



Sağlık Bilimleri Üniversitesi

# 4. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

24 - 27 Kasım 2021  
Wyndham Grand İstanbul Levent

BİLİMSEL PROGRAM ve  
BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

[www.sbuichastaliklarikongresi2021.org](http://www.sbuichastaliklarikongresi2021.org)



# Sağlık Bilimleri Üniversitesi

## 4. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

24 - 27 Kasım 2021 | Wyndham Grand İstanbul Levent

24 Kasım 2021, Çarşamba		Salon A
09:00-12:00	<b>LABORATUAR KURSU</b>	
09:00-09:30	Kardiyak belirteçler	<i>Erdal Belen</i>
09:30-10:15	Protein elektroforezi	<i>Sevgi Beşışık</i>
10:15-10:30	<b>Kahve Molası</b>	
10:30- 11:15	Hemogram	<i>Ali Hakan Kaya</i>
11:15-12:00	Romatolojik belirteçler	<i>Nilüfer Alpay Kanitez</i>
13:15-16:15	<b>RADYOLOJİ KURSU</b>	
	<b>Koordinatör:</b> Şükrü Mehmet Ertürk	
	<b>Kurs Düzenleyicileri:</b> Şükrü Mehmet Ertürk, Alper Özel	
13:15-13:45	Radyokontrast maddeler	<i>Şükrü Mehmet Ertürk</i>
13:45-14:30	Batın ultrasonografi	<i>Alper Özel</i>
14:30-14:45	<b>Kahve Molası</b>	
14:45- 15:30	Toraks görüntüleme	<i>Şükrü Mehmet Ertürk</i>
15:30-16:15	Batın görüntüleme	<i>Şükrü Mehmet Ertürk</i>
24 Kasım 2021, Çarşamba		Salon B
09:00-12:00	<b>RADYOLOJİ KURSU</b>	
	<b>Koordinatör:</b> Şükrü Mehmet Ertürk	
	<b>Kurs Düzenleyicileri:</b> Şükrü Mehmet Ertürk, Alper Özel	
09:00-09:30	Radyokontrast maddeler	<i>Şükrü Mehmet Ertürk</i>
09:30-10:15	Batın ultrasonografi	<i>Alper Özel</i>
10:15-10:30	<b>Kahve Molası</b>	
10:30- 11:15	Toraks görüntüleme	<i>Şükrü Mehmet Ertürk</i>
11:15-12:00	Batın görüntüleme	<i>Şükrü Mehmet Ertürk</i>
13:15-16:15	<b>LABORATUAR KURSU</b>	
13:15-13:45	Kardiyak belirteçler	<i>Erdal Belen</i>
13:45-14:30	Protein elektroforezi	<i>Sevgi Beşışık</i>
14:30-14:45	<b>Kahve Molası</b>	
14:45- 15:30	Hemogram	<i>Ali Hakan Kaya</i>
15:30-16:15	Romatolojik belirteçler	<i>Nilüfer Alpay Kanitez</i>



# Sağlık Bilimleri Üniversitesi

## 4. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

24 - 27 Kasım 2021 | Wyndham Grand İstanbul Levent

24 Kasım 2021, Çarşamba

Salon C

09:00-17:00 **YOĞUN BAKIM KURSU**

**Koordinatör:** *Defne Altıntaş*

**Kurs Düzenleyicileri:** *Defne Altıntaş, Özgür Kılıç*

**Oturum Başkanı:** *Arzu Topeli*

09:00-09:30 Yoğun bakım organizasyonu

*Defne Altıntaş*

09:30-10:00 Akut solunum yetmezliği

*Hayriye Cankar Dal*

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

**Oturum Başkanı:** *Cenk Kıraklı*

10:30-11:00 Hipoksi yönetimi ve yüksek akışlı oksijen tedavisi

*Arzu Topeli*

11:00-11:30 Mekanik ventilasyonun temelleri

*Kamil İnci*

11:30-12:00 Non-invaziv mekanik ventilasyon

*Cenk Kıraklı*

12:00-13:00 **ÖĞLE YEMEĞİ**

**Oturum Başkanı:** *Levent Yamanel*

13:00-13:30 Hemodinamik monitorizasyon

*Levent Yamanel*

13:30-14:00 Şok nedir?

*Özgür Kılıç*

14:00-14:30 2021 Sepsis kılavuzu ne diyor?

*Gürhan Taşkın*

14:30-15:00 **KAHVE MOLASI**

**Oturum Başkanı:** *Melda Türkoğlu*

15:00-15:30 Yoğun bakımda sedasyon-analjezi

*Ahmet Gökhan Akdağ*

15:30-16:00 Beslenme

*Melda Türkoğlu*

16:00-16:30 Yoğun bakımda profilaksiler

*İsmail Hakkı Akbudak*

16:30-17:00 Geri bildirim - Kapanış



# Sağlık Bilimleri Üniversitesi

## 4. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

24 - 27 Kasım 2021 | Wyndham Grand İstanbul Levent

25 Kasım 2021, Perşembe

Salon A

08:30-09:15 **AÇILIŞ:** Rektör, Dekan, Abdülbaki Kumbasar

09:15-10:00 **PANEL: DİYABET**

**Oturum Başkanları:** Abdülbaki Kumbasar, Yüksel Altuntaş

Tip 2 diyabet tedavisinde fizyopatolojik yaklaşım: SGLT 2'ler  
GLP analogları

Meral Mert

Alper Sönmez

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

10:30-11:15 **PANEL: GÖĞÜS HASTALIKLARI**

**Oturum Başkanları:** Abdülbaki Kumbasar, Oktay Bilgir

Pnömoni

Sedat Altın

ARDS

Sait Karakurt

11:30-12:30 **UYDU SEMPOZYUM - 1**

**Güncel kanıtlar ile yeni T2DM hastası için erkenden harekete geçmenin önemi ve kolay yolu**

**Konuşmacılar:** Abdülbaki Kumbasar, Mine Adaş,  
Aydoğan Aydoğdu



12:30-13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**

13:30-15:00 **KARDİYOLOJİ**

**Oturum Başkanları:** Özcan Keskin, Tayyibe Saler

Dahiliyeci gözüyle pulmoner hipertansiyona yaklaşım

Cihangir Kaymaz

Kalp yetersizliği 2021

Kadriye Kılıçkesmez

YOAK ve yeni antiagreganlar klinik kullanımı

Sema Basat

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

15:30-16:30 **UYDU SEMPOZYUM - 2**

**Farklı diyabetik bireylere tek çözüm: Ryzodeg®**

**Moderatör:** Yüksel Altuntaş

**Konuşmacı:** Hayriye Esra Ataoğlu



16:45-17:30 **KONFERANS: UZMANINA DANIŞ**

**Oturum Başkanları:** Alpaslan Tanoğlu, Doğan Nasır Binici

**GEBELİK**

Karaciğer

Canan Alkım

Hematoloji

Mesut Ayer



# Sağlık Bilimleri Üniversitesi

## 4. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

24 - 27 Kasım 2021 | Wyndham Grand İstanbul Levent

25 Kasım 2021, Perşembe

Salon B

10:30-11:15

**KONFERANS: COVID-19**

**Oturum Başkanları:** *Sema Basat, Banu Büyük*

COVID'den neler öğrendik?

*Hayriye Esra Ataoğlu*

12:30-13:30

**ÖĞLE YEMEĞİ**

13:30-15:00

**PANEL: ACİL DAHİLİYE**

**Oturum Başkanları:** *Arif Yüksel, Muhammet Cemal Kızırlanslanoğlu*

**İHMAL EDİLEN KRİTİK ELEKTROLİT BOZUKLUKLARI**

Kalsiyum

*Ömür Tabak*

Magnezyum

*Hanife Usta Atmaca*

Fosfor

*Sevil Özkan*

15:00-15:30

**KAHVE MOLASI**

16:45-17:30

**KONFERANS: UZMANINA DANIŞ**

**Oturum Başkanları:** *Zeynep Karaali, Ali Özdemir*

**DAHİLİYEDE KONSÜLTASYONLAR**

Kardiyoloji

*Yücel Arman*

Nefroloji

*Serhat Karadağ*



#### 25 Kasım 2021, Perşembe

#### Salon C

10:30-11:15 **SÖZLÜ SUNU OTURUMLARI -1**

**Oturum Başkanları:** *Hilmi Erdem Sümbül, Mazhar Müslüm Tuna*

- |              |  |                      |
|--------------|--|----------------------|
| <b>SB-01</b> | Tiyokolşikosid kullanımı sonrası gelişen akut pankreatit: Olgu sunumu  | <i>Mahsum Ozan</i>   |
| <b>SB-02</b> | Akut böbrek hasarında serum ve idrar anjiyotensinojen düzeyleri ile hastalığın prognozu arasındaki ilişki            | <i>Ali Akın</i>      |
| <b>SB-03</b> | Nadir ve zorlu bir alt grup: Küçük hücreli mesane kanserinde tek merkez deneyimi                                     | <i>Orçun Can</i>     |
| <b>SB-04</b> | Kalp yetersizliği klinikleri: Türkiye için uzak bir hedef midir?   | <i>Gizem Arslan</i>  |
| <b>SB-05</b> | Kronik hepatit b tanılı hastalarda serum alfa klotho düzeyi ile karaciğer fibrozis düzeyi arasındaki ilişki          | <i>Emrah Harman</i>  |
| <b>SB-06</b> | D hipervitaminozu ve d vitamini intoksikasyonunda hiperkalsemi saptanan hastaların laboratuvar ve klinik özellikleri | <i>Aslıhan Çalım</i> |

12:30-13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**

13:30-15:00 **SÖZLÜ SUNU OTURUMLARI -2**

**Oturum Başkanları:** *İsmail Demir, Nizameddin Koca*

- |              |  |                               |
|--------------|--|-------------------------------|
| <b>SB-07</b> | Non-Hodgkin lenfomalı hastalarda ifosfamide bağlı ensefalopati: Bir vaka sunumu  | <i>Süleyman Özçaylak</i>      |
| <b>SB-08</b> | Yaşlı hastalarda uygunsuz ilaç kullanımının TIME kriterlerine göre değerlendirilmesi   | <i>Türkan Paşalı Kilit</i>    |
| <b>SB-09</b> | Lokal ileri evre akciğer adenokarsinom hastalarında bir prognostik belirteç olarak hemoglobin kırmızı hücre dağılım genişliği oranı                      | <i>Figen Öztürk Ergür</i>     |
| <b>SB-10</b> | COVID-19 klinik şiddeti ile sigara kullanımı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi  | <i>Yusuf Taha Gullu</i>       |
| <b>SB-11</b> | Yoğun bakım ünitesinde takip edilen kesin veya olası COVID-19 tanılı hastaların klinik özelliklerinin ve uzun dönem fonksiyonel durumlarının incelenmesi | <i>Emrah Harman</i>           |
| <b>SB-12</b> | Kronik böbrek hastalığında, eGFR düzeyi pulmoner emboli sıklığı ile ilişkili midir?  | <i>Mehmet Emin Pişkinpaşa</i> |
| <b>SB-13</b> | Ejeksiyon fraksiyonu korunmuş kalp yetmezliğinde prokalsitonin düzeyi  | <i>Mehmet Emin Pişkinpaşa</i> |
| <b>SB-14</b> | Obezite ve metabolik sağlık durumunun karotis kalınlığı ve karaciğer boyutu ile ilişkisi   | <i>Emre Hoca</i>              |
| <b>SB-15</b> | İdrar amino asit seviyeleri sarkopeninin bir göstergesi olabilir mi?   | <i>Rıdvan Sivritepe</i>       |
| <b>SB-16</b> | Kronik hemodiyaliz hastalarının ameliyat morbidite ve mortalitesini etkileyen faktörler  | <i>Ferhat Ferhatoğlu</i>      |
| <b>SB-17</b> | Koroner yoğun bakımda çalışan hemşirelerin kalp hızı değişkenliğinin vardiya ve dinlenme günleri arasındaki farkının karşılaştırılması                   | <i>Osman Başpınar</i>         |



# Sağlık Bilimleri Üniversitesi

## 4. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

24 - 27 Kasım 2021 | Wyndham Grand İstanbul Levent

26 Kasım 2021, Cuma

Salon A

08:30-10:00

### PANEL: HİPERTANSİYON

Oturum Başkanları: *Abdülbaki Kumbasar, Refik Demirtunç*

Acilde hipertansiyon yönetimi

*Feray Akbaş*

Antihipertansif seçiminde dikkat edilecek noktalar

*Seydahmet Akın*

Yeni kılavuzlar ne fısıldıyor?

*Ali Özdemir*

10:00-10:30

### KAHVE MOLASI

10:30-11:15

### KONFERANS:HİPERLİPİDEMI

Oturum Başkanları: *Mustafa Yenigün, Aytekin Oğuz*

Poliklinikte hiperlipidemiye pratik yaklaşım

*Sadi Güleç*

Sekonder dislipidemi (hiperlipideminin sekonder nedenleri)

*Süleyman Ahabab*

11:30-12:30

### UYDU SEMPOZYUM - 3

Sık semptomların nadir sebepleri:

İç hastalıkları için lizozomal depo hastalıkları

Moderatör: *Kerim Güler*

Konuşmacılar: *Mustafa Nuri Yenerel, Savaş Öztürk, Melike Ersoy*



12:30-14:00

### ÖĞLE YEMEĞİ

14:00-15:30

### PANEL: GENEL DAHİLİYE

Oturum Başkanları: *Ayhan Hilmi Çekin, Cengiz Demir*

Aspirinle ilgili kafa karışıklığına son: Primer profilaksi kime, ne zaman, kalp hastalığı, inme, kolon kanseri NAFLD

*Yıldız Okuturlar*

Poliklinikte ağrıyla gelen hastaya yaklaşım

*Seyit Uyar*

PET CT: Kime? Ne zaman? Nasıl?

*Nurhan Ergül*

15:30-16:00

### KAHVE MOLASI

16:00-17:00

### UYDU SEMPOZYUM - 4

Her yerde hep devrede

Konuşmacı: *Mine Adaş*



17:15-18:00

### KONFERANS: UZMANINA DANIŞ

Oturum Başkanları: *Alpaslan Tanoğlu, Doğan Nasır Binici*

### GEBELİK

Karaciğer

*Canan Alkim*

Hematoloji

*Mesut Ayer*



# Sağlık Bilimleri Üniversitesi

## 4. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

24 - 27 Kasım 2021 | Wyndham Grand İstanbul Levent

26 Kasım 2021, Cuma		Salon B
08:30-10:00	<b>PANEL: İNFEKSİYON</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Müşerref Funda Türkmen, Dinçer Aydın</i>	
	Sepsis güncel yaklaşım	<i>Emel Eryüksel</i>
	İnflamasyon belirteçleri	<i>Kadir Kayataş</i>
	Akılcı antibiyotik kullanımı	<i>Hayat Kumbasar</i>
10:00-10:30	<b>KAHVE MOLASI</b>	
10:30-11:15	<b>PANEL: GENEL DAHİLİYE</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Seyit İbrahim Akdağ, Sinem Kıyıcı</i>	
	Steroid tedavisi ve yan etkileri	<i>İhsan Ateş</i>
	Dahiliyede immunomodulator tedavi kullanımı ve yan etkiler	<i>Ahmet Omma</i>
12:30-14:00	<b>ÖĞLE YEMEĞİ</b>	
14:00-15:30	<b>PANEL: GERİATRİ</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Mehmet Akif Karan, Berrin Karadağ</i>	
	Senil osteoporoz	<i>Dilek Yavuz</i>
	Enteral ve parenteral nutrisyonda komplikasyonlar	<i>Birkan İlhan</i>
	Yaşlıda akılcı ilaç kullanım kriterleri (TIME Criteria)	<i>Gülistan Bahat Öztürk</i>
15:30-16:00	<b>KAHVE MOLASI</b>	
17:15-18:00	<b>KONFERANS: UZMANINA DANIŞ</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Zeynep Karaali, Ali Özdemir</i>	
	<b>DAHİLİYEDE KONSÜLTASYONLAR</b>	
	Kardiyoloji	<i>Yücel Arman</i>
	Nefroloji	<i>Serhat Karadağ</i>



#### 26 Kasım 2021, Cuma

#### Salon C

##### 10:30-11:15 SÖZLÜ SUNU OTURUMLARI -3

Oturum Başkanları: *Oğuzhan Dizdar, Seydahmet Akın*

- |              |  |                              |
|--------------|--|------------------------------|
| <b>SB-18</b> | Dermatomyozit: Olgu sunumu   | <i>Orkide Kutlu</i>          |
| <b>SB-19</b> | Nötrofil-lenfosit, lenfosit/monosit, platelet/lenfosit oranı sars-COVID-19 enfeksiyonunda hastalığın şiddet belirleyicisi olabilir mi?               | <i>Esra Demir</i>            |
| <b>SB-20</b> | Osteoporozu olan ve olmayan yaşlı yetişkinlerinde periferik arter hastalığı sıklığının araştırılması   | <i>Bilgin Bahadır Başgöz</i> |
| <b>SB-21</b> | Diyabetik hastalarda tiazolidinedionların serum adiponektin düzeyi üzerine etkisi  | <i>Arzu Özdemir</i>          |
| <b>SB-22</b> | Obezitesi olan bireylerde sarkopeni parametresi olarak el kavrama gücü değerlendirilmesi   | <i>Feray Akbaş</i>           |
| <b>SB-23</b> | Demir eksikliği anemisi olan hastalarda arteriyel sertlik, hepsidin ve iskemi modifiye albümin düzeylerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi | <i>Zeynep Altın</i>          |

##### 12:30-14:00 ÖĞLE YEMEĞİ

##### 14:00-15:30 SÖZLÜ SUNU OTURUMLARI -4

Oturum Başkanları: *Feyza Yener Öztürk, Feray Akbaş*

- |              |   |                               |
|--------------|---|-------------------------------|
| <b>SB-24</b> | Demir preparatı ile anafilaksi gelişen vakada başarı ile tamamlanan desensitizasyon protololu   | <i>Kadriye Terzioğlu</i>      |
| <b>SB-25</b> | Tip 2 diyabet hastalarında tedavi uyumu ve hastalık algısının değerlendirilmesi   | <i>Zeynep Altın</i>           |
| <b>SB-26</b> | Serum ürik asit düzeyi ile COVID-19 hastalık şiddeti arasındaki ilişkisi  | <i>Şencay Yıldız Şahin</i>    |
| <b>SB-27</b> | Metforminin sistemik immün-inflamasyon indeks üzerine etkisi  | <i>Hüseyin Kurt</i>           |
| <b>SB-28</b> | Çölyak hastalığında duodenal biyopsi örnekleri üzerine helikobakter pylori enfeksiyonunun etkisi  | <i>Sami Çifçi</i>             |
| <b>SB-29</b> | Prolaktinoma ve prolaktinoma dışı hipofiz adenomların ayırımında manyetik rezonans görüntülemenin rolü  | <i>Taha Yusuf Kuzan</i>       |
| <b>SB-30</b> | Dahiliye servisine yatan hastalarda COVID-19 enfeksiyonuna karşı aşılama/aşılama oranları ve sebeplerinin irdelenmesi                               | <i>Feray Akbaş</i>            |
| <b>SB-31</b> | Hafif ile orta şiddette COVID-19 enfeksiyonu geçiren yaşlı hastalarda psikolojik semptomlar ile hastanede yatış süresi arasındaki ilişki            | <i>Sultan Keskin Demircan</i> |
| <b>SB-32</b> | Tek merkez 677 tiroid ince iğne aspirasyon biyopsi sonuçlarının değerlendirilmesi ve bethesda sisteminin klinik sonuçları                           | <i>Taha Yusuf Kuzan</i>       |
| <b>SB-33</b> | Yoğun bakım ünitesinde yatan akut böbrek hasarlı hastalarda prealbumin değişikliklerinin hemodiyaliz ihtiyacı ve hastane içi mortalite ile ilişkisi | <i>Fatih Yılmaz</i>           |
| <b>SB-34</b> | Anemik hastalarda Hba1c ne kadar güvenilir?: İki farklı bakış açısı   | <i>Bünyamin Aydın</i>         |



# Sağlık Bilimleri Üniversitesi

## 4. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

24 - 27 Kasım 2021 | Wyndham Grand İstanbul Levent

27 Kasım 2021, Cumartesi

Salon A

08:30-10:00

**PANEL: NEFROLOJİ**

**Oturum Başkanları:** *Numan Görgülü, Mehmet Küçük*

**RENAL SENDROMLAR**

Kardiyorenal

Hepatorenal

Pulmonorenal

*Banu Büyük*

*Mustafa Kaplan*

*Savaş Öztürk*

10:00-10:30

**KAHVE MOLASI**

10:30-11:15

**PANEL: ENDOKRİNOLOJİ**

**Oturum Başkanları:** *Gül Gürsoy, Evrim Çakır*

**ENDOKRİN ACİLLER**

Adrenal yetersizlikte tanı ve tedavide güncel yaklaşım (iatrojenik)

Tiroid fırtınası

Tiroid nodüllerine güncel yaklaşım

*Sema Çiftçi*

*Mustafa Özbek*

*Erman Çakal*

11:30-12:30

**UYDU SEMPOZYUM - 5**

**Zamanı geldi! Diyabet 3.0**

**Moderatör:** *Temel Yılmaz*

**Konuşmacılar:** *Diyabet 1.0 Şeker & Diyabet 2.0 Kalp*

*Kubilay Ükinç*

*Diyabet 3.0 Karaciğer*

*Sabahattin Kaymakoğlu*



12:30-13:30

**ÖĞLE YEMEĞİ**

13:30-15:00

**PANEL:ROMATOLOJİ**

**Oturum Başkanları:** *Mehmet Derya Demirağ, Yasin Şimşek*

Poliartritler

Otoinflamatuar hastalıklar

*Cemal Bes*

*Serdal Uğurlu*

15:00-15:15

**KAHVE MOLASI**

15:15-16:00

**UYDU SEMPOZYUM - 6**

**Diyabette güçlü, hipertansiyonda üçlü etki**

**Konuşmacılar:** *Süleyman Tevfik Ecder, Meral Mert*



16:00-16:40

**PANEL: HEMATOLOJİ**

**Oturum Başkanları:** *Meltem Aylı, Murat Albayrak*

**KANAMALI HASTAYA YAKLAŞIM**

Trombositopenik hastaya yaklaşım

Hemostaz testleri bozuk olan hastaya yaklaşım

*Melda Cömert*

*Tekin Güney*

16:40-18:00

**PANEL: SÖZ GENÇLERDE**

**Oturum Başkanları:** *Abdülbaki Kumbasar, Yüksel Altuntaş*

Türkiye ve dünyada dahiliye uzmanlığı: Nereye savruluyoruz? Çözüm önerileri

**Konuşmacılar:** *Hilmi Erdem Sümbül, Oğuzhan Sıtkı Dizdar, Nalan Okuroğlu, Mehmet Çetin*



# Sağlık Bilimleri Üniversitesi

## 4. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

24 - 27 Kasım 2021 | Wyndham Grand İstanbul Levent

27 Kasım 2021, Cumartesi

Salon B

08:30-10:00

### PANEL: HEMATOLOJİ

**Oturum Başkanları:** *Kenan Sağlam, Simten Dağdaş*

### II. OTURUM: TRANSFÜZYON PRATIĞİ

Cross-Match uyumsuz hastaya transfüzyon

*Murat Yıldırım*

Trombosittransfüzyonu: Kime / neyi / ne zaman?

*Murat Albayrak*

Plazma transfüzyonu: Kime / neyi / ne zaman?

*Merih Kızıl Çakar*

TRALİ nedir? / tanısı / tedavi yaklaşımı / korunma

*Meltem Aylı*

10:00-10:30

### KAHVE MOLASI

10:30-11:15

### KONFERANS: GASTROENTEROLOJİ

**Oturum Başkanları:** *Kamil Özdil, Hayriye Esra Ataoğlu*

Yağlı karaciğer

*Gupse Adalı*

Kolestatazlı hastaya güncel yaklaşım

*Şule Poturoğlu*

12:30-13:30

### ÖĞLE YEMEĞİ

13:30-15:00

### PANEL: 100. YILINDA İNSÜLİN DİYABETTE İNSÜLİN TEDAVİSİ

**Oturum Başkanları:** *Yüksel Altuntaş, Mine Adaş*

Klasik insülin tedavisi

*Kubilay Karşıdağ*

İnsülin pompası: Teknolojik insülin tedavisi

*Oğuzhan Deyneli*



#### 27 Kasım 2021, Cumartesi

#### Salon C

##### 10:30-11:15 SÖZLÜ SUNU OTURUMLARI -5

Oturum Başkanları: Yaşar Sertbaş, Şengül Aydın Yoldemir

- |              |   |                          |
|--------------|---|--------------------------|
| <b>SB-35</b> | Kronik rejeksiyon sürecindeki böbrek nakilli hastada COVID-19 ciddi akciğer tutulumu ve entübasyon sonrası tam iyileşme: Vaka sunumu                              | Düriye Sıla Karagöz Özen |
| <b>SB-36</b> | Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri veya anjiyotensin II reseptör blokerleri kullanımının COVID-19 hastalarında prognoza etkisi                          | Nalan Okuroğlu           |
| <b>SB-37</b> | Pandemide radyolojiyi nasıl kullandık ?   | Engin Beydoğan           |
| <b>SB-38</b> | COVID-19 pandemi sürecinde çarpıntı şikayetiyle gelen hastalarda, anksiyete düzeyinin ve tiroid hormonlarının yaşam kalitesine ve kalp hızı değişkenliğine etkisi | Bekir Çalapkorur         |
| <b>SB-39</b> | Serum galektin-3 düzeyi ile subklinik sistemik ateroskleroz erken belirteçleri ve obstrüktif uyku apne sendromu şiddeti arasındaki ilişki                         | Gönül Açıksarı           |
| <b>SB-40</b> | İki taraflı yüzeyel femoral arter total tıkanıklığı (ayna lezyonlar) mevcut hastaların klinik ve demografik özelliklerinin değerlendirilmesi                      | Şeyhmus Külahcioğlu      |

##### 12:30-13:30 ÖĞLE YEMEĞİ

##### 13:30-15:00 SÖZLÜ SUNU OTURUMLARI -6

Oturum Başkanları: Hanife Şerife Aktaş, Mehmet Yamak

- |              |   |                          |
|--------------|---|--------------------------|
| <b>SB-41</b> | Omalizumab tedavisi gerektiren ağır persistan astımlı hastanın ardındaki gerçek; İnhaler ilaç alerjisi  | Kadriye Terzioğlu        |
| <b>SB-42</b> | Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında aşılama oranları ve aşı kararsızlığı nedenleri -üçüncü basamak tek merkez: Kesitsel çalışma  | Düriye Sıla Karagöz Özen |
| <b>SB-43</b> | Diyabetik hastalarda mikrovasküler komplikasyon oranlarının değerlendirilmesi ve takip süresi ile yerleşim yerinin glikolize hemogloblin düzeyine etkisi: Tek merkez kesitsel çalışma | Düriye Sıla Karagöz Özen |
| <b>SB-44</b> | Tip-2 diyabetes mellitus, dekompanse kalp yetmezliği olan hastada SGLT-2 inhibitörü kullanımı sonrası gelişen akut böbrek hasarı: Suçlu kim?  | Cansu Cantürk            |
| <b>SB-45</b> | Helicobacter pylori enfeksiyonu saptanan hastalarda vitamin B12 eksikliği sıklığı ve Helicobacter pylori ile vitamin B12 eksikliği arasındaki ilişki                                  | Nurgül Tükel             |
| <b>SB-46</b> | Sars-Cov2 tanısı ile hastaneye yatan 25-65 yaş arasındaki oksijen ihtiyacı olan hastalarda hangi doz pulse steroid tedavisi etkindir?   | Serhat Mert Tiril        |
| <b>SB-47</b> | COVID-19'lu hastalarda kardiyak tutulum risk faktörleri ve troponin yüksekliğinin prognostik değeri   | Gönül Açıksarı           |
| <b>SB-48</b> | Graves hastalığında tanı anındaki TSH reseptör antikor düzeyi ile tiroid hormon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?  | Begüm Güleşir            |
| <b>SB-49</b> | Lewy cisimcikli demans hastalarının demografik, klinik özellikleri ve geriatrik sendromları: Türkiye'den bildirim   | Cemile Özsüreççi         |
| <b>SB-50</b> | Sağlık çalışanlarının ruminasyon, uyku kalitesi ve yaşam doyum düzeyleri: Türkiye'de bir COVID-19 pandemi hastanesi sonuçları   | Fatih Saçkan             |



**Sağlık Bilimleri Üniversitesi**

**4. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ**

**24 - 27 Kasım 2021 | Wyndham Grand İstanbul Levent**

# **SÖZLÜ BİLDİRİLER**

**SÖZLÜ BİLDİRİ LİSTESİ**

<b>SB-01</b>	Tiyokolşikosid kullanımı sonrası gelişen akut pankreatit: Olgu sunumu	<i>Mahsum Ozan</i>
<b>SB-02</b>	Akut böbrek hasarında serum ve idrar anjiyotensinojen düzeyleri ile hastalığın prognozu arasındaki ilişki	<i>Ali Akın</i>
<b>SB-03</b>	Nadir ve zorlu bir alt grup: Küçük hücreli mesane kanserinde tek merkez deneyimi	<i>Orçun Can</i>
<b>SB-04</b>	Kalp yetersizliği klinikleri: Türkiye için uzak bir hedef midir?	<i>Gizem Arslan</i>
<b>SB-05</b>	Kronik hepatit b tanılı hastalarda serum alfa klotho düzeyi ile karaciğer fibrozis düzeyi arasındaki ilişki	<i>Emrah Harman</i>
<b>SB-06</b>	D hipervitaminozu ve d vitamini intoksikasyonunda hiperkalsemi saptanan hastaların laboratuvar ve klinik özellikleri	<i>Aslıhan Çalim</i>
<b>SB-07</b>	Non-Hodgkin lenfomalı hastalarda ifosfamide bağlı ensefalopati: Bir vaka sunumu	<i>Süleyman Özçaylak</i>
<b>SB-08</b>	Yaşlı hastalarda uygunsuz ilaç kullanımının TIME kriterlerine göre değerlendirilmesi	<i>Türkan Paşalı Kilit</i>
<b>SB-09</b>	Lokal ileri evre akciğer adenokarsinom hastalarında bir prognostik belirteç olarak hemoglobin kırmızı hücre dağılım genişliği oranı	<i>Figen Öztürk Ergür</i>
<b>SB-10</b>	COVID-19 klinik şiddeti ile sigara kullanımı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	<i>Yusuf Taha Gullu</i>
<b>SB-11</b>	Yoğun bakım ünitesinde takip edilen kesin veya olası COVID-19 tanılı hastaların klinik özelliklerinin ve uzun dönem fonksiyonel durumlarının incelenmesi	<i>Emrah Harman</i>
<b>SB-12</b>	Kronik böbrek hastalığında, eGFR düzeyi pulmoner emboli sıklığı ile ilişkili midir?	<i>Mehmet Emin Pişkinpaşa</i>
<b>SB-13</b>	Ejeksiyon fraksiyonu korunmuş kalp yetmezliğinde prokalsitonin düzeyi	<i>Mehmet Emin Pişkinpaşa</i>
<b>SB-14</b>	Obezite ve metabolik sağlık durumunun karotis kalınlığı ve karaciğer boyutu ile ilişkisi	<i>Emre Hoca</i>
<b>SB-15</b>	İdrar amino asit seviyeleri sarkopeninin bir göstergesi olabilir mi?	<i>Rıdvan Sivritepe</i>
<b>SB-16</b>	Kronik hemodiyaliz hastalarının ameliyat morbidite ve mortalitesini etkileyen faktörler	<i>Ferhat Ferhatoğlu</i>
<b>SB-17</b>	Koroner yoğun bakımda çalışan hemşirelerin kalp hızı değişkenliğinin vardiya ve dinlenme günleri arasındaki farkının karşılaştırılması	<i>Osman Başpınar</i>
<b>SB-18</b>	Dermatomyozit: Olgu sunumu	<i>Orkide Kutlu</i>
<b>SB-19</b>	Nötrofil-lenfosit, lenfosit/monosit, platelet/lenfosit oranı SARS-COVID-19 enfeksiyonunda hastalığın şiddet belirleyicisi olabilir mi?	<i>Esra Demir</i>
<b>SB-20</b>	Osteoporozu olan ve olmayan yaşlı yetişkinlerinde periferik arter hastalığı sıklığının araştırılması	<i>Bilgin Bahadır Başgöz</i>
<b>SB-21</b>	Diyabetik hastalarda tiazolidinedionların serum adiponektin düzeyi üzerine etkisi	<i>Arzu Özdemir</i>
<b>SB-22</b>	Obezitesi olan bireylerde sarkopeni parametresi olarak el kavrama gücü değerlendirilmesi	<i>Feray Akbaş</i>
<b>SB-23</b>	Demir eksikliği anemisi olan hastalarda arteriyel sertlik, hepsidin ve iskemi modifiye albümin düzeylerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi	<i>Zeynep Altın</i>
<b>SB-24</b>	Demir preparatı ile anafilaksi gelişen vakada başarı ile tamamlanan desensitizasyon protolölü	<i>Kadriye Terzioğlu</i>
<b>SB-25</b>	Tip 2 diyabet hastalarında tedavi uyumu ve hastalık algısının değerlendirilmesi	<i>Zeynep Altın</i>
<b>SB-26</b>	Serum ürik asit düzeyi ile COVID-19 hastalık şiddeti arasındaki ilişkisi	<i>Şencay Yıldız Şahin</i>
<b>SB-27</b>	Metforminin sistemik immün-inflamasyon indeks üzerine etkisi	<i>Hüseyin Kurt</i>
<b>SB-28</b>	Çölyak hastalığında duodenal biyopsi örnekleri üzerine helicobakter pylori enfeksiyonunun etkisi	<i>Sami Çiğçi</i>
<b>SB-29</b>	Prolaktinoma ve prolaktinoma dışı hipofiz adenomlarının ayırımında manyetik rezonans görüntülemenin rolü	<i>Taha Yusuf Kuzan</i>
<b>SB-30</b>	Dahiliye servisine yatan hastalarda COVID-19 enfeksiyonuna karşı aşılama/aşılama oranları ve sebeplerinin irdelenmesi	<i>Feray Akbaş</i>
<b>SB-31</b>	Hafif ile orta şiddette COVID-19 enfeksiyonu geçiren yaşlı hastalarda psikolojik semptomlar ile hastanede yatış süresi arasındaki ilişki	<i>Sultan Keskin Demircan</i>
<b>SB-32</b>	Tek merkez 677 tiroid ince iğne aspirasyon biyopsi sonuçlarının değerlendirilmesi ve bethesda sisteminin klinik sonuçları	<i>Taha Yusuf Kuzan</i>
<b>SB-33</b>	Yoğun bakım ünitesinde yatan akut böbrek hasarlı hastalarda prealbumin değişikliklerinin hemodiyaliz ihtiyacı ve hastane içi mortalite ile ilişkisi	<i>Fatih Yılmaz</i>
<b>SB-34</b>	Anemik hastalarda Hba1c ne kadar güvenilir?: İki farklı bakış açısı	<i>Büyüamin Aydın</i>

**SÖZLÜ BİLDİRİ LİSTESİ**

<b>SB-35</b>	Kronik rejeksiyon sürecindeki böbrek nakilli hastada COVID-19 ciddi akciğer tutulumu ve entübasyon sonrası tam iyileşme: Vaka sunumu	<i>Düriye Sıla Karagöz Özen</i>
<b>SB-36</b>	Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri veya anjiyotensin II reseptör blokerleri kullanımının COVID-19 hastalarında prognoza etkisi	<i>Nalan Okuroğlu</i>
<b>SB-37</b>	Pandemide radyolojiyi nasıl kullandık ?	<i>Engin Beydoğan</i>
<b>SB-38</b>	COVID-19 pandemi sürecinde çarpıntı şikayetiyle gelen hastalarda, anksiyete düzeyinin ve tiroid hormonlarının yaşam kalitesine ve kalp hızı değişkenliğine etkisi	<i>Bekir Çalapkörur</i>
<b>SB-39</b>	Serum galektin-3 düzeyi ile subklinik sistemik ateroskleroz erken belirteçleri ve obstrüktif uyku apne sendromu şiddeti arasındaki ilişki	<i>Gönül Açıksarı</i>
<b>SB-40</b>	İki taraflı yüzeysel femoral arter total tıkanıklığı (ayna lezyonlar) mevcut hastaların klinik ve demografik özelliklerinin değerlendirilmesi	<i>Şeyhmus Külahçioğlu</i>
<b>SB-41</b>	Omalizumab tedavisi gerektiren ağır persistan astımlı hastanın ardındaki gerçek; İnhaler ilaç alerjisi	<i>Kadriye Terzioğlu</i>
<b>SB-42</b>	Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında aşılama oranları ve aşı kararsızlığı nedenleri -üçüncü basamak tek merkez: Kesitsel çalışma	<i>Düriye Sıla Karagöz Özen</i>
<b>SB-43</b>	Diyabetik hastalarda mikrovasküler komplikasyon oranlarının değerlendirilmesi ve takip süresi ile yerleşim yerinin glikolize hemoglobin düzeyine etkisi: Tek merkez kesitsel çalışma	<i>Düriye Sıla Karagöz Özen</i>
<b>SB-44</b>	Tip-2 diyabetes mellitus, dekompanse kalp yetmezliği olan hastada SGLT-2 inhibitörü kullanımı sonrası gelişen akut böbrek hasarı: Suçlu kim?	<i>Cansu Cantürk</i>
<b>SB-45</b>	Helicobacter pylori enfeksiyonu saptanan hastalarda vitamin B12 eksikliği sıklığı ve Helicobacter pylori ile vitamin B12 eksikliği arasındaki ilişki	<i>Nurgül Tükel</i>
<b>SB-46</b>	Sars-Cov2 tanısı ile hastaneye yatan 25-65 yaş arasındaki oksijen ihtiyacı olan hastalarda hangi doz pulse steroid tedavisi etkindir?	<i>Serhat Mert Tiril</i>
<b>SB-47</b>	COVID-19'lu hastalarda kardiyak tutulum risk faktörleri ve troponin yüksekliğinin prognostik değeri	<i>Gönül Açıksarı</i>
<b>SB-48</b>	Graves hastalığında tanı anındaki TSH reseptör antikor düzeyi ile tiroid hormon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?	<i>Begüm Güleşir</i>
<b>SB-49</b>	Lewy cisimcikli demans hastalarının demografik, klinik özellikleri ve geriatrik sendromları: Türkiye'den bildirim	<i>Cemile Özsüreççi</i>
<b>SB-50</b>	Sağlık çalışanlarının ruminasyon, uyku kalitesi ve yaşam doyum düzeyleri: Türkiye'de bir COVID-19 pandemi hastanesi sonuçları	<i>Fatih Saçkan</i>

## [SB-01]

### Tiyokolşikosid kullanımı sonrası gelişen akut pankreatit: olgu sunumu

İhsan Solmaz, Süleyman Özçaylak, Emrah Kaçar, Rengin Esen, Eşref Araç, Ferhat Bingöl, Mehmet Serdar Yıldırım, Jehat Kılıç, Yusuf Yakut, Ömer Faruk Alakuş, Mehmet Emin Dilek, Mahsum Ozan

SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi iç hastalıkları kliniği

Giriş: Akut Pankreatit(AP)'in yıllık görülme insidansı 100.000'de 5-80 kişi arasında değişmektedir. AP'nin en sık nedeni Safra taşları ve alkol iken nadir nedenlerinden biri ilaçlardır(1). Bu vakamızda 52 yaşında kolesistektomi olmuş hastada tiyokolşikosid kullanımı sonrası gelişen akut pankreatit vakasını sunuyoruz.

Olgu sunumu: Elli iki yaşında kadın hasta acil servise, 12 saat önce başlayan karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Hikayesinde bel ağrısı şikayetiyle 3 gün önce hastaneye başvurduğu ve lumbalji tanısı ile tiyokolşikosid 4mg im ampul 2x1 ve etofenemat 1000 mg im ampul 1x1 reçete edilmiş. İki gün bu ilaçları kullanmış üçüncü günün sabahında bulantı kusmanın eşlik ettiği sırta yayılan şiddetli karın ağrısı olmuş. Öz geçişinde: Üç yıl önce kolesistektomi olmuş. Fizik muayenesinde: ateş:36.7C, nabız:90/dk, TA:110/70mmHg, satürasyon:%96, solunum sayısı:16/dk. Batın muayenesinde: yaygın hassasiyet mevcut, defans ve ribaund yoktu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkikleri: WBC:13.390(4,6-10,2 103uL), HCT:%38 (37,7-53,7%), PLT:356.000 (142-424 103uL ), AST:13 (11-25 U/L), ALT:14 (7,0-22 U/L), GGT:16 (0-65 U / L), ALP:62 (25-100 U/L), TOTAL BİLÜRİBİN:0.24 (0,0-1,2 mg/dl), Amilaz: 1224 (34-119 U/L) ve Lipaz:1602 (70<U/L) diğer tetkikler normal sınırdıydı. EKG'si normal. Tüm batın ultrasonografisinde: safra kesesi izlenmedi (opere), karaciğer ve dalakta patoloji yok ve pankreasta hafif ekspansiyon izlenmekte. Hasta servisimize yatırıldı. Hastanın oral alımı stoplanarak tedavide parantal hidrasyon ve nutrisyon desteği verildi. Hastanın oral alımı 48 saat sonra açıldı. Hastaya MR Kolanjiopankreatografi (MRCP) çekimi yapıldı. koledok çapı 6mm, intrahepatik safra yollarında dilatasyon izlenmedi. Koledok trasesinde belirgin taş izlenmedi. Yapılan tetkiklerde: kalsiyum:8.7mg/dl (8,4-10,2 mg/dl), Triglliserid:199mg/dl (50-200 mg/dL), Total kolesterol:244mg/dl (110- 200 mg/dL), HBsAg(-), Anti-HBs(-), Anti-HCV (-) ve Anti-HIV(-) ölçüldü. Viral serolojileri (Mycoplasma IgM, Kabakulak IgM, Rubeola IgM dahil) ve otoimmün antikorlardan ANA, ASMA, IgG düzeyleri normal saptandı. Hiperkalsemi, hiperlipide, MRCP de taş olmaması ve diğer etiyolojik nedenler ekarte edildikten sonra hastanın kullandığı tiyokolşikosid ilacının prospektüsünde nadir AP yapabileceğinden dolayı tiyokolşikosid kullanımı sonrası AP tanısı konuldu. Kan amilaz değerleri 2, 3 ve 4. günlerde sırasıyla 768 U/L, 363 U/L ve 166 U/L olarak normale geldi. Hastanın yatışından 48 saat sonra genel durumunda düzelme, semptomlarında gerileme olmaya başladı. Laboratuvar değerleri ve semptomları yatışının 5. günde tamamen normal düzeylere dönmesi üzerine hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: AP vakalarında etiyolojinin belirlenmesi önemli-

dir. Her ne kadar en sık neden safra kesesi taşı ve alkol olsa bile nadir nedenlerin de bilinmesi ve hasta hikayesinde irdelenip belirlenmesi önemlidir. Özellikle birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında sıkça reçetelenen tiyokolşikoidin nadir de olsa AP'ye neden olabileceğini bize gösteren vakamızı sunarak bu konuda farkındalık oluşturmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Akut Pankreatit, İlaç toksitesi, Tiyokolşikosid

## [SB-02]

### Akut Böbrek Hasarında Serum Ve İdrar Anjiyotensinojen Düzeyleri İle Hastalığın Prognozu Arasındaki İlişki

Ali Akın<sup>1</sup>, Ayşe Kevser Demir<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi

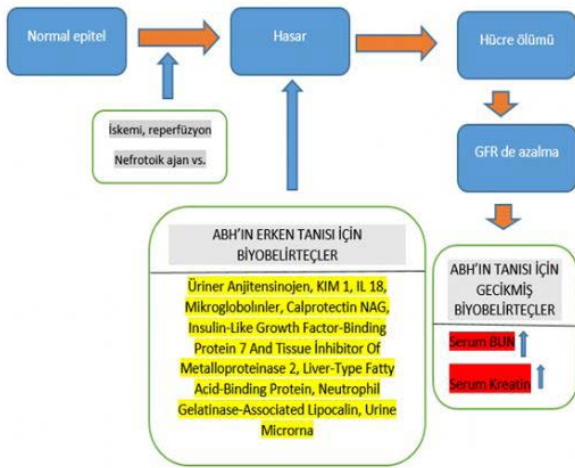
<sup>2</sup>kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Akut böbrek hasarı(ABH) yüksek morbidite ve mortalite ile seyreden heterojen bir hastalıktır. ABH tanısında kullanılan serum kreatinin değeri böbrek hasara uğradıktan sonra artış göstermektedir. Kreatinin artışının geç olması ABH tanısında gecikmelere neden olabilir.Ayrıca renal fonksiyonlar kötü olduğu halde kreatinin düzeyinin hastalığın şiddeti ile paralel olmaması takip ve tedavide gecikmelere neden olmaktadır. Bu çalışmada ABH tanısı alan hastalarda, tanı ve takipler esnasında serum ve idrar anjiyotensinojen düzeylerinin renal fonksiyonların prognozu ile ilişkisinin irdelenmesi planlanmaktadır. Bu sayede, ABH gelişen hastalardan daha riskli olanların belirlenmesi ve bu hastaların daha sıkı takip ve tedavisinin yapılması amaçlanmaktadır. Gereç-Yöntem: Bu çalışmaya hastanemiz İç Hastalıkları Kliniği tarafından takip ve tedavisi yapılan ABH tanısı almış, 18 yaş üstü hastalar dahil edildi. ABH gelişen hastalarda, etyoloji araştırılması ve komplikasyonların değerlendirilmesi amacı ile rutin olarak çalışılan serum BUN, Kreatin, elektrolitler, idrarda kreatinin kayıt altına alındı. Hastalardan ABH tanısı konulduğu esnada serum ve idrar örneklerinden artan numulardan serum ve idrar anjiyotensinojen düzeyleri ölçüldü. Takibi yapılan hastalardan 15. gün ve 30. gün idrar anjiyotensinojen düzeyleri bakıldı. Başlangıç tarihinden itibaren takibi yapılabilen hastalar 3 ay sonra tekrar değerlendirildi ve renal fonksiyonların durumu serum kreatinin düzeyi ölçülerek kayıt altına alındı. Çalışma için rutin tetkikler amacıyla alınan serum ve idrar örneklerinden artan numuneler kullanıldı. Çalışmaya gebeler, tanı anında anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokeri, al- desteron reseptör antagonisti ilaç kullanımı olan hastalar, postrenal ABH gelişen hastalar, malignite tanısı olan, kronik karaciğer hastalığı veya multiorgan yetmezliği olan hastalar, sepsis tanısı olan hastalar dahil edilmedi. Bulgular: Çalışmaya 79 ABH gelişen hasta dahil edildi. Bu hastaların 44'ü (%56) erkek, 35'i (%44) kadın idi. 54 hasta KDIGO evre 1, 17 hasta KDIGO evre 2 ve 8 hasta KDIGO evre 3 idi. Çalışma süresince vefat eden hasta sayısı 46 (%58) idi. Çalışmamızda, ABH tanı anın-

da bakılan idrar anjiyotensinojen/idrar kreatinin düzeyleri (İAGT/İKr), KDIGO evre 3 hastalarda evre 1 ve 2 hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı ( $p < 0,001$ ). İAGT/İKr düzeyleri hemodiyaliz alan hastalarda ve vefat eden hastalarda daha yüksek olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ( $p > 0,05$ ). Tanı anında bakılan İAGT/İKr düzeyi ile 3. ay bakılan kreatinin arasında pozitif yönde korelasyon olduğu görüldü ( $r = 0,408$ ,  $p = 0,053$ )  
Sonuç: Çalışmamızın sonuçları idrar anjiyotensinojen düzeylerinin ABH şiddetinin bir göstergesi olarak kullanılabilirliğini düşündürmektedir. İdrar anjiyotensinojenin ABH olgularında erken tanı ve prognostik önemini belirlemek için çok sayıda olgunun dahil edildiği klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Akut Böbrek Hasarı, KDIGO, Kreatinin, Üriner Anjiyotensinojen

#### ABH' de Hasarlanma Mekanizması ve Biyobelirteçler



#### KDIGO Evreye Göre SAGT Ve İAGT/İKreOranı

	Kdigo Evre			p
	Evre 1	Evre 2	Evre 3	
Serum Anj ng/L	143,97±190,15	103,59±88,17	71,04±29,68	0,401
İdrar Anj/İdrar Kreatinin	9,93±10,82	5,03±5,04	32,15±37,13	<0,001

#### [SB-03]

#### Nadir ve zorlu bir alt grup: küçük hücreli mesane kanserinde tek merkez deneyimi

Orçun Can

İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim dalı, Liv Hospital Vadistanbul Tıbbi Onkoloji Kliniği İstanbul/Türkiye

**Giriş:** Küçük hücreli mesane kanseri 100.000'de 0.14 insidansında görülen, klinik davranış olarak küçük hü-

reli akciğer kanserine benzeyen, az differansiye agresif bir nöroendokrin karsinomdur. Ortalama tanı yaşı 73'tür. Metastatik süreçte ortalama sağ kalım 7-13 aydır. Mesanenin ürotelyal karsinomunun aksine, kas invazyonunun varlığı veya yokluğu küçük hücreli (SCC) grup için tedavi kararlarını etkilemez çünkü SCC, T evresinden bağımsız olarak metastaz yapma eğilimi çok daha fazladır. Bu nedenle tedavi T1, T2 ve T3 tümörler için aynıdır. Genel durumu agresif tedaviye izin veren lokalize hastalığı (evre II veya III) olan hastalar için platin bazlı bir kombinasyon kullanarak neoadjuvan kemoterapi önerilirken, tedaviye yanıt veren hastalar için sistektomi yapılır. Sistektomi öncesinde neoadjuvan kemoterapi almayan hastalarda, hastanın genel durumu izin veriyorsa, adjuvan platin bazlı kombinasyon kemoterapisini önerilir. Kemoterapi için tercih edilen rejim sisplatin/carboplatin ve etoposid-dir.

**Amaç:** Nadir bir alt grup olan mesanenin küçük hücreli karsinomunda tek merkezin retrospektif vaka serisi olarak, hastaların klinikopatolojik özelliklerini, birinci ve ikinci sıra tedavilerini ve sağkalımlarını incelemeyi amaçladık.

**Yöntem-Gereçler:** İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi'ne 2015-2021 yılları arasında başvuran 10 küçük hücreli mesane kanseri hastası dosyası retrospektif olarak tarandı.

**Bulgular:**Hastaların %30'u(3) kadın %70'i (7) erkekti. Ortalama yaş 61.9 du (49-74). Tanı anında %20 (2) hasta evre 2, %10 (1) hasta evre 3, %70 (7) hasta evre 4'tü. Tıbbi onkoloji başvurusunda %40 (4) hastaya transüretal rezeksiyon-mesane (TUR-M), %50 (5) hastaya sistektomi işlemi uygulanmıştı. Hastaların hiçbirisi neoadjuvant tedavi almamıştı. Non metastatik olan üç hastadan ikisi adjuvant kemoterapi aldı.Takipte nüks eden 2 hasta dahil olmak üzere hastaların %70'i metastatik birinci sıra tedavisi olarak carboplatin-etoposid kemoterapisi, %20 si cisplatin-etoposid kemoterapisi almıştı. Metastatik 2. Sıra tedavisi olarak %40 hasta carboplatin-etoposid, %10 hasta cisplatin -etoposid, %20 hasta topotekan, % 20 hasta irinotekan almıştır. Takipteki hastaların %90'ı ex olmuştur. Medyan sağkalım 25 ay (%95 CI, 1,33 - 48,67), medyan PFS 12 aydı. (%95 CI, 0 - 24,15) (Şekil 1)

**Sonuç:** Mesanenin küçük hücreli karsinomu literatürde tek merkez deneyimi olarak gelişmiş merkezlerde bile küçük vaka serileriyle sunulan nadir görülen bir antitedir. Mesanenin SCC tedavisi için önerilerin dayandırılacağı randomize klinik çalışma yoktur. Bununla birlikte, birkaç retrospektif seri ve bir prospektif faz II çalışması bazı bilgiler sağlar. Retrospektif vaka serimizde metastatik süreçteki hastaların medyan sağkalımı 25 ay,literatürden daha fazla bulunmuş bunun nedeninin metastatik süreçteki hastalarımızın hastalık yükünün göreceli daha az olması ve daha genç yaş grubu hastalardan oluşması nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Tedavi etkinliklerinin irdelenmesi için daha geniş hasta katılımlı prospektif verilere ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** küçük hücreli, mesane kanseri, tedavi

#### Genel ve progresyonsuz sağkalım eğrileri

## [SB-04]

**Kalp yetersizliği klinikleri: Türkiye için uzak bir hedef midir?**Gizem Arslan<sup>1</sup>, Yasemin Tokem<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Yoğun Bakım, İzmir  
<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

Kalp yetersizliği (KY), gelişen teknolojik imkanlara ve tedavi seçeneklerindeki ciddi gelişmelere karşın; hala tüm dünyada önemli morbidite ve mortaliteye, büyük bir ekonomik ve sosyal yüke sahip kötü prognozla ilişkilendirilen ciddi bir halk sağlığı sorunudur. KY hastalarının bakım kalitesini iyileştirmek ve dolayısıyla morbiditeyi ve hastaneye yeniden yatışları azaltmak amacıyla, yurtdışında 1990 yılından itibaren uzmanlaşmış KY klinikleri oluşturulmuştur. Bu klinikler arasında kalp yetersizliği konusunda özel olarak eğitilmiş hemşirelerin bulunduğu klinikler popülarite kazanmıştır. İlk hemşire liderliğindeki KY kliniği 1990'da İsveç'te kurularak hizmet vermeye başlamıştır. KY olan hastalardaki hastalık yönetimi; tedavi ve bakımın başarılı bir şekilde yürütülmesini içerir. Bu hasta grubuna uygulanacak bakım; bireysel hastalık yönetimi becerileri, tedavi uygulamaları, beslenme, özyönetim, günlük yaşam aktiviteleri gibi birden çok bileşenin uygun şekilde değerlendirilmesini ve etkin bir şekilde ele alınmasını gerektirir. Bazı çalışmalar; hastanede yatan KY hastasına en etkin şekilde bakım sağlamanın, optimize edilmiş özel bir KY ünitesinde takip etme ve ileri düzey bakım sağlamak olduğunu ileri sürmüştür. Kapsamlı ve bütünlük sağlığı bakımını başlatmak ve sürdürmek için en uygun ortam; multidisipliner KY yönetim programlarına sahip KY klinikleridir. Dünya çapında birçok hastane ve tıp merkezinde farklı isimlerle KY klinikleri bulunmaktadır. Ancak ülkemizde KY hastalarına özel bakım ve tedavi hizmeti sunan klinik/ merkez yoktur. Bu nedenle ülkemizde KY hastaları hastanelerdeki kardiyoloji, kardiyovasküler cerrahi ve dahiliye kliniklerinde yatmakta ve bu kliniklerdeki görevli doktorlar tarafından takip edilmektedir. Türkiye'de KY hastalarının tedavi ve bakımı için KY poliklinikleri yaygın değildir. Bazı hastanelerde bulunan bu KY polikliniklerinin hizmetleri çok sınırlı kalabilmektedir. KY hizmetlerinin geliştirilmesinde önemli bir gelişme olmasına rağmen yapılan araştırmaların sonuçlarına bakılınca yeterli araştırmaların yapılmadığını, tedavi ve KYnin etkin yönetimi konusunda evrensel bir anlayışla sonuçlanmadığını göstermektedir. KY yönetimi için hala karşılanmamış bir talep bulunmaktadır. Bu durumda da hastaların uzman hizmetlere sınırlı erişimleri olduğu anlamına gelmektedir. KY için özel, hastane içi klinikler karşılanmamış bir ihtiyaç olmaya devam etmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de KY kliniklerinin kurulması uzak bir hedef değildir. Bu alanda çalışan multidisipliner ekipler oluşturularak, kanıtlara dayalı bir şekilde ortak bir misyon ile KY kliniklerine yönelik adımlar atılabilir ve bu hastaların bütüncül bakımını iyileştirmek için ulusal politikalar geliştirilebilir. KY yönetim programlarının planlanması ve klinikleri mümkün olan en iyi ve en uygun şekilde yerel ihtiyaçları karşılayacak şekilde tasarlanması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** kalp yetersizliği, klinik, hedef

## [SB-05]

**Kronik hepatit b tanılı hastalarda serum alfa klotho düzeyi ile karaciğer fibrozis düzeyi arasındaki ilişki**Muhammed Hasan Güler<sup>1</sup>, Muhammet Cemal Kızıllarlanoğlu<sup>2</sup>, Bilal Toka<sup>3</sup>, Hüseyin Kurku<sup>4</sup>, Arzu Tarakçı<sup>5</sup>, İbrahim Güney<sup>6</sup>, Emrah Harman<sup>1</sup><sup>1</sup>SBÜ Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği<sup>2</sup>SBÜ Konya Şehir Hastanesi, Geriatri Kliniği<sup>3</sup>Konya Medova Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği<sup>4</sup>SBÜ Konya Şehir Hastanesi, Biyokimya Kliniği<sup>5</sup>SBÜ Konya Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği<sup>6</sup>SBÜ Konya Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği

**Amaç:** Kronik hepatit b hastalarında doğru zamanda, doğru hastaya, doğru tedavinin başlanması için karaciğerdeki fibrozis varlığının ve derecesinin tesbit edilmesi önemlidir. Karaciğer biyopsisi, karaciğer fibrozis derecesinin tesbit edilmesinde altın standarttır. Ancak girişimsel işlem olması, komplikasyon riski taşıması, örneklem hatası, patolojik değerlendirmede farklılık olması ve hastalarda anksiyete oluşturması gibi olumsuz yönleri olan bir işlemdir. Yapılan çalışmalarda alfa klotho proteininin anti oksidan, anti inflammatuar, anti ageing, anti fibrotik özellikleri olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızın amacı kronik hepatit b enfeksiyonu bulunan hastalarda serum alfa klotho düzeyi ile karaciğerde fibrozis varlığı ve fibrozis evresi arasında ilişki olup olmadığını göstermek, karaciğer biyopsisine alternatif olarak kullanılabilen bir belirteç olup olmadığını anlaşılmasını sağlamaktır.

**Yöntem:** Çalışmamıza enfeksiyon hastalıkları, gastroenteroloji ve iç hastalıkları polikliniklerine başvuran 18 yaşından büyük 90 kronik hepatit b tanısı ile biyopsi planlanmış kadın ve erkek hastalar vaka grubu olarak; başka nedenlerle hastanemizin iç hastalıkları polikliniğinde laboratuvar tetkiki istenmiş olan 83 gönüllü kontrol grubu olarak dahil edildi. Biyopsi öncesi rutin tetkikler için kan alınırken alfa klotho için venöz kan örneği alındı, serumlar -80°C'de çalışma gününe kadar saklandı. Çalışma günü serumlar çözüldü ve tüm örneklerden aynı gün alfa klotho düzeyi ELİSA yöntemi ile çalışıldı. Karaciğer biyopsi materyalleri patoloji uzmanları tarafından "Modifiye İshak Skoru, 1995" kullanılarak, HAİ skoru ve fibrozis evresi açısından değerlendirildi, hastaların biyopsi raporları takip edildi ve HAİ skoru ile fibrozis evresi kayıt altına alındı.

**Bulgular:** Hasta grubunun serum alfa klotho düzeyi 1,24 (1,00-1,48) ng/ml, kontrol grubunun ise 1,20 (0,97-1,49) ng/ml olarak hesaplandı. Kronik hepatit b hastalarının serum alfa klotho düzeyi kontrol grubundan daha yüksek saptanmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,098). Hasta grubu karaciğer biyopsi fibrozis (evre 0-1 ve evre >=2) ve HAİ skorlarına (<6 ve >=6) göre ikişerli gruplara ayrıldı; grupların hepatit b ilişkili bulguları, laboratuvar parametreleri karşılaştırıldı. Fibrozis evresi >=2 olan grupta APRI, FİB4 ve HAİ skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (sırasıyla; p=0,002, p=0,001 ve p<0,001). HAİ skoru >=6 olan grupta trombosit düzeyi (p=0,040) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

de daha düşük, ALT ( $p=0,016$ ), AST ( $p=0,001$ ), GGT ( $p=0,025$ ), HBV DNA ( $p=0,039$ ), APRİ ( $p<0,001$ ), FİB4 ( $p=0,002$ ) ve fibrozis evresi ( $p<0,001$ ) düzeyleri ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı. Gruplar arasında serum alfa klotho düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda hasta grubunun alfa klotho düzeyi kontrol grubuna göre yüksek saptanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir. Karaciğerdeki fibrozis evresi ve HAİ skoru derecesiyle alfa klotho düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik hepatit b, siroz, fibrozis, alfa klotho

### [SB-06]

#### **D hipervitaminozu ve d vitamini intoksikasyonunda hiperkalsemi saptanan hastaların laboratuvar ve klinik özellikleri**

##### Aslıhan Çalın

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

**Amaç:** D Hipervitaminozu ve D vitamini intoksikasyonu nadir ancak ciddi sağlık problemlerine neden olabilecek bir durumdur ve genellikle iyatrojeniktir, bilinçsiz D vitamini kullanımına veya yüksek doz D vitamini reçete edilmesine bağlıdır. Literatürde olgu sunumu olarak belirtilen yayınlar bulunmaktadır. Çalışmamızda D hipervitaminozu ve D vitamini intoksikasyonuna bağlı hiperkalsemi saptanan 22 hastanın laboratuvar ve klinik özelliklerini araştırmayı amaçladık.

**Gereç-Yöntem:** 2014- 2018 tarihleri arasında iç hastalıkları polikliniğine başvuran 25 OH D vitamini  $> 100$  ng/ ml (  $250$  nmol/ L ) olan ve hiperkalsemisi bulunan 22 hasta çalışma kapsamına alınmıştır. Veri tabanından yaş, cinsiyet, kalsiyum, fosfor, magnezyum, PTH, ALP, 25( OH ) D vitamini, TSH, üre, kreatinin, ürik asit, GFR ( glomerüler filtrasyon hızı ), total protein, albumin kaydedildi. Çalışmaya alınmama kriterleri; 18 yaşından küçük olmak, gebelik, hiperparatiroidi, hipoparatiroidi, hipertiroidi, D vitamini yüksekliği ve hiperkalsemiye neden olan sarkoidoz, tüberküloz, fungal hastalık, berilyoz gibi granümatöz hastalıklar ve lenfoma olduğunun belgelenmesi olarak belirlendi. Hafif hiperkalsemi kalsiyum düzeyi  $10,2- 12$  mg/ dl arasında, orta hiperkalsemi kalsiyum düzeyi  $12- 14$  mg/dl arasında, ağır hiperkalsemi kalsiyum düzeyi  $14$  mg/ dl' nin üzerinde olanlar kabul edildi.

**Bulgular:** Hastaların klinik bulguları; bulantı, kusma, halsizlik, iştahsızlık, karın ağrısı, dehidratasyon, konstipasyon, nekrotizan pankreatit ve ölüm olarak görüldü. Median yaş  $69$  (  $18- 92$  ) idi. Hastaların median 25 (OH) D vitamini değeri  $144,21$  ng/ ml (  $103- 246,7$  ) ve median serum total kalsiyum değeri  $10,47$  mg/ dl (  $10,22- 16,15$  ) saptandı. 22 hastanın 18' inde hafif hiperkalsemi, 2' sinde orta hiperkalsemi, 2' sinde ağır hiperkalsemi saptandı. Ağır hiperkalsemisi olan 2 hasta, orta hiperkalsemisi olan bir hasta olmak üzere 3 hastada mortalite görüldü,

ağır hiperkalsemisi olan 1 hastada nekrotizan pankreatite bağlı ölüm görüldü ( Tablo 1 ). Kalsiyum düzeyinin laboratuvar değerleri ile karşılaştırılmasında kalsiyum düzeyi ile TSH düzeyi, üre ve ürik asit arasında pozitif yönde; total protein ve albümin değerleri arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulundu (  $p< 0,05$  ). Kalsiyum ve 25 (OH) D vitamini düzeyleri ile diğer laboratuvar değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmadı (  $p> 0,05$  ).

Sonuç: D hipervitaminozu ve D vitamini intoksikasyonunun belirtileri asemptomatik olabileceği gibi hiperkalsemi ile ilişkili hayatı tehdit eden komplikasyon ve ölüme kadar gidebilen ciddi sağlık problemleri görülebilir. D vitamini reçete eden hekimler, 25 OH D vitamini ve kalsiyum düzeyini yakın takip etmelidir. D hipervitaminozu ve D vitamini intoksikasyonundan kaçınılabilmek için kılavuzlara uygun tedavi verilmesi gerekir.

**Anahtar Kelimeler:** D hipervitaminozu, hiperkalsemi, intoksikasyon, mortalite

**Tablo 1: Olguların özellikleri**

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	13	59,1
Erkek	9	40,9
Hiperkalsemi	18	81,8
Hafif Hiperkalsemi	2	9,1
Orta Hiperkalsemi	2	9,1
Ağır Hiperkalsemi		
Ex	3	13,6
Nekrotizan Pankreatit	1	4,5
Bulantı	10	45,5
Kusma	6	27,3
Karın Ağrısı	6	27,3
Halsizlik	14	63,6
İştahsızlık	11	50,0
Dehidratasyon	10	45,5
Konstipasyon	6	27,3
	Ort.± SS	Median (Min.- Max.)
Yaş	67,27± 17,99	69 ( 18- 92 )
25 (OH) D vitamini (ng/ml)	145± 38,56	144,21 (103- 246,7)
iPTH (pg/ml)	22,97± 17,09	19,78 ( 2- 57,74 )
Ca (mg/dl)	11,17± 1,53	10,47 ( 10,22- 16,15 )
Fosfor (mg/dl)	3,91± 0,58	3,93 ( 2,9- 5 )
Magnezyum (mg/dl)	1,89± 0,29	1,9 ( 1,5- 2,66 )
Alkalin fosfataz ( U/ L )	82,52± 36,14	79 ( 24- 131 )
TSH( mU/ L )	2,12± 1,09	1,84 ( 1,09- 4,99 )
sT3 ( ng/ L )	3,35± 0,62	3,24 ( 2,78- 4,14 )
sT4 ( ng/ L )	2,02± 2,18	1,31 ( 1-8,54 )
Üre ( mg/ dl )	58,42± 48,77	47 ( 10,9- 194 )
Kreatinin (mg/ dl)	1,4± 1,3	1,01 ( 0,42- 6,74 )
Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFR) (ml/ dk)	65,92± 39,82	62,05 ( 8,8- 182,5 )
Ürik asit ( mg/ dl )	6,84± 2,9	6,15 ( 2,87- 13,95 )
Total protein ( g/ L )	6,97± 0,75	7,23 ( 5,48- 7,83 )
Albumin ( g/ L )	4,05± 0,63	4,3 ( 2,81- 4,7 )

**[SB-07]****Non-Hodgkin Lenfomalı Hastalarda İfosfamide Bağlı Ensefalopati: Bir Vaka Sunumu**

Jehat Kılıç, Süleyman Özçaylak, Mahsum Ozan, İhsan Solmaz

SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

**Giriş:** İfosfamid lenfomalar, meme, mide, over ve akciğer kanseri gibi birçok malignitede kullanılan alkilleyici bir ajandır. İfosfamid alan hastalarda santral sinir sistemi(SSS) yan etkileri görülebilir. SSS toksisitesi, yorgunluk ve konfüzyondan; koma ve ölüme kadar uzanır. Bu toksik etkiler hastaların yüzde 10-30'unda görülebilir. Nadir de olsa ifosfamide bağlı ensefalopati, ifosfamidin bu istenmeyen toksik etkilerinden biridir ve fark edilmezse ölümcül olabilir. Bu olguda, IGEV kürü (İfosfamid 2000 mg/m<sup>2</sup>, gemitabin 800 mg/m<sup>2</sup>, vinorelbin 20 mg/m<sup>2</sup> ve prednizolon 100 mg/gün) ile tedavi edildiğinde emosyonel değişikliklerden koma durumuna kadar değişen semptomlarla başvuran 66 yaşında Non-Hodgkin lenfomalı bir hasta sunuyoruz.

**Vaka Sunumu:** Daha önce 6 siklus EPOCH ile tedavi edilmiş NHL'li 55 yaşında erkek hasta, ikinci siklus IGEV protokolü almak üzere servisimize kabul edildi. Hastanın özgeçmişinde son dönem böbrek hastalığı(SDBY) ve hipertansiyon(HT) vardı. NHL'ye bağlı servikal vertebralarda(C5-6-7) kitle nedeniyle kas gücü azalmıştı. İlk IGEV protokolü uygulandıktan sonra kitleye bağlı komplikasyonları azaltmak için servikal kitleye 12 günlük RT yapıldı. 2. IGEV protokolünde ifosfamid 2000 mg/m<sup>2</sup> 1-4. günlerde, mesna 700 mg/m<sup>2</sup>, gemitabin 800 mg/m<sup>2</sup>, vinorelbin 20mg/m<sup>2</sup> ve prednizolon 100 mg/gün başlandı. 2. IGEV protokolünün ilk gününde ifosfamid infüzyonundan birkaç saat sonra hastada duygudurum değişikliği ve oryantasyon bozukluğu gelişti. Nörolojik muayenesinde ışık ve kornea refleksi normaldi, yeni gelişen taraf bulgusu yoktu ancak mental durum saatler içinde kötüleşti. Yapılan laboratuvar testleri; WBC:13,87 10<sup>3</sup>/μL, Hb:9,15 g/dL, Plt:70 10<sup>3</sup>/μL, glukoz:281mg/dL, üre193mg/dL, kreatinin4,53 mg/dL, kalsiyum:10.14mg/dL, potasyum:4.7mmol/L (Tablo 1) şeklindeydi. Bu arada kranial BT çekildi ve normal olarak değerlendirildi. İfosfamidin ikinci gününde hastanın mental durumu daha da kötüleşti ve komayla sonuçlandı. Elektroensefalografi(EEG)'de 6-7 Hz dalga frekansında jeneralize keskin-yavaş aktivite izlendi(Resim 1). Difüzyon MR normaldi. Üremiyi azaltmak ve şüpheli bir üremik ensefalopatiyi tedavi etmek için hemodiyaliz yapıldı. İfosfamide bağlı ensefalopati şüphesi nedeniyle ifosfamid kesildi. EEG'deki aktivite nedeniyle antikonvülzan tedavi başlandı. Hasta herhangi bir ek tedavi verilmeden takibe alındı. İfosfamid kesildikten sonraki 2. günde mental durumu düzelmeye başladı ve 4. günde tamamen düzeldi. EEG tekrarlandı ve normal olarak değerlendirildi(Resim 2).

**Sonuç:** İfosfamid SSS toksisitesinde tanı klinik bulgulara ve klinisyenlerin şüphesine dayanır. Bu nedenle klinisyenlerin ifosfamidin SSS toksisitesinin farkında olması oldukça önemlidir. Bu vakamızı sunarak İfosfamidin SSS toksisitesine dikkat çekmektir.

**Anahtar Kelimeler:** Ensefalopati, İfosfamid, Non-Hodgkin Lenfoma

**EEG sonuçları****Tablo 1: Hastanın Kabulündeki Laboratuvar Sonuçları**

Parametre	Değer	Birim
WBC	13,87	10 <sup>3</sup> /μL
Hemoglobin	9,15	g/dL
Platelet sayısı	70	10 <sup>3</sup> /μL
Glukoz	281	mg/dL
Üre	193	mg/dL
Kreatinin	4,53	mg/dL
Kalsiyum	10,14	mg/dL
Potasyum	4,7	mmol/L
Vitamin B12	2000	pg/mL
Folat	5,68	ng/mL

**[SB-08]****Yaşlı hastalarda uygunsuz ilaç kullanımının TIME kriterlerine göre değerlendirilmesi**

Ertuç Berker<sup>1</sup>, Türkan Paşalı Kilit<sup>1</sup>, Filiz Özyiğit<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kütahya

<sup>2</sup>Bandırma Onyeddi Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, Bandırma

**Amaç:** Günümüzde yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak, polifarmasi, UİK (uygunsuz ilaç kullanımı) ve ilaç yan etkilerinin olumsuz sonuçlarını daha sık görülmektedir. Yaşlı bireylerde uygunsuz ilaç kullanımını azaltmak amacıyla "uygunsuz ilaç kullanım kriterleri" oluşturulmuştur. En bilinen ve en sık kullanılan kriterler Beers ve STOPP/START (Screening Tool of Older Person's Prescriptions/Screening Tool to Alert to Right Treatment) kriterleridir. Akademik Geriatri Derneği'ne bağlı Akılcı İlaç Çalışma Grubunun ülkemizde yaptığı çalışmalar sonucunda Türkiye Yaşlıda Uygunsuz İlaç Kullanım Kriterleri (TIME-Turkish Inappropriate Medication Use in the Elderly) oluşturulmuştur (1). İç hastalıkları polikliniğine başvuran 65 yaş üstü bireylerde, ulusal kriterlere göre tespit edilen UİK dağılımını aktarmaya çalıştık. Yöntem: Çalışma kesitsel tanımlayıcı bir anket çalışması

olup, 25.02.2020 ile 31.12.2020 tarihleri arasında Kültür ve Turizm Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Hastanesi İç Hastalıkları polikliniğine başvuran 65 yaş üzeri hastalar randomize alınarak yapıldı. Altmış beş yaş altı, ciddi oryantasyon ve kooperasyon bozukluğu olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya alınan 385 geriatrik hastanın ilaçları, uygunsuz ilaç kullanımı açısından TIME göre değerlendirildi. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Bulgular: TIME kriterleri klinik pratikte yanlış kullanılan ilaçları önlemeye yönelik kriterler (TIME-to STOP) ve yaşlılarda kullanılması yararlı olan ancak klinik pratikte sıklıkla kullanılması unutulmuş ilaçlara yönelik kriterler (TIME-to START) olmak üzere 2 gruptan oluşmaktadır. Toplamda 112 tane TIME-to STOP kriteri ve 41 tane TIME-to START kriteri mevcuttur. Tablo-1 de çalışmamızda TIME kriterleri ile tespit edilen UİK dağılımı verilmiştir. TIME-to START kriterlerinde en fazla 3 uygunsuzluk herpes zoster, pnömokok, tetanoz, influenza aşılardaki eksikle olup sırasıyla %98.4, %96, %94.5, %74,8 olarak tespit edilmiştir. TIME-to STOP kriterlerinden en fazla 3 uygunsuzluk ise PPI (proton pompa inhibitörlerinin) eksik kullanımı, riski yüksek olan hastalarda sıkı kan basıncı kontrol ve sıkı kan şekeri kontrolünde olup sırasıyla % 9.6, %3.1, %2,3 olarak tespit edilmiştir. Sonuç: Çalışmamızda, özellikle TIME to START kriterlerinde bağışıklanma açısından önemli eksikler fark edilmiştir. TIME to STOP kriterlerinde ise PPI kullanımı ve riski yüksek olan hastalarda sıkı kan basıncı kontrol ve sıkı kan şekeri kontrolünde ilk sıralarda yer almaktadır. Uygunsuz ilaç kullanımı kriterlerini kullanılması özellikle ulusal kriterlerin kullanılması gereksiz veya eksik tedavinin önlenmesinde önemli kontrol mekanizmalarından birisidir. Ulusal kriterlerin kullanılması ile hem yaşlı sağlığı korunacak hem de sağlık sistemi ve ekonomiye ek yük getirmesi engellenecektir. Ulusal kriterlerin kullanılması UİK'e bağlı komplikasyonların engellenmesinde de son derece önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Geriatrik birey, Uygunsuz İlaç Kullanımı, TIME, Türkiye

#### TIME to START ve TIME to STOP Kriterleri

TIME-to STOP Kriterleri	% (n: 385)
A2. Digoksin'in 0,125 mg/gün'den yüksek dozda kullanımı uygun değildir	%1 (4)
A3. Korunmuş (normal) EF'li kalp yetersizliği endikasyonu ile digoksin kullanımı uygun değildir	%0,5 (2)
A6. Kalp yetersizliği, karaciğer yetersizliği, nefrotik sendrom veya böbrek yetersizliğinin klinik, biyokimyasal veya radyolojik bulguları olmadan ayak bileği ödemi için loop diüretik kullanımı uygun değildir	%1,8 (7)
A8. Üriner inkontinans olanlarda esansiyel HT tedavisi için ilk basamakta diüretik kullanımı uygun değildir	%1 (4)
A9. Diğer sınıf antihipertansiflerin tolere edilemediği veya etkisiz kaldığı durumlar hariç HT tedavisinde alfa-1 bloker veya santral etkili antihipertansiflerin (örn. metildopa, rilmenidin, rezepin) kullanımı uygun değildir	%1,3 (5)

A10. Ortostatik hipotansiyon (sistolik kan basıncında $\geq 20$ mmHg düşüş veya diastolik kan basıncında $\geq 10$ mmHg düşüş) olanlarda vazodilatör antihipertansiflerin (alfa-1 blokerler)/ nitratların kullanımını uygun değildir	%0,8 (3)
A11. Ortostatik hipotansiyonu/bilişsel yetersizliği (örn. demans) /fonksiyonel kısıtlılığı/düşük yaşam beklentisi (<2 yıl)/düşme riski yüksek olan hastalarda sıkı kan basıncı kontrolü (<140/90 mmHg) uygun değildir	%3,1 (12)
A16. GFR<30 ml/dk/1,73m <sup>2</sup> olan ve serum potasyum düzeyi yakın takip edilemeyecek hastalarda, potasyum tutucu ilaçların (aldosteron antagonistleri, triamteren, amilorid, ACEİ, ARB) kullanımı uygun değildir	%1,8 (7)
A18. Kardiyovasküler hastalığı (ciddi HT, kalp yetersizliği veya geçirilmiş Mİ, inme) olan olgularda NSAİİ kullanımı uygun değildir	%1,3 (5)
A19. Sık hipoglisemi atakları olan DM hastalarında beta bloker kullanımı uygun değildir	%1,3 (5)
A21. Primer veya sekonder kardiyovasküler korumada aspirin'in 75-150 mg/gün'den yüksek dozda kronik kullanımı uygun değildir	%0,3 (1)
A23. Aspirin ve klopidogrel birlikte kullanımı için spesifik bir endikasyon yoksa, sekonder inme profilaksisinde aspirin ve klopidogrel birlikte kullanımı uygun değildir	%0,3 (1)
A30. İlaçlarını kullanmakta, yönetmekte güçlüğ çeken (örn. bilişsel bozukluğu olan hastalar) ve yardımcı olacak kimselerin (örn. bakıcı) olmadığı hastalarda varfarin ve digoksin gibi dar terapötik indeksi olan ilaçların kullanımı uygun değildir	%0,3 (1)
B1. Trisiklik antidepresan kullanımı uygun değildir	%0,3 (1)
B6.GFR< 60 ml/dk/1,73m <sup>2</sup> olması durumunda pregabalin ve gabapentin'in doz azaltımı yapılmadan kullanımı uygun değil	%1,6 (6)
B14. Benzodiazepin'lerin 4 haftadan uzun süre kullanımı uygun değildir	%0,3 (1)
B18. Vertigo tedavisinde betahistin, trimetazidin, dimenhidrinat gibi ilaçların aralıksız ve uzun süreli olarak kullanımı uygun değildir	%0,5 (2)
B21. Epilepsinin kronik tedavisinde karbamazepin, fenitoin, fenobarbital veya valproat'ın ilk basamakta kullanımı uygun değildir	%0,5 (2)
B24. Yaşlılarda sitalopram'ın 20 mg/gün, essitalopram'ın 10 mg/gün üzerindeki dozlarda kullanımı uygun değildir (QTc uzama riski nedeniyle)	%0,5 (2)
C1. NSAİİ'lerin OAK'lar (vitamin K antagonistleri, direkt trombin inhibitörleri, faktor Xa inhibitörleri) ile birlikte kullanımı uygun değildir (GİS kanama riski)	%1 (4)
C2. Aspirin, klopidogrel, NSAİİ veya steroidlerin; ülser öyküsü olan hastalarda, ek antiplatelet tedavi alan hastalarda, eş zamanlı antikoagülan alan hastalarda, steroid kullanan hastalarda, dispepsi-GÖR semptomları olan hastalarda PPI verilmeden kullanımı uygun değildir	%9,6 (37)

C3. Aspirin veya NSAİİ'lerin; peptik ülser (komplike veya komplike olmayan, gastrik veya duodenal) hikayesi olan hastalarda Helicobacter pylori testi yapılmadan kronik kullanım için başlanması uygun değildir	%0,3 (1)
C4. PPI'ların komplike olmayan peptik ülser veya eroziv peptik özofajit tedavisinde tam terapötik dozda 8-12 haftadan uzun süreli kullanımı uygun değildir	%0,8 (3)
C5. Çoklu ilaç kullanımı nedeniyle PPI kullanımı uygun değildir (faydası yok, potansiyel zararı var)	%2,1 (8)
C7. Kronik konstipasyonu olan hastalarda, bu yan etkiye sahip olmayan alternatifleri varsa, konstipasyona sebep olma ihtimali yüksek olan ilaçların (yüksek antikolinergik etkili ilaçlar, oral demir, opioidler, verapamil, alüminyum antiasitleri) kullanımı uygun değildir	%1,3 (5)
D1. Dar açılı glokom veya üriner çıkış yolu obstrüksiyonu olan hastalarda antimuskarinik bronkodilatör ilaçların (ipratropium, tiotropium) kullanımı uygun değildir	%0,5 (2)
D2. KOAH'ın veya astım bronşialenin idame tedavisinde teofilin kullanımı uygun değildir	%2,1 (8)
E1. NSAİİ'lerin, alternatif tedavi varken, 3 aydan uzun süreli kullanımı uygun değildir	%0,5 (2)
E2. NSAİİ'lerin GFR < 50 ml/dk/1,73m <sup>2</sup> olan hastalarda kullanımı uygun değildir	%0,5 (2)
E11. Kas iskelet sistemi ağrıları için sistemik kas gevşetici (iskelet kası) ajanların (tiyokolşikosid, tizanidin, klorzoksazon, karisoprodol, klorfenezin karbamat, siklobenzaprin, metaksalon, metokarbamol ve orfenadrin ...vb.) kullanımı uygun değildir	%0,5 (2)
F3. Prostat hiperplazisi olan (obstrüksiyon riski) veya diabetes mellitus komplikasyonları gelişmiş olan (nörojen mesane riski) veya kırılğan olan yaşlılarda (detrusor hiperaktivitesi ile birlikte azalmış kontraktilite riski) PMR tayini yapılmadan mesaneye yönelik antikolinergik ilaç kullanımı uygun değildir	%0,5 (2)
F5. Ortostatik hipotansiyonu olan hastalarda benign prostat hiperplazisine bağlı LUTS semptomlarının tedavisinde üroselektif olmayan alfa 1 blokerlerin (örn. doksazosin, terazosin) kullanımı uygun değildir	%0,3 (1)
G1. Yaşam beklentisi düşük (<5 yıl) veya anamnezde düşme veya bilişsel yetersizliği olan hastalarda sıkı kan şekeri kontrolü (HbA1C < %7) uygun değildir	%2,3 (9)
G2. Kırılğan veya malnütre yaşlılarda metformin kullanımı uygun değildir (metformin'in GİS yan etkileri ve iştahsızlık etkisi nedeniyle)	%0,8 (3)
G5. Dökümante kalp yetersizliği/kırık anamnezi/ artmış kırık riski/mesane kanseri anamnezi olan veya insülin tedavisi almakta olan hastalarda tiazolidinedionların (rosiglitazon, pioglitazon) kullanımı uygun değildir	%0,3 (1)
G8. SGLT-2 inhibitörlerinin GFR < 45 ml/dk/1,73m <sup>2</sup> olan olgularda kullanılması uygun değildir	%0,5 (2)

H1. Yüksek antikolinergik etkili ilaçların [trisiklik antidepressanlar, klorpromazin, tioridazin, klozapin, olanzapin, hiyosin, oral oksibutin, 1. jenerasyon antihistaminikler (feniramin, klorfeniramin, hidrokizin, siproheptadin, dimenhidrinat, difenhidramin, meklizin ...vb.), paroksetin] kullanımı aşağıdaki durumlarda uygun değildir	%0,5 (2)
TIME-to START dağılımı	% (n: 385)
A1. Dökümante aterosklerotik koroner arter hastalığı (geçirilmiş akut koroner sendrom/ koroner anjioplasti veya stentleme/koroner arter bypass greftleme/abdominal aort anevrizması), dökümante aterosklerotik serebrovasküler hastalık (geçirilmiş iskemik inme/GİA/ geçirilmiş karotis endarterektomi veya stentleme) veya semptomatik alt ekstremitte arter hastalığı olan hastalarda sekonder korunma amaçlı antiplatelet tedavi (aspirin veya klopidogrel) başlanması uygundur	%0,8 (3)
A2. Dökümante aterosklerotik koroner arter hastalığı (geçirilmiş akut koroner sendrom/ koroner anjioplasti veya stentleme/koroner arter bypass greftleme/abdominal aort anevrizması), dökümante serebrovasküler hastalık (geçirilmiş iskemik inme/GİA/geçirilmiş karotis endarterektomi veya stentleme) veya periferik arter hastalığı olan hastalarda sekonder korunma amaçlı statin tedavisi başlanması uygundur	% 2,1(8)
C1. Yaşam tarzı değişikliklerine (diyet-egzersiz) yanıtız semptomatik konstipasyonu olan olgularda, fekal tıkaç dışlanarak, lif desteği (psilyum, metilselüloz, polikarbofil, buğday dekstrin) veya polietilenglikol başlanması uygundur	% 45,5 (175)
E1. Günlük diyetle vitamin D alımı <800-1000 İÜ veya elementer kalsiyum alımı <1000-1200 mg olan hastalarda replasman tedavisinin başlanması uygundur.	% 0,5 (2)
E2. Dökümante osteoporozu olan [frajilite fraktürü ve/veya kemik mineral dansitometri T skoru (femur total, femur boyun veya lomber < -2,5)] hastalarda anti-rezorptif (bifosfonat, denosumab) veya anabolik ajan (parathormon analogu) başlanması uygundur	% 0,5 (2)
E8. Tekrarlayan gut atağı olan hastalarda ksantin oksidaz inhibitörü (öncelikle allopürinol) başlanması uygundur	%0,3 (1)
H1. Yıllık influenza aşısı yapılması uygundur	%74,8 (288)
H2. Pnömonokok aşısı (13 valan konjuge ve 23 valan polisakkarid aşidan herbiri için bir doz) yapılması uygundur.	%96,9 (373)
H3. Herpes zoster aşısı yapılması uygundur	%98,4 (379)
H4. 10 yılda bir Td (tetanoz-difteri toksoidi) yapılması uygundur H5. Hacca gidecek olgulara meningokok aşısı yapılması uygundur	%94,5 (364)
I1. Malnütrisyon (MN) veya malnütrisyon riski (MNR) olan yaşlılarda beslenme danışmanlığı ve besin takviyesi diyetle alımı artırmak ve beslenme hedeflerine ulaşmak için yeterli değil ise oral nütrisyonel suplemanların (ONS) başlanması uygundur.	%3,4 (13)

[SB-09]

**Lokal ileri evre akciğer adenokarsinom hastalarında bir prognostik belirteç olarak hemoglobin kırmızı hücre dağılım genişliği oranı**

Hasret Gizem Kurt, Ayperi Öztürk, Figen Öztürk Ergür

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara

Arka plan: Hemoglobinin (Hg), kırmızı hücre dağılım genişliğine (RDW) oranı (HRR), çeşitli kanser türlerinde etkili bir prognostik faktör olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmanın amacı; lokal ileri evre akciğer adenokarsinom hastalarında HRR değerinin prognostik rolünü araştırmaktır.

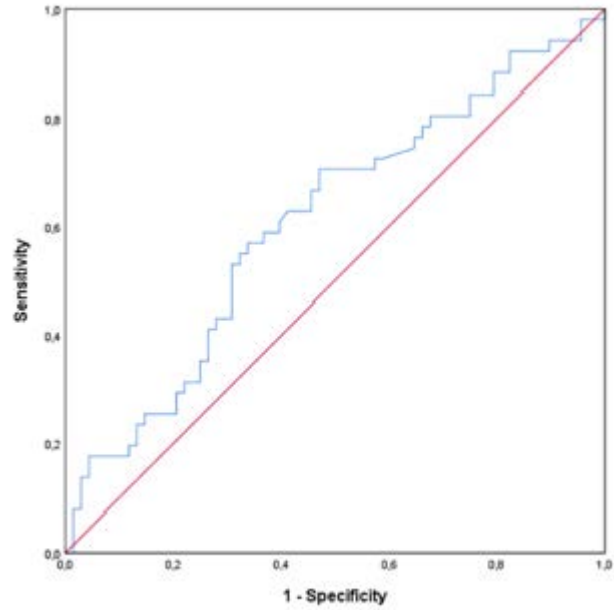
Yöntemler: Çalışmaya yeni tanı almış lokal ileri evre akciğer adenokarsinom tanılı 119 hasta dahil edildi. Yaş, cinsiyet, ek hastalık öyküleri, sigara kullanım öyküleri, patolojik evreleri, sağkalım durumları, hastalık progresyon süreleri, uygulanan tedaviler, patolojik evre, tanı sonrası alınan ilk hemoglobin, kırmızı hücre dağılım genişliği ve oranları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 119 hasta dahil edildi. HRR için cut off değeri 0,9632 (sensitivitesi 70.6%, spesifitesi 52.9%, pozitif ve negatif tahmini değerleri 52.9% ve 70.6%, doğruluk oranı 60.5%) olarak saptandı. HRR 0.9632'dan yüksek ve düşük gruplar arasında sağkalım açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi. (p<0.001) Buna göre HRR>0.9632 olan grubun 6-aylık, 1-3- ve 5 yıllık sağ kalım süreleri sırasıyla; 86.9%, 76.2%, 66.1% ve 52.6% ve ortalama beklenen yaşam süresi 62.7ay (95% CI: 48.0-77.4) iken HRR< 0,9632 olan grubun ise 84.4%, 66.9%, 37.6% ve 24.7% ve 32.4 ay (95% CI: 23.6-41.1) idi. Ayrıca HRR< 0.9632 olan grupta yaş ve RDW ortalaması istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek iken (p=0.020 ve p<0.001), albümin düzeyi istatistiksel anlamlı olarak daha düşük idi (p<0.001). Genel sağkalıma etki edebilecek faktörler ile yapılan tek değişkenli cox regresyon analizinde HRR<0.9632 olmasının mortaliteyi yaklaşık 2.2 kat (95% CI: 1.188-4.010) arttırdığı tespit edildi.

Sonuç: Düşük HRR değeri, lokal ileri evre akciğer adenokarsinom tanılı hastalarda kötü prognozistik belirteç olup düşük genel sağ kalım ile ilişkilidir

**Anahtar Kelimeler:** HRR, lokal ileri evre akciğer adenokarsinomu, prognoz, sağkalım

Figür. 1 Hayatta kalan grup ile exitus olan grubu ayırt etmede HRR ölçümlerine ait ROC eğrisi



Tablo 1. ROC analizinden elde edilen kesim noktası açısından HRR düzeylerine göre olguların demografik ve klinik özellikleri

	HRR ≥0.9632 (n=51)	HRR <0.9632 (n=68)	p-value
Yaş (yıl)	58.1±7.7	62.1±10.4	0.020†
Cinsiyet Kadın Erkek	2 (3.9%) 49 (96.1%)	13 (19.1%) 55 (80.9%)	0.028‡
Evre 2A 2B 3A 3B 3C	3 (5.9%) 9 (17.7%) 22 (43.1%) 12 (23.5%) 5 (9.8%)	1 (1.5%) 15 (22.1%) 26 (38.2%) 18 (26.5%) 8 (11.7%)	0.673¶
Tedavi Yok Opere KRT RT KT	7 (13.7%) 26 (51.0%) 11 (21.6%) 0 (0.0%) 25 (49.0%)	16 (23.5%) 23 (33.8%) 10 (14.7%) 2 (2.9%) 36 (52.9%)	0.269‡ 0.090‡ 0.466‡ 0.506¥ 0.812‡
Sigara öyküsü Yok Bırakmış İçiyor	5 (9.8%) 29 (56.9%) 17 (33.3%)	13 (19.1%) 35 (51.5%) 20 (29.4%)	0.373¶
RDW	14.2±1.03	15.8±1.73	<0.001†
Albümin	4.0 (3.7-4.4)	3.6 (3.4-4.0)	<0.001§
NLR	2.65 (1.78-3.53)	2.79 (2.06-3.65)	0.342§
PLR	105.6 (82.6-152.4)	113.1 (76.4-179.0)	0.599§

† Student's t test, ‡ Continuity corrected  $\chi^2$  test, ¶ Pearson's  $\chi^2$  test, ¥ Fisher's exact test, § Mann Whitney U test.

**[SB-10]****COVID-19 klinik şiddeti ile sigara kullanımı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

Yusuf Taha Gullu, Nazmiye Tibel Tuna, Nurhan Köksal

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Samsun

Amaç: COVID-19 yeni tanımlanan bir pandemi etkenidir. Hastalarda, hafif akut solunum yolu enfeksiyonundan ağır solunum yetmezliğine hatta ölüme kadar değişken klinik durumlara neden olabilir. Virüsün ana giriş yolu burun, ağız, üst solunum yolu ve daha az sıklıkla konjunktival mukozadır. Sigara dumanına maruz kalma; artmış mukozal inflamasyona, inflamatuvar sitokinlerin ekspresyonuna ve aşırı mukus üretimi ile beraber mukosilyer klirensin bozulmasına neden olur. Sigara kullanımına bağlı akciğerlerde meydana gelen değişiklikler hastalık sürecini ve akıbetini doğrudan etkileyebilmektedir. Bu çalışmada, sigara kullanımı ile COVID-19 klinik şiddeti arasındaki ilişkiyi değerlendirdik.

Yöntem: Bu çalışma için Kasım 2020-Nisan 2021 döneminde COVID -19 servislerinde yatarak tedavi alan RT-PCR testi pozitif olarak sonuçlanan 145 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar, hastalık şiddetine göre; Dünya Sağlık Örgütü kriterleri doğrultusunda şiddetli (oda havası SpO<sub>2</sub><%90, solunum sayısı>30/dk olması, ARDS kliniği olması) ve şiddetli olmayan (şiddetli ve kritik hasta kriterlerini taşımayanlar) olmak üzere iki gruba ayrıldı. İki grup yaş, cinsiyet, laboratuvar parametreleri ve sigara kullanımı açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 145 hastanın % 62,7'si(n:91) erkek, % 37,3'ü(n:54) kadındı. Yaş dağılımı 19 ile 90 arasında idi (ortanca:67). Hastaların 46'sında(%31,7) hafif klinik özellikler gözlenirken 99'unda(%68,3) şiddetli klinik özellikler olduğu saptandı. Vakaların %52,4'ü(n:76) hiç sigara içmemiş, %34,4'ü(n:50) sigarayı bırakmış, %13,1'i (n:19) halen aktif sigara içicisiydi. Erkeklerin %76'sı(n:70) ağır hastalık geçirirken, kadınlarda bu oran %53,7(n:29) olarak bulundu(p:0.004). Hastalık şiddeti ile komorbid hastalık varlığı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi. Hastaların lökosit, nötrofil, lenfosit, monosit, CRP, D-dimer, ferritin, AST, ALT, LDH ve prokalsitonin düzeyleri ile hastalık şiddeti arasında anlamlı ilişki olduğu gözlemlendi (p<0.05, Tablo 1). Sigarayı bırakmış olan hastaların %82'sinde(n:41) hastalık daha ağır geçirilirken bu oran sigara hiç içmeyenlerde % 57,8(n:44), aktif içicilerde %73,6(n:14) olarak saptandı. Hastalığı hafif geçirenlerin %69,5'i(n:32) hiç sigara içmeyen hastalardı(p:0.015).

Sonuç: COVID-19, sigara içmeyen bireylerde daha hafif seyredirken sigara içen kişilerde ve sigarayı bırakmış kişilerde daha ağır seyretmektedir. Sigarayı bırakmış hastalarda ağır hastalık geçirme riski, aktif sigara içenlerden daha yüksek olarak gözlenmiştir. Bu durum sigara içenken azalan ACE reseptörlerinin sigarayı bıraktıktan sonra upregüle olması ile ilişkili olabilir. Bu konuda daha net sonuçlar elde etmek için daha büyük hasta popülasyonunda yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, sigara, hastalık şiddeti**Tablo1-Hastalık şiddeti ile laboratuvar parametreleri arasındaki ilişki**

	Hafif hastalık	Şiddetli hastalık	p
Lökosit /UL	5830 (1370-12930)	8230(790-38940)	0,001
Nötrofil /UL	3885 (740-8910)	6740(500-33270)	0,001
Lenfosit /UL	1200(140-3450)	690(140-10060)	0,001
Monosit /UL	455(0,97-1540)	310(80-2490)	0,013
Hb mg/dL	12,75±1.91	12,35±2,12	0,282
Trombosit /UL	193,5(36-417)	198(10-552)	0,636
CRP mg/L	36,2(0,73-213)	126,3(9,67-539)	0,001
D-dimer ng/ml	611,17 (120,96-5655,6)	1452 (268-10000)	0,001
Ferritin ng/ml	308,05 (11,64-1971)	780 (70,08-14097)	0,001
AST U/L	28(12-77,2)	42(14-365)	0,001
ALT U/L	20,45(8,2-88)	28(7,6-306)	0,021
LDH U/L	282(165-616)	467(170-2421)	0,001
Prokalsitonin	0,06(0,01-0,18)	0,25(0,01-100)	0,001

Hb: Hemoglobin, CRP: C-reaktif protein, AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, LDH: laktat dehidrogenaz Hemoglobin değerinde ort ve standart sapma verilmiştir; diğer parametrelerde normal dağılım olmadığı için ortanca değer ve min- max değerleri verilmiştir.

**[SB-11]****Yoğun bakım ünitesinde takip edilen kesin veya olası Covid-19 tanılı hastaların klinik özelliklerinin ve uzun dönem fonksiyonel durumlarının incelenmesi**Emrah Harman<sup>1</sup>, Dursun Elmas<sup>2</sup>, İbrahim Güney<sup>3</sup>, Muhammet Cemal Kızırlaranoğlu<sup>4</sup><sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye, Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye, Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Kliniği<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye, Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Kliniği<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye, Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Kliniği

**Amaç:** Çalışma, kritik durumdaki COVID-19 hastalarının klinik özelliklerini ve yoğun bakım ünitesindeki sonuçlarını araştırmayı, bu belirtilen parametreleri ölen ve sağ kalan, genç ve yaşlı hastalarda karşılaştırmayı ve hayatta kalanlarda uzun vadeli fonksiyonel durumlarını incelemeyi amaçlamaktadır.

**Yöntem:** Mart 2020 ile Kasım 2020 tarihleri arasında yoğun bakım ünitemize başvuran tüm COVID-19 hastaları çalışmaya dahil edildi. Demografik özellikler, komorbiditeler, laboratuvar ve radyolojik bulgular, tedavi stratejileri, yoğun bakım ve hastane sonuçları kaydedildi. Günlük yaşam aktiviteleri (Katz ADL ve Lawton IADL), beslenme (MNA-SF), kırılabilirlik (FRAIL indeksi) ve yaşam memnuniyeti testleri ile değerlendirilen uzun süreli fonksiyonel durum, taburcu edildikten sonra hayatta kalan kritik COVID-19 hastalarında karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya toplam 203 COVID-19 hastası dahil edildi (%55.2 erkek, medyan yaş 76 yıl, medyan YBÜ kalış süresi (KS) 7 gün, APACHE II skoru medyan 19 puan). YBÜ ve hastane KS'i yaşlı ve genç hastalar arasında önemli ölçüde farklı değildi. Koroner arter hastalığı ve demans oranları yaşlı hastalarda gençlere göre anlamlı derecede yüksekti. YBÜ mortalite oranı yaşlı hastalarda (%86,7) genç hastalardan (%64,4) daha yüksekti ( $p=0,001$ ). Daha genç ve daha yaşlı hastalarda COVID-19 nedeniyle benzer şikayet veya semptom oranları vardı. YBÜ'ye kabulün ilk gününde elde edilen laboratuvar parametreleri, genç hastalarda yaşlılara göre daha yüksek olan CRP düzeyleri dışında benzer sonuçlar göstermiştir ( $p=0,020$ ). Yoğun bakım ünitesine kabulün ilk gününde elde edilen radyolojik görüntüler, yaşlı ve genç hastalarda benzer bulgular gösterdi. Yüksek akışlı oksijen, tocilizumab ve intravenöz immüno globulin uygulama oranları, yaşlı hastalarda genç hastalardan önemli ölçüde daha düşüktü. Yaşlı hastalarda solunum yetmezliğine bağlı invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı gençlere göre daha fazlaydı ( $p<0,001$ ). Çok değişkenli COX-regresyon analiz modelinde, invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı, YBÜ mortalitesi için bağımsız olarak ilişkili bir parametreydi (HR: 19.635; %95 CI: 4.773-80.765;  $p<0.001$ ). Yirmi iki hasta telefon görüşmesi ile fonksiyonel durumlarına göre değerlendirildi. Katz ADL, Lawton IADL, MNA-SF, FRAIL indeksi ve Yaşam Memnuniyeti Ölçeği puanları, COVID-19 enfeksiyonundan önceki zamandan alınan puanlara kıyasla COVID-19 enfeksiyonundan sonra daha kötüydü. YBÜ'de ölen ve sağ kalan hastalar karşılaştırıldığında; ölen hastaların daha yaşlı, APACHE-II skorlarının daha yüksek, bazal kreatinin, d-dimer ve eritrosit sedimentasyon hızlarının daha yüksek, invaziv mekanik ventilasyon (IMV) gereksiniminin ve intravenöz immüno globulin kullanımının daha fazla ve C vitamini kullanımının daha az olduğu tespit edildi.

**Sonuç:** Bu çalışmada, COVID-19 nedeniyle yoğun bakım ünitesine yatan hastalarda mortalite oranının yüksek olduğu, yaşlılarda ve IMV gereksinimi olanlarda mortalite oranının daha da artabileceği gösterilmiştir. Diğer taraftan, taburcu olabilen hastalarda COVID-19 enfeksiyonu öncesindeki durumlarına kıyasla yaşam aktiviteleri, beslenme durumları ve fiziksel performansları açısından kötüleşme yaşandığı saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, yoğun bakım ünitesi, yatış süresi

[SB-12]

**Kronik böbrek hastalığında, eGFR düzeyi pulmoner emboli sıklığı ile ilişkili midir?**

Mehmet Emin Pişkinpaşa

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Tromboz böbrek yetmezliği olan hastalarda oldukça sık gözlenmektedir. Kronik böbrek hastalığında venöz tromboemboli riski artmıştır. Bu artmış risk; prokoagülanların aktivasyonu, anti koagülanların ve fibrinolitik aktivitenin azalması ile ilgilidir. Son dönem böbrek hastalarında ise venöz tromboembolizm ve pulmoner emboli riskinin artıp artmadığına ilişkin çalışmalarda çelişkili sonuçlar vardır. Biz bu çalışmada kronik böbrek yetmezliği tanısı olan ve pulmoner emboli ön tanısı ile BT-anjiyografi veya ventilasyon-perfüzyon sintigrafisi (VPS) ile görüntüleme yapılmış hastalarda pulmoner emboli sıklığı ile eGFR arasındaki ilişkiyi göstermeyi amaçladık

**Metod:** Çalışmamıza 2016-2020 yılları arasında hastanemize kronik böbrek yetmezliği olan ve pulmoner emboli ön tanısı ile tetkik edilen (BT anjiyografi ve/veya VPS ile görüntüleme yapılmış) 115 hasta (55 kadın/60 erkek) dahil edildi. Hastalarımız pulmoner emboli varlığına göre; pulmoner emboli ile saptanan hastalar grup 1 ( $n=24$ ) ve pulmoner emboli saptanmayan hastalar grup 2 ( $n=91$ ) olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, D-dimer, eGFR ve diyalize girme oranları karşılaştırıldı. **Sonuç:** Tüm hasta serisinde ortalama yaş  $70,8\pm 12,6$  yıl saptandı. eGFR düzeyi, grup 1'deki hastalarda grup 2'deki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek saptandı ( $p = 0,003$ ) (tablo 1). Hastalar eGFR düzeylerine göre sınıflandırıldığında, gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ( $p = 0,02$ ) (tablo 1). Çalışma grubumuzda 17 hasta diyalize girmektedir ve diyalize giren hastalarda pulmoner emboli saptanmadı (tablo 1). **TARTIŞMA:** Biz bu çalışmada son dönem kronik böbrek hastalığında (eGFR  $<15$  ml/1.73m<sup>2</sup>) pulmoner emboli sıklığını azalmış saptadık. Yapılan postmortem çalışmalarda da bu grupta pulmoner emboli riski daha düşük gözlenmiştir. Kronik böbrek hastalığının son dönem böbrek hastalığına progresyonu ile birlikte gelişen trombosit disfonksiyonunun, mevcut prokoagülan ortamı değiştirdiği bildirilmektedir ve bu hastalarda trombozdan çok kanama diyatezine eğilim artmaktadır. Biz hemostaz dengesindeki bu değişikliğin son dönem böbrek hastalarında pulmoner emboli sıklığının azalmasında etkili olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik böbrek hastalığı, Pulmoner emboli, Son dönem böbrek hastalığı

**Tablo 1: Kronik böbrek hastalığında pulmoner emboli saptanan ve saptanmayan hastaların klinik ve laboratuvar parametrelerine göre karşılaştırılması**

N=115	Pulmoner Emboli Saptanan Hastalar (Grup 1) (n=24)	Pulmoner Emboli Saptanmayan Hastalar (Grup 2) (n=91)	P
Yaş (yıl)	71,2±10,9	69,3±11,5	NS
Kadın (n) / Erkek (n)	11/13	44/47	NS
eGFR (ml/1.73m <sup>2</sup> )	38,8±14,3	24,6±13,8	0,003
D-dimer (µg/mL)	3,43±3,18	2,92±2,87	NS
Diyalize giren hasta sayısı (n)	0	17	
eGFR değerlerinde göre sınıflandırma (ml/1.73m <sup>2</sup> )			
eGFR degeri <15	1	32	0,02
eGFR degeri 29-15	8	27	0,02
eGFR degeri 30-44	6	16	0,02
eGFR degeri 45-59	9	16	0,02

Süreğen değişkenler Ort±SS olarak verilmiştir, Ort±SS: ortalama ±standartsapma. P<0,05: İstatistikselolarakanlamlıdır; NS: istatistiksel anlamlılık yoktur. eGFR, ortalama glomeruler filtrasyon hızı.

### [SB-13]

#### Ejeksiyon fraksiyonu korunmuş kalp yetmezliğinde prokalsitonin düzeyi

Mehmet Emin Pişkinpaşa<sup>1</sup>, Yalçın Hacıoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç hastalıkları kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile hekimliği kliniği, İstanbul

Giriş: Prokalsitonin (PCT) çoğunlukla inflamatuvar cevabın bir parçası olarak akciğerler veya barsaklardaki nöroendokrin hücrelerden salınan ve salınımı organa spesifik olmayan bir proteindir. İnflamasyon ile kalp yetmezliği ilişkisi ve inflamatuvar sürecin kalp yetmezliğinin progresyonuna neden olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Artmış PCT düzeyinin akut kalp yetmezliği ve azalmış ejeksiyon fraksiyonlu (EF) kalp yetmezliği olgularında prognoz ve sağkalım üzerine olumsuz etkisini gösteren çok sayıda çalışma vardır. Sol ventrikül EF'sinin normal sınırlarda olmasına rağmen kalp yetersizliği semptom ve bulgularının olduğu klinik tabloya "korunmuş EF'li kalp yetersizliği" adı verilir. Ancak korunmuş EF'li kalp yetmezliği olan olgularında PCT düzeyi değerlendirilmemiştir. Biz bu çalışmada korunmuş EF'li kalp yetmezliği olgularında PCT düzeylerinin, EF düzeyi ile ilişkisini göstermeyi amaçladık.

Metod: Çalışmamıza 2016-2020 yılları arasında hastanemize hipervolemik kronik kalp yetmezliği ile başvuran 292 hasta (148 kadın/144 erkek) dahil edildi. Tetkikleri ve klinik bulguları ile enfeksiyon hastalıkları saptanan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Hastalarımız EF'si

>45 olan grup 1 (n=150), EF'si ≤ 45 si olan grup 2 (n=142) olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Tüm hastalarda başvuru anında prokalsitonin düzeyinin ölçümü yapıldı. Prokalsitonin düzeyi için normal referans aralığı 0-0,05 ng/mL'dir. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, hipertansiyon varlığı ve prokalsitonin düzeyleri karşılaştırıldı. Ayrıca tüm hasta grubunda prokalsitonin düzeyi ile EF, yaş ve cinsiyet arasında korelasyon analizleri yapıldı. Sonuç: Tüm hasta serisinde ortalama yaş 68,2±12,6 yıl saptandı. PCT düzeyi, Grup 2'deki hastalarda grup 1'deki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmasa da artmış saptandı (0,41±0,44 ve 0,38±0,46) (tablo 1). Hipertansiyon sıklığı, grup 1'deki hastalarda grup 2'deki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p < 0,001) (tablo 1). Tüm hasta grubunda yapılan korelasyon analizlerinde; prokalsitonin düzeyi ile EF, cinsiyet ve yaş arasında ilişki saptanmadı.

TARTIŞMA: Kalp yetmezliğinde PCT artışının; periferik konjesyon nedeniyle gözlenen barsak duvarlarındaki bakteriyel translokasyon ve açığa çıkan endotoksin kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızdaki tüm hastalar hipervolemik kalp yetmezliği olan hastalardı ve bu hastalarda periferik ödem ve pulmoner konjesyon klinik bulguları mevcuttu. Biz korunmuş EF'li hastalarda prokalsitonin düzeyini artmış bulmakla birlikte düşük EF'li olgularla PCT düzeyleri açısından fark saptanmamıştır. Bu nedenle biz PCT artışının, EF düzeyinden bağımsız olarak periferik konjesyonla ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Prokalsitonin, Ejeksiyon fraksiyonu, Korunmuş EF'li kalp yetmezliği

**Tablo 1: Korunmuş EF'li hastaların azalmış EF'li hastalar ile karşılaştırılması**

N=292	Korunmuş EF'li hastalar (Grup 1) (n=150)	Azalmış EF'li hastalar (Grup 2) (n=142)	P
Yaş (yıl)	69,8±13,3	67,2±12,5	NS
Kadın (n) / Erkek (n)	88/62	60/82	< 0,005
Hipertansiyon sıklığı (n, %)	130 (87)	70 (49)	< 0,001
Prokalsitonin (ng/ml)	0,38±0,46	0,41±0,44	NS

Süreğen değişkenler Ort±SS olarak verilmiştir, Ort±SS: ortalama ± standart sapma; P < 0,05: İstatistiksel olarak anlamlıdır; NS: istatistiksel anlamlılık yoktur.

## [SB-14]

### Obezite ve metabolik sağlık durumunun karotis kalınlığı ve karaciğer boyutu ile ilişkisi

Emre Hoca, Süleyman Ahabab

S.B.Ü. Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

**Amaç:** Obez hastalarda, obezite nedeniyle riski artan durumların ortaya çıkmasında, hastaların metabolik olarak sağlıklı veya sağlıksız olmaları önemli rol oynamaktadır. Hastaların metabolik olarak sağlıklı olması, diyabet, insülin direnci, kardiyovasküler hastalıklar, dislipidemi veya hipertansiyon gibi patolojik durumların gelişmemiş olmasını ifade etmektedir. Common karotis arter kalınlığındaki artışın, kardiyovasküler olay gelişiminde artış ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Ayrıca, obez ve/veya metabolik sağlıklı olmayan hastalarda karaciğer boyutlarında artış da genellikle metabolik sendrom komponentleriyle birlikte görülen hepatostatoza sekonder olmaktadır. Bu çalışmamızda, obez ve normal kilodaki hastalarda, common karotis arter kalınlığı ve karaciğer boyutlarının metabolik sağlıklı olma durumuna göre değişkenliğini ortaya koymayı amaçladık. **Yöntem:** Çalışmaya 2018-2019 yılları arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 277 hasta dâhil edildi. Hastaların onamaları alınarak boy, kilo, VKİ (vücut-kitle indeksi) değerleri ölçüldü. VKİ > 25 kg/m<sup>2</sup> olan hastalar yüksek kilolu-obez olarak, VKİ < 25 kg/m<sup>2</sup> olan hastalar ise normal kilolu olarak değerlendirildi. Ultrasonografik olarak bakılan common karotis arter kalınlığı ve karaciğer boyutları, hastane bilgi işletim sistemi kullanılarak retrospektif olarak incelendi. Diyabet, hipertansiyon ve dislipidemi hastalıkları olmayan hastalar metabolik olarak sağlıklı kabul edildi. Hastalar metabolik sağlıklı nonobez, metabolik sağlıklı obez, metabolik sağlıksız nonobez ve metabolik sağlıksız obez olmak üzere dört gruba ayrıldı. ANOVA testi ile bu 4 grup arasında common karotis arter kalınlığı ve karaciğer boyutlarında istatistiksel anlamlı fark saptanması üzerine post hoc analiz olarak Bonferroni testi kullanılarak gruplar arasında ikiye karşılaştırma yapıldı. **Bulgular:** Çalışmaya katılan 277 hastadan 35'i metabolik sağlıklı nonobez, 10'u metabolik sağlıksız nonobez, 85'i metabolik sağlıklı obez ve 147'si metabolik sağlıksız obez olarak sınıflandırıldı. Bu gruplardaki hastalar kendi aralarında ikiye karşılaştırıldığında, metabolik sağlıklı nonobez - metabolik sağlıksız obez grupları ve metabolik sağlıklı obez-metabolik sağlıksız obez grupları arasında karaciğer boyutlarında ve common karotis arter kalınlığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p < 0,001). **Sonuç:** Obez hastalarda, obezitenin kendisi kadar, metabolik olarak sağlıklı olup olmama da gelişebilecek komplikasyonlar ve komorbiditeler açısından anlamlıdır. Bu nedenle obeziteyle ilgili yapılacak çalışmalarda hastaları yalnızca normal kilolu - obez olarak değil, metabolik sağlık durumuna göre de değerlendirmek doğru olacaktır. Ayrıca non-obez metabolik sağlıksız bireyler gözden kaçırılmayıp yakın takip edilmelidirler.

**Anahtar Kelimeler:** karaciğer boyutu, karotis arter kalınlığı, metabolik sağlıklı, metabolik sağlıksız, obezite

## [SB-15]

### İdrar Amino Asit Seviyeleri Sarkopeninin Bir Göstergesi Olabilir Mi?

Rıdvan Sivritepe<sup>1</sup>, Sema Uçak Basat<sup>2</sup>, Neslihan Gökmen<sup>3</sup>, Aydın Duygu<sup>4</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>Amino Acid Science Ltd, Translation & Innovation Hub, Londra

**Amaç:** Sarkopeni geriatrik hastalarda düşme, kırık ve morbiditeye yol açan sendromlardan biridir. Erken tedavi ile kas fonksiyonlarının iyileştirildiği, morbidite ve mortalitenin azaltıldığı bilindiğinden sarkopeninin erken tespit edilmesi önemlidir. Sarkopenide hangi amino asitin idrarda atılımının arttığı konusunda bilgi eksikliği mevcuttur. Bu nedenle bu çalışmada sarkopeni ile idrar aminoasit düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırdık.

**Yöntem:** Çalışmaya 45-65 yaş arası polikliniğimize başvuran düzenli fiziksel aktivite yapıp normal bir hayat tarzı olan 91 hasta alındı. 45 yaş altı ve 65 yaş üstü, sarkopeniye neden olabilecek sekonder hastalığı olan hastalar dahil edilmedi. Hastaların fizik muayeneleri yapıp kan tetkikleri 16 farklı idrar aminoasit düzeyi analiz edildi. Boy, kilo, üst kol ve baldır çevresi ölçümleri yapıldı. Hidrolik bir el dinamometresi ile kas güçleri Fiziksel performansları kalk yürü testi ile değerlendirildi. Kas kitlesi biyoempedans analiz yöntemi ile ölçüldü. Hastalar EWGSP2 kriterlerine göre presarkopenik, sarkopenik, ciddi sarkopenik ve nonsarkopenik olmak 4 gruba ayrıldı. Sarkopeni ile idrar amino asitleri arasındaki bağımsız ilişkiyi değerlendirmek için çoklu lineer regresyon modeli kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p < 0,05 olarak belirlendi.

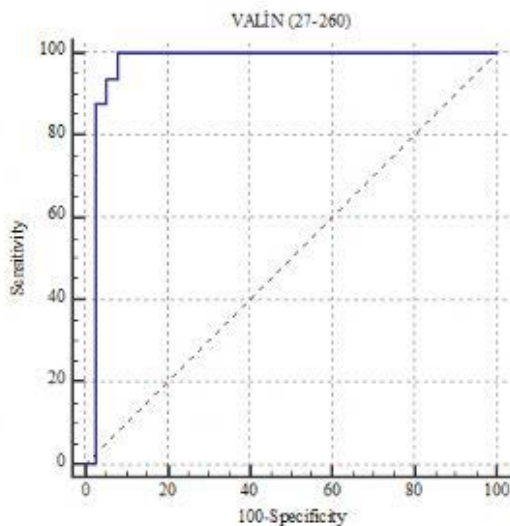
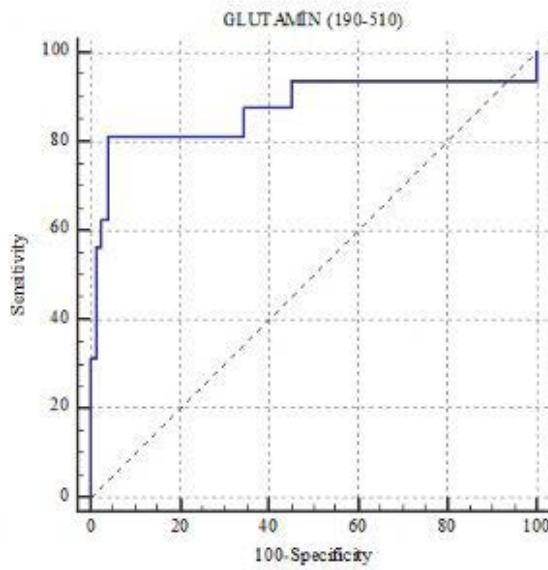
**Bulgular:** Çalışmaya 53'ü kadın 38'i erkek toplam 91 hasta katıldı. Hastalarımızın yaş ortalaması 59,01±5'ti. 3 hasta presarkopeni, 11 hasta sarkopeni ve 2 hasta da ciddi sarkopeni kriterini karşılarken 75 hasta nonsarkopenikti. Gruplar arası karşılaştırmada presarkopeni ve ciddi sarkopeni grubunda yeterli hasta olmadığından karşılaştırma sarkopeni ve nonsarkopeni grubunda gerçekleştirildi (Tablo 1). İki grup arasında glutamin (p < 0,001) ve valin (p < 0,001) düzeyleri arasında anlamlı fark saptandı. Glutamin ve valin için en iyi cut-off noktasını belirlemek için ROC analizi yapıldı. Sarkopeniyi tespit etmede glutamin ve valin düzeyinin cut-off değeri 492 µmol/L ve 209 µmol/L olarak belirlendi ve eğri altında kalan değeri istatistiksel anlamlı saptandı (Glutamin için AUC:0,875; Sensitivity:81,25; %95 Upper CI:96,0; Specificity:96,0; %95 Upper CI:99,2 ve Valin için AUC:0,968; Sensitivity:100,0; %95 Upper CI:100,0; Specificity:92,0; %95 Upper CI:97,0) (Figür 1). Kas gücü ile idrar aminoasit düzeyleri arasında yapılan korelasyon analizinde; kas gücü ile glisin (r:-0.225,p:0,032), alanin (r:-0.224,p:0,033), lösin (r:-0.219,p:0,037) ve treonin (r:-0.276,p:0,008) arasında negatif yönde istatistiksel anlamlı korelasyon saptandı. Kas kitlesi ile

İdrar aminoasit düzeyleri arasında yapılan korelasyon analizinde ise kas kitlesi ile lösin ( $r:0-.218,p:0,038$ ) ve taurin ( $r:-0.230,p:0,028$ ) arasında negatif yönde istatistiksel anlamlı korelasyon tespit edildi.

**Sonuç:** Bu çalışmada bazı idrar amino asit düzeylerinin sarkopeninin belirteci olabileceğine dair kanıtlar sağladık. Çalışmamız bu konuda yapılmış ilk ve en kapsamlı çalışma olması nedeniyle değerlidir. Çalışmamızda sarkopenisi olan hastaların idrar glutamin ve valin düzeylerinin yüksek olduğunu ve ayrıca idrar lösin düzeyinin hem kas gücü hem de kas kitlesi ile ilişkili olduğunu saptadık.

**Anahtar Kelimeler:** Sarkopeni, İdrar, Amino Asit, Biyo-belirteç

#### ROC Analizinde Anlamlı Çıkan İdrar Amino Asitleri



#### Non-sarkopeni ve Sarkopeni Gruplarında Tüm Parametrelerin Karşılaştırılması

	Non-sarkopenik N=75	Sarkopenik N=11	p De- geri
	Ort.+SS	Ort.+SS	
Yaş (yıl)	59±6	61±4	0,583
Boy (cm)	162±7	166±7	0,066
Kilo (kg)	50±11	50±13	0,751
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	19,17±4,58	17,89±3,84	0,386
Kalk Yürü Testi	2±1	1±1	0,35
Üst Kol Çevresi (cm)	23±5	23±4	0,785
Baldır Çevresi (cm)	29±4	26±6	0,092
El Dinamometresi (kg)	25±7	22±4	0,259
Kas Kitlesi (kg)	37,9±8,3	32,1±8,7	0,037
SMMI İndeksi	12,53±2,21	7,34±2,08	<0,001
Albumin (3,5-5,5 g/dl)	3±1	3±1	0,66
Demir (60-170 µg/dL)	46±30	36±18	0,4
Toplam Demir Bağlama Kapasitesi (240-450 µg/dL)	169±85	179±70	0,514
Glikoz (70-100 mg/dL)	128±51	125±43	0,887
Kalsiyum (8,5 - 1,03 mg/dL)	8,9±0,7	9,1±0,8	0,614
Kan Üre Azotu (10-20 mg/dL)	43±23	50±24	0,16
Kreatinin (<1 mg/dl)	0,7±0,2	0,8±0,2	0,137
Sodyum (135-145 mEq/L)	139±4	138±4	0,427
Hemoglobin (12,4-14,8 g/l)	13±2	12±1	0,066
Glutamin (190-510 µmol/L )	298,5±105,9	580,8±125	<0,001
Aspartik Asit (60-240 µmol/L )	64,42±15,2	61,55±4,9	0,974
Glutamik Asit (39-330 µmol/L )	78,81±111,76	60,18±22,25	0,689
Glisin (730-4160 µmol/L )	510±525	415±411	0,756
Alanin (240-670 µmol/L )	357,5±544,99	309,99±181,11	0,938
Valin (27-260 µmol/L )	202±304	378±95	<0,001
Lösin (30-150 µmol/L )	97,37±103,46	101,23±40,3	0,205
Serin (240-670 µmol/L )	304,96±108,77	302,97±49,59	0,596
Treonin (130-370 µmol/L)	212,95±86,81	188,91±41,65	0,232
Metyonin (38-210 µmol/L )	60,87±56,53	54,46±13,71	0,851
Taurin (380-1850 µmol/L )	419,59±43,06	436,89±84,62	0,66
Fenilalanin (51-250 µmol/L )	100,51±90,05	90,11±36,3	0,959
Histidin (460-1430 µmol/L )	488,47±65,91	476,38±20,81	0,548
Sitruilin (8-50 µmol/L )	24,5±16,2	16,6±6,7	0,112
Ornitin (20-91 µmol/L )	92,06±39,93	99,05±43,16	0,596
Arginin (10-90 µmol/L )	62,68±124,47	52,85±55,33	0,816

## [SB-16]

**Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Ameliyat Morbidite Ve Mortalitesini Etkileyen Faktörler**Ferhat Ferhatoğlu<sup>1</sup>, Süheyla Apaydın<sup>2</sup><sup>1</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul<sup>2</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Hemodiyaliz (H/D) son dönem böbrek yetmezliği hastalarının (SDBY) en sık kullandığı renal replasman tedavisidir. Tedavinin kendisinden kaynaklanan kardiyak ve nörolojik komplikasyonların mortaliteyi arttırdığı bilirse de cerrahi girişimlerin hastaların üzerine etkisi ile ilgili yetersiz bilgiler mevcuttur. Bu nedenle spesifik bir grup olarak H/D hastalarında cerrahinin morbidite ve mortalite üzerine etkisini saptamayı amaçladık.

**Materyal-Metod:** SDBY nedeniyle H/D tedavisi alan 117 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi  
**Bulgular:** Hastaların 75'i (63%) erkek olup en sık primer hastalık 30% ile diyabetik nefropatiydi. Genel cerrahi 82 (69.5%) hasta ile en sık ameliyat yapılan klinikti. Ameliyat grupları arasında en sık orta büyüklükte (51, 43,5%), elektif (78, 66,6%) ve karın dışı (68, 58,1%) ameliyatların yapıldığı gözlemlendi. Acil ameliyat olanların olmayanlara göre daha yaşlı, daha anemili, albümin düzeylerinin daha düşük ve CRP düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı (p<0.05). Benzer şekilde büyük ameliyat olanların yaş ortalamasının ve kreatinin düzeylerinin daha yüksek, hemogloblin düzeylerinin daha düşük olduğu görüldü (p<0.05). Karın ameliyatı olanların olmayanlara göre yaş ortalaması ve CRP düzeyleri daha yüksekti (p<0.05). Multivaryans analizde ileri yaşın, düşük albümin düzeyinin; acil, karın içi ve büyük ameliyat olmanın yoğun bakım ihtiyacı açısından bağımsız prognostik risk faktörü olduğu belirlendi. Postoperatif bir aylık mortalite üzerinde ileri yaş, düşük albümin düzeyi ve acil ameliyatın belirleyici faktörler olduğu saptandı.

**Sonuç:** Acil, büyük ve karına müdahaleyi gerektiren ameliyatlar kronik H/D hastalarda morbidite ve mortaliteyi ciddi bir biçimde arttırmaktadır. Ameliyat tipine ek olarak hipoalbüminemi ve ileri yaş hastaların yoğun bakım ihtiyacını arttıran bağımsız prognostik risk faktörleridir. Bu hastaların preoperatif dönemde albümin düzeylerinin yükseltilmesi ve postoperatif dönemde yakın takiplerinin yapılması sağkalımı olumlu yönde etkileyebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ameliyat, Hemodiyaliz, kronik böbrek yetmezliği, mortalite

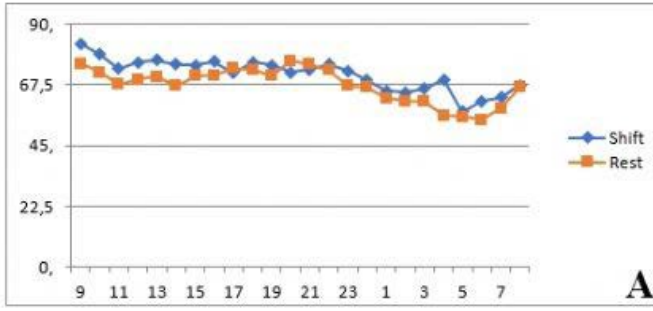
## [SB-17]

**Koroner Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Kalp Hızı Değişkenliğinin Vardiya ve Dinlenme Günleri Arasındaki Farkının Karşılaştırılması**Anıl Uçan<sup>1</sup>, Mehmet Özgeyik<sup>2</sup>, Osman Başpınar<sup>3</sup><sup>1</sup>Eskişehir Şehir Hastanesi İç Hastalıkları, Eskişehir<sup>2</sup>Eskişehir Şehir Hastanesi Kardiyoloji, Eskişehir<sup>3</sup>Kayseri Şehir Hastanesi

**Amaç:** Çalışma koşullarının stresi sirkadiyen ritmi ve vücudun otonom fonksiyonlarını değiştirir. Kalp hızı değişkenliği, kalbin otonom sistemini yansıtan basit ve invaziv olmayan bir yöntemdir. Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin 24 saatlik vardiya ve dinlenme günleri arasındaki kalp hızı değişkenliği farklılıklarını inceledik. **Gereç ve Yöntemler:** Merkezimizin koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışan 51 hemşire çalışmaya dahil edildi. Hemşireler 24 saatlik holter kayıtları ile vardiya ve dinlenme günlerine göre çalışma ve kontrol grubu olarak iki gruba ayrıldı. Holter kayıtlarından; maksimum, ortalama ve minimum kalp atış hızı; 24 saatlik zaman ve frekans alanı parametreleri elde edildi. Kategorik ve sayısal verilerin analizinde Pearson Ki-Kare ve Pearson Korelasyon testleri kullanıldı. **Bulgular:** Kalp hızı parametreleri dinlenme ve vardiya günlerinde sırasıyla parasempatik ve sempatik baskınlık altındaydı. HFnu, LFnu ve LF/HF değerleri 24 saatlik zaman dilimlerinde vardiya ve dinlenme günlerine paralel olmasına rağmen, 03.00-08.00 saatleri arasında zıt korelasyonlar gözlemlendi. Vardiya ve dinlenme günleri arasında sirkadiyen ritimde anlamlı bir fark görülmedi. **Sonuç:** Kalp hızı değişkenliği parametreleri, katılımcıların çalışma durumundan bağımsız olarak benzer sirkadiyen ritim dağılımı gösterdi. Sempatik aktivite vardiya gününde gündüz periyodunda gece periyoduna göre anlamlı derecede yüksekti, ancak dinlenme gününde gece ve gündüz arasında arasında anlamlı fark yoktu. Vardiya gününde saat 03.00-05.00 arasında sempatik sistem aktivitesinde hafif artış ve parasempatik aktivitede belirgin azalma belirgindi. Bu artış erken kortizol salınımına bağlandı. Çalışmamızın sonucuna göre, yoğun bakım hemşirelerine 24 saat yerine daha kısa vardiya süresi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Vardiya, Elektrokardiyogram, Hemşire

## Vardiya ve çalışma günlerindeki LFnu, HFnu ve LF/HF Parametrelerinin ortalama değerlerinin saatlik olarak karşılaştırılması



A: Grupların ortalama LFnu değerlerinin 24 saatlik trendi,  
B: Grupların ortalama HFnu değerlerinin 24 saatlik trendi, C: Grupların ortalama LF/HF oranı değerlerinin 24 saatlik trendi

## Dinlenme ve vardiya günleri arasında kalp hızı parametrelerinin karşılaştırılması

Kalp Hızı Parametreleri (dakikadaki atım)	Dinlenme	Vardiya	p
Kalp Hızı (Ortalama±SD)	80.64±9.59	85.1±8.29	0.000*
Ortalama	146.72±16.16	143.25±13.15	0.177*
Maksimum	50.47±6.86	52.63±6.63	0.002*
Minimum			
Ortalama NN (Toplam)	754.88±90.65	712.76±69.41	0.000*
Ortalama NN (Gün içi)	710 (152)	671 (94)	0.002*
Ortalama NN (Gece)	839.64±144.83	762.42±91.77	0.000*

Veriler yüzde ve ortalama ± Standart Sapma olarak verilmiştir  
\* İki grup arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu ifade etmektedir.

## [SB-18]

### Dermatomyozit: Olgu Sunumu

Orkide Kutlu<sup>1</sup>, Gülana Muradova<sup>1</sup>, Merve Altınel<sup>1</sup>, Ahmet Tarhan<sup>1</sup>, Cansu Yazar<sup>1</sup>, İlknur Erkurt<sup>1</sup>, Nur Sena Çoban<sup>1</sup>, Muhammed Emin Oktay<sup>1</sup>, Hediye Büşra Ergün<sup>1</sup>, Özlem Can<sup>2</sup>, Özgür Altun<sup>1</sup>, Yücel Arman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Dermatomyozit (DM), ciltte ve kas sisteminde tutulum görülen sistemik otoimmün bir hastalık olup erişkin hastaların büyük kısmında altta bir malignite varlığı tespit edilmektedir. Patogenezde onkogenез ve otoimmünite ilişkili paraneoplastik süreçler sorumlu tutulmaktadır. Paraneoplastik DM'in patogenezini net bilinmemekle birlikte tümörün eksprese ettiği onkoproteinlere bağlı gelişen immünolojik yanıt neticesi ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. DM ilişkili kanserlerin yaklaşık %70'ini akciğer, serviks, yumurtalık, pankreas, mesane ve midenin adenokarsinomları oluşturmaktadır; malignite tanısı miyopati tanısından önce, eş zamanlı veya tanıdan sonra konulabilmektedir. Klinikte erkek cinsiyet, ileri yaş, miyozit, semptomlarında ani başlangıç, disfaji, kas biyopsisinde kapiller hasar bulguları, kutanöz nekroz kutanöz lökositoklastik vaskülit malignite riskinin artmasıyla ilişkili iken interstisyel akciğer hastalığı olan hastalarda malignite riski daha düşüktür. Kanserle ilişkili miyozitli hastalarda anti-TIF-1gama (transkripsiyon aracı faktörü-1 gamma, anti-p155, anti-p155/140) ve NXP-2 (nükleer matriks proteini 2, anti-MJ/anti-p140) antikorları malignite riski ile ilişkili olup anti-sentetaz, anti-Mi-2, anti-SRP ve anti-RNP, anti-PM-SCL, anti-Ku varlığında malignite riski düşüktür. Burada akciğer Ca ilişkili bir dermatomyozit vakasını tanıyı koyduğumuzu nadir bir durum olması nedeniyle bildirdik.

**Olgu:** Bilinen kronik hastalığı olmayan 67y, erkek hasta 4 gündür olan yüzde şişlik, kaşıntı ve güçsüzlük şikayeti ile hastanemiz dahiliye polikliniğine başvurdu. Kuş bacaklığı (saka kuşu) yapan hastanın öz-soy-geçmişinde özellik yoktu. AST: 732U/L (0-40), ALT: 178U/L (0-41), LDH: 2126U/L (135-225), CK: 20.663U/L (39-308), CRP: 66mg/L (0-5) COVID-PCR negatif (8.6.2021) olan hasta ileri inceleme amaçlı servisimize yatırıldı. Genel durum orta, bilinç açık, kooperasyon tam. TA: 100/60mm/Hg, Nabız: 98/dk, Ateş: 36.5, SpO<sub>2</sub>: %98. Göz kapakları ve göğüs ön yüzde belirgin eritem ve ödem mevcuttu. Dinlemekle akciğer bazallerinde raller duyuluyordu. Kas gücü alt ekstremitelerde 4/5, üst ekstremitelerde 2-3/5 saptandı. Troponin: 0.054µg/L (<0.014), pro-BNP: 1008pg/ml (<486), kreatinin: 0.59mg/dl (0.70-1.20), ferritin: 934.2µg/l (30-400), fibrinojen: 489mg/dl (200-400), d-dimer: 0.98ug/ml (<0.5), albumin: 3.1g/dl (3.5-5.2), Ca: 7.7mg/dl (8.6-10), Dvit: 6µg/l (>20), folat: 3.82µg/l (3.89-26.8), Hgb: 11.0, lym: 530, sedim: 35mm/s (1-10). Glukoz, üre, ALP, GGT, B12, TSH, PTH, Na, K, prokalsitonin normaldi. EKG, troponin takibi, EKO (EF%60, sol/sag ventrikul fonksiyonları normal, PAB: 20 mm/Hg) sonucu hastada ağır myokard hasarı düşünülmedi. Miyozit spesifik ve miyozit ilişkili otoantikorlar; anti-ribozomal P

protein,anti histon antikor,nükleosom,anti-Jo1,anti-Sc-170,anti-Sm/RNP,anti-Sm,anti-SSB,anti-SSA negatif saptandı.CEA:247µg/L(0-3.8),CA19.9,CA125 normaldi.Hastamızda anti-TIF-1y otoantikoruna bakılmadı.KCFT yüksekliği olan hastanın viral ve otoimmün hepatit markerları (ANA,ASMA,anti-LKM)negatifti.Abdomen USG'de özellik saptanmadı.Toraks-ve PET-BT'de sol akciğer üst lob apikal segmentten orta loba kadar uzanım gösteren plevral tabanlı 74x66x114mm boyutunda kitlesel lezyon primer malignite ile uyumlu, aortopulmoner-sol hiler metastatik LAP,tüm vücutta kas planlarında yaygın diffüz hipermetabolik görünüm saptandı.Histopatoloji nonkeratinize skuamöz hücreli karsinom olarak raporlandı.Göğüs-boyun cildinden punch biyopsi histopatolojik tanısı dermatomyozit ile uyumlu değerlendirildi.Servis takibinde yoğun IV hidrasyon başlanan hastaya yutma güçlüğü olması nedeniyle-yutma kaslarında tutulum düşünülerek-nazogastrik feeding sonda ile enteral beslenme ve 1 mg/kg metilprednizolon başlandı.16 gün servis takibi sonrası genel durumu iyi,yutma eylemi geri dönmüş,CK normale gerileyen hastaya cerrahi konsey kararı ile öncelikle kemoterapi verilmesi önerildi. Hasta ilk kemoterapi (gemcitabin ve sisplatin) sonrası pnömosepsis sebebi ile kaybedildi.

Tartışma:DM tanısı konulan tüm hastalara kapsamlı bir öykü,tam bir fizik muayene,tam kan sayımı,rutin biyokimya,dışkıda gizli kan testi,PA grafisi,pap smear,testis muayenesi,mamografi,transvajinal ultrasonografi,kolonoskopi gereğinde toraks/abdomen/pelvik BT ile altta yatan malignite olasılığı araştırılmalıdır.Malignite tespit edilememiş DM'li hastalarda ise en az beş yıl boyunca yaşa uygun kanser taramalarına devam edilmelidir.Malignite varlığı kas güçsüzlüğünün şiddeti,yaygınlığı,kreatin kinaz yüksekliği ile ilişkili gibi görünmese de kanserle ilişkili miyozit,tedaviye daha kötü yanıt vermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Dermatomyozit, kreatinin kinaz, malignite, anti-TIF

### [SB-19]

**Nötrofil-lenfosit, lenfosit/monosit, platelet/lenfosit oranı SARS-COVID-19 enfeksiyonunda hastalığın şiddet belirleyicisi olabilir mi?**

Esra Demir

Medipol Üniversitesi Mega Hospital, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: SARS CoV-19 virüsü 2019 yılının son aylarında hayatımıza giren ve o günden bu yana tüm dünyada milyonlarca ölümün sorumlusu haline gelmiş yeni tip bir Koronavirüsüdür.Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yönetim,tedavi ve korunma açısından çeşitli çalışmalar yapılmış,hastalık kontrol altına alınmaya,ölemler,sakatlıklar,hastaneye yatışlar azaltılmaya çalışılmıştır.Bu amaçla çeşitli hematolojik ve biyokimyasal parametreler kullanılmış ve hastalık şiddeti öngörülme istenmiştir.Hastalık triyajına çok ihtiyaç olan bir diğer durum ise hangi hastanın ayaktan takip edileceği,hangisinin yatış, hangisinin yoğun bakım ihtiyacı olacağını öngörebilme-tir.Bu amaçla hastanemiz İç Hastalıkları polikliniğine baş-

vurmuş olan hastaların Covid-19 ile enfekte olanlarının hematolojik parametreleri karşılaştırılmış ve akciğer enfeksiyonu eşlik edip etmediği not edilmiş,hastalık öngördürücüsü olup olamayacağı kıyaslanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza;Hastanemiz İç Hastalıkları polikliniğine başvurmuş ve Covid-19 enfeksiyonu tesbit edilip akciğer tutulum semptomları gösteren ve akciğer tomografisi çekilen 113 hasta dahil edildi.Akciğer tutulumu olan ve olmayan olmak üzere iki gruba ayrıldı. Covid-19 tanısı real time revers transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) ile burun ve boğazdan sürüntü alınarak konuldu.Pnömoni tanısı; öncesinde PCR ile Covid-19 enfeksiyonu teşhisi konulmuş hastalarda akciğer tomografisinde buzlu cam opasiteler ve subsegmental konsolidasyon alanları görülmesiyle konuldu.Tam kan sayımı, CRP,D-Dimer tetkikleri istenmiş hastalardan mutlak nötrofil ve lenfosit değerleri oranlanarak nötrofil/lenfosit oranı (NLO),mutlak lenfosit ve monosit değerleri oranlanarak lenfosit/monosit (LMO),mutlak Platelet ve lenfosit değerleri oranlanarak Platelet/Lenfosit (PLO) hesaplandı.Çalışma verileri SPSS 27.0 for Windows software (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) kullanılarak hesaplandı.

Bulgular: Akciğer tutulumu olan ve olmayan hasta grubu arasında hastaların yaşları ve cinsiyet dağılımı anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık gözlenmedi (Tablo -1). Pnömonisi olan grupta NLR değeri, PLR değeri, D-Dimer değeri kontrol grubundan anlamlı ( $p < 0.05$ ) olarak daha yüksekti(Tablo 1). A yırca, yapılan tek değişkenli ve çok değişkenli regresyon analizinde, akciğer tutulumu olan ve olmayan hastaları ayırmada NLR, PLR, D-Dimer değerinin anlamlı ( $p < 0.05$ ) etkinliği gözlenmiştir (Tablo 2).

Sonuçlar: Covid-19 enfeksiyonu tedavisinde zorlandığımız ve erken dönemde triyajını yapıp hastaları doğru kategorize etmemiz gereken ciddi bir viral enfeksiyondur. Bizim çalışmamızda bu konuda önceden yapılan çalışmaları destekleyecek şekilde, NLO ve PLO oranının hastalığın ciddiyetinin erken dönemde belirlenmesinde günlük tam kan sayımı panelinden rahatça hesaplanabilen basit ve ucuz parametreler olarak değerlendirilebileceği göstermiştir. Fakat NLO, MLO ve PLO gibi basit hematolojik parametrelerinin Covid-19 enfeksiyonun şiddetinin belirlenmesinde öngördürücülüğünün belirlenmesi açısından, daha geniş kapsamlı randamize çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19 enfeksiyonu, Nötrofil-Lenfosit Oranı, Pnömoni

TABLO1

	Control Group		Case Group		P
	Mean±ss/n-%	Median	Mean±ss/n-%	Median	
Age	45,0 ± 10,4	47,0	49,5 ± 17,2	45,0	0,428 <sup>m</sup>
Gender	Female	17 42,5%	23 31,5%		0,243 <sup>x</sup>
	Male	23 57,5%	50 68,5%		
NLR	3,4 ± 2,9	2,3	7,4 ± 7,8	5,8	0,000 <sup>m</sup>
LMR	3,6 ± 2,0	3,3	3,1 ± 2,5	2,9	0,066 <sup>m</sup>
PLR	177,1 ± 107,1	130,0	246,8 ± 158,9	219,0	0,004 <sup>m</sup>
Crp	60,5 ± 80,6	34,4	63,1 ± 77,9	41,2	0,789 <sup>m</sup>
D-Dimer	585,0 ± 433,6	506,0	849,4 ± 763,8	591,0	0,023 <sup>m</sup>

<sup>m</sup> Mann-whitney u test/ <sup>x</sup> Chi-square test

## [SB-20]

**Osteoporozu olan ve olmayan yaşlı yetişkinlerde periferik arter hastalığı sıklığının araştırılması**İlker Taşçı<sup>1</sup>, Bilgin Bahadır Başgöz<sup>1</sup>, Semra İnce<sup>2</sup>, Umur Safer<sup>3</sup><sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Ankara<sup>3</sup>Sancaktepe Şehit Prof.Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Servisi, İstanbul

**Amaç:** Kalp damar hastalığı olan bireylerde osteoporoz ve osteoporotik kırık insidansının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Güncel yayınlarda, bir kalp damar hastalığı olan periferik arter hastalığı (PAH) varlığında da benzer şekilde bir risk artışı olduğunu gösterilmiştir. Biz bu çalışmamızda, osteoporozu olan ve olmayan yaşlı erişkinlerde PAH sıklığında bir fark olup olmadığını belirlemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya 65 yaş ve üstü hastalar dahil edildi. Tüm katılımcılara PAH için tanı testi olan ayak bileği kol basıncı indeksi (AKBI) ölçümü yapıldı. AKBI indeksi 0,9'dan daha düşük çıkanlar periferik arter hastası olarak kabul edildi. Ayrıca tüm katılımcılara dual enerji x-ray absorpsiyometri (DEXA) ile kemik mineral yoğunluğu ölçümü yapıldı. Ölçüm sonucu T skoru -2,5'ten daha düşük olanlar osteoporoz olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya toplam 504 kişi dahil edildi [ortalama yaş:76,0±6,3(65-99); kadın: %67,3]. Osteoporozu olan hasta sayısı 193 idi ve bu grupta kadın sayısı osteoporozu olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. Ortalama AKBI değeri iki grupta benzer olarak saptandı(p=0,255). Tüm katılımcıların %15,7'sinde PAH tespit edildi. Osteoporozu olan ve olmayan kişilerde PAH sıklığı sırasıyla %15,0 ve %16,1 idi (p=0,752). Osteoporozlu kadın katılımcılar erkeklerle benzer PAH oranına sahipti (%16,2 ve %11,1, p=0,460). Yaş ve cinsiyet açısından düzeltme yapıldıktan sonra, osteoporozu olan hastalarda, lomber total, femur total ve femur boynundaki kemik mineral yoğunluğu açısından PAH olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı fark saptanmadı [760,3±98,5 ve 750,3±115,7, F(1,188):0,02, p=0,893; 738,2±102,6 ve 738,6±111,4, F(1,188):1,35, p=0,247; 599,6±110,8 ve 605,2±91,1, F(1,189):0,04, p=0,535].

**Sonuç:** PAH sıklığı osteoporozu olan ve olmayan yaşlı erkek ve kadınlarda benzer oranda saptandı. Osteoporotik hastalar arasında, üç bölgeden herhangi birinde kemik yoğunluğu da PAH varlığında farklılık göstermedi. Bir Türk popülasyonundan elde edilen bu ilk sonuçlar, farklı popülasyonlarda PAH ve osteoporoz arasında ilişki olduğunu gösteren önceki çalışmaların bazılarını desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ayak Bileği Kol Basıncı Ölçümü, Kemik Mineral Yoğunluğu, Osteoporoz, Periferik Arter Hastalığı

## [SB-21]

**Diyabetik hastalarda tiazolidinedionların serum adiponektin düzeyi üzerine etkisi**

Arzu Özdemir

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

**Amaç:** Hedef dokularda (kas, karaciğer, yağ) insüline cevabın azalması olarak ifade edilen insülin direnci, başta tip 2 diyabetes mellitus (DM) ve glukoz intoleransı olmak üzere birçok hastalıkla ilişkilidir. Adipoz doku tarafından sentezlenen adiponektin, antidiyabetik, antiaterosklerotik ve antiinflamatuvar fonksiyonlara sahiptir ve üretimi PPAR-γ agonistleri ile uyarılır. Bu çalışmanın amacı, yeni tanı tip 2 DM'lu hastalarda rosiglitazon kullanımının insülin direnci ve adiponektin düzeyi üzerine olan etkisini değerlendirmektir.

**Materyal-Metod:** Çalışmaya iç hastalıkları polikliniğine çeşitli şikayetlerle başvuran, insülin direnci ile ilişkili olduğu bilinen hastalıkları ve insülin düzeyini etkileyebilecek ilaç kullanım öyküsü olmayan, yeni tanı tip 2 DM tanısı almış ve ADA kriterlerine göre oral antidiyabetik alması gereken 36 olgu alındı. Rosiglitazon 4 mg başlanan hastaların demografik verileri, özgeçmişleri, kullandıkları ilaçlar ve fizik muayene bulguları kaydedildi. Hastalarda tedavi öncesi ve 12 haftalık tedavi sonrası vücut kitle indeksi, bel ve kalça çevresi ölçüldü, açlık kan şekeri, total kolesterol, trigliserid, HDL-K, LDL-K, AST, ALT, GGT, üre, kreatinin, ürik asit, HbA1c, insülin ve adiponektin düzeyleri değerlendirildi. İnsülin direnci HOMA-IR formülüne göre hesaplandı. Tedavi öncesi ve sonrasında elde edilen veriler karşılaştırıldı.

**Bulgular:** 12 haftalık tedavi sonrasında HbA1c (p<0,01), insülin (p<0,01), AKŞ(p<0,001) ve HOMA-IR (p<0,001) değerleri başlangıç değerlerine göre anlamlı derecede azalırken serum adiponektin düzeyi arttı (p=0,032). Başlangıç, değişim ve 3. ay adiponektin düzeyi ile cinsiyet, kilo, glukoz ve insülin arasında korelasyon saptanmadı. Başlangıç ve değişim adiponektin düzeyi ile başlangıç total kolesterol, trigliserid, LDL ve HDL değerleri arasında anlamlı bir korelasyon yokken 3.ay HDL değeriyle adiponektin değerleri arasında zayıf derecede pozitif korelasyon saptandı (r=0,34 p<0,05).Çalışmamızda rosiglitazon tedavisi ile proteinüride anlamlı bir düşme gözlenmedi (p=0,68).

Sonuç: Sonuç olarak roziglitazon tedavisi glisemiye iyi kontrol eder, insülin direncini azaltır ve serum adiponektin düzeylerini anlamlı olarak artırır. Roziglitazonun insülin duyarlılığını artırıcı etkisinin en azından bir bölümüne artan plazma adiponektin seviyelerinin aracılık ettiği düşünülebilir. Bu nedenle adiponektin ve adiponektin reseptörleri insülin direnci ile ilişkili hastalıklar ile mücadele için potansiyel terapötik hedeflerdir

**Anahtar Kelimeler:** Adiponektin, Diabetes Mellitus, İnsülin Direnci

#### Tedavi öncesi ve sonrası laboratuvar verileri

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	p
İnsülin (mU/mL)	11,95±7,23	8,76±5,67	0,003
Glukoz (mg/dL)	135,86±30,86	109,89±25,50	0,00
HA1C (%)	6,6±1,25	6,12±0,56	0,003
HOMA	3,97±2,60	2,41±1,76	0,00
Adiponektin (ng/mL)	220±188,63	300,17±226,54	0,032
Proteinüri (gram/gün)	0,12±0,17	0,14±0,23	0,680

#### [SB-22]

#### Obezitesi olan bireylerde sarkopeni parametresi olarak el kavrama gücü değerlendirilmesi

Feray Akbaş, Hanife Usta Atmaca, Mehmet Emin Pişkinpaşa

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

Giriş: Sarkopenik obezite; obeziteyle birlikte görülen kas kitlesi ve /veya kas gücü kaybı ile karakterize bir durumdur. Kas kitlesi analizi bioimpedans, DEXA, BT veya MR ile değerlendirilebilirken; kas gücü ölçümü için 6 metre yürüme testi, sandalye testi, el kavrama gücü testi gibi modaliteler kullanılmaktadır. Burada; obezitesi olan bireylerde sarkopeni parametresi olarak el kavrama gücü testinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Çalışmaya vaka grubu olarak son 1 ayda obezite polikliniğine başvuran tüm hastalar ve kontrol grubu olarak dahiliye polikliniğinden random seçilen yaş-uyumlu normal kilolu hastalar alındı. Hastaların yaş ve cinsiyetleri kaydedildi, boy, kilo, yağ oranları (vücut yağ monitörüyle) ölçüldü. Vücut kitle indeksi kg/m<sup>2</sup> olarak hesaplandı. El dinamometresiyle el kavrama gücü ölçüldü. Hastaların dirsek 90o nötral pozisyonda, üst kol gövdeye yakın olacak şekilde tüm güçleriyle dinamometreyi sıkmaları istendi, arada 10-20 saniye olacak şekilde 3 kez ölçüm tekrarlandı ve 3 ölçümün ortalaması kg cinsinden kaydedildi. Sonuçlar SPSS ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 60 kadın, 16 erkek, toplam 76 hasta alındı. Vaka grubu 46 kişi (35 K, 11 E) ve kontrol grubu 30 (25 K, 5 E) kişiydi. Hastaların yaş, cinsiyet, VKİ, yağ oranı ve el kavrama testi ölçümleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Vücut kitle indeksi ve yağ oranı hem erkek, hem

kadın hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı yüksekti. Ancak el kavrama gücü açısından her 2 cinsiyette de kontrol grubuyla anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda obezitesi olan ve olmayan hastalarda el kavrama kuvveti açısından fark bulunmamasının ön planda hastaların genç yaşta olmalarına ve direnç egzersizi yapılmasa bile günlük aktivitelerde ilgili kas gruplarının daha fazla kullanılmasına bağlı olabileceği düşünüldü. Sonuç olarak, sarkopenik obezite; obezitede morbidite ve mortaliteye katkı sağlayan bir durumdur. Bu yüzden obezitenin klinik değerlendirilmesinde sarkopeni taramasına mutlaka yer verilmelidir. Kas kitlesi ölçümü için gerekli cihazlara ulaşmak her zaman mümkün olmayabilir. Ancak basit yöntemlerle kısa sürede kas gücü ölçümü yapılarak sarkopeni açısından fikir edinilebilir ve egzersiz reçetelendirmesi bu sonuçlara göre şekillendirilerek önemli bir obezite komplikasyonunun önlenmesi mümkün olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sarkopenik obezite, el kavrama gücü, sarkopeni, obezite

Tablo 1.

Parametre	KADIN VAKA	KADIN KONTROL	ERKEK VAKA	ERKEK KONTROL
Hasta sayısı (n)	35	25	11	5
Yaş (yıl)	44.88±12.36	39.36±10.45	48.3±11.15	40±16.67
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	36.45±5.33	22.36±2.17	35.39±4.64	24.4±0.79
Yağ oranı (%)	42.70±5.81	28.33±7.12	34.77±10.79	20.98±6.70
El kavrama gücü testi (kg)	18.21±4.69	17.36±5.11	34.57±10.79	33.64±7.01

Araştırılan parametreler

#### [SB-23]

#### Demir Eksikliği Anemisi Olan Hastalarda Arteriyel Sertlik, Hepsidin ve İskemi Modifiye Albümin Düzeylerinin Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi

Ayşegül Beste Öztepe<sup>1</sup>, İsrail Öztepe<sup>2</sup>, Zeynep Altın<sup>3</sup>, Sibel Demiral Sezer<sup>3</sup>, Banu İşbilen Başok<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

<sup>2</sup>İzmir Karabağlar İlçe Sağlık Müdürlüğü

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya

Amaç: Dünyada aneminin en sık sebebi demir eksikliği anemisidir. Demir metabolizması düşünüldüğünde demir eksikliği anemisinde birçok etki mekanizması tariflenebilir. Demir metabolizmasında büyük öneme sahip faktörlerden hepsidin, demirin temel homeostatik düzenleyicisi olarak tanımlanmaktadır. Anemi, özellikle derin ve kronik

ise doku oksijenizasyonunu değişik derecelerde bozar. Biz bu çalışmada IMA, arteriyel sertlik ve hepsidin düzeylerini karşılaştırarak demir eksikliği anemisinin kardiyovasküler sistem üzerine olumsuz etkisini öngörebilmeyi amaçladık. Gereç ve Yöntemler: Çalışmamıza; bilinen hastalığı olmayan 55 demir eksikliği anemisi tanısı alan hasta ve 40 sağlıklı erişkin dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların ve sağlıklı kontrollerin cinsiyet, yaş, vücut ağırlığı, boy, vücut kitle indeksi, sigara içme alışkanlıkları, biyokimya ve hemogram, IMA verileri kaydedildi. Hastaların nabız dalga hızı (NDH), augmentasyon indeksi (Alx) ve arteriyel kan basıncı ölçüldü. Veriler "SPSS statistic 23.0" yardımıyla elektronik ortama aktarılarak, istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastalarda yaş, cinsiyet, sigara içme durumu ve VKİ arasında anlamlı fark bulunmadı. Hastalarda kontrol grubuna göre IMA ve augmentasyon indeksi anlamlı yüksek saptanırken hepsidin anlamlı düşük saptandı (p değerleri sırasıyla p=0,000; p=0,010; p=0,000). Bu dört parametreden NDH ile yaş ve VKİ arasında pozitif korelasyon ilişkisi saptanırken (p=0,000), IMA, hepsidin ve augmentasyon indeksi ile anlamlı bir ilişki saptanmadı. Tüm hastalarda yapılan analizde IMA ve hepsidin ile hemoglobin, hematokrit, MCV, demir, ferritin ve transferrin saturasyonu arasında pozitif, RDW ve demir bağlama kapasitesi ile negatif korelasyon ilişkisi saptandı (p= 0,000). Augmentasyon indeksi ile hemoglobin, hematokrit, MCV, demir, ferritin ve transferrin saturasyonu arasında negatif, RDW ile pozitif korelasyon ilişkisi saptandı (p değerleri sırasıyla p= 0,000; p= 0,001; p=0,007; p= 0,004; p= 0,003; p= 0,006; p= 0,019). IMA'nın hepsidin ile demir eksikliği anemisi olan grupta ve tüm hastalarda doğru orantılı arttığı görüldü (p=0,048). IMA ile NDH arasında sadece vaka grubunda anlamlı pozitif ilişki saptanırken (p= 0,017) augmentasyon indeksi ile yalnızca kontrol grubunda pozitif yönde korelasyon ilişkisi saptandı (p= 0,007).

Sonuç: IMA'nın demir eksikliği anemisinde yükselmesi ve NDH ile pozitif korelasyon göstermesi göz önünde bulundurulduğunda, aneminin kardiyovasküler sistemdeki olumsuz etkisini öngörmede IMA ve arteriyel sertlik parametrelerinden faydalanabileceği düşünülebilir. Demir eksikliği anemisinde IMA yüksekliği anemiye bağlı hipoksiye sekonder olduğu şeklinde yorumlanırken, demir eksikliğinin IMA üzerinde böyle bir etkisinin olmadığı gösterildi. Tam tersine vücutta demir fazlalığı olduğunda IMA'nın yükseldiği görüldü. Bu etki demirin oksidan bir element olması ile açıklanmaktadır. Aynı zamanda IMA ile hepsidin arasındaki ilişki de demirin oksidatif stres üzerindeki etkisini desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Demir Eksikliği Anemisi, İskemi Modifiye Albumin, Arteriyel Sertlik, Nabız Dalga Hızı, Hepsidin

## [SB-24]

### Demir Preparatı ile Anafilaksi Gelişen Vakada Başarı ile Tamamlanan Desensitizasyon Protokolü

Kadriye Terzioğlu<sup>1</sup>, Kürşat Epöztürk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Erişkin Alerji ve Klinik İmmünoloji, İstanbul

<sup>2</sup>Okan Üniversitesi, Erişkin Alerji ve Klinik İmmünoloji, İstanbul

Giriş: Demir eksikliği anemisi tedavisinde demir replasmanı uygulanmaktadır ve genellikle hastalar tarafından iyi tolere edilmektedir. Demir preparatlarına karşı alerjik reaksiyonlar çok nadir olarak bildirilmektedir. Bu alerjik reaksiyonlar çoğunlukla intravenöz uygulamalarda dekstran maddesine karşı gelişmekle birlikte az bir kısmı demir preparatlarına karşı gözlenmektedir.

Bu vaka sunumunda derin anemi nedeni ile demir tedavisi başlanan ve anafilaksi gözlenen hastaya fe III hidroksi polimaltoz ile başarılı tamamladığımız desensitizasyon işlemi paylaşmak istedik.

Vaka: 20 yaşında kadın hasta, menometroraji sonucu hastanın hemogram değerlerinde; hemoglobin 7.7 g/dL (12-15.5 g/dL), hematokrit 26.4 % (37-47%), ortalama corpuscular volum 56.5 fL (88-99 fL), demir 8 ug/dL (37-145 ug/dL), ferritin 2 ug/L (12-200 ug/L), ve total demir bağlama kapasitesi 482 ug/dL (225-450 ug/dL) saptanması üzerine demir eksikliği anemisi tanısı konarak oral ferroz sulfat ( Oroferon ® ) başlanmış. İlaç alımının 2. dozunda 1 saat sonra başlayan ürticiler, boğazda şişme, görme bozukluğu oluşması üzerine acile başvuru yapıldı. Tedavisini bırakmış. 6 ay sonra hastanın demir preparatı değiştirilerek demir III hidroksi polimaltoz ( Maltofer ® ) ve ferro fumarat ( Feramat ® ) başlanmış. Hastada aynı alerjik reaksiyonlar gözlenmesi üzerine hasta değerlendirilmek üzere allerji polikliniğimize sevk edildi. Hastaya demir III hidroksi polimaltoz ve ferroz sulfat ile deri testleri yapıldı ve her iki ilaçla deri testleri pozitif saptandı ve hastanın ilaç alerjisi doğrulandı. Hastanın anemisinin derin olması nedeni ile tedavi gerekliliği olan hastaya Demir III hidroksi polimaltoz preparatı ile 3 şişe protokolünden oluşan ve 30 dakika ara ile doz uygulanan, 3 günlük desensitizasyon protokolü uygulandı ve başarı ile tamamlandı (Tablo1). Hasta demir ilacını 6 aya tamamlayarak demir eksikliği anemisi tedavisi edildi ( Hb:12.3)

Tartışma: Literatüre bakıldığında nadir olarak demir preparatlarına karşı alerjik reaksiyonlar bildirilmiştir ve bunların çoğu geç tip ilaç alerjileri şeklindedir. Daha önce Ortega N ve ark. ferroz sulfat ile geç tip ilaç alerjisi gelişen hastalarına uyguladıkları 4 günlük yavaş desensitizasyon protokolü ve Barrio M ve ark. Ferroz sulfat ile anafilaksi gelişen hastalarına uyguladıkları 18 günlük uzun bir desensitizasyon protokolü mevcuttur. Bizim uyguladığımız desensitizasyon protokolü Semra ve ark. 2 vaka üzerinde yaptıkları ve başarı ile tamamladıkları desensitizasyon seması baz alınarak sorunsuz bir şekilde 3 günde tamamlandı. Çok nadir alerji gelişen ve alternatif verilebilecek tedavi seçeneği olmayan ilaçlar için etkinliği ve güvenilirliği

gösterilmiş desensitizasyon protokollerinin oluşturulması hekimler için önemli bir veridir. Nadir görülen ve başarı ile tamamladığımız desensitizasyon protokolümüzü paylaşmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** ilaç alerjisi, ilaç desensitizasyonu, anemi, demir preparatı

#### Desensitizasyon protokolü

Gün	Doz sayısı	Şişe No	Verilen doz (ml)	Elemental demir (mg)
1	1	3	0,1 ml	0,004 mg
1	2	3	0,2 ml	0,008 mg
1	3	3	0,25 ml	0,01 mg
1	4	2	0.25 ml	0,1 mg
1	5	2	0.5 ml	0,2 mg
1	6	2	1 ml	0,4 mg
1	7	2	2ml	0,8 mg
1	8	2	2,5 ml	1 mg
1	9	1	1 ml	4 mg
1	10	1	2 ml	8 mg
1	11	1	2,5 ml	10 mg
1	12	1	4 ml	16 mg
1	13	ana ilaç	1 ml	20 mg
2	1	ana ilaç	1 ml	20 mg
2	2	ana ilaç	2 ml	40 mg
2	3	ana ilaç	3 ml	60 mg
3	1	ana ilaç	3 ml	60 mg
3	2	ana ilaç	3 ml	60 mg
3	3	ana ilaç	5 ml	100 mg
		kümülatif doz		220 mg

Ana ilaç ml de 20 mg elemental demir içermektedir. 1 nolu şişe: 2 ml ana ilaç + 8 ml serum fizyolojik = ml de 4 mg elemental demir içermektedir. 2 nolu şişe: 1 nolu şişenin 1/10 dilüsyonu 3 nolu şişe: 1 nolu şişenin 1/100 dilüsyonu ilk gün kümülatif 60.522 mg, ikinci gün kümülatif 120 mg, üçüncü gün kümülatif doz 220 mg ulaşılmıştır.

#### [SB-25]

### Tip 2 Diyabet Hastalarında Tedavi Uyumu ve Hastalık Algısının Değerlendirilmesi

İsrafil Öztepe<sup>1</sup>, Ayşegül Beste Öztepe<sup>2</sup>, Zeynep Altın<sup>3</sup>, Yusuf Adnan Güçlü<sup>4</sup>, Sibel Demiral Sezer<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Karabağlar İlçe Sağlık Müdürlüğü

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği

Amaç: Tip 2 diyabetli hastalarda kısa hastalık algısı ölçeği (KHAÖ) kullanılarak hastalık algısının tespit edilmesi ve tedavi uyumunun anket sorularıyla belirlenmesi, bunların sosyodemografik verilerle ve birbirleriyle olan

ilişkinin ortaya konulması amaçlanmaktadır. Bu çalışma ile hastaların, hastalıkları ile ilgili farkındalıklarının ve tedavi uyumlarının belirlenerek hastaların tedavi sürecine ve hastalık yönetimine katılımlarının artırılması amaçlanmaktadır.

**Gereç-Yöntem:** Bu çalışma tanımlayıcı, kesitsel bir çalışma olup dahiliye polikliniklerine başvuran 281 tip 2 diyabet hastası ile yapıldı. Gönüllü katılımcılara sosyodemografik veriler, diyabetik hasta tedaviye uyum düzeyi ile ilgili sorular ve KHAÖ'nden oluşan anket yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulandı. Veriler, SPSS 23.0 programı kullanılarak, kruskal wallis, mann-whitney u, one-way anova, student's t, ki-kare testleri ve pearson ve spearman korelasyon testleri ile analiz edildi.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 59,63±11,04 saptandı. Hastaların %64,8'i kadındı. Kadınların KHAÖ puanı erkeklere göre daha yüksekti ve erkeklere göre tedaviye daha uyumsuz oldukları saptandı. Hastalardan ortaokul ve üstü öğrenim görmüş olanların oranı %19,2 olarak saptandı. Hastaların eğitim düzeyi arttıkça hastalık algısının daha iyi olduğu saptandı. Eğitim durumu ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki görülmedi. Hastaların %71,2'sinin ek hastalığı olduğu, ek hastalığı olanların hastalık algısının olmayanlara göre daha kötü olduğu saptandı. Ek hastalık varlığı ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki görülmedi. Hastaların %22,8'inin tedaviye uyumlu, %72,6'sının tedavi uyumunun yetersiz ve %4,6'sının tedaviye uyumsuz olduğu saptandı. Hastaların KHAÖ toplam puanı ortalaması 42,01±17,07 olarak saptandı. Tedaviye uyumlu hastalarda KHAÖ toplam puanı ortalaması 31,92, tedavi uyumu yetersiz olan hastalarda KHAÖ toplam puanı ortalaması 44,80 ve tedaviye uyumsuz olan hastalarda KHAÖ toplam puanı ortalaması 47,85 olarak saptandı. Tedavi uyumsuzluğu arttıkça negatif hastalık algısının arttığı görüldü. Sonuç: Tedavi uyumu ile hastalık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü. Hastalık algısı daha iyi olan hastaların tedaviye daha uyumlu oldukları saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** diyabet, hastalık algısı, tedavi uyumu

#### [SB-26]

### Serum Ürik Asit Düzeyi ile COVID-19 Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişkisi

Şencay Yıldız Şahin

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

Amaç: Küresel bir pandemi oluşturan koronavirus enfeksiyonu (COVID-19) dünya çapında hızla yayılan bir hastalık haline geldi. 23 Eylül 2021'e kadar dünya çapında 220 milyondan fazla insan enfekte oldu ve 4 milyondan fazla insan hayatını kaybetti. COVID-19 hastalığının şiddeti, asemptomatik enfeksiyondan mekanik ventilasyon gerektiren kritik hastalığa kadar bireyler arasında oldukça değişkendir. Özellikle şiddetli hastalık geliştirmesi muhtemel hastaların erken tespiti ve yüksek riskli hastaların belirlenmesi için hastalık sonucu ile ilişkili yeni biyobelirteçlerin tespiti çok önemlidir. Serum ürik asidin CO-

VID-19 ile ilgili ilişkisi üzerine yapılan önceki çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar vermiştir. Bizde hastanemizde yatan COVID-19 hastalarında serum ürik asit seviyesi ile COVID-19 hastalık şiddeti arasında ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Bu retrospektif çalışma, 2020- 2021 yılları arasında Haseki Sağlık Eğitim ve Araştırma Hastanesi COVID-19 dahiliye servisine yatırılan toplam 346 hastadan oluşmaktadır. Bu çalışmaya klinik değerlendirme, biyokimyasal testler ve akciğer tomografi sonuçları pozitif çıkan hastalar dahil edildi. Hastaların hastaneye başvuru sırasındaki tam kan sayımı ve biyokimyasak tetkikleri (ürük asit, lenfosit, kreatinin, albumin, ferritin, CRP) kaydedildi. Çalışma hastaları yoğun bakıma giden ve hayatını kaybedenler ile taburcu edilenler olmak üzere 2 gruba ayrıldı ve laboratuvar bulguları karşılaştırıldı. Tanımlayıcı istatistik olarak sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma olarak ifade edildi. İki grubu karşılaştırmak için normal dağılımı olan sayısal veriler student t testi, kategorik değişkenler ki kare testi kullanılarak ve normal dağılmayan değişkenleri analiz etmek için Mann-Whitney U testi kullanıldı. COVID-19 hastalığında sağ kalımın bağımsız öngörücülerini belirlemek için lojistik regresyon analizi kullanıldı. Taburculuk, yoğun bakım ünitesine (YBÜ) gidiş ve mortalite bu çalışmada birincil sonlanım noktaları olarak belirlendi.

**Bulgular:** COVID-19 nedeniyle yoğun bakım ünitesine giden ve hayatını kaybeden 64 kişi, taburcu edilen 272 hasta vardı. Taburcu edilen grup ile diğer grup karşılaştırıldığında yaş, serum ürik asit, lenfosit, albumin, kreatinin, ferritin, CRP değerleri arasında anlamlı farklılık olduğu gösterildi ( $p < 0,05$ ). Birincil sonlanım noktasını etkileyen faktörler; yaş, ürik asit, ferritin olarak belirlendi ( $p < 0,05$ ) (GA sırasıyla; 1.037, 1.010, 1.001). **Sonuç:** Sonuçlarımız yatış gerektiren COVID-19 hastalarında yoğun bakıma gidiş ve mortalite ile seyreden grupta ürik asidin arttığını gösterdi. Bu nedenle hiperürisemi COVID-19 hastalarında prognostik bir faktör olarak kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19 hastalık şiddeti, ürik asit, mortalite

[SB-27]

**Metforminin sistemik immün-inflamasyon indeksi üzerine etkisi**

Hüseyin Kurt

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Kocaeli, Türkiye

**Amaç:** Metforminin antiinflamatuvar etkisinin olduğu bilinmektedir. Bu antiinflamatuvar etki nükleer faktör kap-pa B'yi inhibe ederek inflamatuvar yanıtı baskılayarak oluşur. Sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) başta malignite türleri olmak üzere çok sayıda hastalıkta bireyin inflamatuvar durumunu yansıtan ve sağ kalım üzerine prognostik etkisinin olduğu gösterilmiş bir indekstir. SII platelet x nötrofil/lenfosit formülü ile hesaplanmaktadır.

**Yöntem:** Çalışma Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi dahiliye polikliniğine insülin direnci (ID) veya diyabetes mellitus (DM) tanılılarıyla başvuran hastaların dosyalarının yerel etik kurulu onayı alındıktan sonra retrospektif olarak incelemesi ile yapılmıştır. Polikliniğe başvuran hastaların tam kan parametreleri, açlık kan şekeri (AKŞ), açlık insülin düzeyi, hemoglobin A1c düzeyleri ve metformin tedavisi alıp almadığı kaydedildi. Hematolojik hastalığı olanlar, anemi, lökopeni, lokositoz, CRP yüksekliği, aktif enfeksiyonu olanlar, gebeler, kanser tanısı olanlar, karaciğer sirozu, böbrek yetmezliği olanlar ve metforminden başka oral antidiyabetik alanlar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmada IR veya DM tanılıları nedeniyle metformin kullanan hastalarla IR veya DM tanılı olmasına rağmen metformin kullanmayan hastaların SII, AKŞ, hemoglobin A1c düzeyleri arasında fark olup olmadığı incelenmiştir. Metformin almayan DM grubu yeni tanı DM olan ve metformin tedavisi başlanmamış hastalardan oluşmaktadır. **Bulgular:** Çalışma IR olan 116 birey, DM tanısı olan 85 hasta olmak üzere toplam 201 bireyden oluşmuştur. Grupların cinsiyet, yaş, AKŞ, hemoglobinA1c ve SII dağılımları benzerdir. IR grubunda metformin kullanan grubun SII değeri anlamlı derecede düşük olmasına karşın AKŞ ve hemoglobin A1c değerleri benzerdir (tablo 1). DM grubunda metformin tedavisi alanlarda AKŞ, hemoglobinA1c ve SII düzeyleri anlamlı düzeyde düşüktür (tablo 1). Her iki grupta AKŞ, hemoglobinA1c ve SII düzeyleri arasında herhangi bir korelasyon yoktur ( $p > 0,05$ ). **Sonuç:** Çalışmamızın en önemli sonucu metformin tedavisinde AKŞ ve hemoglobin A1c düzeyinde düşüş olmadan da antiinflamatuvar etki başlamaktadır. IR veya DM nedeniyle metformin tedavisi alan bireylerin SII değerlerinde düşüş olmaktadır. DM hastalarında metformin AKŞ ve hemoglobin A1c düzeyinde de düşüş yaptığı gibi SII düzeyinde de düşüşe neden olmaktadır. IR olan bireylerin metformin kullanması durumunda AKŞ ve hemoglobin A1c düzeyinde düşüş olmasa da SII düzeyinde düşüş olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabetes mellitus, insülin direnci, metformin, sistemik immün-inflamasyon indeksi

**Tablo 1: IR ve DM gruplarının SII, AKŞ, Hemoglobin A1c değerlerinin Metformin tedavisinden etkilenmesi.**

Grup		(n)	Metformin (+)	(n)	Metformin (-)	p
	SII	56	375.0 ± 141.6	60	563.6 ± 273.6	0.000
IR	AKŞ	56	98.8 ± 9.7	60	98.4 ± 9.1	0.817
	Hemoglobin A1c	56	5.6 ± 0.3	60	5.6 ± 0.3	0.622
	SII	45	469.9 ± 171.9	40	798.0 ± 235.6	0.000
DM	AKŞ	45	115.0 ± 12.3	40	126.3 ± 27.1	0.013
	Hemoglobin A1c	45	6.4 ± 0.3	40	6.7 ± 0.4	0.007

**[SB-28]**

Çölyak hastalığında duodenal biyopsi örnekleri üzerine Helikobakter Pylori enfeksiyonunun etkisi

Sami Cifçi

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

**Giriş-Amaç:** Çölyak hastalığı tahıl ve tahıl ürünlerinde bulunan glütene karşı aşırı duyarlılık sonucu gelişen, ince bağırsak mukozasında ve submukozasında inflamasyon ile karakterize, sıklıkla malabsorbsiyon ile seyreden, glutenin diyetten uzaklaştırılması ile klinik bulguları düzelen primer bir ince bağırsak hastalığıdır. Helikobakter pylori (HP) bilinen en yaygın enfeksiyonlardan biridir ve gastroduodenal hastalıkların en sık edinsel nedenidir. Literatürde çölyak hastalığı etiyolojisi üzerine HP nin etkisi tartışmalıdır, biz de buradan yola çıkarak HP nin çölyak hastalarında patolojik bulguları üzerine etkisini inceledik.

**Gereç Yöntem:** Ocak 2017- Aralık 2020 tarihleri arasında yeni tanı çölyak hastaları çalışmaya dahil edildi. Hastaların tanı anında yapılan gastrik ve duodenal biyopsi örneklemeleri retrospektif olarak incelendi. Antral biyopsi sonucuna göre HP pozitif ve negatif olarak hastalar iki gruba ayrıldı. Duodenal biyopsi sonucu tespit edilen atrofi, lenfosit infiltrasyonu ve enflamasyonun derecesi ile HP pozitifliği arasındaki ilişki değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 44 HP negatif, 54 pozitif olarak toplam 99 yeni tanı çölyak hastası dâhil edilmiştir. Hastaların 70 i (%70,7) kadın, 29 u (%29,3) erkek cinsiyetindeydi. H. Pylori pozitif (31.66±9.70) ve negatif (35.1±16.77) grubların yaş ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p=0.225). HP negatif grupta orta düzeyde villus atrofi daha sık gözlenirken, HP pozitif grupta şiddetli düzeyde villus atrofi gözlemlendi. Atrofi ve HP durumuna göre yapılan ki-kare analizinde aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.005). Lenfosit infiltrasyonu yönünden yapılan analizde orta-şiddetli lenfosit infiltrasyonu her iki grupta da daha sık gözlenmekteydi, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.754). Enflamasyon yönünden yapılan değerlendirmede orta-şiddetli inflamasyon her iki grupta da baskındı, HP pozitif grupta orta-şiddetli enflamasyon daha sık saptanmış olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.045). **Sonuç:** Çalışmamızda HP pozitif grupta, şiddetli düzeyde villus atrofi belirgin olarak yüksek saptanmıştır. Çölyak hastalığının doğası gereği tanı zorluğu çok sık karşılaşılan bir durumdur. Endoskopik duodenal örneklemelerin uygun lokalizasyondan yapılmamasına bağlı olarak, HP enfeksiyonu kaynaklı mukozal değişikliklerin, çölyak tanısı üzerine yanlış etkilerinin olabileceğini akla getirmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Çölyak Hastalığı, Biyopsi, H. Pylori

**[SB-29]**

**Prolaktinoma ve prolaktinoma dışı hipofiz adenomların ayırımında Manyetik Rezonans Görüntülemenin rolü**

Taha Yusuf Kuzan<sup>1</sup>, Beyza Nur Kuzan<sup>2</sup>, Gazanfer Ekinci<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sancaktepe Şehit Profesör Dr. İlhan Varank Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Yeditepe Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Hipofiz adenomlarının tanısı yanısıra adenomun lokalizasyonunu, boyutu, iç yapısı ve yayılımını değerlendirmek için sellar Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, bir adenomun endokrinolojik alt tipini öngörmede MRG'nin katkısı ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Bu çalışmada prolaktinoma ve prolaktinoma dışı adenomların MRG özelliklerini tespit etmeyi, sinyal özelliklerini karşılaştırmayı ve adenomların endokrinolojik alt tipini ayırt etmede MRG'nin klinik kullanılabilirliğini araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Hipofiz adenomlu olguların ameliyat öncesi sellar MRG incelemeleri retrospektif olarak değerlendirildi. 5 milimetreden büyük fonksiyonel hipofiz adenomu olan ve görüntüleme öncesi medikal ve cerrahi tedavi öyküsü olmayan olgular çalışmaya dahil edildi. 1.5 T sellar MRG'de bütün hastalarda T1 SE koronal, T1 SE sagittal, T2 (TSE) koronal ve intravenöz gadolinyum sonrası dinamik kontrastlı T2 koronal görüntüleri elde edildi. Koronal T2 ağırlıklı kesitlerde adenom boyutu, heterojenite ve kavernöz sinüs invazyonu değerlendirildi. Aynı kesitte ROI ile adenomun T2 sinyali ve ipsilateral temporal lob gri cevher T2 sinyali ölçüldü. Bulgular prolaktinoma ve prolaktinoma dışı adenomlarda karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 53 hastanın yaş ortalaması 42,7±12,2' idi. Olguların otuz dokuzu (%71) kadın, kalan 14'ü (%29) erkekti. Hastaların 35'inde (%66) prolaktinoma (31 kadın, 4 erkek), kalan 18 hastada (%34) prolaktinoma dışı adenom mevcuttu. Prolaktinomalarda prolaktinoma dışı adenomlarla karşılaştırıldığında adenom boyutu ve kavernöz sinüs invazyonu istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (sırasıyla p <0.001, p=0.016). Prolaktinoma ve prolaktinoma dışı adenomların T2 sinyali ile T2 sinyal/gri madde T2 sinyali oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (sırasıyla p=0.468, p=0.452). Prolaktinoma ve prolaktinoma dışı adenomların heterojenite oranlarında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p =0.767).

**Sonuç:** Çalışmamızın sonuçlarına göre hipofiz adenom tespit ve yayılımını değerlendirmede sellar MRG başarılıdır. Ancak, fonksiyonel adenom alt tiplerinin ayırımında konvansiyonel MRG özellikleri etkin gözükmemekte olup daha geniş hasta grupları ile ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Adenom, hipofiz, MRG, prolaktinoma

## [SB-30]

### Dahiliye servisine yatan hastalarda COVID-19 enfeksiyonuna karşı aşılama/aşılammama oranları ve sebeplerinin irdelenmesi

Feray Akbaş, Beyza Kal Kolik, Emre Cem Gökçe, Yağmur İzgi, Chalil Chadzi

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

**Giriş:** Global COVID-19 pandemisine karşı en önemli medikal savunma mekanizması şu an için aşılardır. Ülkemizde de aşı kampanyası yoğun şekilde devam etmektedir. Buna rağmen aşılama hız ve sayısında halen istenen sayıya ulaşamamıştır. Burada, bir hafta içinde dahiliye servisine yapılan yeni yatışlarda, hastaların aşılama/aşılammama oranları ve sebeplerinin irdelenmesi amaçlanmıştır. **Materyal-Metod:** Çalışmaya bir hafta içinde dahiliye servisine yapılan yeni yatış hastalarının tamamı alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalık, yatış sebepleri, COVID-19 geçirme durumları, aşı olma durumları ve sebepleri kaydedildi. Sonuçlar SPSS ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 19 kadın, 29 erkek, toplam 48 hasta alındı. 34 (%71) kişi aşı olmuş, 14 kişi (%29) ( 9K, 5E) olmamıştı. Aşı olmayan hastaların yaş ortalaması 59 yıldı, %21'inde ek hastalık yoktu, %79'unda eşlik eden bir/birden fazla hastalık (DM, HT, KOAH, KBY, malignite) mevcuttu. Yatış sebepleri ABY (3 kişi), a.pankreatit (2 kişi), KCFT yüksekliği (2 kişi), hiponatremi, enfeksiyon (2 kişi-pnömoni ve İYE), GIS kanama, hematolojik patoloji ( 2 kişi-İTP ve bisitopeni tetkik) ve palyatif tedavi idi. Aşı olmama gerekçesi olarak evden çıkmıyor olmak, malignitesi olmak, hastalığı geçirmiş olmak, aşı yan etkilerini bilmemek, etkinliğinden emin olmamak, kalp hastalığı yaptığını düşünmek, aşırı üretenlere güvenmemek gösterilmişti. Aşı olmayan hastalardan 2 kişi koronavirüs enfeksiyonu geçirmişti. Bu hastalardan biri 2 kez enfeksiyona yakalanmıştı, bu nedenle hastane yatışı mevcuttu ve meme Ca tanılıydı. Aşı olan hastaların yaş ortalaması 65 yıldı, %15'inde ek hastalık yoktu, %85'inde eşlik eden bir/birden fazla hastalık mevcuttu. Aşı yaptırmama sebebi olarak kendisini korumak, ailesini korumak, bilim insanlarına güvenmek, aşı olmanın faydalarını başkalarında görmüş olmak, aşının ciddi bir yan etki yapmadığını başkalarında görmüş olmak belirtilmişti. 3 hasta 3 doz Sinovac, 8 hasta 3 doz Sinovac+1 doz Biontech, 1 hasta 3 doz Biontech ve 3 hasta tek doz Sinovac olmuştu. Aşı olan hastalardan 7'si aşı öncesi ve 4'ü aşı sonrası olmak üzere 11 kişi koronavirüs enfeksiyonu geçirmişti. Aşı sonrası enfeksiyon geçiren hastaların hepsi 2 doz Sinovac olan hastalardı, bir hasta enfeksiyonu geçirdikten sonra 3. dozunu Biontech olarak yaptırmıştı. Bu hastaların hiçbirinde hastane yatışı gerekmemişti.

**Sonuç:** An itibarıyla koronavirüs enfeksiyonunu toplumsal olarak yenmenin yegane yolu toplumun çoğunluğunu aşılammaktan geçmektedir. Özellikle mRNA aşısı sonrası koronavirüs enfeksiyonuna yakalanma riski düşüktür ve hangi aşı olursa olsun, aşı sonrası geçirilen enfeksiyonların morbidite ve mortalitesi ciddi anlamda düşmektedir. Bu nedenle aşı olmanın önemini ve gerekliliğini toplumun tüm bireylerine kavratmak hayati önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Koronavirüs enfeksiyonu, koronavirüs aşısı, dahiliye servisi

## [SB-31]

### Hafif ile orta şiddette Covid-19 enfeksiyonu geçiren yaşlı hastalarda psikolojik semptomlar ile hastanede yatış süresi arasındaki ilişki

İlker Taşçı<sup>1</sup>, Ebru Şahin<sup>2</sup>, Sultan Keskin Demircan<sup>2</sup>, Mehmet İlkin Naharcı<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Bölümü

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Bölümü

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Geriatri Bölümü

**Amaç:** Koronavirüs Hastalığı-2019 (Covid-19), dünya genelinde ölüme ve psikolojik sorunlara neden olan bir hastalıktır. İleri yaş ve altta yatan klinik durumlar, Covid-19'a bağlı hastaneye yatış, yatış süresinin uzaması ve ölüm riskini artıran faktörlerdir. Hastanede yatış süresi (HYS), Covid-19'lu yaşlı erişkinlerde psikolojik ve bilişsel sağlık sorunları ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmanın amacı, Covid-19 nedeniyle hastaneye yatan yaşlı hastalarda psikolojik ve bilişsel değişiklikler ile HYS arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

**Yöntemler:** Bu kohort çalışması, üçüncü basamak bir hastanenin veri tabanı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Hafif ile orta şiddette Covid-19 nedeniyle hastaneye yatırılan 60 yaş ve üzerindeki yaşlı yetişkinler, hastaneye kabul edildikleri ilk 24 saat içinde ve taburcu olmadan önce olmak üzere iki defa telefonla değerlendirildiler. Çalışmanın dışlanma kriterleri arasında; hayati bulguların stabil olmaması, ileri derecede dispne, takipne, oksijen tedavisi altındayken SpO<sub>2</sub> <%94, işitme kaybı, psikotik semptomların varlığı, yatağa bağımlılık, deliryum, demans, hastanede yatış sırasında ölüm veya mekanik ventilasyona bağlı olmak bulunmaktaydı. Hastalar, tüm hastaların HYS orta değeri olan 7 güne göre iki gruba (<=7 gün ve >7 gün) ayrıldı. Hastaların bilişsel ve ruhsal durumunu değerlendirmek için yaygın anksiyete bozukluğu testi-2 (GAD-2), hasta sağlığı anketi-2 (PHQ-2), altı maddelik bilişsel bozukluk testi (6-CIT) ve travma sonrası stres bozukluğu testi-5 (PTSD-5) uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmaya 236 hasta dâhil edildi (ortalama yaş: 70.0 ± 6.9 yıl, kadınlar: %50.8). Ortalama ve medyan HYS sırasıyla 8.7 ±5.6 ve 7 gündü. Hastaneye kabul testlerinde anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve bilişsel bozulma sırasıyla %16,5, %24,6, %30,9 ve %26,7 idi. Taburculukta anksiyete (p=0.021), depresyon (p=0.050) ve TSSB (p=0.051) HYS' i uzamış olan grupta daha fazlaydı. Daha kısa HYS grubuyla karşılaştırıldığında, hem kabul hem de taburcu 6-CIT puanları uzamış HYS' li hastalarda daha düşüktü (p=0.029 ve p=0.013). HYS, kabulden taburculuğa kadar ΔGAD-2 ve ΔPTSD-5 puanları ile ters orantılıydı (p=0.025 ve p<0.001).

**Sonuç:** Bu çalışma, hafif ile orta şiddette Covid-19 nedeniyle hastaneye yatırılan yaşlı yetişkinler arasında psikolojik ve bilişsel sorunların yüksek olduğunu ve bu sorun-

ların HYS ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

**Anahtar Kelimeler:** bilişsel bozulma, Covid 19, hastane yatış süresi, ruh sağlığı, yaşlı hasta

### [SB-32]

#### **Tek merkez 677 tiroid ince iğne aspirasyon biyopsi sonuçlarının değerlendirilmesi ve Bethesda sisteminin klinik sonuçları**

Taha Yusuf Kuzan

Sancaktepe Şehit Profesör Dr. İlhan Varank Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Tiroidde nodül oluşumu sık görülen bir hastalık olup ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) tiroid nodüllerinin değerlendirilmesinde ve yönetiminde sık kullanılan minimal invaziv bir tanı yöntemidir. Tiroid nodül biyopsisi değerlendirilmesinde ise farklı malignite riskine sahip 6 kategoriden oluşan Bethesda sistemi sıklıkla kullanılmaktadır. Bu retrospektif çalışmanın amacı, merkezimizde yapılan tiroid biyopsi sonuçlarını Bethesda sistemine göre değerlendirmek ve sistemin klinik kullanılabilirliğini incelemektir.

**Yöntem:** Temmuz 2018- Haziran 2020 tarihleri arasında merkezimizde aynı operatör tarafından yapılan ve 5 farklı patoloj tarafından değerlendirilen bütün tiroid biyopsileri çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri ve biyopsi sonuçları elektronik hasta dosyalarından kaydedildi. Nodüller Bethesda sistemine göre yetersiz (I), benign (II), önemi belirsiz atipi/önemi belirsiz folliküler lezyon (III), folliküler neoplazi/folliküler neoplazi şüphesi (IV), malignite şüphesi (V) ve malign (VI) olarak ayrıldı. Farklı değerlendiricilerin Bethesda alt kategorilerine göre sıklıkları karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya 621 hastanın 677 tiroid nodülü dahil edildi. Hastaların 473'sü (%76.2) kadın, 148'ü (%23.8) erkek olup yaş ortalaması  $50.0 \pm 12.8$ 'di. Bethesda sistem göre bütün nodüllerin %4.6'sı kategori I, %70.8'i kategori II, %17.7'si kategori III, %1.9'i kategori IV, %2.8'i kategori V ve %2.2'si kategori VI'di. Değerlendiricilerin kategori I için sıklığı %1.9 - 6.6, II için %53.8 - 76.6, III için %7.3 - 37.5, IV için %0 - 2.6, V için %1.9 - 3.8 ve VI için %0 - 4.0 arasında değişmekteydi. Bütün nodüller birlikte değerlendirildiğinde merkezimizin Bethesda sistemine göre bütün alt kategorilerin dağılımı tavsiye edilen aralıkta idi ancak değerlendiriciler arasında en yüksek farklılık önemi belirsiz atipi/önemi belirsiz folliküler lezyon (kategori III) için (%7.3 - 37.5) tespit edildi.

**Sonuç:** Bethesda sınıflaması ortak bir terminoloji geliştirilmesi ve sitolojik analiz açısından standart bir şablon oluşturması nedeniyle klinik açıdan faydalıdır. Ancak; sistemin alt kategorileri arasında, özellikle kategori III nodüllerde, değerlendiriciler arasında sıklık farkı yüksektir.

**Anahtar Kelimeler:** Bethesda, biyopsi, nodül, tiroid

### [SB-33]

#### **Yoğun bakım ünitesinde yatan Akut Böbrek Hasarlı hastalarda Prealbumin değişikliklerinin hemodiyaliz ihtiyacı ve hastane içi mortalite ile ilişkisi**

Fatih Yılmaz

Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Nefroloji Bölümü, Antalya

**Amaç:** Akut böbrek hasarı (ABH) yoğun bakım ünitesindeki (YBÜ) hastalarda önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Beslenme durumunu değerlendirmek için albümin, prealbumin (PA) ve kolesterol gibi serum biyokimyasal belirteçlerinin değerlendirilmesi önerilir. PA, ABH'lı hastalarda beslenme durumu ve inflamasyonun laboratuvar göstergesidir. Ancak zaman içinde serum PA düzeylerindeki değişikliklerin prognoz ile ilişkisi belirsizdir. Bu çalışmanın amacı YBÜ'nde yatan ABH'lı hastalarda PA düzeyindeki değişikliklerin hemodiyaliz ve mekanik ventilatör (MV) ihtiyacı ile ve hastane içi mortalite ile olan ilişkisinin değerlendirilmesidir.

**Yöntemler:** Ocak 2018-Ocak 2020 tarihleri arasında, YBÜ'de izlenen ABH'lı 77 hastanın verileri retrospektif olarak kaydedildi. ABH tanısı KDIGO-AKI kriterlerine göre konuldu. YBÜ'ne kabul esnasında (ilk 24 saat) ve en erken 48-72 saat sonra PA düzeyleri çalışıldı. Verileri eksik, yatış süresi 48 saatten kısa, postrenal/postoperatif ABH, travma ve malignite tanılı hastalar, PA düzeyi bir kez bakılan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Primer sonlanım noktası hastane içi mortalite, sekonder sonlanım noktası olarak hemodiyaliz ihtiyacı ve mekanik ventilatör ihtiyacı olarak belirlendi. Hastalar PA düzeylerindeki değişikliğe göre; Grup 1= PA düzeyi artan (n=45) ve Grup 2= PA düzeyi azalan (n=32) olmak üzere iki gruba ayrıldı.

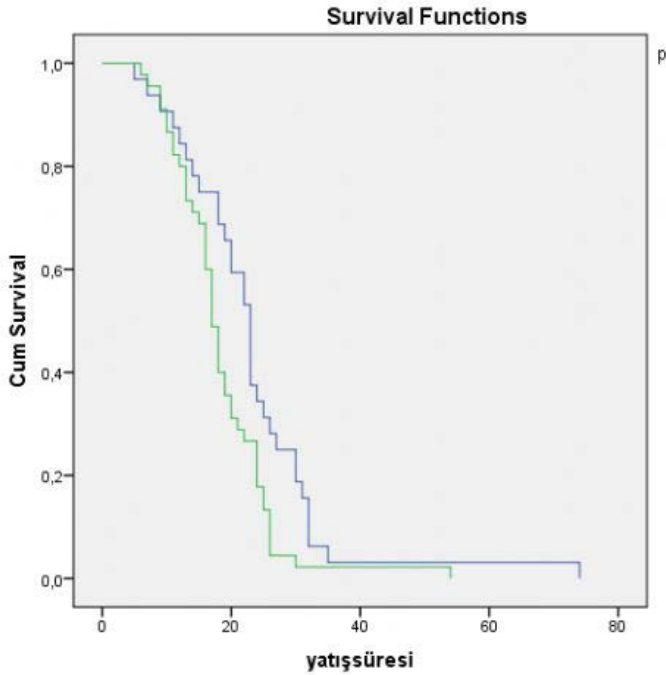
**Bulgular:** Çalışmaya 77 hasta (43 Kadın, 34 Erkek) dahil edildi. Ortalama yaş:  $77,1 \pm 6,6$  yıl (66-92yıl), %55,8 kadın, %31,1 diyabetik, ve %31,1'inde sepsis mevcuttu. Ortalama yatış süresi:  $20,3 \pm 10,1$  (5-74) gün, ilk PA:  $10,7 \pm 3,4$  (1,2-22,9) mg/dL, son PA değeri  $10,9 \pm 3,6$  (1,5-25,9) mg/dL idi. Grup 1 ve Grup 2 hastaların ilk PA değerleri arasında anlamlı farklılık yoktu (sırasıyla;  $11,5 \pm 3,7$  mg/dL,  $10,1 \pm 3,1$  mg/dL,  $p=0.341$ ), ancak son PA değerleri arasında anlamlı farklılık saptandı (sırasıyla;  $15,4 \pm 3,9$  mg/dL,  $7,2 \pm 1,6$  mg/dL,  $p=0.029$ ). PA düzeyi artan hastalarda yaş, C-reaktif protein, APACHE-II skoru ve yatış gün sayısı PA düzeyi azalan hastalara göre anlamlı olarak daha düşüktü ( $p<0.05$ ). Tüm hastalarda hemodiyaliz ihtiyacı %37,6 (n=29), MV ihtiyacı %45,4 (n=35) ve hastane içi mortalite %40,2 (n=31) idi. Grup 1 ve Grup 2 hastalarda sırasıyla hemodiyaliz ihtiyacı; %28,8, %50,  $p=0.036$ , MV ihtiyacı; %35,5, %59,3  $p=0.033$  idi. Hastane içi mortalite oranı gruplar arasında benzerdi (%33,3, %50,  $p=0.092$ ). Kaplan-Meier survival analizinde gruplar arasında hastane içi mortalite oranları açısından farklılık yoktu. Lojistik regresyon analizi, ileri yaş (OR: 1.317,  $p=0.014$ ), CRP (OR: 1.292,  $p=0.036$ ) ve diyabetin (OR: 1.925,  $p=0.003$ ) hastane içi mortalite ile bağımsız olarak ilişkili olduğunu gösterdi.

**Sonuç:** Prealbumin, akut böbrek hasarı ve kronik böbrek hastalığı olan hastalarda beslenme durumunun değer-

lendirilmesi ve inflamasyonun iyi bir belirteci olduğu gösterilmiştir. YBÜ’de yatan ABH’lı hastalarda PA düzeyindeki artış, azalmış hemodiyaliz ve MV ihtiyacı ile birliktelik gösterdi, ancak hastane içi mortalite açısından gruplar arasında farklılık izlenmedi.

**Anahtar Kelimeler:** Akut böbrek hasarı, Hemodiyaliz, Mortalite, Prealbumin, Yoğun bakım

**Prealbumin değişikliklerine göre Akut böbrek hasarlı hastaların mortalite analizi**



**Tablo 1. Çalışma grubunun demografik ve laboratuvar parametrelerinin karşılaştırılması**

Parametre	Grup1= Prealbumin düzeyi artan (n=45)	Grup2= Prealbumin düzeyi azalan (n=32)	p değeri
Yaş (yıl)	72.6 ± 11.4	79.3 ± 12.9	0.046
Cinsiyet (Kadın) (n,%)	24, %53,3	19, %59,3	0.183
Vücut kitle indeksi (kg/m <sup>2</sup> )	29.3 ± 5.8	28.4 ± 5.5	0.272
Sistolik kan basıncı (mmHg)	104.6 ± 17.5	101.8 ± 19.4	0.164
Diyastolik kan basıncı (mmHg)	58.3 ± 11.2	60.2 ± 12.6	0.094
Glukoz (mmHg)	122.7 ± 18.3	124.6 ± 16.9	0.219
Üre (mg/dL)	234.2 ± 35.7	242.6 ± 36.2	0.133
Kreatinin (mg/dL)	5.3 ± 0.6	5.1 ± 0.8	0.254
C-reaktif protein(mg/L)	213.7 ± 31.1	269.3 ± 30.7	0.041
Ürik asit (mg/dL)	8.3 ± 1.1	8.0 ± 0.9	0.325
Sodyum (mmol/L)	134.8 ± 30.2	135.1 ± 34.2	0.103
Potasyum (mmol/L)	5.7 ± 0.4	5.8 ± 0.3	0.392
Albumin (g/dL)	3.6 ± 0.4	3.4 ± 0.5	0.157
Lökosit (mm <sup>3</sup> )	14540 ± 1630	15230 ± 1840	0.076
Hemoglobin (g/dL)	10.6 ± 3.4	10.3 ± 3.1	0.196

Pozitif inotrop kullanımı (%)	%62.2	%56.2	0.284
APACHE-II skoru	14.3±4.0	22.7±4.8	0.039
Yatış gün sayısı (gün)	16.9±4.2	28.4±5.1	0.042
Hemodiyaliz ihtiyacı (%)	%28.8	%50	0.036
Mekanik ventilatör ihtiyacı (%)	%35.5	%59.3	0.033
Hastane içi mortalite (%)	%33.3	%50	0.092

## [SB-34]

### Anemik Hastalarda Hba1c Ne Kadar Güvenilir?: İki farklı bakış açısı

Bünyamin Aydın

KSBÜ Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ABD, Endokrinoloji BD

**Giriş:** HBA1c diyabet tanı ve takibinde kullanılmaktadır. Burada iki farklı anemik olgunun analizi yapılarak, HBA1c’ nin DM tanı ve takibindeki güvenilirliği tartışılmıştır.

**Olgu 1:** 18 yaşında kadın hasta dahiliye polikliniğine halsizlik yakınması ile başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde hastada hipokrom mikrositer anemi saptanmış ve HBA1c: 6,8 çıkması nedeniyle DM düşünülerek kliniğimize sevk edilmiş. Polikliniğimizde değerlendirilen hastaya demir eksikliği anemisi (IDA) tanısı konuldu. Sadece 3 aylık demir tedavisi sonrası laboratuvar değerlerine tekrar baktıldı ve HBA1c’ nin normal seviyelere gerilediği görüldü (Tablo 1).

**Olgu 2:** 33 yaşında kadın hasta ağız kuruluğu ve sık idrara çıkma yakınmaları nedeniyle başvurdu. Hasta yaklaşık 4 yıldır tip 1 DM tanısı ile insülin kullanmaktaydı. Açlık kan glukozu (AKŞ): 280 mg/dL, postprandial kan glukozu (TKŞ): 350 mg/dL, HbA1c: %3,3 ve Mikroalbuminüri: 60 mg/gün saptanan hasta kan şekerinin düzenlenmesi amacıyla yatırıldı. Laboratuvarında normokrom normositer anemi, indirek bilirubin hakimiyeti olan bilirubin yüksekliği mevcuttu. Takiplerinde hastanın AKŞ’ lerinin 220-280 mg/ dL, TKŞ’ lerinin 250-350 mg/dL aralığında seyrettiği görüldü. Son bir yıl içinde bakılan HbA1c %4,4 ve %3,8 idi. Hastaya yapılan tetkikler sonucunda G6PD enzim eksikliği tanısı konuldu (Figüre 1 ve 2).

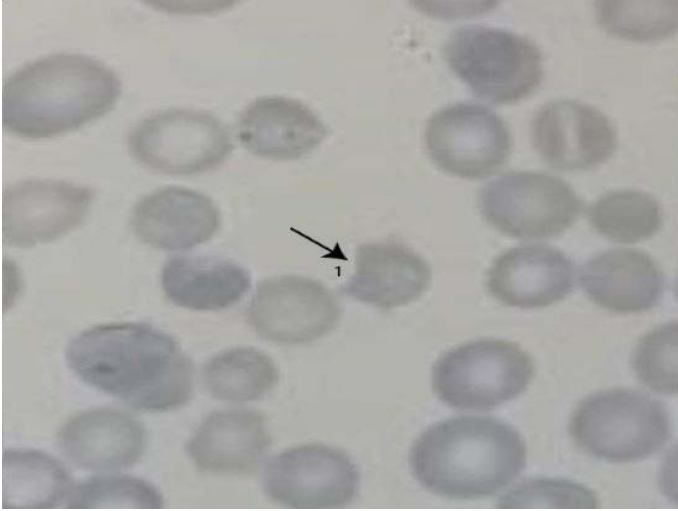
**Tartışma:** Sunmuş olduğumuz olgularda IDA’ nın yalancı yüksek HbA1c, G6PD enzim eksikliğinin ise yalancı düşük HBA1c ile ilişkili olduğunu saptadık. Birinci olguda HBA1c yanlış DM tanısı konulmasına neden olurken, ikinci vakada yanlış DM takibine neden olmuştur. Hemoglobinin glikolizasyonu geri döndürülemez bir işlemdir. Dolayısıyla eritrositte (RBC) HbA1c seviyeleri hücre yaşı ile artacaktır. RBC’ lerin yaşam süresi 120 gündür. IDA daha uzun RBC sağ kalımı, hemolitik anemiler ise daha kısa RBC sağ kalım süresine neden olmaktadır. Bu olgu sunumlarımızın gerekçesi kısaca HbA1c’ nin diyabet tanı ve takibinde kullanılmasına karşı duyulan kuşku ve hata olasılığıdır. Uluslararası Uzman Komitesi klinisyenleri diyabetik hastaların takibinde, RBC’ lerin turnoverini etkileyebilecek her türlü durumdan haberdar olmaları konusunda uyarılmıştır. Amerikan Diyabet Cemiyeti

(ADA) IDA' sı olan hastalarda diyabet tanı kriteri olarak HBA1c' nin kullanılmamasını, sadece plazma glikoz kriterlerinin kullanılmasını önermiştir.

Sonuç: Anemik hastalara HbA1c düzeyine göre herhangi bir teşhis veya tedavi kararı verilmeden önce hatalı bir yükseklik ya da düşüklük olabileceğinin göz önünde bulundurulması, hastaların yanlış diyabet tanısı almasını veya almamasını engelleyecek aynı zamanda diyabetik hastaların diyabet tedavilerinin takibinin daha uygun bir şekilde yapılmasını sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Anemi, Diyabet, HBA1c

#### Periferik Yayma



**Table-1: Hematolojik parametreler ve HBA1c' nin 3 aylık demir tedavisi öncesi ve sonrası değişimleri**

	Tedavi Öncesi	3 aylık Demir Tedavisi Sonrası
Hgb (g/dL)	7,6	12,8
MCV (fL)	62	83
Serum Demir (ug/dL)	10	56
SDBK (ug/dL)	422	358
Ferritin (ug/L)	2	18
HBA1c (%)	6,8	5,4

#### [SB-35]

#### Kronik rejeksiyon sürecindeki böbrek nakilli hastada COVID-19 ciddi akciğer tutulumu ve entübasyon sonrası tam iyileşme: Vaka sunumu

Demet Yavuz<sup>1</sup>, Düriye Sıla Karagöz Özen<sup>2</sup>, Mehmet Derya Demirağ<sup>2</sup>

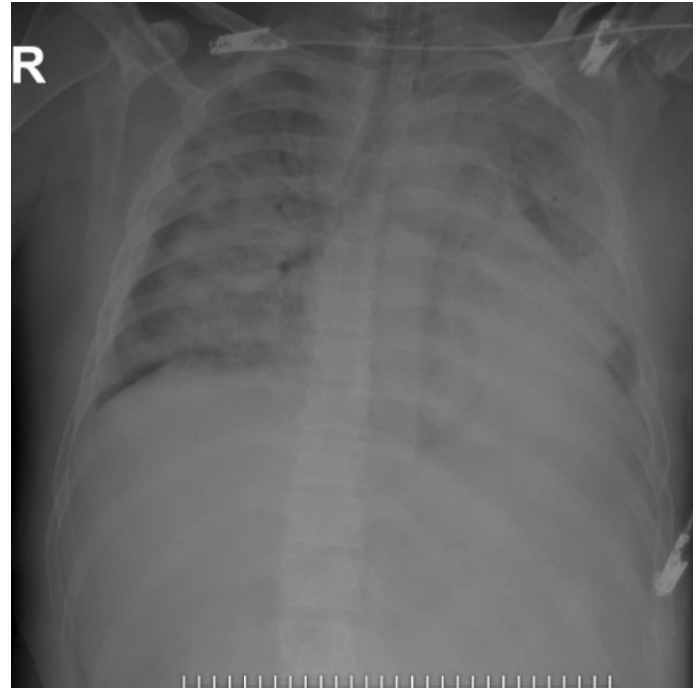
<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü, Samsun

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü, Samsun

Böbrek nakli yapılan hastalar genel popülasyona göre enfeksiyon hastalıklarına daha yatkın olmaktadır. Nakil hastalarının COVID-19 pandemisi dönemindeki yönetimi, hem enfeksiyonun ciddiyeti ve getirdiği riskler hem de immünsüpresif tedavilerin kesilmesinin getireceği rejeksiyon riski nedeniyle klinisyenler açısından önemli olmuştur. Böbrek nakil öyküsü olan ve immünsüpresif tedaviye rağmen kronik rejeksiyon sürecinde olan 35 yaşında erkek hasta COVID-19 tanısıyla hastanemize yatırıldı. Favipiravir tedavisi başlandı. Yatış sırasında hastanın kullanmakta olduğu takrolimus ve everolimus dozu yarıya inildi ve metilprednisolon 40 mg /gün olacak şekilde başlandı. Akciğer tutulumu ilerleyen ve hipoksemi gelişen hasta yatışının beşinci gününde yoğun bakıma transfer edilerek entübe edildi. Bu esnada metilprednisolon dozu 250 mg'a artırılarak takrolimus ve everolimus tedavileri kesildi. Böbrek fonksiyonları kötüleşen hasta hemodiyalize alınmaya başlandı. Entübasyonun 11. Gününde hasta ekstübe edildi. Bu süreçte yedi kez hemodiyalize alındı. Enfeksiyonun gerilemesiyle birlikte böbrek fonksiyonları da düzelmeye başladı. Steroid dozu azaltılırken takrolimus ve everolimus tedavisi yeniden başlandı. Klinik olarak iyileşen ve böbrek fonksiyonları bazal kreatinin seviyesine dönen hasta tüm immünsüpresif tedavisi başlangıç dozlarında düzenlenerek taburcu edildi. Bu vakanın, hem COVID-19 için hem de rejeksiyon için kötü prognostik faktörleri olan bir hastanın başarıyla tedavi edildiğini göstermesi nedeniyle önemli olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** böbrek nakli, COVID-19, kronik rejeksiyon

#### Resim 1



Tedavi öncesi akciğer grafisi

## [SB-36]

**Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri veya anjiyotensin II reseptör blokerleri kullanımının COVID-19 hastalarında prognoza etkisi**

Nisa Babacanlar, Yaşar Sertbaş, Nalan Okuroğlu, Meltem Sertbaş, Ali Özdemir

S.B.Ü. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç hastalıkları kliniği, İstanbul

**Giriş-Amaç:** COVID-19 hastalığı Çin'den başlayarak tüm dünyaya pandemi olarak yayılmıştır. COVID-19'un patogenezinde ACE2 reseptörü yoluyla insan vücuduna girebileceği öne sürülmüştür. Yapılan çalışmalarda ACEİ ve ARB'lerin kullanımının ACE2 reseptör ekspresyonunu arttırdığı ve bunun da SARS-CoV-2 ile enfekte olma olasılığını ve hastalık şiddetini artırabileceği belirtilmiştir. Bunun yanında tam aksini iddia eden çalışmaların da olması nedeni ile çalışmamızda HT'un ve tedavide kullanılan ACEİ/ARB'lerin COVID-19 hastaları üzerine etkilerini karşılaştırdık.

**Gereç-Yöntem:** Çalışmaya Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 18 yaş ve üzeri, PCR (+) ya da Bilgisayarlı Tomografi (BT) bulgularına göre COVID 19 tanısı alan ve yatarak COVID-19 tedavisi gören 1130 hasta dahil edildi. Hastaların demografik verileri, yatış gün süresi, yatış durumu (Servis, yoğun bakım ünitesi), biyokimyasal parametreleri ve çıkış şekli mevcut dosyalarından bakılarak, elde edilen bulgular SPSS 22 programı kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 511 (%45) kadın ve 619 erkek (%55) toplam 1130 hasta dahil edilmiştir. 1130 hastanın 997'si serviste yatarken 133 (%11,8) hastanın yoğun bakım ihtiyacı olmuştur. Hipertansif hastaların %17,2'sinde yoğun bakım ihtiyacı görülmüşken hipertansif olmayan hastalarda bu oran %7,6 ile belirgin olarak daha azdı ( $p < 0,001$ ; OR: 2,51; CI (1,73-3,65)). Mortalite oranları hipertansif hastalarda (%18,6) hipertansif olmayan hastalara (%7,3) göre anlamlı olarak yüksekti ( $p < 0,001$ ; OR:2,9; CI (1,99-4,21)). 488 hipertansif hasta içinde RAS inhibitörü kullanan ve kullanmayan HT hastalarının semptom başlangıcından yatışlarına kadar geçen süreler arasında anlamlı fark bulunmadı (ACEİ/ARB – Diğer tansiyon ilaçları:  $5,76 \pm 4,48 - 5,45 \pm 3,80$ ;  $p: 0,880$ ). Hastanede kalış süresi RAS inhibitörü kullananlarda daha düşük olsa da her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (ACEİ/ARB – Diğer tansiyon ilaçları:  $8,65 \pm 5,08 - 8,72 \pm 5,27$ ;  $p: 0,965$ ). Yoğun bakım ihtiyacı ACEİ/ARB kullananlar ile diğer antihipertansiferi kullanan hastalar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p: 0,108$ ). Mortalite oranlarına bakıldığı zaman ACEİ/ARB kullananlar ile diğer antihipertansiferi kullanan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandığı görülmekle birlikte (ACEİ/ARB – Diğer tansiyon ilaçları: %16,3-%24, $p: 0,043$ ), hastaların mortalite ve morbiditelerini etkileyebilecek kronik rahatsızlıklar ve cinsiyet ile beraber yapılan regresyon analizinde, ACEİ/ARB kullanımı, oluşturulan modelde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadı ( $p: 0,248$ ). ACEİ/ARB kullanan hipertansif hastaların bu ilaçları kullanmayan hastaların biyokimya-

sal parametreleri karşılaştırıldığı zaman sadece CRP değerlerinde anlamlı fark saptandı (ACEİ/ARB – Diğer tansiyon ilaçları:  $7,19 \pm 9,75 - 8,74 \pm 10,18$ ;  $p: 0,032$ ).

**Sonuç:** ACEİ/ARB kullanımının COVID-19 üzerine olumsuz herhangi bir etkisine rastlanmamıştır. RAS inhibitörleri ile diğer antihipertansiferler arasında yoğun bakımda yatış, mortalite ve hastalığın şiddeti ile ilgili parametreler arasında bir fark saptanmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, ACE2, ACEİ, ARB, Hipertansiyon

## [SB-37]

**Pandemide radyolojiyi nasıl kullandık ?**

Engin Beydoğan

Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji kliniği

**Giriş:** Mart 2020 tarihinden itibaren tüm dünyayı ilgilendiren önemli bir sağlık sorunu ve sosyoekonomik problem haline gelen COVID-19 pandemisi, özellikle ilk aşamalarda sağlık camiasını dahi paniğe sevk etmiş ve alışılmamış yaklaşımların dışına çıkmaya itmiştir. Alt solunum yolu patolojilerinde genel kabul gören ve önerilen yaklaşım öncelikle akciğer grafisi ile değerlendirme yapılması; kötüleşen, tedaviye yanıt vermeyen ya da komplikasyon düşünülen hastalarda BT incelemesinin de sürece dahil edilmesi şeklindedir. Ancak ne yazık ki pandemi sürecinde genel yaklaşım çoğu zaman unutulmuş ve genel geçer algoritmanın dışına çıkmıştır. Bu durum BT kaynaklı gereksiz iyonizan radyasyon maruziyeti yanı sıra; sağlık bütçesine de ciddi yük oluşturmaktadır.

**Materyal-Metod:** Mart 2020 -Ocak 2021 tarihleri arasında hastanemize başvuran; tanı anı ya da sonrasında PCR sürüntü örneği ile COVID-19 pnömonisi tanısı doğrulanmış, hastane yatışı gerektiren 110 olgunun tanı ve tedavisi sürecinde görüntüleme yaklaşımı retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Servise yatışı gerçekleşen 110 hastanın tamamına başvuru anında tanısız amaçlı olarak direkt grafisi çekilmemiş, ancak bu olguların tamamına başvuru anında BT görüntülemesi yapılmıştı. Klinik kötüleşme ya da yanıtızlık nedeniyle tedavi sürecinde bu hastaların tamamında kontrol görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç duyulurken; 15 hastaya kontrol amaçlı önce direkt grafi sonra BT, 149 direkt grafi çekilmeksizin BT incelemesi gerçekleştirilmiştir.

**Sonuç:** Alt solunum yolu patolojilerinde genel kabul gören ve önerilen yaklaşım öncelikle akciğer grafisi ile değerlendirme yapılması; kötüleşen, tedaviye yanıt vermeyen ya da komplikasyon düşünülen hastalarda BT'nin de sürece dahil edilmesi şeklindedir. COVID-19 pandemisinde de söz konusu yaklaşım algoritmalarında değişmezken; maalesef ki çoğu klinikte uygulamalarda değişmiştir. BT'nin hızlı ve ayrıntılı değerlendirmeye imkan sağlaması çok önemli bir avantaj sağlarken uzun dönem yan etki olasılıkları göz ardı edilmemelidir. Umalım ki COVID-19 pandemisi sürecindeki yoğun BT maruziyeti; uzun dönemde iyonizan radyasyon kaynaklı yan etkiler ile karşı-

mıza çıkmasını çünkü maruz kalınan radyasyonun sebep olacağı tahribat olası endişe değil maalesef kanıtlanmış bilimsel bir gerçektir

**Anahtar Kelimeler:** covid, düz grafi, tomografi

[SB-38]

### **Covid-19 Pandemi sürecinde çarpıntı şikayetiyle gelen hastalarda, anksiyete düzeyinin ve tiroid hormonlarının yaşam kalitesine ve kalp hızı değişkenliğine etkisi**

Bekir Çalpakkorur<sup>1</sup>, Erkan Demirci<sup>1</sup>, Eyüp Özkan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
<sup>2</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Amaç:** Bu çalışmada Covid-19 pandemi sürecinde çarpıntı ile gelen hastalarda anksiyete düzeyinin kalp hızı değişkenliğine (KHD) ve yaşam kalitesine (YK) etkisini araştırmayı ve tiroid hormonları ile olan ilişkisini ortaya koymayı amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji polikliniğine çarpıntı şikayetiyle başvuran 51 hasta (yaşları 25-50 arasında olan) çalışmaya dahil edilmiştir. Böbrek fonksiyon testlerinde bozukluğu ve psikiyatrik herhangi bir bozukluğu olan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Bilinen koroner arter hastalığı, kronik hastalığı, anemisi, ve KHD'yi etkileyebilecek ilaç kullanımı olan hastalar çalışmadan dışlanmıştır. Ortalama kalp hızı, maksimum ve minimum kalp hızları, ortalama RR mesafesi ve R-R intervalinin standard deviasyonun ortalama değerleri 24 saatlik Holter EKG kaydından elde edilmiştir. Çalışmada çarpıntı ile gelen hastalar son 1 ay içinde covid geçirenler, son 6 ay içinde covid geçirenler ve hiç covid geçirmeyenler olarak 3 gruba ayrılmıştır. Hastaların tiroid fonksiyon testleri değerlendirilmiştir. Anksiyete düzeyleri Beck Anksiyete Anketi ile, YK ise Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Skalası- Türkçe versiyonun Kısa Formu (DSÖYK-ÖZET-TR) ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların Beck Anksiyete Skor değerleri 16'nın (orta-ciddi) üzerinde olup son 1 ay içinde covid geçirenlerde son 6 ay içinde covid geçirenlere ve hiç geçirmeyenlere göre yüksektir (Tablo-1). Yine sT4 seviyesi, maksimum kalp hızı, ortalama kalp hızı ve ortalama gece kalp hızı değişkenleri bu grupta daha yüksektir (Tablo-1). Ortalama RR intervali ve normal atımların standard deviasyonu (SDNN) anksiyete düzeyinin ( $p<0.05$ ,  $r=-.453$ ,  $p=0.023$ ,  $r=-.0.467$ , sırasıyla) ve sT4 düzeyinin artması ( $p=0.035$ ,  $r=-.387$ ,  $p=0.018$ ,  $r=-.0.267$ , sırasıyla) ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşmektedir. Anksiyete düzeyi, YK arasında ( $r=-.236$ ,  $P<0.001$ ) ve anksiyete düzeyi, sT4 düzeyleri arasında ( $r=-.352$ ,  $P=0.021$ ) tüm hastalarda negatif kolerasyon izlendi.

**Sonuç:** Çarpıntı ile gelen hastalarda anksiyete düzeyi ile YK ve KHD arasında negatif ilişki bulunmuştur. Bir diğer önemli bulgu ise sT4 düzeylerinde artma özellikle son 1 ayda covid geçiren hastalarda maksimum kalp hızında artma ile ilişkilidir. Bu hasta grubunda anksiyete seviyesi

çarpıntı sıklığında artışa neden olmaktadır. Sonuç olarak, covid geçiren hastalarda anksiyete düzeylerinde artma meydana gelmekte, buna bağlı KHD'de düşme olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete düzeyi, çarpıntı, Covid-19 pandemisi, kalp hızı değişkenliği

### **Tablo-1 Çarpıntı ile gelen hastalarda klinik değişkenlerin karşılaştırılması**

Çarpıntısı olan hastalarda covid öyküsü	Son 1 ay içinde covid geçirenler N=16	Son 6 ay içinde covid geçirenler N=12	Covid geçirmeyenler N=23	P değeri
Yaş	38.05±11.03	39.59±10.05	36.7±13.56	P=0.435
sT3	3.07±0.33	3.05±0.31	2.98±0.31	p>0.05
sT4	11.93±1.36	10.84±1.43	9.38±1.32**	P=0.023
TSH	2.46±2.01	3.06±2.23	3.72±2.17	p>0.05
Maksimum kalp hızı (vuru/dk)	153.2±11.5**	138.4±19.6	135±17.8	P<0.001
Minimum kalp hızı (vuru/dk)	65.5±10.8	62.8±10.1	57.4±9.2	P=0.283
Ortalama kalp hızı (24 saat)	82.9 ± 10.1**	72 ± 14.3	67 ± 13.8	P=0.032
Ortalama gece kalp hızı (vuru/dk)	75.4±9.5**	64.9 ±13.2	61.9±10.12	P=0.027
Ortalama RR (msn)	773.40 ±115.20**	826.57 ± 136.61	853.95 ± 143.17	P=0.018
SDNN(msn)	134.14 ± 42.85**	147.38 ± 38.57	151.27 ± 38.57	P=0.027
RMSSD(msn)	42.86 ± 40.59	46.32 ± 35.25	47.84 ± 34.35	P=0.089
Beck anksiyete skoru	27.56±3.56**	23.32±4.12	19.49±2.13	P<0.05
Fiziksel sağlık YK skoru	9.36±1.77**	11.35±1.56	12.58±1.27	P=0.041
Toplam YK Skoru	42.59±10.77**	51.16±13.77	53.07±16.77	P<0.001

SDNN: Normal atımların standard deviasyonu, RMSSD: RR internal değişiklerinin ortalama kare kökü \*istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0.05$ ) \*\*diğerlerinden farklı

[SB-39]

### **Serum Galektin-3 Düzeyi ile Subklinik Sistemik Ateroskleroz Erken Belirteçleri ve Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Şiddeti Arasındaki İlişki**

Gönül Açıksarı

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof.Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Obstrüktif uyku apnesi sendromu (OUAS) kardiyovasküler hastalıkların patojenizi ile ilişkilidir. Önceki çalışmalarda uyku apnesinin kardiyovasküler mortalite ve morbidite için de bağımsız bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Galektin-3, kardiyovasküler hastalık için bağımsız bir risk faktörü olup endotelial disfonksiyon, lipid endositozu dahil olmak üzere ateroskleroz ilerlemesi üzerinde bir etkiye sahiptir. Bu çalışmada Galektin-3'ün endotelial disfonksiyon, subklinik ateroskleroz ve OUA şiddeti ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

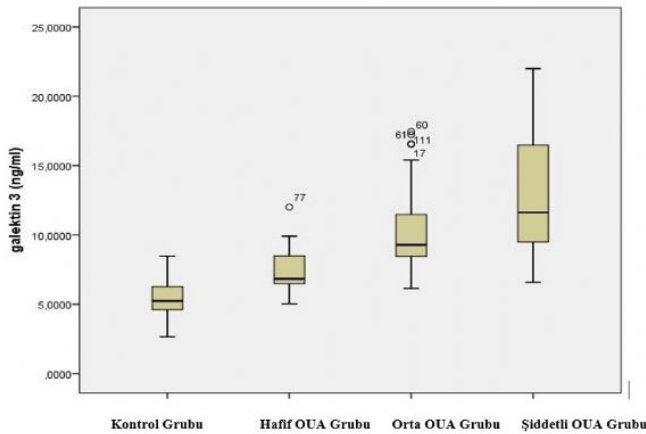
**Yöntem:** Tüm hastalara polisomnografi yapıldı ve sonuçlara göre kontrol grubuna (n = 33) veya OUAS grubuna (n = 1113) ayrıldı. OUAS grubu, hafif (apne-hipopne indeksi (AHI) = 5-15 olay/saat; n = 43), orta (AHI = 15-30 olay/saat; n = 42) veya şiddetli OUAS (AHI) olarak sınıflandırıldı. > 30 olay/saat; n = 55). Tüm katılımcılara karotis intima-media kalınlığı (KİMK) ve Akış aracılı dilatasyonu yöntemi (FMD) değerlendirmesi yapıldı. Serum Galektin-3 seviyeleri ELİSA yöntemi ile ölçüldü.

**Bulgular:** Serum ortalama Galektin-3 seviyeleri, kontrollerden daha şiddetli OUA'si olan hastalara kademeli olarak arttı (sırasıyla kontrol grubu 5,47±1,31; hafif OUAS 7,4 ± 1,63; orta OUA 10.3±3,29 ve şiddetli OUA 12,6± 3,91 pg/mL, p< 0.001). KİMT, kontroller ve orta ve şiddetli OUA ile karşılaştırıldığında, KİMK 'da kademeli bir artış gözlemlendi (0,5 mm (0,4-0,6) sırasıyla 0,7 mm (0,5-0,8) ve 0,8 mm (0,7-1,0), p< 0,004), KİMK ise kontrol ve hafif OUAS hastalarında benzerdi (sırasıyla 0,5 mm (0,4-0,6) ve 0,5 mm (0,4-0,6), p 0,310). FMD, kontrol ve OUAS grupları arasında karşılaştırıldığında, FMD 'de kademeli bir düşüş gözlemlendi (9,97±2,25; 8,20±3,03; 6,29±1,89 ve %5,60±2,6, p<0,001). Serum Galektin-3 düzeyleri, KİMK ve FMD, AHI ile anlamlı olarak ilişkili bulundu (sırasıyla r=0.849, p<0.001, r= 0.647 p<0.001, r=-0.579 p<0.001). Ayrıca OUAS'lı hastalarda serum Galektin-3 düzeyleri KİMT ile anlamlı derecede pozitif korelasyona (0.647 p< 0.001) ve FMD ile anlamlı olarak negatif korelasyona sahipti (r=-0.579, p<0.001). Ayrıca Galektin-3 seviyeleri subklinik ateroskleroz bağımsız ön gördürücüsüyü (p<0,001).

**Sonuç:** Çalışmamızda OUAS'lı hastalarda serum galektin-3 konsantrasyonları ile subklinik ateroskleroz ve endotelial disfonksiyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösterdik. Ayrıca, daha şiddetli OUAS'ın galektin-3 konsantrasyonları ile ilişkili olduğu bulundu. OUAS hastalarının risk sınıflandırması ve takibi için kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** obstrüktif uyku apne sendromu, ateroskleroz, galektin-3, endotelial disfonksiyon, karotis intima-media kalınlığı

**Şekil-1: Kontrol Grubu ve Hafif,Orta, Şiddetli OUAS grupları arasında Serum Galektin-3 düzeyi karşılaştırılması**



OUA, Obstrüktif uyku apnesi

[SB-40]

**İki Taraflı Yüzeysel Femoral Arter Total Tıkanıklığı (Ayna Lezyonlar) Mevcut Hastaların Klinik ve Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi**

Şeymus Külahçioğlu, Regayip Zehir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

**Amaç:** Alt ekstremitte periferik arter hastalığı (PAH), önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir. PAH için ana risk faktörleri yaş, sigara, diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemidir. En önemli semptom kladikasyon olup, kladikasyonun hem varlığı hem şiddeti tedavi planlamasında önemli bir yere sahiptir. Çalışmamızda, her iki yüzeysel femoral arterde (SFA) aynı düzeyde total oklüzyonların (ayna lezyonlar) birlik-teliğinin risk faktörlerini, klinik ilişkisini ve paternini araştırmayı amaçladık.

**Metod:** Periferik anjiyografi yapılan ve SFA'lardan en az birinde total oklüzyon (%100 damar çapı) lezyonu olan 167 semptomatik PAH hastası çalışmaya alındı. Diyabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), dislipidemi, sigara içme, arteriyel hastalık öyküsü (kroner, periferik ve karotis dahil olmak üzere) hastaların temel klinik ve demografik özellikleri elde edildi. Tutarlılık ve doğruluğu sağlamak için tüm çalışmalar dijital subtraction anjiyografi (DSA) ile teyit edildi. Hastaların klinik durumunu değerlendirmek için Rutherford kategorisi kullanıldı. Kladikasyon terimi Rutherford II-III için ve kritik bacak iskemisi terimi ise Rutherford IV-V için kullanıldı. CHADsVASC [Konjestif kalp yetmezliği veya sol ventrikül sistolik disfonksiyonu, HT (kan basıncı sürekli olarak 140/90 mmHg'nin üzerinde veya ilaçla tedavi edilen HT), Yaş >= 75, DM, Önceki inme veya tromboembolizm, Vasküler hastalık (periferik arter hastalığı, miyokard enfarktüsü, aortik plak), Yaş 65-74, cinsiyet kategorisi (kadın cinsiyet)] tüm hastalar için hesaplandı.

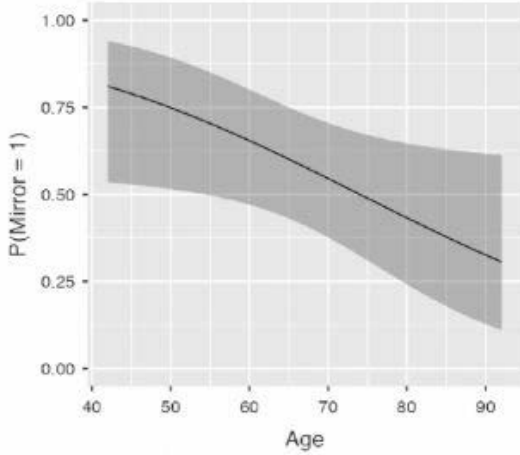
**Sonuçlar:** 167 hastadan oluşan karma bir popülasyon (147 erkek - %88) çalışmaya dahil edildi. Bunların %18'inde (30 hasta) kritik bacak iskemisi vardı. Bilateral SFA oklüzyon grubunda (n=95, %56.9) erkek baskınlığı (p=0.002) ve PAH öyküsü (p=0.03) vardı. Ayna lezyon paternli hastaların, olmayanlara göre işlem öncesi hiperlipidemi tedavisinin daha az olduğu bulundu (p = 0.004). Laboratuvar bulgularından sadece CRP düzeyleri gruplar arasında farklılık gösterdi (p = <0.001). Hastaların 95'inde (%56.9) SFA tıkanıklıklarının klinik bir "ayna paterni" vardı (plak morfolojisinden bağımsız olarak sadece ilgili arterlerde iki taraflı anlamlı stenoz). Herhangi bir arterde lezyon varlığı, karşı taraf SFA oklüzyonu riskini büyük ölçüde artırdı.

**Tartışma:** Alt ekstremitte PAH genellikle çok yüksek aterosklerotik yükü olan hastalarda gelişen sistemik bir hastalıktır. Bu çalışma, kapsamlı bir PAH tanı sürecinin tüm aşamalarının (tek taraflı negatif tarama testlerinden bağımsız olarak) her iki ekstremitteyi içermesi ve tıkanıcı aterosklerotik sürecin yüksek ilerleme riski nedeniyle indeks olmayan ekstremitenin de çok yakından izlenmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca genç yaşta ve daha önce PAH öyküsü olan hastaların iki taraflı SFA oklüzyonu

için dikkatle incelenmesini öneriyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Periferik arter hastalığı, Yüzeysel femoral arter, Ayna lezyonlar

#### Resim-1



#### [SB-41]

### Omalizumab Tedavisi Gerektiren Ağır Persistan Astımlı Hastanın Ardındaki Gerçek; İnhaler İlaç Alerjisi

Kadriye Terzioğlu

Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Erişkin Alerji ve Klinik İmmünoloji, İstanbul

**Giriş:** İnhaler kortikosteroidler havayollarındaki enflamasyonu kontrol altına alarak astım semptomlarında düzelme sağlamakla birlikte çok nadiren de olsa kendisi hipersensitivite reaksiyonuna neden olabilmektedir. Olgumuzda inhaled steroidin neden olduğu hipersensitivite reaksiyona sekonder ağır astım atakları geçiren hastamızı sunmak istedik.

**Vaka:** 28 yaşında kadın hasta tarafıma ağır persistan astım nedeni ile refere edildi. 1 yıldır astım tanısı ile inhaled steroid (flutikazon), B2 agonist (salmaterol) ve montelukast tedavisi kullanmaktaydı. Düzenli ve doğru inhaled kullanım tekniğine rağmen hastanın nefes darlığı nedeni ile gündelik işlerini yapmada zorluk ve haftada 2 kere acil başvuruları mevcuttu.

Yapılan fizik muayenede; akciğerlerde bilateral yaygın ronküs, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar bulgularında; hemogram, biyokimya, sedim, CRP, total IgE, toraks CT doğal idi. Spesifik IgE ve deri prick test sonuçlarında sadece akar alerjisi saptandı.

Ağır persistan astım olarak değerlendirilen hastanın inhaled ilacı budesonid/formeterole döndürülerek ek olarak ipratropium bromür, teofilin ve desloratadin başlanarak tam doz tedaviye alındı. Takiplerinde astım semptomları

düzelmeyen ve ronküsleri devam eden hastaya akar duyarlılığı olması nedeni ile omalizumab tedavisi başlandı.

Omalizumab tedavisi ile astım semptomlarında kısmen kontrol sağlanabilen hastanın immün yetmezlik yönünde değerlendirmeleri ile birlikte FOB yapıldı fakat normal olarak değerlendirildi.

Tüm ek patolojileri dışlanan hastanın 1 yıl gibi kısa bir sürede ağır persistan astım olarak seyretmesi ve omalizumab tedavisine yanıtı olmaması nedeni ile hastanın anamnezi derinleştirildi. İnhaler steroidi kullandıktan sonra özellikle ilk 1 saatte nefes darlığında artma olduğunu ifade etmesi nedeni ile hasta inhaled steroid alerji şüphesi yönünde değerlendirildi.

Budesonid ve flutikazon ile deri testleri negatif saptandı. Budesonid ile provokasyon planlanan hastanın provokasyon öncesi solunum sistem muayenesi, PEF değerleri ve vital bulguları kayıt altına alınarak budesonid ile provoke edildi ve hastanın 15. dakikada ronküsleri gelişti, PEF değerleri 550 ml' den 300 ml'e düştüğü görüldü. Farklı bir zamanda flutikazon ile de yapılan provokasyonda da aynı veriler elde edildi. Böylelikle hastanın inhaled steroid alerjisi olduğu saptandı.

İnhaled steroidi kesilerek takibe alınan hastanın omalizumab ve diğer medikal tedavilerine rağmen dönem dönem astım semptomları devam etmesi nedeni ile beklametazon başlandı. Beklametazon ile PEF değerleri düşmeyen ve astım semptomları kontrol altına alınan hastanın tedavisi beklametazon ile devam edildi ve 3 ay sonra astımı kontrollü olan hastanın omalizumab tedavisi ve başlanan ek medikal tedavileri kesildi.

**Sonuç:** Çok nadiren inhaled kortikosteroidlere bağlı hipersensitivite reaksiyon geliştiğini bildiren olgu sunumları mevcut olup veriler kısıtlı sayıdadır. Bizde inhaled steroidde sekonder astım atakları yaşayan hastamızı paylaşarak bu konuya dikkat çekmek istedik. Klinisyenlerin hastaları değerlendirirken kortikosteroid alerjisi çok nadir gözlenmesine rağmen bu ihtimali göz önünde bulundurmaları gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** astım, omalizumab, hipersensitivite, inhaled ilaç, alerji

## [SB-42]

### Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında aşılama oranları ve aşı kararsızlığı nedenleri -üçüncü basamak tek merkez: Kesitsel çalışma

Düriye Sıla Karagöz Özen<sup>1</sup>, Demet Yavuz<sup>2</sup>, Mehmet Derya Demirağ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü, Samsun  
<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü, Samsun

**Giriş- Amaç:** Enfeksiyonlar son dönem böbrek yetmezliği tanılı hastalarda önemli morbidite ve mortalite nedenlerindedir. Aşı ile oluşturulan aktif bağışıklık, sadece çocukluk çağında değil aynı zamanda erişkin dönemde de pek çok bakteriyel ve viral hastalıktan korunmakta anahtar konumdadır. Böbrek yetmezliği hastaları için oluşturulmuş rutin aşılama programları bulunmaktadır. Türkiye’de kronik böbrek hastalığı tanılı hastaların aşı farkındalığı ve aşı kararsızlığıyla ilgili yeterli bilgimiz yoktur. Bu çalışmanın ilk amacı Türkiye’de üçüncü basamak tek bir merkezde takip edilen son dönem böbrek yetmezliği tanısıyla hemodiyalize giren hastalarda aşılama oranları ve aşı farkındalığının araştırılmasıdır. Çalışmanın ikinci amacı ise bu hasta grubunda aşı kararsızlığı oranlarının ve bunun nedenlerinin ortaya koyulmasıdır.

**Gereç-Yöntem:** Samsun Eğitim ve Araştırma hastanesinde diyalize giren ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 86 yetişkin hastaya hepatit B, influenza, pnömokok, tetanoz, zona ve yeni koronavirus aşısı olup olmadıkları bir anket formu oluşturularak soruldu. Hastaların cevabı aşı olmadıklarını belirtiyorsa hastalara her bir aşı için nedenlerin irdelendiği 11 ayrı soru soruldu. Aşı olmayan hastalar aşı olmamaları ile ilgili sunulan 11 seçenekten birden fazla olabilecek şekilde işaretleme yaptılar. Anket formu önceki çalışmalar incelenerek ve kendi hasta grubumuzun özelliklerine göre düzenlenerek oluşturuldu.

**Bulgular:** 48 hasta (%55,8) Hepatit B virüsüne karşı aşılanmıştı. 38 hasta (%44,2) ise hepatit B aşısı olmamıştı. Aşılanmayan 38 hastanın biri kronik hepatit B enfeksiyonu tanılıydı ve 33 hasta da Hepatit B yüzey antikoru pozitif bulundu. Genel aşılama oranlarına bakıldığında pnömokok aşısı yaptıran hasta sayısı 31 (%36), influenza aşısı yaptıran hasta sayısı 48 (%55,8), son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptıran hasta sayısı 14 (%16,3) ve koronavirus aşısı yaptıran hasta sayısı 58 (%67,4) olarak bulundu. Sadece 1 hastanın zona aşısı yaptırdığı görüldü. Aşı kararsızlığıyla ilgili en önemli neden hastaların aşılarla ilgili yeterli bilgi sahibi olmaması olarak tespit edildi.

**Sonuç- Yorum:** Hepatit B virüsü diyaliz cihazları aracılığıyla hastalar arası transfer olabildiği için rutin olarak bu hasta grubunda bakılmaktadır. Hepatit B virüsüne karşı aşılama oranları bu nedenle çalışmamızda yüksek bulunmuştur. Bunu takiben en yüksek aşılama oranları da koronavirus hastalığına karşı bulunmuştur. Diğer aşılar için hedeften uzak olan aşılama oranlarının nedenleri irdelendiğinde hastaların büyük kısmı kendisine önerilmediği için ve bilgi sahibi olmadıkları için aşılama oranlarını belirtmişlerdir. Bu çalışma bizim hasta grubumuzda düşük olan aşılama oranlarının hem hastaları hem

sağlık profesyonellerini bilgilendirerek geliştirilebileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** son dönem böbrek yetmezliği, erişkin aşılama, aşı kararsızlığı

## [SB-43]

### Diyabetik hastalarda mikrovasküler komplikasyon oranlarının değerlendirilmesi ve takip süresi ile yerleşim yerinin glikolize hemoglobin düzeyine etkisi: tek merkez kesitsel çalışma

Düriye Sıla Karagöz Özen, Nezaket Kadı, Mehmet Derya Demirağ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü, Samsun

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı üçüncü basamak tek merkezde takip edilen Diabetes Mellitus (DM) hastalarının genel özelliklerini belirlemek, takip süresi ve glikolize hemoglobin (HbA1c) değişimi arasındaki ilişkiyi ve yerleşim yerinin HbA1c değişimine etkisini ortaya koymaktır. **Hastalar ve Yöntem:** Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniği’ne 12 ay boyunca başvuran Tip 2 DM tanılı hastalar çalışmaya kabul edildi. Hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Laboratuvar değerleri ve demografik özellikler, komplikasyon verileri, kullandıkları tedaviler hastane yazılım sisteminden kontrol edildi. HbA1c kontrolü açısından, HbA1c < %7 hedef aralık kabul edildi. Hastaların yaşadıkları bölgenin HbA1c değişimine etkisi ve takip sürelerinin HbA1c değişimine etkisi analiz edildi.

**Bulgular:** Hastaların ilk HbA1c değeri ortalaması % 8,6 ± 2,3 ve son HbA1c değeri ortalaması % 7,6 ± 1,7 olup ilk ve son HbA1c arasında değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,001). 94 (%49,2) hastanın hedef HbA1c düzeyine ulaştığı görüldü. Takip süresine göre HbA1c de izlenen değişimler incelendiğinde 7 aydan kısa süre takip edilen hastalarda rakamsal olarak daha fazla düşüş olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı izlendi. Hastaların yerleşim yerlerine göre HbA1c değişimleri değerlendirildiğinde şehir merkezinde yaşayan hastaların HbA1c düşüşünün anlamlı düzeyde olduğu, ilçede ve köyde yaşayan hastalarda ilk ve son HbA1c arasında anlamlı değişiklik olmadığı gözlemlendi (sırasıyla p<0,001, p=0,126 ve p=0,639). Diyabetik nefropati sıklığı %23,2, nöropati sıklığı %17,5 ve retinopati sıklığı %9,8 olarak bulundu.

**Sonuç:** Bu çalışma İç Hastalıkları kliniğinde takip edilen Tip 2 DM tanılı hastaların komplikasyonlar yönünden daha yakın takip edilmesi gerektiğini ortaya çıkarmıştır. Yerleşim yerinin HbA1c üzerine etkisini araştırmak içinse daha geniş çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Diabetes Mellitus, HbA1c, takip süresi

Tablo 1

TAKİP SÜRESİ	İLK HBA1C (%)	SON HBA1C (%)	HBA1C DEĞİŞİMİ (%)	p
<6 ay	8,7 ± 2,4	7,2 ± 1,6	1,4 ± 2,4	0,002
>7 ay	8,5 ± 2,3	7,8 ± 1,3	0,8 ± 2,0	<0,001
YERLEŞİM YERİ				
Şehir merkezi	8,7± 2,4	7,6 ± 1,7	1,0 ± 2,1	<0,001
İlçe	8,7± 1,8	7,5 ± 2,0	1,2 ± 2,3	0,126
Köy	7,8± 1,5	8,3 ± 2,3	-0,3 ± 2,1	0,639

Takip süresine göre ve yerleşim yerine göre HbA1c değişimi

[SB-44]

**Tip-2 Diyabetes Mellitus, Dekompense Kalp Yetmezliği Olan Hastada SGLT-2 İnhibitörü Kullanımı Sonrası Gelişen Akut Böbrek Hasarı: Suçlu Kim?**

Cansu Cantürk<sup>1</sup>, Funda Müşerref Türkmen<sup>1</sup>, Süleyman Baş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul  
<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Kalp yetersizliği(KY),Tip 2 Diabetes Mellitus(-Tip2DM) hastalarda,periferik arter hastalığından sonra ikinci en yaygın kardiyovasküler olaydır.Tip2DM hastalarda kalp yetmezliği gelişme olasılığı, diyabetli olmayan kişilere göre 2,5 kat yüksektir. ADA ve ESC kılavuzları Tip2DM ve düşük ejeksiyon fraksiyonlu KY olan Tip2DM hastalarda SGLT2-i kullanımını kontrendikasyon yoksa, metformin sonrası veya metforminsiz birinci basamak tedavi olarak önermektedir. Özellikle hipovolemik hastalarda SGLT2-i ile birlikte ACE-i/ARB kullanımı sonrası akut böbrek hasarı(ABH) nadiren gelişebilmektedir. Kliniğimizde yatan Tip2DM, dekompanse kalp yetmezliği tanılı ARB kullanan hastada SGLT2-i kullanımı sonrası Evre-3 ABH gelişmiş olup hastada multiple miyelom(MM) saptandı.Literatürde benzer olgu olmamakla birlikte günümüzde SGLT2-i'nin, KY olan olgularda güncel kılavuzların önerileri doğrultusunda daha yaygın kullanılacağı ve buna bağlı olarak bu tür olguların sıklıkla karşımıza çıkacağını düşünerek;olgumuzu irdelemeyi uygun gördük.

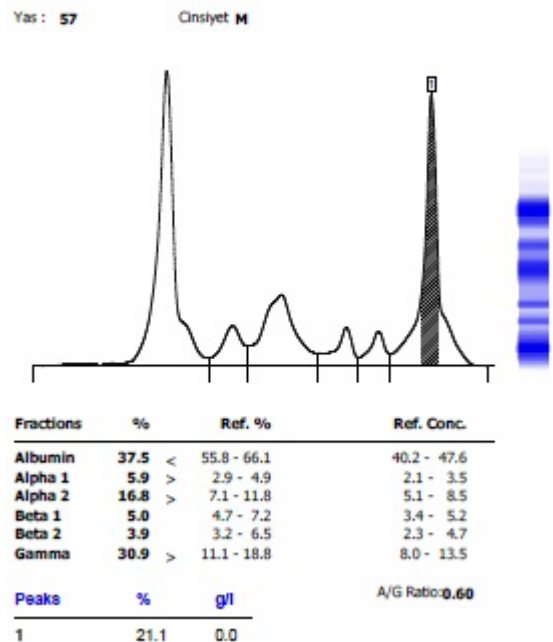
Olgu: 57 yaşında bilinen 10 yıllık Tip2DM,KY, koroner arter hastalığı tanılı erkek hasta nefes darlığı ve bacaklardaki şişlik ile yatırıldı. Nefes darlığının 3 yıldır olduğunu,en az iki yastıkla yattığını belirtiyor.Metoprolol 100 mg,sakubitril 97+valsartan 103 mg,ASA 100 mg, furosemid 40 mg/gün kullanıyor.Kan şekeri regüle.FM'de kan basıncı 114/90mmHg, şuur açık,koopere, nabız 94/dakika,aritmik, solunum sayısı 18/dk,oda havasında oksijen saturasyonu %96,ortopneik.BMI 40,68 kg/m2,boy 1,76 cm,kilo 126 kg.Akciğer sesleri alt zonlarda azalmış,ral alınıyor.Kalp sesleri aritmik,mitral odakta 2/6 pansistolik, koltuk altına yayılan üfürüm alınıyor.Hepatomegali 4 cm,alt ekstremitelerde 3+ sert ödem mevcut. EKG:Atriyal fibrilasyon. Kontrastsız Toraks+Batin BT:Kardiyo-megali, bilateral 4 cm plevral effüzyon, konjesyon, he-

patomegali, böbrek boyutları, korteks kalınlığı normal. Ekokardiyografi:Normal sistolik fonksiyon,grade-2 diastolik disfonksiyon,sol ventrikül hipertrofisi,sol atrium dilate,hafif mitral,triküspit yetmezliği,PAB 40 mmHg,VCİ 2,2 cm, kollaps oranı<%50. Diyabetik retinopati saptandı.Başvuru sırasında böbrek fonksiyonları normal ve kan şekeri regüle olan hastaya sıvı kısıtlaması yapılarak diürez tedavisi başlandı. İdrar 1.gün miktarı 2000 ml/gün olunca 2.gün spironolakton 25 mg+hidrokloriazid 25 mg ilave edildi; idrar miktarı 3800 ml/gün oldu, hastada 6 kg kayıp sağlandı. 5.gün empagliflozin 10 mg/gün başlandı. Empagliflozin başlanmasından 24 saat sonra idrar miktarı 350 ml/güne indi. Diüretikler,ARNİ,empagliflozin kesildi. Kontrol ekokardiyografisinde VCİ çapı 2,3 cm, kollaps oranı<%50 olup,hasta halen hipervolemikti. Furosemid ile diürez tedavisine tekrar başlanmasına rağmen oligoanüri devam etti;kreatinin 4 mg/güne kadar yükseldi. Albümin/globülin oranı ters olan olgunun istenen protein elektroforezinde M bandı saptandı(Resim-1). Laboratuvar parametreleri Tablo-1'de izlenen olgunun laboratuvar değerleri kuvvetle MM böbreğini düşündürdüğünden deksametazon 40 mg/gün/4 gün, 3 gün ara ile ardışık 3 kür uygulandı.Hastanın idrar miktarı giderek arttı, kreatinin 1,3 mg/dl'ye düştü. Kemik biyopsisi MM olarak raporlandı.

Sonuç: SGLT2-i özellikle KY olan diyabetik-nondiyabetik hastalarda yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu hastalar ACEİ/ARB kullanılıyorsa böbrek fonksiyonlarının yakın takibi, olası ABH gelişme durumunda ileri yaştaki hastalarda MM aranması da gerekir.

**Anahtar Kelimeler:** akut böbrek hasarı, Multiple Myelom, SGLT2-i

Resim-1: Olgunun serum protein elektroforezi



Tablo-1: Olgunun laboratuvar parametreleri

Glukoz (mg/dl)	110
HbA1c (%)	5,8
Kreatinin (mg/dl)	1,1
eGFR(epi-CKD)( mL/1,73m <sup>2</sup> )	58,4
Sodyum (mEq/l)	139
Potasyum (mEq/l)	3,9
Kalsiyum (mg/dl)	7,71
Albümin (g/dl)	2
Total Protein (g/dl)	5,6
Ürik Asit (mg/dl)	12,57
BNP (pg/ml)	9162
D-Dimer (ng/ml)	600
Hemoglobin (g/dl)	10
MCV (fL)	95
Lökosit (103/mm <sup>3</sup> )	9
Trombosit (103/mm <sup>3</sup> )	314
CRP (mg/l)	10
Sedimentasyon (mm/saat)	120
pH	7,37
pCO <sub>2</sub> (mmHg)	51
HCO <sub>3</sub> (mmol/l)	27
Laktat (mg/dl)	1,9
İdrar sedimenti	Normal
Protein (24 saatlik idrar, g/gün)	7,37
Olgunun MM'e yönelik laboratuvar parametreleri	
IgG (g/L)	24,57
IgA (g/L)	0,03
IgM (g/L)	0,36
Beta-2 mikroglobulin (mg/L)	12,41
Serum İmmünoelektroforez	IgG lambdada M-protein bandı gözlemlendi.
İdrar immünoelektroforez	Sonuçlanmadı.
Serum Kappa/Lambda oranı	0,823

Olgunun karaciğer, tiroid fonksiyon testleri, koagülasyon parametreleri normaldi, hepatit markerları negatifti.

### [SB-45]

## Helicobacter pylori enfeksiyonu saptanan hastalarda vitamin B12 eksikliği sıklığı ve Helicobacter pylori ile vitamin B12 eksikliği arasındaki ilişki

Nurgül Tükel<sup>1</sup>, Mehmet Aliustaoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul  
<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Kütahya

Amaç: Helicobacter pylori (H.pylori) enfeksiyonu, tüm dünyada en sık görülen enfeksiyondur. Bu mikroorganizma ile enfekte kişilerin çoğunun kliniği asemptomatik olarak seyretse de, H. pylori'nin; akut gastrit, kronik aktif gastrit, atrofik gastrit, duodenal ülser, gastroözofageal

reflü, gastrik adenokarsinom, mukoza ilişkili lenfomalar gibi önemli patolojilere yol açabildiği bilinmektedir. Açıklanamayan vitamin B12 eksikliği ve anemisi olan hastaların üst gis endoskopi işlemlerinde elde edilen biyopsi incelemelerinin çoğunda atrofik gastrit saptanmaması ve H.pylori görülmesi, klasik nedenlerle açıklanamayan vitamin B12 eksikliği etyolojisinde H.pylori'nin olası etkisini düşündürmüştü ve bu konuda birçok çalışma yapılmıştır.

Yöntem-Gereçler: Yukarıda bahsedilen çalışmalardan biri; 1 Ocak 2013-1 Eylül 2013 tarihleri arasında Dr. Lütfi Kırdar eğitim ve araştırma hastanesi iç hastalıkları kliniğinde vitamin B12 incelemesine ve üst gis endoskopi işlemine gereksinim duyulan 175 hastanın verilerinin retrospektif olarak değerlendirildiği çalışmadır. H.pylori enfeksiyonu pozitif olan 125 kişi hasta grubuna, negatif olan 50 kişi kontrol grubuna dahil edilmiştir. Klasik nedenlerle açıklanabilen vitamin B12 eksikliği olan hastalar bu çalışmaya dahil edilmemiştir. Elde edilen veriler SPSS-PASW Statistics-17 paket programı kullanılarak analiz edilerek Ki-Kare testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmadaki H.pylori enfeksiyonu bulunan hasta grubundaki vitamin B12 eksikliği sıklığı %37.6 (n:47), H. pylori enfeksiyonu bulunmayan kontrol grubundaki vitamin B12 eksikliği sıklığı ise %20 (n:10) olarak bulunmuştur. İstatiksel sonuçlar, H. pylori ile vitamin B12 eksikliği arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu göstermiştir (p<0.05).

Sonuçlar: H. pylori'nin hangi mekanizmalarla vitamin B12 eksikliğine katkıda bulunduğunu araştıran çalışmalar neticesinde; H. pylori'nin gastrik otoimmunitiyi harekete geçirip intrensek faktöre veya paryetal hücrelere karşı otoantikörlerin üretimine neden olarak, bu otoantikörlerin veya H. pylori'nin kendisinin direkt olarak intrensek faktör (IF) yapımını, IF fonksiyonlarını, vitamin B12'nin IF'ye bağlanmasını engelleyerek veya IF'nin midede bağlandığı R proteinlerini etkileyerek vitamin B12 emilimini engellediği öne sürülmektedir. Ayrıca H. pylori enfeksiyonunun B12 absorpsiyonu üzerine muhtemel etkilerinin, gıdalardan vitamin B12 salınımını engellemesi, kobaloflinler tarafından midede vitamin B12 ve analogların bağlanmasının engellenmesi, kobaloflinlerin gastrointestinal sistemde pankreatik enzimler tarafından sindiriminde ve kobalaminlerin (analogları hariç) IF'e bağlanmasında bozukluk gelişmesi olduğu ve midede kolonize olmuş H.pylori'nin vitamin B12'yi tükettiği düşünülmüştür. Avrupa Helicobacter pylori Çalışma Grubu(EHPG) tarafından hazırlanan IV. Maastricht konsensus raporunda; H.pylori'nin ekstragastrointestinal bulguları olarak; demir eksikliği anemisi ve idiopatik trombositopenik purpura(ITP) yanında vitamin B12 eksikliği de yerini almıştır ve açıklanamayan demir eksikliği anemisi, ITP ve vitamin B12 eksikliğinde H. pylori'nin aranması ve eradike edilmesi önerilmektedir. Toplumumuzda H.pylori prevalansının yüksek olduğu ve H.pylori pozitif olan vitamin B12 eksikliği saptanan hastalarda, eradikasyonla beraber vitamin B12 seviyelerinin yükseldiğini gösteren çalışmaların varlığı göz önünde bulundurularak, açıklanamayan vitamin B12 eksikliği nedeni olarak H. pylori tetkik edilmez.

**Anahtar Kelimeler:** helicobacter pylori, vitamin B12 eksikliği, Maastricht konsensus raporu

**Tablo1. Çalışmaya ait klinik ve demografik özellikler**

	Hasta grubu	Kontrol grubu
Yaş (yıl)	41.17±10.947	46.12±11.602
Kadın N(%)	81 (64.8)	33 (66)
Erkek N(%)	44 (35.2)	17 (34)
Vitamin B12 eksikliği sıklığı N(%)	47 (37.6)	10 (20)
Ortalama vitamin B12 değeri(pg/ml)	246.47±101.892	279.50±118.114

**[SB-46]****Sars-Cov2 tanısı ile hastaneye yatan 25-65 yaş arasındaki oksijen ihtiyacı olan hastalarda hangi doz pulse steroid tedavisi etkindir ?**

Serhat Mert Tiril, Sema Basat

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

Amaç: Pandemi yönetiminde birçok tedavi denenmiştir, yüksek doz steroid tedavisi de bu tedavi yöntemlerinden biridir. Biz bu çalışmada pulse steroid tedavisinin etkin dozunu bulmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya hastanemiz pandemi kliniklerinde yatan 25-65 yaş arasındaki solunum sıkıntısı gelişen toplam 61 hasta alındı. Hastalar 250 mg steroid (n=31) tedavisi alanlar ve 500 mg steroid (n=30) tedavisi alanlar üzere iki gruba ayrıldı. Hastaların yatış esnasında ve takiplerinde alınan laboratuvar tetkikleri (üre,kreatin, crp, d-dimer, ferritin, kalsiyum, ldh, albümin, lökosit, lenfosit, nötrofil, hemoglobin, trombosit, po2, spo2 ), komorbite durumları, yatış bt bulguları, maksimum ve minimum oksijen saturasyonları, oksijen alma şekilleri, oksijen gereksinim düzeyleri ve servisten ayrılış şekilleri (taburcu, yoğun bakıma sevk, ölüm) değerlendirilerek her 2 grupta karşılaştırıldı. Bu veriler spss programı aracılığı ile analiz edildi. Biz çalışmamızda pulse steroid tedavisinin etkin dozunu saptamayı hedefledik. Bulgular: Çalışma 24.12.2020 ve 04.03.2021 tarihleri arasında yaşları 25 ile 65 arasında değişmekte olan, 38'i (%62) erkek ve 23'u (%37) kadın olmak üzere toplam 61 hasta ile yapılmıştır. Hastaların yaşlarının ortalaması 53,62±8,32'tir. Çalışmamızda 31 hasta 250 mg steroid tedavisi, 30 hasta ise 500 mg steroid tedavi almıştır. 61 hastanın hastane yatış süresi boyunca 19'una (%31) Anakinra, 7'sine (%11) Tosilizumab uygulanırken, 35 hastada (%57,4) antiserotonin ihtiyacı olmamıştır. Takip edilen 61 hastanın 52 tanesi (%85) yattığı servisten taburcu edilmiştir. 9 hasta (%15) ise yoğun bakım ünitesine sevk edilmiştir. 2 grubun karşılaştırmalı istatistiksel analizinde tedavi öncesi Lenfosit değerleri 500 mg alan grupta daha düşük ve anlamlı bulunmuştur (p < 0.05) Pcr pozitifleştikten sonra 500 mg steroid tedavisi alanlarda daha erken steroid tedavisi başlandığı görülmüş ve anlamlı bulunmuştur (p < 0.05). 2 grubun en düşük ölçülen satürasyon değerleri karşılaştırıldığında 500 mg steroid tedavisi alanlarda daha düşük ve anlamlı saptandığı görülmüştür (p < 0.05). Çalışmaya dahil edilen hastalarda yapılan analizde rezervuarlı maske kullanımı 500 mg steroid tedavisi alan

grupta daha yüksek bulunmuştur. (p:0.003) Bt tutulumlarına göre karşılaştırıldığında 500 mg steroid tedavisi alanlarda tutulumun ağır olduğu görülmüştür. (p:0.01) Satürasyonlarına göre analiz edildiğinde 500 mg alan grupta satürasyonların 85 ve altında olduğu izlenmiştir. (p:0.01)

Sonuç: Covid-19 tedavisinde kullanılan ve denenilen farklı birçok tedavi yöntemi bulunmaktadır. Tedavilerin prognoz ve mortalite üzerine etkisi hakkında yapılan çalışmalara ek olarak tedavi etkinliklerinin karşılaştırılması da oldukça önemlidir. Biz pulse steroid tedavisinde hangi dozun daha etkili olduğunu bulmayı amaçladık. Çalışmamız sonucunda Covid-19 tedavisinde mortalite riski daha yüksek olan hastalara daha yüksek doz steroid tedavisi tercih edilmiş olup, 250mg ve 500 mg arasında net tedavi etkinliği açısından fark bulunmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, mortalite, steroid**[SB-47]****COVID-19'lu Hastalarda Kardiyak Tutulum Risk Faktörleri ve Troponin Yüksekliğinin Prognostik Değeri**Gönül Açıkсарı

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof.Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi,Kardiyoloji Anabilim Dalı,İstanbul

Amaç: Miyokart hasarına işaret eden kardiyak Troponin artışları COVID-19 hastalarında yaygındır. Bu çalışma, hastanede yatan COVID-19 hastalarında miyokart hasarı için risk faktörlerini ve prognostik değerini değerlendirmeyi amaçlandı.

Yöntem: Retrospektif kohort çalışmasına hastanemizde 10 Nisan 2020-28 Mart 2021 tarihleri arasında 472 hasta dahil edildi. Tüm hastaların verileri elektronik tıbbi kayıtları ve hastane arşiv dosyalarından elde edildi. Hastalar başvurudan sonraki ilk 24 saat içinde Troponin değerine göre Grup 1 ( Troponin değeri  $\geq 20$ ng/ml yüksek), Grup 2 (Troponin değeri  $< 20$ ng/ml normal) şeklinde belirlendi.

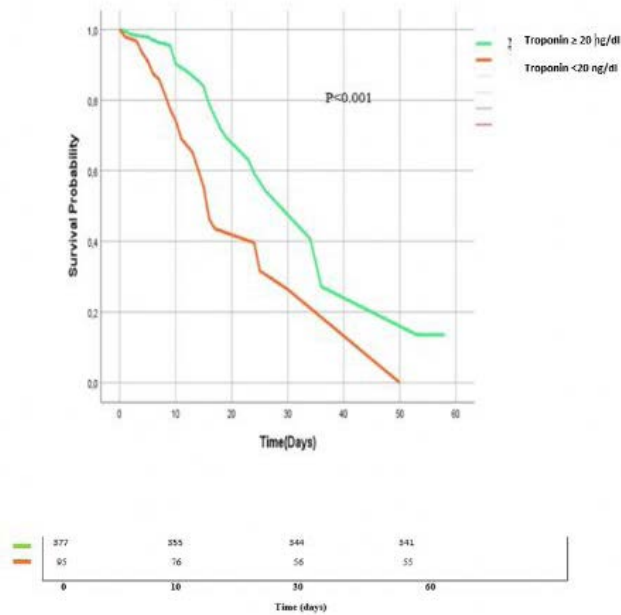
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastalardan 95'inde (%20.12) Troponin değeri (  $\geq 20$ ng/ml) yüksekti. Grup 1'de Grup 2'ye göre daha yaşlı, diyabet, hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı ve konjestif kalp yetmezliği gibi komorbiditeler daha çok eşlik ediyordu (P<0.005). Grup 1 istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek kreatinin, prokalsitonin, hs-CRP, D-Dimer değerlerine ve nötrofil sayılarına sahipti (p< 0.005); lenfosit sayısı ve serum albümin düzeyleri ise daha düşüktü ( p<0.05). Artan yaş (olasılık oranı [OR], 1.02; %95 güven aralığı [CI], 1.00-1.04), Covid-19 hastalık şiddeti (OR, 2.51; %95 CI, 1.13-5.58), düşük serum albümin düzeyleri (OR, 0.94; %95 CI, 0.92-0.99) ve yüksek kreatinin düzeyi (OR, 1.37; %95 CI, 1.10-1.70) troponin artışı ve miyokart hasarı için en önemli bağımsız prediktörlerdi. Troponin düzeyi yüksek grup normal Troponin düzeyi grubuna sahip hastalardan anlamlı olarak daha yüksek hastane içi mortaliteye (%41.7'ye karşı %9.5 p< 0.001) sahipti, yo-

ğün bakım (%61.5'e karşı %14.6 p <0.001) ve mekanik ventilasyon (%47.9'a karşı %11,4 p < 0.001) ihtiyacı görüldü ve hastanede kalış süresi uzundu (medyan gün 10 (6-16) vs. 6 (4-11) p = <0.001). Çok değişkenli bir lojistik regresyon modelin analizinde Yaş (olasılık oranı [OR], %95 güven aralığı [CI]: 1.032 [1.006-1.059], p=0.014) ve cinsiyet (erkek) (OR, 3.94 %95 CI, 1.701-9.133, p=0.001), yüksek Troponin (OR,3.56 %95 CI, 1.539 -8.212, p=0.003), düşük hemoglobin ( OR, 0.842 %95 CI, 0.711-0.998, p=0.047), düşük albümin ( OR, 0.904 %95 CI, 0.840-0.973, p=0.007), daha yüksek D-Dimer (OR,1.035 %95 CI, 1.003-1.069, p=0.034) hastane içi mortalitenin bağımsız ön gördürücüleriydi. ROC analizinde 20 ng/L Troponin düzeyi eşik değeri alındığında hastalığın şiddeti (alan eğrinin altında (AUC): 0.610 %95 CI: [0.529-0.690], p = 0,007) ve ayrıca hastane mortalitesi ( AUC, 0.793,%95 CI [0.740-0.845] için en iyi tahmin değerine sahipti.

Sonuçlar: Hastanede yatan COVID-19 hastalarında, Troponin artışı hastalığın şiddeti ve kötü prognoz ile ilişkilidir. Troponin seviyeleri, COVID-19 hastalarının risk sınıflandırması ve klinik yönetimi için ek bir araç olarak kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, Miyokart hasarı, Troponin, Prognoz

**Şekil 1. COVID-19 ile hastaneye yatırılan hastaların Troponin değerlerine göre Kaplan-Meier sağkalm eğrileri**



[SB-48]

**Graves hastalığında tanı anındaki TSH reseptör antikör düzeyi ile tiroid hormon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?**

Hamide Pişkinpaşa<sup>1</sup>, Seda Turgut<sup>1</sup>, Begüm Güleşir<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, İstanbul  
<sup>2</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Graves hastalığı, TSH reseptör antikörlerinin (TRAb) TSH reseptörünü uyararak tiroid hormonu üretimini ve salınımını arttırdığı otoimmün bir hastalıktır. Graves hastalarında TRAb değerlendirmesi; hastalığın teşhisi, prognozunu değerlendirilmesi ve hastalığının remisyonunun öngörülmesi açısından klinik öneme sahiptir. Anti tiroid tedavi seçeneği tercih edilen graves hastalarında tedavi süresinde; TRAb seviyelerinde düşme gözlenmemekte veya hiç saptanamaz hale gelmektedir ve bu durum uzun süreli remisyonla da ilişkili bulunmaktadır. Bilinmektedir ki tanı anındaki TRAb, sT3 (serbest triiyotironin) ve sT4 (serbest tetraiyotironin) hormonlarının seviyeleri de hastalığının klinik seyri ve ciddiyeti ile ilişkilidir. Bizim bu çalışmada amacımız, Graves hastalarında tanı anındaki TRAb seviyeleri ile klinik ve laboratuvar bulguları arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Metod: Çalışmamıza 2018-2020 yılları arasında Graves hastalığı tanısı konulan ve tanı anında TRAb ölçümü yapılan 48 hasta (26 kadın/22 erkek) dahil edildi. Tanı anında TRAb negatif saptanan ve daha önceden anti tiroid tedavi almış nüks graves tanılı hastalar çalışma dışına bırakıldı. Tüm hastalarımızda anti tiroid medikal tedavi seçeneği tercih edilmişti. Hastalarda yaş, cinsiyet ve sigara kullanımını kaydedildi. Hastaların laboratuvar değerlendirmelerinden; sT3, sT4, TSH ve TRAb seviyeleri de kaydedildi. İstatistiksel değerlendirmelerinde; TRAb seviyeleri ile ilişkili olabilecek parametreler ile korelasyon analizleri yapıldı. Sonuç: Tüm hasta serisinde ortalama yaş 40,3±12,1 yıl olarak saptandı. Hastalarda ortalama TRAb seviyeleri 10,4±10,5 IU/L olarak saptandı (tablo 1). TRAb seviyesi ile yapılan korelasyon analizlerinde TRAb seviyeleri ile sT4 ve sT3 seviyeleri arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı (r = 0.287, p = 0.048 ve r = 0.304, p = 0.036, sırasıyla). TRAb seviyeleri ile cinsiyet, yaş ve sigara kullanım durumu arasında ilişki gözlenmedi. Tartışma: Çalışmamızda tanı anındaki TRAb seviyeleri ile dolaşımdaki tiroid hormonlarının seviyeleri arasında ilişki olduğunu saptadık. TRAb'ın TSH ve tiroid epitel hücrelerini doğrudan uyarabildiği ve çeşitli derecelerde graves tirotoksikozuna da yol açabildiği göz önüne alındığında, bu sonuçlar şaşırtıcı değildir. Yüksek TRAb seviyeleri olan hastalarda daha yüksek hormon seviyeleri bekleneceğinden ve klinik tabloda bununla ilişkili olarak daha şiddetli beklenebilir. Bu nedenle TRAb antikoru yüksek titrede pozitif saptanan hastalar klinik bulgular ve tedavi seçimi açısından daha dikkatli değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Graves hastalığı, TSH reseptör antikoru, Serbest tiroid hormonları

**Tablo 1: Hastaların tanı anındaki klinik ve laboratuvar bulguları açısından özellikleri**

N=48	Ort±SS veya	
Yaş (yıl)	40,3±12,1	19-76
Kadın (n) / Erkek (n)	26/22	
Sigara kullanım sıklığı (n, %)	15 (31%)	
TRAb (IU/L)	10,4±10,5	2,1-63
sT4 (ng/dL)	2,6±1,5	0,9-7,7
sT3 (pg/mL)	10,3±7,3	3,3-31,9
TSH (µu/mL)	0,016±0,005	0,002-0,04

Süreğen değişkenler Ort±SS olarak verilmiştir; Ort±SS: ortalama ± standart sapma TRAb, TSH reseptör antikor; sT4, serbest tetraiyodotironin sT3, serbest triiyodotironin; TSH, tiroid stimulan hormon

**[SB-49]****Lewy Cisimcikli Demans Hastalarının Demografik, Klinik Özellikleri ve Geriatrik Sendromları: Türkiye’den Bildirim**

Mehmet İlkin Naharcı, Neslihan Kayahan Satış, Cemile Özsürekcı

S.B.Ü. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Lewy Cisimcikli Demans (LCD) geriatrik popülasyonda en sık görülen ikinci demanstır. Bu hastalık diğer demans alt tipleri ile sık karışabilmesinin yanında, hastaların tanı anındaki bilişsel ve fonksiyonel durumlarına ilişkin çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada, demanslı Türk popülasyondan oluşan bir örnekleme LCD hastaları arasındaki demografik, klinik özellikler ve geriatrik sendromlarının araştırılması amaçlanmıştır.

**Metod:** Üçüncü basamak bir referans merkezde 2006 – 2019 yılları arasında geriatri polikliniğinde LCD tanısı almış hastalar retrospektif olarak hasta dosyalarından incelendi. Hastalara ait demografik ve klinik veriler, LCD sınıflamasına ait çekirdek ve destekleyici bulgular ile geriatrik sendromlara ilişkin veriler değerlendirildi. Bunun yanı sıra hastaların bilişsel ve işlevsel durum, beslenme ve duyu durum düzeyleri sırası ile Mini-Mental Durum Muayenesi (MMSE ), Barthel Günlük Yaşam Aktivitesi İndeksi, Mini Nutrisyonel Değerlendirme - Kısa Form ve Geriatrik Depresyon Skalası-15 ile ölçüldü. Hastaların LCD ciddiyeti ise Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği (CDR) ile skorlandı.

**Bulgular:** 2006 – 2019 tarihleri arasında tanı almış olan 116 LCD hastası değerlendirildi. Ortalama yaş 79 ± 6.9 idi ve hastaların 50.9%’u kadındı. Hastaların çoğu 5 yıldan daha az eğitim süresine sahipti. Popülasyonun yarısından fazlası evli ve eşleri ile yaşamaktaydı. Ortalama MMSE 19.8 ± 5.3 idi ve hastaların %63.8’i hafif demans olarak sınıflandırıldı. Tüm hastalarda en az bir çekirdek özellik bulunurken, hastaların %86,1’inde en az bir destekleyici özellik vardı. En sık karşılaşılan çekirdek özellik bilişsel dalgalanma (%78.1) olup bunu görsel halüsinasyon (%77) ve bradikinezi (%69) takip ederken; sanırlar (%59.5) ve idrar kaçırma (%59.5) en sık görülen destekleyici özellikleri oluşturdu. En sık görülen geriatrik

sendrom ise beslenme yetersizliği (%70,4) olup bunu idrar kaçırma (%59,5) ve fonksiyonel bozukluk (%59,5) izledi. Kadınlar, erkeklere kıyasla daha sık depresif belirtilere ve işlevsel bozulmaya sahip olma eğilimindeydi. Diğer geriatrik sendromların görülme sıklığı cinsiyetler arasında benzerdi.

**Sonuç:** LCD hastaları tanı anında değişik klinik bulgularla başvurabilir. Beraberinde eşlik eden geriatrik sendromlar hastalık yönetimini zorlaştırmakla birlikte, özellikle kadınlarda depresyon ve işlevsel bozulma açısından daha dikkatli olunmalıdır. LCD hastalığının tanınması ve takibinin daha iyi yapılabilmesi açısından geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** geriatrik sendromlar, lewy cisimcikli demans, tanısal özellikler

**[SB-50]****Sağlık çalışanlarının ruminasyon, uyku kalitesi ve yaşam doyum düzeyleri: Türkiye’de bir COVID-19 pandemi hastanesi sonuçları**

Pervin Özkan Kurtgöz<sup>1</sup>, Fatih Saçkan<sup>2</sup>, İbrahim Güney<sup>1</sup>, Muhammet Cemal Kızılarslanolu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

**Amaç:** COVID-19’un psikolojik etkilerinin sağlık çalışanlarında diğer kişilere göre daha fazla olması beklenmektedir. Bu çalışmanın amacı, COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları üzerindeki psikolojik etkilerini belirlemektir.

**Yöntemler:** 8-18 Nisan 2020 tarihleri arasında 4250 sağlık çalışanının cep telefonlarına elektronik ortamda hazırlanmış bir anket formu gönderilmiştir. Katılımcıların uyku kalitesi, yaşam doyumu ve ruminasyon düzeyleri sırasıyla, "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI)", "Yaşam Memnuniyeti Ölçeği (SoL)" ve "Kişilerarası Suça İlişkin Ruminasyon Ölçeği (RIOS)" kullanılarak değerlendirildi. Anketlere 535 katılımcı yanıt verdi ve elde edilen veriler kaydedildi.

**Bulgular:** COVID-19 hastalarıyla temas öyküsü olanlar, olmayanlara göre daha kötü RIOS ve PSQI skorlarına sahipti (hepsinin p değeri <0.05). Ayrıca, COVID-19’a sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğu görüşünde olan ve COVID-19 enfeksiyonu olsalardı hastalıklardan tamamen kurtulamayacaklarını düşünenler daha kötü SoL, PSQI ve RIOS puanlarına sahipti (hepsinin p değeri <0.05).

**Sonuç:** COVID-19 hastalarıyla temas halinde olan sağlık çalışanlarında ruminasyon, uyku kalitesi düzeyleri temas etmeyenlere göre daha kötüydü. COVID-19 pandemisi sağlık çalışanlarını psikososyal olarak etkilemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık çalışanları, COVID-19 pandemisi, ruminasyon, yaşam doyumu, uyku kalitesi



# POSTER BİLDİRİLER

**POSTER BİLDİRİ LİSTESİ**

PS-02	Liraglutide tedavisinin yan etkilerinin değerlendirilmesi anketi	Lezan Keskin
PS-03	Metformine Bağlı Laktik Asidoz Olgu Sunumu	İffet Beril Gökmen
PS-04	Asetazolamide bağlı gelişen normal anyon açıklı hiperkloremik metabolik asidoz	Sidelya Ecem Yiğit
PS-05	LEMMELE Sendromu: Duodenal divertiküle bağlı akut pankreatit ve tıkanma sarılığının nadir bir sebebi, olgu sunumu	Duygu Kıymet Ağrıman
PS-06	Romatoid artritli hastada düşük doz metotrexat kullanımına bağlı gelişen pansitopeni: olgu sunumu	Aslıhan Çalim
PS-07	Tekrarlayıcı seronegatif pitting ödemli simetrik sinovit sendromu ( RS3PE ): Olgu sunumu	Duygu Kıymet Ağrıman
PS-08	Diyabetik retinopati için belirteç olarak D vitamini	Sevim Ayça Seyyar
PS-09	Favipiravir kullanımına bağlı anjiyoödem ve ürtiker: Olgu sunumu	Figen Öztürk Ergür
PS-10	Küçük hücreli akciğer kanserinin nadir metastazı: Orbital metastaz	Figen Öztürk Ergür
PS-11	Karında şişkinlik ile başvuran primeri bilinmeyen karaciğer adenokarsinomu	İhsan Solmaz
PS-12	Makülopapüler Döküntü ile Başvuran SLE Olgusu	Begüm Güleşir
PS-13	Hiperbilirubinemi: Hiç Statin Düşündünüz Mü?	Merve Tekinyıldız
PS-14	Güncel bir vaka; Pfizer-BioNTech aşısından sonra gelişen anti-nötrofil sitoplazmik antikor ilişkili vaskülit	Emine Uzun
PS-15	Pansitopeni ile prezente olan bir bruselloz olgusu	Nihan Güner
PS-16	Böbrek yetmezliği gelişmeksizin nörolojik bulgularla ortaya çıkan trombotik trombositopenik purpura	Mert Arıç
PS-17	Ağır hemolitik anemi ile prezente olan bir MALT lenfoma vakası	Gizem Şirin Kalem
PS-18	Bir devlet hastanesine başvuran geriatrik hipertansif hastaların irdelenmesi	Manolya Gökrem
PS-19	Non-COVID dahiliye servisinde yatan hastalarda saptanan COVID 19-PCR pozitifliğinin bir yıl içindeki değişimi	Feray Akbaş
PS-20	Nadir bir vaka: Hipereozinofilik Sendrom	Feray Akbaş
PS-21	Uzun bir aradan sonra ardarda tanı konan bir zoonoz: Bruselloz	Feray Akbaş
PS-22	Didmoad sendromu	Mehmet Çetin
PS-23	İzole Şiddetli Hipoalbuminemi ile Prezente Olan Konstriktif Perikardit	Elif Yunt
PS-24	Tip 1 diabet mellitus zemininde hipo-hiperglisemi, hipertriglisideremi ve hepatomegali ile prezente olan nadir bir vaka: Mauriac Sendromu	İnci Öztel
PS-25	Doktor bu ne! Karnımdan süt mü geldi?	Mehmet Çetin
PS-26	Akut Böbrek Hasarı ve Hipertansif Acille Başvurup Tanı Alan Multiple Myelom olgusu	Canan Kalmaz
PS-27	Hiponatremi ile Prezente Olan Akciğer Kanseri Olgu Sunumu	Canan Kalmaz
PS-28	Tip 1 Diabetes Mellitus tanılı hastada insülin glulisine yanıtızsızlık ve insülin aspart ile değişim sonrası tam glisemik kontrol: Olgu sunumu	Düriye Sıla Karagöz Özen
PS-29	Polimiyalji Romatikaya sekonder gelişen Amiloidoz	Dilan Kabaca
PS-30	Covid -19 enfeksiyonu nedenli hastane yatışı sonrası gelişen CMV hepatiti	Fırat Tari
PS-31	Covid-19 Enfeksiyonu sonrası Diyabetik Ketoasidoz ile prezente olan tip 1 Diyabetes mellitus Olgusu	Deniz Akman Okumuş
PS-32	Kreatin Kinaz Yüksekliği ile Prezente Olan HIV Enfeksiyonu Vakası	Gözde Özsoy
PS-33	Allopürinol kullanımı sonrası akut böbrek hasarı ve karaciğer enzim yüksekliği ile seyreden DRESS sendromu olgu sunumu	Şeymanur Ala Enli
PS-34	Bisitopeni ve masif plevral efüzyon ile presente olan EBV (+) Diffüz Büyük B-Hücreli Lenfoma	Gülçin Çelebi
PS-35	Akut pankreatite yol açan COVID 19: Olgu sunumu	Murat Altay
PS-36	Kanama ile başvuran hastalarda gözardı edilmemesi gereken bir lösemi tipi: Akut Promyelositik Lösemi	Ebru Kılıç Güneş

## POSTER BİLDİRİ LİSTESİ

PS-37	Metotreksat ilişkili epidermal nekrozis	Berfin Özçelik
PS-38	Sars-Cov-2 Sonrası Gelişen Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı	Mitat Büyükkaba
PS-39	Sistemik lupus eritematozusu olan hastada gastrointestinal tutulum olarak protein kaybettiren enteropati	Beyza Soylu Uslu
PS-40	Adalimumab Kullanımına Bağlı Gelişen Akut Pankreatit	İskender Ekinci
PS-41	Kronik Böbrek Hastalığı ile Prezente olan Berger Hastalığı (IgA nefropatisi) Olgusu	Damla Gül Çetin
PS-42	Subklinik Hipotroidisi ve Prediyabeti olan Hastalarda QTC Dispersiyonu ve Kvon ilişkisi	Pınar Karakaya
PS-43	Nötropenik Hastada İnatçı bir Ateş Etkeni	Doğan Can Çelik
PS-44	Kanama ile prezente olan malignite ilişkili mikroanjiopatik hemolitik anemi: Olgu sunumu	Muhammed Zeki Çiçek
PS-45	Graves hastalığı ve akut hepatit B enfeksiyonu birlikteliği: Olgu sunumu	Selinay Emekli
PS-46	Epileptik atak ile prezente olan takayasu arteriti Vakası	Eda Nur Duran
PS-47	Covid-19 M-RNA Aşısı Sonrası Gelişen Akut Pankreatit	Hüseyin Emre Çarpan
PS-48	Antitiroid Kullanımına Sekonder Agranülositoz	Serkan Akbaş
PS-49	Covid-19 Enfeksiyonu Sonrası Hiponatremi Olgusu	Gözde Demir
PS-50	Akut Böbrek Yetmezliğine Neden Olan Bir Amfizematöz Pyelonefrit Vakası	Meryem Direk
PS-51	Hepatosellüler kanser hastasında transkatater embolizasyon	Ayfer Memiş Yakışık
PS-52	Sakrum Metastazı ile Prezente Olan Papiller Tiroid Kanseri	Sümeyye Tuğba Bayram

## [PS-02]

**Liraglutide tedavisinin yan etkilerinin değerlendirilmesi anketi**

Lezan Keskin<sup>1</sup>, Seher Kiraz Erdal<sup>2</sup>, Göknu Özdemir<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Turgut Özal Üniversitesi, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma hastalıkları Kliniği, Malatya

<sup>2</sup>Turgut Özal Üniversitesi, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyabet Eğitim Hemşireliği, Malatya

**Amaç:** Obezite, genetik ve çevresel belirleyicileri olan ciddi, kronik bir hastalıktır. Farmakoterapide amaç klinik olarak anlamlı kilo kaybını sağlamak ve beraberinde yaşam tarzı müdahalesine yararlı ek katkı sağlamaktır. Liraglutide, tip 2 diyabet hastalarında metformin ile kombinasyon tedavilerinde tercih edilen Glukagon benzeri peptid 1 analogu olup aynı zamanda obezite tedavisinde de kullanılan etkin bir ilaçtır. Çalışmamızda tip 2 diabetes mellitus( DM) hastalarında metformin ile kombine edilmiş Liraglutide tedavisinin etkin glikoz ve kilo değişimi yanında yan etkileri, intoleransını araştırmayı amaçladık.. **Yöntem:** Çalışmamıza hastanemiz Endokrinoloji ve Metabolizma hastalıkları polikliniğine başvuran, DM 'ü mevcut,iki doz metformin ile yeterli glisemik kontrol sağlanamamış,BKI> 30 kg/ m<sup>2</sup> olan obez hasta dahil edildi. Tüm olgulara liraglutide 0.6 mgr/ gün tek doz ve haftalık artırmalar ile tedavinin devamı ve metformin 2x1000 mgr/gün ( sabah, akşam) başlandı. Tedavinin 1. Ayında genel kontrol döneminde kan değerleri, kilo değişim takibi ve hastaya anket çalışması ile beraber sorular sorularak ilacın toleransı incelendi. **Bulgular:** Çalışmamıza dahil edilen 50 hastanın 36'sı kadın(%72) ve 14'ü erkekti(%38).Hastaların yaş ortalaması 41.18±8.4, diyabet yaşı ise 5.22 ±3.32 idi. Hastaların 4. Hafta sonunda açlık kan şekeri ( 158.41±45.12 / 102.25±35.11, p<0.001), tokluk kan şekeri ( 215.30±41.89 /145.13±19.24, p<0.001), total kolesterol (228.15±36.15/196.72±18.41,p<0.05), LDL- kolesterol(159.31±24.13 /104.29±28.19, p<0.05) anlamlı azalma gözlemlendi. HDL kolesterol düzeyindeki artış (43.13±17.24/ 66.29±23.19, p<0.005) ise anlamlı olarak değerlendirildi. Hastaların kilo değişimlerinde (83.48±24.12/ 77.42±20.11) ve VKİ( 36.13±10.21/33.22±10.23) değişimi anlamlı idi. Hastaların ortalama günlük dozu: 1.8 mgr/ gün idi. Hastaların kilo kaybı ile beraber yaşam tarzı değişikliğine adaptasyonunu kolaylaştırdığı tespit edildi. Ve cerrahi düşünülen 14 hasta bu tedavi ile cerrahi düşünmediğini belirtti. Hastaların 1. Ay sonunda en yaygın şikayeti % 44 ile bulantı, % 17 ile karın ağrısı, % 8 ile başdönmesi ve halsizlik idi. % 3 hastada hafif derecede kusma görüldü. Şiddeti artması ile ilacı kesildi. **Sonuç:** Metformin monoterapisi ile yeterli glisemik kontrol sağlanamayan obez hastalarda liraglutide kan şekeri ve lipid parametreleri üzerindeki olumlu etkileri ile beraber, uzun dönemde gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ile uygun hastalarda tercih edilebilir. Liraglutidin yan etkileri, mide bulantısı, kusma, ishal, kabızlık ve hazımsızlık dahil olmak üzere gastrointestinaldir ve kademeli doz artışı ile bu şikayetler hafifletilebilir. Çoğu hafif ile orta şiddettedir, geçicidir ve tedaviye devam edildiğinde günler veya haftalar içinde azalır. Liraglutide te-

davisi ile semptomatik safra taşı ve daha nadiren pankreatit insidansında artış olabilir. Hastalar bu durumlar konusunda uyarılmalıdır. Liraglutide kilo üzerine olumlu etkileri ile etkin bir ilaç olup yan etkileri tolere edilebilir olması sebebiyle tedavide tercih edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** obezite, liraglutide, insülin direnci

## [PS-03]

**Metformine Bağlı Laktik Asidoz Olgu Sunumu**

İffet Beril Gökmen, Sidelya Ecem Yiğit, Murat Ayberk Narin, Yıldız Okuturlar

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Metformin diyabetik hastalarda ilk basamakta kullanılan, biguanid grubunda yer alan oral antidiyabetik tedavi ajanıdır. Metformin özellikle kronik hipoksemik durumlarda en ciddi yan etkisi olan laktik asidoz riski nedeniyle kontraendikedir. Özellikle böbrek yetersizliğinde laktat atılımının azalması sonucu laktik asidoz riski daha yüksektir.

**Olgu:** 75 yaşında bilinen hipertansiyon, diyabet, koroner arter hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, ritim bozukluğu tanıları olan, tiroidektomi ve kalp pili bulunan hasta acil servise birkaç gündür başlayan halsizlik, bulantı, iştahsızlık, diürezinde azalma şikayetleriyle başvurdu. Kullandığı ilaçlar sorgulandığında metformin 1000 mg 2x1 kullandığı öğrenildi. İlacını 3 günde 1 kullandığını ancak son 1 haftadır hergün kullandığını belirtti. Fizik muayenesinde şuuru açık, oryante ve koopere. Genel durumu iyi. Solunum sesleri doğal, ral ronküs duyulmadı. Batın rahat, defans rebound yoktu. S1+ S2+ doğaldı. Ek ses üfürüm yoktu. Nörolojik muayenede patolojik bulgu saptanmadı. Motor kas gücü tüm ekstremitelerde 5/5'ti. Bilateral periferik nabızlar ritmik alınıyordu. Kan basıncı 129/82 mmHg idi. Nabız 74/dakika, ateş 36.2° derecede, oda havasında oksijen saturasyonu % 98 idi. Alınan kan gazında pH 7.262, pCO<sub>2</sub> 38,2 mmHg, pO<sub>2</sub> 40,1 mmHg, HCO<sub>3</sub> 18,3 mEq/L, Anyon açığı 17,2, Laktat 4,5 mEq/L, GFR 19 ml/dakika/1.73m<sup>2</sup> ölçüldü. Laboratuvar tetkiklerinde: BUN 40 mg/dL, Üre 70mg/dL, Kreatinin 2,32 mg/dL, Sodyum 139 mmol/L, Potasyum 4.49 mmol/L, Klor 108 mmol/L olarak saptandı. Hastaya yapılan üriner ultrasonografi ve tam idrar tetkiki sonucunda belirgin patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın kan değerlerinde anyon açığı artmış metabolik asidoz ve laktat yüksekliği saptandı. Kronik böbrek yetersizliği zemininde akut böbrek yetersizliğinde metformine bağlı laktik asidoz olarak yorumlandı. Hastanın iç hastalıkları servisine yatışı sağlandı. Metformin kesildi. Glisemik kontrol 15 ünite insülin glargine ile sağlandı. Hasta hidrate edildi. Takibinde venöz kan gazında pH 7.307, pCO<sub>2</sub> mmHg 46.2, pO<sub>2</sub> 28.3 mmHg, HCO<sub>3</sub> 20.6 mmHg, Anyon açığı 13.9, Laktat 1.3 mEq/L olarak saptandı. Hastanın laktat seviyesindeki düşüş ve asidozunun düzelmesi ile 5mg DPP-4 inhibitörü linaglipt-

tin reçete edilerek taburcu edildi.

Sonuç: Metformine bağlı laktik asidoz gelişen hastalarda erken tanı ile destek tedavisi ve gerekirse hemodiyaliz tedavisiyle metabolik asidozun düzeltilmesi önemlidir. Metformin kullanan hastalarda bulantı, kusma, genel durum bozukluğu ile başvuruda kan gazının bakılması laktik asidozun tespiti açısından önemlidir. Metformin başlanırken GFR düzeyi kontrol edilmeli, GFR 30ml/dakika/1.73 m<sup>2</sup> nin altında ise başlanılmamalı, 30-45 ml/dakika/1.73 m<sup>2</sup> ise tedavi dozu yarıya düşürülmelidir. Bu nedenle metformin kullananlarda aralıklı GFR kontrolü yapılmalıdır. Bu olguda olduğu gibi GFR 19 ml/dakika/1.73m<sup>2</sup> düzeyinde iken metformin tedavisini 7 gün boyunca 2x1000 mg kullanılması nedeniyle laktik asidoz gelişmiş, erken tanı ve tedaviyle hastanın kliniği hemodiyaliz ihtiyacı olmadan hızla düzelmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** metformin, laktat, asidoz

[PS-04]

### **Asetazolamide bağlı gelişen normal anyon açıklı hiperkloremik metabolik asidoz**

Sidelya Ecem Yiğit, İffet Beril Gökmen, Murat Ayberk Narin, Yıldız Okuturlar

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Asetazolamid, karbondioksitin hidrasyonunun ve karbonik asidin dehidrasyonunun geri dönüşümlü reaksiyonunu inhibe ederek etki eden bir karbonik anhidraz inhibitörüdür. Bu ilaç, göz içinde aköz hüner üretimini azaltarak göz içi basıncını düşürür. Böbrekte, renal proksimal tübuler epitelde bikarbonattan zengin idrar oluşumunu uyararak diüretik etki ve metabolik asidoz oluşturur. Merkezi sinir sisteminde, nöronların anormal aşırı deşarjını geciktirir ve kafa içi basıncını düşürür, bu amaçla yaygın olarak kullanılmaktadır. Asetazolamid vücuttan yalnızca böbrekler tarafından atıldığından ve kullanımı bikarbonatüriye ve normal anyon açıklı hiperkloremik metabolik asidoza neden olabileceğinden ileri böbrek disfonksiyonu kullanımının en önemli kontrendikasyonudur.

Vaka: 50 yaşında kadın hasta bilinen hipertansiyon, sebrovasküler hastalık, psödötumor cerebri tanıları mevcuttu. 4 gün önce lomber ponksiyon sonrası başlayan baş ve boyun ağrıları nedeniyle acile başvurmuştu. Göz hastalıkları ve nöroloji klinikleri önerisiyle 2 yıldır asetazolamid 1x1 dozu 3x1'e arttırılmıştı. Hastada ishal, kusma, idrar çıkışında azalma, iştahsızlık mevcut değildi. Fizik muayenesinde hasta bilinç açık, oryante, koopereydi. Genel durumu orta-iyiydi. Baş ve boyun doğaldı. Batın muayenesinde barsak sesleri normoaktif, defans rebound yoktu. Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyordu, ral ronküs yoktu. Periferik nabızlar açıktı, nörolojik defisit yoktu, pretibial ödem bilateral yoktu. Tansiyon arteriyel: 120/85 mmhg. Nabız: 85 A/DK. Ateş: 36.2 °C. Satürasyon: % 99.

Hastanın laboratuvar değerleri kreatinin: 1,36

mg/dl klor: 117 mmol/L GFR:52 ml/dk/1.73 m<sup>2</sup> Hastanın yapılan renal ultrasonografisinde: Bilateral böbrek boyutunda azalma ile ekojenite artışı (renal parankimal hastalık şüphesi), sağ böbrek üst polde komplike kist mevcuttu.

Hastadaki metabolik asidozu asetazolamidin dozunun arttırılmış olmasının açıkladığı düşünöldü. İntravasküler hidrasyon desteğiyle kan gazı takibi yapılarak iç hastalıkları servisine yatışı yapıldı. Hastaya antiasidoz başlandı. Hastanın metabolik asidozu düzeltilip asetazolamid doz ayarlanması yapılarak hasta taburcu edildi.

Sonuç: Hastada bulantı, kusma, karın ağrısı, hipotansiyon vb. bulgular bulunmamaktaydı yani metabolik asidoz kliniği belirgin değildi ancak hastada baş ağrısı mevcuttu. Hastada bu klinik belirgin olmamasına rağmen kan gazında metabolik asidoz mevcuttu. Buradan anlaşılacağı üzere hastanın kullandığı ilaçların ayrıntılı sorgulanması ve kan gazları çalışılmasının önemi ön plana çıkmaktadır. Hastanın mevcut psödötumor cerebri ve hipertansiyon tanısı da baş ağrısı kliniği verebildiğinden tanıda yanılasmaya yol açabilirdi. Bu yüzden birçok klinikte rahatlıkla çalışılabilen kan gazı tetkiki ile olası bir tanı gecikmesi ve morbidite önlenmiş oldu. Hastada kronik renal yetmezlik de mevcut olduğu için asetazolamidin hiperkloremik metabolik asidoz yan etkisi daha yüksek olasılıkla karşımıza çıktı.

**Anahtar Kelimeler:** asetazolamid, asidoz, anyon

[PS-05]

### **LEMME Sendromu: Duodenal divertiküle bağlı akut pankreatit ve tıkanma sarılığının nadir bir sebebi, olgu sunumu**

Duygu Kıymet Ağrıman, Aslıhan Çalım, Nur İldeniz Uyanık, Mehmet Yavuz Gürler, Çiğdem Ersoy, Ayda Damar, Fatih Borlu

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

Giriş: Akut pankreatitin en önemli nedenleri mekanik biliyer tıkanıklıklardır. Duodenal divertiküller az rastlanan lezyonlar olup genellikle asemptomatiklerdir, ancak perforasyon, hemoraji, biliyer tıkanıklık ve pankreatit gibi komplikasyonlarla semptomatik hale gelebilir. Duodenal divertiküller nadiren biliyer tıkanıklık ve pankreatite neden olur. Kliniğimizde yatan duodenal divertiküle bağlı akut pankreatit ve tıkanma sarılığı gelişen hastayı sunduk.

Olgu: 86 yaşında kadın hasta karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile acil polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve 5 ay önce akut perfore kolesistiti nedeni ile geçirilmiş kolesistektomi operasyonu mevcut idi. Kullandığı İlaçlar: ramipril+hidroklorotiyazid 10/25 mg ve asetilsalisilik asit 100 mg tablet idi. Fizik muayenesinde bilinç açık, koopere, tansiyon 146/72 mmhg, nabız 84/ dk, ritmik, ateş 36,4 derece, cilt ve skleralar ikterik görünümde, batın sağ üst kadranda ve epi-

gastrik bölgede hassasiyet ve murphy pozitifliği mevcut idi, diğer sistem muayenelerinde özellik saptanmadı. Yapılan tetkiklerinde üre: 46 mg/ dl, kreatinin:0.92 mg/ dl, ALT ( SGPT ): 218 U/ L, AST ( SGOT ): 161 U/ L, alkalen fosfataz: 557 U/ L, GGT: 703 U/ L, amilaz: 1284 U/ L, lipaz: 1847U/ L, total bilirubin: 6.14 mg/ dl, direkt bilirubin: 4.22 mg/ dl, CRP: 57.72 mg/ L, hemogloblin: 12.9 g/ L, platelet:  $246 \times 10^3/\text{mm}^3$ , lökosit:  $12.35 \times 10^3/\text{mm}^3$  saptandı. Çekilen kontrastsız batın tomografisinde karaciğer hilus düzeyinde ana hepatik kanal- koledoğa ait genişleme ve koledok çapı izlenebilen kesimlerde 15 mm olarak saptandı. İntrahepatik safra yolları santral kesimde belirginleşmiş olarak görüldü. Hastaya MRCP planlandı. MRCP' de intrahepatik safra yollarında dilatasyon mevcuttur, koledok çapı en belirgin olduğu yerde 6 mm izlendi, Dilatasyon papiller düzeye kadar devam etmektedir ancak lümende dolum defekti saptanmadı, Safra kesesi postop izlenemedi pankreas unsinat proces süperior kesiminde portal konfluensin hemen posteriorunda yerleşimli gösteren yaklaşık 7 mm çapta bir adet kistik lezyon dikkati çekmiştir, pankreatik yağlı planlarda ödem saptandı, duodenum 2. kısımda mediale doğru oryante 25 mm çapta divertikül ile uyumlu görünüm izlendi, şeklinde raporlandı. Bu bulgularla hastaya endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi ( ERCP ) planlandı. Hastanın takiplerinde öksürük şikayeti olması üzerine COVID-19 PCR testi alındı. PCR testi pozitif gelen hasta, COVID servisine nakledildi. Takiplerinde karın ağrısı, bulantı, kusma şikayeti geriledi, laboratuvarında karaciğer enzimleri ve bilirubin değerleri normal değerlerde saptandı. İzolasyon süresi bittikten sonra hasta ERCP yapılması için gastroenteroloji polikliniğine yönlendirilerek taburcu edildi.

Sonuç: Duodenum divertikülleri nadir rastlanan lezyonlardır. Çoğunlukla asemptomatiktirler. Bazen bizim olgumuzda olduğu gibi divertikül kesesinin koledoğa dıştan bası yaparak safra akışını engellemesi mümkündür. Duodenal divertiküllerin safra yollarını tıkaması Lemmel Sendromu diye adlandırılır. Tıkanma sarılığı olan hastalarda ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** duodenal divertikül, Lemmel sendromu, pankreatit

## [PS-06]

### **Romatoid artritli hastada düşük doz metotrexat kullanımına bağlı gelişen pansitopeni: olgu sunumu**

Aslıhan Çalım, Emre Kabaca, İdil Yörük, İlayda Güncel Erün, Mehmet Yavuz Gürler, Çiğdem Ersoy, Ayda Damar, Fatih Borlu

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

77 yaşında kadın hasta, ağız içindeki yaralar ve beslenememe şikayeti ile hastanemize başvurdu. Romatoid artrit ve hipertansiyon tanıları mevcut idi. Kullandığı ilaçlar: losartan+ hidroklorotiyazid, metoprolol, pred-

nizolon 5 mg tb 1x1, metotrexat 15 mg/ hafta. Fm'de tansiyon: 120/ 80 mmhg, ateş: 36,6 derece, nabız 90/ dk, ağız içinde mukozit, aftöz lezyonlar, el eklemlerinde deformite saptandı, diğer sistemik muayeneler normal idi. Tetkiklerinde ALT: 8 U/ L, AST: 17 U/ L, Crp: 112.91 mg/ L, üre: 38 mg/ dl, kreatinin: 0.66 mg/ dl, albumin: 2.59 g/ L, prokalsitonin: 0.139 ug/ L, Hb: 10.3 g/ L, Htc: 31.2 ( % ), lenfosit:  $0.71 \times 10^3/\text{mm}^3$ , nötrofil:  $1.52 \times 10^3/\text{mm}^3$ , trombosit: 106bin, WBC:  $2.53 \times 10^3/\text{mm}^3$  saptandı. Enfeksiyon ile konsülte edildi, başlanan mok-sifloksasin tedavisine flukanazol 200 mg olarak eklendi, ağız içindeki yaralar geriledi, oral nütrisyon desteği verildi. Yatışının 3. Günü trombosit 50 bine, lökosit  $1.07 \times 10^3/\text{mm}^3$ , nötrofil sayısı  $0.42 \times 10^3/\text{mm}^3$ , lenfosit sayısı  $0.5 \times 10^3/\text{mm}^3$  saptandı. Periferik yaymada lökosit ve nötrofil sayısında azalma saptandı, trombositler tekli, ortalama 60 bin civarında sayıldı, atipik hücre tespit edilmedi. B12: 619 ng/ L, folik asit: 2.04  $\mu\text{g}/\text{L}$ , ANA, hepatit markerları, antiHIV testi, brucella ve salmonella testleri negatif saptandı. Hasta metotrexat tedavisine üç hafta önce başlamıştı, toplam 3 doz kullanmıştı. Metotrexata bağlı idiyosenkratik reaksiyon sonucu gelişen pansitopeni olarak değerlendirildi. Metotrexat tedavisi kesildi, folik asit başlandı. Takibinde trombosit 9 bine, lökosit  $1.05 \times 10^3/\text{mm}^3$ , nötrofil sayısı  $0.007 \times 10^3/\text{mm}^3$ , lenfosit sayısı  $0.6 \times 10^3/\text{mm}^3$ , hb: 7.3g/ L' ye geriledi ( Tablo 1 ), hastaya 1 ü aferez trombosit verildi, enfeksiyon ile görüşülerek antibiyotik tedavisi piperasilin- tazobaktam 3x 4.5 gr ve flukanazol 200 mg olarak revize edildi. Metotrexata bağlı ciddi kemik iliği supresyonu nedeni ile G- CSF 30 1x1, folinik asit 4x 15 mg tedavisine eklenerek 3 gün devam edildi, kontrol alınan tetkiklerinde Hb: 8.9 g/ L, trombosit: 153 bin, lökosit:  $18.91 \times 10^3/\text{mm}^3$ , nötrofil sayısı  $15.06 \times 10^3/\text{mm}^3$ , lenfosit sayısı  $1.91 \times 10^3/\text{mm}^3$  e yükseldi. Hasta klinik takibe alındı.

Sonuç: Metotrexata bağlı pansitopeni, yüksek doz kullanımından sonra ortaya çıkabildiği gibi, ilaç dozundan bağımsız olarak idiyosenkratik bir reaksiyondan da kaynaklanabilmektedir. Metotrexat, Romatoid artrit gibi inflamatuvar hastalıkların tedavisinde düşük dozda kullanılmaktadır. Metotrexata bağlı gelişen pansitopeni için risk faktörleri; ileri yaş, böbrek yetersizliği, hipoalbuminemi, folik asit düzeyinin düşük olması, haftalık yerine günlük metotrexat kullanımı, metotrexat ile birlikte folik asit kullanmama, eşlik eden enfeksiyon, çok sayıda ilaç kullanımıdır. Metotrexat başlanacak hastalarda risk faktörleri açısından değerlendirilmeli, çok sayıda risk faktörü bulunan hastalara kontrollü bir şekilde verilmeli ya da başka bir ajan alternatif olarak düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** metotrexat, pansitopeni, romatoid artrit

Tablo 1: Hematolojik parametreler

	Yatışının 1. günü	Yatışının 3. günü	Yatışının 4. günü	Yatışının 5. günü	G-CSF, folik asit ve folinik asit tedavisinin 1. günü	Tedavinin 2. günü	Tedavinin 3. günü
Lökosit x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	2.53	1.07	0.67	1.05	1.11	4.21	18.91
Nötrofil x10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	1.52	0.42	0.12	0.07	0.16	2.05	15.06
Lenfosit x10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	0.71	0.5	0.36	0.6	0.52	0.96	1.91
Hemoglobin g/ L	10.3	8.9	8.1	7.3	7.3	7.3	8.9
Hematokrit (%)	31.2	27.1	24.3	21.8	22.2	22.3	26.7
Trombosit x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	106	50	21	9	99	84	153

**[PS-07]****Tekrarlayıcı seronegatif pitting ödemli simetrik sinovit sendromu ( RS3PE ): Olgu sunumu**

Duygu Kıymet Ağrıman, Aslıhan Çalım, Nur İlideniz, Mehmet Yavuz Gürlü, Çiğdem Ersoy, Ayda Damar, Fatih Borlu

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

71 yaşında erkek hasta üç haftadır olan halsizlik, her iki el bileğinde ve el dorsalinde olan ağrı, şişlik ve el parmaklarını hareket ettirememeye şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. El parmaklarında sabah tutukluğu tarif ediyordu. Bir ayda 5- 6 kilo kaybı var idi. Bilinen romatolojik hastalık öyküsü yok idi. Özgeçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, benign prostat hiperplazisi mevcut idi. Hastanın sistemik muayenesinde her iki el dorsalinde gode bırakan ödem, metakarpofalangial eklemlerde 30 derece fleksiyon hareket kısıtlılığı dışında özellik yok idi. Laboratuvar incelemede hemoglobin: 8,1 g/ dl, MCV: 84.8, kreatinin: 1.56 mg/dl, total protein: g/dl, albumin: g/dl, ürik asit: 7,5 (3,5-7,2) mg/dl, ferritin: 295 ng/ml, B12: 234, folik asit: 2.8, CRP: 138, sedimentasyon: 118 mm/ saat, romatoid faktör: < 10 iu/ml (negatif), Antinükleer antikor IFA negatif, cyclic citrullinated peptid antikor: 8, gaitada gizli kan pozitif, tam idrar tetkiki normal olarak saptandı. Çekilen ön-arka el-el bileği grafisinde bilateral proksimal ve distal interfalangial eklem aralıklarında daralma saptandı, eklemlerde erozyon görülmedi. Hastadan protein elektroforezi, serum ve idrar immunfiksasyon testleri istendi, patoloji saptanmadı. Gaitada gizli kan pozitifliği saptandığından dolayı gastroskopi ve kolonoskopi planlandı. Gastroskopi kronik gastrit, kolonoskopi normal mukoza sap-

landı. Üroloji tarafından değerlendirildi, ürolojik malignite lehine bulgu saptanmadı. Hastaya PET- CT planlandı. PET- CT' de malignite lehine bulgu saptanmadı. Hastamızın erkek ve yaşlı olması, laboratuvar bulgularında romatolojik seroloji bulgularının negatif olması, akut faz reaksiyonlarında artış, direkt grafide eklem destrüksiyonunun olmaması, ve aşikar fizik muayene bulguları nedeni ile RS3PE sendromu düşünülerek düşük doz steroid tedavisi başlandı ve steroid tedavisine hızla dramatik yanıt alındı. Hastamızda RS3PE sendromunun, paraneoplastik sendrom belirtisi olabileceğinden malignite taraması yapıldı ve malignite saptanmadı. Şikayetleri gerileyen hasta poliklinik kontrolü önerisi ile taburcu edildi.

Sonuç: Tekrarlayıcı seronegatif gode bırakan ödemin eşlik ettiği simetrik sinovit sendromu (RS3PE); ani ortaya çıkan, simetrik ve sıklıkla el veya ayak bileği eklemlerini tutan sinovit, el veya ayak dorsal yüzünde ödem, parmaklarda fleksör tendinit ile seyreden iyi seyirli bir sendromdur. Genellikle yaşlı popülasyonu ve erkekleri etkiler. Laboratuvar olarak romatoid faktör (RF) yokluğu ve direkt radyografilerde eklem tahribatı saptanmaması tipiktir. Kortikosteroid tedavisine iyi yanıt vermesi ve sekselsiz iyileşme göstermesi önemli özelliklerindedir. RS3PE sendromu idyopatik olabileceği gibi çeşitli hematolojik ve solid malignitelerde paraneoplastik sendrom olarak karşımıza çıkabileceğinden malignite açısından taranmalı ve takip edilmesi gerekir.

**Anahtar Kelimeler:** pitting ödem, seronegatif, simetrik sinovit, tekrarlayıcı

**[PS-08]****Diyabetik retinopati için belirteç olarak D vitamini**

Sevim Ayça Seyyar

Kocaeli Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Diyabetin en yaygın mikrovasküler komplikasyonu, dünya çapında körlüğün başlıca suçlusunu olarak kabul edilen diyabetik retinopatidir. Diyabet prevalansının artmasıyla beraber diyabetik retinopati insidansı da artmaktadır. D vitamini (25 (OH) D) anti-inflamatuar ve anti-angiogenic özelliklere sahip, insülin salınımına ve sensivitesine etki edebilen multifonksiyonel bir hormondur. D vitamini yüksekliğiyle anjiogenez arasında ki negatif ilişki, diyabetik retinopati gelişimi açısından D vitamini düzeyinin etkili olabileceğini düşündürüyor en önemli faktördür. Bu çalışmada, diyabetik retinopati hastalarında ve yaş-cinsiyet uyumlu sağlıklı kontrollerde serum 25 (OH) D düzeylerini araştırmayı amaçladık. Çalışmamıza dahil edilen 274 kişiden 152 (%55.5)'si kadın, 122 (%44.5)'i erkekti. Yaş ortalamaları 62 (36-80) yılı. 109 (%39.8) kişide DM yoktu, 165 (%60.2) kişide ise tip-2 DM ve farklı evrelerde diyabetik retinopati mevcuttu. Sağlıklı grup ve diyabetik retinopati olan grup arasında D vitamini seviyesinde istatistiksel anlamlı fark izlendi ((p<=0.001); sırasıyla median (min-max) değerleri: 16.27 (6.21-33), 12.90 (3.6-37)). Bu çalışma, diyabetik retinopatili hastaların, sağlıklı

kontrollere göre daha düşük 25 (OH) D düzeylerine sahip olduğunu göstermektedir. Diyabet hastalığı ile serum 25 (OH) D düzeyi arasında negatif yönde ilişki vardır. Diyabet hastalarının takibini yapan doktorların diyabetik retinopati gelişmesini etkileyen risk faktörlerine karşı dikkatli olması ve uygun zamanda hastaları göz hekimlerine yönlendirmesi önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Serum 25 (OH) D düzeyi, diyabetik retinopati, tip 2 diyabetes mellitus

### [PS-09]

#### **Favipiravir kullanımına bağlı anjiödem ve ürtiker: Olgu sunumu**

Figen Öztürk Ergür<sup>1</sup>, Ayperi Öztürk<sup>1</sup>, Hale Ateş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Pulmonoloji Kliniği  
<sup>2</sup>Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İmmünoloji ve Allerji Kliniği

Bir nükleotid analogu olan olan favipiravir influenza tedavisi için onay almış bir antiviral ajandır. Virusun RNA polimerazını inhibe ederek viral replikasyonu durdurur. Teorik olarak ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonlarına neden olabileceği bilinse de literatürde bildirilen olgulara rastlanılmamıştır. Bu olgu sunumunda; COVID-19 pnömoni tanısıyla verilen favipiravir tedavisine bağlı hastada dil ve dudakta şişlik ile ciltte döküntülü lezyonlarla seyreden allerjik reaksiyon sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Favipiravir, anjiödem, ürtiker

### [PS-10]

#### **Küçük hücreli akciğer kanserinin nadir metastazı: Orbital metastaz**

Figen Öztürk Ergür, Mahmut Erdoğan, Melahat Uzel Şener, Ayperi Öztürk

Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Pulmonoloji Kliniği

Küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK), akciğer kanserinin %13-20'sini oluşturur ve erken metastaz eğilimi olan en agresif histolojik alt tipidir. Beyin, KHAK'de en sık metastaz bölgesidir. Orbital metastaz, sistemik malignitelerin nadir görülen formudur ve tüm orbital tümörlerin sadece %1-13'ünü oluşturur. En sık meme ve akciğer tümörleri orbital metastaza yol açmaktadır. Bu oran akciğer kanseri için % 0,7-12'dir. Orbita metastazlarının en yaygın belirtileri, etkilenen bölgeye bağlı olarak ekzoftalmi, diplopi, ağrı ve göz kapağı şişmesidir. Semptomlar genellikle akut ortaya çıkar ve hızla ilerler. KHAK tanısı konulup sistemik kemoterapi (KT) verildikten iki ay sonra sağ gözde

şişlik ile semptom veren orbital fossada görülen metastaz olgusunu sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** KHAK, orbita, metastaz

### [PS-11]

#### **Karında şişkinlik ile başvuran primeri bilinmeyen karaciğer adenokarsinomu**

İhsan Solmaz, Tuba Bozkurt, Eşref Araç, Süleyman Özçaylak, Mehmet Serdar Yıldırım, Ömer Faruk Alakus, Mahsum Ozan, Yunus Bağcı, Nazmi Toprak, Abdullah Budak, Hatice Tutku Çifçi, Serhat Çetin

SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

**Giriş:** Primeri bilinmeyen metastatik tümörler kapsamlı bir ilk değerlendirmeye rağmen primer odağı bulunmayan metastatik hastalıklardır. Sıklığı genellikle yaşla artan bu durum tüm malignitelerin yaklaşık %5-10'unu oluşturur. Mortalite oranı yüksek olan bu durumda prognoz kötüdür ve yaklaşık sağ kalım altı aydır. Primeri bilinmeyen metastatik tümörlerin yaklaşık % 70'ini adenokarsinomlar oluşturur. Bu metastatik tümörlerin primerini bulma sıklığı ise %6-40 arasında değişir. Bu çalışmamızda non-spesifik semptomlarla başvuran ve malignite araştırılan hastalarda yapılan ayrıntılı tetkiklere rağmen primer tümörün bulunamayabileceği ve primeri bilinmeyen tümörün prognozunun kötü olduğuna dikkat çekmeye çalıştık.

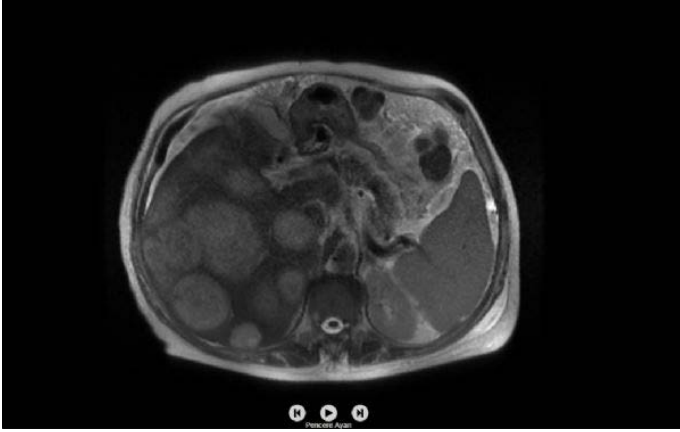
**Olgu:** Bilinen bir hastalığı olmayan 62 yaş kadın hasta bulantı, kusma, karında şişlik şikayetleriyle dahiliye polikliniğine başvurdu. Yakınmaları yaklaşık iki aydır olan hastanın bulantı ve kusma şikayetinin yemeklerden sonra başladığı, kan içermediği, sıvı karakterde olduğu öğrenildi. Mevcut yakınmalarına iki haftadır karında şişlik eşlik eden ve progresif olarak artan hastanın bir süredir nefes darlığı da çektiği öğrenildi. Hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı dahiliye servisine yatırıldı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde vital bulguları stabil, batin muayenesinde perküsyonda batında geniş yüzeyde matite saptandı. Bunun dışındaki fizik muayenesi doğal idi. Bakılan ilk laboratuvar değerleri normal olan hastanın AFP: 2 ng/ml olup normal sınırlarda idi. USG'de Perihepatik ve perisplenik düzeyde barsak ansları arasında ve pelvik seviyede en kalın yerinde 10 cm ölçülen asit mayi ve peritoneal yüzeylerde kalınlaşma ve yer yer nodülerite izlendi. Karaciğer konturlarında belirgin lobülasyon izlenmekte olup KC sol lob hipoplazik-atrofikti. Sağ lobta büyüğü 70x52 mm ölçülen bazılarının sınırları net seçilemeyen düzgün konturlu heterojen izo-hipoekoik karakterde solid lezyonlar izlendi. Hastanın asit mayi örnekleme yapıldı. Eksüda vafında olan mayiden yapılan örneklemede SAAG'si 0,9 g/dl olup, sitolojisi malign karakterde geldi. Primeri belirlemek için hastada endoskopi ve kolonoskopi yapıldı. Herhangi bir kitle saptanmadı. Mamografi BIRADS-2 olarak sonuçlandı. Hastaya PET-CT çekildi. PET'te karaciğerde malignite düzeyinde artmış FDG tutulumu gösteren çok sayıda yumuşak doku lezyonları ve FDG tutulumu

artmış asit mayi izlendi. Hastanın karaciğerdeki lezyonlarından girişimsel radyoloji'de skopi eşliğinde tru-cut biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu karaciğer adenokarsinomu olarak sonuçlanan ve PET-CT'de başka odak bulunmaması üzerine primeri bilinmeyen karaciğer adenokarsinomu olarak değerlendirilen hasta Tıbbi Onkoloji servisine devir edildi. Yaklaşık 2 ay kemoterapi gören hastanın multi-organ yetmezliği gelişerek exitus olduğu öğrenildi.

Sonuç: Primeri bilinmeyen karaciğer metastatik lezyonların primer odağı bulunmaması bile yüksek oranda Adenokarsinom olarak patolojik tanı alıyor. Bu hastaların primerini belirlemek bazen uzun zaman alabiliyor ve tedavide gecikmeler olabilir. Bu hastaların hızlı değerlendirilmesi ve erken tedavi edilmesine dikkat çekmek için vakamızı sunmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Adenokarsinom, Asit, Karında şişkinlik

**resim-1: Hastanın karaciğer MR bulgusu**



[PS-12]

## Makülopapüler Döküntü ile Başvuran SLE Olgusu

Begüm Güleşir, Mehmet Emin Pişkinpaşa

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Sistemik lupus eritematosuz, otoantikörler ve immunkompleksler aracılığıyla hasar oluşturan multisistemik bir hastalıktır. Klinik bulguları hafif eklem ve cilt tutulumundan ciddi veya hayatı tehdit eden organ hasarına kadar çeşitlilik gösterir. Tanısı koyulan hastaların 1/3'ünde cilt tutulumu mevcut olmasına rağmen takipleri sırasında bütün hastalarda görülür. Malar rash en sık görülen mukokutanöz tutulumdur, olgumuzda bulunan makülopapüler döküntü ise %26,67 oranında görülmektedir. Burada başvuru sırasında makülopapüler döküntüsü ve ateşi olan genç erkek bir olgu sunulacaktır.

Olgu: Yirmi yedi yaş erkek hasta ateş ve döküntü şikayeti nedeni ile acil servise başvurdu. Hastanın ateşi 15 gündür varmış, dış merkez başvurularında çeşitli antibiyotik tedavileri verilmiş. Ateşi devam etmiş ve dökün-

tüleri oluşmuş. Alkol ve sigara kullanım hikayesi yok, ampisilin sulbaktam 2x1000 mg klaritromisin 2x500 mg kullanılmaktaydı. Hastanın vital bulgularında vücut sıcaklığı 38.7 C, kan basıncı 115/70 mmHg, kalp tepe atımı 105/dk olarak saptandı. Fizik muayenesinde sırtında ve göğsünde simetrik makülopapüler eritematöz cilt lezyonları görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin: 12,7 g/dl MCV: 80,5 fl, lökosit: 2380/mm<sup>3</sup>, platelet: 115000/mm<sup>3</sup>, AST:323 U/L, ALT:253 U/L, GGT:127 U/L, LDH: 831 U/L, Albümin: 2,2 g/dL, CRP: 8 mg/L, prokalsitonin: 0,39 ng/mL olarak sonuçlandı. Tam idrar tetkikinde eritrosit +++ protein + nitrit negatif lökosit negatif. EBV VCA IgM negatif, EBV EBNA IgM negatif, CMV IgM negatif, rose bengal testi negatif, brucella tüp aglutinasyonu negatif, VDRL-RPR negatif, anti-HAV IgM negatif, HBsAg negatif, anti HBs pozitif. Retikülosit %: 0,44 haptoglobin: 0,67 mg/dL ve direk coombs testi: pozitif. Periferik yaymasında hemoliz bulguları yok, trombositler sayımla uygun olarak azalmış. Toraks bilgisayarlı tomografisinde posterior segmentlerde belirginleşen yamalı buzlu cam alanları, plevrada sıvama tarzında efüzyon görüldü. Ateş yükseklikleri devam eden, seroziti ve pansitopenisi olan hastadan istenen ANA 1/2560 pozitif, anti-ds DNA: pozitif, anti-sm: pozitif, anti-ENA SsA (Ro): pozitif, anti-ENA SsB (La): pozitif, C3: 0,33 (düşük), C4: 0,06 (düşük). 24 saatlik idrar 2.2 gr/gün proteinüri saptandı. Hastaya böbrek biyopsisi yapıldı, class IIIA ve class V lupus nefriti olarak raporlandı. Hastaya 3 gün pulse steroid verildi ve hidroklorokin başlandı. Hastanın ateşi ve döküntüleri geriledi.

Sonuç: SLE'nin en sık mukokutanöz tutulumu malar rash olmakla birlikte, özellikle fotosensitiviteye bağlı olarak makülopapüler eritemin de sıklıkla görüldüğü akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematosuz, Makülopapüler döküntü, Ateş

**Resim 1. SLE olgusunda makülopapüler döküntüler**



## [PS-13]

**Hiperbilirubinemi: Hiç Statin Düşündünüz Mü?**

Merve Tekinyıldız, Batunay Duran, Sanem Kayhan, Seyit İbrahim Akdağ

SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Statinler; hmg coa redüktaz enzimini inhibe ederek etki eden özellikle ldl kolesterol yüksekliğinde ilk tercih olmakla birlikte hiperlipidemi tedavisinde önemli bir yer tutan ajanlardır. Yan etkiler diğer lipid düşürücü ajanlara göre daha az olmakla birlikte nadir değildir. Myopati, proteinüri, diyabete yatkınlık görülen yan etkilerden bazılarıdır. Statinlere bağlı en sık yan etkilerden biri ise doza bağlı özellikle ilk 3 ayda gelişen transaminaz yüksekliğidir, bu duruma nadiren bilirubin yüksekliği de eşlik edebilir. Biz de burada statin tedavisi sonrasında bilirubin yüksekliği gelişen nadir bir vakayı sunmak istedik.

Vaka: Bilinen 15 yıldır diyabetes mellitus tanısı olan ve metformin 2\*1000 mg ve intensif tedavi alan hasta evde ölçümlerde kan şekeri yüksek seyretmesi üzerine polikliniğe başvurdu. Poliklinik başvurusunda açlık kan şekeri: 255 hba1c %15 ldl 232 mg/dl trigliserit 239 mg/dl olduğu görüldü. Kcft bft ve hemogramda ek sıkıntı saptanmayan hastanın insülin dozları düzenlendi, daha önce statin türevi ilaçlar başlanan fakat kullanmadığını belirten hastaya tekrar atorvastatin 20 mg eklenerek, poliklinik kontrolüne çağırıldı. Kontrolde istenen rutin tetkiklerinde ast 257 u/l alt 250u/l alp:1345u/l ggt:1092 u/l total bilirubin 2,8 direk bilirubin 2,55 saptandı. Tetkikler tekrar edilerek kontrol edilen sonuçlar ile dahiliye servisine yatırıldı. Mevcut kcft yüksekliği ön planda atorvastatine bağlı olduğu düşünülerek kesildi. Kolestatik enzim yüksekliği nedeniyle yapılan usg de anlamlı bulgu saptanmaması üzerine hastadan bu yüksekliğe neden olabilecek hepatit markerları, otoimmün markerlar ve mr kolanjiyografi istendi. Mevcut tetkikler devam ederken hastadan günlük biyokimya takibi yapıldı, bilirubin değerlerinin düşmeye başladığı gözlemlendi. Mrcp raporunda bu durumu açıklayacak ek patoloji saptanmamakla birlikte istenen otoimmün markerlar negatif geldi. Güncel tetkiklerinde ast:32u/lalt:56u/l tbil:1,02 mg/dl dbil:0,85 mg/dl e geriledi.hasta poliklinik kontrolü önerisi ile taburcu edildi.

Sonuç: Atorvastatin ldl kolesterol yüksekliği saptanan hastalarda en sık kullanılan ilaçtır. Tedavi başladıktan sonra ilk 3 ay içerisinde transaminaz yüksekliği görülebilir. Daha önce yapılan çalışmalarda statinlerin hem oksijenaz-1 geni (HMOX1) ekspresyonunu artırdığını ve bunun da muhtemelen plazma bilirubin konsantrasyonunu artırdığını göstermektedir. Daha önce stabil anginalı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada atorvastatinin toplam bilirubin konsantrasyonu ve HMOX1 ekspresyonunun eşzamanlı olarak arttığı gözlemlenmiştir. Biz de bu vakada statin kullanan ve bilirubin yüksekliği mevcut olan bir hastada bilirubin yüksekliğinin nadiren de olsa atorvastatine bağlı olabileceğini göstermek istedik.

**Anahtar Kelimeler:** hiperbilirubinemi, hiperlipidemi, statinler

## [PS-14]

**Güncel bir vaka; Pfizer-BioNTech aşısından sonra gelişen anti-nötrofil sitoplazmik antikor ilişkili vaskülit**

Emine Uzun<sup>1</sup>, Abdulkaki Kumbasar<sup>1</sup>, Mürvet Yılmaz<sup>2</sup>, Selda Çelik<sup>3</sup>, Arzu Özdemir<sup>2</sup>, Erdem Baran<sup>2</sup>, Ayşe Ayşim Özağarı<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Sbü Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sbü Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Sbü Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

<sup>4</sup>Sbü Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: SARS CoV-2 virüsünün neden olduğu COVID-19 Aralık 2019'dan bu yana tüm dünyada 4.5 milyondan fazla insanın ölümüne neden olmuştur. Yapılan çalışmalarla birlikte SARS-CoV2'ye yönelik aşılamanın hız kazandığı bu dönemde aşıyla ilişkili membranöz nefropati, minimal değişiklik hastalığı, immunglobulin A nefropatisi, ANCA(anti-nötrofil sitoplazmik antikor) ilişkili nekrozitan vaskülitte bağlı akut böbrek hasarı vakaları bildirilmiştir. Bu yazıda tek doz Pfizer-Biontech aşısından 26 gün sonra yeni gelişen böbreğe sınırlı ANCA ilişkili vaskülit olgusu sunulmuştur.

Olgu: 60 yaşında 2021 nisan ve mayıs aylarında Sino-vac, ağustos ayında Pfizer-Biontech aşısı olduğu öğrenilen kadın hasta, karında şişkinlik şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde özellik saptanmayan hastanın tetkiklerinde; crp:7mg/l lökosit:6.220 uL, hemoglobin:9,2 g/dl, lenfosit:1210 uL, serum kreatinin 9,49 mg/dl, üre:163mg/dl, venöz kan gazında; pH:7,29, HC03:16, pCO2:37, tam idrar tetkikinde; 2+ albumin, bol eritrosit, lökosit ve bakteri saptandı. Ultrasonografisinde; her iki böbrek boyutları ve parankim kalınlığı normaldi. Akut böbrek hasarı tanısıyla nefroloji kliniğine interne edilen hastada; 24 saatlik idrarda 5,1 g protein ve 4,6 g albumin, serumda antinükleer antikor, Anti dsDNA, c-ANCA (anti-nötrofil sitoplazmik antikor) ve glomerül bazal membran antikoruna negatif, p-ANCA pozitif (14 U/ml) saptandı. Hastaya yapılan böbrek biyopsisinde; 36 glomerul izlendi, 24 glomerulde kresent saptandı, immunfloresan boyama negatifti ve fibrinoid nekroz alanları mevcuttu (Şekil 1). Hastanın toraks ve paranazal sinüs tomografisi, ekokardiyografisi ve elektromyografisinde anormallik saptanmadı ve göz muayenesi normaldi. Aşı yapıldıktan sonra hiçbir semptomu olmadığı ve daha önce COVID-19 geçirmediği öğrenildi. Böbreğe sınırlı ANCA ilişkili vaskülit düşünülen hastaya 3 gün intravenöz 1 gram/gün metilprednizolon (MP) verildi ve sonrasında 1 mg/kg oral MP ile devam edildi. Takiplerinde hemodiyaliz ihtiyacı olan hastaya 7 seans plazmaferez uygulandı ve sonrasında 750 mg siklofosamid tedavisi verildi. Son bakılan serum kreatinin 5.5 mg/dl olan hasta halen kliniğimizde yatarak takip edilmektedir.

Tartışma ve Sonuç: Bu vaka COVID-19 aşılı ile ANCA ilişkili vaskülit arasında kesin sebep-sonuç ilişkisi kuramasa da, aşı-vaskülit-böbrek hasarı ilişkisine dikkat çek-

mekte ve bu konuda daha çok çalışma yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** covid-19, glomerülonefrit, Pfizer-BioNTech, vaskülit

### [PS-15]

#### **Pansitopeni ile prezente olan bir bruselloz olgusu**

Nihan Güner, Gizem Yıldırım, Mehmet Hurşitoğlu

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

**Giriş:** Bruselloz endemik olarak bulunan mortalitesi düşük bir zoonotik hastalıktır. Hayvanlardan insanlara enfekte, pastörize edilmemiş hayvansal ürünlerin tüketimi, cilt veya mukozaların enfekte hayvan dokusu veya enfekte hayvan sıvıları ile teması veya enfekte aerosol halindeki parçacıkların solunması ile bulaşır. Klinikte, halsizlik, kilo kaybı, artrit, diare gibi değişik semptomlar, organomegali, sakroileit ve laboratuarda sitopenilerle karşımıza çıkar. Burada pansitopeni ile prezente bir bruselloz olgusu sunulmuştur.

**Olgusu:** Bilinen kronik hastalığı olmayan 24 yaşında erkek hasta, 2 aydır devam eden halsizlik, terleme, aralıklı ateş, kilo kaybı, yutma güçlüğü şikayetleri ile başvurdu. Anamnezde hastanın Çorum'da yaşadığı ve hayvancılık ile uğraştığı öğrenildi. Yapılan tetkiklerinde pansitopeni saptanan hasta interne edildi. Muayenesinde dış eti hipertrofisi, sağ inguinal bölgede yaklaşık 1cm LAP, sağ üst kadranda hassasiyet mevcuttu. Fizik muayenesinde ve yapılan görüntülemelerde hepatosplenomegali saptandı. Laboratuvar değerlerinde Hbg:10,9 WBC: 3,28, PLT:123 CRP:38 ESR:19 PROC:0,15 Anti HIV: negatif anti-CMV IgM negatif, EBV IgM negatif b12:595 ANA negatif COVID-19 PCR: negatif, hepatit markerları negatif. Leishmania PCR: negatif saptandı. Ateşi devam eden hastadan alınan kan kültürü gram negatif kokobasil uyarısı verdi. Anamnezi derinleştirildiğinde kendisinin çiğ süt içmediği, peynir yemediği ancak komşularının getirdiklerinden tüketmiş olabileceği öğrenildi. Brucella coombs ve IgG, IgM, ve gaita kültürü istendi. Gaita kültüründe üreme olmadı. Peiferik yaymasında anizositoz, hipokromik mikrositer eritrosit dışında anlamlı özellik saptanmadı. Ateş, hepatosplenomegali nedeniyle hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı. Reaktif kemik iliği görüldü. Flowda akut lösemiyi gösteren hücre topluluğu ve antijen sunumuna rastlanmadı. Disfajisi olan hastaya endoskopi yapıldı. Disfajiye neden olabilecek bir bulgu saptanmadı. Ekosunda endokardit lehine bulgu izlenmedi. Takiplerinde kan kültüründe brucella melitensis üremesi oldu. Brucella coombs testi 1/1280+ olarak sonuçlandı. Brusella tanısı konularak Gentamisin 320 mg ve doksisisiklin 200 mg (100 mg 2x1) başlandı. Tedavinin 6. gününde pansitopenisi düzelen hastanın tedavisine gentamisin 1 haftaya tamamlanıp bırakıldıktan sonra doksisisiklin ve rifampisine 6 haftaya tamamlanacak şekilde devam edildi.

**Tartışma:** Brusellozis 1-3 haftalık inkübasyon süresinin ardından ateş, terleme, halsizlik, kilo kaybı, baş ağrısı,

karın ağrısı, artrit, artralji, miyalji, depresif semptomlar, diare gibi çok değişik semptomlar ve hepatomegali, splenomegali, lenfadenopati, sitopeni, sacroileit, spondilodiskit, pnömoni, menenjit, ensefalit, hepatit, orşit, endokardit gibi farklı klinik bulgularla ortaya çıkabilir. 484 Bruselloz hastasıyla yapılan bir çalışmada hastaların %33,5'inde sitopeni, %5,8'inde hastamızda olduğu gibi pansitopeni görülmüştür. Ülkemiz gibi endemik olan bölgelerde ateş, organomegali, pansitopeni ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda ilk sırada düşünülmeli ve anamnez bu yönde derinleştirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Bruselloz, pansitopeni, hepatosplenomegali

### [PS-16]

#### **Böbrek yetmezliği gelişmeksizin nörolojik bulgularla ortaya çıkan trombotik trombositopenik purpura**

Mert Arıç<sup>1</sup>, Meryem Ekşi<sup>1</sup>, Feray Akbaş<sup>1</sup>, Hanife Usta Atmaca<sup>1</sup>, İstemi Serin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji

**Giriş:** Trombotik trombositopenik purpura (TTP) trombotik mikroanjyopati (TMA) grubunda sınıflanan, hızlı tanı tedavi süreci izlenmezse fatal seyirli bir hastalıktır. Burada kronik böbrek yetmezliği bulgusu olmadan ön planda nörolojik bulgularla prezente olan ve erken tanı ile tedaviye kısa sürede dramatik yanıt veren bir TTP olgusu sunulmuştur.

**Vaka:** 61 yaşında, bilinen HT ve astım tanıları olan Filipinli kadın hasta ani başlayan bilinç bulanıklığı, anlamsız konuşma, Filipince konuşurken Türkçe; Türkçe konuşurken Filipinceye geçme ve son 2 günde gelişen afazi, yürüyeme şikayetleriyle yakınları tarafından acil servise getirildi. Hastanın FM'nde; GD orta-kötü, şuur konfü, sözel uyaranla göz açıyor, non-koopere, ses çıkışı gözlenmedi, ense sertliği yok, pupiller izokorik, ışık refleksi: +/+ . TA:140/80 mm/Hg, Nb:90/dk, ateş 37,1° C idi, diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu.

Kan tetkiklerinde WBC: 18.8x10<sup>3</sup>/µL, Hb: 8.3 g/dL, Hct: 25%, Mcv: 91 fL, Plt: 6x10<sup>3</sup>/µL INR: 1.1 D. Bilirubin: 0.40 mg/dL, T. Bilirubin: 3.3 mg/dL, LDH: 2752 u/L, Na: 139 mmol/L, K: 3.07 mmol/L, Kreatinin: 0,6 mg/dL, Üre: 61 mg/dL, saptandı. Torax, batin, beyin BT ve MR N'di.

Nöroloji konsültasyonunda kliniği açıklayan akut patoloji saptanmadı. Metabolik ve enfeksiyöz nedenlerin taranması önerildi.

Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonunda menenjit düşünülmüdü, viral ensefalit ekartasyonu amaçlı viral panel gönderildi ve hasta trombositopenik olduğu için tanı amaçlı LP yapılamadı.

Dahiliye servisine interne edilerek hematoloji konsültas-

yonu istenen hastada ilk PY'da trombositopeni dışında özellik saptanmadı. TTP klasik pentadından MAHA, trombositopeni, nörolojik bozukluk mevcut olan ama bariz bir ateş ya da renal fonksiyon bozukluğu bulunmayan hastanın yine de TTP olabileceği düşünülüp tekrarlanan PY'da yaygın fragmente eritrositler, şiştosit ve trombositopeni gözlemlendi. Steroid tedavisi başlandı ve plazmaferez planlandı. Hasta plazmaferez tedavisine nörolojik açıdan dramatik yanıt verdi. Nörolojik tablo hızla düzeldi, bilinç açık, koopere duruma geldi. LDH değeri normale gelmekle birlikte bariz geriledi ancak trombositopeni açısından yanıt alınamadı.

ADAMTS-13 aktivitesi: %65.27(N:40-130); 0.65 iu/ml (0.40-1.30 ) olarak görüldü. Kİ biyopsisinde trombotik mikroanjyopati bulguları izlendi. TTP'ye sebep olabilecek bağ dokusu hastalıkları, vaskülitler, viral ve bakteriyel etiyojiler açısından araştırma yapıldı ve anlamlı patoloji saptanmadı.

Hematoloji kliniğine devredilen hastaya vinkristin tedavisi başlandı ancak etkili olmadığından tedaviye rituksimab eklendi. Yanıt alınan ve trombosit sayısı normale gelen hasta steroid tedavisiyle hematoloji poliklinik kontrollerine gelmek üzere eksterne edildi.

Sonuç: TTP'nin klasik pentadı ateş, trombositopeni, MAHA, nörolojik bulgular ve böbrek yetersizliğini içerir. Ancak yapılan çalışmalarda hastaların sadece <%10'unda tüm bulguların birlikteliği gösterilmiştir. TTP olgularının yarısından fazlasında akut böbrek hasarı gözlenirken hastamızın böbrek fonksiyonları etkilenmemiştir. Böbrek fonksiyonları normal bile olsa MAHA, trombositopeni ve nörolojik bulgu varlığında TTP akla getirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Trombotik Trombositopenik Purpura, Trombositopeni, Nörolojik tutulum, Böbrek yetmezliği

### [PS-17]

#### **Ağır hemolitik anemi ile prezente olan bir MALT lenfoma vakası**

Gizem Şirin Kalem, Merve Meryem Delice, Merve Ezircan Alay, Cemal Alay, Rabia Deniz, Zeynep Karaali

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Otoimmün hemolitik anemi (OİH) hiperfonksiyonel hale gelen B hücrelerin ciddi otoantikör veya kompleman üretimini tetiklemesi ile eritrositlerin verdiği abartılı yanıt ile ortaya çıkmaktadır. Altta yatan bir neden yokken oluşan otoimmün yanıt primer OİH tablosunu oluştururken birçok otoimmün hastalık, viral/bakteriyel/fungal enfeksiyon ya da malignitelere bağlı olarak da sekonder OİH görülebilir. Burada OİH ile prezente olan bir mukozaya bağlı lenfoid doku (MALT) lenfoma hastası sunulmuştur.

Olgu: Kronik hastalığı olmayan 33 yaşında erkek hasta 5 ay önce başlayan sarılık, gece terlemesi şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde vital bulguları stabil, skleraları ikterik görünümdeydi. Yapılan tetkiklerinde hemogloblin 5 g/dl, MCV 128.6 fL, lökosit 3.05 10<sup>9</sup>/l, trombosit 201 10<sup>9</sup>/l, transferrin saturasyonu 0.51, to-

tal bilirubin 6 mg/dl, direkt bilirubin 0.75 mg/dl, ürik asit 8.6 mg/dl, direkt coombs IgG +3 pozitif, LDH 838 U/L, düzeltilmiş retikülosit %10, sedimentasyon 140 mm/sa görüldü. Viral ve serolojik markerları negatifti. Dinamik kontrastlı üst batin tomografisinde; karaciğer boyutu 18 cm, dalak boyutu 16 cm, portal ven çapı 12 mm ölçülmüştür. Periferik yaymada retikülositoz, hemogramda LDH yüksekliği ve coombs testleri pozitifliği olup otoimmün hemolitik anemi düşünülen hastaya prednol 1 mg/kg dozunda iv olarak uygulandı. Splenomegalisi olan hastada özafagus varisini değerlendirmek amaçlı yapılan gastroskopide lenfoma ve mide karsinomu olabilecek proksimal midede infiltre kabarıklık lezyon görüldü. Multiple biyopsiler alındı. Kemik iliği biyopsisinde reaktif değişikliklere ek bulgu görülmedi. JAK-2 mutasyonu ve Gaucher testi negatif sonuçlandı. PET-BT'de mide kardiya fundus korpus düzeyinde yoğun hipermetabolik kitlesel görünümde lezyon (submukozal malign lezyon; lenfoma veya GİST lehine) görüldü. Metilprednizolon alan hastanın hemoglobini 8.1 g/dl ye kadar yükseldi ve aşikâr fayda elde edilemedi. LDH ve bilirubin değerleri de belirgin gerilemedi. Mide biyopsi sonucu lamina propriyada ekspansiyona neden olan yer yer lenfoepitelial lezyon ve kısmi glandüler destrüksiyon gösteren MALT lenfoma infiltrasyonu olarak sonuçlandı. H.Pylori eradikasyonu sonrasında ivedilikle biyopsi tekrarı ile kemoterapi için değerlendirme planlandı. H.Pylori ilişkili MALT lenfoma tanısıyla hematoloji ve gastroenteroloji ile ortak takibine devam edilmektedir.

Sonuç: Derin ya da semptomatik anemi ile gelen bir hastada LDH, indirekt bilirubin ve retikülosit artışı hemolizi akla getirmeli ve direct coombs pozitifliği özellikle IgG tipinde izlenirse otoimmün hemolitik anemi yapan nedenler mutlaka irdelenmelidir. OİH saptanan bir hastada primer OİH demeden önce altta yatabilecek otoimmün hastalık, enfeksiyon ya da malignitelerin her biri ayrı bir tedavi yaklaşımı gerektirdiği ve asıl neden ortadan kalkmadıkça tam remisyona elde edilemeyeceği için mutlaka dışlanmalıdır. Kortikosteroid gibi spesifik olmayan tedaviler ile hayati bulgular ve akut tablo kontrol altına alınsa da tedavide asıl hedef primer nedenin eradikasyonu olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Otoimmün hemolitik anemi, MALT lenfoma, Hiperbilirubinemi

### [PS-18]

#### **Bir devlet hastanesine başvuran geriatrik hipertansif hastaların irdelenmesi**

Manolya Gökrem

Samsun eğitim ve araştırma hastanesi

Dünyada hipertansiyon prevalansı artmaktadır. Aynı zamanda geriatrik populasyon da artmaktadır. Hipertansiyon (HT) kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörüdür. Yaşlanan toplumla birlikte HT prevalansı da artmaktadır. Patent (Prevalance, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey) çalışmasında geriatrik yaş grubunda HT prevalansı % 75.1 olarak saptanmıştır. Bu çalışmanın amacı, iç hastalıkları polikliniğimizde

gelen 60 yaş ve üstündeki hipertansif hastaların demografik verilerinin ve kullandıkları ilaçların incelenmesidir. Çalışmaya Mayıs 2014 – Şubat 2016 tarihleri arasında Erbaa Devlet Hastanesinde HT tanısı ile takip edilen 18 yaş ve üzeri 4880 hipertansiyon (ht) hastası alındı. Çalışmaya katılan hipertansif erkek hasta sayısı 1555 (% 31,8), kadın hasta sayısı 3325 (% 68,2) idi. Hastaların 21'i (% 0,43) 18-29 yaş, 112'si (% 2,30) 30-39 yaş, 359'u (% 7,35) 40-49 yaş, 1047'si (% 21,4) 50-59 yaş, 1558'i (% 31,9) 60-69 yaş, 1252'si (% 25,6) 70-79 yaş, 531'i (% 10,88) 80 yaş ve üzeri yaş aralığında idi. Çalışmada 60 yaş ve üstünde toplam 3341 hasta vardı. Hastaların demografik verileri, HT' a eşlik eden hastalıkları, tuzsuz diyetle uyumları, antihipertansif olarak kullandıkları ilaçlar incelendi. Çalışmaya katılanların % 55 'inde (n=1837) hipertansiyon açısından aile öyküsü mevcuttu. Antihipertansif tedavi alanların % 9.4 'ünün (n=314) düzenli spor yaptığı, % 47.2' sinin (n=1576) tuzsuz diyetle uyduğu ve % 35.3 'inin sigara kullandığı (n=1179) görüldü. Hastaların % 93 ünde (n=3107) HT dışında ek kronik bir hastalık mevcuttu. En sık eşlik eden hastalıklar ise diyabetes mellitus (% 50.7), hiperlipidemi (% 37.7) ve koroner arter hastalığı (% 24.3) idi. Hastaların en sık kullandıkları tansiyon ilaçları ise RAS bloker-diüretik kombinasyonu (% 42.4) RAS blokeri (%33.8), kalsiyum kanal blokeriydi (% 33.1).

Çalışmaya alınan hastaların büyük çoğunluğunun antihipertansif olarak RAS bloker-diüretik kombinasyonu kullandığı, hastaların büyük çoğunluğunun, antihipertansif tedavi almalarına rağmen tuzsuz diyetle uymadığı, düzenli egzersiz yapmadığı bu konuda eğitimin artırılması gerektiği düşünüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Hipertansiyon, prevalans, geriatrik yaş grubu

### [PS-19]

#### **Non-COVID dahiliye servisinde yatan hastalarda saptanan COVID 19-PCR pozitifliğinin bir yıl içindeki değişimi**

Feride Hacıyeva, Feray Akbaş, Hanife Usta Atmaca

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

**Giriş:** Coronavirüs pandemisi boyunca hastalığın yüksek bulaş riski nedeniyle yatışlar spesifik servislerde yapılmış ve non-COVID servislerde yatan hastalara bulaşın önlenmesi için çeşitli önlemler alınmıştır. Alınan önlemlere rağmen yatışında PCR negatif olan hastalarda yatış sırasında oluşan pozitiflikler saptanmıştır. Burda, Ağustos 2020 ve Ağustos 2021 'de dahiliye kliniğinde yatan hastalarda COVID-PCR pozitiflik oranları taranıp karşılaştırılarak bir yılda yatan hastalarda bulaşın önlenmesi konusunda ulaştığımız noktaya dikkat çekmek amaçlanmıştır.

**Materyal-Metod:** Ağustos 2020 ve Ağustos 2021 'de dahiliye kliniğinde yatan tüm hastalar çalışmaya alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar, yatış tanıları ve COVID 19-PCR durumları kaydedildi. Pozitif bulunan hastaların oranları hesaplandı. Sonuçlar SPSS ile değerlendirildi.

**Bulgular:** 2020 yılı Ağustos ayında dahiliye servisinde 173 hasta yatmış olup % 57'si erkek, %53 kadın hastalardır. Yaş ortalaması 60.3 yıldır. COVID-19 PCR pozitiflik oranı %2.8 olup toplamda 5 hastadır. PCR pozitif saptananların %60'ı kadın ve %40'ı erkektir. Kadınlarda yaş ortalaması 58 yıl, erkeklerde 64 yıldır. Bu hastaların %40'ı pnömoni, %20 ABY, %20 GIS patolojileri (GIS kanama, a.pankreatit), %20 hiponatremi ön tanısı ile yatmıştır. Bu hastalarda eşlik eden hastalık olarak %40 KBY, %20 DM ve %20 HT mevcuttur. %40'ında bilinen ek hastalık yoktur. 2021 yılı Ağustos ayı boyunca dahiliye servisinde toplam 225 hasta (%49 kadın ve %51 erkek) yatmış olup, hastaların yaş ortalaması 65.6 yıldır. COVID-19 PCR pozitiflik oranı %5 olup toplamda 12 hasta PCR+ bulunmuştur. PCR pozitif saptananların %16'sı kadın ve %84'ü erkektir. Kadınlarda yaş ortalaması 69 yıl, erkeklerde 65 yıldır. Bu hastalar % 41 akut böbrek yetmezliği (ABY), % 25 pnömoni, % 8 ABY+pnömoni, % 8 GIS kanama, % 8 DKA, % 10 kateter enfeksiyonu ön tanısı ile yatmıştır. COVID 19 + olan hastalarda eşlik eden hastalık olarak ilk 3 sırada %58 HT, %41 tip 2 DM ve % 41 KBY yer almaktadır. %16 hastada herhangi bir ek hastalık saptanmamıştır.

**Sonuç:** Non-COVID dahiliye servisinde yatan hastalarda bir yıl içinde saptanan COVID-19 PCR pozitifliğinde sayısal olarak artma görülse de istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sayı artışı, yatan hasta sayısının artmış olması, refakatçi ve ziyaretçi kabulünün başlaması, hasta ve refakatçilerin mobilizasyonlarının artmış olmasına bağlanabilir. Hastane içi bulaşın önlenmesi için aynı odadaki hasta sayılarının azaltılması, refakatçilerin değiştirilmemesi ve mobilizasyonlarının kısıtlanması, ziyaret için yeni düzenlemeler getirilmesi, mümkünse zorunlu haller dışında kısıtlanması uygun olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** COVID 19-PCR pozitifliği, koronavi-rüs enfeksiyonu, dahiliye servisi

### [PS-20]

#### **Nadir bir vaka: Hipereozinofilik Sendrom**

Feray Akbaş<sup>1</sup>, Hanife Usta Atmaca<sup>1</sup>, Emre Cem Gökçe<sup>1</sup>, Feride Hacıyeva<sup>1</sup>, İstemi Serin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Hipereozinofilik Sendrom (HES), eozinofil hücrelerinin aşırı çoğalması ile çoklu organ hasarına neden olan eozinofilik infiltrasyonun bulunduğu bir grup hastalıktır. Nadir görülür ve primer, sekonder ve idiyopatik olmak üzere gruplara ayrılır. Hastaların %75'inde etyoloji belirlenemez. Çoğunlukla başlangıcı sinsidir ve eozinofili tesadüfen saptanır. Ancak bazı hastalarda kardiyovasküler veya nörolojik komplikasyonlar nedeniyle ilk belirtiler şiddetli olabilir. Burda, yaygın ağrı ve DVT ile başvuru trombotopeni ve eosinofili saptanan ve tetkikler sonucunda HES tanısı alan bir vaka sunulmuştur.

**Vaka:** 47 yaş, kadın hasta acile yaygın eklem ağrıları, plöritik tipte göğüs ağrısı, sol bacakta şişlik şika-

yeti ile başvurmuş. Bir ay önce şikayetleri başlayan hastanın bilinen hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yokmuş. Acilde istenen tetkiklerde alt ekstremitelerde doppler USG'de sol ATA da akım izlenmemiş (oklüde), plevral ve perikardiyal efüzyon ve pansitopeni bulunmuş. Torax BT angiografide emboli lehine bulgu saptanmamış ancak buzlu cam manzarası görülünce dahiliye pan-demi servisine interne edilerek kan kültürleri sonrası DMAH, favipiravir, seftriakson ve klaritromisin, kol-şisin tedavisi başlanmış. Sonrasında PCR(-) gelen hasta dahiliye servisine devir alındı. Favipiravir stoplandı. FM'de patolojik olarak sol lateral malleol superiorunda ve medialinde, sağ kol posteriora cilt altı nodüler lezyon (eritema nodozum?) ve sol bacadaki kızarıklık ısı artışı ve hassasiyet mevcuttu. Bilateral ac bazallerinde solunum sesleri azalmıştı. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Kan tetkiklerinde WBC:  $9.69 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Hb: 10.4 g/dL, Hct: 32.6 %, MCV: 83 fL, Plt:  $52 \times 10^3/\mu\text{L}$  Eos: 3.41  $10^9/\text{L}$ , AST: 35 U/L, ALT: 74 U/L, Total IgE:1206, CRP: 103 0.mg/L, prokalsitonin normal saptandı. Viral enfeksiyon belirteçleri, brucella tetkikleri, romatolojik belirteçler, ga-ita parazit ve direkt bakı ve PY istendi.. Brucella, EBV, CMV, HHV, VDRL:- p-ANCA: N c-ANCA: N ENA profili:- ANA:- Anti-dsDNA:- RF:-Anti-CCP:- Torax BT: viral pnömoni - mix enfeksiyon ile uyumlu, batın BT: N, paranasal sinüs BT: Septumda ve bilateral inferior konkalarda polipoid mukozal kalınlık artışları, PET: Kİ'nde hafifçe FDG tutulumu (hematopoetik hastalıklara bağlı?) bulundu. Hematoloji ile konsülte edildi. PY:Yaygın eosinofili. Kİ: Tanısal olmayan Kİ örneği olarak değerlendirildi. PET sonrası 250 mg pulse sonrasında 1 mg/kg prednol 60 mg/gün başlandı Plt: 95 000 ve eosinofili sayısı N'e geldi. Siprofloksasin, amoksisilin-klavulonik asid, DMAH ve kortikosteroid tedavisiyle hematoloji ve kalp-damar cerrahisi polikliniklerinden takip ve tedavi edilmek üzere eksterne edildi. Sonuç: Hipereozinofilide eozinofillerin yaptığı doku hasarı sonucu her sistemi etkileyen klinik bulgular ortaya çıkabilmekte, özellikle kardiovasküler sistemin etkilenmesi önemli morbitide ve mortalite nedeni olabilmektedir. Bu nedenle tüm hastalar organ tutulumu, trombotik komplikasyonlar veya hastalığın ilerlemesi açısından takibe alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Hipereozinofilik sendrom, tromboz, kortikosteroid tedavisi

[PS-21]

**Uzun bir aradan sonra ardarda tanı konan bir zoonoz: Bruselloz**

Feray Akbaş, Emre Cem Gökçe, Beyza Kal Kolik, Hanife Usta Atmaca, Mehmet Emin Pişkinpaşa

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

Giriş: Bruselloz; koyun, keçi, sığır gibi hayvanların enfekte süt/süt ürünleri, etleri ve vücut sıvıları ile brusella cinsi bakterilerin bulaşması sonucu oluşan ve tüm organ sistemlerini tutabilen bir zoonozdur. Burda, süt/süt ürünlerinin pastörizasyonu özellikle büyük şehirlerde sıklığı azalmış olmasına rağmen, Eylül 2021'de ardarda tanı konan 2 bruselloz vakası ele alınmıştır.

Vaka 1: 31 yaş kadın, 2 haftadır devam eden ateş, halsizlik, kas-eklem ağrısı şikayetleri ile acil servise başvurmuş. FM'de HSM, Tetkiklerinde: WBC:3540 MM3 PLT:73000 MM3 HGB:9.7 G/DL AST:160 U/L, ALT:155 U/L, GGT: 141 U/L, ALP:258 U/L, LDH:864 U/L, CRP:128 MG/L, PCT:0,81 NG/ML saptanarakı, pansitopeni, ateş, HSM, KCFT yüksekliği, akut faz reaktanları artışı açısından tetkik için kliniğimize yatırıldı. Hastanın ek semptom ya da bulgusu yoktu, İstanbul'da yaşıyor ama köye seyahat öyküsü mevcuttu. Hemogram, rutin biyokimya, hemoliz belirteçleri, tümör markerları, viral enfeksiyonlara yönelik tetkikler, brucella, romatolojik markerlar,otoimmün hepatit markerları, kültürleri istendi. PY'da nadir atipik hücre görüldü. Toraks BT:N, batın BT: KC 173mm,dalak 170mm,SK yarı kontrakte, EKO: EF %60 -vejetasyon saptanmadı. Brusella tüp aglütinasyon ve coombs aglütinasyon pozitif olarak geldi. Kan kültürlerinde brusella spp üredi. Rifampisin 1x600mg+Doksisisiklin başlandı. Sakroileit açısından yapılan direkt grafi, sakral ve lomber MR'ları N bulundu.. Semptomları gerileyen hasta poliklinik kontrollerine gelmek üzere mevcut tedavisiyle eksterne edildi. Vaka 2: 39 Yaşında çobanlık yapan yabancı uyruklu erkek hasta 2 aydır devam eden ateş, kilo kaybı, ishal şikayetleriyle acile başvurmuş. Acilde yapılan tetkiklerinde akciğer, karaciğer ve dalakta milimetrik nodüller saptanması üzerin malignite + enfeksiyöz patolojilerin araştırılması amacıyla dahiliye servisine interne edildi. Yatışında halüsinasyonları olan ve delirium tablosuna giren hasta nöroloji ve psikiyatriye danışıldı. Beyin BT-DİF MR-EEG-PET-BT planlandı, ampirik moksifloksasin ve haloperidol başlandı. WBC:3490 MM3 PLT:264000 MM3 HGB:9.3 G/DL GGT: 100 U/L, ALP:258 U/L, LDH:354 U/L, CRP:44 MG/L, PCT:0,1 NG/ML Beyin BT: Solda parietal lobda sekel - kronik değişikliklere bağlı olabilecek ensefalomalazik alan ve düzensiz sınırlı kortikposubkortikal hipodens uzanım dikkati çekmiştir. Her iki serebral hemisferde frontal loblarda ve parietal loblarda subkortikal beyaz cevherde yer yer silik sınırlı hipodens alanlar mevcuttur' şeklindeydi. PET'te özellik saptanmadı. Brusella tüp aglütinasyon ve coombs aglütinasyon pozitif sonuçlandı. Nörobruselloz düşünülerek Seftriakson 2x2 gr İV rifampisin 1x600 mg po doksisisiklin 2x100 mg po başlandı ve enfeksiyon hastalıkları kliniğine devredildi. Sonuç: Bruselloz mortalitesi yüksek olmamakla birlikte morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Pansitopeni, ateş ve halsizlik yakınmaları olan hastalarda akla gelmelidir. Relapsları önlemek açısından kombine tedavi uygulanması ve optimal tedavi süresine uyulması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Bruselloz, nörobruselloz, pansitopeni, ateş

[PS-22]

**Didmoad Sendromu**

Erhan Ayas<sup>1</sup>, Evrim Çakır Atabey<sup>2</sup>, Mehmet Çetin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.B.Ü Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>S.B.Ü Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları, İstanbul

Giriş: Wolfram sendromu, diabetes insipidus (Dİ), diabetes mellitus (DM), optik atrofi ve sağırliğin (DIDMOAD) birlikte görüldüğü klinik bir durum olarak tanımlanmıştır. Başlangıç dönemlerinde DM tanısı alan hastalarda ilk on yıl içinde optik atrofi ortaya çıkar. Ardından ikinci on yılda tabloya Dİ ve sensorinöral sağırlik eklenir. Daha sonra sırasıyla üçüncü on yılda üriner sistem anomalileri ve dördüncü on yılda multipl nörolojik anomaliler görülür. Ölüm ise genellikle beyin sapı atrofisine bağlı olarak gelişen solunum yetmezliği sonucu gerçekleşir.

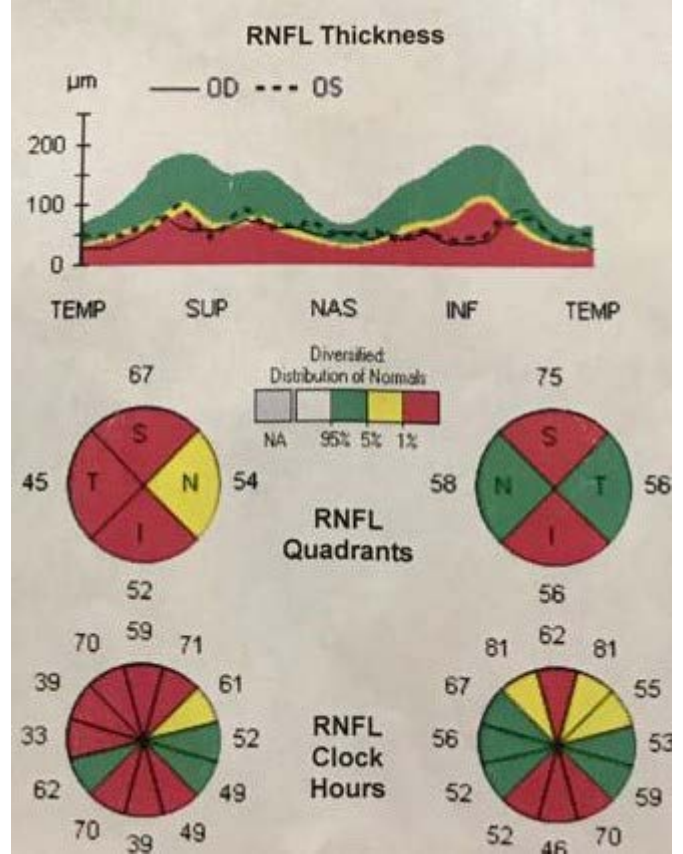
Amaç: Bu vaka ile Tip 1 DM olan optik atrofi saptanan sonrasına diabetes insipidus tespit edilip nadir görülen Wolfram sendromu tanısı alan bir olguyu sunarak, diabetes mellitus tanısıyla izlenen ve optik atrofi gelişen hastalarda Wolfram sendromu olabileceğini vurgulamak istedik.

Bulgular: Yedi yaşından beri tip 1 DM tanısıyla takip ve tedavi edilmekte olan ondokuz yaşındaki kız hasta uzağı görememe gittiği göz muayenesinde optik atrofi saptanması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Özgeçmişinde 12 yıldır diabetes mellitus tanısıyla insülin tedavisi aldığı öğrenildi. Hastamızın sistem muayenelerinde özellik tespit edilmedi. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde çok su içme yok fakat çok idrara çıkması dikkat çekiciydi. Odyometrik inceleme normal saptandı. Göz dibi muayenesinde her iki gözde optik atrofi izlenirken, diabetik retinopati bulgusuna rastlanmadı.Yapılan orbital MR incelemesinde sağda optik sinir kalınlığı 3.4 mm olup solda 2.6 mm dir ve sol optik sinir kalınlığı azalmıştır şeklinde yorumlandı.Hastaya diabetes insipidus ön tanısı ile sıvı kısıtlama testi yapıldı.Hasta takibinde 24 saatte toplam 3500 cc sıvı aldı, 4400cc idrar çıkışı oldu.

Sonuç: Hastanın sıvı kısıtlamasına idrar konsantrasyon yanıtı olmadı, vasopressine kısmi yanıtı izlendi.Tedavisine vasopressin eklendi,taburculuktan bir hafta sonra 24 saatlik takibinde aldığı sıvı 3,7 litre ve çıkardığı sıvı 4 litre olduğu gözlemlendi, hasta takibe alındı.Sonuç olarak DM ve optik atrofi birlikteliği olan vakalar, Wolfram sendromu açısından araştırılmalıdır. Erken tanı ve tedavi, morbidite ve mortalite oranını azaltacaktır

**Anahtar Kelimeler:** diabetes insipidus, diabetes mellitus, didmoad sendromu, optik atrofi

Şekil 1



OCT tekniği ile retina sinir lif tabakası kalınlığı ölçümü;normalde hakim renk yeşil olması gerekir;kırmızı renk artışı optik sinir kalınlığının azaldığını gösterir.

Şekil 2

İdrar kısıtlama testi	Kan basıncı	Kilo	Nabız	Na	İ.Volüm	İ.Dansite
0. saat	129/82	63.1	98	138	20cc	<1005
1. saat	116/72	63.0	99		20cc	<1005
2. saat	122/75	63.0	97	140	20cc	<1005
3. saat	119/80	62.9	101		20cc	<1005
4. saat	110/70	62.6	101	145	70cc	<1005
5. saat	110/70	62.4	99		70cc	<1005
6. saat	100/60	62.3	100	149	70cc	<1005
7. saat	120/80	62.2	110		50cc	<1005
8. saat	120/80	62.1	112		40cc	<1005
Minirin sonrası laboratuvar bulguları	Dansite	Glukoz	Na	Kan basıncı	Nabız	
16.40	<1005	86	141	110/80	109	
18.40	1006	259	139	120/80	87	
00.00	1006	123	139	125/75	75	
06.00	1007	251	137	130/85	71	

İdrar kısıtlama testi ve Minirin sonrası laboratuvar bulguları

**[PS-23]****İzole Şiddetli Hipoalbuminemi ile Prezente Olan Konstriktif Perikardit**

Elif Yunt, Mehmet Gürdal Savsar, Sanem Kayhan, Seyit İbrahim Akdağ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş: Hipoalbuminemi erişkin hastalarda sık olarak karşılaştığımız ve çeşitli klinik tablolarla karşımıza çıkan bir bulgudur. Hastalar birçok klinik tablo ile başvurabileceği gibi daha çok yaygın ödem ve 3. boşluklara sıvı artışı, kanama diyatezleri, kalsiyum metabolizması bozuklukları ile karşımıza gelebilmektedir. Etyolojide renal, hepatik, gastrointestinal kaynaklı birçok sebep olabileceği gibi kardiyak sebepler de göz ardı edilmemelidir. Biz de bu vakamızda konstriktif perikardite sekonder protein kaybettiren enteropatili bir hastayı, izole şiddetli hipoalbuminemi ile başvurusu nedeniyle tartıştık.

Olgu: 22 yaşında, bilinen kronik bir hastalığı olmayan erkek hasta, son zamanlarda başlayan bacaklarında ödem, nefes darlığı ve 3 ayda 20 kg artış şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Yapılan tetkikler sonucu hastada albumin: 1.9 gr/L tespit edildi. Hipoalbuminemi nedenli etyoloji araştırması başlanan hastada öncelikle renal nedenler araştırıldı. 24 saatlik idrarda proteinüri tespit edilmedi (89.7mg/gün). Böbrek fonksiyon testleri ve renal ultrason (USG) normal izlendi. Karaciğer fonksiyonlarına yönelik yapılan laboratuvar tetkiklerinde (karaciğer fonksiyon testleri ve INR gibi) herhangi bir patoloji saptanmadı. Yapılan tüm abdomen USG görüntülemesinde hepatomegali ve splenomegali izlenen hastaya portal venöz doppler değerlendirilmesi yapıldı, inferior vena cavada konjesyon tespit edildi. Protein kaybettiren enteropati araştırması amacıyla yapılan endoskopik duodenum biyopsisinde lenfanjiektazi ile uyumlu alanlar rapor edildi. Lenfanjiektazi ve splenomegali nedeniyle hastada kardiyak nedenler araştırıldı ve ekokardiografisinde EF: %45, SPAB: 45mmHg, sağ atriyum geniş, sistolik fonksiyonlar azalmış, apeks hipokinetik olarak izlenmiş ve septal bouncing (sıçrama) hareketi izlendi. Kardiyomiyopati ve konstriktif perikardit ön tanılarıyla çekilen kardiyak MR görüntüleme ve yapılan kardiyak anjiyografisi ile; konstriktif perikardit tanısı aldı. Hastada, konstriktif perikardit sonrası gelişen lenfatik konjesyona bağlı şiddetli hipoalbuminemi düşünüldü ve perikardiektomi amacı ile kalp damar cerrahisi servisine nakledildi.

Tartışma ve Sonuç: Genel olarak hipoalbuminemi tek başına bir etken değil, bir hastalığın sonucu olarak gözlemlendiği için bu şekilde başvuran hastalarda tedavi planlamasında etyolojik nedenin aydınlatılması önemlidir. Konstriktif perikardit tipik olarak kronik, sinsi ilerleyen belirti ve bulgularla kendini gösterir ve tanınması hala büyük bir zorluk teşkil etmektedir. Daha önce konstriktif perikardite bağlı hipoalbuminemi gelişen vakalar bildirilmiştir. Patofizyolojide; santral venöz basınctaki artış, intestinal lenfanjiektazi ve buna bağlı bağırsak epitelinde proteinden zengin sıvı sekestrasyonu sorumlu tutulmaktadır. Biz de bu vakadan yola çıkarak; şiddetli hipoalbumineminin ayırıcı tanısında protein kaybettiren enteropatiyi ve enteropatinin altında yatan sebep olarak

da konstriktif perikarditin akılda tutulması gerektiği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** hipoalbuminemi, konstriktif perikardit, lenfanjiektazi

**[PS-24]****Tip 1 diabetes mellitus zemininde hipo-hiperglisemi, hipertrigliseridemi ve hepatomegali ile prezente olan nadir bir vaka: Mauriac Sendromu**

İnci Öztel, Ezgi Şahin, Zehra Sibel Kahraman, Abdülkaki Kumbasar

SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Mauriac Sendromu kontrolsüz Tip 1 Diabetes Mellitus'un nadir bir komplikasyonudur. Kötü glisemik kontrol, hepatomegali, transaminaz yüksekliği, hipertrigliseridemi, büyüme geriliği ile karakterizedir. Glikojenik hepatopati ile ilişkili olarak hastalarda hepatomegali görülür. Günümüzde daha sıkı kan şekeri kontrolü sağlanması nedeniyle bu sendromun insidansı azalmıştır.

3 yıldır Tip 1 Diabetes Mellitus tanısıyla dış merkezde takip edilen 17 yaş kadın hasta S.B.Ü. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi aciline bulantı, kusma, ishal şikayeti ile başvurdu. Tetkiklerinde venöz kan gazında ph:7.24 pco2:33.4 hco3:14 glikoz:598 crp:11 na:133 k:5.05 ca:8.9 kreatinin:0.57 ast:105 alt:51 alp:100 ggt:36 ldh:240 hba1c:10.1 trigliserid:636 görüldü. İdrar tetkikinde keton pozitifliği saptandı. Diabetik ketoasidoz tanısıyla yoğun bakım yatışı sonrası serviste takibine başlanan hastanın son iki yıldır yılda 2-3 kez diabetik ketoasidoz tanısıyla yoğun bakım yatışının olduğu öğrenildi. Muayenesinde 4 parmak hepatomegali traube kapalı olarak saptandı. Bunun dışında patolojik bir bulgu izlenmedi. 30 ünite bazal ve 15 ünite bolus (3 öğün öncesinde beşer ünite olmak üzere) insülin kullanımı mevcuttu. Sıkı kan şekeri takibine rağmen kan glikoz düzeylerinin düzensiz seyrettiği görüldü. Çölyak açısından gönderilen anti transglutaminaz ıga, anti endomisyum ıga ve otoimmün hepatit markerları negatif geldi. Wilson için bakılan seruloplazmin normal seviyede izlendi. Hastanın göz muayenesinde de özellik yoktu. Mevcut bulgularla çölyak, wilson ve otoimmün hepatit dışlandı. Batın ultrasonografisinde karaciğer boyutlarının artmış olup batın sol tarafına kadar uzanım gösterdiği belirtildi (190 mm). Karaciğer fonksiyon testlerinde yüksekliği ve hepatomegalisi olması nedeniyle yapılan karaciğer biyopsisinde parankim hücre nükleuslarında glikojenizasyon, bazı hepatositlerin sitoplazmalarında berraklaşma görüldü.

Kontrolsüz hipo-hiperglisemileri, hipertrigliseridemisi, hepatomegalisi olan hastada mevcut bulguları ile birlikte değerlendirildiğinde Mauriac Sendromu düşünüldü.

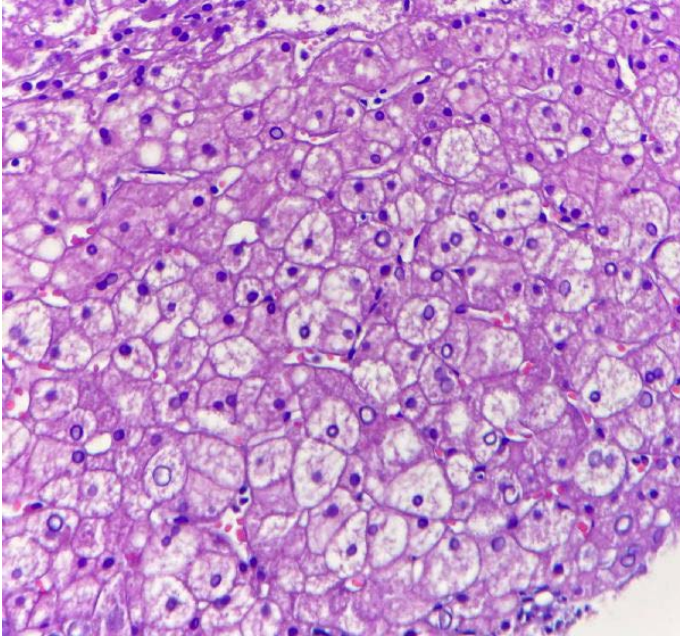
Literatürde belirtilen Mauriac Sendromlu olgularda görülen büyüme geriliği ve cushingoid özellikler bizim hastamızda olmasa da bu vakayı sunarak kontrolsüz diabeti olan hastalarda hepatomegali saptandığında bunun Ma-

uriac Sendromu ile ilişkili olabileceğini vurgulamış olduk.

Glikojenik hepatopati hiperglisemi ve hepatositler tarafından insülin bağımlı glukoz alımı ile ilişkilendirilmiştir. Kötü kontrollü diabette hiperglisemi ve hiperinsülinemi siklusu hepatositlerde masif glikojen depolamasına neden olmaktadır. Yoğun insülin terapileri ve düzgün diyetin yeterli olmadığı durumlarda pompa şeklinde insülin tedavileri karaciğer hastalığının progresyonunu önlemek ve ileri komplikasyonlara yol açmasına engel olmak için iyi bir seçenek olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** diabetes mellitus, hepatomegali, hipertrigliseridemi, mauriac sendromu

#### 40 HxE



*Parankim Hücre Nükleuslarda Glikojenizasyon, Sitoplazmalarında Yaygın Berraklaşma.glikojenik Hepatopati İle Uyumlu Bulunmuştur.*

#### [PS-25]

#### Doktor bu ne! Karnımdan süt mü geldi?

Mehmet Çetin, Damla Gül Çetin, Erhan Ayas, Namık Yiğit, Hikmet Feyizoğlu

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Periton boşluğunda sıvı birikimi Assit olarak ifade edilir. Etiyolojisinde, ekseri olarak karaciğer sirozu ve kalp yetmezliği gibi portal hipertansiyon sebepleri veya maligniteler yer alır.Şilöz asit ise lipidden zengin lenflerin periton boşluğuna sızması sonucu ortaya çıkan nadir bir asit formudur.Biz, bu vakamızda, Timoma operasyonu sonrası karında şişlik ile gelen assit tetkik amacıyla takip ettiğimiz bir Şilötik Assit vakasının yönetimini sunacağız.

**Olgu:** 39 yaşında erkek, bilinen 8 ay önce Timoma operasyonu öyküsü olan hasta, yaklaşık 2 aydır süregelen karında şişlik, çabuk doyma, halsizlik şikayetleri ile tarafımıza başvurdu.Fizik Muayenesinde, vitalleri stabil, her iki akciğer bazallerde solunum sesleri azalmış, batın distandü, açıklığı yukarı bakan matite mevcut, trau-be açıktı.İlk değerlendirilmesinde laboratuvar sonuçları, WBC:8.61 bin HBG:14 PLT:485 bin Glukoz: 81 Üre:30.1 Kre:0.65 Gfr:123 Ast:30 Alt:41 Ggt:31 Alp:110 Total Biluribin:0.35 Ldh:158 Albumin:3.1 Na:140 K:4.7 Ca:8.7 CRP:10.7 INR:0.99 Elisa:Negatif şeklindeydi.Hepatobilier ve Portal Doppler Usg çekildi, karaciğer parankim ekosu ve boyutları tabii görünümde, sirotik değişiklikler gözlenmemekte, dalak boyutu normal, hepatic, portal ve splenik ven çapları normal görülmüştür.Perihepatik-perisplenik, pelvik ve barsak ansları arasında serbest sıvı mevcuttur. Özefagus varis varlığı adına yapılan gastroskopi normal sonuçlanmıştır. Batındaki sıvıya yönelik yapılan örneklemde, serum-asit albümin gradiyenti 0.4 gelmiş olup, alınan sıvının süt renginde gelmesi ile birlikte bakılan trigliserid düzeyi 1043 olarak sonuçlanmıştır.Parasentez örneğinde, ADA düzeyi normal bulunmuş, ARB negatif, bakılan tüberküloz veya bakteriyel kültürlerde üreme olmamıştır.Kardiyak Sirozu dışlamak adına yapılan Ekokardiyografi ile EF:%60 olarak gelmiştir. Batın MR görüntülemesinde assiti açıklayacak bir karaciğer hastalığı veya yer kaplayıcı patolojik bir durum gözlenmemiştir.Bu tablonun, Timoma operasyonuna sekonder lenfatik drenajın bozulması ve/veya tümörün lenfatik kanallara invazyonuna bağlı olabileceği öngörülmüş ve lenfangiografi planlanmıştır.Dış merkezde çekilen bipedal lenfangiografide, paraaortik lenfatiklerden mezenterik lenfatiklere kaçış olduğu düşünüldü ve ductus thoracicus subclavian vene döküldüğü yerde anlamlı stenoz saptandı.Hastaya, diüretik tedavisi ve tuzsuz diyet, nutrisyon görüşü alınarak orta zincirli yağlardan zengin az yağlı oral mama önerildi.

**Sonuç:** Şilöz assitin tanısı parasentez ile alınan sıvının biyokimyasal analizi ile konur.Alınan sıvı örneği, yüksek trigliserid, düşük kolesterol içerir, makroskopik olarak süt görünümündedir.Şilöz assit, lenfatik akımın bozulmasına bağlı oluşur.Konjetinal sebepler dışında şilöz assit ileri yaşlarda; travma, postoperatif, tüberküloz, malignensi veya ductus thoracicus obstrüksiyonuna sekonder oluşabilir.Lenfangiografi, lenf kaçağının yerini kesin olarak göstermekle beraber zaman alıcı bir işlemdir.Orta zincirli yağ asitleri direkt portal sisteme drene olmakta ve lenfatik debiyi arttırmamaktadır, bu sebeple tedavide bizim olgumuzda da olduğu gibi orta zincirli yağlardan zengin az yağlı diyet verilmelidir.Diyette tuz kısıtlanması ve diüretik tedaviler assitin azalmasına yardımcı olur. Medikal tedaviye cevap vermeyen olgularda, lenfatiklerin ligasyonu veya cerrahi işleme uygun olmayan hastalarda peritonovenöz şantlar denenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Lenfangiografi, Şilöz Asit, Timoma

## Şilötik karakterde asit örneği



## [PS-26]

## Akut Böbrek Hasarı ve Hipertansif Acille Başvurup Tanı Alan Multiple Myelom olgusu

Canan Kalmaz, Seydahmet Akın, Banu Büyük, Hande Erman, Özcan Keskin

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

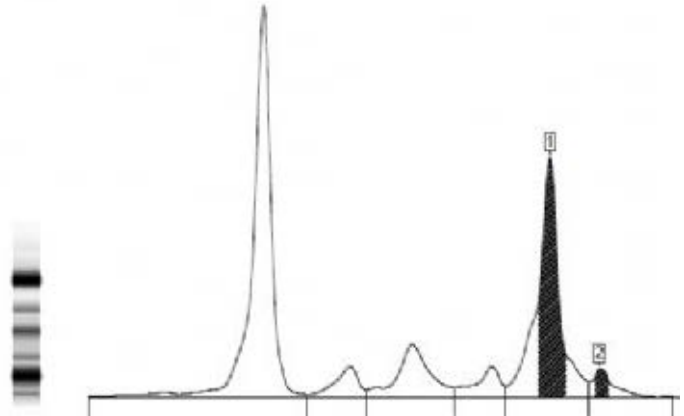
Giriş: Multiple myelom(MM) plazma hücrelerinin malign proliferasyonu ve kanda monoklonal immünglobulin veya fragmanlarının artışı ile karakterize malign bir hastalıktır. Tüm kanserlerin %1-2 sini, hematolojik kanserlerin %17 sini oluşturmaktadır. Klinikte en sık anemi, akut böbrek yetmezliği, litik lezyonlarla giden kemik ağrıları, hiperkalsemi, kilo kaybı, enfeksiyon ve bunlara bağlı semptomlarla karşımıza çıkmaktadır. Tanı sırasında MM hastalarının yarısında görülen böbrek fonksiyon bozukluğu prognostik değer taşıyan bir bulgudur. Akut veya kronik böbrek hasarı ile seyredebilir. Multiple myelomda böbrek yetmezliğinin ana nedenleri hafif zincir silendir nefropatisi(myelom böbreği) ve hiperkalsemidir. Akut böbrek hasarı ile gelen MM tanısı alan olguyu sunuyoruz. Olgu: 58 yaşında BPH tanılı erkek hasta acil servise başvurdu, kusma,oral alımda azalma ve idrar miktarında azalma şikayetleri ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde benign prostat hiperplazisi öyküsü olup aktif ilaç kullanımı yoktu. Hipertansiyon öyküsü olmayan hastanın acil servise gelişinde TA:212/106 mmHg, Nabız:80/dk,ritmik, Sp O2 %98 olarak görüldü. Diğer sistem muayeneleri doğal bulundu. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde üre:192 mg/dl( 10- 40 mg/dL),kreatinin:8.70 mg/dl(0.6 -1.2), K: 6.38 mmol/L(3.6-5,2), kalsiyum:8.98 mg/dl, HGB:9.7 g/dl(13.5-17.5),MCV:83 PLT:191.000/mm<sup>3</sup> PH.7.26 HCO<sub>3</sub>:18 ve idrar analizinde protein ++hemoglobin ++ olarak görüldü. Gelişinde üremik semptomu olan, idrar çıkışına rağmen akut böbrek hasarı progrese olan ve hiperkalsemi dirençli seyreden hasta hemodiyalize alındı. İleri tetkik amaçlı dahiliye kliniğine interne edilen hastanın Üriner USG de bilateral böbrek parenkim ekoları grade 1 renal parankimal hastalık lehine artmış olarak değerlendirildi. Postrenal patoloji görülmedi. Tetkiklerinde

albumin:3.4mg/dl, total protein:7.4 mg/dl olan hastanın 24 saatlik idrarda 1150 mg/24h proteinürisi saptandı. Sedimentasyonu 121 mm/saat olan, albumin /globulin tersleşmesi ve normositik anemisi saptanan hastanın protein elektroforezinde gama piki(M komponenti) olup IgM düşük(<0.2g/L---0.3 - 0.4) veIgA yüksek (22.55 g/L ---0.7-4) olarak geldi. Serum immün elektroforezde IG A lambda +serbest lambda bandı saptandı. Hematoloji konsültasyonu sonrası kemik iliği biyopsisi yapıldı, IgA tipinde MM tanısı konulan hastaya VCD protokolü başlanması önerildi. Hasta 3/7 hemodiyalize alınmaya devam edildi. Akut böbrek hasarı ve hipertansif acil ile gelen hastanın eko da normal sol ventrikül sistolik fonksiyonları EF %60 ve evre 1 diyastolik disfonksiyon tespit edildi. Göz dibi muayenesinde grade 1 hipertansif nefropatisi görüldü. Kemik dansitometresi sol femur osteopeni ile uyumlu olup litik lezyonu tespit edilmedi. Bu süreçte covid pnömonisi tespit edilen hasta pandemi kliniğine devredildi. Tedavisi sonrası hastaya hematoloji tarafından kemoterapi başlanmış olup hastanın 3/7 HD olarak renal replasmanına tedavisine devam edilmektedir. Sonuç: MM, akut böbrek hasarı etiyolojisinin ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmelidir. Multiple myelomun diğer karakteristik özellikleri olmadan sadece akut böbrek hasarı ile prezente olabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Akut Böbrek Hasarı, Hipertansif Acil, Multiple Myelom

## Serum protein elektroforezi

## Serum Protein Elektroforezi



Fraksiyolar	%	Normal %	Conc.(g/L)	Normal(g/L)
Albumin	44.7	< 55.8 - 66.1	33.1	40.2 - 47.6
Alpha 1	4.4	2.9 - 4.9	3.3	2.1 - 3.5
Alpha 2	10.3	7.1 - 11.8	7.6	5.1 - 8.5
Beta 1	4.4	< 4.7 - 7.2	3.3	3.4 - 5.2
Beta 2	32.8	> 3.2 - 6.5	24.3	2.3 - 4.7
Gamma	3.4	< 11.1 - 18.8	2.5	8.0 - 13.5

Pikler	%	g/L	Tot. Prot. : 74 g/L
1	22.7	16.8	A/G Oranı : 0.81
2	2.0	1.5	

## [PS-27]

**Hiponatremi ile Prezente Olan Akciğer Kanseri Olgu Sunumu**

Canan Kalmaz, Banu Büyük, Seyidahmet Akın, Hande Erman, Özcan Keskin

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

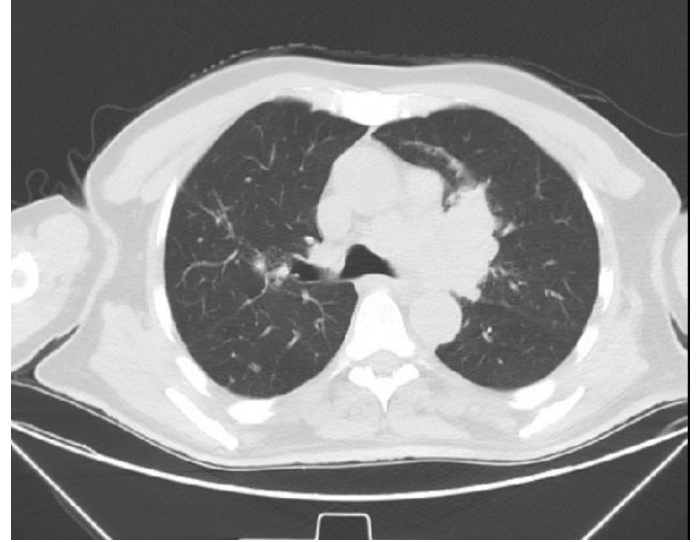
**Giriş:** Hiponatremi klinikte sık karşılaştığımız bir elektrolit bozukluğu olup asemptomatik seyredebileceği gibi hayatı tehdit eden durumlara da sebebiyet vermektedir. Hiponatremi etiyolojisinde uygunsuz anti diüretik hormon sendromu da yer almaktadır. En sık küçük hücreli akciğer CA hastalarında paraneoplastik sendrom olarak görülür. Biz bu vakamızda hiponatremiyle akciğer kanseri saptanan erkek hastamızı sunduk.

**Vaka:** 68 yaşında erkek hasta tarafımıza son zamanlarda artan halsizlik, eklemelerde ağrı şikayeti ile başvurdu. Son birkaç aydır ara ara öksürük şikayeti tariflemekte olup hemoptizi, nefes darlığı, kilo kaybı tariflememekteydi. Hastanın genel durumu orta bilinç açık koopere oryante olarak değerlendirildi. Fizik muayenesinde şuur açık koopere, soluk görünümü, TA: 130/80mmHg, Nb:80/dk, dinlemekle solunum sesleri doğal olarak görüldü. Diğer muayene bulguları normal bulundu. Hastanın özgeçmişinde esansiyel hipertansiyon, myelofibrözis, benign prostat hiperplazisi öyküleri mevcuttu. 50 paket/yıl sigara kullanımı ve çocukluk çağında tbc geçirme öyküsü olan hastanın valsartan, hidroklorotiazid ve hidroksiüre kullanımı vardı. Hidroksiüre kullanımı gelişinden 10 gün önce hematoloji tarafından stoplanmıştı. Hastanın geliş tetkiklerinde glukoz:119 mg/dl, üre:36 mg/dl, kre:0,63 mg/dl, sodyum:121 mmol/L (135-145), potasyum:4.16 mmol/L, kalsiyum:8.30 mg/dl, wbc:1290 hgb:9.7 /dl, MCV:89 plt:63.000 olarak görüldü. Serum osmolalitesi düşük ve idrar sodyumu 153 meq/L (0-29 mmol / l), ürik asit:2.5 mg/dl tespit edildi. Hastanın antihipertansif tedavisi kalsiyum kanal blokleri ile değiştirildi. Hipovolemik-övolemik olarak değerlendirilen hastaya sodyum açığı hesaplanarak replasmanı yapıldı. Yatışında hastanın sodyum değeri 125-130 mmol/L olarak görüldü. Hastanın detaylı tetkiklerinde renal, adrenal, hipofizer, tiroid hastalıkları lehine bulgu görülmedi. Hastanın görüntülemelerinde toraks BT' de sol akciğer üst lob bronşunu daraltan, aorta ile ilişkisi optimal seçilemeyen heterojen en geniş yerinde 5.5\*5 cm boyutunda akciğer CA ile uyumlu kitle, mediastende aortopulmoner ve arkus aorta komşuluğunda laplar ve abdomende metastaz olarak değerlendirilen multiple en büyüğü 1 cm çapa varan multiple hiperintens lezyonlar, dalak parenkiminde benzer nodüler lezyonlar tespit edildi. Hastaya göğüs hastalıkları tarafından patolojik tanı amacıyla bronkoskopi planlandı. Pet-CT görüntüleme planlandı. Ancak hastanın servis takiplerinde solunum arresti gelişmesi sonrası müdahalelere yanıt vermemiş ve exitüs kabul edilmiştir.

**Sonuç:** Vakamızda hiponatremi nedeniyle tetkik edilen muhtemel metastatik akciğer CA tespit edilen hasta sunulmuştur. Paraneoplastik olarak görülen uygunsuz ADH sendromu hiponatremi ayırıcı tanısında oldukça sıktır. Uygunsuz ADH sendromunun erken tanısı ve tedavi-

si morbidite ve mortaliteyi azaltmak açısından oldukça önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Hiponatremi, uygunsuz ADH sendromu, Akciğer CA

**Toraks BT**

## [PS-28]

**Tip 1 Diabetes Mellitus tanılı hastada insülin glulisine yanıtı ve insülin aspart ile değişim sonrası tam glisemik kontrol: Olgu sunumu**

Düriye Sıla Karagöz Özen, Ali Uğur Ergin, Orhan Demir, Mehmet Derya Demirağ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

29 yaşında erkek hasta İç Hastalıkları polikliniğine halsizlik ve kan şekeri düzensizliği şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde 10 yıldır Tip 1 Diabetes Mellitus ve 17 yıl önce tanı almış Juvenil Romatoid Artrit öyküsü olduğu öğrenildi. İnsülin glarjin U300 günde tek sefer 24 ünite ve insülin glulisin her ana öğün öncesi 8 ünite olacak şekilde bazal bolus insülin kullandığı öğrenildi. Aynı zamanda peryodik olarak etanercept tedavisi aldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde boyu 165 cm, vücut ağırlığı 50 kg ve vücut kitle indeksi 18,3 kg/m<sup>2</sup> olarak ölçüldü. Şuur açık koopere oryante idi. Dehidratasyon bulgusu ve aseton kokusu yoktu. Laboratuvar değerlerinde başvuru sırasındaki venöz plasma glukozu 431 mg/dl bulundu. İdrarda keton pozitif bulundu. Kan gazında asidoz saptanmadı, plasma osmolaritesi normal bulundu. Tam kan sayımı ve CRP ölçümü ile böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal bulundu. Elektrolit değerleri normal bulundu. Hasta kan şekeri regülasyonu amacıyla yatırıldı. Glikolize hemoglobin %16,7 bulunan hastaya 1 ünite/kg/gün total insülin dozu hesaplanarak ve insülin glulisin 3x8 ünite ve insülin glarjin U300 1x18 ünite olacak şekilde tedavi şeması düzenlendi. İki günde bir doz titrasyonu yapılarak hastanın insülin dozları artırılmasına rağmen kan şekeri regülasyonu sağlanmadı. Bu sırada hastanın enfeksiyon

odağı, ateşi, eşlik eden ve akut kan şekeri yüksekliği yapabilecek nedenler gözden geçirildi. Bir patoloji saptanmadı. Hastanın diyet uyumu özellikle gözden geçirildi ve kontrol edildi. Hastanın diyetine uyum gösterdiği gözlemlendi. İnsülin enjeksiyon bölgeleri kontrol edildi ve emilim veya dağılım bozukluğu yapabilecek bir patoloji saptanmadı. İnsülin enjeksiyon tekniği yeniden gözden geçirildi. Hastanın insülin dozları artırılmasına ve 1,5 ünite/kg/gün total dozuna çıkılmasına rağmen kan şekeri regülasyonu sağlanmadı. Hastada insülin otoantikoru gelişmiş olabileceği düşünülerek insülin glulisin kesildi ve yerine hızlı etkili insülin analogu insülin aspart başlandı. Aynı dozlarla hastada hipoglisemi gelişmesi üzerine hastada insülin glulisine karşı antikor geliştiği tanısı klinik olarak koyuldu. Hastanın insülin glarjin U300 tedavisine dozu azaltılarak günde 20 üniteye düşüldü. İnsülin aspart 3x6 ünite ile kan şekeri regülasyonu sağlandı. İnsülin otoantikorlarına bağlı hiperglisemik acil durumlar insan insülini ile sık görülmesine rağmen analog insülin tedavisi sırasında nadir olarak bildirilmiştir. Bu vakada insülin glulisine tedavisini 10 yıldır alan ve son dönemde kan şekeri regülasyonu bozulan bir Tip 1 Diabetes Mellitus hastası sunulmuştur. Hızlı etkili insülin preparatı değiştirildiğinde hastanın kan şekeri tamamen regüle olmuştur. Uzun süre analog insülin kullanan hastalarda, progresif olarak kan şekeri regülasyonu bozulduğunda ve özellikle çok yüksek dozlara çıkıldığı halde hiç yanıt alınmadığında, bu nadir durumun akılda tutulması gerektiğini düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** hiperglisemi, tip 1 Diabetes Mellitus, insülin otoantikor

**Tablo 1**

TARİH		Saatlere göre kapiller glukoz düzeyi (mg/dl)			Prandiyel insülin (ünite)	Glarjin U300
	06.00	11.00	17.00	21.00	glulisine	
2.7.2021	368	343	341	292	3x8	34
3.7.2021	143	321	370	300	3x10	34
4.7.2021	99	321	370	300	3x14	34
					aspart	
5.7.2021	118	329	264	192	3x10	30
6.7.2021	68	100	106	102	3x8	20
7.7.2021	149	102	106	100	3x8	20

*Saatlere ve kullanılan insülin analoguna göre kapiller plazma glukozu değişimi*

## [PS-29]

### Polimiyaljiya Romatikaya sekonder gelişen Amiloidoz

Dilan Kabaca<sup>1</sup>, Banu Büyük<sup>1</sup>, Seydahmet Akın<sup>1</sup>, Ergün Parmaksız<sup>2</sup>, Hande Erman<sup>1</sup>, Özcan Keskin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>SBÜ, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği

**Giriş:** Polimiyaljiya romatika(PMR) başlıca omuz ve kalça kuşağında ağrı ve tutuklukla karakterize periartiküler inflamatuvar hastalıktır. Akut faz reaktanlarında yükseklik ve kortikosteroidlere dramatik yanıt patognomiktir. Amiloidoz, amiloid denilen fibröz proteinin çeşitli organ ve dokularda depolanması ile oluşur. En sık formları AA ve AL amiloidozdur. AA tip amiloidoz (sekonder amiloidoz, reaktif amiloidoz ) kronik inflamatuvar hastalıklarla bir arada görülür. Bu yazıda polimiyaljiya romatikaya sekonder gelişen amiloidoz olgusunu irdeledik.

**Olgu:** 70 yaş kadın hasta birkaç haftadır olan sağ omuz ağrısı ile başvuruyor. Ortopedi tarafından artrit düşünülerek tarafımıza yönlendiriliyor; anemi ve böbrek fonksiyon testlerinde artış nedeni yatırılıyor. Öyküsünde son bir aydır artan sağ omuz ağrısı ve yarım saat süren sabah tutukluğu mevcuttu. Hasta osteoporoz ve hipertansiyon tanılıydı. Muayenesinde sağ omuz eklemine şişlik ile hareket kısıtlılığı ve bilateral pretibial ödem mevcuttu. Tetkiklerinde Hgb:8.9g/dl MCV:86 Kreatinin:1.9mg/dl üre:85mg/dl Albumin:2.7, Total protein:5.7g/dl Sedimantasyon:121, Crp:78, ürik asit:5.8 ve bazal kreatinin:1.1 idi. İdrar tetkikinde protein 2+ hemoglobin 1+ spot idrarda mikroalbumin/kreatinin 5021mg/gr; protein/kreatinin 7233 mg/gr 24 saatlik idrarında 4.7 gr protein mevcuttu. Anemi parametrelerinde Demir: 11,TDBK:150 ug/dl TS:%7 Ferritin:278ug/L B12:286 ug/L folik asit:4.6 ug/L idi. Üriner usgde bilateral böbreklerde grade2 renal parankim hasarı mevcuttu. Omuz görüntülemesinde glenohumeral eklem mesafesi tamamen daralmış, glenoidte ve humerus başında subkortikal kistik dejenerasyonlar ve osteofitler mevcuttu. Eklem ağrısı, sabah tutukluğu olan ve akut faz reaktanları yüksek olan hastanın ANA, ANCA, RF, Anti-dsDna, Anti-ccp negatif idi. Romatoloji tarafından ön planda polimiyaljiya romatika (PMR ) olarak değerlendirildi. Demir eksikliği anemisi(dea) için yapılan periferik yaymada dea ile uyumlu bulgular görüldü. Anemi etyolojisini için yapılan endoskopik tetkiklerinde malignite yoktu ama biyopsi alındı. M.myelom ve enfektif parametreleri normaldi. Sistemik taramada malignite saptanmadı. Akut böbrek hasarı ve proteinürisi için böbrek biyopsisi planlandı. Rektal biyopsi damar duvarlarında eozinofilik amorf madde birikimi (amiloid AA pozitif ) ve renal biyopsisi de AA amiloid olarak raporlandı. Ön planda PMR düşünülen hastada European League Against Rheumatism ve American College of Rheumatology 'nin PMR kriterlerine göre skorlamasında 4ün üstünde puan aldı ve PMR tanısı kondu. Diğer sekonder nedenler ekarte edildiğinden amiloidozun altta yatan nedeni PMR olarak bulundu. Hastaya prednisolon tedavisi başlandı. Klinik ve laboratuvar değerlerinde düzelme görülerek romatoloji ve nefroloji takibine alındı.

**SONUÇ:** Avrupa'da sekonder amiloidoz nedeni en sık romatoid artrit iken ülkemizde ailevi akdeniz ateşidir. Proteinüri ve eklem ağrısı sık karşılaşılan bir durum olup ileiri tetkiklerinde amiloidoz saptanan vakalarda polimialjia romatika da ayırıcı tanıda düşünölmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Polimialjia Romatika, Amiloidoz, Artralji

### [PS-30]

#### **Covid -19 enfeksiyonu nedenli hastane yatışı sonrası gelişen CMV hepatiti**

Fırat Tari, Seydahmet Akın, Banu Büyük, Hande Erman, Arzu Cennet Işık, Özcan Keskin

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

**Giriş:** Sitomegalovirus enfeksiyonu tüm dünyada sık görölen bir viral enfeksiyon olup, gelişmekte olan ölkelerde erişkinlerin enfeksiyonu geçirme oranı %90'lara çıkmaktadır.Neden olduğu hastalıkların spektrumu çeşitlidir ve çoğunlukla konakçıya bağlıdır. Sağlıklı erişkinde kendini sınırlayan enfeksiyon %10 oranında semptomatiktir. Semptomatik seyirli olgular sıklıkla mononökleoz benzeri sendrom şeklinde kendini göstermesine rağmen immünsüpresif kişilerde önemli morbidite ve mortaliteye sebep olur.Olgumuzda,Covid-19 nedenli hastane yatışında pulse steroid tedavisi alan ve taburculuk sonrası KCFT yüksekliği ile acil servise başvuran bir olgu sunulmaktadır.

**Olgu:** 61 yaşında erkek hasta, acil servise evde kan şekeri yüksekliği saptanması üzerine başvurdu.Bilinen kronik böbrek yetmezliği, diyabet, koroner arter hastalığı (stentli ),hipertansiyon,hiperlipidemi, geçirilmiş SVO,-nefrotik sendrom tanıları mevcutmuş. 1.5 ay önce Covid-19 enfeksiyonu nedenli 25 gün hastane yatışı olmuş. Hipoksik seyretmesi üzerine hasta 5 gün günde 500 mg, 2 gün günde 250 mg metilprednisolone tedavisi almış. Sonrasında doz azaltılarak metilprednisolone tedavisi sonlandırılmış.Hasta acil servise kan şekeri yüksekliği ile başvurdu.Aktif şikayeti yoktu.Hastanın genel durumu orta, bilinç açık oryante koopere; fizik muayenede SVO sekeli dışında ek özellik bulunmamaktaydı.Geliş tetkiklerinde AST:921 U/l, ALT:1530 U/l, Total bilirubin:0.94 mg/dl, INR:1.46, ALP:559 U/l GGT:468 U/l olan hastanın yatışından birkaç gün içinde AST:1031 U/l ALT:1833 U/l Total Bilirubin:7.61 mg/dl direkt bilirubin:7.01 mg/dl 'lere kadar yükseldi.Hastada yapılan abdomen US ve MRCP'de karaciğer 145 mm, dalak 154 mm saptanmış olup portal ven ve splenik çapları normal saptandı.Kalkül lehine bulgu saptanmadı.Hastanın çekilen ekokardiyografisinde normal sol ventrikül sistolik fonksiyonları (EF%60),sol ventrikül hipertrofisi,hafif mitral yetersizliği,sağ ventrikül boyut ve fonksiyonları normal, PABS:17mmhg saptandı.Toksik madde öyküsü, bitkisel ilaç kullanımı olmayan hastadan viral hepatit yapan etkenlere yönelik istenen tetkiklerde CMV IgM + çıkması üzerine hastadan CMV pcr istendi.CMV pcr sonucu 34891 IU/ml gelen hastaya enfeksiyon hastalıkları önerisiyle yatışı boyunca I.V gansiklovir tedavisi verildi.CMV retiniti açısından değerlendirilen hasta göz hastalıkları tarafından bulgu saptan-

madı. Hastane yatışı boyunca 10 gün İ.V gansiklovir tedavisi alan hastanın taburculuğunda AST:63 U/l ALT:137 U/l Total bilirubin:2.94 mg/dl direkt bilirubin:2.5 mg/dl INR:1.05 'e kadar geriledi.Hasta oral valgansiklovir tablet ile taburcu edildi.Taburculuk sonrası takiplerinde karaciğer fonksiyon testleri normal aralığa gelen hastadan alınan kontrol CMV PCR'da virüs saptanamaması üzerine valgansiklovir tedavisi sonlandırıldı.

**Sonuç:** Klasik hepatotropik virusların dışında birçok virus sekonder olarak karaciğer etkileyerek akut hepatit benzeri tablo oluşturur. Ayırıcı tanıda bu viral etkenlerin de düşünölmesi,erken tanı ve tedavi; mortalite ve morbiditeyi azaltmada ve prognozda oldukça önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** CMV, Hepatit, Covid-19, Steroid

### [PS-31]

#### **Covid-19 Enfeksiyonu sonrası Diyabetik Ketoasidoz ile prezente olan tip 1 Diyabetes mellitus Olgusu**

Deniz Akman Okumuş, Berfin Akdeniz, Mehmet Taşdemir, Gözde Özsoy, Sema Basat

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

**Giriş:** Tip 1 Diyabetes mellitus gelişiminde solunum yolu viral enfeksiyonları etiyoloji olarak rol oynamaktadır, fakat Covid-19 ile tip 1 DM arasındaki ilişki net olarak ortaya konulamamıştır. Diyabetik ketoasidoz, tip 1 DM'nin hayatı tehdit eden komplikasyonlarından biridir ve genellikle yeni tanı tip 1 DM hastalarında hastaneye ilk prezentasyon şekli olabilir. Bu olgumuzda tip 1 DM oluşumunda Covid-19 enfeksiyonunun etiyoloji olabileceğinden bahsettik.

**Olgu:** 33 yaşında erkek hasta, son 1 haftadır süren göğüste yanma, sırt ağrısı, idrarda yanma ve halsizlik ile kliniğimiz acil servisine başvurdu. Hastanın epilepsi ve rozasea öyküsü mevcut olup bilinen diyabetes mellitus tanısı yoktu. Hastanın 1 ay önce ayaktan ve tedavi almadan Covid-19 enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Covid-19 enfeksiyonundan sonra poliüri ve günde 7-8 litre su içme şikayetlerinin başladığı öğrenildi. Düzenli kullandığı ilaç, madde, bitkisel ilaç yoktu. Fizik muayenesinde hastanın dehidrate olduğu görüldü. Yapılan tetkiklerde parmak ucu şekeri 450, idrarda keton+3, kan gazında ph:7.15 hco3:14 amilaz:1470U/ml (28-100U/ml), lipaz:5436U/ml (13-60 U/ml) olarak saptanıp Diyabetik Ketoasidoz ve akut pankreatit tanısıyla Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesinde takibine başlandı. Hasta 48 saat sonra asidozdan çıktı ve takibine dahiliye servisinde devam edildi. Pankreatit ve DKA etiyolojisine yönelik yapılan tetkiklerde MR abdomende Balthazar evre B, nekroz ve sıvı kolleksiyonu olmayan, regrese pankreatit ve grade 2 hepatosteatoz saptandı. C peptid: 1.38 ng/ml (1.1-4.4 ng/ml ), Anti-GAD: 1955 IU/ml( >10 pozitif), HbA1c:%11.2 olarak saptandı. Hastanın Covid-19 enfeksiyonunun tetiklediği tip 1 DM olduğu düşünöldü. Amilaz ve lipaz intravenöz hidrasyon ile geriledi, diyet ve egzersiz eğitimi, 3x16 insülin aspart ve 1x34 insülin glarjin ile taburcu edildi.

Sonuç: Coronavirüsler dahil olmak üzere üst ve alt solunum yolunu tutan viral enfeksiyonlarda %5.8 oranda tip 1 DM geliştiği saptanmıştır. Covid-19 sebebiyle hastanede yatan hastalarda, aynı yaş grubuna göre, 1.5 kat daha fazla DM geliştiğini ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur. Tip 1 DM ve Covid-19 arasındaki ilişki net olmamakla beraber, virüsün pankreas üzerindeki ACE-2 reseptörleri aracılığıyla pankreatite sebep olduğuna yönelik kanıtlar mevcuttur. Yeni tanı Tip 1 DM hastalarında Covid-19 enfeksiyonu etiyoloji olarak akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, diyabetik ketoasidoz, tip 1 diyabetes mellitus

## [PS-32]

### **Kreatin Kinaz Yüksekliği ile Prezente Olan HIV Enfeksiyonu Vakası**

Gözde Özsoy, Serhat Mert Tiril, Hanife Şerife Aktaş, Deniz Akman Okumuş, Sema Basat

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

**Giriş:** Kreatin kinaz (CK) yüksekliğinin sebepleri arasında travma, fiziksel egzersiz, ilaçlar (statinler, fibratlar) ve toksik madde maruziyeti, endokrin hastalıklar (Hipotiroidi, hipertiroidi, hiponatremi, hipokalemi, akromegali, Cushing Sendromu), enfeksiyonlar (viral/bakteriyel) nöromusküler hastalıklar yer alır. HIV enfeksiyonuna bağlı CK yüksekliği çok nadir olup klinik prezentasyonu asemptomatikten hayat tehdit edici elektrolit bozukluklarına kadar değişken olabilmektedir. Yüksek HIV viral yükü daha fazla kas yıkımına neden olmaktadır. Bu olgumuzda CK yüksekliği yapan nedenler arasında viral etmenlerden olan HIV enfeksiyonunun da akılda tutulması gerektiğini hatırlatmak istedik.

**Olgu:** 26 yaş erkek hasta 1 haftadır devam etmekte olan halsizlik, yorgunluk, bacaklarda ağrı şikayeti ile acile başvurdu. Sistem sorgulamasında başka şikayeti yoktu. Fizik muayenesinde vital bulguları ve sistem muayenesi normaldi. Kas gücü tamdı.

Laboratuvar tetkiklerinde BUN: 55 mg/dl (19-44 mg/dl), kreatinin: 1.41 mg/dl (0,72-1,25 mg/dl), ürik asit: 8,87 mg/dl (3,5-7,2 mg/dl), amilaz: 151 U/l (28-200 U/l), lipaz: 198 U/l (8-78 U/l), ast: 825 U/l (5-34 U/l), alt: 152 U/l (0-41 U/l), CK: 2450 U/l (30-200 U/l), LDH: 1472 U/l (125-220), wbc: 2730 (4000-10000), hgb: 16 g/dl (12-16 g/dl), hct: %46,6 (%40-54) plt: 75000 (100000-400000), sodyum: 132,7 mEq/L (136-145 mEq/L), potasyum: 4,88 mEq/L (3,5/5,1 mEq/L) olarak görüldü. Sıvı elektrolit bozukluğu yoktu. Tiroid fonksiyon testleri normaldi. Tam idrar tetkiki ve idrar rengi normaldi. EKG ve troponinleri normal geldi. Amilaz ve lipaz yüksekliği görülen hastanın çekilen batin BT'sinde: 'çekum bölgesinde buyugu 1 cm çaplı birkaç adet mezenterik LAP görünümü izlenmiştir.' şeklinde bulguya rastlandı. Hasta bu bulgular ile, CK yüksekliği tanısı ile tetkik ve tedavi amacıyla dahiliye servisimize yatırıldı. Hastanın anamnezinde travma, intramusküler ilaç enjeksiyonu, yoğun spor yapma, nöbet geçirme, endokrinolojik has-

talık öyküsü, malignitesi, nöromusküler hastalık öyküsü, ilaç ve toksin madde kullanımı yoktu. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde multipl partnerli, yüksek riskli cinsel ilişkisi olduğu öğrenildi ve hastanın viral serolojisi tetkik edildi. HbsAg: negatif, AntiHCV: negatif, AntiHAVIgG: pozitif, AntiHIV testinin pozitif olarak sonuçlanması üzerine CD4 ve HIVRNA testleri istendi. Doğrulama testlerinde HIVRNA: 10.417.314 IU/mL, CD4: 634,25 olarak pozitif görüldü. Hastadaki CK yüksekliğinin HIV enfeksiyonuna bağlı olduğuna karar verildi. İlk geliş CK'sı: 2012 U/l, pik değeri 31389 U/l olan hastanın CK'sı istirahat ve intravenöz hidrasyon ile geriledi. HIV enfeksiyonu tedavisi enfeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenerek hasta taburcu edildi.

**Sonuç:** CK yüksekliğinin çok sayıda sebebi vardır. HIV enfeksiyonu bunun nadir görülen sebepleri arasında yer alır. HIV ilişkili CK yüksekliği literatürde raporlanmıştır ancak kas yıkım ile prezentasyonu nadirdir. CK yüksekliği olan hastalarda etiyoloji araştırılırken akut HIV enfeksiyonu da olabileceği düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** CK, HIV, Kreatin kinaz

## [PS-33]

### **Allopürinol kullanımı sonrası akut böbrek hasarı ve karaciğer enzim yüksekliği ile seyreden DRESS sendromu olgu sunumu**

Şeymanur Ala Enli<sup>1</sup>, Emin Gemcioğlu<sup>2</sup>, Merve Kıran<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi İç Hastalıkları A.B.D  
<sup>2</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi İç Hastalıkları A.B.D.  
<sup>3</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Patoloji A.B.D

**Amaç:** Eozinofili ve sistemik semptomların eşlik ettiği ilaç reaksiyonu (DRESS), cilt döküntüsü, hematolojik anormallikler (eozinofili, atipik lenfositöz), lenfadenopati ve iç organ tutulumunu (karaciğer, böbrek, akciğer) içeren nadir, potansiyel olarak hayatı tehdit eden, ilaca bağlı bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur ve retrospektif çalışmalara göre mortalitesi %5 ile %10 arasında değişmektedir. Bu bildiride DRESS sendromuna en sık neden olan ilaçlar arasındaki allopürinol kullanımı sonrası 2 hafta içerisinde gelişen, böbrek ve karaciğer tutulumu olan DRESS olgusu sunulacaktır. **Olgu:** Bilinen kronik böbrek hastalığı öyküsü olan 63 yaşındaki kadın hasta 2 hafta önce başlayan allopürinol ve kalsitriol kullanımı sonrası gelişen ateş ve vücutta yaygın makülopapüller döküntü ile acil servise başvurdu.

**Bulgular:** Hastanın fizik muayenesinde 39°C olan ateş yüksekliği ve baş, boyun, toraks, abdomen ve ekstremitelerde basmakla solan, birleşme eğilimli makülopapüller döküntü saptandı. Hastanın başvuru sırasında üre: 98 mg/dl (n: 19-49), kre: 2,5 mg/dl (bazal kre: 1,9), ast: 318 u/l (n: <35), alt: 340 u/l (n: <50), alp: 243 u/l (n: 53-141), ggt: 132 u/l (n: <38), amilaz: 52 u/l (n: 30-118), lipaz: 42 u/l (n: 12-53), ldh: 642 u/l (120-246), total/direkt bil: 1,0/0,4 mg/dl, albumin: 40 g/l, wbc: 11bin (4300-10.300), nötrofil: 10.130 (1500-7700), lenfosit: 1220 (n: 1100-4500), eozinofil: 30 (n: 50-550), hb: 12 g/dl, plt: 207bin (150-350 bin), ınr: 1 (n), elektrolit düzeyi normal saptandı. Karaciğer enzim yüksekliğinin ayırıcı tanısı için yapılan viral sero-

lojik testler (epstein-barr virüs, sitomegalovirüs, insan immünyetmezlik virüsü, hepatit A, B ve C, toxoplasma, hsv, rubella) ve otoimmün hepatit belirteçler (anti nükleer antikor, "liver-kidney" mikrozomal antikor tip-1, "anti smooth muscle" antikor, "anti solubl liver" antikor, "anti-double strain" dna) negatif bulundu. Kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Periferik yaymada lökositoz, nötrofil hakimiyeti, nötrofil hipersegmentasyon, anizositoz, poikilositoz saptandı. Kan, idrar ve boğaz kültürleri alındı. Üreme saptanmadı. Serum seruloplazmin, Immunglobulin G-A-M, serum bakır düzeyleri normal saptandı. Yapılan batın görüntülemesinde evre 1 hepatosteatoz ve böbrek boyutlarında küçülme dışında patolojik bulgu saptanmadı. Yüzeysel usg de reaktif lenf nodları görüldü. Hastanın makülopapüller döküntülerinden, deri punch biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu ilaç reaksiyonu olarak yorumlandı.

**Sonuç:** Hastaya DRESS sendromu ön tanısıyla skorlama sistemi yapıldı. Skorlama sisteminde; ateşin 38,5°C üstünde oluşu, 2 farklı bölgede 1 cm den büyük lenfadenopati varlığı, vücut yüzey alanının %50 den fazlasını kaplayan döküntü, fasial ödem, purpura, deri biyopsisinde ilaç erüpsiyon bulgularının olması, karaciğer ve böbrek fonksiyon bozukluklarının eşlik etmesi ve diğer alternatif nedenlerin elenmesi sonucu hastaya allopürinol kullanımına sekonder DRESS sendromu tanısı konuldu. Hastanın allopürinol tedavisi kesildi ve hastaya 40 mg/gün metilprednizolon tedavisi başlandı. Steroid tedavisi sonrası takibinde kçft ve kreatinin değerlerinde gerileme izlendi. vücuttaki döküntülerde regresyon görüldü. Takibinde kreatinin değerleri bazale dönen ve aminotransferaz enzimleri normalleşen, döküntüleri gerileyen hastanın kortikosteroid dozu azaltılarak kesildi ve şifa ile taburcu edildi. **Tartışma:** Vakamızda olduğu gibi, 2-6 hafta içinde yeni bir ilaç tedavisi başlanan, deri döküntüsü, ateş (38 ila 40°C), lenfadenopati, organ tutulumu olan hastalarda DRESS sendromundan şüphelenmek gerekir. Karaciğer ve renal tutulum varlığında orta ile yüksek dozda sistemik kortikosteroidler kullanılması önerilir. Sistemik kortikosteroidler klinik iyileşme ve laboratuvar parametrelerinin normalleşmesi sağlanana kadar verilir ve sonraki 8-12 hafta boyunca azaltılır.

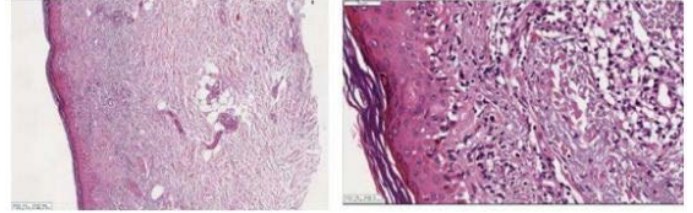
**Anahtar Kelimeler:** Allopürinol, Akut Böbrek Hasarı, DRESS, Karaciğer Enzim Yüksekliği

#### RESS OLGUSU



Fasial ödem ve vücutta yaygın makülopapüller döküntü

#### DRESS olgusu deri punch biyopsi mikroskopik görünüm



*Resim 2: Mikroskopik olarak epidermiste bazalde vakuoler dejenerasyon ve apoptotik keratinositlerin varlığı. Dermiste ve yüzeysel dermiste perivasküler alanda eozinofil lökositleri içeren hafif-orta şiddette iltahabi hücre varlığı-ilaç reaksiyonu ile uyumlu görünüm*

#### [PS-34]

#### Bisitopeni ve masif plevral efüzyon ile presente olan EBV (+) Diffüz Büyük B-Hücreli Lenfoma

Gülçin Çelebi<sup>1</sup>, Murat Ay<sup>1</sup>, İnci Miray Şahbudak<sup>1</sup>, Hale Bülbül<sup>2</sup>, Harun Akar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>SBÜ, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Hematoloji Bölümü, İzmir

EBV (Epstein-Barr Virus) Pozitif Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma, Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma'nın (DBBHL) alt türü olarak değerlendirilmektedir. 2 yıllık ortalama sağ kalım oranı EBV (-) DBBHL türlerine göre daha düşüktür. EBV (+) DBBHL'nin ortalama tanı yaşı 71'dir. EBV pozitif DBBHL'nin daha genç yaşlarda ve daha geniş spektrumda görülmeye başlanması sonucu oluşan yeni bilgiler ile bu antite 2016 yılında lenfoma sınıflamasındaki revizyon sonucu EBV (+) DBBHL, NOS olarak değiştirilmiştir. Kronik hastalığı olmayan 53 yaşında Suriyeli kadın hasta; halsizlik, iştahsızlık, üşüme-titreme şikayeti ile yapılan tetkiklerinde splenomegali ve bisitopeni saptanması üzerine yatırıldı. Laboratuvarında Hgb:6,9, MCV:71, PLT:101000 CRP:128,8, demir:17, alb:3,4, ferritin:>450, CA-125:68,2 olarak saptandı. Boyun USG' sinde, sağ seviye 2'de 35 mm konglomere multipl kistik nekrotik alanlı patolojik görünümde lenf nodları izlendi. Toraks BT'sinde, sol hemitoraksta 4.5 cm plevral efüzyon ve sol akciğer alt lobda pasif atalektazik değişiklikler; abdomen BT'sinde, hepatosplenomegali, pelviste 3 cm kalınlıkta serbest sıvı ve dalak hilusunda en büyüğü 4 cm çaplı birkaç adet yumuşak doku dansitesinde nodüler lezyon ve preaortik-paraaortik, interaortakaval, hiler bölgede multipl sayıda patolojik görünümlü lenf nodları izlendi. PET BT'de sağ servikal ve supraklavikuler, bilateral epifrenik, batin-pelviste hipermetabolik lenf nodları izlendi. Karaciğer, dalak ve kemik iliğinde diffüz heterojen metabolik aktivite artışı izlendi. Sağ klavikula ve sağ parietal kemikte litik lezyonlar görüldü. Kemik iliği biyopsisinde, hücreleri ortadan kaldıran, diffüz paternde orta-iri boyutta veziküler nükleuslu ve nükleol belirginliği izlenen neoplastik lenfoid infiltrat izlendi. İnfiltrattaki hücreler CD20, PAX5, Bcl2, MUM1 pozitif boyandı. Plevra materyalinde, reaktif mezo-

tel hücreleri ve mikst tipte enflamatuvar hücreler izlendi. Hastanın sağ boyun LAP eksizyonel biyopsisi CD20:+, PAX5:+, Bcl2:+, Bcl6:+, c-myc:+, MUM1:+, KI67:%98, EBV-LMP1:+ saptandı. Neoplazm EBV-LMP1 pozitif, immünofenotipik olarak germinal merkez dışı aktive lenfoid hücre kökenli düşünüldü. EBV-DNA:593 kopya/ml saptandı. Masif plevral efüzyonu olması nedeniyle tedavi öncesi toraks tüpü takıldı. Evre 4 germinal merkez dışı EBV(+) DBBHL tanısı ile R-CHOP tedavisi başlandı. İkinci ve sonraki kürlerin R-EPOCH olarak verilmesi planlandı. Uzun süren kronik yangı zemininde gelişen, EBV ile birliktelik gösteren DBBHL, çoğunlukla vücut boşluklarını özellikle de bizim hastamızda olduğu gibi plevral boşlukları tutar. Tedavi öncesi serumda EBV DNA tespiti, DBBHL hastaları üzerinde olumsuz bir prognostik etkiye sahiptir. Bu sebepten tüm DBBHL hastalarında EBV araştırılmalıdır. EBV(+) DBBHL'li hastalar, EBV (-) DBBHL'li hastalar ile benzer kılavuzlar izlenerek evrelenmeli ve yönetilmelidir. Ancak EBV(+) DBBHL standart kemoimmünoterapi ile EBV (-) DBBHL'den daha kötü bir prognoza sahiptir. Bu nedenle hedefe yönelik tedaviyi inceleme ve geliştirme fırsatı vardır. Tedavi öncesi serumda EBV DNA'sı saptanabilen hastalar, alternatif tedavilerin geliştirilmesinin garanti edildiği potansiyel adaylar oluşturabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Bilgisayarlı Tomografi(BT), Diffüz büyük B-hücreli lenfoma (DBBHL), Epstein-Barr virüsü (EBV), Non Hodgkin Lenfoma(NHL), Ultrasonografi (USG)

## [PS-35]

### Akut pankreatite yol açan COVID 19: Olgu sunumu

Murat Altay

Beylikdüzü Devlet Hastanesi

Coronavirus enfeksiyonları çok farklı şekillerde present olabilir. Bu presentasyonlardan bazıları da karın ağrısı bulantı kusma gibi gastrointestinal sistem yakınmalarıdır. Acil hastane yatış endikasyonlarından biri olan akut pankreatit vakaları da benzer şikayetler ile başvurabiliyorlar. Biz bu yayınımda covid 19 enfeksiyonunun bir komplikasyonu olduğunu düşündüğümüz akut pankreatitin görüldüğü bir vakamızı paylaşacağız. Hastanemiz acil servisine başvuran; akut pankreatit ve covid 19 enfeksiyonu tanısı ile covid 19 servisinde takip edilen bir vakanın verilerini toplandı. Hastamız için akut pankreatitin diğer en başta gelen nedenleri (alkol, biliyer obstrüksiyon/safra taşları, ilaçlar, travma, hipertrigliseridemi, hiperkalsemi ve hipotansiyon vb) dışlandıktan sonra SARS-CoV-2 ile ilişkili akut pankreatit teşhisi kondu. COVID-19 hastaları sıklıkla karın ağrısı bulantı kusma gibi gastrointestinal sistem yakınmaları ile başvurabilir ve bu hastalarda vakamızda olduğu gibi pankreasa özgü plazma amilaz ölçümünün ne kadar önemli olabileceğini görülmektedir. COVID-19 ile ilişkili bir komplikasyon olarak akut pankreatit karşımıza çıkabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut pankreatit, COVID-19, SARS-CoV-2, Şiddetli akut pankreatit, Viral pankreatit

## [PS-36]

### Kanama ile başvuran hastalarda gözardı edilmemesi gereken bir lösemi tipi: Akut Promyelositik Lösemi

Ebru Kılıç Güneş, Melda Özkan, Murat Yıldırım, Tuba Bulduk, Selim Sayın, Elifcan Aladağ Karakulak, Alparslan Merdin, Bilge Uğur, Meltem Aylı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniği

**Giriş-Amaç:** Akut Promyelositik Lösemi (APL) tüm Akut Myeloid Lösemi (AML) vakalarının %5-20'sini oluşturmaktadır. APL, AML'nin biyolojik, morfolojik, sitogenetik ve klinik olarak farklı ve nadir bir varyantıdır. Kanama ve koagülopati ile prezente olabilen, kür şansı yüksek olmasının yanında özellikle kanama ve dic gibi akut komplikasyon nedeniyle erken mortalite riski taşımaktadır. Bu retrospektif çalışmada, kliniğimizde tanı alıp tedavi gören APL olgularının, klinik ve demografik özelliklerinin yanı sıra hipofibrinojenemi ve kanama verilerinin sunulması amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:** 2016-2021 yılları arasında APL tanısı alan 19 olgunun yaş, cinsiyet, başvuru şikayetleri, başvuruadaki lökosit ve trombosit sayıları, kanama durumları, fibrinojen düzeyleri, DIC gelişimi ve erken mortalite oranları incelenmiştir.

**Sonuçlar:** Çalışmamıza 19 hasta alınmıştır. Hastaların medyan yaşı 37 (18-68) olup, yaş ortalaması ise 38(±15.3) saptandı. Hastaların 14'ü erkek (%73,7), 5'i (%26,3) ise kadın hastaydı. Klinik başvuruları ve tanı aşamasında hastaların 8'inde (%42,7) kanama bulguları mevcuttu. 4 hastanın (%21) tanı anında WBC sayısı >10x10<sup>3</sup>/µL olup APL açısından yüksek risk grubundaydı. On hastanın (%52.6) trombosit değeri 30x10<sup>9</sup>/dL altındaydı. Altı hastanın (%31.6) fibrinojeni 100 mg/dL'nin altında olup DIC tablosunda değillerdi. Hastaların medyan trombosit değeri 25x10<sup>3</sup>/µL, medyan WBC değeri 2,7x10<sup>3</sup>/µL ve medyan fibrinojen değeri 151 mg/dL tespit edildi. Erken dönem mortalite 1 hastada COVID-19 nedeniyle yaşandı (%5.3). Hastaların klinik ve demografik verileri tablo 1'de özetlenmiştir. Kliniğimize kanama ile başvuran hastaların, değerlendirilmesinde; yaş, cinsiyet, APL risk grubu, medyan WBC sayısı, trombosit sayısı ile anlamlı bir ilişki tespit edilemedi. Tanı anında fibrinojen seviyesi <100 mg/dL olan hastalarda kanama anlamlı bir şekilde daha fazla saptandı (p=0,041). Ayrıca kanama olmayan grupta medyan fibrinojen düzeyi 190 mg/dL iken kanama ile başvuran hastaların medyan fibrinojen düzeyi 79,5 mg/dL tespit edilmiş olup, fibrinojen düzeyi ile kanama arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. (p=0,036) Hastaların kanama ilişkili risk faktörleri tablo 2'de özetlenmiştir.

**Tartışma:** APL, pansitopeni ilişkili bulgular ve koagülopati ile prezente olan, morfolojik ya da flow sitometrik olarak tanıdan şüphelenildiğinde ATRA başlanması gereken hematolojik acillerden birisidir. Hastalarda akut kanama ilk başvuru bulgusu olabilmekte ve erken ölümlerin en önemli sebebinin oluşturmaktadır. Literatürde akut kanamanın sebebi hipofibrinojenemiye bağlanmıştır. Bu hipofibrinojenemi promyelositlerin fibrinolitik aktiviteye

sahip bir kısım granül içeriklerini sekrete etmeleri ile ilişkilendirilmiştir. Bizim olgularımızda tanı anındaki hipofibrinogenemi oranları literatür ile benzerlik göstermektedir. Başvuru sırasında hipofibrinogenemisi olan olgularda istatistiksel açıdan anlamlı olarak kanama insidansı fazla saptanmıştır. Trombosit değeri  $30 \times 10^3/\mu\text{L}$  altında olan olgularda ise kanama kliniğinde artış izlenmemiştir. APL hastaları, koagülopati, kanama ve DİC tablosu ile başvurabilirler. Bu nedenle bu hastalarda tanısız tetkiklere ve destek tedavilere bir an önce başlanması hayati önem arz etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut Proliferatif Lösemi, Hipofibrinogenemi, Kanama

[PS-37]

### Metotreksat ilişkili epidermal nekrozis

Berfin Özçelik

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, İstanbul

Metotreksat (MTX), birçok dermatolojik durum, bülöz bozukluklar, otoimmün bağ dokusu hastalıkları, sarkoidoz, romatoid artrit, akut lenfoblastik lösemi, Hodgkin dışı lenfoma, Ewing sarkomu, merkezi sinir sistemi lenfomunu, mantle hücreli lenfomayı (HyperCVAD rejiminin bir parçası olarak) ve osteosarkomu tedavi etmek için endike olan sistemik bir ajandır. Bu olguda perforan kollajenöz cilt hastalığı olan, böbrek yetmezliği gibi risk faktörleri olan bir hastada tek doz metotreksat (MTX) toksisitesinin geliştirdiği metotreksat ilişkili epidermal nekrozis (MEN) vakasını göreceğiz. Elli iki yaşında erkek hasta üç gündür boğaz ağrısı, ateş ve öksürük yakınmaları ile başvurdu. Kronik hastalıklar: Diabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği 3/7 hemodiyaliz, perforan kollajenöz deri hastalığı. Gelişinde laboratuvar tetkiklerinde lökosit:  $6.380 /\text{mm}^3$  neu: 5920 lenfosit: 270 Plt: 143.000 Hb: 7.7 Mcv: 91.4 D dimer >4 Ferritin: 881 Prc: 2.92 Crp: 123.6 saptandı.

Toraks BT'de her iki alt lobda bronkopnömonik infiltrasyon ve özellikle sol alt lobda daha belirgin olmak üzere plevral efüzyon gözlemlendi. SarsCOV19 için PCR testi negatif sonuçlandı. Bakteriyel pnömoni ön tanısı ile interne edildi. Moksifloksasin ve seftriakson başlandı. Fizik muayenede solunum sesleri bilateral bazallerde krepitan ralleri mevcuttu. Diğer fizik muayene bulguları normaldi. Ateş 38.2 olup diğer vitalleri stabildi.

Anamnez derinleştirildiğinde dermatoloji kliniğinde 1 ay önce PUVA tedavisi ve 1 hafta öncesinde folik asit olmadan metotreksat 20mg / 2mL IM tek doz tedavi aldığı öğrenildi. Hastada yatışının üçüncü gününde yeni gelişen derin nötropeni, lökopeni, crp, prokalsitonin artışı ile birlikte fizik muayenede hiperpigmente lividi lezyonlar görüldü. Dermatoloji tarafından belirlenen lezyondan punch biyopsisi alındı. Hastada ön tanı olarak toksik epidermal nekroliz / steven johnson sendromu düşünüldü.

Ancak Steven Johnson sendromuna sıklıkla lökositöz nötrofilik eşlik ettiği hastanın ise gün geçtikçe de-

rinleşen trombositopenisi ve lökopenisi akıllarda soru işaretiydi. Cilt biyopsisi sonucunda bulgular bildirilen ön tanılardan öncelikle Steven Johnson sendromu/Toksik epidermal nekroliz ile uyumludur. Olgumuzda, MTX aldıktan sonra akut deri dekolmanı, mukozal erozyonlar, düşük kan sayımları akut metotreksat toksisitesinin tanısına işaret etmektedir. MEN'li hastalar da geniş cilt nekrozu (ortalama% 33,2 toplam vücut yüzey alanı) gözlenir ancak SJS ve TEN yanı sıra hedef lezyon gözlenmez.

MEN'nin erken belirtileri arasında ağırlı cilt erozyonları, oral ülserler ve lökopeni / trombositopeni görülür. Tam epidermal dekolmana ve sitopenilere ilerleyebilen ağırlı koyu renkli maküller ile kendini gösterir.

MTX ile ilişkili advers olaylardan kaçınmak için, tedaviye başlamadan önce normal renal ve hepatik fonksiyona sahip olma, yeterli hidrasyon, lökopeni kurutma tedavisine zamanında başlama, taburculuk için bir ön koşul olarak serum MTX düzeylerinin izlenmesi gibi çeşitli adımlar önerilmiştir. Riski azaltmak için, biz hekimler yüksek riskli hastalara metotreksat reçete etmekten kaçınmalı ve dozu folik asit takviyesi ile yavaşça yukarı doğru titre etmeliyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Folik asit takviyesi, Metotreksat İlişkili Epidermal Nekrozis, Toksik Epidermal Nekrozis

[PS-38]

### Sars-Cov-2 Sonrası Gelişen Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı

Mitat Büyükkaba<sup>1</sup>, İskender Ekinci<sup>1</sup>, Halil Harman<sup>2</sup>, Ömer Vehbi Alpaydın<sup>1</sup>, Murat Akarsu<sup>1</sup>, Ömür Tabak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul  
<sup>2</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Erişkin başlangıçlı still hastalığı 16 yaşından büyüklerde görülen inflamatuvar sistemik bir hastalıktır. Etiyolojisinde genetik faktörler ve çeşitli enfeksiyonlar suçlanmaktadır. Başlıca klinik özellikleri arasında ateş, döküntü, artrit ve artralji yer almaktadır. Akut faz reaksiyonlarında yükselmeler görülür. Özellikle ferritin düzeyi belirgin olarak yükselir. Bu olgu sunumunda covid-19 enfeksiyonu sonrası gelişen bir erişkin still hastalığının seyri anlatılacaktır.

**Olgu:** Yirmi iki yaşında erkek hasta iç hastalıkları polikliniğine 10 gündür geçmeyen ateş ve halsizlik şikayetleriyle başvurdu. Bilinen kronik hastalığı olmayan hastanın düzenli olarak kullandığı bir ilaç yoktu. 1 ay önce covid 19 enfeksiyonunu hafif semptomlarla geçirmiş olup, 1 hafta önce yüksek ateş şikayetiyle başvurduğu sağlık merkezinde yapılan muayene sonucu verilen amoksisilin klavunat ve parasetamolü düzenli kullanmasına rağmen şikayetleri gerilememişti. Hastanın muayenesinde orofarenks hiperemikti. Yapılan tetkiklerinde ferritin: 1904 ng/ml, CRP: 173 mg/L, ESH: 17 mm/sa, karaciğer fonksiyon testlerinde minimal artış ve lökositöz saptanırken ateşi

39° ölçüldü. Hastanın yatışı yapılarak ateş kontrolü için uygun aralıklarla iv parasetamol uygulanmasına rağmen ateşi uzun süre 38° üzerinde seyretti. Hastaya ampirik olarak seftriakson tedavisi başlandı. Yapılan idrar tetkikinde patoloji saptanmadı. Akciğer grafisi normal olup idrar ve kan kültüründe üreme olmadı. Hastanın anti nükleer antikor ve romatoid faktör ve anti-ds DNA sonuçları negatif çıktı. Abdomen görüntülemesinde dalak boyutları artmış (152 mm) olup hepatomegali saptanmadı. Görüntülemelerde herhangi bir malignite bulgusuna rastlanmadı. Periferik yayması normal olarak değerlendirildi. Triglicerid: 324 mg/dl, fibrinojen normal sınırlardaydı. CMV, EBV ve brucella, borrelia, toksoplazma, rubella ve parvovirüs B19 ve serolojik testleri negatif sonuçlandı. IL-6 düzeyi 29 pg/ml olup yüksekti. Hastanın ateşli dönemlerinde alt ekstremitede döküntüsü meydana geliyordu. Eklem bölgelerinde ağrı tarifliyordu. Hastaya erişkin başlangıçlı Still hastalığı tanısı konularak yüksek doz steroid (250 mg/gün) tedavisi başlandı. Bu tedavi sonrası ateşi ve akut faz reaktanları gerilemeye başladı. Üç gün sonra idame tedaviye 32 mg steroid ve metotreksat tedavisi şeklinde karar verildi. Hastanın semptomları geriledi, biyokimyasal değerleri normal aralığa geldi. Hasta romatoloji poliklinik kontrolleri ile takip ediliyor.

**Sonuç:** Erişkin başlangıçlı still hastalığı çok nadir görülmele beraber ayırıcı tanısında enfeksiyon hastalıkları, maligniteler ve romatolojik hastalıklar olduğu için tanı ve tedavide gecikmeler yaşanabilmektedir. Bu durum mortaliteye varan sonuçlar doğurabilmektedir. Bu hastalarda tetkikler hızla yapılarak erken dönemde tedaviye başlamak hayati önemdedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ateş, Erişkin still hastalığı, Juvenil romatoid artrit, Covid-19

### [PS-39]

#### **Sistemik lupus eritematozusu olan hastada gastrointestinal tutulum olarak protein kaybettiren enteropati**

Bezza Soylu Uslu, Raye Sevrâ Özmen, Ayfer Memiş Yakışık, Halil Harman, Mitat Büyükkaba, İskender Ekinci, Murat Akarsu, Ömür Tabak

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

**Giriş:** Protein kaybettiren enteropati sistemik lupus eritematozusta (SLE) nadir rastlanan bir tablo olup tipik olarak çoklu organ tutulumuyla seyreden genç kadınlarda görülür ve nefrotik düzeyde proteinüri yokken, yaygın ödem ve hipoalbuminemi ile karakterizedir.

**Olgu:** 33 yaşında kadın hasta son 2 haftadır olan karında şişlik şikayetiyle başvurdu. Herhangi bir hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Tansiyon:126/78 mm-Hg, ateş:36.3, nabız:78,solunum sayısı:14 olarak saptandı Solunum sesleri bazalde bilateral azalmış olup batında yaygın matite vardı ve bilateral alt ekstremiteelerde pretibial ödem mevcuttu. Tetkiklerinde üre:69.0 mg/dl kreatinin:1,7 mg/dl serum albümin:1,89 g/dl,kalsiyum:6,2 mg/dl fosfor:4,9 mg/dl, sodyum:121 mmol/l,

potasyum:4,2 mmol/l, crp:1,99 mg/l, sedimentasyon:18mm/saat, c3:0,09 g/l, c4:0,01 g/l, ANA:+++, Anti-dsDNA:10501.8 IU/ML(Pozitif), 24 saatlik idrarda protein:393.5 mg/gün olarak tespit edildi. Radyolojik incelemelerde bilateral 3 cm pleural efüzyon, batında assit saptandı. Böbrek biyopsisinde class-2 lupus nefriti saptandı ve hidrosiklorokin, metilprednizolon ve mikofenolat tedavileri başlandı. Proteinüri olmaksızın hipoalbuminemi olması bedeniyle yapılan endoskopik incelemelerde mide, kolon ve terminal ileumun belirgin ödemli olduğu ve mide foldların belirginleştiği gözlemlendi.(Şekil-1) SLE ilişkili protein kaybettiren enteropati olarak değerlendirildi ve tedaviye oktreotid eklendi. Poliklinik takiplerine devam eden hastanın 2.5 ay içinde renal fonksiyonlarının ve hipoalbumineminin normale gerilediği, assitin de ortadan kalktığı izlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** SLE hastalarında hipoalbumineminin sadece renal kayıplar nedeni olmayıp gastrointestinal sistem tutulumu ile ilişkili olabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Enteropati, Hipoalbuminemi, Lupus

### [PS-40]

#### **Adalimumab Kullanımına Bağlı Gelişen Akut Pankreatit**

İskender Ekinci, Mitat Büyükkaba, Murat Akarsu, Ömür Tabak

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

**Giriş:** Akut pankreatit, karın ağrısı ve yüksek pankreas enzim düzeyleri ile karakterize pankreasın iltihabi bir durumudur. Vakaların büyük kısmında etyolojiyi safra taşları ve alkol alımı aydınlatır. Bununla birlikte hipertiglisidemi, ERCP işlemi, genetik, ilaçlar, enfeksiyonlar, hiperkalsemi, anatomik anomaliler, vasküler hastalıklar ve pankreas kanalı yaralanmaları da etyolojide yer alabilir. Burada ilaç kullanımı sonrası gelişen bir akut pankreatit vakası sunacağız.

**Olgu:** Otuz sekiz yaşında erkek hasta yaygın karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Acil serviste yapılan muayenesinde batında yaygın hassasiyet varken, defans ve rebound yoktu. Yapılan tetkiklerinde amilaz: 215 U/L, lipaz: 497 U/L, total bilirubin: 0,46 mg/dl, AST: 7 U/L, ALT: 1 U/L, kreatinin: 0,69 mg/dl gelmesi üzerine kontrastlı batin görüntülemesi istendi. Pankreas parankimi ödemli olup pankreas çevresi yağlı dokuda kirlenme saptandı. Hastanın iç hastalıkları kliniğine yatırılarak ödematöz pankreatit tedavisi başlandı. Özgeçmişinde alkol kullanımı yoktu, ankilozan spondilit için adalimumab kullanıyordu. Bunun haricinde herhangi bir ilaç kullanımı yoktu. Yattığı esnada yapılan tetkiklerinde herhangi bir enfeksiyon bulgusuna rastlanmadı. Kalsiyum: 8,7 mg/dl, triglisid: 68 mg/dl çıkarken tedaviyle birlikte pankreas enzim düzeyleri geriledi. Görüntüleme kontrolünde pankreas ödeminin de gerilediği gözlenirken safra taşı görülmeydi. Adalimumab kullanımına bağlı akut pankreatit olarak düşünüldü ve romatoloji polikliniğine yönlendirildi.

Sonuç: İlaçlara bağlı pankreatit nadir görülür ve genellikle prognozları iyidir. İlaça bağlı pankreatit mekanizmaları arasında immünolojik reaksiyonlar, doğrudan toksik etki, toksik metabolit birikimi ve intravasküler tromboz yer alır. İlaça bağlı pankreatit diyebilmek için diğer nedenlerin dışlanması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** akut pankreatit, adalimumab, ankilozan spondilit

[PS-41]

### **Kronik Böbrek Hastalığı ile Prezente olan Berger Hastalığı (IgA nefropatisi) Olgusu**

Damla Gül Çetin, Mehmet Çetin, Şule Yazıcı, Hikmet Feyizoğlu

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Giriş:** IgA nefropatisi, kronik glomerülonefritlerin ve tekrarlayan makroskopik hematürinin en sık nedenidir. İnsidansı ikinci ve üçüncü dekatta en yüksek, erkeklerde daha sık görülür. Başvuru şekilleri makroskopik hematüri atakları (%40-50), mikroskopik hematüri (%30-40), nefrotik sendrom (%5), ABH (<%5), daha nadiren KBH olarak görülmektedir. Biz, bu olgumuzda, nadir başvuru şekli olan KBH ile prezente olmuş bir Iga nefropatisi olgusunu sunacağız.

**Olgu:** 25 yaş erkek hasta, 2-3 gündür başlayan bulantı, kusma, baş ağrısı ve tansiyon yüksekliği şikayeti ile acil servise başvurmuş. Geçmiş tıbbi öyküsü sorgulandığında nefrolitiazis öyküsü dışında herhangi bir kronik hastalık öyküsü ve ilaç kullanımı olmadığı öğrenildi. Nsaii, bitkisel ilaç kullanımı, kontrast madde öyküsü yoktu. Son 2 yıldır sık sık ÜSYE geçirdiği ve mükerrer şekilde antibiyotik/anti-histaminik reçete edildiği öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde TA: 170/90 mm-hg, diürez aktif, ptö: +/- . Yapılan tetkiklerinde kre:3,34, gfr:24, ürik asit:7,6, üre:74, elektrolitler:n, pth:124, esh:14, hba1c:5.3, hmg:n koagülasyon:n, elisa:negatif, Tit: 255 eritrosit, 31 lökosit, 3+ protein ve spot idrar pro/kre:1.1 gr/gün. Renal dopler usg: sağ böbrek normal lokalizasyonda ve boyutları 100x40 mm; sol böbrek normal lokalizasyonda, boyutları 95x36 mm olarak ölçüldü. Her iki böbrekte kalkül, kitle ve/veya pelvikaliektazi saptanmadı. Her iki böbrek parankim ekosunun grade 2 arttığı görüldü. Çekilen Toraks BT'de ve paranasal sinüs BT'de patolojik görüntü saptanmadı. Etyolojiye yönelik yapılan tetkiklerde romatolojik, vaskülitik ve çölyak markerları ile anti-gbm, ASO, c3-4, ıg'lar negatif saptandı. Açıklanamayan hematüri ve proteinüri sebebiyle hastaya renal biyopsi yapıldı, If: mezengiumda granüler IgA ve c3 depositleri görüldü. Patoloji sonucu IgA nefropatisi olarak raporlandı.

**Sonuç:** Hasta servisimize interne edildiğinde Renal Usg bulguları KBH ile uyumlu geldi. Bunun üzerine KBH etyolojisine yönelik tetkik istedik. Sık ÜSYE ve alerji öyküsü olması nedeniyle ön tanılarımız, ANCA ilişkili vaskülitler, Poststreptokoksik glomerülonefrit ve IgA nefropatisiydi. Hastanın hemoptizisi, nefes darlığı, eozinofilisi yoktu.

Toraks BT ve paranasal sinüs BT normal idi. İstenen romatolojik, vaskülitik ve çölyak markerları normal aralıkta gelmesi üzerine poststreptokoksik glomerülonefrit ve ANCA ilişkili vaskülitleri ön planda düşünmedik. Açıklanamayan hematüri ve proteinüri sebebiyle renal biyopsi yapıldı. IgA nefropatisi, nispeten iyi seyirli bir hastalıktır ve hastaların çoğunda böbrek işlevleri yıllar boyunca normal kalır. 20 yıllık izlemde olguların %15'inde son dönem böbrek yetmezliğine ilerleyiş görülür. Hastaların az bir kısmında ise hızla son dönem böbrek yetmezliği ile sonuçlanan fulminan bir seyir görülür.

**Anahtar Kelimeler:** Berger, hematüri, ÜSYE

[PS-42]

### **Subklinik Hipotroidisi ve Prediyabeti Olan Hastalarda Qtc Dispersiyonu ve Kvon İlişkisi**

Pınar Karakaya

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinolojive Metabolizma Hastalıkları

**Amaç:** Subklinik hipotroidisi olan hastalarda kardiyovasküler hastalık ile ilişkili olarak mortalite artmıştır. Subklinik hipotroidisi ve prediyabette kardiyovasküler otonom nöropati (KVON)ani ölüm ve kardiyak aritmi için risk faktörüdür. Brakiyal arter indexi spesifikliği ve sensitivitesi yüksek olan bir testtir. Brakiyal arter indexi normal değeri: 1.1-1.3 dür. Ankle brakiyal index ( ABİ ) < 0.9 değeri periferik arter hastalığı göstergesidir. Amacımız;-hipotroidisi olan prediyabetik hastalarda ABİ ile KVON ilişkisini incelemektir.

**Yöntem:** Çalışmaya SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma polikliniğine başvuran toplam 90 subklinik hipotroidisi ve prediyabeti olan hasta alındı. Bu hastaların 54 sı subklinik hipotroidisi, olan, 36 subklinik hipotroidisi olmayan hastalar olarak gruplandırıldı. Bu hastalarda troid fonksiyon testlerine, açlık ve tokluk kan şekeri, insulin,lipid paneli,HbA1c üre,kreatinin ALT,ASTvediger biyokimyasal değerler bakıldı. ABİ 8 mhz dopplerle ayak bileğinden ölçüldü. Hastalara kardiyovasküler otonom fonksiyon testleri yapıldı. Bulgular: Subklinik hipotroidisi olan 54 hastanın, 36 ünde KVON saptandı. Subklinik hipotroidisi olan hastanın QTc, KVON olanlarda olmayanlara göre daha uzundu (p<0.001).Diastolik kan basıncı KVON olanlarda daha yüksekti (p=0028). Ankle brakiyal index ( ABİ ) KVON olanlarda daha düşüktü ( p=0.036). Prediyabetik hipotroidisi olmayan 36 hastanın hastanın 20 sinde KVON saptandı. OTc, KVON olanlarda daha uzundu (p<0.0001 ). Ankle brakiyal index ( ABİ ) KVON olanlarda daha düşüktü (p=00.049). Subklinik Hipotroidisi olan ve olmayan her iki grupta da açlık ve tokluk kan şekeri, HOMA-IR degerleri KVON olanlarda daha yüksekti. (p<0.05 ) Tartışma: Subklinik Hipotroidi ve prediyabeti olan hastalarda KVON ani kardiyak ölüm ve aritmi için risk faktörüdür. Subklinik Hipotroidinin; bozulmuş açlık hiperglisemisi, bozulmuş glukoz toleransı,insulin direnci birlikteliğinde KVON sıklığı artmış olup mortalite nedenlerinden birisi olmuştur.

Bizde bu çalışmada; prediyabetik hipotroidi hastalarında bu durumun varlığını araştırdık.

Sonuç olarak;hipotroidisi olan hastalarda, Ankle brakiyal index (ABİ) hipotroidisi olmayan hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Hipotroidisi olan hastalarda hem hipotroidinin kendisi hemde prediyabet endotel disfonksiyonu açısından önemli hastalıklardır. Bu hastalıkların her ikisinin varlığı KVON ve periferik arter hastalığı yönünden poliklinik şartlarında altı ay ile yılda bir değerlendirilmeyi gerektirmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hipotroidi, KVON, QTc dispersiyonu

[PS-43]

### Nötropenik Hastada İnatçı bir Ateş Etkeni

Doğan Can Çelik

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

Fungal endokardit nadir fakat göz önünde tutulması gereken bir klinik entitedir ve total infektif endokardit vakalarının %2-5'ini oluşturur.

Aspergillus endokarditi total fungal endokardit vakalarının %20-25'ini oluşturur ve tanı-tedavi açısından oldukça zorlu bir ateş nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hematolojik malignite, immünsupresif ilaç kullanımı, IV madde kullanımı, geçirilmiş kardiyotorasik cerrahi öyküsü bulunan hastalarda göz önünde bulundurulması gereken bir ateş etkenidir.

Bu olguda immünsupresif hastada inatçı,geniş spektrumlu antibiyoterapilere cevap vermeyen nadir bir ateş etiyolojisini tartışacağız.

Bilinen aplastik anemi (hastanemiz hematoloji servisten takipli), hipertansiyon tanılarıyla izlenen hasta ateş ve halsizlik şikayetlerinin artması üzerine febril nötropeni ön tanısıyla kliniğimize interne edildi.

Soygeçmişinde özellik saptanmadı.

Uzun süreli siklosporin ve 5 mg prednizolon kullanım öyküsüne ek olarak sık transfüzyon ihtiyacı nedeniyle kan ürünleri kullanımı mevcut.

Hastadan alınan SARS-COV2 pcr örnekleme negatif saptandı. Toraks BT'de plevral effüzyon ve yer yer bronşiolit sahaları dışında özellik saptanmadı. Beyin ve Tüm Batın BT 'lerinde patolojik bulgu gözlenmemesi üzerine Enfeksiyon Hastalıkları öneneşiyle febril nötropeni protokolü ile Piperasilin-Tazobaktam ve Vankomisin başlandı.İmmünsupresif ajanları kademeli olarak kesilerek GM-CSF tedavisi başlandı. Gerekli kan ürünleri replasmanları yapıldı.

Ekokardiyografik değerlendirmede vejetasyon saptanmadı.

Mevcut antibiyoterapisine rağmen ateş yükseklikleri devam eden hastanın tedavisine Meropenem ve amfoteri-

sin B eklenerek Ateş etiyolojisi araştırılmaya başlandı.

Ateş yüksekliği devam eden hasta ve septik seyreten hastanın 2 ayrı koldan alınan ardışık venöz kan kültürlerinde üreme saptanmaması üzerine atipik enfektif etkenler açısından tetkik edildi Viral seroloji ve atipik etmenler negatif saptandı

TEE ve TTE methodlarından sonuç alınmaması,venöz kan kültürlerinde üreme olmaması,enfektif parametrelerindeki artış ve dirençli ateşinin devam etmesi üzerine koroner bt anjiyografi çekilmesi planlandı

Aort kapaktan nonkoroner sinüs tarafında fuziform tarzda en geniş yerinde 10x4 mm boyutlu polipoid tarzda kalınlaşma izlenmiştir. Enfektif endokardit açısından klinik laboratuvar ile birlikte değerlendirme önerildi.

Cilt Biyopsi sonucuna göre:

Nekrotik alanlar sayıda nötrofil nükleer depris, non pigmente septalı, dar açılı ile dallanan çok sayıda mantar hifi ve mayası, kesitlerde mantar hiflerinin eşlik ettiği lobüller ağırlıklı pannikülit tablosu izlenmektedir. Tarif edilen mantar morfolojik olarak Aspergillus, Fusarium, Scedosporium, Trichoderma, Paecilomyces familyaları gibi mantarlar ile uyumludur.

Hasta aspergillus endokarditi ile uyumlu saptanarak tedavisine kaspafungin, Mikotik emboli açısından profilaktik düşük molekül ağırlıklı heparin ile tedaviye devam edildi.

Nötropeni ve immünsupresyon yönetimi multidisipliner bir süreç gerektirmektedir.

Uzun süreli immünsüpresif hastalarda dirençli ateş etiyolojisinde venöz kan kültürlerinde üreme olmaması ve ekokardiyografik görüntülemelerde bulgu olmamasının infektif endokarditi dışlatmayacağı akılda bulundurulmalıdır. Aspergillus endokarditinde morbidite ve mortalite yüksek olmakla beraber optimal tedavi cerrahi debridman ve geniş spektrumlu anti-fungal ilaçlardır.

Mortalite oranları %70 lere varmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Aplastik anemi, aspergillus fumigatus, endokardit, febril nötropeni

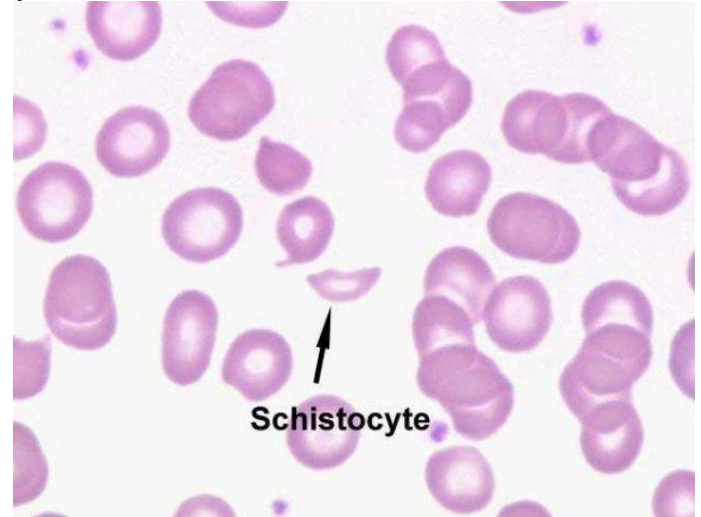
**[PS-44]****Kanama ile prezente olan malignite ilişkili mikroanjiopatik hemolitik anemi: Olgu sunumu**Muhammed Zeki Çiçek<sup>1</sup>, Harun Muğlu<sup>1</sup>, Yusuf Ulusoy<sup>2</sup>, Mehmet Hürşitoğlu<sup>1</sup>, Zeynep Karaali<sup>1</sup><sup>1</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul<sup>2</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Hematoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Mikroanjiopatik hemolitik anemiler (MAHA) kapiller ve arterioler sistem içinde patolojik olarak gelişen mikro trombüslerdeki trombosit fibrin ağı içinden geçen eritrositlerin yıkımı ile karakterize bir grup hastalıktır. Malignitenin tetiklediği MAHA, hastalık seyirinde ortaya çıkabilen, mortaliteyi önemli ölçüde etkileyen bir klinik durumdur. Burada mikroanjiopatik hemolitik anemi ile prezente prostat ca tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 70 yaşında bilinen hastalığı olmayan erkek hasta, ani başlayan kanlı kusma ve kanlı idrar yapma şikayetiyle acil servise başvurdu. Öyküsünde çoklu ağrı kesici kullanımı mevcuttu. Fizik muayenede vital bulguları stabil, rektal tuşede normal gaita buluşu saptandı. Yapılan tetkiklerinde hemoglobin 14.6 g/dL, trombosit:  $23 \times 10^9/L$ , Kreatinin: 2.3 mg/dL (bazal değeri bilinmiyor), AST: 188 u/L, D-DİMER: 8.63 µgFEU/mL, LDH: 1925 u/L, ALP: 913 u/L, Total bilirubin: 2.28 mg/dL, Direkt bilirubin: 0.76 mg/dL saptandı. Tam idrar testinde 405 eritrosit saptanan hastanın Total PSA: 200 ng/mL idi. Hastanın takibinde hemoglobin değeri 9,5 g/dl'e geriledi. Başvuruda kanlı kusma nedeniyle yapılan gastroskopiye grade a özofajit ve fundusta submukozal peteşiler görüldü. Üriner ultrasonografide her 2 böbrek kaliksiyel sistemde grade 2-3 ektazi görüldü, prostat volümü 60 cc ölçüldü. Hastaya mesane sondası takıldıktan sonra kreatinin değeri 0.63 mg/dL'ye geriledi. Periferik yaymasında her sahada 4-5 adet şistosit ve görülmesi üzerine istenen ADAMTS13 aktivitesi %88, normal değerde, hemolize yönelik ek tetkiklerinde direkt Coombs negatif, retikülosit sayısı normal ve serum haptoglobin düzeyi düşük bulundu. Bu bulgularla hastaya mikroanjiopatik hemolitik anemi ön tanısıyla 5 seans plazmaferez uygulandı. Plazmaferez sonrası haptoglobin: 150 mg/dL, Direkt bilirubin: 0.2 mg/dL, Total bilirubin: 0.48 mg/dL, LDH: 302 u/L, AST: 14 u/L, PLT:  $210 \times 10^9/L$  olduğu görüldü. Hastaya yapılan ek görüntülemelerde, pelviste metastatik lenf nodları, iskelet sisteminde ise sklerotik lezyonlar izlendi. İzole ALP yüksekliği, total PSA yüksekliği ve prostat volümününöz olan hastaya prostat biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucu "Prostatik asiner adenokarsinom" olarak sonuçlanan hasta da maligniteyle ilişkili MAHA düşünüldü. Doksetaksel ve leuprolid tedavisi başlanan hastanın takibinde olup total PSA: 1.53 ng/mL'ye ALP: 101 u/L'ye gerilediği izlendi.

Tartışma: Aktif kanama şikayetiyle acile gelen hastaların tam kan sayımları ve biyokimya değerleri dikkatlice incelenmeli, şüpheli durumlarda periferik yaymaları değerlendirilmeli, hemolitik bir anemi düşünülüyorsa altta yatan sebepler iyice irdelenmelidir. Etiyolojide tanısı olmasa bile malignite ayırıcı tanılar arasında yerini alma-

lıdır. Malignitelerin %5 inde MAHA gelişebileceği akıld tutulmalı, mortalitesi yüksek olan bu durumlarda hastamızda olduğu gibi plazma değişim tedavisinin hastalığın akut döneminde hayat kurtarıcı olduğu, malignitenin erken tanı ve tedavisi sayesinde ise surveyini artırabileceğimiz unutulmamalıdır.

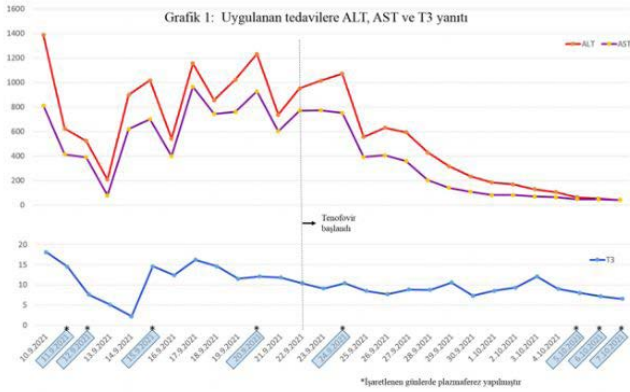
**Anahtar Kelimeler:** Mikroanjiopatik hemolitik anemi, Malignite, Plazmaferez**Şistosit**

*Damar içindeki trombosit veya fibrin kümelerine çarpıp parçalanmış eritrositler.*

**[PS-45]****Graves hastalığı ve akut hepatit B enfeksiyonu birlikteliği: Olgu sunumu**Selinay Emekli<sup>1</sup>, Utku Erdem Soyaltın<sup>2</sup>, Kader Irak<sup>3</sup>, Zeynep Karaali<sup>1</sup>, Mehmet Hürşitoğlu<sup>1</sup><sup>1</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği<sup>2</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği<sup>3</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Graves hastalığı, tiroid hormonlarının sentez ve salınımında artışla karakterize otoimmün bir bozukluktur. Tionamidler, Graves hastalığında ana tedavi şekli olup kontraendike olduğu durumlarda hastalar steroid, beta bloker ve iyotlu ajanlarla cerrahi tedaviye hazırlanabilir. Lityum, tiroid hormon salınımını engellediğinden antitiroid tedavinin kontraendike olduğu vakalarda tek başına veya ciddi hipertiroidi vakalarında diğer tedavilere eklenerek kullanılabilir. Anti-tiroid ilaçların yan etkileri nedeniyle kullanılmadığı veya kullanılmalarına rağmen klinik kontrolün sağlanmadığı hastalarda terapötik plazmaferez diğer bir tedavi seçeneğidir. Burada Graves hastalığı ve eş zamanlı akut hepatit B enfeksiyonu tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

**Olgu Sunumu:** Bilinen kronik hastalığı olmayan 55 yaş erkek hasta halsizlik, son 3 ayda 10 kilo kayıp ve yaklaşık 1 haftadır devam eden boğaz ağrısı nedeniyle başvurduğu dış merkezde yapılan tetkiklerinde karaciğer enzim yüksekliği ve tiroid fonksiyon testlerinde bozukluk saptanması üzerine tarafımıza yönlendirildi.. Fizik muayenesinde tiroid palpabl ve taşikardisi mevcuttu. Tetkiklerinde özellikle olarak ALT:1387u/L, AST:812u/L, ALP:179u/L, GGT:131u/L, TSH 0.005mIU/ml, T3:18.1pg/ml, T4:7.45ng/dl, TSİ:23.7; Anti TPO>600, HbsAG: Pozitif; Anti HbsAg: Negatif; Anti Hbc IgM: Pozitif; Anti Hbe: Pozitif; HbeAg pozitif; HBV DNA: 470000; HDV RNA: Negatif; Delta antikoru: Negatif saptandı. Akut Hepatit B enfeksiyonu ve Graves hastalığı tanısı alan hastanın ALT ve AST değerlerinin yüksek olması nedeniyle anti-tiroid ilaçlar verilemedi. Hastaya tirotoksikoz nedeniyle 5 kür terapötik plazmaferez uygulandı, Propranolol 40 mg 4x1 başlandı. Plazmaferez yapılmadığında tiroid hormonlarında artış olması üzerine; tedaviye lityum 300 mg 3x1 eklendi. Bu süreçte karaciğer fonksiyon testlerinde artış devam etti. Eşlik eden akut hepatit B enfeksiyonu olan hastaya; literatür bazlı olgu sunumları incelendiğinde akut hepatit B enfeksiyonunun ekstra hepatic bulgu verdiği durumlarda antiviral tedavi başlanan olguların fayda gördüğü izlenerek tenofovir 245 mg 1x1 başlandı. Karaciğer enzimlerinin gerileme, tiroid fonksiyon testlerinde düzelme başlayan hasta tekrarlayan plazmaferez uygulamasıyla operasyona hazırlandı. Yatışının 28. Gününde ALT:42u/L, AST:41u/L, ALP:95u/L, GGT:27u/L, TSH:0.03mIU/ml, T4:2.32ng/dl, T3:6.52pg/ml olan hasta tiroid cerrahisi uygulanarak şifa ile taburcu edildi.



### Uygulanan tedavilere ALT, AST ve T3 yanıtı

**Tartışma:** Akut hepatit B enfeksiyonunun otoimmün vaskülitler, artritler, serum hastalığı, glomerulonefritler ile birlikteliği gösterilmiştir. Olgumuzda olduğu gibi Graves hastalığı akut hepatit B enfeksiyonunun ekstra hepatic bulgusu olarak karşımıza çıkabilir. Antiviral tedavi akut HBV enfeksiyonu ile ilişkili otoimmün hastalıkları olan hastaları tedavi etmenin etkili bir yolu olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Graves, hepatit, plazmaferez, tenofovir

### [PS-46]

### Epileptik atak ile prezente olan takayasu arteriti Vakası

**Eda Nur Duran,** Murat Kayır, Meryem Direk, Murat Akarsu, Mitat Büyükkaba, Ömür Tabak, Raye Sevr Özmen

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi-İstanbul

**Giriş:** Takayasu arteriti; büyük damar vaskülitlerinden olup başlıca aort ve dallarını etkiler. Genellikle orta yaş kadınlarda görülür ve etyolojisinde genetik ve immüno-lojik mekanizmalar rol oynar. Klinik belirtiler genellikle tutulan vasküler yapının yerine göre değişiklik göstermektedir. Laboratuvarda akut faz reaktanı yüksekliği ve anjiyografik incelemede ilgili vasküler yapının tutulumu ile tanı konulabilmekte ve tedavisinde sıklıkla yüksek doz immunsupresif tedaviler ve nadir vakalarda da cerrahi prosedürler uygulanmaktadır. Burada ön planda görme kaybı ile başvuran ve sonrasında epileptik atak geçiren genç bir kadın hastada tespit edilen takayasu arteriti vakası sunulmuştur.

**Olgu:** Bilinen herhangi bir hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmayan 21 yaşındaki kadın hasta zonklayıcı karakterde baş ağrısı ve mide bulantısının eşlik ettiği baş ağrısı ve ani gelişen görme kaybı şikayetleri ile acil servise başvurmuş. Acil başvurusunda vital bulguları normal saptanan hastanın generalize tonik klonik nöbet geçirmesi üzerine yapılan beyin tomografisi ve beyin difüzyon MR incelemeleri normal saptanmış, nöroloji tarafından elektroensefalografi çekimi önerilmiş. Göz muayenesinde hipertansif retinopati saptandı. Kardiyak incelemesinde normal bulgular saptandı. Başvurusunda akut faz reaktanı yüksekliği dışında laboratuvar incelemeleri normaldi. Karın ağrısı tariflemesi üzerine çekilen abdomen BT anjiyo incelemelerinde abdominal aortada renal orifisler düzeyinden başlayarak aortik bifürkasyon düzeyine kadar duvarda diffüz hipodens kalınlaşma ve lümeni yaklaşık %70 oranında daraltan segment izlendi. Ekstremiteler tansiyon ölçümlerinde; sağ kol:120/80mmHg sol kol:130/80 mmHg, sağ bacak:130/90 mmHg ve sol bacak:110/60 mmHg olarak ölçüldü. Tip 4 takayasu arteriti olarak kabul edilen hastaya 3 gün 1000 mg metilprednizolon ve sonrasında 15 mg metotreksat tedavileri başlandı. Tedavi sonrası göz yakınmaları ve akut faz reaktanı düzeylerinde yükseklik geriledi. Hasta poliklinik takiplerine devam etmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Takayasu arteriti genelde aort ve dallarını tutan ve pek çok klinik bulgu ile prezente olabilen bir vaskülitir. Baş ağrısı ve görme kaybının pek çok sebebi olabilmekte birlikte, bu yakınmalarla başvuran özellikle orta yaş kadın hastalarda büyük arter vaskülitlerinin de akla gelmesi yerinde olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Takayasu Arteriti, epileptik nöbet, görme kaybı

**[PS-47]****Covid-19 M-RNA Aşısı Sonrası Gelişen Akut Pankreatit**

Hüseyin Emre Çarpan, Murat Kayır, Meryem Direk, Mithat Büyükkaba, Ömür Tabak, Murat Akarsu

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi-İstanbul

**Giriş:** Akut pankreatit sıklıkla karın ağrısı ile başlayan, kan ve idrarda pankreatik enzim artışı ile giden pankreasın akut inflamasyonudur. Sıklıkla safra taşı ve alkol ile ilişkili olabilir. Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi sonrası, travma, hipertrigliseridemi, apolipoprotein CII eksikliği, hiperkalsemi, gebeliğin akut yağlı karaciğeri, viral hepatitler, paraziter enfestasyonlar, bakteriyel enfeksiyonlar, azathioprine, 6-mercaptopurine, valproik asit, anti-HIV ilaçlar, dipeptidil peptidaz-4 inhibitörleri, glukagon benzeri peptid-1 analogları, idiyomatik gibi nedenlerle de akut pankreatit gelişebilmektedir. Burada 2. doz covid-19 m-rna aşısı sonrası gelişen akut pankreatit vakası sunulmaktadır. **Olgu:** Yirmi yedi yaşında erkek hasta 2. doz covid-19 m-rna aşısını yaptırdıktan 1 hafta sonra şiddetli karın ağrısı ve bulantı, kusma şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu ve herhangi bir ilaç kullanımı bulunmamaktaydı. Fizik muayenesinde batin hassastı, defans ve rebound bulgusu yoktu. Yapılan tetkiklerinde lökosit:  $18.9 \times 10^3/\mu\text{L}$ , nötrofil  $16.3 \times 10^3/\mu\text{L}$ , lenfosit:  $1.7 \times 10^3/\mu\text{L}$ , amilaz 126 U/L, lipaz: 71 U/L, CRP: 170 mg/L, trigliserit: 136 mg/dl, kalsiyum: 9 mg/dl, viral markerları negatif olan hastanın kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografi incelemesinde; pankreas kuyruk lokalizasyon volüm artışı ve parankim dansitesinde inhomojenite izlenmiştir. İntra ve ekstra hepatik safra yollarında herhangi bir patoloji saptanmayan hastanın alkol kullanım öyküsü bulunmamaktaydı. Son dönemde tariflenen bir travması yoktu. Gayta kültüründe üreme yoktu. Hastanın oral beslenmesi stoplandı ve hasta hidrate edildi. Amilaz, Lipaz, Wbc değerleri normal aralığa gerileyen hastanın karın ağrısı geriledi.

**Tartışma ve Sonuç:** Etyolojide birçok neden suçlanabilen akut pankreatit'in, son dönemde yaygınlaşan covid aşılması sonucu gelişebileceğinin, en sık görülen akut pankreatit nedenleri dışlandıktan sonra da covid aşılmasına bağlı da akut pankreatit gelişebileceği akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut pankreatit, Covid-19 m-rna aşılması, pankreatit

**[PS-48]****Antitiroid Kullanımına Sekonder Agranülositoz**

Serkan Akbaş, Beyza Soylu, Mitat Büyükkaba, İskender Ekinci, Murat Akarsu, Ömür Tabak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği / İstanbul

**Giriş:** Metimazol ve propiltiourasil gibi antitiroid ilaçlar (ATI) hipertiroidi tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu ajanlarla not edilen en yaygın yan etkiler cilt erüpsiyonlarıdır. Ancak nadir görülmesine rağmen ciddi bir yan etki olan agranülositoz vakaları da bildirilmiştir. Literatürde, 40 yaşından büyük ve kadın olmanın ve antitiroid ilaç tedavisinin ilk üç ayında olmanın agranülositoz gelişimi açısından risk faktörleri olduğu bildirilmiştir. Burada bahsi geçen tüm risk faktörlerine sahip bir hastada ATI ilişkili agranülositoz vakası sunulmuştur. **Olgu:** Bilinen hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmayan 46 yaşındaki kadın hasta 1 ay önce dış merkeze çarpıntı ve ayaklarda uyuşma şikayeti ile başvurmuştu. Nedenle yapılan tetkiklerinde tsh:  $0,005 \mu\text{IU/mL}$ , serbest T3:  $8.32 \text{ pg/ml}$ , serbest T4:  $2.27 \text{ ng/dL}$  olarak saptanmış ve propiltiourasil başlanmış. Tedaviden 1 ay sonra poliklinik başvurusunda bulunan hastanın kontrol tetkiklerinde lökosit  $2.28 \times 10^3/\mu\text{L}$ , nötrofil  $0.22 \times 10^3/\mu\text{L}$ , lenfosit  $1.4 \times 10^3/\mu\text{L}$ , hemoglobin 12 g/dL, eritrosit sedimentasyon hızı 3 mm/sa, anti-TPO:  $122 \text{ IU/mL}$ , anti TG  $51.2 \text{ IU/mL}$  saptanmış. Ultrasonografik incelemesi ve sintigrafisi tiroidit ile uyumlu olan hastada propiltiourasil stoplandı. Tedavi kesildikten sonra takiplerine devam edilen hastada ilgrastim gereksinimi olmadı ve takiplerinin 7.gününde tam kan sayımının normale gerilediği (lökosit  $6.08 \times 10^3/\mu\text{L}$ , nötrofil  $2.02 \times 10^3/\mu\text{L}$ , lenfosit  $2.9 \times 10^3/\mu\text{L}$ , hemoglobin  $11.3 \text{ g/dL}$ ) görüldü. Buna ek olarak tiroit fonksiyon testlerinin de normal sınırlara doğru düşmeye başladığı görüldü. Hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Antitiroid ilaç başlanan hastaların özellikle tedavinin ilk aylarında agranülositoz gelişimi açısından yakın takip edilmesi önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** agranülositoz, antitiroid, kullanımı

**[PS-49]****Covid-19 Enfeksiyonu Sonrası Hiponatremi Olgusu**

Gözde Demir, Murat Kayır, Beyza Soylu, Mitat Büyükkaba, Murat Akarsu, Ömür Tabak

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

**Giriş:** Uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromu (UADHS), hiponatreminin en sık nedenlerinden biridir. UADHS'ye neden olabilecek birçok enfeksiyon hastalığı bildirilmiştir. Koronavirüs 2019 hastalığı (COVID-19) ile ilişkili hiponatremi ve UADHS son zamanlarda birkaç olgu raporunda belirtilmiştir. Bizim olgumuzda ise ilk hastaneyeye başvuru sırasında COVID-19 pnömonisinin klasik semptomları olan öksürük, nefes darlığı ve ateş şikayeti, ikinci başvurusunda ise hiponatreminin klinik semptomlarından olan genel durum bozukluğu görülmektedir. COVID-19 olan bir hastada hiponatremi ve UADHS'nin görülebileceğini vurgulamayı amaçladık.

**Olgu:** Bilinen hipertansiyon tanısı olan amlodipin kullanım öyküsü olan 63 yaş kadın hasta 10.08.2021 de ateş öksürük şikayetleri ile başvurduğu acil serviste yapılan covid pcr test sonucuna göre covid pozitif saptanmış olup, evde takibi uygun bulunup izolasyon sürecinin evde

tamamlamıştır. 22.08.2021 tarihinde acil servise bilinçte bozulma baş dönmesi denge kaybı şikayeti ile başvuran hastadan akut nörolojik hadiseler dışlanmış, kan sodyum değeri 103 ölçülmüş. İç Hastalıkları servisine hiponatreminin etyolojisinin aydınlatılması, ileri tetkiki tedavi amacı ile interne edilmiştir. Kan glukoz seviyesi 107 mg/dl, BUN 26 mg/dl, serum kreatinin 0,63 mg/dl, AST 67 U/L, ALT 59 U/L, CK 44 magnezyum 1,71 mEq/L, CRP 37 mg/L, lökosit sayısı 17230/mm<sup>3</sup> (nötrofil %86,6, lenfosit %7,8), hemoglobin 12,7 g/dL, trombosit 355000/mm<sup>3</sup>, prokalsitonin 0,01 ng/mL. Hastaya %3 lük sodyum klorür infüzyonu başlandı. 12 saatlik aralıklarla bakılan sodyum değerleri; 110 mEq/L,116 mEq/L,122 mEq/L. 24 saatlik idrarda bakılan sodyum değeri 114 mEq/L, spot idrarda bakılan sodyum değeri 74 mEq/L olarak sonuçlandı. Hastaya yapılan ayrıntılı tahlillerde serum osmolaritesi 265 ölçüldü. İdrar osmolaritesi >100 mOsm/kg geldi. Daha sonrasında sıvı kısıtlamasına geçildi ve 48 saatin sonunda sodyum değeri 132 mEq/L'ye kadar yükseldi. Hiponatreminin diğer nedenlerini de araştırmak üzere bakılan sT4, TSH, FSH, kortizol değerleri normaldi, UADHS'na neden olabilecek herhangi bir ilaç kullanmıyordu, toraks tomografisinde hastanın yapısal anomalisi olan pektus karinatum ve kardiyomegali dışında özellik yoktu. Anamnezinde herhangi bir diüretik kullanımı hikayesi yoktu. Tüm bu sonuçlardan dolayı hastanın UADHS nedeninin COVID-19 pnömonisi ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Hasta taburcu edildiğinde sodyum değeri 136 mEq/L idi. Dahiliye poliklinik takibi önerisi ile taburcu edilen hastanın, 7 gün sonra görülen sodyum değeri 135 mEq/L idi.

Sonuç: Covid 19 enfeksiyonu seyri sırasında klinikte en sık gözlenen elektrolit bozukluğu olarak hiponatremi dikkat çekmektedir. UADHS, Post-Covid görülebilmekte olup, bu ilişkinin netliği ileride yapılacak çalışmalarla daha açık anlaşılacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, hponatremi, uygunsuz adh(UADHS)

### [PS-50]

#### Akut Böbrek Yetmezliğine Neden Olan Bir Amfizematöz Pyelonefrit Vakası

Meryem Direk, Murat Kayır, Mitat Büyükkaba, Murat Akarsu, Ömür Tabak

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi-İstanbul

Amfizematöz piyelonefrit (AP) nadir görülen, akut nekrotizan bir piyelonefrit çeşididir. Hastalık genellikle ani başlangıçlıdır ve hastalar ateş, titreme, karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurur. Bazı hastalarda sepsis ve akut böbrek yetmezliği gelişebilir. Bilgisayarlı tomografi havanın lokalizasyonunu ve sınırlarını belirlemede, hastalığın sınıflandırılmasında en duyarlı görüntüleme yöntemidir. Tedavide kabul gören görüş, geniş spektrumlu antibiyotiklerle tedaviye başlayıp klinik tablonun seyrine göre gerekirse perkütan katater drenajı yapmaktır. Burada akut böbrek yetmezliğine neden olan bir amfizematöz piyelonefrit vakasından bahsedeceğiz. Bilinen hipertansiyon ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanıları olan, 50 yaş erkek hasta, ateş, üşüme,

titreme, halsizlik, idrar çıkaramama şikayetleri ile acil servise başvurmuş. Fizik muayenesinde akciğerlerde yaygın ronküs vardı, batin muayenesinde defans ve rebound yoktu, kosto-vertebral açısı hasasiyeti vardı, periferik ödem yoktu. Ateşi 38,5° ölçüldü. Tetkiklerinde kreatinin: 6.5 mg/dl üre:116 mg/dl CRP:408 mg/L(normal değerler: 0-5) olarak tespit edildi. Görüntülemelerinde; her iki böbrek boyutları ve parankim kalınlığı normaldi, sol böbrek alt polde 5 mm kalkül, pelvikalisiyel sistem yapılarında grade 2 hidronefroz ile uyumlu dilatasyon izlendi. Sol distal üreter mesane girim düzeyinin hemen öncesinde lümen içerisinde 6 mm boyutunda kalkül lehine dansite izlendi. Sağ böbrek pelvikalisiyel sistem yapılarında grade 2 hidronefroz ile uyumlu dilatasyon izlendi. Sağ proksimal üreter geniş olup hemen proksimal üreter seviyesinde iliak çapraz düzeyine gelmeden yaklaşık 7 mm boyutunda kalkül lehine dansite izlendi. Sağ üreterde ve kaliksler içerisinde hava sıvı seviyeler meleri dikkati çekmiş olup amfizematöz pyelonefrit olarak değerlendirildi ve tedavisi için kliniğimize yatırıldı. Hastaya bilateral nefrostomi ve diyaliz katateri açıldı. İdrar çıkışı olmayan hasta diyalize alındı. Ampirik olarak seftriakson tedavisi başlandı. İlk diyalizinden sonra hastanın takiplerinde diyaliz ihtiyacı olmadı. Kan kültüründe klebsiella üredi ve meropenem başlandı. Kreatinin değeri 0.9 mg/dl'ye kadar CRP 26 mg/L'ya geriledi. Hasta üroloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Amfizematöz pyelonefrit tedavisinde cerrahi girişimler yapılsın veya yapılmazın parenteral antibiyotik tedavisi gereklidir. Geçmişte nefrektomiye giden vakalar çok olsa da günümüzde hızlı bir şekilde antibiyotik tedavisi ve gerekli perkutan drenaj yapılarak daha olumlu sonuçlar alınmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Amfizematöz piyelonefrit, nefrostomi, antibiyoterapi

### [PS-51]

#### Hepatosellüler kanser hastasında transkater embolizasyon

Ayfer Memiş Yakışık<sup>1</sup>, Müge Üstüner<sup>2</sup>, Murat Kayır<sup>3</sup>, Mehmet Bayram<sup>4</sup>, İskender Ekinci<sup>5</sup>, Ömür Tabak<sup>6</sup>, Murat Akarsu<sup>7</sup>

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ İç Hastalıkları / İstanbul

Giriş: HCC karaciğerin en sık primer malign tümörüdür. Sıklıkla viral hepatit (HBV veya HCV),alkolik siroz,non alkolik hepatosteatoz,α1-antitripsin eksikliği ve hemakromatoz ilişkili sirozu olan hastalarda ortaya çıkar. AFP,USG,3 fazlı BT ve MR da arteriyel hipervaskülarite ve venöz-gecikmiş fazda washout tespiti; 1 cm den büyük şüpheli lezyonlarda ise biyopsi tanı yöntemleridir.Tedavide non sirotik hastalarda cerrahi rezeksiyon;Milan kriterlerine uyan ( tek HCC <5 cm, veya 3 nodüle kadar < 3 cm)seçili sirotik hastalarda transplantasyon; büyük veya multifokal lezyonu olup, invazyon ve metastazı olmayan cerrahi yapılamayan hastalarda Transarteriyel Kemoembolizasyon;seçili hastalarda radyofrekans ablasyon ve Sorefenib kullanılır.

Olgu: Bilinen KBY,DM, HT tanıları olan hasta akut böbrek yetmezliği nedeni ile acil servisimize başvurdu. Hemo-

diyaliz ihtiyacı olan hastanın işlem öncesi bakılan tetkiklerinde Hbsag pozitif görüldü. Hasta ABY açısından stabilize edildikten sonra ileri tetkikleri istendi. USG: karaciğer parankimi heterojen konturları küntleşmiş sağ lobda yaklaşık 7x8 cm hipodens lezyon görüldü. HCC şüphelenilen hastanın bakılan AFP si:1300 U/L geldi. MRI: kc segment 8-5 te 90x75 mm washout görüntüsü veren lezyon görüldü. Batında assit yada gastroskopide varis görülmedi. HBV DNA: 100.000 IU/ml olan hastaya Tenofovir başlandı. Metastazı saptanmayan hastaya TAKE işlemi ve sonrasında hemodiyaliz uygulandı. Herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastanın işlemden 2 hafta sonra bakılan AFP düzeyi ise 230 a geriledi.

Tartışma ve Sonuç: Transkatater embolizasyon cerrahi girişimlerin ve perkütan işlemlerin yapılamadığı hastalarda uygulanabilen tedavi yöntemleridir. Özellikle karaciğer transplant listesinde bekleyen hastalarda yaygın olarak kullanılır. Karaciğer rezervi iyi, damar invazyonu yada metastazı olmayan hastalarda başarıyla uygulanır ve başarı oranı %15-55 kadardır. Biz bu vaka ile hepatit B nedeni HCC saptanan ve ileri evre KBY si nedeni ile transplant ya da cerrahi şansı olmayan hastada TAKE nin tercih edilebileceğini göstermek istedik.

**Anahtar Kelimeler:** HCC, TAKE, hepatit B, AFP

[PS-52]

## Sakrum Metastazı ile Prezente Olan Papiller Tiroid Kanseri

Sümeyye Tuğba Bayram, H.Şerife Aktaş, Sema Basat Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları

**Giriş:** Papiller tiroid kanseri tüm tiroid kanserlerinin yaklaşık yüzde seksenini oluşturur, endokrin kanserler arasında en sık görülen tiptir. Son yıllarda tiroid nodüllerinin tespit ve takibindeki gelişmelerle insidental saptanma olasılığı artmıştır. Hastalığın %70 i kadın cinsiyette görülmektedir. Çocukluk döneminde baş-boyun bölgesine radyasyon tedavisi almak ilerleyen yaşlarda tiroid kanseri ve özellikle papiller karsinom için risk oluşturur. Papiller tiroid karsinomu en az agresif büyüme eğiliminde olan tiroid malignitesidir. Yavaş büyüme eğilimindedir. Genellikle yıllarca tiroid ve bölgesel lenf düğümleriyle sınırlı kalır. Hastaların yaklaşık %80 inde servikal lenf düğümlerinde mikroskobik metastazlar vardır, ancak hastalık özellikle 45 yaşın üstündeki hastalarda ve yaşlılarda daha agresif olabilir. Papiller tiroid kanseri hastalarının 3 te 2 sinde pulmoner, dörtte birinde iskelet sistemi metastazları görülür. Bu olgumuzda lenf nodu metastazı olmaksızın sakruma metastaz yapan papiller tiroid kanseri vakası değerlendireceğiz.

**Olgu:** 70 yaşında kadın hasta sakrumda metastatik kitle nedeni beyin ve sinir cerrahisi tarafından operasyon planlanırken yapılan preop tetkiklerinde akut böbrek hasarı tespit edilmesi üzerine tarafımızca dahiliye servisinde takip edildi. Hastanın eylül 2021 de sakral bölgede ağrı ve ele gelen şişlik şikayetiyle hastane başvurusu mevcut. Beyin ve sinir cerrahisi tarafından istenilen kontrastsız lomber spinar mr incelemesinde sakrum sağ ya-

rımda 6x5cm boyutlarında maligniteyle uyumlu kitle lezyonu saptanmıştır denilerek ileri tetkik önerilmiş. Beyin ve sinir cerrahisi tarafından yapılan eksizyonel biyopsinin patolojisinde metastatik neoplazi saptanmış, tiroglobulin pozitifliği nedeniyle olgunun ön planda tiroid olmak üzere primer odak açısından sistemik taranması önerilmiş. İleri tetkik amaçlı yapılan PET-CT de sakrumda saptanan malign kitlesel lezyonun yanı sıra tiroid glandı sağ lobda görülen 2 cm nodüler lezyonun ikinci primer malign tümör moral posesi temsil edebileceği belirtilmiş. Olguda FDG afiniteli başka bir bulgu saptanmamıştır denilmiş. PET-CT de tespit edilen tiroid nodülüne yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinin patolojisinde papiller tiroid karsinomu (BETHESDA KATEGORİ 4) tespit edilmiş. Hastaya endokrinoloji tarafından tiroid USG değerlendirmesi yapılarak servikal lenf nodu metastazı olmadığı tespit edildi. Akut böbrek hasarı, idrar yolu enfeksiyonuna ve ağrı nedeniyle nsaii kullanımına bağlandı, hidrasyonla kreatinin bazal değerine gerilediği görüldü. Hasta endokrinoloji-genel cerrahi-radyoloji konseyine sunuldu, total tiroidektomi ve santral lenf nodu diseksiyonu kararı verildi. Hasta operasyon planı ile genel cerrahi polikliniğine yönlendirilerek taburcu edildi.

**Sonuç:** Papiller tiroid kanseri genellikle yavaş seyirli ve yavaş büyüme eğilimindedir. Genellikle yıllarca tiroid ve bölgesel lenf düğümleriyle sınırlı kalması beklenirken bu olgumuzda bölgesel lenf nodu metastazı olmaksızın papiller tiroid kanserinin sakrum metastazıyla karşılaştık. Papiller tiroid kanserinin bölgesel yayılım yapmaksızın uzak metastaz yapabileceği akıld tutulmalıdır.



### Kongre Başkanı

Abdülbaki Kumbasar

### Yürütücü Kurul

Yüksel Altuntaş

Hayriye Esra Ataoğlu

Meltem Aylı

Sema Basat

Banu Büyük

E-posta: [gensek@sbuichastaliklarikongresi.org](mailto:gensek@sbuichastaliklarikongresi.org)

### Organizasyon Sekreteryası



19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center

No: 4, 34360 Şişli / İstanbul

Tel: 0 212 381 46 00

Faks: 0 212 258 60 78

E-posta: [sbuichastaliklari@figur.net](mailto:sbuichastaliklari@figur.net)