kistik ve kaviter lezyonların PET görüntülemesinde yüksek FDG tutulumu, bronkoskopik biyopsi ve BAL: mikst tip inflamatuvar hücre infiltrasyonu saptanmış. Bakılan c-ANCA düşük titrede pozitif. Takiplerini bırakan hasta düşük-orta dozda steroid kullanmaya devam etmiş. 80paket/yıl sigara öyküsü var. 2 ay önce sağ el 3. parmak distalinde morarma şikayeti ile başvuran hastanın üst ekstremitte anjiyografisinde sağ radial arterde duvar kalınlaşması, ileri derece darlıklar izlenmiş. Antikoagülasyon altında nekrotik lezyonda progresyon nedeniyle mid falankstan amputasyon yapılmış. Hastanın bakılan akut faz yanıtı yüksek, cANCA: 190 U/mL. Bilateral el ve ayak parmaklarında ve bacakta nekrotik lezyonları mevcut. Hastaya ANCA ilişkili vaskülit tanısı ile 3 gün 1 gr pulse steroid, 1 gr siklofosfamid, parenteral ilioprost (10 gün), plazmaferez tedavisi başlandı. Tedavi sonrası yeni gelişen nekrotik lezyonu olmadı, lezyonlar kendini sınırladı.

ANCA ilişkili vaskülitlerde kutanöz lezyonlar sık olmasına rağmen dijital ülserler nadir görülmektedir, yapılan çalışmalarda sigara kullanımıyla ilişkili bulunmuştur. Dijital ülserler aynı zamanda artmış mortalite/morbidite ile ilişkili bulunmuştur; dolayısıyla nekrotik lezyonları olan hastaların daha agresif tedavi edilmesi ve yakın takibi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: ANCA-ilişkili vaskülit, nekrotik lezyon, sigara

Abstract: 0085

KİLO KAYBI ETYOLOJİSİNDE NADİR BİR TANI: KOLONOSKOPI VE POLİPEKTOMİ SONRASI GELİŞEN ENTEROCOCCUS FAECIUM ENDOKARDİTİ

Lamia Şeker, Zekaver Odabaşı

Marmara Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Medikal, cerrahi ilerlemelere rağmen infektif endokardit morbidite ve mortalitesi yüksek bir tanıdır. Endokardit; kalp kapakları ve kalbin iç uzantısını oluşturan endokardiyumun inflamasyonudur. Bazı inflamasyonlar çeşitli hastalık durumlarından kaynaklanılabilece; endokarditlerin major nedeni enfeksiyon ajanlarıdır. * Olgumuzda; kilo kaybı için araştırılan hastanın infektif endokardit tanı süreci anlatılacaktır.

Olgu: 79 yaşında erkek hasta; halsizlik, son 5 ayda 10 kg kaybı ile tarafımıza başvurmuş bilinen hipertansiyon, serebrovasküler olay öyküsü (7 yıl önce) ve aort anevrizması dışında özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yok; tarafımıza başvurusundan 5 ay önce karın ağrısı, halsizlik şikayeti ile endoskopi ve kolonoskopi yapılmış; transvers kolondan polipektomi, biyopsi sonucu tübüler adenom fragmanları, düşük derece displazi gelmiş, takibe alınmış. Mevcut şikayetleri ile başvurusu sırasında fizik muayenesinde özellik yok, laboratuvarında; Kreatinin: 1,92 mg/dl (bazal kr: 0,92), CRP: 60,3 mg/L, periferik yayması normokrom normositer anemi; kreatinin yüksekliği ve bel ağrısı olan hasta Multiple Myelom açısından araştırıldı. Serum protein elektroforezinde beta-gama köprüleşmesi dalak ve karaciğerde sınırda büyüklük nedeniyle kemik iliği biyopsisi yapıldı. Malignite saptanmadı. Takiplerinde bir kez hemoptizi ve mikroskopik hematüri nedeniyle idrar sedimi gönderildi aktif gelmesi üzerine toraks CT çekildi. Pulmunorenal sendromlar dışlandı. kreatininde progresif artış izlenen (1,92->4,7) hastanın 2 kez 38,3 derece ateşi olması üzerine 2 set kan kültürü alındı, fizik muayenede başlangıçta olmayan mitral odakta belirgin üfürüm saptandı, Eko'da vejetasyon dışlanamadı. Kan kültüründe Enterococcus faecium üremesi bildirildi. TEE'de ileri mitral yetersizlik 6x5 mm, atriyal yüzde vejetasyon, orta aort yetersizliği, ventriküler yüzde 8x7 mm boyutlarında vejetasyon izlendi. Tekrar alınan 3 set kan kültürünün tamamında Enterococcus faecium üremesi bildirildi, roth spot saptanmadı, Romatoid Faktör (+), C3/C4 düşük saptandı. Ampisilin + Daptomisin renal dozdan başlandı.

Sonuç: Halsizlik, kilo kaybı, anemi, kreatinin yüksekliği ile başvuran hastanın infektif endokardit tanısı sonrasında antibiyotik tedavisi ile CRP ve kreatinin değerleri geriledi. Hastanın klinik şikayetlerinin kolonoskopi sonrası süreçten itibaren ortaya çıkışı, kan kültürlerinde Enterococcus faecium üremesi kolonoskopi işlemi sırasında bakteriyel translokasyon ihtimalini düşündürmüştür. **

Anahtar Kelimeler: Enterococcus faecium, infektif endokardit, kilo kaybı, kolonoskopi, polipektomi

Abstract: 0086

EOZİNOFLİNİN EŞLİK ETTİĞİ EPİZODİK ANJİYOÖDEM (GLEİCH SENDROMU)

Aygün Aliyeva, Rafi Haner Direkseneli

Marmara Üniversitesi Romatoloji Anabilim Dalı

Eozinoflinin eşlik ettiği epizodik anjiyoödem (GLEİCH SENDROMU)

Giriş: Herediter Anjiyoödem (HAE) tablosu C1 inhibitör sentezini kontrol eden gendeki mutasyona bağlı oluşmaktadır. Olguların %75'inde OD kalıtmı olan %25 olguda ise C1 inhibitör

genindeki spontan mutasyonlarla bağlı bildirilmiştir. HAE'nin sitokin üretimi ile ilişkili bazı formlarında tanımlanmıştır. Bunlardan Gleich Sendromu; eozinofilinin eşlik ettiği tekrarlayan ataklar halinde HAE, ürtikarya, pruritus, ateş yüksekliği, vücut ağırlığında %10–20 oranında artış, artmış serum IgM düzeyleri, oligüri, lökositoz, periferik kanda eozinofili ve dermiste eozinofil degranulasyonu ile karakterizedir. Bu olguda benzer özellikler gösteren eozinofilinin eşlik ettiği epizodik anjiyoödem vakası bildirilmiştir.

Olgu: 58 yaşında erkek. 4 yıldır tekrarlayan ataklar halinde her iki üst ekstremitede, dudak ve göz çevresinde ödem, ateşlenme hissi, kilo alma, ciltte ürtiker, nefes darlığı şikayetleri mevcut. Hastanın tetkiklerinde wbc 16900 μ L, periferik kanda eozinofili (8600/ml), sedimentasyon 8 mm/saat, ANA, RF, p-ANCA, c-ANCA HbsAg, Anti-HCV, Anti-HIV negatif, CRP 35 mg/L olarak saptandı. Periferik yaymada: eozinofil 45, nötrofil 39, lefosit 15, monosit 1, eritrositlerin morfolojisi: normokrom normositerdi. Atak dışı dönemde eozinofil sayısı normal, atak sırasında periferik eosinofilisi mevcuttu. Kemik iliği biyopsisi: 'miyeloproliferatif hastalıkla uyumlu değildi, Myeloid ve eritroid seride görülen dismorfik değişiklikler seyrek olup; kronik hastalık, vitamin eksikliği, entoksikasyon ile uyumlu olabilir' olarak raporlandı. FIP1L1/CHIC2/PDGFR α /PDGFR β ve T (9:22) (q34: q11,2) delesyon saptanmadı. IgG: 2054 mg/dl (N: 700–1600), IgM: 295 mg/dl (N: 40–230), C3, C4: Normal, C1 esteraz inhibitör aktivitesi %58 (N: %70–130), C1 esteraz inhibitörü: 0,24 g/l (N: 0,21–0,39) ölçüldü. Toraks BT: Normal sınırlarda, batin BT: Hepatosplenomegali, paraaortakaval ve mezenterik çok sayıda cm sınırında lenf nodları görüldü. Deri punch biyopsi: Belirgin hiperkeratoz, intraepidermal bül gelişimi, spongiöz, dermiste perivaskuler lenfosit ve eozinofiller izlendi. Hastada c1 inhibitor fonksiyon kaybı ile seyreden Gleich sendromu düşünüldü. Hastaya bradikinin inhibitörü 'icatibant' ve 40 mg/gün metilprednizolon başlandı.

Tartışma: Gleich sendromu nadir görülen bir hastalıktır. Ataklar halinde olan anjiyoödem, nefes darlığı, karın ağrısı, kanda eozinofili, kilo artışı, ürtiker semptomlarının varlığında ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: ürtikarya, eozinofili, C1 esteraz inhibitörü

Abstract: 0087

KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON SONRASI TERAPÖTİK HİPOTERMİ: BİR OLGU SUNUMU

Gizem Sevik¹, Sait Karakurt², Semiha Emel Eryüksel²

¹Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) uygulandıktan sonra spontan dolaşımı sağlanmış ve uygun endikasyonu olan hastalarda, nörolojik geri dönüşün başarılı olmasını sağlamak için ilk 4–6 saat içinde vücut sıcaklığının 32–34°C'ye indirilmesi ve 12–24 saat boyunca bu düzeyde tutulması işlemine terapötik hipotermi denilmektedir. Hipotermi; kardiyak arrest sonrasında reperfüzyon hasarı ile birlikte ortaya çıkan kimyasal reaksiyonları önleyerek nörolojik iyileşmeye katkı sağlayan etkin bir yöntem olarak önerilmektedir.

Olgu: Bilinen kronik bir hastalığı olmayan 37 yaşında kadın hasta, bir aydır olan ateş, öksürük, kanlı balgam, kilo kaybı, kulakta akıntı şikayetleriyle tarafımıza başvurdu. Tetkiklerinde lökositoz, sedimentasyon yüksekliği, anemi ve proteinüri; toraks BT'sinde bilateral akciğerlerde en büyüğü yaklaşık 6 cm çapında kalın cidarlı kaviter lezyonlar saptanması üzerine ileri araştırma yapılması amacıyla interne edildi. Hastanın kulak-burun-boğaz muayenesinde

kronik otitis media ile uyumlu bulgular saptandı. Tetkiklerinde c-ANCA (++) , anti-PR3 >200 (pozitif) saptanması üzerine mevcut bulgularla romatoloji tarafından değerlendirilerek Granülomatöz Polianjitis (Wegener Granülomatozu) ön tanısıyla hastaya 3 gün pulse steroid tedavisi verildi. Steroid tedavisi idame dozuna geçildikten iki gün sonra hastada ani kardiyak arrest gelişti ve 25 dakika KPR sonrası spontan dolaşım sağlandıktan sonra hasta Dahili Yoğun Bakım Ünitesi'ne interne edildi. Hasta stabilize edildikten sonra kardiyoloji tarafından yapılan koroner anjiyografisi normal saptandı, ventrikülografisinde Takotsubo Kardiyomiyopatisi ile uyumlu bulgular görüldü. Hastanın kardiyak arrest sonrası Glaskow Koma Skalası (GKS) 3, pupilleri anizokorik saptandı. KPR sonrası 6. saatte terapötik hipotermi uygulaması başlatıldı. 24 saat boyunca vücut sıcaklığı 34°C'de tutulduktan sonra ısıtma işlemi başlatıldı. Terapötik hipotermi tamamlandıktan sonra muayenesinde nörolojik sekel saptanmayan, bilinci açık, GKS 15 olarak değerlendirilen hasta izleminin devamı amacıyla Dahiliye servisine devredildi. Romatoloji tarafından idame tedavisi düzenlenen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Olgumuzda görüldüğü gibi, kardiyak arrest sonrası uygun endikasyonu olan hastalarda erken dönemde başlatılan terapötik hipotermi, nörolojik iyileşmeye katkıda bulunmaktadır. Kardiyak arrest sonrasında hastaların mutlaka terapötik hipotermi uygulamasına uygunluk açısından değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Terapötik hipotermi, granülomatöz polianjitis, wegener granülomatozu

Abstract: 0089

PANKREASIN PRİMER SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMU OLGU SUNUMU

Kıvanç Koruk¹, Özkan Alan², Perran Fulden Yumuk², Faysal Dane²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Bilim Dalı

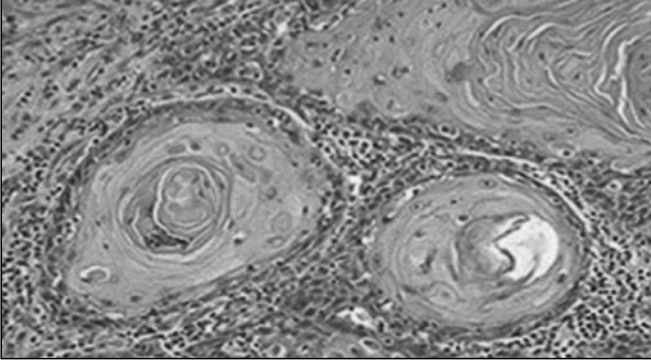
Giriş: Pankreasın primer skuamöz hücreli karsinomu oldukça nadir görülen bir durum olup oldukça kötü prognoza sahiptir. Primer hastalık kabul etmeden önce adenoskuamöz tümörler ve diğer metastatik tümörler dışlanmalıdır.

Olgu Sunumu: 71 yaş kadın hasta bilinen Tip2Dm ve hipertansiyon tanısı mevcut. Yaklaşık 3–4 aydır olan karın ağrısı, kusma ve yaklaşık 5–6 kg kilo kaybı şikayeti ile dış merkezde tetkik edilmiş. Yapılan batin tomografisinde pankreasta kitle görülmüş ve bunun üzerine Pet-CT çekilmiş. Pankreas korpusunda yaklaşık 7 cm boyutlarına ulaşan santrali nekrotik düzensiz sınırlı kitle (SUV maks 9) saptanmış ve diğer vücut alanlarında anlamlı FDG afiniteli maligniteli-metastaz lezyon saptanmamış. Tru-cut biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom ile uyumlu gelmiş. Genel Cerrahi tarafından operasyon açısından değerlendirilen hastaya batin Mrg çekilmiş. Lokal ileri hastalık düşünülerek (Resim1) tarafımıza neoadjuvan kemoterapi amacı ile yönlendirilmiş. Hasta olası metastatik hastalık açısından tekrar değerlendirildi. Yapılan baş-boyun, jinekolojik ve ürolojik muayenede özellik görülmedi. Özefagusu değerlendirmek için yapılan Üst-Gis endoskopide malignite görülmedi. Bunun üzerine pankreasın primer skuamöz hücreli karsinomu olarak kabul edildi ve neoadjuvan amaçlı Cisplatin ve 5-Fluorasil kombinasyonu planlandı.

Tartışma: Pankreasın primer skuamöz hücreli karsinomu oldukça nadir görülmekte olup literatüre baktığımızda tüm pankeas ekzokrin tümörleri içinde %0,5 ile %2 oranında bildirilmektedir. Bu tür hastaların klinik presentasyonu duktal adenokarsinom olgularından farklı değildir. Patolojik olarak SCC tanısı konduğunda primer veya metastatik hastalık ayırımı oldukça zordur. Kesin tanı için metastatik

hastalık açısından geniş bir tarama yapılmalıdır. Özellikle baş-boyun, akciğer ve özefagus değerlendirilmelidir. Bu amaçla tüm vücut tomografi veya FDG PET-CT kullanılabilir. Üst Gis Endoskopisi ile ise özefagus değerlendirilmelidir. Lokal hastalıkta cerrahi rezeksiyon altın standarttır; fakat küretatif değildir. Cerrahi sonrası adjuvan tedavisi hakkında literatürde kısıtlı vaka bazlı bildirimler bulunmaktadır. 25 vakalık bir seride cerrahi sonrası median survey 7 ay (6–16 ay) olarak bildirilmiştir. Lokal ileri veya metastatik hastalık sistemik tedavisinde ise Ciplatin bazlı rejimler ve/veya radyoterapi değerlendirilmiştir. Cisplatin+5-Flouracil kombinasyonu bu amaçla en çok kullanılan rejim olmuş ve katkısı 1 ile 6 ay arasında değişmektedir. Sonuç olarak pankreas primer skuamöz hücreli karsinomu nadir görülmekte olup tedavisi oldukça zordur.

Anahtar Kelimeler: pankreas karsinomu, ekzokrin pankreas tümörleri, skuamöz hücreli karsinom



Resim 1. Skuamöz hücreli ca biyopsi örneği

Abstract: 0090

KRONİK MYELOİD LÖSEMİ TANILI BİR OLGUDA NİLOTİNİB TEDAVİSİNE BAĞLI GELİŞEN NEKROZİTAN PANKREATİT

Beğüm Küver¹, Fatma Geçgel², Işık Atagündüz²

¹Marmara Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Hematoloji Anabilim Dalı, İstanbul

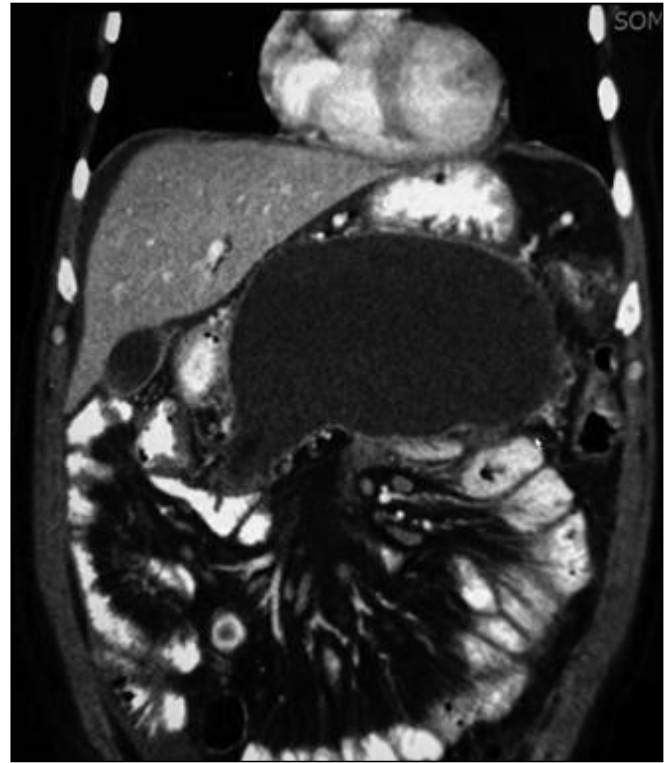
Giriş: Nilotinib, philadelphia kromozom pozitif kronik myeloid lösemi (KML) tanılı hastalarda kullanılan selektif 2. jenerasyon bir tirozin kinaz inhibitörüdür. Nilotinib tedavisinin yan etkileri arasında pankreatit %0,9–2 oranında görülmektedir. Bu olgu sunumunda nilotinibe bağlı gelişen ve mortal seyreden nekrotizan pankreatit vakası bildirilmektedir.

Vaka: 62 yaşında erkek hasta, ağustos 2013 tarihinde KML-kronik faz tanısı alarak, imatinib 400 mg/gün tedavisi ile izleme alındı. Tedavinin 12. ayında major moleküler yanıt (MMY) elde edilememesi üzerine nutrisyonel, metabolik parametreleri ve kardiyak değerlendirilmesi uygun olan hastaya Nilotinib 800 mg/gün başlandı, 10. ayında MMY elde edildi. Tedavinin 29. ayında karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile dış merkez başvurusunda yapılan tetkiklerinde amilaz: 10,500 U/L lipaz: 4433 U/L ve CRP yüksek saptanmış. Batın tomografisinde pankreas baş ve gövdesinde %50'den fazla oranda etkilenen akut pankreatite sekonder parankimal nekroz ile uyumlu hipodens alanlar izlenerek hasta akut pankreatit tanısı ile interne edilmiş. Balthazar skorlaması 10 olan hastanın oral alımı kesilerek parenteral sıvı ve meronem tedavisi düzenlenmiş. Meronem tedavisi 13 güne tamamlanarak taburcu edilmiş. Etyolojiye yönelik tetkiklerinde; MRCP'de koledokta taş ve dolmuş defekti izlenmeyen, lipid profili normal, elektrolit dengesizliği saptanmayan, bitkisel ilaç

ve etanol kullanım öyküsü olmayan hasta nilotinibe bağlı non-biliyer akut pankreatit olarak değerlendirildi. Nilotinib tedavisi kesilerek dasatinib 140 mg/gün dozunda başlandı. 1 hafta sonraki kontrolde hastanın karın ağrısı, bulantı ve distansiyonunun devam etmesi üzerine tekrarlanan batın tomografisinde (akut pankreatit tanısından 28 gün sonra); pankreas korpus ve kuyruk kesimini oblitere eden kistik lezyon-psödokist gelişimi izlendi (şekil-1). Genel cerrahi bölümüne yönlendirilen hasta takibinde genel durumu hızla bozulup nekrotizan pankreatite bağlı olarak 3. ayında exitus oldu.

Tartışma: Nilotinib alanlarda akut pankreatit %1 den az oranda bildirilmiştir. Pankreatit tablosu genellikle tedavinin erken döneminde ortaya çıkıp sıklıkla bir hafta içinde iyileşme eğilimi gösterir. Bizim vakamızda ise pankreatit geç başlangıçlı ve mortal seyretmiştir. Literatürde nilotinib ilişkili geç başlangıçlı akut pankreatit olgusu bildirilmemiş olmakla birlikte farklı ajanlarla tedaviden aylar hatta yıllar sonra akut pankreatit gelişebildiği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: akut pankreatit, kronik myeloid lösemi, nilotinib



Resim 1.

Abstract: 0092

MALİGN PERİKARDİYAL EFÜZYONDA SİSPLATİN TEDAVİSİ

Çağla Eyüpler

Marmara Üniversitesi, Onkoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Perikardiyal efüzyon vakalarının %19'u malignitelere bağlı gelişmektedir. Malign perikardiyal efüzyon vakalarına neden olan malignitelerin başında akciğer, meme, lösemi, lenfoma gelmektedir. Perikardiyal efüzyon vakalarında perikardiyosentez ve skleroterapinin birlikte uygulanması tek başına perikardiyosentezden daha etkili bulunmuştur. Skleroterapi amacıyla yaygın olarak kullanılan ajanlardan biri sisplatin'dir. Sisplatin uygulanan hastalarda efüzyon %90 oranında kontrol altına alınmıştır. 26 Yaşında bilinen 10 yıllık epilepsisi olan 2014 yılında gebeliğinin 5. Ayında sol memesinde farketmediği şişlik için tetkik edilen invaziv duktal

karsinom saptanan modifiye radikal mastektomi olan patoloji sonucu t2n1 er+pr+her2-ki67: %20 ve genetik incelemede brca1 brca2 p53 negatif gelen sistemik KT aksillaya RT sonrasında hormonoterapi ile takip edilen hastanın saçlı derisinde ortaya çıkan subkutan nodüllerden yapılan biyopsi metastazla uyumlu o dönemde sintigrafide kemik metastazi ve PET BT'de karaciğer, pankreas, kemik, over metastazına yönelik kemoterapi rejimi değiştirilmiş kranial tutulumla yönelik de radyoterapi tedavisi almış. Hasta öksürük, sarı renkli balgam şikayetiyle başvuruyor çekilen toraks btsinde perikardial efüzyon ve bilateral ve sağda daha belirgin plevral sıvı saptanıyor. Perikardiyal sıvıya yönelik ekusunda tamponad olmaksızın en kalın yeri 25 mm olan efüzyon spab: 20 mmhg ef: normal olarak saptanıyor. Hastanın göğüs ağrısı ve dispnesinin olması üzerine koroner yoğun bakıma yatırılıyor. Perikardiyosentez ve 50 mg/50 ml sisplatin uygulanıyor. İşlem sonrası ekusunda 18 mm efüzyonu var. 3 Gün sonra geleni olmadığı dreni çekiliyor yapılan ekoda minimal efüzyon sebat ediyor (ön duvar 10 mm, lateral 7mm, arka duvar 12 mm). İşlem sonrası 15. Gün ekusunda 7 mm efüzyon ef: 65 saptanıyor.

Perikardiyal skleroterapi sisplatinde başka tiotepa, 5 fu, tetrasiklin gibi ajanlarla da yapılabilmesine karşın sisplatin ile daha fazla çalışma yapılmış ve daha üstün bulunmuştur. Sisplatin uygulaması malign perikardiyal efüzyon tedavisinde rekürrensi önlemede ve semptomları azaltmada başarılı bulunmuş. Yapılan çalışmaların büyük bir kısmını akciğer kanseri vakaları oluşturmakla birlikte akciğer kanserine bağlı gelişen malign efüzyon vakalarında sisplatin enjeksiyonunun meme kanserine bağlı gelişenlerden daha başarılı olduğu gösterilmiştir. Meme kanserine bağlı gelişen malign efüzyon vakalarında sisplatin enjeksiyonunun etkinliğini anlayabilmek için daha geniş hasta serilerine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Malign, efüzyon, sisplatin

Author To Editor: Asistanlığa yeni başladığım için takip eden doktor isimlerini bilemediğimden yazamadım

Abstract: 0094

SUPERİOR MEZENTERİK ARTER (SMA) SENDROMU

Duygu Şahin¹, Emre Aykut², Yeşim Özen Alahdab²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: SMA sendromu; SMA ve abdominal aortaya duodonal basıyla oluşan semptomları ifade etmektedir. 3. lomber vertebra hizasında duodenumun 3. parçası, SMA'nın arkasında, abdominal aortanın önündedir. Bu 3 yapı sol renal ven, mezenterik yağ dokusu ve lenfatikler ile sarılmıştır. SMA sendromunda aortamezenterik açı 25°'den (normal 38°-65°) daha küçük ve aradaki mesafe 8 mm'den daha kısadır (normal 10-28 mm). SMA sendromunun en sık nedenleri; sol renal venin sıkışması, nutcracker sendromu, aşırı kilo kaybı ve cerrahi işlemlerdir. Burada periferik nöropati kliniğiyle başvuran SMA sendromlu hastayı sunacağız.

Olgu: 26 yaşında erkek hasta, 4 ay önce başlayan bulantı, kusma ve ishal şikayetiyle başvurdu. 20 kg kilo kaybı olan hastanın şikayetlerine giderek artan her iki el ve ayaklarda güçsüzlük eklenmiş. Hastanın nutrisyonel parametrelerinin düşük olması nedeniyle crohn hastalığı şüphesi ile yapılan kolonoskopide; terminal ileumda nodüler değişiklikler görüldü ve alınan biyopsilerde ileit dışında patoloji saptanmadı. Hastanın periferik nöropatik bulgularının artması üzerine yapılan EMG'sinde Guillain Barre Sendromu düşündürülecek bulgular rastlanması üzerine İVİG uygulandı. Ancak hasta fayda görmedi. Obstrüksiyon semptomlarının artması üzerine çekilen batın BT'de; duodenum 2. ve 3. kısmın SMA basısı altında olduğu görüldü, aortamezenterik açı 17° derece olarak ölçüldü. Klinik ve radyolojik bulgular doğrultusunda SMA sendromu olarak değerlendirilen hasta genel cerrahiye devredildi. Operasyonda,

duodenum 2. ve 3. kısmının SMA basısı altında olduğu saptandı, gastrojejunostomi yapıldı. Hastanın takiplerinde semptomları geriledi ve post op 4. gününde taburcu edildi.

Sonuç: Literatürde SMA sendromunun, intestinal obstrüksiyon nedenleri arasında insidansı %0,1-0,3 arasında görülmektedir. Klinik olarak postprandial epigastrik ağrı, geğirme, kusma ile karşımıza çıkmaktadır. Radyolojik görüntülemelerde; duodenum ve midenin aşırı dilatasyonu, duodenum 3. kısmı ile arasında cut-off çizgisi görülür, aortomezenterik mesafe ve aortomezenterik açı daralır. Tedavisinde mide ve duodenumun nasogastrik sonda ile dekompresyonu ve elektrolit imbalansının düzeltilmesi önerilir. Mümkünse nasojejunal tüp ile enteral yoldan beslenmesi önerilir.

Amaç, SMA ve aorta arasındaki yağlı planların artışı sağlamaktır. Medikal tedaviler başarısız olduğunda gastrojejunostomi/duodenojejunostomi ile tıkanıklık by-pass edilerek tedavi edilmeye çalışılır. Bizim vakamızda literatürde olduğu gibi hızlı kilo kaybı neticesinde, mezenterik yağ dokusunun kaybı sonucunda SMA'nın duodenuma basısı görülmektedir. SMA sendromu tanısı için şüphelenme ve radyolojik görüntüleme gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: superior mezenterik arter, bası, obstrüksiyon, cerrahi



Resim 1. SMA sendromu nedeniyle gastrojejunostomi yapılan hastanın operasyonundan alınan bir görüntüsü. Kırmızı ok; komprese olmuş duodenumun 3. kısmı. Sarı ok; superior mezenterik arter (SMA)



Resim 2. V. kontrastlı Batın BT 'de Sagittal kesitte görülen Superior Mezenterik arterin basısına bağlı olarak aortomezenterik açısının azaltığını (<25°) gösteren radyografik görüntü.

Abstract: 0095

LENALİDOMİD İLİŞKİLİ OTOİMMUN HEMOLİTİK ANEMİ

Rabia Gökçen Umrurca¹, Fatma Geçgel², Toluy Özgümüş², Aslıhan Sezgin², Yıldız İpek², Tayfun Elibol², Tayfur Toptaş², Işık Atagündüz², Ayşe Tülin Tuğlular²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Bilim Dalı

Giriş: Lenalidomid multipl myelom, 5q delesyonlu düşük orta riskli, transfüzyon bağımlı MDSde kullanılan bir ajandır. Lenalidomid'in otoimmün hastalık yaptığı vaka serileri bazında bilinmektedir. Bu olguda multipl myelom tanılı hastamızda lenalidomid altında gelişen otoimmün hemolitik anemi vakası bildirilmektedir.

Vaka: 55 yaşında kadın hasta şubat 2011 de kappa hafif zincir multipl myelom tanısı aldı. İndüksiyon sonrası kasım 2011 de otolog kemik iliği nakli oldu. Nakil sonrası 42. ayda progresyon nedeniyle 4 kür VCD verildi. İkinci otolog kemik iliği nakli aralık 2015 de yapıldı. Haziran 2017 de relaps nedeniyle lenalidomid-deksametazon başlandı. Tedavinin 10. gününde grade2 hiperbilirubinemi olan hastanın tetkiklerinde Hgb: 9,9, LDH: 270, total bilirubin: 3,22 mg/dl, indirek bilirubin: 1,74 mg/dl nedeni ile lenalidomide ara verildi. Hepatobiliyer ultrasonda patoloji saptanmayan, viral hepatit seroloji negatif, karaciğer fonksiyon testleri normal olan hastanın kontrolünde Hgb: 5,7 g/dl, MCV: 87,4, LDH: 208, t. bil: 3,12, in. bil: 1,91 saptandı. 2Ü ES sonrası Hgb: 6,3 g/dl izlendi. Periferik yaymasında hipokrom anizositoz dışında özellik saptanmadı. Nutrisyonel anemi parametreleri normal, düzeltilmiş retikülosit %2,5, haptoglobulin: 2,54 g/l, direkt ve indirek coombs pozitif saptandı. Hgb düzeyinde artış gözlenmeyen hastaya otoimmün hemolitik anemi öntanısı ile 1 mg/kg/gün dozundan metilprednizolon başlandı. Hgb 1 hafta sonra

9,4 g/dl, 2 hafta sonra hgb: 11,5 g/dl'ye yükseldi. Direkt ve indirek coombs tetkiklerinin negatifleştiği görüldü.

Tartışma: Hematolojik malignitelerde otoimmün hastalıklara yakınlık bilinmektedir. Multipl myelomda bu ilişki daha zayıftır. Multipl myelomda kullanılan imid grubu ilaçların otoimmün hastalık insidansını arttırdığı bilinmektedir (1). Montefusco ve ark. yaptığı 708 multipl myelom tanılı hastayı içeren retrospektif çalışmada lenalidomid alan 140 hastada otoimmün hastalık oranı %4,3tür. hastalıklar içerisinde %55 le otoimmün sitopeniler birincidir. Çalışmanın lenalidomid kolunda 6 hastada otoimmün hastalık olup; biri otoimmün hemolitik anemi vakasıdır (1). Bizim vakamızda lenalidomid tedavisinin 10. gününde coombs (+) hemolitik anemi izlenmiş olup; ilaç kesilmesi ve steroide yanıt alınmıştır. Yapılan çalışmalarda lenalidomid tedavisine bağlı otoimmün hastalık gelişiminde sadece otolog kök kücre nakli yapılmasının risk faktörü olduğu saptanmıştır. vakamızda 2 defa otolog kök hücre nakli öyküsü bulunmaktadır. Literatürde lenalidomid ilişkili hemolitik anemi gelişimi; 1 diffüz büyük B hücreli lenfoma olgusu (2), 1 AML (3), 1 MM (1) ve 2 MDS (4,5) olgusunda bildirilmiştir. vakamız multipl myelomda bildirilen lenalidomid ilişkili 2. otoimmün hemolitik anemi olgusudur.

Anahtar Kelimeler: Multipl myelom, lenalidomid, otoimmün hemolitik anemi

Abstract: 0097

KONTROLSÜZ TİP 2 DİABETES MELLİTUS HASTASINA YAKLAŞIM

Canberk Sami Başbüyük

Marmara Üniversitesi, Dahiliye Anabilim Dalı, İstanbul

Tip 2 diabetes mellitus gün geçtikçe yaygınlaşan ve yüksek morbidite ve mortaliteye sahip bir hastalıktır. Hastaların büyük kısmı günlük hayat değişiklikleri, oral ve injectable anti diabetik ajanlar ve fiziksel aktivite ile istenilen şeker kontrolüne ulaşabilse de bir takım tedavi dirençli hastalarda kontrolsüz şeker çok daha ağır formda seyredabilmektedir. Biz de sizinle poliklinikle karşımıza çıkan benzer bir hastayı paylaştık.

M. E. 47 yaşında kadın hasta 110 kg boy 1,61 bmi: 42,47 ev hanımı evli iki çocuğu var, sırasıyla doğum kiloları 3500 ve 3800 gr. 3. Çocuğunun gebeliği sırasında intrauterin ex olması üzerine yapılan araştırma sırasında diabetes tanısı alan hastanın hgba1 c %13,2 olması nedeniyle metformin 1000 mg 2x1 ve bazal 30 ü + bolus 10ü 2x1 insülin tedavisi altında, dozları giderek artırılarak, hgba1 c değerleri 2 yıllık tedavi süresince %9,7-%11,9 arasında dalgalanma gösterdiğinden hasta öncesinde sabah akşam mix etkili öğlen kısa etkili insülin tedavisi altında sonrasında kontrolün sağlanamaması nedeniyle öncesinde dapagliflozin sonrasında vildagliptin eklenmiş ancak hasta bu tedavi başlangıcından 1 ay sonra pankreatit atağı geçirdiğinden yeni oral antidiabetikleri kesilerek sabah akşam insülin degludec+aspart öğlen insülin lisprolu rejime geçildi. Hastanın dönemde kan şekeri regülasyonu sağlanamadığından hastanın poliklinikten yakın kan şekeri takibi yapılarak yeni tedavi rejiminin sonuçlarının görülmesi, istenilen hgba1 c ve açlık kan şekeri hedeflerine ulaşamaması halinde yatırılarak şeker regülasyonu yapılmasına karar verildi.

Sabah		Öğle		Akşam	
AKŞ	TKŞ	AKŞ	TKŞ	AKŞ	TKŞ
242	262	257	371	231	280
298	330	230	350	215	350
265	390	272	370	232	350
268	353	263	332	282	314
297	312	284	311	263	296
320	330	316	340	224	362
İnsülin degludec+ aspart öncesi kontrol kan şekerleri					
		Ağustos 2015	Ağustos 2017		
Hba1 c (%)		11,7	11,9		
AST (U/L)		98	86		
ALT (U/L)		92	84		
Kreatinin (mg/dl)		0,92	1,1		

Anahtar Kelimeler: Diabet, Endokrin, Şeker

Abstract: 0098

HİPERKALSEMİ

Özge Kipri

Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Hiperkalsemi hayatı tehdit eden bir bozukluktur. En sık primer hiperparatiroidizm ve maligniteye bağlı olarak gelişir. Bu yazıda hiperkalsemiye bağlı bilinç bozukluğu ile başvuran ve sonrasında multipl myelom tanısı alan bir vakadan bahsedilecektir.

73 yaşında, kadın hasta acil servise bulantı, kusma, genel durumda bozulma şikayetleri ile başvurdu. Gelişinde gks 14, TA: 100/60 mmHg, Nabız: 110/dak. Ateş 37 idi. Fizik muayenesinde patoloji saptanmadı. Laboratuarda hgb: 9,2 bun: 48 cr: 4,5 ca: 14,6 ldh: 230 alp: 136 total protein: 7 albumin: 3,9 potasyum: 3,2 idi. Hasta hiperkalsemi ve böbrek yetmezliği tanılarıyla kliniğimize yatırıldı. Yoğun iv hidrasyon ve furosemid tedavisi başlandı. Bu tedavi altında yeterli kalsiyum düşüşü sağlanamayan hasta hemodiyalize alındı. Takiplerinde ca değerlerinde düşüş sağlandı fakat kreatinin değerlerinde düşüş gözlenmedi. Etyoloji açısından yapılan üriner usg de bilateral böbrek boyutları ve parankim kalınlıkları normal saptandı. Taş, kist, kitle veya pelvikalkitazi görülmedi. Viral serolojisi negatif olarak görüldü. Hiperkalsemi etyolojisi açısından en sık iki neden olan primer hiperparatiroidi ve malignite araştırmaları yapıldı. Mamografi BIRADS-1, gastroskopi kolonoskopisi normal, beyin bt de kraniumda hipodens litik lezyonlar, toraks bt de kemik yapılarında litik lezyonlar görüldü. Pet ct de kraniumda, sağ skapulada, kostalarda, vertebral kolonda, her iki iliak kemikte ve her iki femurda litik lezyonlar, malign düzeyde FDG tutulumu olarak raporlandı. Bunun üzerine hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı. Biyopside %40 atipik plazmositik infiltrasyonlar görüldü. Laboratuarda Beta-2 mikroglobulin: 15441, parathormon: 107, protein elektroforezinde M piki yoktu, serum immunfiksasyonda lambda hafif zincir, idrar immunfiksasyonda lambda hafif zincir ve protein bantları izlendi. Bu bulgular sonucunda hastaya multiple myelom tanısı kondu ve maligniteye sekonder hiperkalsemi düşünülerek denosumab tedavisi planlandı. Miyelom açısından bortezomib+dexametazon tedavisi başlandı.

Hiperkalseminin en sık görülen iki sebebinden biri olan maligniteye bağlı hiperkalsemi en sık akciğer, meme ve hematolojik malignensilerde görülür. Maligniteye bağlı hiperkalsemin patofizyolojisinde parathormon ilişkili protein, osteolitik lezyonlar ve primer hiperparatiroidiye bağlı aşırı PTH sekresyonu rol oynar. Bizim vakamızda hiperkalsemi etyolojisi multipl myelom olarak bulundu. Hiperkalsemi tedavisine hızlı başlanmalı ve medikal tedaviye dirençli durumlarda hemodiyaliz göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hiperkalsemi, böbrek yetmezliği, malignite

Abstract: 0099

NÖROLOJİK TUTULUMU OLAN BEHÇET HASTASI

Naime Afşar Satış

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Behçet Hastalığı 1937 yılında Dermatolog Prof. Dr. Hulusi Behçet tarafından oral aft, genital ülser ve hipoponyonlu üveitten oluşan üçlü semptomu olan hastalarda tanımlanmıştır. Sonraki çalışmalarda çeşitli belirti ve bulgularla birçok sistemi etkileyen bir hastalık olduğu gösterilmiştir. Nöro-Behçet Hastalığı Behçet Hastalığı'na bağlı nörolojik tutulum olduğunda kullanılan bir terimdir. Behçet Hastalarının %5-10'unda nörolojik tutulum olabilmektedir. Birçok organ tutulumunun izlenebildiği bir hastalık olan Behçet Hastalığında beyin, omurilik ve sinirler de tutulabilmektedir. Behçet hastalığının en korkulan organ tutulumlarından biri nörolojik tutulumdur. Ağır olarak merkezi sistemini etkileyen nörolojik tutulum en sık bir beyinsapı ensefaliti olarak karşımıza çıkan parenkimal MSS tutulumu şeklinde görülür.

Bilinen Behçet Hastalığı (14 yıl), Psöriatik Artrit, KOAH tanıları olan 43 yaşında kadın hasta, hastanemiz romatoloji poliklinik takiplerine 1 yıldır ara vermiş durumda iken, acil servisimize yakınlarını tanıyamama, konuşmada bozukluk, yürüyememe, ateş şikayetleriyle başvuruyor. Hastanın daha önce hiç nörolojik tutulum öyküsü yok. Yaklaşık 3 aydır en son verilen tedavisi adalimumab'ı kullanmıyor. Sistem sorgusunda ek olarak dizürisi mevcut, son zamanlarda karışık bitkisel ilaç kullanımı var. Çekilen kraniyel MR'da: Bilateral periventriküler beyaz cevherde, sentrum semiovalede, ponsta ve servikomedüller bileşkede hiperintens izlenen çok sayıda lezyon mevcut. Nöro-behçet olarak değerlendirilip servise yatışı yapılan hastaya pulse steroid verilip ardından idame steroid ile devam edildi. Daha sonrasında hastaya ilk kür siklofosfamid tedavisi başlanarak klinik durumunun gerilmesi üzerine servisten taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, Nöro-Behçet, pulse steroid

Abstract: 0100

PRİMER HİPERALDOSTERONİZM

Akgün Karakök

Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Primer hiperaldosteronizm dirençli hipertansiyon vakalarının %10-15'ini oluşturmaktadır. Primer hiperaldosteronizm nedenleri arasında ise %35 oranla en sık olarak aldosteron salgılayan sürrenal adenomlar görülmektedir. Aşağıda dirençli hipertansiyon ve hipokalemi ile prezente olan sürrenal adenomu olan olgu anlatılmaktadır.

44 yaş erkek hasta yaklaşık 3-4 senedir olan baş ağrısı tariflemekte olup, baş dönmesi sonrası ölçülen ta değeri 180/120 çıkması üzerine gittiği sağlık merkezinde hastaya antihipertansif tedavi başlanmış olup takiplerinde ta kontrolü sağlanamaması üzerine hasta hastanemiz endokrinoloji polikliniğine başvuruyor. Başvuru sırasında hasta 3'lü antihipertansif tedavi almakta olup son 2-3 aydır ayda 4 defa olan acile başvurmasını gerektirecek hipertansif kriz tariflemekte. Sorgulamasında ta yüksekliğine çarpıntı, yüzde kızarma, ishal, ellerde titremenin eşlik etmediği, eforla oluşan dispne ve geceleri olan baş ağrısı tariflemekte. Yapılan tetkiklerde, na146, k 3,1, kr 0,82, alb 4,4, ca 9,2, p 3,3, alt 40, hemogram normal, tft normal, 1 mg dexta süpresyon testi süprese, 2 kere gönderilen 24 saatlik idarda met-normet normal, aldosteron 363 pg/ml, renin 8,88 pg/ml (plazma renin aktivitesi çalışılmadı) olarak saptanmıştır. Takiplerinde hipertansif seyretmesi üzerine tedavisine 8 mg cardura eklendi.01.2017 tarihinde dış merkez çekilen batın btde sağ sürrenal bez lateral krusta aksiyel planda 11x8 mmlik ortalama 13 HU, kontrast %90 washout, rölatif wash out %69 ölçülen noduler lezyon saptanan hastaya 05.2017 tarihinde batın mr çekirtilmiş olup bu sefer sürrenal bezlerde kitle saptanamamıştır. Tansiyon yüksekliği devam eden hastada tuz yüklemesi testi

planlanmış olup sonrasında ölçülen aldosteron 13,3 ng/dl olarak saptandı. Görüntüleme lezyon saptanamayan hasta lokalizasyona yönelik olarak adrenal ven örnekleme yapıldı. Sağ sürrenal ven-sağ perifer alosteron oranı 6,8 olarak saptanması sonrasında 05,2017 tarihli batın mr yeniden yorumlatıldı ve sağ sürrenalde 11*8 mm adenom ile uyumlu görünüm saptanması sonrasında hasta operasyon için cerrahiye yönlendirildi.

Hipokalemi ile giden dirençli hipertansiyonda hiperaldosteronizm ayrıntı tanıları içerisinde düşünülmelidir. En sık neden hormon üreten adenomlar olup adrenal hiperplaziler de akılda tutulmalıdır. Biyokimyasal olarak tanısı konmuş, ancak görüntüleme ile doğrulanamamış vakalarda adrenal venöz örnekleme düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: primer hiperaldosteronizm, sekonder hipertansiyon, hipokalemi

Abstract: 0101

TÜRKİYE'NİN KUZEYDOĞUSU'NDAN BİR VAKA; BİTKİSEL İLAÇ İLİŞKİLİ KARACİĞER TOKSİTESİ (HILI)

Öğuzhan Kesen¹, Emre Aykut², Yeşim Özen Alahdab²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Bitkisel ürünlerin ilaç olarak kullanımı yüzyıllar öncesine dayanmaktadır. Bitkisel ilaçlar dahil olmak üzere hemen tüm ilaçlar ve bileşiklerin potansiyel hepatotoksitesi vardır. Son yıllarda bitkisel ilaçların vücut geliştirme, kilo verme, sağlıklı yaşam için kullanımı artmıştır. Hem doğal hem de zararsız denilerek kullanımlarının artması karaciğer hasarı gibi sonu karaciğer transplantasyonu ve ölümlerle sonuçlanabilecek komplikasyonlara neden olabilmektedir. Biz burada tarihi geçmiş bitkisel ilaç kullanımı sonrası kolestatik tipte karaciğer toksitesi ile tarafımıza başvuran olgudan bahsedeceğiz.

Vaka: 53 yaşında erkek hasta, 5 gündür olan sarılık ve bulantı şikayeti ile tarafımıza Erzurum'dan yönlendirildi. Hasta başvurudan yaklaşık 2 hafta önce ortaya çıkan ciltte sarılık, karın ağrısı, bulantı-kusma şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş. Tetkiklerinde kolestatik tipte enzim yüksekliği mevcut olup bakılan viral hepatit markerları negatif saptanmış olup, görüntülemelerinde İHSY'da dilatasyon ve koledok distalinde milimetrik safra taşı görülmüş. Hastada koledokolityazis düşünülmüş ve ERCP yapılması planlanmış. Tarafımızca ERCP'si yapılan ve koledoktan milimetrik taşlar çıkarılan hastanın işlem sonrası kolestatik enzim yüksekliği devam etmekte olup total bilirubin değeri 18 mg/dl'e kadar yükselmeye devam etti. Hastanın gönderilen otoimmün hepatit markerları negatif geldi. Detaylı sorgulamada hastanın mevcut semptomlarının başlangıcından yaklaşık 2 hafta önce tarihi gecik mesir macunu yediği saptandı. Hastanın karaciğer biyopsisinde primer sklerozan kolanjit ya da primer bilier siroz tanısı düşündürülen bulgular yoktu. Perisantral kanaliküller ve hepatosellüler bilirubin stazı görüldü. Ön planda herbal ilişkili karaciğer toksitesi (HILI) düşünüldü. Hastaya 40 mg prednol başlandı. Takibinde prednol sonrasında kolestatik enzim ve bilirubinleri hızlıca normale indi. Hasta oral prednol ile taburcu edildi.

Tartışma: HILI batı ülkelerinde ilaç ilişkili hepatoksisite içerisinde %16 ile ikinci sırada yer almaktadır. İlaç ilişkili karaciğer hasarı (DILI) ve HILI benzer özellikleri taşımaktadır. HILI tanısını koymak için RUCAM (Roussel Uclaf Causality Assessment Method) yararlı olmaktadır. Büyük çoğunlukla HILI bir dışlama tanısı olarak karşımıza çıktığı için tanı koyma sürecinde karşımıza çıkan zorlukları azaltma konusunda yardımcı olabilmektedir. Ülkemizde bulunduğu Ortadoğu bölgesinde geleneksel tıp olarak kullanılan bir çok bitkisel ilaç bulunmaktadır. Ülkemizde Ankara ve Gaziantep bölgelerinde yapılan vaka bazlı DILI grubu

çalışmalarda antibiyotik ve Nsaid'den sonra üçüncü sıklıkla bitkisel ilaçlar neden olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: DILI, HILI, Kolestatik enzim yüksekliği

Abstract: 0102

GAUCHER HASTALARINDA KEMİK METABOLİZMA BULGULARI

Seçkin Akçay¹, Dilek Gogas Yavuz²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrin Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Gaucher, lizozomal glukoserozidaz enzim eksikliğine bağlı retiküloendotelial sistemde glukoserozid birikiminin neden olduğu, OR geçişli bir depo hastalığıdır. Gaucher klinik olarak HSM, kemik lezyonları ile; laboratuvar olarak ise anemi, lökopeni, trombositopeni, karaciğer enzim yüksekliği ile kendini gösterebilen bir hastalıktır. Amaç, poliklinik izlemde bulunan Gaucher tanılı vakaların klinik, laboratuvar ve kemik metabolizma verilerini değerlendirmektir.

Yöntem: Retrospektif tek merkezli çalışmaya kesin tanı alan 7 hasta alınmıştır.

Bulgular: Hastaların (K/E: 4/3) yaş ortalaması 51,1±12,8 olup ortalama hastalık süresi 9,5 yıldır. Hastaların tanı sırasında yaş ortalaması 41,7±20,6 dir. Hastaların 3'ünde aile öyküsü mevcuttu. %71,4'ü (n=5) rekombinant imiglucerase enzim (Cerezym®) infüzyonu tedavisi almıştır. %100'ünde tedavi başlama endikasyonu hematolojik tutulumdur. Tedavi alan hastaların 1'ine tanı sonrası 20 gün içinde, 1'ine tanidan 10 yıl sonra; 3'üne ise yaklaşık bir yıl içinde enzim tedavisi başlanmıştır. Başvuru sırasında %57,1'inde (n=4) hepatomegali, %71,4'ünde (n=5) ise splenomegali saptanmıştır. Tedavi alan 2 hastada kontrol USG'de KC ve dalak boyutlarında gerileme saptanmıştır. Başvuru sırasında hastaların 3'ü pansitopenik (ortalama plt: 46000 wbc: 2300/mm³ hb: 8,7 gr/dl), 1'i trombositopenik (plt: 26000) ve 1'i derin anemik (hb: 6,2 gr/dl) olarak saptandı. Tedavi sonrası pansitopenik olan 3 hastanın ortalama plt: 78000 wbc: 10500/mm³ hb: 10,8; trombositopenik olan hastanın plt: 65000 olarak saptandı. Derin anemi ile başvuran hastanın enzim infüzyonu şubat 2016 da başlanıp aralıklı ES replasmanı ihtiyacı devam etmektedir. (hb: 5,8 gr/dl)

Hastaların birinde yaygın vertebra kırıkları ve KOAH cor pulmonoreye yol açan kifoskolyoz izlendi. İki vakanın uzun kemiklerinde Gaucher ile uyumlu hipodens lezyonlar saptandı. Femur boynu ortalama BMD değerleri 0,838 (min-maks 0,722-1,094); ortalama T-skorları-1,5 (min-maks (-2,3)-(-1,2)); ortalama Z-skorları-0,8 (min-maks (-1,9)-(2,4)) bulundu. Hastaların tanı sırasında ortalama kalsiyum değerleri 9,2±0,24 mg/dl, fosfor 2,95±1,44 mg/dl, parathormon 42,7±29,8 pg/ml, 25-OH-vitamin D3 12,3±7,4 ng/ml, ALP 96,0±27,3 U/L olarak saptanmıştır.

Sonuç: Gaucher hastalığının hedef organlarından biri de kemik dokusudur. Asemptomatik olsa bile hastalar; kemik surveyleri, kemik dansitometre ölçümleri, kemik döngü belirteçleri ile değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gaucher, kemik, metabolizma

Abstract: 0103

POLIARTERİTİS NODOSA'NIN NADİR BİR PREZENTASYONU: HEMODİYALİZ HASTASINDA RENAL ARTER RÜPTÜRÜ OLGUSU

Meryem Demir¹, İzzet Hakkı Arkan², Oğuzhan Demir³, Arzu Velioğlu², Ebru Aşıcıoğlu², Zübeyde Serhan Tuğlular², İshak Çetin Özener²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Poliarteritis nodosa, orta ve küçük damarların inflamasyonunu içeren sistemik bir hastalıktır. En sık görülen belirtiler ateş, kilo kaybı, anoreksiya, miyalji veya asimetrik poliartritir. Renal veya gastrointestinal sistemin tutulumu sıklıkla konstitüsyonel şikayetler ile birlikte veya sonrasında ortaya çıkmaktadır. Burada Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF)'ne bağlı amiloidoza sekonder son dönem böbrek yetmezliği ile hemodiyalize giren hastanın karın ağrısı ve kanlı idrar şikayeti ile acil servis başvurusunda saptanan renal-perirenal hematoma olgusu anlatılmıştır.

Olgu: Hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve FMF'e sekonder amiloidoz nedeniyle son dönem böbrek yetmezliği ile hemodiyalize giren 65 yaşında erkek hasta, acil servise karın ağrısı, kanlı idrar ve yorgunluk ile başvuruyor. Hastanın acil servise gelişinde genel durumu orta, arteriyel tansiyon: 96/56 mmHg, nabz: 122/dk, ateş: 36 derece idi. Fizik muayenesinde soluk cilt ve mukozalar, batında yaygın hassasiyet, solda kostovertebral açı hassasiyeti ve sondalı izlenen hastada hematüri gözlemlendi. Hastanın bakılan tetkiklerinde bun: 98 mg/dl kreatinin: 5,4 mg/dl hemoglobin: 6 g/dl olarak görüldü. Acil koşullarda yapılan renal ultrasonografisinde hastanın sol renal-perirenal 5 cm hematoma olduğu gözlemlendi. Hastanın acil cerrahi gerekliliği ihtimali ile çekilen abdominal tomografik anjiyo ile sol renal arter anevrizma rüptürü ve 47 mm renal-perirenal hematoma saptandı. Burada karın ağrısı, hematüri, renal amiloidoz, renal arter anevrizma rüptürünün tipik anjiyografik bulguları ile poliarteritis nodosa tanısı kondu ve 1 mg/kg metilprednizolon tedavisi başlandı. 2 gün sonra hastanın hemoglobin düşüşü kontrol altına alındı ve acil cerrahi yapılmaksızın hemodinamik stabilizasyon destek tedaviler ile başarıyla sağlandı.

Sonuç ve tartışma: PAN'a bağlı spontan hemorajiler ilk 1908'de tanımlanmıştır. Günümüzde FMF ile PAN birlikteliğinin sık olduğu, PAN hastalarının takiplerinde renal arter anevrizması ile karşılaşılacağı bilinmektedir. Bu vaka literatür tarandığında FMF tanısı ile birlikte renal arter anevrizması ile PAN tanısı alan nadir olgulardan biri olarak kliniğimizden sunulmuş bir vakadır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, Hemodiyaliz, Poliarteritis nodosa, Renal Arter Anevrizma Rüptürü, Perirenal Hematom

AuthorToEditor: Radyolojik görüntüler posterde eklenecektir, saygılarımla.

Abstract: 0104

C1Q NEFROPATİSİ OLAN BİR HASTADA RİTUXİMAB TEDAVİSİNE BAĞLI GELİŞEN VE LİTERATÜRDE TANIMLANMAMIŞ CİDDİ İNFLAMATUAR POLİARTİRİT OLGUSU

Eren Erdoğan, Gülay Ardalı, İzzet Hakkı Arkan, Arzu Velioğlu, Ebru Aşıcıoğlu, Serhan Tuğlular, Başar Aykent, İshak Çetin Özener

Marmara Üniversitesi Nefroloji Anabilim Dalı

29 yaşında steroide bağımlı nefrotik sendromu olup böbrek biyopsisi C1q nefropatisi ile uyumlu olan 30 yaşındaki kadın hastada 500 mg tek doz rituximab (RTX) tedavisinden 1 hafta sonra yaygın inflamatuvar poliartrit tablosu gelişti. Hastanın el ayak parmak küçük eklemeleri, dirsek, omuz, diz, kalça ve çene eklemelerinde bilateral hareket kısıtlılığı kızarıklık ve şişme olduğu görüldü. Yapılan tetkiklerinde ANA (anti-nuclear antibody), komplemanlar (C3, C4) ENA profili ve ANCA düzeyleri, kreatinin fosfokinaz, RF (Romatoid Faktör) ve anti-CCP değerleri normal sınırlarda bulundu. EBV (Ebstein Bar Virus), CMV (Cytomegalovirus), Parvovirus'u içeren viral serolojisi negatif geldi. Hepatit serolojisi ve Brucella paneli negatif bulundu. Hastaya verilen tek doz 40 mg IV prednisolon tedavisi ile eklem bulgularında hızlı ve dramatik bir düzelme görüldü. Klinikte tam düzelmeye steroid tedavisinin ikinci gününde ulaşıldı. Mevcut eklem bulgularının RTX tedavisi ile ilişkili olabileceği düşünüldü. RTX'e bağlı böyle bir yan etki daha önce tıbbi literatürde bildirilmemiş olmakla beraber İngiltere'de hastalara ait bir internet sitesinde değişik nedenlere bağlı RTX kullanan hastalar arasında ciddi eklem tutulumlarından bahsedenler olmuştur. Hastamızda gelişen bu yan etki RTX tarafından indüklenen ve iyi bilinen sitokin salınımı ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Rituximab, C1q nefropatisi, poliartrit, yan etki

Abstract: 0106

PERSİSTAN KÖTÜ KONTROLLÜ TİP-2 DM HASTASINDA KONSANTRE UZUN SALINIMLI İNSÜLİN KULLANIMI

Tuğba Kıratlı¹, Eren İmre², Özlem Tarçın², Dilek Yavuz²

¹Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, İstanbul

İnsülin tedavisi Tip 2 diyabetli hastalarda araya giren ve insülin ihtiyacını artıran diğer hastalıklar, ağır insülin direnci, akut metabolik dekompanse (DKA, HHD), cerrahi, gebelik veya diyabet komplikasyonlarının ilerlemesi gibi durumlarda uygulanmalıdır. Obez ve insülin direnci yüksek hastalarda glisemik kontrolü sağlamak için yüksek dozlara ihtiyaç olabilmektedir. 1997 yılından beri tip-2 dm ile takip edilen ve yüksek doz insülin ihtiyacı olan hastanın tedavi sürecini sunacağız.

56 yaşında kadın hasta, bilinen tip-2 dm, astım, koroner arter hastalığı (stent mevcut), hipertansiyon, hipotiroidi, kriptojenik karaciğer sirozu (kompanse) ve meme kanseri tanıları mevcut. Hastamız 1997 yılında Tip-2 dm tanısı almış olup, 2005 yılından beri insülin tedavisi altındaydı. En son kullandığı insülin rejimi; İnsülin detemir sabah 64 U (32+32)-akşam 62 U (32+32), insülin aspart sabah 70 U (35+35)-öğle 36 U-akşam 70 U (35+35) şeklindeydi, linagliptin 5 mg 1x1 po, eşlik eden hastalıkları için levotiroksin 100 mcg 1x1, atorvastatin 20 mg, amlodipin 10 mg, asa 100 mg, rivaroksaban 20 mg, propranolol 40 mg, anastazol 1 mg, inhaler salbutamol, budesonid/formoterol ve montelukast 10 mg tedavisi almaktaydı. Metformin karaciğer sirozu nedeni ile kesilmişti. Mevcut insülin dozlarını sc tek seferde uygulamak uygunsuz emilim, ağrı ve sızıntı yaratabileceğinden bölünmüş dozlar halinde uygulamakta 9 kez enjeksiyon yapmakta idi.

Ağustos 2017 poliklinik kontrolünde fizik muayene normaldi, VKİ: 32,6 kg/m² saptandı, biyokimyasal parametreler; hba1 c: 7,6, ast: 25 U/L, alt: 17, U/L, kreatinin: 0,92 mg/dl, inr: 1,38. Hipoglisemi semptomu olmayan hastanın enjeksiyon sayısını azaltmak amacıyla ve preprandiyal kan şekeri düzeylerinin dalgalı seyretmesi (tablo-1) nedeni ile insülin detemir kesilerek insülin glargine U300 U/ml 1x100 U başlandı. Üç ay sonunda kontrol değerlendirmede kan şekerklerinin daha regüle (tablo-2) ve Hba1 c (%) 8,6'dan 7,6'ya gerilediği gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: glargine U300 u/ml, kötü kontrollü dm, insülin

Tablo 1. İnsulin glargine U300 U/ml öncesi

Sabah	Sabah	Öğle	Öğle	Akşam	Akşam
AKŞ	TKŞ	AKŞ	TKŞ	AKŞ	TKŞ
142	162	157	271	131	180
198	230	230	250	215	250
165	290	272	270	232	250
268	353	163	232	182	214

Tablo 2. insülin glargine U300 U/ml sonrası

Sabah	Sabah	Öğle	Öğle	Akşam	Akşam
AKŞ	TKŞ	AKŞ	TKŞ	AKŞ	TKŞ
112	158	156	172	165	174
144	162	164	176	135	177
96	156	152	194	143	163
175	243	195	271	226	205

Abstract: 0109

METASTATİK NÖROBLASTİK TÜMÖR OLGUSU

Ayşegül Avcu

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

35 yaşında erkek hasta 5 ay öncesinde bel ağrısı ve sol uyluk ağrısı nedeniyle tetkik edilmiş. Lomber kitle saptanması üzerine opere olmuş ve patolojisi nöroblastik tümör olarak gelmiş. 3 aydır mevcut olan sırt ağrısı, belden aşağı uyuşma şikayetleri olması üzerine tekrar dış merkeze başvurmuş. T6-7 seviyesinde ekstradural kitle saptanmış. Kitle eksize edilmiş ve patolojisi önceki lomber kitle ile karşılaştırıldığında benzer morfolojik bulgular gösteren nöroblastik tümör olarak raporlanmıştır. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın çekilen PET-CT de karaciğerde ve iskelet sisteminde multiple metastazlar saptandı. Şiddetli sırt ve kalça ağrısı mevcuttu. Metastatik hastalığı olan hastaya 4 kür almak üzere siplatin+etoposid tedavisi planlandı. Ağrılarında kemoterapi başlanmasıyla belirgin gerileme gözlemlendi. 4 kür kemoterapi sonrası yanıt değerlendirme açısından tekrar PET-CT planlandı. Nöroblastom çocukluk çağı kanserlerindedir. Genellikle 5 yaş altında ortaya çıkar. Sempatik sinir sistemi kaynaklıdır. En sık adrenal medulladan çıkar. Paravertebral sempatik ganglionlardan da kaynaklanabilir.

Anahtar Kelimeler: nöroblastom, paravertebral kitle, sırt ağrısı

Abstract: 0111

İNVAZİV DUKTAL MEME KANSERİNDE ENDOBRONŞİAL METASTAZ

Zeynep Mercancı¹, Derya Kocakaya¹, Emine Bozkurtlar², Emel Eryüksel¹

¹Marmara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Ekstrapulmoner solid malign tümörlere sekonder endobronşial metastaz nadirdir, ancak görülebilir. Endobronşial metastazla en sık birliktelik gösteren ekstrapulmoner kanserler; kolorektal, renal ve meme kanserleridir. Bu bidiride, 4 yıl önce invaziv duktal karsinom tanısı alan 67 yaşında kadın hastanın kontrol PET/BT'sinde ikincil primer olarak düşünülen akciğer tutulumunun bronkoskopi ile alınan biyopsi sonucunun endobronşial metastaz ile uyumlu gelmesi anlatılacaktır.

Olgu Sunumu: Kasım 2013'te, sol memede ele gelen kitle nedeni ile başvuran ve o dönem triple negatif invaziv duktal karsinom tanısı alarak 6 kür neoadjuvan kemoterapi alan kadın hastaya Mayıs 2014'te sol mastektomi yapılmış. Ağustos 2017'de kranial metastaz nedeniyle radyoterapi yapılan hastanın Ağustos 2017'de çekilen kontrol PET/BT'sinde sol akciğer üst lob anterior segmentte; malign düzeyde hipermetabolik lezyon (SUVmax: 13,8) saptanması üzerine ikinci primer olabileceği düşünülerek hasta göğüs hastalıklarına yönlendirilmiş. Aralıklı öksürük ve balgam yakınması olan hastanın eşlik eden nefes darlığı veya hemoptizisi yokmuş. Hastaya başvurusundan 4 gün sonra yapılan bronkoskopide alınan biyopsi, meme karsinom metastazı ile uyumlu olarak raporlanmış ve hasta tedavisine devam edilmek üzere Tıbbi Onkoloji polikliniğine yönlendirilmiştir.

Sonuç: Meme kanserine sekonder gelişen endobronşial metastaz oldukça nadir görülür. Bir merkezden 2003-2010 yılları arasında toplam 8 vakadan bahsedilen vaka serisi yayınlanmıştır. Başka bir örnekte ise intralobüler meme kanserine sekonder gelişen endobronşial metastazdan bahsedilmektedir.

Meme kanserlerinde akciğer metastazı sık olsa da endobronşial metastaz oldukça nadirdir. Bununla birlikte meme kanseri olan bir hastanın endobronşial metastazla gelebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: endobronşial metastaz, ekstrapulmoner solid tümör, meme kanseri,

Abstract: 0112

TIKANMA SARILIĞI İLE BAŞVURAN NADİR BİR OLGU: PANKREASTA EKSTRAMEDÜLLER PLAZMOSİTOM

Tuba Nur Özmen¹, Umut Emre Aykut², Yeşim Alahdab¹, Deniz Güney Duman¹

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Plazma hücre hastalıkları tek plazma hücre klonunun neoplastik proliferasyonu ile karakterize hastalık grubunu oluşturur. Plazma hücre neoplazmaları tek lezyon (soliter plazmositom) veya multiple lezyonlar (multiple myelom) şeklinde prezente olabilir. Ekstramedüller plazmositom ise kemik iliği dışında gelişen plazma hücre tümörlerini temsil eder. Lezyonların yaklaşık %80'i üst respiratuar yolları tutar. Ancak pankreas tutulumu oldukça seyrekdir. Bu yazıda tıkanma sarılığı ile başvuran ve pankreatik plazmositom tanısı alan olgu sunuldu.

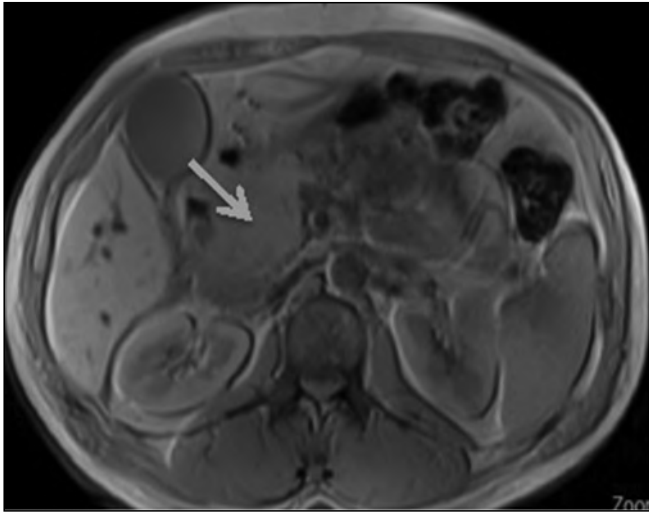
Vaka Sunumu: Multiple myelom tanılı 42 yaşında erkek hasta halsizlik ve sarılık şikâyeti ile polikliniğe başvurdu. Fizik muayenede epigastrik ve sağ üst kadranda hassasiyeti ile ikterik görünüm mevcuttu. Tetkiklerinde transaminaz ve kolestatik enzim yüksekliği, hiperbilirubinemi saptandı. Üst batin MR ve MR-kolanjiografi çekildi. Batin MR'da pankreas başında 52x34 mm boyutunda ve kuyruk kesiminde 33x23 mm boyutunda kiteller izlendi. (Resim-1) MRCP'de koledok ve intrahepatik safra yolları dilate saptandı. Hastanın multiple myelom öyküsü nedeniyle ön planda ekstrapleural plazmositom düşünüldü. Pankreas başındaki kitleden histopatolojik inceleme amaçlı endoskopik ultrasonografi (EUS) yapıldı (Resim-2) ve multiple biyopsi alındı. Patolojik değerlendirmede CD-138 boyanan yoğun plazma hücre infiltrasyonu saptandı ve altta yatan hastalığı ile birlikte değerlendirilerek plazmositom tanısı kondu. Hamatoloji tarafından başlanan tedavi sonrası çekilen batin MR'da pankreas başındaki kitlede regresyon saptandı.

Tartışma: Multiple myelom, kemik iliğindeki plazma hücrelerinin malign proliferasyon göstermesi sonucu oluşan bir hastalıktır. Myelomatosis (diffüz kemik iliği tutulumu), soliter kemik myelomu ya da ekstrapleural plazmositom şeklinde prezente olabilir. Pankreasta görülen plazmositomer oldukça nadirdir. Genellikle obstrüktif sarılık ve karın ağrısı kliniği ile başvururlar.

Plazmositomerin tipik bir görüntüleme özelliği bulunmamaktadır. Bu nedenle diğer pankreas neoplazmları ile karışabilirler. Genellikle tanı BT-eşliğinde İİAB ile konmaktadır. Bizim vakamızda, tanıyı EUS eşliğinde İİAB ile koyduk. EUS 'da plazmositomer pankreas başındaki diğer fokal kitle lezyonlar şeklinde görülürler. EUS-İİAB, pankreas başındaki kitlelerin tanısını koymada günümüzde başarılı ve güvenilir bir tekniktir.

Sonuç olarak, multiple myelom tanısı olan hastalarda pankreas başında şüpheli bir kitle saptanmışsa ekstrapleural plazmositom düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: pankreas, plazmositom, tıkanma sarılığı



Resim 1.



Resim 2.

Abstract: 0113

ANİ GELİŞEN "TORSADES DE POINTES": OLGU SUNUMU

Arzu Ece Tahtasakal, Esra Tekin, Umur Kasapoğlu, Emel Eryüksel

Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Hayatı tehdit edebilen önemli bir ritim bozukluğu olan "torsades de pointes", genellikle uzamış QT intervali ile ilişkili olarak gelişen polimorfik ventriküler taşikardi olarak tanımlanır. QT intervalindeki uzama doğumsal olabileceği gibi, ilaç kullanımı ve elektrolit bozuklukları gibi nedenlere bağlı olarak gelişebilir.

Olgu Sunumu: 74 yaşında kadın hasta acil servise nefes darlığı, göğüs ağrısı ile başvuruyor. Ayırıcı tanıda düşünülen pulmoner emboli şüphesi ile hastaya BT Anjiyografi çekiliyor ve görüntüleme Sağ akciğer alt ve orta lobda bronşiektazik alanlar ve arteriyel dolma defekti saptanıyor. başvuru esnasında kardiyak enzimleri yüksek saptanıyor. Ayırıcı tanıda bulunan AKS ekartasyonu için kardiyo lojiye danışılıyor ve yapılan EKO'da EF normal saptanıyor, duvar hareket kusuru izlenmiyor ve enzim yüksekliği pulmoner emboliye sekonder olduğu düşünülüp takip öneriliyor. Hasta Pulmoner Emboli nedeniyle Acil Dahiliye Servisine alınıp DMAH tedavisi başlanıyor.

Servisteki takibinde hastada 2 defa polimorfik ventriküler taşikardi gelişiyor ve hasta kardiyoversiyonla normal ritme döndürülüp amiodaron infüzyonu başlanıyor ve entübe edilen hasta dahiliye yoğun bakım ünitesine devrediliyor. Acil serviste VT esnasında alınan kan örneklerinde bakılan potasyum düzeyleri sırasıyla 4,8 mEq/L ve 4,4 mEq/L geliyor. takiplerinde potasyum düzeyleri replasmana rağmen 2,7-2,8 mEq/L düzeylerinde seyrediyor. Bunun üzerinde potasyum kaybı açısından artmış renal ekskresyon saptanıyor. Nefroloji tarafından değerlendirilen hastada Edinsel İzole potasyum kaybı düşünülüp spirinolaktan tedavisi öneriliyor. Busürece tekrar ventriküler taşikardi gelişen hastaya amiodaron infüzyonuna rağmen kardiyoversiyon ihtiyacı oluyor. Hasta kardiyo loji tarafından değerlendiriliyor ve mevcut ritmi hipotasemiye bağlanıyor. tedavisi altında potasyum değerleri normal sınırlarda seyreden hastanın multifokal multiple aritmisinin sebatetmesi üzerine kardiyo loji tarafından eksternal pacemaker takılıyor. Koroner anjiyografisi planlanan hastanın RCA da %90 obstrüksiyon saptanıyor ve PCA uygulanıyor. LAD ise subtotalkal saptanıyor. Hastanın anjiyografi ile obstrüksiyonlarının giderilmesi sonrası eksternal pacemaker çıkarılıyor. hastanın aritmisi ortadan kayboluyor.

Tartışma: Masif pulmoneremboli olan hastalarda EKG monitörizasyonu yoluyla izlenmeli ve uzama durumunda ani olarak TdP gelişebileceği akıldatılmalıdır. Ayrıca hastaların mevcut tanıları hernekadar kardiyak enzimyükseklğini açıklıyor olsada hastalarda kardiyak ekartasyona hassasiyet gösterilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Akut koroner sendrom, uzun QT sendromu, ventriküler taşikardi

Abstract: 0115

BİR BÖBREK NAKLİ HASTASINDA TOPİKAL CİDOFOVİR KULLANIMINA BAĞLI AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ

Gülşay Ardalı¹, Eren Erdoğan¹, Arzu Velioğlu¹, Elif Tigen², Züleyha Özgen³, İzzet Hakkı Arıkan¹, Ebru Aşıcıoğlu¹, Serhan Tuğlular¹, İshak Çetin Özener¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

Artmış viral enfeksiyonlar ve komplikasyonları böbrek nakli hastalarında önemli bir sorundur. Tedavi sürecinde İmmunosupresif tedavilerin modifikasyonu yanısıra spesifik anti-viral ilaçların kullanımı sırasında gelişebilecek yan etkiler açısından da son derece dikkatli olmak gerekir. Bu çalışma ile biz de kliniğimizde anti-viral tedavi alan ve bu tedaviye bağlı komplikasyon gelişen bir vakamızı bildireceğiz.

Ailesel Akdeniz Ateşine bağlı sekonder amiloidoz sonucu son dönem böbrek yetmezliği gelişen ve 12 yıl önce babasından böbrek nakli olan 34 yaşındaki kadın hasta genital bölgede yara şikâyetiyle başvurdu. Lezyonlardan alınan biyopsisinde HPV (Human Papilloma Virüs) mRNA analizi pozitif ülsere ve sekonder enfekte Verrucae Vulvaris saptandı. Dermatoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları tarafından değerlendirilen hastada lokal tedaviler uygulanmasına rağmen bir cevap alınmadı. Hastanın lezyonlarının geniş olması nedeniyle Cidofovir tedavisi verilmesi planlandı. Nefrotoksisteden kaçınmak amacıyla intravenöz (IV) kullanımdan ziyade topikal cidofovir kullanımı için polietilenglikol içeren %3'lük cidofovir topikal krem hazırlandı. Günde 2 defa lokal uygulama önerildi. Tedavinin 7. gününde bazal düzeyi 1,3 mg/dL olan kreatinin düzeyinin 2,64 mg/dL olması nedeniyle hasta hospitalize edildi. Renal USG görüntülemesinde hidronefroz dışlandı. Hastaya rejeksiyonu ekarte etmek için böbrek biyopsisi önerildi fakat hasta kabul etmedi. CMV ve BK Virüs negatif bulundu. Hastanın eşlik eden hipokalemi, hipomagnezemi ve hipofosfatemisinin olması renal tübüler hücre hasarını destekledi. Bu sebeple hastada rejeksiyondan ziyade cidofovir bağı renal tübülotoksite düşünülerek hastanın cidofoviri kesildi ve intravenöz hidrasyona başlandı. Takibinde kreatinin seviyesi giderek düzeldi ve bazal kreatinin seviyesine (1,4 mg/dl) ulaşıldı. Hasta mTOR inhibitörü ve steroid ile takiplerine devam etmektedir.

Topikal cidofovir özellikle hasarlı cilt ve mukozalarda emilerek IV cidofovir kullanılmış gibi nefrotoksite yaratabilecek sistemik doza ulaşabilir. Böbrek nakli hastaları takrolimus kullanmaları ve yeterli hidrasyonun idame edilememesi nedeniyle nefrotoksite açısından topikal kullanımda bile oldukça riskli hastalardır.

Anahtar Kelimeler: topikal cidofovir, akut böbrek hasarı, yan etki, genital wart, böbrek transplantasyonu

Abstract: 0116

RA'LI BİR OLGU SUNUMU

Gülnaz Mammadzade

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

34 yaşında kadın hasta. evli, ev hanımı, 2 çocuğu var. doğum yeri: Konya. pendikte ikamet ediyor. Marmara EAH romatoloji polikliniğine başvurduğunda 8 aydır mevcut olan el küçük eklemlerinde ağrı, öğlene kadar süren sabah tutukluğu şikayeti var. sorgulamada mekanik karakterli bel ağrısı, ağız kuruluğu, n topuk ağrısı, 3 düşük öyküsü tarif etdi. fizik müayenede bilateral eller PİF ve MKPler, el bilekleri hassas, ellerde yumşak doku şişliği mevcut. deformite yok. hastanın bakılan kan tetkiklerinde sedimantasyon 63, crp 19,5, RF 285, anti-CCP 101, ANA negatif, anti ds DNA negatif, hgb-11,8, wbc-6600, plt-374000, karaciğer enzimleri normal, kreatinin-0,7 olarak sonuçlandı. hasta seropozitif romatoid artrit ön tanısı ile prednol 16 mg, metotrexate 10 mg/hafta, folbiol başlandı. 2 hafta sonra poliklinik kontrolünde hastanın ellerinde şişlik gerilemiş, eklem hassasiyeti gerilemiş durumdaydı. sedimantasyon 50, crp-4. prednol dozu 12 mg'a düşürüldü. 1 ay sonra metotrexate dozu 15 mg/hafta'ya çıktı, prednol 8 mg/gün'e düşürüldü. hastanın şikayetleri gerilemiş, sabah tutukluğu 30-40 dakika kadar sürüyor, müayenede hassasiyet, şişlik yok. hastanın prednol dozu kademeli şekilde azaltılarak 3 ay sonra kesildi. metotrexate ile devam edildi. son kontrolde hastanın sedimantasyon 25, crp 3. sabah tutukluğu 1-15 dak kadar sürüyor, aktif eklem şikayeti yok. hastanın metotrexate tedavisine devam edildi.

Anahtar Kelimeler: seropozitif romatoid artrit, romatoid faktör, anti-ccp

Abstract: 0118

TİROİD ANJİYOSARKOMU VE BÖLGESEL LENF NODU METASTAZI

Ayşe Duygu Okçu

Marmara Üniversitesi Dahiliye Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul

Tiroid anjiyosarkomu genellikle lokal agresif davranış gösterir, yüksek rekürrense ilişkilidir. Sarkomların %1 ini oluşturur ve başlıca deri, baş, boyundaki yüzeysel yumuşak dokularda görülür. Endotel diferansiyasyonu nadirdir, esasen Alp bölgesinde görülmekte, dünyanın diğer bölgelerinde nadiren tanımlanmıştır. Bu tümörlerin endemik guar bölgelerinde sık görüldüğü bildirilmiş, belirgin vascularize stroma ile intranoduler kanamaların tümörün oluşumunda rol oynayabileceği ileri sürülmüştür. 5 yıllık sağkalım %33 civarındadır, çoğu hasta tedaviden bağımsız altı aydan az sürede ölür.

Olgu: Hasta boyunda şişlik, ağrı şikayetiyle başvuruyor.26.01.2017 Boyun BT: tiroid gland boyutu artmış, sağ lobda büyüğü 2,5 cm olan birkaç nodul-tiroid inferiorunda büyüğü 14x10 mmlik birkaç lenf nodu, cervical bölgede çapı cm altında çok sayıda lenf nodu

ve trekeaya sağdan bası izlenmiş. İİABde tiroid anjiyosarkomdan şüphelen hastaya KBB 14.02.2017 de total tiroidektomi+LND yapıyor.15.02.2017 operasyon pato: Tiroid anjiyosarcom, boyun 6. bölge lenf nodu diseksiyonu: 2 adet reaktif lenfoid hiperplazi, immuno-kimyasal incelemede F8-vimentin-CD31-laminin-pan pozitif, CD34-tiroglobulin-kalsitonin-tip 4 kollajen negatif, Kİ-67: %40 çevre parankimde çok sayıda hiperplastik noduller ve lenfoid agregatlar oluşturan lenfositik inflamasyonlar. Operasyon sonrası 07.03.2017 Tüm vücut sintigrafisinde cervical bölge orta hatta süperiorda rezidüe tiroit dokusu ve ektopik tiroid dokusu.07.03.2017 boyun USG: sağ tiroid lojunda 25x8 mm düzgün sınırlı hipoekoik solid kitle, sağ anteriorda en büyüğü üst cervical zincirde 18x6 mm multipl korteksi kalınlaşmış LN, sol jugulodigasrikte 21x10 mm korteksi kalınlaşmış lenf nodu.10.03.2017 PET-CT: bilateral cervical lenfatik zincirde hastalığın metastazlarını düşündür

multipl hipermetabolik lenf nodları (suv max: 10,6).19,04,2017 hastaya recurren bilateral+sağ santral BD yapıldı.20,04,2017 patoloji: malignite pozitif 8 lenf nodu (anjiosarkom metastazı). Hastaya 6 kür doksorubicin+ifosfamid tedavisi (29,05,2017-06,09,2017) alıyor. KT sonrası PET-CT: malignite yok.02,10,2017-24,11,2017 PTV 60/60 GY/PTV 54-54 GY/39 FR Adjuvan RT alıyor.

Tartışma: Az diferansiye tiroid kanserlerinden biri olan tiroid anjiosarkomu daha çok Alpler bölgesinde görülsede hızlı seyirli tiroid malign neoplazi düşünülen hastalarda akla gelmelidir. Burada Alp bölgesi dışında yaşayan hastada tiroid anjiosarkom olgusunu tanımladık. Kaur ve ark. nın yaptığı bir literatür taramasında dünya çapında 48 vaka tanımlandı. O zamandan beri, bildiğimiz kadarıyla, üç vaka daha yayınlandı, tiroid anjiosarkomu olan 52 hasta literatürde yer aldı. Sonuçta kısa sürede hızlı büyüme gösteren guatr olgularında ender görülsede, anjiosarkom ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tiroid Angiyosarkom, Bölgesel Lenf nodu metastazı, Tedavisi

Abstract: 0119

TROMBOTİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA: BİR OLGU SUNUMU

Yasin İzgi¹, Fuad Jafarov¹, Fatma Geçgel², Tayfur Toptaş²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Bilim Dalı

Trombotik trombositopenik purpura (TTP) mikroanjiopatik hemolitik anemi ve trombositopeni, nörolojik bulgular, böbrek yetmezliği ve ateş ile karakterize hayatı tehdit eden multisistem bir hastalıktır. Başlıca tanınal özellikler arasında en önemlisi mikroanjiopatik hemolitik anemidir. Hastalık küçük arteriyollerin, venüllerin ve kapillerlerin trombozu, serebral mikroenfarktallara yol açar. Nörolojik bulgular ise başağrısı, mental değişiklikler, şuur durumunda değişiklik, nöbetler ve fokal nörolojik defisitlerdir şeklinde görülebilir. Ateş yeni olgu serilerinde daha az bildirilmekte olup varlığında sepsis akla gelmelidir. Bu yazıda acil servise halsizlik yorgunluk bilinç değişikliği ile başvuru TTP tanısı alan olgu takdim edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bilinç bozukluğu, Mikroanjiopatik Hemolitik Anemi, Trombotik Trombositopenik Purpura, Trombositopeni,

Abstract: 0121

KALP YETMEZLİĞİ VE PROTEİNÜRİ İLE PREZENTE OLAN AL AMİLOİDOZ

Özlem Alkan¹, Fatma Geçgel², Ayşe Tülin Tuğlular²

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

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

Olgu: Otuz yıldır hipertansiyon, 2 yıldır kalp yetmezliği öyküsü olan yetmiş dört yaşında kadın hastanın böbrek fonksiyonlarında bozulma nedeniyle yapılan tetkiklerinde serum kreatinin: 1,6 mg/dL, GFR: 30 ml/dk, sedimentasyon: 46 mm/saat, hemoglobin: 11,7 g/dL, MCV: 91,9 fL, total protein: 6,1 g/dL, albümin: 3,3 g/dL, 24 saatlik idrarda 1,7 g/gün proteinüri, tam idrar tetkikinde 3+protein saptanmış. Ultrasonografide böbrek boyutlarında küçülme yok, Göz muayenesinde hipertansifretinopati bulgusu yok. Serum protein elektroforezinde 0,3 g/dL M piki, serum immünofiksasyonda IgG lamda bandı, idrar immünofiksasyonunda lambda hafif zincir bandı görülmesi üzerine hematoloji polikliniğimize konsülte edildi.

Fizik muayenede TA: 120/65 mmHg, mukozalar doğaldı. Akciğer oskültasyonunda bazallerde solunum seslerinde azalma, kalp oskültasyonunda tüm odaklarda 2/6 şiddetinde sistolik üfürüm duyuldu. Her iki pretibial bölgede gode bırakan ödem görüldü. Plazma hücre diskrazileri düşünülerek kemik iliği biyopsisi ve PET CT çekildi. PET CT de patolojik tutulum yoktu, kemik iliği biyopsisinde plazmosit oranı %6 olup malignite bulgusuna rastlanmadı. Hasta MGUS olarak takibe alındı. Takibinde GFR de progresif azalma, serum protein elektroforezinde M pikinde artış saptandı. Kalp yetmezliği semptomlarında da artış tarifleyen hastaya EKO yapıldı, ejeksiyon fraksiyonu %72 ileri sol ventrikül hipertrofisi ve restriktif kardiyomyopati görüldü. Çekilen kardiyak MR'da amiloidozla uyumlu bulgular görüldü ve rektum biyopsisi yapıldı, AL tipi amiloidozla uyumlu olarak raporlandı. Primer amiloidoz olarak değerlendirilen hastaya vinkristin, adriablastin ve deksametazon tedavisi planlandı.

Sonuç: AL amiloidoz nadir görülen bir plazma hücre hastalığıdır, kappa veya lambda hafif zincirler veya fragmanları ekstraselüler matrikste birikerek organ hasarına yol açar. Restriktif kardiyomyopati, aritmi, nöropati, kanama diyatezi, karaciğer fonksiyon teslerinde bozukluk, proteinüri, kreatininde progresif artış görülebilir. Bu bulguların biri veya daha fazlası olan hastalarda sık sebepler dışlandıktan sonra amiloidoz da ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: primer amiloidoz, AL amiloidoz, proteinüri, restriktif kardiyomyopati

Abstract: 0122

RETROPERİTONEAL FİBROZİSLİ HASTADA ATİPİK BULGULARLA PREZENTE MARGİNAL ZONE LENFOMA TANILI OLGU

Kardelen Gökmen¹, Fuad Jafarov¹, Fatma Geçgel²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Hematoloji Bilim Dalı

Giriş: Retroperitoneal fibroz (RPF), retroperitoneal bölgede ortaya çıkan inflamatuvar proliferatif fibroz süreç ile karakterize nadir görülen, sıklıkla üriner sistem tıkanıklığına neden olan nadir bir hastalıktır. Bu vaka sunumunda hidronefrozu saptanarak double j kateter takılma işlemi esnasında alınan biyopsisi RPF olarak sonuçlanan hastanın glukokortikoid tedavisine yanıtızsızlığı ve takibinde saptanan lenf nodlarından alınan örnek sonucunda Marjinal zone lenfoma tanısı konulan hasta sunulmuştur.

Olgu: Yaklaşık 1 senedir var olan yan ağrısı şikayeti ile dış merkez üroloji polikliniğine başvuran hastada yapılan tetkiklerinde bilateral ureterlerde kesintili akım, bilateral hidronefroz saptanması üzerine bilateral double j kateteri takılıyor. Takibinde stent yenileme işlemi esnasında alınan doku biyopsisi 'retroperitoneal fibrozis' olarak sonuçlanan hastaya prednizolon tedavisi başlanıyor

Hastanın bakılan tetkiklerinde hgb: 9,7 bun: 74 krea: 4,5 sedim: 97, ANA:-, ENA:-, PANCA:-, CANCA:-, ANTİ MPO:-ANTİ PR3:-ANTİCCP, periferik yayma, Ig'ler normal olarak, quantiferon testi ve viral serolojisi negatif olarak sonuçlanıyor.08,2017'den bu yana kreatinin değeri 1,39'dan 4,43'e progresif olarak artıyor.

Batın-boyun ve toraks bt'si çekilen hastada sınırda splenomegali, solda grade II hidroüreteronefroz, paraaortakaval en büyüğü 18 mm boyutunda lenf nodları, bilateral inguinal bölgede en büyüğü solda 20x10 mm boyutlarında lenf nodları, plevral ve perikardiyal effüzyon mevcut olarak raporlanıyor.

Pet-ct çekilen hastanın batında, retroperitoneal alanlarda, distal paraaortakaval bölgede subsantimetrik multipl lenf nodları, bilateral inguinal/femoral alanlarda 19 x 12 mm çapına ulaşan multiple lenf nodları, artmış FDG tutulumu olarak raporlanıyor.

Hastada lenfoma dışlanması amaçlı inguinal ve paraaortik lenf nodlarından doku biyopsileri alınıyor ve biyopsi sonucu marjinal zone lenfoma ile uyumlu geliyor

Tartışma: Retroperitoneal fibrozis (RPF), retroperitoneumda gelişen enflamatuar ve fibrotik reaksiyonun, kitle etkisi yaratarak, üreterin de içinde olduğu retroperitoneal yapılara ekstrensek bası yapması sonucu gelişen klinik tabloyu ifade eder. Vakaların %70'inde retroperitoneal fibrozis idiyopatik (primer RPF) kabul edilir. Geri kalan %30'da ise (sekonder RPF) ilaçlar (metiserjid, beta-blokerler, fenasetin), maligniteler (lenfoma, multiplmyelom, karsinoid, pankreas ca, prostat ca, sarkom), enfeksiyöz patolojiler ve abdominal aort anevrizması gibi RPF patogenezi açıklayabilecek durumlar tespit edilebilmektedir. Sekonder RPF'nin %8'i maligniteye bağlı gelişmektedir.

Anahtar Kelimeler: Lenfoma, Retroperitoneal fibrozis, marginal zone lenfoma

Abstract: 0123

DİFFUZ BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMA

Gülhar Süleymanova¹, Yıldız İpek²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Hematoloji Bilim Dalı

Lenfomalar, lenforetiküler hücrelerden köken alan malign hastalıklardır. Bu hücrelerin özellikle lenf bezlerinde bulunması nedeniyle çoğu kez lenf bezlerinin tümöral büyümesi önde gelen klinik semptomdur. Hodgkin ve Non Hodgkin lenfomalar olmak üzere iki alt grubu vardır.

Non-Hodgkin Lenfoma (NHL) grubu, agresif ve indolen seyirli olmak üzere pek çok alt tipi içeren, en sık görülen hematolojik malignitedir. Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma (DBBHL), NHL'ların %30'unu oluşturan ve en sık görülen histolojik tip olmakla birlikte agresif seyirlidir.

DBBHL'da prognozda IPI skoru öngörücü olup tedavi Ann-Arbor evrelemesine göre belirlenmektedir. Evre 3-4 hastalıkta tedavi 6 kür R-CHOP sonrası komplet remisyon elde edilen oldulara tanıda bulky hastalığı varsa ise RT'dir.

Vaka-62 yaşında kadın, son 2-3 aydır olan gece terlemesi, halsizlik, yaklaşık 6-7 kg kilo kaybı, bacaklarda bilateral şişme, mide bulantısı şikayetleri ile başvurduğunda hastanın şuru açık, kooperasyon ve oryantasyonu zayıftı. Yapılan fizik muayenede en büyüğü 2 cm sol supraklaviküler, bilateral inguinal lenfadenomegali (LAP), hepatosplenomegali tespit edilmiş olup, laboratuvar tetkiklerinde Wbc 8100, Hgb 8, MCV 78, Plt 112,000, LDH 431, ESR 49 idi.

Çekilen PET CT'de çoklu istasyonlarda multipl supra ve infradiyaf-ramatik LAP'lar (sol supraklavikular 2 cm'e yakın (SUVmax 13), paraaortik 5 cm SUVmax 22,7) izlendi. Dalak tutulumu (SUVmax 12) ve periton tutulumu (SUVmax 20) mevcuttu. Bulky kitlesi yok idi. Hastanın yapılan sol supraklaviküler lenf nodu eksizyonel biyopsisi DBBHL olarak sonuçlandı. Kemik iliği biyopsisi yapıldı, lenfoma infiltrasyonu görüldü. Evre 4BS olarak hastaya R-CHOP tedavisi başlandı. Kranial MR ve Lomber ponksiyon (LP) yapılan hastada tutulum gösterilemedi fakat CNS-IPI skoru yüksek (5) olan hastaya santral sinir sistemi proflaksi amacıyla intratekal MTX uygulandı. Hastaya toplamda 2 kur R-CHOP tedavisi verildi.

Anahtar Kelimeler: Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma, Non-Hodgkin Lenfoma, Lenfoma, R-CHOP, Pet-CT

YAZAR DİZİNİ

A

Acar, Zeynep 49, 62
Adıgüzel, Cafer 37
Ağyol, Yeşim 50
Akçay, Seçkin 80
Akdeniz, Esra 30
Akın, Seydahmet 41, 42, 45,
48, 49, 50, 51, 53, 62
Akkuş, Saadet 41, 42
Aksoy, Aysun 50, 67, 73
Akyüz, Gülseren 22
Alaca, Zeynep 30, 31
Aladağ, Nazire Başkurt 41,
42, 45, 49, 50, 51, 53
Alahdab, Yeşim Özen 23,
34, 76, 79, 82
Alan, Özkan 75
Albayrak, Ece 32
Aliustaoğlu, Mehmet 41,
42, 45, 48, 49, 50, 51,
53, 62
Aliyeva, Aygün 74
Alkan, Özlem 62, 84
Altınışik, Orhan 46
Ardalı, Gülay 81, 83
Arıkan, İzzet Hakkı 13, 18,
45, 52, 54, 57, 63, 65,
80, 81, 83
Arslan, Eda 45, 48
Arslan, Hülya 52, 65
Aslan, Aziz 45, 48, 49, 51, 62
Aşıcıoğlu, Ebru 17, 52, 54,
80, 81, 83
Atagündüz, Işık Kaygusuz
17, 34, 37, 55, 57, 62,
65, 75, 77
Atagündüz, Pamir 64, 67
Ata, Pınar 52
Atug, Özlen 53
Avcu, Ayşegül 81
Aydemir, Yasemin Gül 36,
42
Aykent, Başar 45, 54, 81
Aykut, Umut Emre 44, 61,
68, 76, 79, 82
Azizy, Abdulmunir 69

B

Balcı, Damla 53
Baluken, Fırat 68
Başgöze, Ahmet 63
Başbüyük, Canberk Sami 78
Bayar, Esra 41, 42

Bilgin, Beyza Ören 34, 35
Bilgin, Hüseyin 35
Bostan, Hayri 69
Bostan, Özge Can 72
Bozkurtlar, Emine 72, 82
Bozkurt, Tuğçe 73
Bulut, Ahmet Sait 59

C

Coşkun, Nihan 32
Cömert, Sevda Şener 41, 42

Ç

Çapar, Mehmet Umut 71
Çetin, Ali 61
Çetin, Betül 49
Çoban, Harun 66

D

Dalkılıç, Ediz 32
Dane, Faysal 75
Deliktaş, İlknur 34
Demircan, Nazım 68
Demirci, Abdullah Fatih 64
Demir, Meryem 32, 80
Demir, Oğuzhan 80
Deniz, Rabia 37
Deyneli, Oğuzhan 20
Direskeneli, Rafi Haner 62,
64, 67, 73, 74
Doğan, Sevgi 34
Dulundu, Ender 44
Duman, Deniz Güney 15, 82
Durmaz, Çiçek Tunçer 55
Durmuş, Nurdan Şentürk
43, 44, 45

E

Ecdar, Tevfik 21
Elibol, Tayfun 37, 77
Engin, Ebru 65
Erbatur, Hale 55
Erdoğan, Eren 81, 83
Erel, Pınar 60
Ergenç, İlkay 59
Erkılınç, Gamze 53
Ersoy, Özdal 29
Ertürk, Zeynep 64, 67
Eryüksel, Emel 25, 78, 82, 83
Eryüksel, Semiha Emel 45,
59, 74
Eyupler, Çağla 76

F

Fak, Ali Serdar 19
Fırıldak, Kübra 41, 42

G

Gazal, Ümmügülsüm 67
Geckinli, Bilge 52
Geçgel, Fatma 37, 43, 55,
57, 62, 65, 69, 70, 75,
77, 84, 85
Geçmez, Gizem 50
Gökmen, Kardelen 85
Gündoğdu, Abidin 61
Gündüz, Feyza 21, 30, 44
Gündüz, Işık 69
Güner, R. Gökcan 45, 48
Güneş, Tuğçe Kübra 71
Güngör, Oğuzhan 45, 48

H

Harman, Ali Arınç 62, 73
Hatunoğlu, Neslihan 59

I

Işık, Arzu Cennet 45, 50,
51, 53
Işık, Mehmet Emirhan 51

İ

İmeryüz, Neşe 53
İmre, Eren 33, 52, 57, 61, 81
İnanç, Nevsun 32, 64, 67
İpek, Yıldız 37, 57, 62, 77, 85
İzgi, Yasin 84

J

Jafarova, Hale 54, 65
Jafarov, Fuad 70, 84, 85

K

Kani, Haluk Tarık 53, 61
Karadağ, Hülya 54, 65, 67
Karakök, Akgün 79
Karakurt, Sait 24, 32, 59, 74
Kasapoğlu, Umut 78, 83
Kaya, Tuğba 57
Kaygusuz, Işık 43
Kaymaz, Sema 67
Kazanç, Gülperi 34

Kesen, Oğuzhan 79
Keskin, Özcan 41, 42, 45,
48, 49, 50, 51, 53, 62
Kılıç, İlhan 66
Kıratlı, Tuğba 52, 81
Kipri, Özge 78
Kocaaslan, Erkam 48
Kocakaya, Derya 72, 82
Koç, Mehmet 19, 52, 54, 65
Koç, Şanver 50, 53
Kombak, Erdem 68
Korten, Volkan 14, 35
Koruk, Kıvanç 75
Köseoğlu, Ecem 59
Küver, Begüm 75

M

Mammadzada, Gülnaz 84
Mehdiyev, Shahin 63, 65,
67, 70
Memiş, Tuğba 37, 61
Mercancı, Zeynep 82
Mursaloğlu, Hakan 32
Mütiş, Aydan 57

N

Nazlı, İsmail 49

O

Odabaşı, Zekaver 55, 74
Okçu, Ayşe Duygu 84

Ö

Öcal, Aslı Gözek 62
Öner, Fatma Alibaz 13, 50,
67
Özdemir, Filiz Türe 37
Özdoğan, Osman Cavit 30
Özener, İshak Çetin 52, 54,
80, 81, 83
Özgen, Züleyha 83
Özgümüş, Toluy 43, 77
Özgür, Yasemin 45, 50, 51,
53
Özmen, Tuba Nur 82
Öztürk, Mehmet Akif 23

S

Sağlam, Seda Beyhan 41, 42
Satış, Naime Afşar 79
Serdaroğlu, Şükran Sinem 49

Sevik, Gizem 74
Sezgin, Aslıhan 34, 43, 55, 77
Sezgin, Gülbüz 46
Süleymanova, Gülhar 62, 85

Ş

Şahin, Duygu 76
Şahinkaya, Yasemin 64
Şeker, Lamia 74
Şenel, Yunus Emre 45, 48,
49, 51, 62
Şengel, Buket Ertürk 22,
69, 73
Şen, Nesrin 48

T

Tahtalı, Tuba 48
Tahtasakal, Arzu Ece 78, 83
Tan, Taner 59
Tarçın, Özlem 81
Taşkent, Emre 68

Tekçe, Mustafa 45
Tekin, Bahar 30
Tekin, Esra 78, 83
Temel, Yasemin Ecem 29
Temiz, Sultan Gözde
Yıldızhan 33
Tezcan, Neslihan 62
Tigen, Elif Tükenmez 72, 83
Tokdemir, Gülçin Halise 59
Topbaş, Tayfur 70
Topçu, Atakan 31, 32
Toptaş, Tayfur 34, 37, 43, 55,
62, 65, 77, 84
Tözüm, Halil 59
Tuğlular, Ayşe Tülin 34, 55,
62, 65, 77, 84
Tuğlular, Serhan 54, 81, 83
Tuğlular, Tülin 37, 43, 55, 57
Tuğlular, Zübeyde Serhan
52, 80
Turan, Arash 30
Tuzgöl, Tuğçe 66
Tükel, Ezgi 49, 53, 62

Türkeş, Gizem 41
Türkyılmaz, Ayberk 52

U

Ulaş, Gizem Ayasgil 59
Umurca, Rabia Gökçen 77
Us, Beyza 72
Uzunoğlu, Ceren 55

Ü

Ünal, Ali Uğur 64

V

Velioğlu, Arzu 18, 52, 54,
80, 81, 83
Volkan, Ömür 48

Y

Yalçinkaya, Yasemin 32,
67, 73

Yanaş, Gamze 59
Yanık, Ahmet Mert 65
Yavuz, Dilek Gogas 30, 31,
33, 52, 57, 61, 71, 80,
81
Yazıcı, Dilek 20
Yazıcı, Hasan 14
Yazıcı, Sena 48, 49
Yetginoğlu, Özge 70
Yıldızeli, Şehnaz Olgun 24,
72
Yıldız, Hacer Şahika 56
Yıldız, Yasin 69
Yılmaz, Birgül 34
Yılmaz, Yusuf 44
Yumuk, Perran Fulden 75

Z

Zaman, Gülden 34

