



Tıp Fakültesi

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

7. İç Hastalıkları Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu

11-12 Ocak 2019

Marriot Hotel Asia, İstanbul



KURS KİTABI

www.marmaraichastaliklari.org

KURULLAR

ONURSAL BAŐKAN

Prof. Dr. etin zener

KURS BAŞKANI

Prof. Dr. Haner Direskeneli

SEMPOZYUM SEKRETERYASI

Prof. Dr. Serhan Tuğlular

Prof. Dr. Dilek Gogas Yavuz



Tıp Fakóltesi

BİLİMSEL SEKRETERYA

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

Marmara Üniversitesi Tıp Fakóltesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

E-posta : serhantuglular@yahoo.com

E-posta : dilekyavuz2004@yahoo.com



ORGANİZASYON SEKRETERYASI

D Event Turizm Organizasyon Hiz. Ltd. Şti.

Adres : Küçükbakkalköy Mah. Albay Sok.

No: 24 Ataşehir / İstanbul

Tel : 0216 573 18 36

Faks : 0216 573 83 18

E-posta : info@marmaraichastalıkları.org

BİLİMSEL PROGRAM

11 Ocak 2019, Cuma

13:00 - 13:10	Açılış Konuşmaları Haner Direskeneli, İshak Çetin Özener, İsmail Cinel
13:15 - 14:15	Panel 1: Yeni Tedaviler Oturum Başkanları: Mahmut Bayık, Fulden Yumuk
13:15 - 13:35	Hematoloji'de Yeni Moleküller Tayfur Toptaş
13:35 - 13:55	İmmüno-Onkoloji'de Yeni Moleküller Faysal Dane
13:55 - 14:15	Romatoloji'de Yeni Moleküller Haner Direskeneli
14:15 - 14:45	Kan Bankası: Klinisyenin Bilmesi Gerekenler Fergün Aydın
14:45 - 15:15	Kahve Molası
15:15 - 16:00	Serbest Bildiriler Oturum Başkanları: Serdar Turhal, Neşe İmeryüz
15:15 - 15:24	Böbrek Nakli Hastalarında Karotis İntima Media Kalınlığı İle Kardiyovasküler Olaylar Ve Greft Kaybı Arasındaki İlişki Duygu Şahin
15:24 - 15:33	Tip 2 Diyabetli Hastalarda Karaciğer Sertliğinin ve Yağlanması'nın Fibroscan ile Saptanması Meryem Demir
15:33 - 15:42	Periton Diyalizi Hastalarında Periton Sıvısında Kalprotektin Düzeyi ile Peritonit Sıklığının ve Periton Yeterliliğinin İlişkisi Gizem Sevik
15:42 - 15:51	Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastalarda Kardiyovasküler Risk Analizi Shahin Mehdiyev
15:51 - 16:00	Akut Myokard İnfarktüsü Normotansif ve Hipertansif Hastaların Serum Parathormon Düzeylerinin Karşılaştırılması Seydahmet Akın
16:00 - 17:00	Konferans 1 - Nedeni Bilinmeyen Ateş Oturum Başkanı: Önder Ergönül ~ Konuşmacı: Ali Mert
17.00 - 19.00	Uzmanına Danış Toplantıları
	Salon - 1: Akut Karaciğer Yetmezliği ve Acil Transplantasyon Feyza Gündüz
	Salon - 2: Hiperlipidemi Tedavisi Ozan Kocakaya
	Salon - 3: Vaskülitte Yaklaşım Ebru Aşçıoğlu, Haner Direskeneli
	Salon - 4: Gebelikte Diyabet Yönetimi Hülya Gözü

12 Ocak 2019, Cumartesi

08:30 - 09:30	Uzmanına Danış Toplantıları
	Salon - 1: Olgular ile Glomerüler Hastalıklar Mehmet Koç
	Salon - 2: Çelişkili Kan Gazı Sonuçları Hakkı Arıkan
	Salon - 3: PPI'lar Dost mu, Düşman mı ? Osman Özdoğan
	Salon - 4: Sitopeniler Işık Atagündüz
09:30 - 10:45	Panel 2 - Profilaksi ve Aşılama Oturum Başkanları: Hakan Tezcan, Ahmet Oktay
09:45 - 10:05	Aspirin ve Primer Koruma Ali Serdar Fak
10:05 - 10:25	İmmüsupresif Hastada Aşılama Elif Tükenmez Tigen
10:25 - 10:45	Geriatriye Kırılganlık Nedir ? Nasıl Değerlendirilir? Aslı Tufan
10:45 - 11:15	Kahve Molası
11:15 - 12:00	Serbest Bildiriler Oturum Başkanları: Hülya Hamzaoğlu, Dilek Yavuz Gogas
11:15 - 11:24	Obezite Tedavisinde Orlistatin Klinik Etkinliği Hande Peynirci
11:24 - 11:33	Magnetik Rezonans Görüntülemeye Saptanan Anormal Kemik İliği Sinyal Değişikliklerinin Tanısal Değeri Yasin Yıldız
11:33 - 11:42	Cushing Sendromlu Vakalarda Kemik Mineral Yoğunluğunun Lokalizasyona Göre Değerlendirilmesi Aysun Şeker
11:42 - 11:51	Sjogren Sendromu'nda Periferik Nöropati Pınar Erel
12:00 - 12:45	Uydu Sempozyumu - Boehringer Ingelheim Birlikte Gidilecek Daha Çok Yolumuz Var Moderatör: Hasan Aydın Konuşmacı: Tevfik Demir
12:45 - 13:45	Öğle Yemeği ve Poster Tartışması Moderatörler: Feyza Gündüz, Fergün Aydın
13:45 - 14:45	Panel 3 - Tanısal Yöntemler Oturum Başkanları: Cem Kalaycı, Turgay Çelikel
13:45 - 14:05	Malinite-dışı Endikasyonlarda PET/CT Tunç Öneş

14:05 - 14:25	Enfeksiyonda Yeni Tanısal Yöntemler Dilek Yağcı Çağlayık
14:25 - 14:45	Fibroskan ve Kullanım Alanları Yusuf Yılmaz
14:45 - 15:15	Kahve Molası
15:15 - 16:00	Konferans 2 - Bilim Bizi Yanıltır mı ? Oturum Başkanı: Tefik Akoğlu ~ Konuşmacı: Mustafa Çetiner
16:00 - 17:00	Panel 4 - Yoğun Bakım Oturum Başkanları: Berrin Ceyhan, Çetin Özener
16:00 - 16:20	Yüksek Akım Oksijen Tedavisi Emel Eryüksel
16:20 - 16:40	Septik Şokta Yenilikler Erdem Yalçınkaya
16.40 - 17:00	Malinite Hastalarında Yoğun Bakım Endikasyonu Sait Karakurt
17.00 - 18:00	Panel 5 - Gebelikte Sık Karşılaşılan Sorunlar Oturum Başkanları: Emel Akoğlu, Sema Akalın
17:00 - 17:20	Gebelerde Hipotiroidi ve Subklinik Hipotiroidi Yönetimi Dilek Gogas Yavuz
17:20 - 17:40	KC Hastalıkları Yeşim Alahdab
17:40 - 18:00	Nefroloji - Hipertansiyon Arzu Velioğlu
18:00 - 18:20	Gebelikte Akılcı İlaç Kullanımı Atilla Karaalp
18:30 - 19:30	Ödüllü Yarışma Moderatörler: Serhan Tuğlular, Ali Serdar Fak, Zekaver Odabaşı, Emel Eryüksel
	Kapanış

HEMŞİRELİK PROGRAMI

12 Ocak 2019, Cumartesi

09:00 - 09:30	Açılış Konuşmaları <i>Fatma ÇIRPI, Haner DİRESKENELİ, İsmail CİNEL</i>
09:30 - 10:40	Panel 1 - Diyabete Güncel Bir Bakış Oturum Başkanları: <i>Merdiye Şendir, Fatma Çırpı</i>
09:30 - 09:50	Diyabet Tedavisinde Yeni Seçenekler Hasan AYDIN
09:50 - 10:10	Tip II Diyabet Önlenbilir mi? Selda ÇELİK
10:10 - 10:30	Diyabetli Birey Eğitimi Zühal EKŞİ
10:30 - 10:40	Tartışma
10:40 - 11:00	Kahve Molası
11:00 - 12:40	Panel 2 - Nefes Darlığı ve Yaşam Kalitesi Oturum Başkanları: <i>Hediye ARSLAN, Emre LAFCİ</i>
11:00 - 11:20	KOAH'ta Dispne Yönetimi Sait KARAKURT
11:20 - 11:40	KOAH' ta Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörler Selma ÇELİK
11:40 - 12:30	Farkındalık Temelli Stres Azaltıcı Meditasyon Zehra GÖK METİN
12:30 - 12:40	Tartışma
12:40 - 13:30	Öğle Yemeği
13:30 - 14:40	Panel 3 - Herkes İçin Her Yerde Böbrek Sağlığı Oturum Başkanları: <i>Şule ECEVİT ALPAR, Asibe ÖZKAN</i>
13:30 - 13:50	Akut Böbrek Hasarı Serhan TUĞLULAR
13:50 - 14:10	Kronik Böbrek Hasarı İzzet Hakkı ARIKAN
14:10 - 14:30	Nefroloji' de Hasta Takibi /Olgu Sunumu Ajda KARADAŞ
14:30 - 14:40	Tartışma
14:40 - 15:00	Kahve Molası
15:00 - 15:30	İnsan Vücudunda Keşfedilen Bir Organ "Mikrobiyata": Bağırsaktaki Beyin Osman Cavit ÖZDOĞAN

15:30 – 16:40	Panel 4 - Kardiyoloji de Güncel Yaklaşımlar? Oturum Başkanları: <i>Altuğ ÇİNÇİN, Şenay ATAÇ</i>
15:30 - 15:50	Akut Koroner Sendrom ve Hemşirelik Yaklaşımlar Ebru OKUR
15:50 - 16:10	Koroner Arter Hastalıklarında Öz Bakım Betül BAYRAK
16:10 - 16:30	Kalp Yogası Berna AKAY
16:30 - 16:40	Tartışma
17:00 - 18:00	Ödüllü Yarışma

HEMŞİRELİK PROGRAMI

DÜZENLEME KURULU

Fatma ÇIRPI

Zühal EKŞİ

Sibel TURAN ÇAKIR

Ajda KARADAŞ

Hacer AYDEMİR

Elif YOKARIBAŞ

Kamuran KARADAĞ

Hanife FETTAH KOÇ

Süleyman ACU

SEKRETERYA

Hacer AYDEMİR

Yasemin NAZLI

Yasemin KÖSEM



Tıp Fakültesi

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

7. İç Hastalıkları Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu

11-12 Ocak 2019

Marriot Hotel Asia, İstanbul



EĞİTİM HEDEFLERİ

KURS PROGRAMI EĞİTİM HEDEFLERİ

İmmüno-Onkoloji'de Yeni Moleküller

Faysal Dane

Eğitim Hedefleri :

- *Kanser tedavisinde sistemik kemoterapi, hedefe yönelik tedavilerin yanında son dönemlerde immünoterapi ilaçları da kullanılmaya başlanmıştır.*
- *İmmüterapide kullanılan ilaçların daha önceki kanser ilaçlarından tedavi cevabı açısından en önemli farkları cevap veren hastalarda büyük oranda cevap süresinin UZUN dönem devam etmesidir.*
- *İmmünoterapi kullanılan hastalarda cevap farklı şekillerde görülebilmektedir. Bazen tümörün erken dönemde büyümesi cevabın bir göstergesi olabilmektedir (pseudo-progresyon).*
- *İmmünsistemin aktive edilmesi nedeniyle bazen önemli immün-ilintili yan etkiler görülebilir. Erken fark edilmesiyle bu yan etkilerin büyük kısmı steroidler ve immünsupressif tedavilerle kontrol altına alınabilmektedir.*
- *Çalışmalar bir çok kanser türünde immünoterapilerin etkili olduğunu gösteriyor olsa da halen bu tedavilerin en uygun kullanım sırası veya hangi tedavilerle beraber kombinasyon halinde verilmesi gerektiği tam bilinmemektedir.*

Romatoloji'de Yeni Moleküller

Haner Direskeneli

Eğitim Hedefleri :

- *İnflamatuar romatizmal hastalıklarda olası patogenetik mekanizmaların özeti*
- *Yeni anti-sitokin tedaviler ve hedefe-yönelik (targeted) sentetik, hastalık-seyrini değiştirici ilaçların (DMARDs) tanıtımı*
- *Romatoloji'de yeni moleküllerin etkinlik ve yan-etkilerinin tartışılması*

Kan Bankası: Klinisyenin Bilmesi Gerekenler

Fergün Aydın

Eğitim Hedefleri :

- *Kan ve kan komponentlerinin istemindeki dikkat edilmesi gereken noktaların öğrenilmesi*
- *Eritrosit süspansiyonu hazırlanırken yapılması gereken uygunluk testleri ve yorumlanması hakkında bilgi edinmek*
- *Acil, çok acil ve öncelikle transfüzyon tanımlarının öğrenilmesi*

Hiperlipidemi Tedavisi

Ozan Kocakaya

Eğitim Hedefleri :

- Güncel kılavuzların gözden geçirilmesi,
- Hiperlipidemi alanında ortaya çıkan yeni tedavi seçeneklerin gözden geçirilmesi
- Olgu tartışmaları

Olgular ile Glomerüler Hastalıklar

Mehmet Koç

Eğitim Hedefleri :

- Glomerüler hastalıklar olgular eşliğinde, klinik prezentasyonları, ayırıcı tanıları, biyopsi bulguları ve tedavi seçenekleri ile tartışılacaktır

Çelişkili Kan Gazı Sonuçları

Hakkı Arıkan

Eğitim Hedefleri :

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

PPI'lar Dost Mu? Düşman Mı?

Osman Cavit Özdoğan

Eğitim Hedefleri :

- Bu sunumda klinik pratiğimizde en çok kullandığımız ilaçlardan biri olan proton pompası inhibitörlerinin (PPI) etkinliği, kullanım indikasyonları, kullanılmaması gereken durumlar, uzun süre kullanımında olabilecek yan etki riskleri tartışılacaktır.

Sitopeniler

Işık Atagündüz

Eğitim Hedefleri :

- İzole anemi ile baş vuran hastalarda tanısal yaklaşım, ayırıcı tanı yaklaşımı, hemolitik anemilere tanısal yaklaşım ve hemolitik anemilerin sınıflandırılması, pansitopeni ayırıcı tanısı ve tanısal yaklaşım, aplastik anemi ayırıcı tanısı.

İmmüsupresif Hastada Aşılama

Elif Tükenmez Tigen

Eğitim Hedefleri :

- Aşı yapılması planlanan immünsüprese hasta grubunu tanımlamak
- İmmünsüprese grupta yapılması ve yapılmaması gereken aşıları tanımlamak
- Aşıların yapılmasında uygun zamanı ve dozu tanımlamak
- Aşının immünsüprese hastada önemini vurgulamak

Geriatride Kırılabilirlik Nedir ? Nasıl Değerlendirilir ?

Aslı Tufan Çinçin

Eğitim Hedefleri :

- Yaşlıda kırılabilirliğin tanımını yapabilmek
- Kırılabilirlik tarama testleri hakkında bilgi sahibi olmak
- Kırılabilirliğe karşı koruyucu yaklaşımları öğrenme

Malinite-Dışı Endikasyonlarda PET/CT

Tunç Öneş

Eğitim Hedefleri :

- Son yıllar içinde FDG PET/CT'nin onkolojide kullanımı yaygın biçimde kabul görmüştür. FDG, nonspesifik bir enfeksiyon görüntüleme ajanıdır. FDG için enfeksiyon/onkolojik görüntüleme dışında başka rutin kullanım alanları da mevcuttur. PET/CT ile metabolik görüntüleme yapılırken FDG dışında başka görüntüleme ajanları da kullanılabilir.

Enfeksiyonda Yeni Tanısal Yöntemler

Dilek Yağcı Çağlayık

Eğitim Hedefleri :

- Hangi hastalarda sendromik moleküler panel testleri ile tanı konulmasına ihtiyaç olduğu
- Sendromik moleküler panel testlerinin kullanımının antibiyotik yönetimine olan etkisi
- Sendromik moleküler panel testlerinin klinik ve ekonomik etkisi
- Sendromik moleküler panel testlerinin avantaj ve kısıtlılıkları konusunda bilgilerini güncelleme imkanı bulabileceklerdir.

Tanısal Yöntemler ; Fibroskan ve Kullanım Alanları

Yusuf Yılmaz

Eğitim Hedefleri :

- *FibroScan'ın en önemli iki kullanım alanı bilinen karaciğer hastalarında fibrozis derecesini belirlemek ve henüz tanı almamış kişilerde kronik karaciğer hastalığının varlığını araştırmaktır.*
- *Controlled Attenuation Parameter (CAP) özelliği sayesinde fibrozise ek olarak yağlanmayı kantitatif olarak belirleyebilir.*
- *Amerikan Karaciğer Araştırmaları Derneği, Amerikan Gastroenteroloji Derneği, Avrupa Karaciğer Araştırmaları Derneği Fibroscan'ın karaciğer fibrozisini belirlemede noninvazif tanı testi olarak kullanılmasını önermektedir.*

Septik Şokta Yenilikler

Erdem Yalçinkaya

Eğitim Hedefleri :

- *Sepsis ve septik şok tanımlarında değişiklikler ve tedaviye güncel yaklaşım.*

Malinite Hastalarında Yoğun Bakım Endikasyonu

Sait Karakurt

Eğitim Hedefleri :

- *Yoğun bakım yatış kararını etkileyen faktörler*
- *Yoğun bakım, palyatif bakım, hospice arasındaki farklar*
- *Kanser varlığı yoğun bakım endikasyonunu nasıl etkiler?*
- *Yoğun bakıma yatırılan kanser hastalarında prognozu etkileyen faktörler*

Gebelikte Sık Karşılaşılan Sorunlar; Karaciğer Hastalıkları

Yeşim Alahdab

Eğitim Hedefleri :

- *Gebeliğe özgü karaciğer hastalıkları dışında; gebelikteki fizyolojik değişiklikler sebebiyle alta yatan hastalığın kötüleşmesi (kolelithiazis gibi) veya hepatobiliyer hastalığa yatkınlık (Budd-Chiary sendromu gibi) sonucunda bir takım karaciğer hastalıkları görülebilir. Bazen de gebelikte ilişkisiz, gebelik öcesinde/gebelik döneminde tesadüfen ortaya çıkmış hastalıklar (viral hepatitler) görülebilir.*
- *Gebeliğe özgü karaciğer hastalıklarının ayırıcı tanısında gebelik haftası önemli bir ayıraçtır. İlk trimesterde transaminaz yüksekliği tespit edildiğinde Hiperemesis gravidarum düşünülmelidir. Gebelik intrahepatik kolestazi ise en sık 2. trimesterde görülür. Gebeliğin akut yağlı karaciğeri en ciddi klinik tablodur ve HELLP ile karışabilir.*

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Diyabet Tedavisinde Yeni Seçenekler

Hasan Aydın

Eğitim Hedefleri :

- Diyabet tedavisinde yeni oral antidiyabetik ilaçlar ve insülinleri tanıma
- Yeni ilaçların tedavi algoritmasında kullanım alanlarını tanımlama
- Yeni diyabet ilaçlarının avantaj ve dezavantajlarını belirleyebilme

Tip II Diyabet Önlenebilir mi?

Selda Çelik

Eğitim Hedefleri :

- Tip 2 diyabetin önemli bir sağlık sorunu olduğunun farkındalığını arttırmak
- Tip2 diyabet risk faktörlerinin kavranması sağlamak
- Tip 2 diyabeti önlemede fiziksel aktivitenin önemini kavratmak
- Tip 2 diyabeti önlemede sağlıklı beslenmenin önemini kavratmak

Diyabetli Birey Eğitimi

Zühal Ekşi

Eğitim Hedefleri :

- Diyabet hemşiresinin görevleri konusunda fikir sahibi olmak,
- Diyabetli birey eğitiminin öneminin farkında olmak,
- Diyabetli bireylerin takibinde güncel yaklaşımlar hakkında bilgi sahibi olmak.

KOAH'ta Dispne Yönetimi

Sait Karakurt

Eğitim Hedefleri :

- Nefes darlığının tanınması ve hastalarla empati kurulabilmesi
- Nefes darlığının oluşum mekanizmaları
- Nefes darlığı nedenleri
- Nefes darlığı hastasında ilaç dışı tedaviler
- Yaşam kalitesinin etkileyen faktörler ve nefes darlığının önemi

KOAH' ta Psikososyal Uyum Etkileyen Faktörler

Selma Çelik

Eğitim Hedefleri :

- KOAH'ta Psikososyal Uyumun yedi alt boyutunu analiz etmek
- KOAH'ta Psikososyal Uyum olumlu ve olumsuz etkileyen faktörlerin farkında olmak
- KOAH'ta Psikososyal Uyum etkileyen faktörlere yönelik hemşirelik girişimleri konusunda fikir sahibi olmak.

Farkındalık Temelli Stres Azaltıcı Meditasyon

Zehra Gök Metin

Eğitim Hedefleri :

- Katılımcıların zihin-beden tıbbi uygulamalarının felsefesi ve bu uygulamaların semptomların hafifletilmesinde etkilerini kavramaları
- Holistik bakım yaklaşımı çerçevesinde kronik stres yönetiminde olumlu etkiler gösteren zihin-beden uygulamalarına yönelik genel perspektif kazanmaları
- Zihin-beden tıbbi uygulamalarından biri olan meditasyonun tarihçesi, klinik kullanım alanları ve çeşitleri hakkında bilgi edinmeleri
- Meditasyon tiplerinden biri olan "Farkındalık Temelli Stres Azaltıcı Meditasyon"un tanımı, etkileri ve sağlık alanında kullanıldığı sorunlar hakkında geniş bilgi sağlamaları
- Grupla birlikte "Farkındalık Temelli Stres Azaltıcı Meditasyon" uygulamasına yönelik pratik yapmaları hedeflenmektedir.

Nefroloji' de Hasta Takibi /Olgu Sunumu

Ajda Karadaş Tokdemir

Eğitim Hedefleri :

- Klinikteki Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalar
- Vanko Lock Tedavisi
- Kronik Böbrek Yetmezliğinde Hemşirelik Bakım Planı

Akut Koroner Sendrom ve Hemşirelik Yaklaşımlar

Ebru Okur

Eğitim Hedefleri :

- Akut Koroner Sendromları tanımlayabilme ve hemşirelik yaklaşımlarını belirleyebilme

Kalp Yogası

Berna Akay

Eğitim Hedefleri :

- *Yogayı tanımlamak*
- *Kalp yogasını tanımlamak*
- *Kalp yogasının sağlığa etkilerini tanımlamak*
- *Kalp yogasıyla ilgili farkındalık sağlamak*



Tıp Fakültesi

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

7. İç Hastalıkları Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu

11-12 Ocak 2019

Marriot Hotel Asia, İstanbul



SÖZEL BİLDİRİLER

www.marmaraichastaliklari.org

OP-001

Böbrek Nakli Hastalarında Karotis İntima Media Kalınlığı İle Kardiyovasküler Olaylar Ve Greft Kaybı Arasındaki İlişki

Duygu Şahin¹, Arzu Velioğlu², İzzet Hakkı Arıkan², Ebru Aşçıoğlu², Serhan Tuğlular², İshak Çetin Özener²

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: SDBH'nin en iyi tedavisi böbrek naklidir. Nakil sonrasında KVH önemli mortalite/morbidite nedenidir. Aterosklerotik hastalığın başındaki en önemli değişiklik arterlerdeki intima-media kalınlığında artmadır. Bu koronerlerde ve periferik arterlerde gözlenmektedir. Karotislerdeki değişiklikler yaygın aterosklerozun göstergesi olabilir. KIMK'nın ultrasonografik ölçümü, nakil hastalarında koroner aterosklerozun göstergesi olarak kullanılabilir.

AMAÇ: Nakil yapılanların nakil sonrası KIMK ölçümleriyle KVH, risklerini ve buna bağlı mortalite/morbidite/greft kaybı arasındaki ilişkiyi araştırmak ve KIMK'nın, aterosklerozun göstergesi olarak kullanılabilirliğini değerlendirmektir.

YÖNTEM: 2010 ve öncesinde böbrek nakli yapılan ve 2010'da KIMK ölçülen 45 hasta dahiledildi. Hastaların demografik bilgileri, diyaliz öyküleri, laboratuvar verileri, immünsupresifleri, post-transplant diyaliz ihtiyaçları, FGF-23 düzeyleri, KIMK, plak varlıkları kaydedildi. Post-transplantasyon hastaların KVH ve greft kaybı öyküsü alındı. KIMK, ölçümleri, her hasta için aynı ultrasonografi cihazı ile aynı operatör tarafından yapıldı. Ortalama KIMK her iki karotis arterden üçer kez yapılan ölçümlerin ortalamasından hesaplandı. Tüm data SPSS analiz edilmiştir. KV hastalık, greft kaybı ve/veya ölüm gelişen hastaların verileri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların % 55.6'sı kadın, % 44.4'ü ise erkekti. 3 hastanın bilinen DM, 41 hastanın bilinen HT, 28 hastanın ise bilinen HL öyküsü mevcuttu. Nakil öncesi diyaliz süresi ortalama 32.73 ± 33.7 ay idi. Hastaların ölçüm sırasındaki yaş ortalaması 41.96 ± 11.33 yıl ve ölçüm sonrası takip süresi 81.33 ± 30.46 ay idi. Tüm hastaların KIMK ort. 0.59 ± 0.11 cm, FGF-23 ortalaması 11.3 ± 7.04 pg/ml idi. Ölçüm sonrasında 3 hastada KVO, 7 hastada greft kaybı ve 1 hastada ölüm gelişti. KIMK ölçümü sonrasında KVO, greft kaybı ve/veya ölüm gelişen toplam 9 hastanın hiçbirinde, regresyon analizlerinde, yaş, KIMK ort., FGF-23 düzeyi, diyaliz süresi, DM, HT ve HL varlığı, plak varlığı, biyokimyasal parametreler ve lipid profili ve tedavi ajanları açısından anlamlı bir fark elde edilmedi.

SONUÇ: Literatürde KIMK'nın sistemik ve koroner aterosklerozun göstergesi olarak böbrek nakli yapılanlarda gelişebilecek olan KVO'ları predikte edilmesinde kullanılabileceğini destekleyen çalışmalar mevcuttur ancak bizim çalışmamızda bu ilişkiyi destekleyen veriler elde edilmedi. Literatürde KIMK ile greft kaybı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma bulunmamıştır ve bizim çalışmamız da KIMK ile greft kaybı arasında bir ilişki olmadığını gözlemlenmiştir. Daha önceki çalışmalardan farklı olarak KIMK ile aterosklerotik süreçler arasında ilişki bulunmaması örneklemin küçük olmasıyla açıklanabilir ancak bu konuyla ilgili daha fazla prospektif çalışma yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, FGF-23, Greft kaybı, Kardiyovasküler hastalık, KIMK

OP-002

Tip 2 Diyabetli Hastalarda Karaciğer Sertliğinin ve Yağlanması'nın Fibroscan ile Saptanması

Meryem Demir¹, Oğuzhan Deyneli², Yusuf Yılmaz³

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD., İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD., Endokrinoloji ve Metabolizma BD., İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD., Gastroenteroloji BD., İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı (NAFLD) dünyada en sık görülen kronik karaciğer hastalığıdır. NAFLD, özellikle Tip 2 diabetes mellitus (T2DM), obezite ve metabolik sendrom tanısı olan hastalarda oldukça yaygındır. Transient elastografi (TE), karaciğerde yağ miktarı ve fibrozisi kantitatif olarak ölçen non-invaziv faydalı bir tekniktir. Biz bu çalışmada, diyabetik hastalarda karaciğer yağlanması'nın ve fibrozisinin saptanmasında TE'nin bir tarama aracı olarak kullanımının potansiyel faydasını araştırmayı hedefledik.

GEREÇ-YÖNTEM: T2DM tanılı 124 hastanın (46 erkek, 78 kadın; ortalama vücut kitle indeksi [VKİ]:33,2±6,6 kg/m²) transient elastografi ile 'Liver Stiffness Measurement' (fibrozisin bir ölçüsü olarak-LSM) ve 'Controlled Attenuation Parameter' (steatoz belirteci olarak-CAP) ölçümleri alındı. Çalışmamızda fazla kilolu, obez ve metabolik sendromu hasta oranları sırasıyla %28,2, %64,5 ve %77,4 idi. Prob spesifik LSM eşik değerleri ileri fibrozisi [≥F3] ve sirozu [F4] belirlemek için kullanıldı (M probu: F3 = 9,6–11,4 kPa, F4 ≥11,5 kPa; XL probu: F3 = 9,3–10,9 kPa, F4≥11,0 kPa). Hafif, orta ve şiddetli steatoz sırasıyla CAP 222-232 dB / m, CAP 233–289 dB / m ve CAP ≥290 dB / m değerleri ile tanımlandı.

SONUÇLAR: T2DM tanılı hastalarda ileri evre fibrozis 21 hastada (%16,9), siroz 10 (%8,0) hastada tespit edildi. TE ile tanımlanan hepatik steatoz varlığı (CAP> 222 dB / m) 117 (%94,3) hastada saptandı. Hafif, orta ve şiddetli steatoz sırasıyla 0, 29 ve 88 hastada tespit edildi.

YORUM: Transient elastografi, tip 2 diabetes mellitus tanısı olan Türk hastalarında karaciğer tutulumunu taramak için yararlı, invaziv olmayan bir görüntüleme yöntemidir. Örneklemimizde TE ile saptanan yüksek fibrozis ve steatoz oranları hastaların eşlik eden yüksek ortalama vücut kitle indeksi ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 Diyabetes Mellitus, yağlı karaciğer, NAFLD, Fibroscan

OP-003

Periton Diyalizi Hastalarında Periton Sıvısında Kalprotektin Düzeyi ile Peritonit Sıklığının ve Periton Yeterliliğinin İlişkisi

Gizem Sevik¹, Arzu Velioğlu², Ebru Aşıcıoğlu², İzzet Hakkı Arıkan², Serhan Tuğlular², İshak Çetin Özener²

¹Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Son dönem böbrek yetmezliğinin tedavi yöntemlerinden biri olan periton diyalizinde (PD) peritonit atakları ve diyaliz yetersizliği morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır. Bu çalışmada PD hastalarında inflamatuvar bir belirteç olan kalprotektin molekülünün periton sıvısındaki düzeyinin, diyaliz yeterliliğini ve PD ilişkili enfeksiyonları predikte etmekte kullanılabiliirliğinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

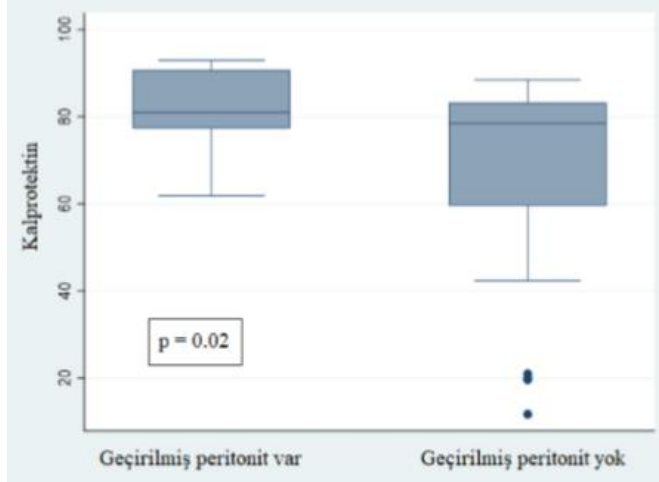
YÖNTEM: Çalışmaya Ocak-Mart 2018 arasında Marmara Üniversitesi Hastanesi Nefroloji Kliniği'nde takipli ve rutin peritoneal eşitleme testi (PET) yapılması planlanmış 44 PD hastası dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, SDBY nedeni, PD süresi, peritonit geçirme öyküleri, biyokimyasal tetkik ve PET sonuçları kaydedildi. Hastaların PET'ten bir gün önce topladıkları 24 saatlik PD drenaj sıvılarından 3 ml'lik örnek alınarak -80°C'de saklandı ve kalprotektin düzeyleri ölçüldü. Hastalar 6 ay boyunca takip edildi ve takiplerinde geçirdikleri peritonit epizodları ve takip sonundaki klinik durumları kaydedildi. Hastaların kalprotektin düzeyleri ile klinik ve laboratuvar verileri, peritonit geçirme sıklıkları ve PET sonuçlarına göre diyaliz yeterlilikleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 44 hastanın (kadın,%59,1; erkek,%40,9) yaş ortalaması 54,9±12,7 yıl, ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 26,9±5,1 kg/m² olarak saptandı. Hastaların ortalama PD süreleri 65,2±56,9 ay idi. Hastaların 17'sinde (%38,6) daha önce peritonit geçirme öyküsü varken 27'sinde (%61,3) yoktu. Takip süresince 15 hastada (%34,1) peritonit gelişti. Hastaların kalprotektin konsantrasyonu ortancası 79,5 (75,2-86,3) ng/ml saptandı, bu düzeye göre hastalar düşük ve yüksek kalprotektin gruplarına ayrıldı. Kalprotektin düzeyi ile hastaların takipte peritonit geçirmeleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı(p=0.29).(Tablo1) Ancak önceden peritonit geçirme öyküsü olan hastalarda kalprotektin düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulundu(p=0.02).(Şekil1) Yüksek kalprotektin grubunda VKİ anlamlı olarak daha yüksek bulundu(p=0.04). Sedimentasyonu yüksek olan hastalarda kalprotektin düzeyi daha yüksek saptandı(p=0.01). PET parametreleriyle kalprotektin düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

SONUÇ: Çalışmamızda, VKİ, geçirilmiş peritonit öyküsü ve sedimentasyon düzeyi ile kalprotektin düzeyi arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır. Çalışmamız bildiğimiz kadarıyla literatürde PD hastalarında peritoneal kalprotektin düzeyini araştıran ilk çalışmadır. PD hastalarında inflamasyon göstergesi olarak kalprotektinin kullanılabiliirliğine yönelik yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Diyaliz yeterliliği, kalprotektin, periton diyalizi, peritonit

Şekil 1. Önceden geçirilmiş peritonit ile kalprotektin konsantrasyonunu



Tablo 1. Kalprotektin düzeyi grupları ile parametrelerin karşılaştırılması

	Düşük Kalprotektin ($<70,5$ ng/ml)	Yüksek Kalprotektin ($\geq 70,5$ ng/ml)	p değeri
Yaş, yıl (ortalama [%25-75])	53,5 (42-66)	55 (49-64)	0,58
Çinçiyet (K/E, %)	42,3 / 61,1	57,6 / 38,8	0,3
VKI (kg/m ² , ortalama)	24,8 (22-28,3)	28 (23,5-32,4)	0,04
Ek hastalık (%)			
Var	90,9	90,9	0,69
Yok	9,1	9,1	
PD süresi, ay (ortalama [%25-75])	53,5 (21-71)	55 (25-106)	0,76
PD tipi, %			
APD	40	60	0,47
SAPD	52,9	47,06	
PD öncesi de HD, %			
Var	50	50	0,61
Yok	50	50	
İdrar çıkışı, %			
Var	56,5	43,4	0,36
Yok	42,8	57,1	
Glukoz maruziyeti, %			
Düşük	52,3	47,6	0,76
Yüksek	47,8	52,1	
Önceden geçirilmiş peritonit, %			
Var	35,3	64,7	0,12
Yok	59,2	40,7	
Takip peritonit, %			
Var	53,3	46,6	0,75
Yok	48,2	51,7	
Son durum, n (%)			
Ekstü	2 (66,6)	1 (33,3)	0,5
Hemodiyaliz	0 (0)	1 (100)	
Kateter çekilmesi	1 (100)	0 (0)	
PD devam	19 (48,7)	20 (51,2)	

Değerler, yüzde veya ortalama (%25-%75 aralık) olarak verilmiştir.

OP-004

Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastalarda Kardiyovasküler Risk Analizi

Shahin Mehdiyev¹, Arzu Velioğlu², Zübeyde Serhan Tuğlular², İzzet Hakkı Arıkan², Ebru Aşıcıoğlu², Altuğ Çinçin³, İshak Çetin Özener²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi İç hastalıkları ABD

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi İç hastalıkları ABD, Nefroloji Bilim Dalı

³Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji ABD

Amaç: Çalışmamız ile böbrek nakli adaylarının kardiyovasküler değerlendirmelerini ortaya koymayı, daha önce önerilmiş kılavuzlarla karşılaştırmayı ve yapılan değerlendirmelerin kardiyovasküler morbidite ve mortalite üzerine etkisini öğrenmeyi amaçladık.

Metod: Ocak 2011-Aralık 2017 tarihleri arasında Organ Nakli hazırlık polikliniğine başvuran 18 yaşından büyük son dönem böbrek yetmezliği hastaları incelendi. Hastaların demografik ve klinik bilgileri yanısıra ilk kardiyak değerlendirmeleri kaydedildi. Takip boyunca gelişen KVO (Akut koroner sendrom, perkütan koroner girişim, koroner arter by-pass, konjestif kalp yetmezliği, serebrovasküler olay, ani ölüm) ve ölümler retrospektif olarak incelendi. Kılavuzlar (American Society of Transplantation (AST), Lisbon) eşliğinde hastalar yüksek ve düşük riskli olarak klasifiye edildiler ve kardiyovasküler olaylar, sağkalım açısından analiz edildiler.

Bulgular: Çalışmaya böbrek nakli listesine kaydedilen 266 hasta (ort. yaş 45.4 ± 13 yıl, K/E: 126/140) dahil edildi. 639 günlük takip süresinde 49 (%18.4) hasta KVO geçirmiş, 42 (%15.8) hasta ölmüştü. KVO geçiren ve geçirmeyen hastalar karşılaştırıldığında 45 yaşın üzeri olmak ve 1 yıldan fazla diyaliz almak KVO için bağımsız risk faktörü olarak bulundu. Toplam 60 hasta non-invaziv testler ile değerlendirilmişti ancak negatif bulunan 48 hastanın 12'sinde KVO gelişmişti. Koroner anjiyografi sadece 10 hastada yapılmıştı. Bu hastalardan sadece 1

hastada KVO, 1 hastada ölüm gözlenmişti. Kardiyak değerlendirme yöntemlerinin (AST, Lisbon) birbiriyle karşılaştırdığımızda AST kılavuzunun (AUC =0.647, p=0.005) KVO ve ölümü öngörmeye sensitivite ve spesifitesi daha yüksek olarak bulundu(resim1).

Sonuç: Böbrek nakli adaylarında kardiyovasküler değerlendirmede non-invaziv testler KVO'ı öngörmeye yetersiz kalmaktadır. İleri kardiyak testlerin gerekliliği için hastaların kardiyovasküler risk değerlendirmesinin AST kılavuzuna göre yapılmasının sağkalıma ek fayda sağlayacağını söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Böbrek Nakli, Kardiyovasküler Risk Değerlendirilmesi, KBY

OP-005

Akut Myokard İnfarktüsü Normotansif ve Hipertansif Hastaların Serum Parathormon Düzeylerinin Karşılaştırılması

Seydahmet Akın

SBÜ Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Majör bir kardiyovasküler risk faktörü olan hipertansiyon(HT) en sık rastlanan, tedavi edilebilen sistemik kronik bir hastalıktır. Önemli bir mortalite nedenidir. Olguların %90'ını oluşturan esansiyel HT'da etyoloji henüz saptanamamıştır. Total periferik rezistans(TPR) artışının önemli bir faktör olduğunun anlaşılması, klinik olarak HT yerleşmemiş olduğu dönemde bile damar düz kas hücrelerinde kalsiyum düzeylerinin artmış olduğunun gösterilmesi kalsiyum ve parathormonun(PTH) etyopatogeneze rolü olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda miyokard infarktüsü(Mİ) ile yatırılan normotansif ve hipertansif hastaların serum PTH düzeylerini karşılaştırmayı planladık.

Materyel metod: Çalışmaya Temmuz- Eylül 1991 tarihleri arasında Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Koroner Bakım Ünitesi'ne akut Mİ tanısı ile yatırılan esansiyel HT öyküsü olan 10 ve normotansif 10, toplam 20 hasta alındı. Hastalara ilk müdahale sonrası 10 cc venöz kan alındı. Çalışma protokolü gereğinde kalsiyum magnezyum ve fosfat düzeyleri istendi. Hastanede yatışlarının 7. günü aynı tetkikler tekrarlandı. Her iki grubun birinci ve yedinci gün PTH ve elektrolit düzeylerinin istatistiksel karşılaştırılması için t testi kullanıldı.

Bulgular: Yaşları 34-71 (51.76 ± 10.40) arasında değişen 12'si erkek 8'i kadın 20 hasta çalışmaya alındı. Birinci güne ait PTH düzeyleri karşılaştırıldığında, hipertansif grup değerlerinin normotansif gruptan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptandı. Birinci güne ait ortalama serum PTH konsantrasyonu normalden yüksek bulundu. (0.67 ± 0.23 ng/ml vs 0.19 ± 0.03) ($p < 0.05$). Yedinci güne ait ortalama serum PTH düzeyleri karşılaştırıldığında hipertansif grup ortalamasının istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu saptandı (0.24 ± 0.07 ng/ml vs 0.15 ± 0.04 ng/ml), ($p < 0.05$) (tablo1). Diğer laboratuvar bulgularında her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı.

Tartışma: Çalışma sonuçlarımız literatüre uygun olarak HT ile elektrolit düzeyleri arasında ilişki olmadığını gösterdi. Hipertansif grubun PTH düzeylerinin normotansif gruptan daha yüksek bulunması PTH'un HT etyopatogenezinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Olgu sayımızın düşük olması ve Mİ'nün sempatik adrenerejik sistem üzerine olan etkilerinin başka mekanizmalar üzerinden kalsiyum metabolizmasını etkilemiş olabileceği olasılığı çalışmanın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır. PTH, kalsiyum, TPR ilişkisi halen net olarak anlaşılamamıştır. Farklı hasta gruplarında yapılacak daha geniş olgu sayılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: hipertansiyon, parathormon, kalsiyum, myokard infarktüsü

tablo 1

(ng/ml)	1. gün	7. gün	
normotansif grup PTH düzeyi	0.19 ± 0.03	0.15 ± 0.04	$p > 0.05$
hipertansif grup PTH düzeyi	0.67 ± 0.23	0.24 ± 0.07	$p < 0.05$
	$p < 0.05$	$p < 0.05$	

Normotansif ve hipertansif grubun 1. ve 7. gün PTH düzeyleri

OP-006

Obezite Tedavisinde Orlistatin Klinik Etkinliği

Hande Peynirci

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü

GİRİŞ: Tüm dünyada sıklığı gittikçe artan obezite, epidemi boyutuna ulaşmış bir hastalıktır ve diyabetes mellitus, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere çeşitli komorbiditeler ile ilişkilidir. Obezitede kullanılan bazı ilaçlar yan etkiler ve obezite ilişkili morbidite ve mortalite üzerindeki uzun dönem verilerin yokluğu nedeniyle piyasadan çekilmiştir. Ülkemizde sınırlı sayıdaki obezite ilaçlarından biri olan orlistat, sistematik olmayan, potent bir gastrik ve pankreatik lipaz inhibitörüdür. Çalışmamızda bu tedavinin kilo verdirici etkisini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamıza Kasım 2017- Ekim 2018 tarihleri arasında orlistat tedavisi başlanan ve en az 3 ay süre ile takip edilen 40 hasta alındı. 18 yaş üstü, beden kütle indeksi (BKİ) ≥ 40 kg/ m² olan hastalar çalışmaya dahil edilirken, diabetes mellitus tanısı olanlar, gebeler, emzirenler, kronik malabsorbsiyon sendromu, kolestaz gibi gastrointestinal sisteme ait hastalığı olanlar, kilo üzerinde etkisi olan ilaç kullanan ve 3 ay sonraki takiplerine gelmeyen hastalar çalışmadan çıkarıldı.

BULGULAR: Orlistat tedavisi başlanan toplam 147 hastanın dosya verileri retrospektif olarak incelendi. Kriterlere uymayan 107 hasta çalışmaya alınmadı. Toplam 40 hastanın 34'ü (%85) kadın, 6'sı (%15) erkekti ve yaşlarının ortalama değeri 42.75 ± 10.60 (23-69) yıl idi. Hastaların 12'sinde hipotiroidi, 6'sında hipertansiyon mevcuttu. Boylarının ortalama değeri 161.10 ± 8.98 (149-192) cm bulundu. Tedaviye başlamadan önceki ortalama kilo 120.90 ± 16.85 (97-179) kg ve BKİ: 46.39 ± 4.62 (40.00-59.20) kg/m² saptandı. 3 aylık tedaviden sonra ortalama kilo değerinin 112.68 ± 16.22 (90-168) kg'a ve BKİ'nin 43.31 ± 4.56 (35.30-56.80) kg/m²'ye gerilediği izlendi. Cinsiyetler arasında grup analizi yapıldığında hem erkeklerde hem de kadınlarda, kilo ve BKİ'nde anlamlı azalma saptandı.

Kısıtlılıklar: Bu araştırmada bazı kısıtlamalar göz önünde bulundurulmalıdır. Birincisi, çalışmanın retrospektif nitelikte olmasıdır. Nispeten küçük örneklem büyüklüğü, kapsamlı sonuçlar çıkarma olasılığını azaltmaktadır. Son olarak, obezite ile ilişkili morbidite ve mortalite üzerindeki etkileri konusunda uzun dönemli verileri kapsamamaktadır.

Tartışma ve SONUÇ: Üç aylık orlistat tedavisi sonrası hem kilo ($p < 0.001$) hem de BKİ'nde ($p < 0.001$) anlamlı azalma izlendi. Sonuç olarak, orlistat uygun diyetle kombine edildiğinde obezite tedavisinde önemli faydalar sağlayabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: obezite tedavisi, orlistat, kilo kaybı

OP-007

Magnetik Rezonans Görüntülemede Saptanan Anormal Kemik İliği Sinyal Değişikliklerinin Tanısal Değeri

Yasin Yıldız¹, Uzm. Dr. Fatma Geçgel², Prof. Dr. Işık Kaygusuz Atagündüz², Doç Dr. Tayfur Toptaş², Prof. Dr. Tülin Tuğlular²

¹Marmara Üniversitesi, Dahiliye Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Klinik pratikte magnetik rezonans(MR) görüntüleme'nin gittikçe artan sıklıkta kullanılmasıyla beraber rastlantısal'kemik iliğinde anormal sinyal değişiklikleri ve heterojenite' bulguları saptanmaya başlamıştır.Bu hastalarda çoğunlukla göze çarpan hematolojik ya da onkolojik bir problem bulunmamaktadır.Ek olarak bu bulgunun klinik önemi henüz tam olarak anlaşılamamıştır.Çalışmamızın amacı MR görüntülemede tesadüfen saptanan sözü edilen bulguların hematolojik hastalıklar açısından tanısal önemini değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD: Eylül 2016-Nisan 2018 arasında MR'la'kemik iliğinde anormal sinyal değişiklikleri ve heterojenite' saptanarak polikliniğimize yönlendirilen ve bir hematolojik/onkolojik tanısı bulunmayan 39hasta çalışmaya dahil edilmiştir.Tüm hastaların hemogram,periferik yayma,serum protein elektroforezi,serum-idrar immunfiksasyon elektroforezi,serum serbest hafif zincir düzeyleri ve kemik iliği biyopsisini içeren hematolojik tetkikleri yapılmıştır.

SONUÇLAR: Hastaların 11'i(%26.3)erkek,28'i(%66.7)kadındı.Ortalama yaşları 47 ± 11.8 (22-64 yıl arası)yıl idi.En sık görüntülenen MR lokalizasyonu vertebra olup(n:16,%38.1),diğerleri sırasıyla sakroiliak(n: 7,%16.7),kraniyal (n:5,%12),diz(n: 4,%9.5),kalça (n:3,%7.1) ile birer hastada ayak bileği, pelvis ve omuz olup MR çekim tarihinden itibaren ortalama takip süresi 10.3 ± 4.6 aydı.Hastaların %7.6'sında (n:3) hematolojik bir patoloji saptandı.Daha önce vertebra MR çekilmiş,yaşları 54 ve 60 olan iki erkek hastaya IgG kappa ve kappa hafif zincir MM tanısı konuldu. Ayak bileğinde ağrı nedeni ile çekilen ayak bileği MR'ında kemikiliğinde sinyal değişiklikleri izlenen 23 yaşındaki kadın hastada akut lenfoblastik lösemi tespit edildi.Bu hastanın tetkiklerinde anormal olarak Hgb:10.8gr/dl, MCV:89.4fL, LDH:878IU/L olup;PY'da blastik hücreler gözlenmişti.

TARTIŞMA: Tanı konulmuş hematolojik/onkolojik hastalığı olmayıp;başka nedenle çekilen MR görüntülemesinde kemik iliğinde anormal sinyal değişikliği izlenen hastalarımızın yaklaşık %8'inde hematolojik malignite tespit edilmiştir.Literatürde 2005-2010 arasında 110 hastanın dahil edildiği retrospektif bir çalışmada ortalama 41 ay takip süresinde;tetkik anında hastaların %6'sının Multipl Myelom,Hodgkin-dışı lenfoma,metastatik KHD akciğer kanseri ve metastatik adenokarsinom tanısı aldığı bildirilmiştir.1 Hastaların izlemlerinde oranın %24'e kadar arttığı bildirilmiştir.Klinisyenler ve radyologlar arasında tanısal değeri henüz netleşmeyen bu bulguya sahip hastalarda,sık olmasa da altta yatan ciddi bir hematolojik hastalık mevcut olabilir.Bu nedenle, rastlantısal olarak saptanmış olsa da bu bulgunun göz ardı edilmemesi,hastaların ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi uygun olacaktır.Özellikle kemik iliği tutulumu yapan hematolojik maligniteler ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: kemik iliği,sinyal değişikliği,heterojenite,mr

Femur başı kemik iliği ödemi



OP-008

Cushing Sendromlu Vakalarda Kemik Mineral Yoğunluğunun Lokalizasyona Göre Değerlendirilmesi

Aysun Şeker, Dilek Gogas Yavuz

Marmara Üniversitesi, İç Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Cushing sendromu kemik metabolizması üzerine katabolik etki göstererek osteoporoz ve kırık riskini arttırmaktadır. Hiperkortizolemi ile tetiklenen osteoblast mastürbasyonunun inhibisyonu, apoptozisin artması, renal kalsiyum atılımını artması ve intestinal kalsiyum emiliminin azalması nedeniyle kemik kitlesinde azalamaya yol açmaktadır. Bu çalışmada Cushing sendromu vakalarının kemik mineral yoğunluğu ölçümlerini değerlendirdik

YÖNTEM: Araştırmamız retrospektif veri toplama yöntemine dayanmaktadır. Bu çalışmaya son 10 yıl içinde hastanemiz endokrinoloji polikliniğine başvuran Cushing sendromlu hastaları dahil ettik. Takip edilen toplam 176 hastayı yaş, cinsiyet, Ca, P, Parathormon, 25 OH vitamin D, bazal kortizol üzerinden değerlendirdik. Bununla aynı zamanda bu 111 hastanın kemik mineral dansitometresi de incelenerek femur total t ve z skorları, L1-L4 t skorları, femur ve L1-L4 BMD değerlerini kaydettik. Elde edilen verilerden yaş ve cinsiyete göre 50 yaş ve altı erkek ve premenopozal kadınlarda T skoru üzerinden geri kalan grupta Z skoru üzerinden hastaların kemik yoğunluk durumları değerlendirildi. Buna göre hastalar düşük / normal kemik yoğunluklu, osteopeni ve osteoporoz olarak gruplandırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil ettiğimiz 176 hastanın 134'ü hipofiz, 41'i adrenal 1 tanesi ise ektopik yerleşimliydi. Ektopik yerleşimi olan hasta analizlere dahil edilmedi. Hastalar ortalama $5,64 (\pm 0,31)$ yıldır takip edilmekteydi. Yapılan analizlerde Hipofiz yerleşimli Cushing hastalarının daha erken tanı aldıkları gözlemlendi. Kemik yoğunluğu değerlendirildiğinde ise özellikle osteopeni sıklığında lokalizasyon göre anlamlı bir fark tespit edildi. Çalışmaya katılan hastaların verileri aşağıdaki tabloda mevcuttur:

Anahtar Kelimeler: Cushing, Kemik Mineral Yoğunluğu, Osteoporoz, Osteopeni

Lokalizasyona Göre Hasta Verileri

Tablo 1 - Lokalizasyona Göre Hasta Verileri

	Total (n:175)	Adrenal (n: 41)	Hipofiz (n: 134)	P
Yaş	50,66 (± ,93)	54,80 (± 2,04)	49,41 (± 1,03)	,014*
Hastalık Tanı Yaşı	44,96 (± ,99)	49,29 (± 2,09)	43,63 (± 1,10)	,015*
Cinsiyet				
Kadın	%86,9 (n=153)	%22,2 (n=34)	%77,8 (n=119)	,266
Erkek	%13,1 (n=23)	%30,4 (n=7)	%69,6 (n=16)	
Hastalık süresi (yıl)	5,64 (± 0,31)	5,51 (± 0,60)	5,68 (± 0,36)	,811
Femur Boyun BMD	0,852 (± 0,016)	0,851 (± 0,350)	0,853 (± 0,279)	,972
Femur Boyun T Skor	-0,836 (± 0,126)	-0,888 (± 0,279)	-0,818 (± 0,141)	,810
Femur Boyun Z skor	-0,352 (± 0,110)	-0,388 (± 0,249)	-0,339 (± 0,121)	,844
L1-4 BMD	1,076 (± 0,037)	0,988 (± 0,088)	1,107 (± 0,039)	,154
L1-4 T Skor	-0,604 (± 0,150)	-0,668 (± 0,375)	-0,581 (± 0,155)	,801
L1-4 Z Skor	-0,376 (± 0,186)	-0,558 (± 0,450)	-0,326 (± 0,205)	,610
Ca	9,40 (± 0,05)	9,51 (± 0,88)	9,37 (± 0,06)	,189
P	3,50 (± 0,05)	3,62 (± 0,09)	3,47 (± 0,05)	,151
PTH	57,87 (± 3,66)	51,15 (± 4,08)	59,73 (± 4,53)	,162
D Vitamini	18,67 (± 0,97)	17,94 (± 1,64)	18,89 (± 1,16)	,639
Kemik Yoğunluğuna Göre Hastalar				
Düşük Mineral Yoğunluğu	%4,7 (n=5)	%11,1 (n=2)	%3,4 (n=3)	,160
Osteopeni	%28,6 (n=20)	%39,1 (n=9)	%23,4 (n=11)	<,000*
Osteoporoz	%8,6 (n=6)	%8,7 (n=2)	%8,5 (n=4)	,979

* İstatiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir.

OP-009

Sjogren Sendromu'nda Periferik Nöropati

Pinar Erel¹, Nurhan Sutcliffe², Claudia Gut²

¹Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları ABD

²Barts Health NHS Trust

GİRİŞ: Sjogren Sendromu'nda(SS) nörolojik tutulumun %5 ile %20 arasında değişen oranlarda görüldüğü bilinse de, periferik nöropati sıklığına dair net bir veri bulunmamaktadır. Bazı vakalar SS tanısı konulmadan önce periferik nöropati klinik tablosu ile prezente olabildiklerinden, nöropati ayırıcı tanısında SS'ünü akılda tutmak gerekmektedir.

YÖNTEM: Biz bu çalışmada 314 SS tanılı hastadan oluşan kohortta daha önce cilt biyopsisi ve/veya nörofizyolojik çalışma yapılmış hastaların demografik özelliklerini ve antikor (antiRo, anti La) pozitifliklerini incelemek ve hasta popülasyonumuzdaki nöropati çeşitleri ve sıklığını belirlemek istedik. 314 hastadan cilt biyopsisi ve/veya nörofizyolojik çalışma yapılmış olan 76 hastanın yaş, cinsiyet, antikor pozitifliği ve test sonuçlarını inceledik.

BULGULAR: Hasta popülasyonumuzda periferik nöropati sıklığını %12 olarak bulduk. (n=41) Nöropati tipleri açısından incelediğimizde en sık tip ince lif tip(n=32) olarak saptanırken, bu tipi takiben kalın lif nöropatilerden olan aksonal duyusal(n=11) ve aksonal duyusal-motor (n=4) tiplerinin geldiğini gördük.

SS'de antikor pozitifliği %30-%40 arasında değişmektedir. Nöropati tanılı hastalarda antikor pozitifliği ile nöropati gelişimi arasındaki ilişkiyi incelediğimizde, kalın lif nöropatili hastalar daha çok antikor pozitif olma eğilimindeyken, ince lif tipinde nöropatisi olan hastalarda anlamlı bir sayıda hastanın antikor negatif olduğunu gördük.

SONUÇ: Periferik nöropati SS'de sık görülen bir komplikasyon olup, bazen SS tanısından önce ilk klinik prezentasyon olarak saptanabilir. Bu durumda antikor negatifliğine dayanarak SS tanısını dışlamak doğru değildir. Ayrıca SS tanılı hastaların takibinde nöropatik semptomlar açısından sorgulama muhakkak yapılmalı ve gerekirse ileri inceleme planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Cilt biyopsisi, Nörofizyoloji, Periferik nöropati, Sjogren Sendromu



Tıp Fakültesi

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

7. İç Hastalıkları Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu

11-12 Ocak 2019

Marriot Hotel Asia, İstanbul



POSTER BİLDİRİLER

www.marmaraichastaliklari.org

Metabolik Alkaloz İle Tanı Alan Renal Arter Stenozu Vakası

Harun Çoban, Rabia Gökçen Umurca, Abidin Gündoğdu

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Günlük pratiğimizde sık kullandığımız kan gazı tetkiki sonucundan şüphelenerek tanı koyduğumuz bu vaka, meslektaşlarımıza kan gazı tetkikinin önemini hatırlatmak amacı ile hazırlanmıştır.

73 yaş kadın, bilinen hipertansiyonu olan ve nifedipin kullanan, kronik böbrek yetmezliği (Tahmini glomeruler filtrasyon hızı: 29 mL/min/1,73m²) nedeni ile Nefroloji tarafından takipli olan, sodyum hidrojen karbonat ve kalsiyum asetat kullanan hasta; yaklaşık on beş gündür var olan bulantı kusma nedeni ile acil servise başvurdu. Geliş vitallerinde; Ateş: 36,2°C, kan basıncı: 146/74 mmHg, kalp tepe atımı: 86/dk, solunum sayısı: 14/dk olarak tespit edildi. Muayenesinde patolojik özellik saptanmadı.

Gelişinde kronik böbrek yetmezliği zeminde akut böbrek yetmezliği tablosunda olmasına rağmen metabolik alkalozu olan ve sodyum hidrojen karbonat tedavisi kesilen olgunun renal fonksiyonları iyileştikçe metabolik alkalozu derinleşti. Dirençli hipopotasemisi olan olguda intravenöz potasyum replasmanı sağlandı. Metabolik alkaloz ayırıcı tanısı hipertansif ve hipotansif olarak iki grupta ele alındığında olgumuz hipertansif grupta değerlendirildi ve ayırıcı tanıda Cushing sendromu, Renal arter stenozu, Liddle sendromu, Conn Sendromu, Adrenal hiperplazi ön tanıları düşünüldü.

ACTH: 32,9 pg/mL (0-46), Kortizol: 21,73 pg/dL(5-28), Renin: 23,5 pg/mL (0,8-16,5), Aldosteron: 72,5 pg/mL(13,3-231,4) olarak tespit edildi. Aterosklerotik vasküler hastalık zemini olan olguda renal arter stenozu şüphesi ile çekilen Doppler USG'de sol renal arter proksimal kesimde pik sistolik hız 260 cm/sn olarak ölçülmesi üzerine Renal MR anjiyografi çekildi; sol renal arter ostiumunda ileri derecede darlık, sağ renal arter proksimal kesiminde orta-ileri derecede darlık tespit edilen olguya bilateral renal arterlere stent uygulanması planlanarak taburcu edildi.

Dirençli metabolik alkalozu ve dirençli hipopotasemisi olan özellikle aterosklerotik vasküler hastalık zemini bulunan olgularda renal arter stenozunun akla getirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: alkaloz, arter, metabolik, renal, stenoz

Hastamızın Geliş Laboratuvar Değerleri

Parametreler	Sonuçlar	Birimler	Normal Aralık
pH	7,61		7,35 – 7,45
pCO ₂	33	mmHg	32 – 45
pO ₂	99	mmHg	83 – 108
sO ₂	99	%	95 – 99
HCO ₃ ⁻	33,2	mmol/L	21,0 – 28,0
Na ⁺	136	mmol/L	136 – 146
K ⁺	1,8	mmol/L	3,4 – 4,5
Cl ⁻	93	mmol/L	98 – 106
Anyon Gap	11,6	mmol/L	<12
Laktat	1,2	mmol/L	0,5 – 1,6
Hemoglobin	13,8	g/dL	12,0 – 17,0
Hematokrit	40,7	%	36,0 – 50,0
Lökosit	10,2	x10 ³ /μL	4,0 – 10,0
Nötrofil	8,2	x10 ³ /μL	1,4 – 6,2
Lenfosit	1,3	x10 ³ /μL	1,2 – 3,1
Trombosit	318	x10 ³ /μL	150 – 440
NT-proBNP	2539	pg/mL	0 – 125
Prokalsitonin	0,35	ng/mL	0 – 0,5
CRP	76,9	mg/L	0 – 5

Parametreler	Sonuçlar	Birimler	Normal Aralık
BUN	27	mg/dL	6 – 23
Kreatinin	1,8	mg/dL	0 – 1,2
Sodyum	139	mmol/L	136 – 146
Potasyum	2,1	mmol/L	3,5 – 5,3
Klor	87	mmol/L	98 – 108
Ürik Asit	9,73	mg/dL	3,4 – 7
Total protein	6,5	g/dl	6,4 - 8,3
Albumin	3,4	g/dl	3,5 – 5,4
Total bilirubin	1,18	mg/dL	0 – 2
Direkt bilirubin	0,32	mg/dL	0 – 0,3
ALT	25	U/L	10 – 40
AST	27	U/L	10 – 37
LDH	220	U/L	0 – 248
ALP	40	U/L	30 – 120
GGT	35	U/L	7 – 49
Kalsiyum	7,9	mg/dL	8,8 – 10,6
Fosfor	2,5	mg/dL	2,8 – 4,0
Magnezyum	1,1	mg/dL	1,8 – 2,6

PP-002

Paraneoplastik Artrit ve Döküntü ile Prezente Olan Bir Meme Karsinomu Vakası

Beyza Ören Bilgin, Merve Özdemir, Abidin Gündoğdu

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

Kanserli olgulardaki klinik sorunların büyük çoğunluğu primer tümörün yerleşimi, metastazı ve infeksiyonlar nedeniyle oluşur. Primer tümörün fiziksel etkilerinden kaynaklanmayan, ancak varlığına paralel olarak gelişen belirti ve bulgulardan oluşan klinik tablo paraneoplastik sendrom olarak isimlendirilir. Paraneoplaziler varlığı bilinen bir tümörün seyri sırasında ortaya çıkabildiği gibi, altta yatan bir tümörün ilk ve tek belirtisi de olabilir. Bu durumda paraneoplazinin tanısı kanserin henüz erken evrede saptanabilmesi açısından önemlidir. 44 yaşında kadın olgu yüksek ateş, hematüri, eklem ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Bilinen 7 yıldır vertigo ve 3 yıldır demir eksikliği anemisi mevcutmuş. Kontrol amacıyla çekilen kontrastlı MRI sonrası sol kolda ağrı, memede şişlik ve sol aksillada şişlik farketmiş. Takip eden günlerde başlayan artralji, sol kolda lokalize döküntü ve aralıklı ateşi olmuş. Mevcut şikayetlerle başvurduğu başka bir merkez acil serviste kontrast allerjisi ve mastitö tanılarını ile NSAİ ve antihistaminik grubu ilaçlar başlandıktan kısa süre sonra üst ekstremitelerinde ve boyunda kaşıntılı, eritemli döküntüler gelişmiş. Döküntü dizlerine ve ayaklarına yayılmış. Takip eden günlerde döküntülere ek olarak sağ el bileğinde ısı artışı, ödem, kızarıklık, ağrı gelişmiş. Eklem ağrılarını asimetrik, oligoartiküler olarak tariflemekteydi ve belirgin olarak küçük eklemlerde intermitan seyirli artrit kliniği mevcuttu. Romatolojik sorgusunda fotosensitivite, sabah tutukluğu yoktu. Alt ekstremitelerde hareket kısıtlılığı mevcuttu. Acile başvurusundan 3 hafta önce başlayan maksimum 38.7°C ölçülen tekrarlayan ateş atakları mevcuttu. Kankültürlerinde üreme olmadı. 4 abortus, 2 canlı doğum olmak üzere toplam 6 gebelik öyküsü mevcuttu. Son 4 ayda ortalama 6 kg kayıyordu. Gece terlemesi yoktu. Çiğ süt, hayvansal gıda tüketimi, hayvan teması yoktu. Tüberküloz hastalığı ve temas öyküsü yoktu. Seyahat öyküsü yoktu. İlaç kullanımı yoktu. Muayenesinde ateş: 38°C nb: 120 TA: 120/70 orofarenks hiperemikti, batında hepatosplenomegalide mevcuttu, soldiz ve sağ ayak bileğinde hiperemi, hassasiyet ve ödem mevcuttu. Bilateral bacaklarda sınırları belirgin, basmakla solan plaklar, ayak bileği çevresinde basmakla solmayan purpurik döküntüler izlendi. İlaç reaksiyonu ötanısıyla başlanan 1 mg/kg dozunda metilprednizolon tedavisi ile olgunun şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine döküntülerden alınan biyopsi lökositoklastik vaskülit olarak sonuçlandı. Çekilenteoraks görüntülemesinde sol aksillada en büyüğü yaklaşık 2x1.5 cm boyutunda olmak üzere asimetrik lenf nodları, görüntüleme alanına giren sol memede birden fazla sayıda en büyüğü yaklaşık 1.5 cm çapında nodüler lezyon izlendi. Memedeki lezyona yönelik yapılan trucut biyopsi sonucu invazif meme karsinomu olarak sonuçlandı, ER+PR+HER2+e-cad+Ki67: %40 idi. Paklitaksel+Herceptin kemoterapisini alan ve 3. ay sonunda PET-CT de regresyon saptanan olgunun döküntü ve artrit bulgularının gerilediği kaydedildi. Malignite tanısında paraneoplastik artrit ile prezentasyon oldukça nadirdir. Nedeni bilinmeyen ateş, döküntü, artrit ve nörolojik, hematolojik bulguları, risk grubu olgularda "paraneoplastik bulgu olabilir mi" sorusu çerçevesinde değerlendirilmesi, malignite olasılığının ötanılarımız içinde yer alması, tümörün okült safhada tanınmamasına imkan verecektir.

Anahtar Kelimeler: paraneoplastik artrit, döküntü, meme karsinomu, nedeni bilinmeyen ateş

PP-003

Erken Evrede Saptanan Bir "Deskumatif İnterstisyel Pnömoni" Olgusu

Özge Can Bostan¹, Derya Kocakaya¹, Rengin Ahıskalı², Çağatay Çimşit³, Semiha Emel Eryüksel¹

¹Marmara Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Marmara Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

³Marmara Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ: İdiyopatik interstisyel pnömonilerden biri olan deskumatif interstisyel pnömoni (DİP) nadir görülen, alveoler yapı içinde makrofajların birikimi, masif proliferasyonu ve deskumasyonu ile karakterize histopatolojik bir tanıdır. DIP tipik olarak sigara içen hastalarda 4. ve 5. dekatlarda görülür. Hastaların çoğu dispne ve öksürük ile karakterize subakut bir tabloyla başvurur. Yüksek Çözünürlüklü Bilgisayarlı Tomografi (YRBT) de genellikle orta ve alt zonlarda diffüz, heterojen buzlu cam opasiteleri görülür, kesin tanı histopatolojik olarak konulabilir.

OLGU: Bilinen koroner arter hastalığı dışında kronik hastalığı olmayan hasta, dış merkezde yapılan koroner anjiyografi sonrasında bypass operasyonu planlanmış ve pre-operatif çekilen akciğer grafisinde anormallik olması nedeniyle tarafımıza yönlendirilmiş.

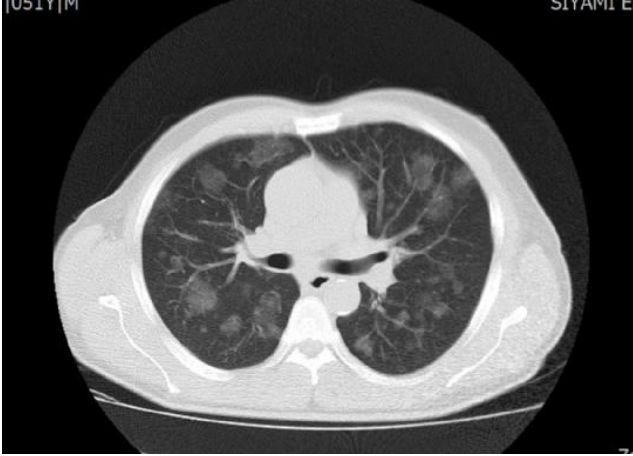
Sorgulamasında yaklaşık 1 ay önce başlayan hafif nefes darlığı, öksürük şikayetinin olduğunu ve bu sebeple 1 hafta amoksisilin/klavulanik asit kullandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, vital bulguları stabil olan hastanın dinlemekle bilateral krepitan rali saptandı. Özgeçmişinde 40 paket/yıl sigara öyküsü olup aktif içici

olduğu, hayvancılıkla uğraştığı, şoför olarak çalıştığı ve Balıkesir'de yaşadığı öğrenildi. Düzenli olarak asetilsalisilikasit ve klopidoğrel kullanımı mevcuttu. Laboratuvar bulgularında sedimentasyon, prokalsitonin ve crp normal, d-dimer negatifti. Kollagen doku hastalıklarına yönelik bakılan ANA, ANCA, anti dsDNA ve RF normal bulundu. SFT: normal, DLCO: hafif difüzyon kusuru olarak görüldü. Akciğer grafisinde bilateral yaygın, nodüler tarzda, non-homojen opasiteler izlendi (Resim1). YÇBT de her iki akciğer parankiminde farklı büyüklüklerde buzlu cam dansitesinde yaygın opasiteler izlendi (resim2). Yapılan bronkoskopide endobronşial lezyon izlenmedi, bronkoalveolar lavaj ve lezyonların yoğunlaştığı sağ orta loba fırçalama biyopsisi yapıldı, biyopsinin histopatolojik incelemesinde; bol pigmente (smokers) histiositler izlendi. Hemosiderin globülü izlenmedi. Patolojik bulgular "deskuamatif interstisyel pnömoni" olarak değerlendirildi. Semptomlarının ağır olmaması nedeniyle steroid tedavisi düşünülmeyen hastaya ilk aşamada sigaranın bırakılması planlandı. Sigarayı 3 aylık süreçte azaltarak bırakan hastanın semptomatik düzelmesi olmakla beraber 3. ayda çekilen tomografisinde tama yakın regresyon izlendi. (Resim3)

SONUÇ: Olgumuz pre-operatif değerlendirme amacıyla incelenmiş olup semptomları belirginleşmeden tanısı konulmuş ve steroid tedavisi gerektirmeden yalnızca sigaranın bırakılması ile tama yakın düzelme sağlanmıştır. Genel olarak bakıldığında DIP tedavisinde sigaranın bırakılmasıyla büyük oranda regresyon görülmekle birlikte düzelme sağlanamayan hastalarda steroid tedavisi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: deskuamatif, interstisyel, sigara

Resim 1



Tedavi öncesi çekilen Toraks BT

Resim 2



Sigaranın bırakılması sonrası 3. ayda çekilen kontrol Toraks BT

PP-004

Hepatoselüler Kanserde Transarteriyel Kemoembolizasyon Tedavisinin Etkinliği ve Güvenirliği

Aydan Mütis Alan¹, Özkan Alan², Ruslan Asadov³, Emre Aykut⁴, Haluk Tarık Kani⁴, Çoşkun Özer Demirtaş⁴, Perran Fulden Yumuk⁴, Osman Cavit Özdoğan⁴, Feyyaz Baltacıoğlu³, Feyza Gündüz⁴

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Medikal Onkoloji Bilim Dalı

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Hepatoselüler karsinom (HCC) karaciğerin en sık görülen primer tümörüdür ve kanser nedeni ölümlerde dördüncü sıradadır. Çalışmamızın amacı ileri evre HCC nedeni ile DEB (Drug eliting beat)-TAKE uygulanan hastalarda tedavinin etkinliğini, güvenirliliğini ve prognoza etkili faktörleri retrospektif olarak değerlendirmektir.

YÖNTEM: Kliniğimizde takipli olan ve Girişimsel Radyoloji tarafından Ocak 2011-Mart 2018 tarihleri arasında HCC nedeniyle TAKE uygulanan 136 hasta değerlendirildi. DEB-TAKE uygulanması sonrası yanıt değerlendirmesi 30 ve 90. günler arasında çekilen batin görüntülemelerinde mRecist kriterlerine göre yapıldı. Tedaviye yanıt oranları, progresyonsuz ve genel sağkalım süreleri, yan etki profili ve prognostik faktörler araştırıldı.

BULGULAR: Tanı anında ortalama yaş 64,4'di ve hastaların %77,9'u erkekti. En sık etyolojik faktör Kronik Hepatit B enfeksiyonuydu (%58,1). Hastaların 125'inde siroz vardı. Barcelona evrelme sistemine göre 16'sı (%12,8) erken evre, 58'i (%46,4) intermediate, 48'si (%38,4) ileri (advanced) evre ve 3'ü (%2,4) terminal evreydi. 78 (%57,4) hasta Child A evresindeydi. Medyan takip süresi 14 aydı (min 1 ay -maks 77 ay). Medyan progresyonsuz ve genel sağ kalım sırasıyla 4 ve 11 ay bulundu. Komplet yanıt (CR) 20 (%17), parsiyel yanıt (PR) 36 (%31), stabil hastalık

(SD) 24 (%21) ve progrese hastalık (PD) 36 (%31) hastada vardı. Hastalık kontrol oranı %68,9 ve objektif yanıt oranı %48,2 bulundu. En sık görülen yan etki karaciğer enzim yüksekliği ve karın ağrısıydı. Tek ve çok değişkenli analizde tedavi sonrası AFP > 400 ng/dl olması hem progresyonsuz hem de genel sağ kalım üzerinde etkili bağımsız prognostik faktör olarak bulundu. Child pugh sınıflaması ve tümör boyutu > 7cm olması ise sadece genel sağkalıma etkili bağımsız prognostik faktörlerdi.

SONUÇ: DEB-TAKE unrezektabl HCC tanılı hastalarda etkili ve kolay tolere edilebilen bir tedavi yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Child-Pugh sınıflaması ve tümör boyutu genel sağ kalım üzerine etkili bağımsız prognostik faktörler, tedavi sonrası AFP > 400ng/dl olması ise progresyonsuz ve genel sağ kalım üzerine etkili prognostik faktörler olarak bulundu.

Anahtar Kelimeler: Hepatosellüler kanser, DEB TAKE, Prognoz

PP-005

Pulmoner Emboli Kliniği ile Ortaya Çıkan Bir Trombotik Trombositopenik Purpura Olgusu

Betül Çetin¹, Tayfur Toptaş²

¹Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Hematoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: TTP von-Willebrand faktör ilişkili proteaz ADAMTS-13'ün ciddi eksikliğinin neden olduğu bir trombotik mikroanjiyopatidir. TTP'de sıklıkla mikrovasküler tromboza bağlı organ hasarı görülürken, arteriyel ya da venöz tromboembolizm gibi büyük damarların trombozu beklenen bir prezentasyon değildir. Bu olgu raporunda, pulmoner tromboembolizm ile prezente olan, 4 hafta sonra trombositopeni ve mikroanjiyopatik hemolitik anemi kliniğiyle gelen atipik başlangıçlı TTP olgusu tartışılacaktır.

OLGU: 50 yaşında, kadın 1 ay önce göğüs ağrısı yakınmasıyla başvurmuş. Pulmoner emboli tanısı alan hastaya enoksaparin 2x6000 U başlanmış.

1 ay sonra, yine göğüs ağrısı ve nefes darlığı yakınmasıyla başvuran hasta ac absesi ön tanısıyla yatırıldı. Hastaya piperasilin-tazobaktam başlandı. Bu arada enoksaparin almaya devam etmekteydi.

Ancak tetkiklerinde Plt 25 000 /micL saptanması üzerine enoksaparin kesildi. Enoksaparin öncesi plt değerinin 200.000/mcL üzeri olduğu, 5 günlük izlemde düşmediği anlaşıncaya HİT tip 2 düşünüldü. Hastadan anti-PF4 gönderildi, pozitif saptandı. 24 saat içinde Hgb düzeyi 7,5 g /dl'ye geriledi. Periferik yaymada her alanda > 5 şistosit görüldü. Düzeltilmiş ret. %4,6, LDH 955 ng/ ml saptandı. Mikroanjiyopatik hemolitik aneminin diğer sebeplerinden olan TTPyi ekarte etmek amacıyla ADAMTS13 gönderildi. TTPnin mortalitesinin %90-100 olması nedeniyle acil plazmaferez ve steroid tedavisine başlandı. 3. Plazmaferez sonrası Plt 153.000/ micL, LDH 197 ng /ml, Hgb 8,1 g/dl oldu. Plazmaferez toplam 6 kez uygulandı. Steroid dozu azaltılarak kesildi. ADAMTS13 antijeni <0,012 IU /mL (aralık 0,190-0,810), aktivitesi <0,2 (aralık 40-130), inhibitör >90 U /mL (aralık <12) saptandı.

TARTIŞMA: Kazanılmış TTP genellikle ciddi mikroanjiyopatik hemolitik anemi ve trombositopeni şeklinde prezente olur. TTP'de organ hasarı mikrovasküler tromboza bağlı görülmektedir. Büyük damar trombozları sonucu gelişen arteriyel ya da venöz tromboembolizm TTP'nin tanımlanmış bulgularından değildir.

SONUÇ: Genç erişkindeki tetikleyici olmaksızın venöz tromboembolizm insidansı 100.000 hastada 0,71dir. Öte yandan TTPnin prevalansı 100.000 hastada 0,4tür. Bu iki nadir hastalığın çok kısa aralıklarla ortaya çıkmasını tesadüf olarak açıklamak mümkün değildir.

Anahtar Kelimeler: mikroanjiyopatik hemolitik anemi, emboli, trombositopeni

PP-006

PNH vakalarında Eculizumab Tedavisi Altında Remisyon Mümkün Mü?: Vaka Sunumu

Aynure Rustamzade, Yıldız İpek, Tayfun Elibol, Fatma Geçgel Arıkan, Asu Fergün Yılmaz, Işık Atagündüz, Ayşe Tülin Tuğlular

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Paroksizmal noktürnal hemoglobinüri (PNH), hemolitik anemi, kemik iliği yetmezliği ve tromboz ile karakterize klonal hematopoyetik kök hücre hastalığıdır. Monoklonal antikor olan eculizumab PNH hastalarında kompleman inhibisyonu yaparak, kompleman aracılı intravasküler hemolizi azaltmaktadır. Eculizumabın hemoliz ve komplikasyonlar üzerine olumlu etkileri olmasına rağmen, tedavi altında PNH klonunun azalmadığı hatta artabildiği

bilinmektedir. Bu vakada eculizumab altında kür gelişen PNH vakası sunulmuştur.

VAKA: 39 yaşında erkek hasta anemi ile kliniğimize başvurdu. Laboratuvar tetkikleri vitamin B12 ve demir eksikliği anemisi ile uyumlu olarak saptandı (Lökosit: 4700/uL, hb 6.9 gr/dL, plt 168000/uL, MCV 101 fL, retikülosit %1, indirekt bilirubin 3.5 gr/dl, B12 58.02, transferrin saturasyonu: %9). hastaya oral demir, parenteral vit B12 tedavisi başlandı.. Anemisi gerileyen hasta takibe alındı. Takipleri sırasında indirekt bilirubin ve MCV yüksekliği devam etti ve trombositopenisi gelişti (wbc 4030/uL, hgb 11,6 g/dL, htc %43.5, MCV 102 fL, PLT 40000/uL,). Vit B12 normal olan hastada LDH, indirekt bilirubin yüksekliği ve haptoglobulin düşüklüğü dikkat çekti. Bakılan direk coombs testi negatif saptandı. Non immun hemolitik anemi ve eşlik eden trombositopenisi nedeni ile PNH ön tanısı ile istenen FLAER testi sonucu %18.5 olarak saptandı. Hastanın aşılamaları yapıldı ve klavuzlara uygun eculizumab tedavisi başlandı. Tedavinin 6. ayında hastanın sitopenileri gerileyerek hemolizi kontrol altına alındı. Takiplerinde bakılan PNH klon düzeyleri eculizumab tedavisi altında düşmeye başladı. PNH klonu tedavinin 23. Ayında %8.5'e geriledi ve tedavinin 55. Ayında klon saptanmadı. Hastanın tedavisi klon gözlenmemesi üzerine kesildi (Temmuz 2018). Tedavi kesildikten 1 ay sonra yapılan tetkiklerinde remisyonda olan hasta takiplerine devam etmektedir.

SONUÇ: Allojenik kök hücre nakli PNH hastaları için tek küratif tedavi yöntemidir. Ancak eculizumabın tedaviye girmesi ile birlikte hem hemolizin kontrolü hem de ölümcül komplikasyonların önlenmesi mümkün olmuştur. Ancak eculizumab tedavisi altında hastaların PNH klonlarının azalmadığı hatta arttığı bildirilmektedir. PNH hastalarında çok nadiren spontan remisyon gelişebilir. Bizim hastamızda da aldığı tedaviden bağımsız olarak spontan remisyon gelişmiştir.

Anahtar Kelimeler: PNH, Eculizumab tedavisi, spontan remisyon

PP-007

Makülopapüler Döküntü ile Prezente olan Bartonella Quintana Endokarditi Olgu Sunumu

Merve Sentürk¹, Abdülmünir Azizy¹, Aysun Aksoy², Haner Direskeneli²

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Enfektif endokardit farklı klinik bulgular ve etkenlerle prezente olabilen mortalite ve morbiditesi yüksek bir durumdur. B.quintana endokarditi kültür-negatif endokarditin önemli bir nedenidir. B.quintana,önceden antibiyotik kullanımı mevcut olsa dahi ELISA ve PCR bazlı yöntemlerle izole edilebilmektedir. Olgumuzda, tibia anteriorunda makülopapüler döküntüyle prezente B.quintana endokarditli bir hasta sunulmuştur. OLGU: 44 yaşında,akut romatizmal ateş(ARA) dışında kronik hastalığı olmayan,uzun yol şoförü olan erkek hasta,3 aydır halsizlik,20 kilogram tartı kaybı,bacaklarda döküntü ve 39 dereceyi gören spot ateş şikayetiyle başvurdu.Fizik muayenede,bilateral tibia anteriorunda makülopapüler döküntü dışında özellik yoktu.Laboratuvar:lökosit:5500/mL,hb:10.7g/dL, trombosit:133.000/mL,bun:26mg/dL,kreatinin:1.44mg/dL,crp:26mg/L,prokalsitonin:0.32ng/mL,viral seroloji:negatif.ANA:zayıf granüller 1/100+.ANCA:negatif ANTİ-MPO:negatif ANTİ-PR3:negatif Quantiferon:negatif. 24 saatlik idrar proteini:1.2gram. Paranazal sinüs bilgisayarlı tomografisi(BT):doğal. Toraks BTsinde dalakta subkapsüller infarkt,superior mezenterik ve renal anjiyografisi doğal,idrar sedimentinde dismorfik eritrositler görüldü. Vaskülit ön tanısıyla 1 mg/kg metilprednizolon tedavisi başlandı.İnfektif endokardit ekartasyonu için yapılan transtorasik ekokardiyografisinde(EKO) aort kapakta 21*4mm hareketli kitle imajı izlendi. Ateş,dalak infarktı,döküntü ve EKO bulgusu olan hastada ön planda infektif endokardit düşünülerek ampisilin-sulbaktam ve gentamisin tedavileri başlandı.Roth spot izlenmedi. Metilprednizolon azaltılarak kesildi.Serum kreatinin değeri artış eğiliminde olan hastada,24 saatlik idrar proteini:2.4gram, idrar sedimentinde lökosit ve eritrosit görülmesi üzerine intersisyel nefrit düşünülerek gentamisin kesildi ve metilprednizolon tekrar başlandı.Kültür-negatif hastada; 3 haftalık antibiyoterapi sonrası kontrol transesofageal EKOsunda AVNCC(Aortik kapak, nonkoroner-kuspis)üzerinde 4,9x1,7mm ve RCC(sağ-koroner-küspis)üzerinde 4,9x4,7mm vejetasyon görülmesiyle valvülektomi yapıldı.Valvüler doku PCR tetkikinde B.quintana saptandı.Antibiyoterapisi 6 haftalık doksisisiklin olarak düzenlenen hasta taburcu edildi.TARTIŞMA: Başlangıçta aktif idrar sedimenti ve makülopapüler döküntü nedeniyle küçük damar vaskülitı dışlanamadı.Dalak infarktı mevcut olan hastada magnetik rezonans anjiyografiyle(MR) orta damar vaskülitı ekarte edildi.Kültür-negatif olan hastada valvüler doku PCR ile kesin infektif endokardit tanısı konuldu. B.quintana endokarditli 101 hastalık bir raporda;% 85'inin erkek,% 38'inin evsiz,% 48'inin alkolik olduğu ve% 75'inin tanı anında valvüler cerrahi geçirdiği bildirilmiştir.Olgumuzdaysa,alkol kullanımı ve evsizlik bulunmamakla birlikte, cerrahi tanı ve tedavi için gereklilik arz etmiştir. Az sayıda olgu nedeniyle, bartonella endokarditi için optimum tedavi belirsizdir. Mevcut öneriler altı hafta doksisisiklin ve iki hafta gentamisin tedavisi şeklindedir.

Anahtar Kelimeler: kültür-negatif infektif endokardit, bartonella quintana, makülopapüller döküntü

PP-008

Behçet Hastalığı ve Sekonder FSGS Birlikteliği: Vaka Sunumu

Fatih Emin Öztürk, Murat Tuğcu, Ebru Aşıcıoğlu

Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı

Behçet hastalığı mukokutanöz, oküler, nörolojik ve gastrointestinal tutulumla giden kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Klinik seyir cinsiyet ve yaş gibi faktörlere bağlı olarak kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Klinik prezentasyon vaskülitte bağlıdır. Diğer vaskülitlerde sık olan renal tutulum Behçet hastalığında amiloidoz, glomerulonefrit gibi vakalarla bildirilmiştir. Literatürde Behçet ve Fokal Segmental Glomeruloskleroz birlikteliği bildirilmemiştir. Vakamızda Behçet ve sekonder Fokal Segmental Glomeruloskleroz birlikteliğini sunduk

OLGU: Faktör 5 leiden heterozigot pozitifliği mevcut olan hastanın alt ekstremitelerde derin venlerinde tromboz ve bir kez de geçirilmiş pulmoner emboli hikayesi mevcut. Warfarin profilaksisi ile hematoloji takipli olan hasta proteinüri nedeniyle nefrolojiye konsülte edildi. İlk dvt atağının olduğu dönemde oral aft ve genital ülserlerinin de olduğu anamnezle öğrenildi. Hasta romatolojiye konsülte edildi. Behçet düşünülmüş ve steroid ve antimetabolit tedavi başlandı.

24 saatlik idrarda 1.5 g/gün proteinüri saptandı. Proteinüri tetkiki için gönderilen viral ve romatolojik markerlar negatifti. Üriner sistem usg de özellik saptanmayan hastaya böbrek biyopsisi planlandı.

Biopsi fsgs olarak değerlendirildi. Hipoalbuminemi olmaması ve proteinürinin nefrotik düzeyde olmaması nedeniyle sekonder fsgs olarak değerlendirildi.

Hastada inferior vena kava trombüsü olduğu bilinmekteydi. Trombüs sonucu renal venöz drenaj bozulması sonucu intraglomeruler basınç artışı sonucu sekonder fsgs olabileceği üzerinde duruldu. ACEİ başlanarak hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Behçet hastalığı seyrinde pek sık olmasa da böbrek tutulumu olabilmektedir. Ancak sekonder fsgs ve Behçet hastalığı birlikteliği literatürde bildirilmemiştir. Sekonder fsgs adaptif mekanizmalar sonucunda oluşur ve daha çok obezite, tek böbrek veya vezikoüreteral reflü tabloları ile ilişkilidir. Ancak bizim vakamızda olduğu gibi farklı mekanizmalarla glomeruler hemostazın bozulması sonucu sekonder fsgs olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Behçet, proteinüri, tromboz

PP-009

Portal Ven Trombozu Sonrası Tanı Alan Behçet Olgusu Sunumu

Gökcan Güner, Esin Aydoğan, Aziz Aslan, Seydahmet Akın, Nazire Aladağ, Veysel Suzan, Özcan Keskin

SBÜ Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Behçet hastalığı (BH) ilk olarak 1937 yılında, Türk dermatoloğu Hulusi Behçet tarafından tekrarlayan oral ve genital aftöz ülserler ve hipopiyonlu üveit ile üçlü semptom gösteren bir hastalık olarak tarif edilmiştir. BH'da cilt, eklem, akciğer, damarlar, merkezi sinir sistemi ve gastrointestinal sistem gibi çok sayıda organ ve sistem tutulabilir.

OLGU: Otuz yedi yaşında erkek hasta son 2 aydır süregelen ateş, karın ağrısı, kilo kaybı, bulantı ve kusma yakınmaları nedeniyle başvurduğu dış merkezde karaciğer fonksiyon testleri bozukluğu ve proteinüri saptanması nedeniyle hastanemize sevk edilmiştir. Üç yıl önce romatoloji polikliniğimizde RA düşünülen ancak tedaviyi bırakan hasta tekrarlayan oral aftları ve karın ağrısı nedeniyle yapılan kolonoskopi ile Crohn tanısıyla 5ASA başlanmış, sonrasında remisyon düşünülerek tedavisi kesilmiş. Muayenesinde şuur açık, koopere, TA: 110/80 mmHg, Nb: 80/dk, düzenli, sağ akciğerde solunum sesleri azalmış, batin palpasyonla yaygın hassas bulundu. Asit, ikter, ödem yoktu. Tetkiklerde ALT/AST: 175/91 (N= 0-50) U/L, Alb: 3.3 mg/dl (n: 3.5-5.2 mg/dl) INR: 1.2, CRP: 60 mg/dl (n: 0-5) hb: 10 gr/dl, PLT: 160000/mm³, WBC: 13000/mm³ bulundu. Diğer tetkikler normal sınırlardaydı. Hepatit markerleri negatifti. Yatışını takiben aynı gece solunum sıkıntısı gelişen hastaya pulmoner emboli de düşünülerek göğüs hastalıkları görüşü alınarak diüretik infüzyonu başlandı. PE tanısı kesinleşmedi ancak batin ultrasonunda ana portal vende tromboz saptandı. KCFT bozulan hastada ALT/AST: 3000/3200 U/L, INR: 2, total/direkt bilirülin: 2,3/1.5 mg/dl değerlerine yükseldi. Hasta romatoloji, gastroenteroloji ve cerrahi konsultan hekimleri ile görüşüldü. Trombofili paneli, antifosfolipid antikorları, ENA paneli ve paterji testleri planlandı. Trombofili, RA ve SLE düşünülmeydi. Fulminan gidişli hepatit düşünülerek, TIPS, girişim ya da karaciğer transplantı yapılabilecek bir merkez arandı. Marmara Üniversitesi Gastroenteroloji servisine nakli sağlandı. BH düşünülerek tedavi başlandı öğrenildi.

TARTIŞMA: BH %5-30'unda rastlanan damar tutulumu venöz oklüzyon, arteriyel oklüzyon ve arteriyel anevrizma olmak üzere üç formda görülür. Çoğunlukla küçük damarlar etkilenir. BH üçte birinde büyük damar tutulabilir. Karotis, pulmoner, aortik, iliak, femoral ve popliteal arterler sıklıkla etkilenir. Süperior ve inferior vena kava oklüzyonu, Budd-Chiari sendromu, dural sinus trombozu ve diğer obstrüktif lezyonlar görülebilir. Venöz tromboz sıklıkla BH erken bulgusudur. Uzun süre tanı konulamayıp Budd-Chiari tablosuyla tanı alan olguyu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, venöz tromboz, Budd-chiari, fulminan hepatit

PP-010

Nadir Bir Hipertansiyon Nedeni: Liddle Sendromu Olgu sunumu

Seydahmet Akın, Esin Aydoğan, Yunus Emre Şenel, Nazire Aladağ, Arzu Işık, Yasemin Özgür, Özcan Keskin
SBÜ Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Liddle sendromu otozomal dominant geçişli, distal nefronda epitelyal sodyum kanallarında meydana gelen mutasyon nedeniyle görülen, tuza duyarlı hipertansiyon formlarından biridir. Hiperaldosteronizmin klasik prezentasyon bulgularını andırmasına karşın hastalarda ölçülen aldosteron düzeyleri bariz olarak baskılanmış bulunur. Bu durum psödoaldosteronizm olarak da adlandırılır. Oldukça nadir görülür.

OLGU: Altı yıldır hipertansiyon tanısıyla takip edilen 42 yaşında erkek hasta karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurmuş. Potasyum 2.8mmol/l(N:3.5-5.1) bulunması nedeniyle acil dahiliyeye yatırıldı.Dirençli HT ve hipokalemi nedeniyle amlodipin, doksazosin ve perindopril kullandığı ve yine de tansiyonunun düşmediğini ifade ediyor. Koroner arter hastalığı tanısı alan hastanın annesinde diyabet, babasında hipertansiyon mevcut. Muayenesinde TA: 160/110mmHg, Nb:84/dk,BMI=30,2kg/m², diğer sistem muayene bulguları normal bulundu.EKG'de sol ventrikül hipertrofisi, EKÖ'de grade 1 diastolik disfonksiyon saptandı.K⁺ düşüklüğü dışında biyokimya, TSH, idrar ve hemogram normal sınırlarda bulundu. Renal doppler usg normaldi.Endokrinoloji konsultasyonu Conn ön tanısıyla PRA, aldosteron, metanefrin, ACTH, kortizol, idrarda serbest kortizol, idrarda kalsiyum, sodyum ve potasyum,magnezyum ve deksametazon supresyon testleri istendi. idrarda potasyum atılımı 210mmol/l(n=25-125) olarak yüksek saptandı. Serum bikarbonat: 32 mEq/L (22-26),Plazma renin aktivitesi 1,2 mcU/ml (3,3-41), aldosteron düzeyi 16 ng/dl (0-34) düşüklüğü saptandı. Liddle sendromu tanısıyla triamteren tedavisi başlanan hasta tedaviye yanıt verdi.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Sonuç olarak metabolik alkaloz, hipokalemi, hipertansiyon ve hiperkaliürinin bir arada bulunduğu vakalarda ayırıcı tanıda Liddle sendromu akılda bulundurulmalıdır. Hipokalemi ayırıcı tanısında düşünülen Bartter çocukluk çağına başlayan gelişme geriliği, hiperkalsiüri ve hipomagnezemi ile karakterizedir. Gitelman daha ileri yaşlarda tanı alır; hipomagnezemi, hipokalsiüri, ve normal kan basıncı mevcuttur. Hastamızda hipertansiyonun olması, magnezyumun normal olması ve hiperkalsiüri olmayışı metabolik alkaloz ve hipokalemi ile seyreden bu iki hastalıktan ayırmamızı sağladı. Liddle sendromu düşük reninli, volüm fazlalığı ile seyreden bir hipertansiyon örneğidir. Tedavisinde spironolakton etkisizdir. Triamteren ve amilorid tedavide etkilidir. Olgumuzda da triamteren, amlodipin kombinasyonu ile kan basıncı kontrolü sağladık. Nadir ve öğretici olması nedeniyle olgumuzu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Liddle Sendromu, hipertansiyon, hipokalemi

PP-011

Akromegaliye Neden Olan Bronşial Nöroendokrin Tümör

Eren Imre, Dilek Gogas Yavuz

Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana bilim dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul

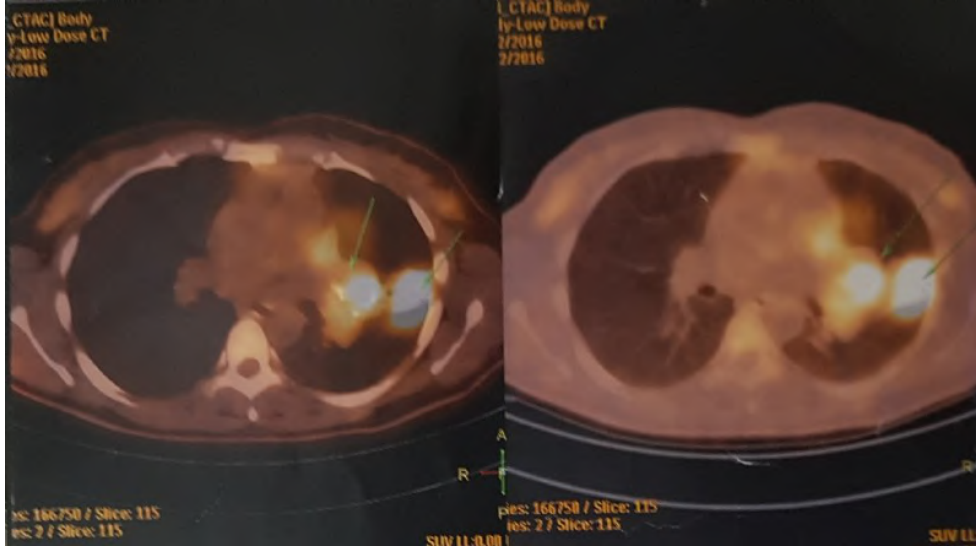
GİRİŞ: Akromegali, büyüme hormonunun aşırı üretiminden kaynaklanır.En yaygın neden bir hipofiz adenomudur.Ancak akromegali vakalarının %1'inden daha azında hipofiz bezi büyüme hormonu salgılatıcı hormonun(GHRH) ötopik veya ektopik aşırı üretimi ile uyarılır.Ektopik nedenler nöroendokrin tümörlerdir.Bu olgu sunumunda bronşial karsinoid tümörü olan bir akromegalik hasta sunuyoruz.

OLGU: Kronik hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan 32 yaşındaki kadın hasta 2 aydır olan öksürük şikayetiyle bir hastaneye başvurmuş.Akciğer grafisinde sol hiler bölgede kitle saptanması üzerine toraks BT çekilmiş.BT'de sol hiler düzeyde yaklaşık 4.5cm çaplı periferik kalsifikasyon içeren lobule konturlu kitle saptandı.Malignite şüphesiyle PET-CT incelemesi yapıldı.50x40 mm, suv max 9 olan kitle ve hiler lenfadenopati saptanmış.Hastada akromegalik görünüm mevcuttu.Burun kıvrığında büyüme, el ve ayaklarda büyüme,aşırı terleme şikayetlerinin birkaç yıldır olduğu öğrenilen hastanın IGF-1 değeri 953ng/mL saptandı.Hipofiz mr incelemesinde sellada 23x11 mm çaplı öncelikle adenomu düşündüren lezyon saptandı.Hasta endokrinoloji polikliniğimizde değerlendirildi.Hb A1c %5.1,TSH 1.01µIU/mL,ST4 0.82ng/dL,ST3 3.97pg/mL,FSH 5.66mIU/mL,LH 15.27mIU/mL,E2 29.93pg/mL,Prolaktin 24.94ng/mL,Kortizol 11.29µg/dL,Kreatinin 0.45 mg/dL,Albumin 4.48g/dL,AST 9U/L,ALT 7U/L, saptandı.Nadir growth hormon 7,94ng/mL bulundu.Lanreotid 120 mg ayda bir olarak başlandı.Bronkoskopi işlemiyle biyopsi yapıldı ve patolojik incelemede mevcut histomorfolojik bulgularla tipik karsinoid düşünüldü.Hastaya sol lobektomi + lenfadenektomi yapıldı.İmmünohistokimya paneli nöroendokrin tümör ile uyumluydu.Lenfatik,Vasküler,Nöral ve Plevral invazyon görülmedi.İmmünohistokimya Panelinde Sinaptofizin+,TTF1+,CK7-, S100+ saptandı.Ki67 %0,5 bulundu.Lenf nodu metastazi mevcuttu.Patolojik incelemeyle nöroendokrin tümör tanısı doğrulandı.Operasyon sonrası takiplerinde lanreotid tedavisi kesildi.Tedavisiz takipte hastanın şikayetlerinde gerileme oldu.IGF-1 değeri post op 3. ayda 181 ng/mL,post op 6. ayda 144 ng/mL,post op 1.yılda 195ng/mL ve post op 16.ayda 201 ng/mL olup yaşa göre normal sınır içinde saptandı.

TARTIŞMA: Bronşiyal karsinoid tümörler nadir bir pulmoner neoplazm grubudur.Yetişkinlerde tüm akciğer malignitelerinin %1-2'sini ve tüm karsinoid tümörlerin %20-30'unu oluşturur.Klinik, biyokimyasal ve radyolojik özellikler genellikle büyüme hormonu üreten adenomlar ve ektopik GHRH üreten tümörler arasında ayırımı sağlamaz.Karsinoid tümörün cerrahi olarak çıkarılması olağan tedavidir.Uzun etkili somatostatin analogları metastatik veya inoperabl hastalıkta kullanılmaktadır.Ektopik akromegali tanısı,hipofiz bezine gereksiz müdahaleleri önlemek ve normal hipofiz fonksiyonunu korumak için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: akromegali, bronşial, nöroendokrin, karsinoid

PET CT görüntüsü



PP-012

Yaşlı Hastalarda Nedeni Bilinmeyen Ateşin Sebebi Olarak SLE

Abdulmunir Azizy¹, Tuğba Tolu¹, Yasemin Yalçinkaya², Rafi Haner Direskeneli²

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Nedeni bilinmeyen ateşin önemli sebeplerinden biri sistemik lupus eritematozuz(SLE) olup farklı klinik bulgularla prezente olabilmektedir. Bu bildiride,ileri yaşta bilinç durumunda değişikliği ve plevral efüzyon ile başvuran bir SLE vakası bildirilmiştir.64 yaşında kadın hasta,ateş,öksürük,gece terlemesi ve kilo kaybı nedeniyle dış merkezde pnömoni ön tanısıyla 2 hafta yoğun bakım ünitesinde takip edilmiş.Takibinde plevral efüzyon,lenfopeni ve anemi gelişmesi üzerine tarafımıza refere edilmiş.Hikayesinde bilinen hipertansiyon ve yeni çıkan depresif bulgular dışında herhangi bir özellik yoktu.Enfeksiyöz etkenlerle maruziyet açısından,bir özellik yok idi.Sistem sorgulamasında, bilateral el bilekleri ve el küçük eklemlerinde enflamatuvar karakterde ağrı dışında bir özellik yoktu.Soygeçmişinde, kız kardeşinde romatoid artrit öyküsü mevcuttu.Fizik muayenesinde bilinç durumu uykuya meyilli, sözlü uyaranlara gecikmeli cevap veriyordu. Ateş:39.5 °C, kan basıncı:130/85 mmHg, nabız dakika sayısı:98, SO2:%90, solunum dakika sayısı:25/dk.Akciğer sesleri bilateral alt zonlarda azalmıştı.Hastaya geniş kapsamlı antibiyotik başlandı.Geliş tetkiklerinde; lökosit:3900/μL, nötrofil:3100/μL,Lenfosit:500/μL,Hb:8.1g/dL, MCV:75, trombosit:552000/μL,kreatinin:0.53,mg/dL, Na/K:133/3.9 mEq/L, prokalsitonin:0.17 U/L, ESR:83 mm/saat, CRP:88 mg/L,ıdrar tetkikinde lökosit:2, eritrosit:3, protein:++ olarak saptandı. Tiroid fonksiyon testleri normaldi.Enfektif tetkikleri negatif idi. Plevral sıvı örneklemesi eksuda ile uyumlydu, üreme olmadı. Ekokardiyografisi normal idi. Kranyal MR görüntüleme doğaldı. PET/BT taramasında bir özellik yoktu. Gönderilen 24 saatlik idrarda protein:2.6 gr/gün olarak saptandı. İdrar sedimentinde birkaç adet lökosit silendiri, az sayıda eritrosit ve 8-10 adet lökosit görüldü. RF: negatif, ANA:1/3200 titrede homojen (++++) ,ENA panelinde anti-nükleozom (+),anti-ds DNA: negatif, C3: normal, C4: 0.34 g/L (düşük)olarak sonuçlandı. Hastanın klinik ve laboratuvar bulgularıyla SLE öntanısıyla,3 gün 500 mg metilprednisolon tedavisi başlandı. Tedavinin 2. gününde bilinç durumu, ateş ve diğer konstitüsyonel bulgular düzeldi. Mikofenolat mofetil 500 mg 3x1 ve hidrksiklorokin sülfat 200 1x1 tedavisi eklenen hasta romatoloji polikliniğinden takip edilmek üzere taburcu edildi. Hasta ayaktan 2. ay kontrolünde değerlendirilmiş, şikayetsiz ve organ tutulumu bulguları olmaksızın izlendiği görülmüştür.Nedeni bilinmeyen ateş etyolojisinde, enfeksiyonlar ve malignite ekarte edildikten sonra bağ dokusu hastalıkları aklı gelmesi gereken hastalıklardandır.Bu olguda sunulan enflamatuvar hastalıklardan SLE de sık nedenlerden biridir.

Anahtar Kelimeler: Nedeni bilinmeyen ateş, SLE, plevral efüzyon

Hastanın başvurusundaki ve poliklinik kontrolündeki akciğer grafisi



Hastanın başvurusundaki ve poliklinik kontrolündeki akciğer grafisi

PP-013

Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Ektopik Cushing Sendromu Olgusu

Ensar Aydemir¹, Özge Can Bostan²

¹Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Cushing sendromu (CS), glukokortikoidlerin kanda aşırı salınımı nedeni ortaya çıkmaktadır. Küçük Hücreli Akciğer Kanseri (KHAK) olgularının yaklaşık %1-%5'inde ektopik CS (ECS) meydana gelmektedir [1]. KHAK, ECS vakalarının %50'sinden sorumludur [2]. ECS bulunan KHAK olguları genellikle kötü seyirli olup kemoterapiye yanıt oranları oldukça düşüktür [3].

Olgu: Bacaklarda ödem şikayetiyle başvuran 60 yaşındaki erkek hastanın bilateral alt ekstremitelerde gode bırakan ödem ve gövde üst kesiminde ciltte koyulaşması mevcuttu. Eşlik eden başka semptomu yoktu. Özgeçmişinde 50 yıl. paket sigara kullanımının olduğu; alkol, ilaç kullanımının olmadığı öğrenildi.

Muayenede vital bulguları stabildi. Abdominal obezite, ekimoz, spider anjiyomalar, buffalo hörgücü, mor stria veya palmar eritem yoktu. Splenomegali ya da hepatomegali eşlik etmemekteydi.

Tetkiklerde hemoglobin, platelet, lipid profili, CRP ve ürik asit düzeyleri normal; kreatinin 0.89 mg/dL, albumin 3.5 g/dL, total protein 6.5 g/dL, TSH 0.09 0.35-4.94), fT4 1.07 (0.7-1.48), Na 145 mEq/L, K 2.4 mEq/L, total PSA 8.86 ng/mL, HbA1c 6.4%, sedimentasyon 21 mm/saat, WBC 13100/uL, ACTH 186 pg/mL (6-58) ve kortizol 35 ug/dL idi. Yapılan TTE'de EF %60 idi.

Toraks BT'de sağ üst lobda 7*5 cm kitle tespit edildi. Hastaya Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları'nda bronkoskopik biyopsi yapıldı. Patoloji küçük hücreli akciğer kanseri ile uyumluydu.

Hastanın dirençli hipopotasemisine yönelik olarak potasyum replasmanları yapıldı. KHAK tanısı alan hastaya onkoloji kliniğinde yapılan PET-BT sonrası başta surrenal, mediasten ve vertebra olmak üzere yaygın metastazlarının olduğu tespit edildi. Hastaya aynı merkezde sisplatin+etoposid kemoterapisi başlandı. İlk kür sonrasında nötropenik ateş (NPA) gelişen hasta geniş sprekturumlu antibiyotik tedavisine rağmen NPA gelişiminin 2.gününde kaybedildi.

Tartışma: ECS olgularında mevcut tümörler cerrahi olarak rezeke edilmelidir [4]. Rezeke edilemeyen olgularda CS kontrol altına alabilmek için kemoterapi (KT), radyoterapi (RT), Steroidogenez inhibitörleri (SGİ), mifepristone ya da bilateral adrenaektomi uygulanabilir [5]. Bazı çalışmalar göstermektedir ki sistemik tedavi öncesinde yüksek kortizol düzeylerini kontrol altına almak KHAK yaşam beklentisi üzerinde olumlu etkilere sahiptir [6].

Anahtar Kelimeler: Cushing, Ödem, Hipokalemi

Toraks BT-1



Toraks BT-2



PP-014

Trombositoz ile Prezante Olan Bir İdiyopatik Splenik Hipoplazi Olgusu

Mehmet Umut Çapar¹, Işık Kaygusuz Atagündüz²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Ana Bilim Dalı, Pendik/İstanbul

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

Bilinen kronik bir hastalığı olmayan 31 yaşında kadın hasta, doğum öncesinde yapılan rutin tetkiklerinde Plt:514000/mcL saptanması üzerine Hematoloji polikliniğine trombositoz etiyolojisinin araştırılması amacıyla yönlendirildi. Doğumdan 4 ay sonra polikliniğimize baş vuran hastanın sorgulamasında herhangi bir şikayeti ve tromboz öyküsü yoktu. Bir ölü doğum ve 5 haftalık 1 düşük öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde splenomegali ve lenfadenopati saptanmadı. Kontrol hemogramda lökositoz ve anemi saptanmamakla birlikte izole trombositozun devam ettiği görüldü ve ayırıcı tanıya yönelik tetkikler istendi. Periferik yaymada trombositlerde artış dışında bir patoloji saptanmadı. Sedimentasyon:23 mm/saat, CRP:18 mg/L Serum demir:72 mcg/dL TDBK:284 mcg/dL Transferrin Sat:%25 Ferritin:26,4 ng/mL Vitamin B12:247 pg/mL Folik asit:12 ng/mL. JAK2 mutasyonu negatif idi. Tüm batin ultrason'da: KC boyutu 171 mm olup grade 2 hepatosteatoz, portal ven çapı normal, intrahepatik safra yolları ve koledok normal izlenirken, dalağın görüntülenemediği bildirildi. Ardından çekilen batin tomografisi'nde anatomik dalak lojunda 15x12 mm boyutlarında yumuşak dokuya ait bir görünüm izlendi. Aksesuar dalak, otosplenektomi, splenik atrofi açısından klinik değerlendirme önerildi (Şekil 1). Hastanın tekrarlanan periferik yaymasında trombositlerde artış ve howell-jolly cisimciklerinin mevcut olduğu görüldü. Splenik atrofiye yol açabilecek hastalıklara yönelik yapılan tetkiklerde, HPLC ile Hemoglobin elektroforezi normal, ANA zayıf +, ENA paneli negatif, RF negatif, Anti fosfolipid antikorları negatif, PNH paneli negatif, anti-transglutaminaz ve anti-gliadin antikorları negatif saptandı. Hastada splenik atrofiye yol açabilecek kazanılmış bir sebep gösterilemedi. Hasta enfeksiyon öyküsü açısından tekrar sorgulandığında, uzun süredir sıklığı giderek artan, ateşin eşlik ettiği üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği ve tonsillektomi sonrası bu şikayetin azaldığı öğrenildi. Kapsüllü bakterilere karşı aşılamaları planlanarak polikliniğimizde takibe alındı.

Anahtar Kelimeler: Aspleni, Agenezi, Trombositoz

PP-015

Takayasu Arteriti ve Crohn Birlikteliği

Erkam Kocaaslan¹, Sema Kaymaz Tahra¹, Coşkun Demirtaş², Rafi Haner Direskeneli¹

¹Marmara Üniversitesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Gastroenteroloji Anabilim Dalı, İstanbul

28 yaş HT tanılı hasta yaklaşık 1 yıldır olan daha çok el ve el küçük eklemlerinde olmak üzere yaygın eklem ağrısı, sabah tutukluluğu, 39 dereceyi bulan haftada 3 gün daha çok akşamları çıkan ateş şikayetleriyle dış merkezde tetkik edilmiş. Sedimentasyon, crp yüksekliği ve günde 4-5 defa olan kansız mukussuz sarı renkte ishali olan hasta gastroenterolojiye yönlendirilmiş. ANA 1/100+ granüler, ena:-, c3-c4:N, rf:-, anti-ccp:-, hla b27:-, olarak gelmiş. Kolonoskopide terminal ileumda 2 alanda zeminden deprese üzeri beyaz eksuda ile kaplı ülserler izlenmiş. Biyopsi sonucu aktif ileit olarak gelmiş. Crohn tanısı olarak azatiyopürin, metil-prednizolon (32 mg/günden başlayarak azalan dozlarda) ve 5-asa başlanmış. İki ay süreyle bu tedaviyi kullanan hastanın barsak yakınmalarının gerilemesi üzerine steroid kesilerek azatiopürin ve 5-ASA ile tedaviye devam edilmiş. Bu tedaviyle beraber hastanın tansiyonları da normale dönmüş. İshal yakınması gerileyen ancak gece terlemesi ve akut faz yüksekliği, yaygın eklem ağrılarının devam etmesi nedeniyle hasta tarafımıza yönlendirilmiş. Sorgusunda günde 2-3 atlet değiştirecek kadar gece terlemesi, çabuk yorulma, 3 ay içinde 2 kilo kaybı, son 1 yılda aralıklı ateş yüksekliği, 1 saat kadar süren hareketle azalan bel ve boyun eklemlerinde sabah tutukluluğu, bilateral üst ekstremitelerde kladikasyon, 15 yıldır yılda birkaç kez olan oral aft tarifliyor. Diyabet, hiperlipidemi, ailede erken koroner arter hastalığı ve romatolojik hastalık öyküsü bulunmayan hastanın fizik muayenesinde, her iki üst ekstremitelerde livedo reticularis benzeri görünüm izlendi. Ekstremitelerde aktif artrit bulgusuna rastlanmadı. Kardiyovasküler sistem; Periferik nabızlar palpabl, sağ-sol TA farkı yok, bilateral subclavian ve karotis arterde üfürüm, Aort ve pulmoner odakta 3/6 sistolik üfürüm mevcut idi. Görüntülemelerinde thorakoabdominal BT anjiyografisinde: Aort kökünden başlayarak asendan aorta, aort kavsi ve inen torakal aorta boyunca diyafragmaatik krus düzeyine kadar aortu çevreleyen diffüz duvar kalınlaşması mevcuttur. Tanımlanan duvar kalınlaşması arkus aortadan itibaren sağda trunkus brakiosefalikus proksimal kısmı ile buradan sağ CCA proksimalinde, solda arkus aortadan sol CC proksimaline uzanmaktadır. Bulgular tip 2b Takayasu Arteriti ile uyumlu şeklinde raporlandı. Hasta Takayasu Arteriti tanısıyla tedavi ve takibe alındı.

Anahtar Kelimeler: crohn, vaskülit, takayasu arteriti

PP-016

Nadir Lösemi Alt Tipi: Akut Bilineal Lösemi

Begüm Küver¹, Yıldız İpek², Işık Atagündüz²

¹Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Hematoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Mikst fenotipik akut lösemiler (MPALs), birden fazla hücre dizisine ait antijenler taşıması nedeniyle bir hücre dizisiyle kesin bağlantısı kurulamayan lösemilerdir. Eski sınıflamada bifenotipik ve bilineal olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bifenotipik lösemide iki farklı diziye ait belirteçler tek blast klonunda bulunurken bilineal lösemideyse iki farklı diziye ait belirteçleri içeren iki farklı blast klonu bulunmaktadır. Bu vaka sunumunda nadir ve zor tanı konulabilen akut bilineal lösemi olgusu bildirilmiştir.

VAKA: 33 yaşında erkek hasta, gece terlemesi, halsizlik, ekimoz şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Yaygın lenfadenomegali, hepatosplenomegali mevcuttu. Tetkiklerinde lenfositozu, anemisi trombositopenisi dikkat çekti ve laboratuvar bulguları yaygın damar içi pıhtılaşma ile uyumluydu. Periferik yaymasında %65, kemik iliği aspirasyonunda %85 blast izlenen hastanın kemik iliği akım sitometrisinde popülasyonun %48'inde CD79a(+), CD19(+) ve Tdt(-) iken; %20'sinde CD33(+), CD117(+), MPO(-) idi. Akım sitometride lenfoid ve myeloid belirteçleri taşıyan iki farklı klon izlendi. Kemik iliği patolojisinde, %35 oranında PAX5(+), Tdt(+), CD34(-), CD20(-) Blenfoid tipinde immatür hücreler, %40-45 oranında MPO(+), CD34(-) myeloid karakterde immatür hücreler izlendi. Sitogenetik incelemesinde t(9:22) negatif olup 11q23 anomalisi saptandı. Mevcut bulgularla hastaya akut bilineal lösemi tanısı konularak akut lenfoblastik lösemi (ALL) tedavisine başlandı.

Hypercvad-a kolu sonrasında kemik iliği biyopsisi remisyondayken, 1 hafta sonra bacak ağrısıyla başvuran hastada tromboz saptanıp antikoagülan tedavi başlandı. Takiplerinde solunum sıkıntısı gelişince masif pulmoner emboli saptandı. Gönderilen trombositopeni panelinde özellik izlenmedi. Antikoagülan altında tekrarlayan trombozları ve yeni gelişen trombositopenisi üzerine heparin ilişkili trombositopeni ön tanısı ile bakılan anti-PF4 pozitif saptanıp fondaparinux tedavisine geçildi. Trombositopeni ve anemi gelişmesi üzerine yapılan kemik iliği biyopsisinde blast artışı saptanınca FLAG-İDA tedavisine geçildi. Tedavi sonrasında remisyon elde edilen hastada yüksek riskli lösemi nedeniyle kemik iliği transplantasyonu planlandı.

TARTIŞMA: Akut bilineal lösemi tedavi direnci nedeniyle yüksek riskli, nadir lösemi alt tipidir. Tanı konmasının güçlüğü yanında tedavi yaklaşımı net değildir. Vakamız bilineal lösemi ve 11q23 anomalisi nedeniyle yüksek riskli olup ALL ve AML kurtarma tedavilerinde yeri olan FLAG-IDA ile remisyon sağlanmış ancak tekrarlayan yaygın trombozlarla komplike olmuştur. Tromboz eğilimi lösemiler içerisinde en sık AML-M3'de beklenirken bilineal lösemiyle ilgili sınırlı sayıda vaka sunumlarında tromboz eğiliminden bahsedilmemektedir. FLAG-IDA tedavisi bilineal lösemi olgularında transplanta köprü tedavisi olarak uygun görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilineal, mikst fenotipik, tromboz, lösemi, nadir

PP-017

Lyme Olgu Sunumu

Volkan Yazman, Nevra Karademir, Seydahmet Akın, Özcan Keskin
SBÜ Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Lyme hastalığı, Ixodes türü keneler tarafından taşınan bir spiroket olan Borrelia burgdorferi'nin neden olduğu multisistemik enfeksiyöz bir hastalıktır. Klinik bulgular enfeksiyonun seyri boyunca evrelere göre değişmektedir. Lyme hastalığının erken tanısı deri bulgularının tanınmasına bağlıdır. Olguların yaklaşık %80'i deri bulguları gösterir. Başlıca kutanöz işareti de eritema migrans'tır (resim 1). Serolojik testler klinik tanının desteklenmesi için kullanılabilir. Erken tanı önemlidir, çünkü tedavi edilmemiş enfeksiyon kalp, sinir sistemi veya eklemleri tutarak ilerleyici hastalıkla sonuçlanabilir.

OLGU: Elliye yedi yaşında kadın hasta yüz felci, şiddetli yüz ağrısı-kulak ağrısı-kol ağrısı, aynı bölgelerde uyuşma, boyun ve gövdede kızarıklık-şal benzeri döküntü ile dahiliye polikliniğine başvurdu. Bir ay önce şüpheli bir böcek ısırığı sonrası yakınmalarının başladığını, özellikle baş ağrısı ve yüzde kızarıklık meydana geldiğini ifade ediyor. sonrasında ısırık bölgesinde uyuşma, yüzde kayma nedeniyle gittiği merkezde periferik fasyal paralizi düşünülerek steroid başlanmış. yakınmaları ve özellikle ağrısı giderek artan hasta dahiliye polikliniğine başvurmuş. Muayenesinde şuur açık, koopere, yüzde sol boyun bölgesini de içine alan yaygın hiperemi mevcuttu. TA:120/80mmHg, Nb:80*/dk. AA:37°C. Nörolojik muayenesinde: bilateral fasyal paralizi, DTR ler doğal, diğer kraniyal sinirler doğal, ense sertliği yoktu. Organomegali ve lenfadenomegali saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerine WBC:11800/mm3(%65 PNL hakimiyeti), CRP:7mg/L Na+:131mmol/l(135-146) dışında diğer tetkikler normal sınırlarda bulundu. Şüpheli böcek ısırığı, yüzde eritem ve bilateral fasyal paralizi anamnezi nedeniyle Lyme düşünülerek istenen boriella ıgM-ıgG:pozitif saptandı. BOS da protein artışı mevcuttu. Lyme tanısı konulan hastaya seftriakson 2x2 gr İV başlandı. Hastanın yakınmaları bir hafta içinde dramatik olarak geriledi. Enfeksiyon hastalıkları takibiyle doksisisiklin başlanarak taburcu edildi.

TARTIŞMA: Tedavisiz olgular 3 dönemde ilerler:erken lokal enfeksiyon,erken dissemine enfeksiyon ve geç persistant enfeksiyon dönemi(şekil 1). Hastamız 2. evreye uymaktaydı. Bu evrede nörolojik hastalık tabloları ve miyoperikardit bulguları ön plandadır. Bannwarth sendromu olarak adlandırılan radiküler ağrı,periferik parezi ve fasyal paralizi tablo tanıda çok önemlidir. Özellikle kırsal bölgelerde kene ısırığı öyküsü olmasa da eritem ve bilateral fasyal paralizi görüldüğünde Lyme hastalığı akla gelmelidir. Nadir görülmesi nedeniyle olguyu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Lyme hastalığı, fasyal paralizi, eritema marginatum

Resim 1



Hastalığa özgü eritema marginatumun klasik görünümü

Resim 2



Hastanın yatış sırasında görünümü, bilateral fasyal paralizi ve yüzde yaygın eritem

PP-018

Aplastik Anemi ile Başvuran Bir Graves Olgusunun Tedavisi

Aynure Rustamzade, Ceren Uzunoğlu, Hülya Gözü

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı

GİRİŞ: Graves hastalığı hipertiroidizm, guatr, oftalmopati ve dermopatinin değişen kombinasyonu ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Çevresel faktörler yardımı ile, yardımcı T hücreler B lenfositleri uyarak tiroid hormon reseptörüne karşı antikor yapımını başlatır. TSH-R stimule eden antikor tiroisitleri uyarak büyümelerini ve aşırı hormon salgılamalarını sağlar. Hipertiroidi düşündürülen bulgu ve belirtiler ile baş vuran hastada laboratuvar olarak baskılanmış TSH ile birlikte yüksek sT4 ve ya sT3 bulunması aşık hipertiroidii gösterir. Hipertiroidinin ayırıcı tanısında en önemli diagnostik metod tiroid sintigrafisidir(99mTc veya RAI) Graves hastalığına bağlı hipertiroidi tedavisinde antitiroid ilaç(ATİ), Tiroid ablasyonu (radyoaktif I131) veya cerrahi seçenekleri mevcuttur. Bu tedavilerin hastaya spesifik seçilmesi ve uygulanması gereklidir. Thionamid ATİ grubu ilaçların en önemli yan etkilerinden biri, lökopeni ve agranülositoz'dur. Bu yan etkiler nadir olmasına rağmen, önemli olduğu için, hastalar hem klinik yönden izlenmeli, hem de gerektiğinde lökosit takibi yapılmalıdır. Bu vaka sunumunda hipertiroidi kliniği ile baş vuran aplastik anemi tanılı hastaya ATİ tedavisi verilemeyeceği için cerrahi tedavi kararı verilerek, operasyon hazırlığı için alternatif medikal tedavi yapılan bir olgu bildirilmiştir.

VAKA: 54 yaşında kadın hasta, aplastik anemia nedeniyle hematoloji tarafından tedavisiz takip altında olurken, kilo kaybı, çarpıntı, sinirlilik şikayetleri gelişmesi üzerine bakılan tsh değeri <0.015 mU/mL, sT4 3.41(0.61-1.12), sT3 12.11(2.6-4.7) olarak bulunmuş ve endokrinoloji bölümü polikliniğine yönlendirilmiştir. Baskılanmış TSH, yüksek sT4 ve sT3 saptanan hastaya aşık hipertiroidi tanısı konuldu. Etiolojiye yönelik tiroid sintigrafisi yapıldı. Yapılan sintigrafide, tiroid bezinde homojen artmış diffuz aktivite tutulumu, Graves saptandı. Graves hastalığının primer tedavisi antitiroid ilaç tedavisi olmasına rağmen aplastik anemi tanılı hastaya kemik iliği toksitesi nedeniyle Propiltiourasil veya metimazol tedavisi başlanamadı. Bu yüzden hastaya cerrahi tedavi kararı verilerek, cerrahiye hazırlık amacı ile kolestiramin 3x9 gr ve dekort 2x0.5 mg olarak başlandı. Yaklaşık 2 ay medikal tedavi sonrası bakılan tsh < 0.015 mU/mL, sT4 0.97, sT3 3.71 subklinik ötiroid olarak gözlemlendi ve Hasta total tiroidektomi operasyonuna yönlendirildi.

Anahtar Kelimeler: aplastik anemi, graves hastalığı, alternatif tedavi

PP-019

Nadir Görülen bir Granümatöz Mastit Olgusu: Eritema Nodosum ve Artrit ile Birliktelik

Ceren Uzunoğlu¹, Ümmügülsüm Gazel², Haner Direskeneli²

¹Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: İdiopatik granümatöz mastit(IGM) seyrek görülen, genellikle 30-45 yaş arasında, reproduktif dönemdeki kadınları etkileyen, nonkazeifiye granülomlar ile karakterize, benign bir hastalıktır. Meme kanserini taklit ettiğinden ayırıcı tanıda önemli bir yere sahiptir. Zaten seyrek görülen IGM'in eritema nodosum(EN) ve artrit ile birlikteliği literatürde nadir görülmektedir. Olgumuzda EN ve artrit ile seyreden İGM vakası anlatılmıştır.

OLGU: 26yaşında, multipar, bilinen hastalığı ve oral kontraseptif dışında ilaç kullanımı olmayan kadın hasta; 2ay önce sol meme üst dış kadranda gelişen yaklaşık 5-6cm çapında ağrılı, kızamık kitleyle başvurmuş. Mastit düşünülerek antibiyoterapi başlanmış ancak semptomları düzelmeyince yapılan MemeUSG'de sol meme saat1-2 hizasında 7x2cm boyutunda yoğun içerikli,koleksiyon benzeri görünüm saptanmış. Trucut meme biyopsi patoloji sonucu; aktif kronik inflamasyon, granülamatöz mastit ile uyumlu görülmüş. Bu süreçte; bilateral bacaklarının ekstansör yüzünde palpe edilebilen,hiperemik,ağrılı,sert nodülleri gelişmiş,yapılan biyopsi pannikülit ile uyumlu gelmiş. Takibi sırasında artrit semptomları da gelişmesiyle hasta tarafımıza başvurdu. FM; sol meme üst dışta hassas,ağrılı,sıcaklık artışı olan sert kitle, hassas ve şiş bilateral dirsek,el bileği,diz,ayak bilek eklemleri ve bacaklarının ekstansör yüzünde sert,hiperemik nodüler lezyonları mevcuttu. Anamnezinde son 2,5ayda 16kg kayıp, gece terlemesi,sabahları 3-4saat süren sabah tutukluğu vardı. Ateş öyküsü yoktu. 3çocuk sahibi, en son 1,5yıl önce emzirmişti. Sigara kullanmıyordu. Başvurusunda akut faz yüksekliği mevcuttu. Diğer granülamatöz durumları dışlamak adına yapılan tetkiklerde, Quantiferon:negatif, Toraks, boyun,batın BT'de patolojik bulgu yok, Serum ACE, 24 saatlik idrar kalsiyumu ve kan kalsiyumu normal saptandı; sarkoidoz, tüberküloz dışlandı. ANA, ENA, Romatoid faktör, C3-C4 normaldi. EN ve artrit ile seyreden İGM düşünülerek başlanan 32mg metilprednizolon ve kolşisin, yeterli yanıt alınamayınca 1mg/kg metilprednizolon dozuna çıkılıp, 15mg/hafta metatoksat eklendi. 2hafta sonunda hastanın AFR,negatifleşti, EN lezyonları ve artriti tamamen geriledi,memedeki kitlesinde küçülme ve yumuşama görüldü.

SONUÇ: Memede kitle, bacakta nodüller, eklem ağrısı ve kilo kaybı ile başvuran, meme biyopsisinde granülamatöz mastit saptanmasıyla araştırılıp, diğer nedenler dışlandıktan sonra İGM,EN,artrit birlikteliği düşünülen olguda metatoksat ve steroid tedavisi ile yanıt alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Artrit ve mastit, eritema nodosum ve mastit, idiyopatik granülamatöz mastit, granülamatöz mastit

Resim 1



sol memedeki endüre, şiş kitle

Resim 2



bacakların pretibial bölgesindeki eritemli, iyi sınırlı, nodüler lezyonlar, eritema nodosum

PP-020

Kafa Travması Sonrası Gelişen Hiponatremi ve Tedavide Tolvaptan Kullanımı

Simge Saydam¹, Mehmet Koç²

¹Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

GİRİŞ: En sık karşılaşılan elektrolit bozukluğu olan hiponatremi, hastane yatışlarının yaklaşık %20'sinde görülen ve mortalite nedeni olabilen önemli bir tablodur.

OLGU: Bilinen hastalığı olmayan 29 yaşında erkek hasta, inşaat iskelesinden düşerek kafa travması almış. Frontotemporal subaraknoid kanama ve subdural hematoma ile GKS 10 iken entübe edilerek yoğun bakım ünitesine devralınmış. Hasta, 10 gün yoğun bakım takibinin ardından beyin cerrahi kliniğine devredilmiş. Takibinde stabil olan hasta, serum sodyum değeri 133 mEq/L iken levetirasetam 2x500 mg ile taburcu edilmiş. Taburculuğundan 10 gün sonra mide bulantısı, kusma, baş dönmesi, halsizlik yakınmaları ile acil servise başvuran hastanın gelişinde; glukoz 108 mg/dL, Na:114 mEq/L, K:4,6 mEq/L, BUN:8 mg/dL ve serum osmolalitesi 237 mOsm/kg bulunmuş. Hipoosmolar hiponatreminin ayırıcı tanısı için yapılan diğer tetkiklerde spot idrar sodyum 162 mEq/L, idrar dansitesi: 1013, ürik asit 1,89 mg/dL, TSH:0,64 mU/L, bazal kortizol:11,68 mcg/dL olarak tespit edilmiş.

Hasta, uygunsuz ADH sendromu tanısıyla yatırılarak takip edildi. Levetirasetamın kesilmesi nöroloji bölümünce uygun bulunmadı. Tedavide sıvı kısıtlaması, tuzlu diyet, hipertonic salin, NaCl şase uygulandı. 850-950 mmol (yaklaşık 50-58 g NaCl) oral sodyum replasmanı yapılarak serum sodyum değeri 133 mEq/L'ye yükseltilebildi. Serum sodyumu bu seviyede iken tedaviye 7,5 mg tolvaptan eklendi. Tolvaptan tedavisiyle intravenöz sıvılar kapatılıp tuzlu diyeti ve NaCl şase dozu azaltılan hastanın serum sodyum değeri 6 saatte 136 mEq/L'ye, 12 saatte 140 mEq/L'ye yükseldi. Bu değerlerle taburcu edilen hastanın üç gün sonraki kontrol serum sodyum değeri 137 mEq/L olarak bulundu.

TARTIŞMA: Travmatik beyin hasarı, subaraknoid kanama gibi intrakraniyel olaylarda hiponatremi sıklığı %20-45'e ulaşabilmektedir. Bunların çoğunda hiponatreminin nedeni uygunsuz ADH sendromudur. Ayırıcı tanıda beyin hasarına eşlik edebilen bir diğer sendrom olan serebral tuz kaybı yer almakla birlikte; hastamızın kliniği, antiepileptik kullanımı, spot idrar sodyum yüksekliği ve ürik asit düşüklüğü uygunsuz ADH sendromunu düşündürmüştür. Son yıllarda uygunsuz ADH sendromu tedavisinde AVP antagonistlerinin kullanımı yaygınlaşmıştır. Olgumuzda da tolvaptan ile etkin idame tedavisi sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: hiponatremi, kafa travması, tolvaptan, uygunsuz ADH sendromu

PP-021

Tiroidektomi Öyküsü Olan Hastada 10 Sene Sonra Akciğer ve Lenf Nodu Metastazıyla Prezente Olan Papiller Tiroid Kanseri Olgusu

Ceyda Dinçer Yazan, Dilek Gogas Yavuz

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

GİRİŞ: Tiroid papiller karsinomu tüm tiroid kanserlerinin %80-90'ını oluşturmaktadır. Türkiye'de kadınlarda görülen en sık ikinci kanserdir ve erkeklere göre 4 kat daha sık görülmektedir. Klinik başvurusu genellikle palpe edilen veya rastlantısal saptanan tiroid nodülü şeklindedir. Bu olgu sunumunda bilinen papiller tiroid karsinomu tanısı olmayan, tiroidektomiden 10 sene sonra akciğer ve lenf nodu metastazı ile prezente olan bir olgu sunuyoruz.

OLGU: Bilinen herhangi bir hastalığı olmayan 65 yaşında kadın hasta boyunda ele gelen şişlik şikayetiyle başvuruyor ve 10 sene önce multinodüler guatr sebebiyle tiroidektomi öyküsü olan, patoloji sonucuna ulaşamayan hastanın boyun ultrasonografisinde tiroid glandı sağ lojunda 10x7 mm boyutlu gland dokusu ve sağ level 3'te 39x29x51 mm, sol level 3-4 düzeyinde 33x22 mm hipoekoik solid kitle lezyonu izlenerek kulak burun boğaz bölümüne yönlendiriliyor. İnce iğne aspirasyonu patolojik incelemesi sonrası papiller tiroid karsinomu ile uyumlu gelmesi üzerine tiroid loj eksplorasyonu ve bilateral boyun diseksiyonu uygulanan hastanın patolojisinde papiller karsinom ve her iki taraftal birer adet dominant metastatik lenf nodu saptandı. Hastanın postoperatif bakılan tiroglobulin değeri 14141 ng/dl gelmesi üzerine hastaya metastaz değerlendirme açısından yapılan akciğer tomografisinde her iki akciğer parenkiminde büyüğü sağ akciğer orta lob medial segmentte 18 mm çapında olmak üzere birkaç adet metastaz ile uyumlu olabilecek nodül saptandı. Yüksek tiroglobulin seviyeleri sebebiyle tiroid papiller kanseri akciğer metastazı olarak değerlendirilen hasta yüksek doz radyoaktif iyot tedavisi açısından nükleer tıp bölümüne yönlendirildi, tedavi sonrası I131 ile tüm vücut tarama ve TSH supresyon tedavisi ile takibi planlandı.

SONUÇ: Papiller tiroid karsinomu genellikle yavaş seyirli ve iyi prognozludur. En sık bölgesel lenf nodlarına metastaz yaparlar ve tanı anında %20-50' sinde klinik veya mikroskopik servikal lenf nodu metastazı mevcuttur. Total veya totale yakın tiroidektomi yapıldığında nüks ihtimali düşük olsa da yıllar sonra bölgesel nüks ya da uzak metastaz ile prezente olabilirler. Bu sebeple hastaların tiroglobulin, antitiroglobulin ve boyun ultrasonografisi ile uzun dönem takibi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: papiller, tiroid, lenf nodu, akciğer

PP-022

Endokardit ile Seyreden Bir Sistemik Lupus Eritematozis Olgusu

Özge Yetginoğlu¹, Sema Kaymaz Tahra², Yasemin Şahinkaya², Rafi Haner Direskeneli²

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

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

GİRİŞ: Nedeni bilinmeyen ateş ayırıcı tanısında sistemik lupus eritematozis(SLE) hem tanı,hem de tedavi sürecinde (immünsupresif ajanların kullanılıyor olması nedeniyle) eşlik edebilecek enfeksiyöz patolojiler açısından dikkatli değerlendirilmesi gereken en önemli bağ dokusu hastalığıdır.

VAKA: 37 yaşında kadın hasta; yaklaşık 5 sene önce SLE tanısı almış, tedavisi mikofenolik asit ve prednizolon tablet olarak devam ettiriliyor. Hasta polikliniğe bulantı, oral alımda azalma, nefes darlığı, kilo kaybı ve ateş şikayetleri ile başvurdu. Pansitopeni ve akciğer grafisinde plevral efüzyon saptanan hastanın ileri değerlendirilmesi amacı ile hospitalizasyonu yapıldı. İncelemede parmak uçlarında lineer hemorajik çizgilenmeler gözlemlendi ve dinlemekle solunum sesleri bazallerde azalmış olarak bulundu. Hastalık aktivasyonu düşünülerek 1000 mg pulsekortikosteroid(KS) verilmesi planlandı. Ancak premedikasyona rağmen infüzyonun 15. dakikasında 39C ateş ve taşikardi olması üzerine KS infüzyonu durdurularak kan kültürleri alındı. Toraks BT'de infiltrasyon olması üzerine hastaya piperacilin tazobaktam ve siprofloksasin tedavisi de başlandı. Ateş esnasında alınan periferik kan kültürlerinde iki şişede salmonella üremesi tespit edildi. Klinik bulguları birlikte değerlendirildiğinde "39C ateş, periferik kan kültüründe salmonella üremesi, parmak distallerinde hemorajik lezyon (janeway lezyonu?)" olması üzerine hastada infektif endokardit şüphesine yönelik transtorasik ekokardiyografi(EKO) planlandı. EKO'da vejetasyon tespit edilemedi ancak şüphenin yüksek olması sebebiyle transözefageal EKO (TEE) planlandı. TEE'de "mitral kapak anterior yüzeyinde 6x5 mm boyutunda ekolusen kitleyle uyumlu görünüm" saptandı. Göz hastalıkları tarafından değerlendirilen hastada Roth spot saptanmadı. Mitral kapakta vejetasyon, 39C ateş, kültürde salmonella üremesi ve janeway benzeri lezyonlar olması üzerine 1 majör ve 3 minör kriterin karşılanmasıyla infektif

endokardit tanısı kondu. Kontrol periferik kan kültürlerinde üreme saptanmayan hastanın tedavisi seftriakson olarak 4 hafta daha devam ettirildi. Tedavi süresince ateşi tekrarlamayan hastanın intravenöz tedavisinin tamamlanmasının ardından mikofenolat mofetil PO tedavi ile kontrol TEE planlanarak taburculuğu planlandı.

SONUÇ: İnfektif endokardit tanı koyması güç olan nadir ateş sebeplerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle immünsupresif tedavi geçmişi olan hastalarda klinik şüphenin yüksek olması halinde infektif endokarditin de olası tanılar arasında düşünülmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ateş, İnfektif Endokardit, Sistemik Lupus Eritematozis

PP-023

Metastatik Akciğer Kanseri Nivolumab Tedavisi Sonrası Gelişen Pnömonit Vakası

Tuğçe Kübra Güneş¹, Ezgi Şimşek¹, Tuğba Başoğlu Tüylü², Perran Fulden Yumuk²

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

70 yaşında KAH, HT, KOAH, siroz ve gut tanılı erkek hasta Nisan 2018'de anemi nedeni ile tetkik edildi. Malignite ön tanısı ile yapılan üst ve alt gastrointestinal endoskopisinde patoloji izlenmedi. Çekilen toraks BT'de sağ akciğer alt lob posterobazalde düzensiz sınırlı kitle ve mediastende lenfadenopati görüldü. PET/-BT'de; sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte izlenen 25 x 24 mm çapında konturları düzensiz kitle, karina düzeyinde 8R no'lu lenfatik istasyona uzanım gösteren yaklaşık 25 mm çapındaki lenf nodu görüldü. Hastaya tanısal amaçlı EBUS ile biyopsi yapıldı ve patoloji sonucu skuamöz hücreli akciğer kanseri ile uyumlu geldi. Lokal ileri hastalık olması nedeni ile paklitaksel-karboplatinle eş zamanlı definitif radyoterapi verildi. Takiplerinde hepatik ensefalopati nedeni ile başvuran hastada çekilen üst batin MRG'da karaciğerde 2x3 cm boyutunda kitle tespit edildi. Pet/BT'de karaciğerde ön planda segment VII'de izlenen hipodens lezyonda patolojik karakterde FDG tutulumu (SUVmax=4.5) izlendi. Progrese hastalık kabul edilerek hasta onayı ile 2. seri nivolumab 200 mg/gün (14 günde bir tekrar) tedavisi planlandı. Hastanın nivolumab tedavisi sonrası 3. günde oksijen ihtiyacında artma, genel durumda bozulma izlendi. Kan gazında parsiyel oksijen basıncında düşüklük, hemogramda bisitopeni (anemi/trombositopeni) görüldü. PA-Akciğer grafisinde yaygın infiltrasyonlar görüldü (resim 1). Pnömonit düşünülerek göğüs hastalıklarına konsülte edilen hastaya immün ilintili grad 2 yan etki nedeni ile prednol 32 mg/gün başlandı. Prednol tedavisinin 48. saatinde kontrol akciğer grafisinde mevcut infiltrasyonların tama yakın gerilediği izlendi (resim 2). Hastanın oksijen ihtiyacında geriledi. Prednol devam edildi ve nivolumab tedavisi ertelendi. İmmünoterapilere bağlı yan etkiler; güncel tedavi rehberleri ile daha yakından bilinmesi ve erken müdahale edilmesi gereken tedavi rejimleridir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, immünoterapi, pnömonitis

PP-024

C282Y Homozigot Mutasyonu Taşıyan Hereditör Hemokromatozis Vakası

Tuğba Tolu¹, Coşkun Özer Demirtaş², Yusuf Yılmaz²

¹Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

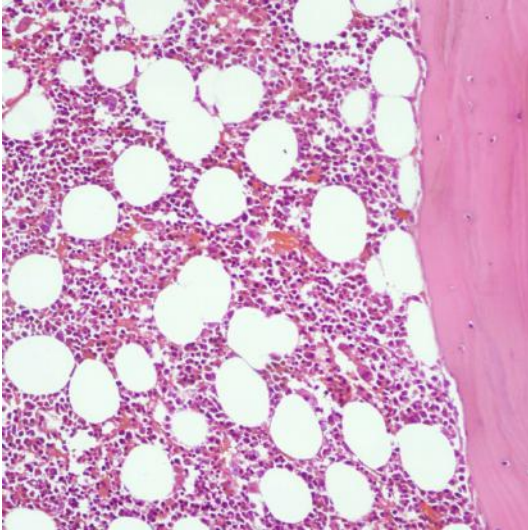
GİRİŞ: Hereditör hemokromatozis (HH); özellikle karaciğer, pankreas, kalp başta olmak üzere vücutta aşırı miktarda demir birikimi görülen otozomal resesif geçişli demir metabolizma hastalığıdır. Karaciğer sirozu, hepatosellüler karsinom, diyabetes mellitus, artropati, kardiyomyopati, ciltte hiperpigmentasyon gibi sistemik tutulumlar yapabilmektedir. Ülkemizde sadece birkaç ailede C282Y homozigot mutasyon saptanmış olup burada; transaminaz yüksekliği ile tarafımıza başvuran C282Y homozigot mutasyonu taşıyan HH vakası sunulmuştur.

VAKA: 36 yaşında erkek hasta, işyerinde yapılan rutin tetkiklerinde transaminaz yüksekliğiyle tarafımıza yönlendirildi. Kronik hastalığı yok, aktif şikayeti yoktu. Öyküsünde ağız kuruluğu, ara ara diz eklemlerinde ağrı ve cinsel isteksizlikten bahsetti. Fizik muayenede ciltte koyulaşma görüldü. Laboratuvarı: Hgb:17,5g/dL Htc:%48,3, PLT:183,000/mm³, INR:0,99 AST:54U/L, ALT:103U/L, demir:240mcg/dL, total demir bağlama kapasitesi:251mcg/dL, ferritin:540ng/mL, transferrin saturasyonu:%95, açlık kan şekeri:94mg/dL, OGTT 2. saat kan şekeri:253mg/dL saptandı. Kemik iliği biyopsisinde; depo demirde ve eritroid seride artış görüldü (Resim 1,2). Hepatit serolojisi, otoimmün markırları ve transaminaz yüksekliğine yönelik yapılan diğer tetkikleri normal saptandı. Batin MR'da hepatosplenomegali saptandı. Gen analizi sonucunda HFE C282Y homozigot mutasyon pozitifliği saptandı. Hastaya HH tanısı konuldu. 2 haftalık periyotlarla flebotomi programına alındı. Tüm aile bireylerine hemogram, ferritin, transferrin saturasyonu tetkikleri önerildi. Genetik mutasyon analizi konusunda aile bireyleri bilgilendirildi.

TARTIŞMA: HH; nadir görülen, tanısında serum ferritin düzeyi, transferrin saturasyonu ve genetik testler kullanılan bir hastalıktır. Serum ferritin düzeyi:1000ng/mL'nin, transferrin saturasyonu: %50'nin üzerinde saptanan hastaların %90'dan fazlasında hemokromatozis saptanmaktadır. Serum ferritin düzeyi:200ng/mL, transferrin saturasyonu: %45'in üzerinde saptanan vakalarda HH açısından ileri tetkik planlanmalıdır. Bu vakalarda genetik mutasyon ve karaciğer biyopsisi mutlaka gerekmektedir. Bizim vakamızda yüksek ferritin ve transferrin saturasyonu saptanması üzerine yapılan HFE gen mutasyon analizi sonucunda HH tanısı konmuştur. HFE gen mutasyon analizi sonucunda ülkemizde nadir görülen C282Y homozigot mutasyon pozitifliği tespit edilmiştir. Genetik mutasyona ciltte hiperpigmentasyon, diyabet, artropati, impotans gibi HH'nin karakteristik özellikleri eşlik ediyordu. Güncel kılavuz önerileri doğrultusunda tüm aile bireylerine HFE genetik mutasyon analizi yapılması ve mutasyon negatif saptanan bireylere senelik ferritin düzeyleriyle takip önerildi.

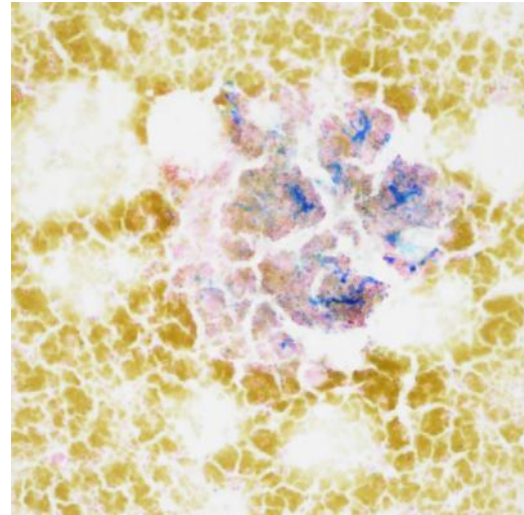
Anahtar Kelimeler: Herediter Hemokromatozis, C282Y gen mutasyonu, flebotomi

HE boyası



Eritroid seride hafif artış görülen kemik iliği biyopsisi, hematoksilen-eozin boyama

prusya mavisi boyası



Depo demirde artış görülen kemik iliği aspirasyonu, Prusya Mavisini boyaması

PP-025

Refrakter İmmün Trombositopeni Tedavisinde Danazol Kullanımı

Seda Jeral, Yıldız İpek, Tayfun Elibol, Tarık Ercan, Asu Fergün Yılmaz, Işık Atagündüz, Tülin Fırat Tuğlular
Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: İmmün trombositopeni (ITP), otoimmün mekanizmalar ile trombosit yıkımının artmasına bağlı olarak izole trombositopeni ve mukokütanöz kanamalarla karakterize edinsel bir hastalıktır. Trombositopeni dalakta makrofajlar tarafından otoantikor bağımlı yıkım ve kemik iliğinde otoantikor veya sitotoksik T hücrelerine bağlı megakaryosit hasarına bağlı oluşabilmektedir. Refrakter ITP, tedavi altında veya sonrasında trombositopenik seyreden hastada kanama bulguları veya tedaviyi gerektirecek klinik koşulların varlığında kullanılan bir terimdir. Bu olguda refrakter ITP tanısı ile takip edilen ve çoklu immünsupresif tedavi sonrasında Danazol ile yanıt alınan hasta sunulmuştur.

OLGU: 29 yaşında kadın hasta, Aralık 2007'de trombositopeni nedeni ile araştırılarak ITP tanısı aldı. Hastaya 1 mg/kg/gün Prednol tedavisi başlandı. Trombosit değerlerinde beklenen yanıt alınamayan hastaya Mayıs 2008'de steroid refrakter ITP tanısı ile splenektomi uygulandı. Splenektomi sonrası 6.ayda yapılan kontrollerinde plt:6000/uL saptanarak hastaya tekrar 1 mg/kg/gün steroid tedavisi başlandı. Steroid tedavisi altında femur başı nekrozu ve osteoporoz gelişmesi üzerine tedaviye devam edilemedi. Refrakter ITP tanısı ile takibe alınan hasta rituksimab, siklosporin, azatioprin, vinkristin, eltrombopag tedavileri kullandı (2008-2013). Multiple ve kombine immünsupresif tedaviye refrakter olan ve yan etkileri nedeniyle steroid tedavisi verilemeyen hastaya Eylül 2018'de Danazol 100 mg başlandı. Danazol tedavisinin 15.günüde yanıt alındı (plt:206000). Hasta halen Danazol 100 mg, Azatioprin 100 mg ve Siklosporin 75 mg altında remisyonda takip edilmektedir.

TARTIŞMA: Splenektomi sonrasında %20 olguda hemostazı sağlamaya yetecek kadar trombosit düzeyi sağlanamayabilmektedir. Kanama varlığı veya tedavi gerektirecek klinik durumların varlığında rituksimab, TPO mimetikler, azatioprin, vinka alkaloidleri, siklofosfamid, danazol, siklosporin, dapson, mikofenolat mofetil tedavi seçenekleri olarak kullanılmaktadır. Refrakter ve kanama bulguları olan olgularda, birden fazla ilaca cevapsızlık durumunda kombine kemoterapiler (Siklofosfamid, prednizon, vinkristin, azatioprin veya etoposid) verilebilir.

Çoklu immunsupresif tedavilere refrakter vakalarda Danazolün tek başına ve kombine olarak kullanılabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: refrakter immün trombositopeni, splenektomi, danazol

PP-026

Karaciğerin Nadir Görülen Multikistik Hastalığı: Von-Meyenburg Kompleksi

Zeynep Alaca Topçu¹, Coşkun Özer Demirtaş², Rabia Ergelen³, Feyza Gündüz²

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

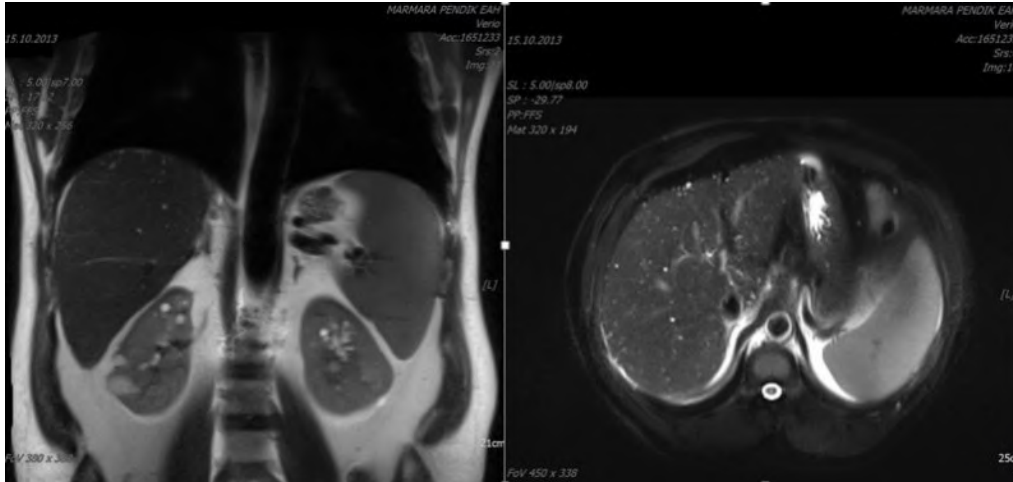
GİRİŞ: Multikistik Biliyer Hamartom biliyer kanal hamartomları ile karakterize, karaciğerin nadir görülen kistik bir hastalıdır. Hastalık aynı zamanda hastalığı bulan kişinin adı ile 'Von-Meyenburg Kompleksi (VMK)' olarak adlandırılmakta ve intrahepatik safra kanallarının gelişimsel benign malformasyonuna bağlı gelişmektedir. Tanısı radyolojik olarak konulmakla birlikte, şüphe durumunda metastazı ekarte etmek için biyopsi gerektirir. Otopsi serilerinde insidansı %0,69-2,8 arasında saptanmıştır. Büyük çoğunluğunun benign seyretmesi ve cerrahi gerektirmemesinin yanında nadiren malignite gelişimi bildirilmiştir. Karaciğerde multipl kitlesel lezyon görüntüsü oluşturması sebebiyle maligniteden ayırımı zor olabilmektedir. Burada Kronik HBV-HDV ko-enfeksiyonu ile VMK birlikteliği olan bir vaka sunulmuştur.

VAKA: Elli üç yaşında erkek hasta, 2 aydır olan kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Bilinen hastalığı yoktu, fizik muayenesi normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde ALT ve GGT'de iki kat kadar yükseklik vardı. Bilirubin değerleri normaldi. Serolojik tetkiklerinde HBsAg ve Anti-delta pozitifliği saptanması üzerine bakılan HBV DNA:528 IU/mL, HDV RNA:9550 IU/mL bulundu. AFP normaldi. Batın ultrasonunda karaciğerde çok sayıda milimetrik boyutlarda, dağınık yerleşimli kistler saptandı. Magnetik Rezonans görüntülemeye, karaciğerde çok sayıda düzensiz kistik nodüller T1 ağırlıklı görüntülemelerde hipointens, T2 ağırlıklı görüntülemelerde hiperintens olarak izlendi. Her iki böbrekte en büyüğü 2 cm olan kistler saptandı. Tipik radyolojik bulguları ile karaciğerdeki kistler multikistik biliyer hamartomlar olarak değerlendirildi. 6 ay sonra kontrol batın MR'da kistler sabit boyutta ve sayıdaydı. Oral antiviral ve 48 haftalık pegile interferon tedavisi ile HBV DNA ve HDV RNA negatifleşti. Transaminazlar ve kolestaz enzimleri normale döndü. 5 yıllık takip döneminde hastanın karaciğerdeki kistik lezyonlarında artış veya boyut değişikliği olmadı. Malign transformasyon gözlenmedi.

TARTIŞMA: Multikistik Biliyer Hamartom karaciğerin nadir görülen kistik bir hastalığı olup, karaciğerde çok sayıda kistik lezyon varlığında tanıda düşünülmesi gerekir. Hastalığın diğer kistik hastalıklardan karaciğer metastazı, basit karaciğer kisti, mikroabse, polikistik karaciğer hastalığı ve Caroli hastalığı ile ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir. Özellikle başka bir malignitesi olan ve kronik karaciğer hastalığı olan kişilerde malignitenin ekarte edilmesi için biyopsi düşünülmelidir. Normal popülasyona göre artmış kolanjiosellüler karsinom riski sebebiyle uzun süreli takip önerilir.

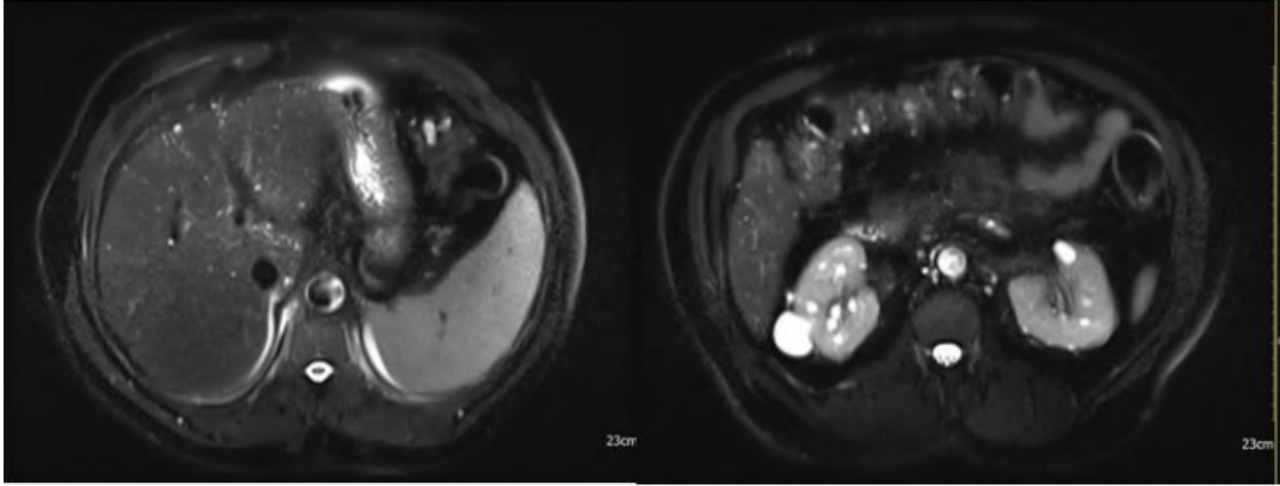
Anahtar Kelimeler: Von meyenburg kompleksi, karaciğerin kistik hastalığı, malign transformasyon

Resim-1



Tanı anındaki batın MRG incelemesinde T2 ağırlıklı görüntülemeye çok sayıda milimetrik hiperintens kistik lezyonlar (von meyenburg kompleksi) ve her iki böbrekte çok sayıda kist

Resim-2



5. yıl batin MRG incelemesinde T2 ağırlıklı görüntülemeye karaciğer ve böbrekteki kistler (boyut ve sayı artışı yok)

PP-027

Trombotik Trombositopenik Purpura Tedavisinde Ritüksimab Deneyimi

Selma Şengün, Özen Dedeoğlu, Belgin Aldağ, Asu Fergün Yılmaz, Tayfur Toptaş, Tülin Fırat Tuğlular
Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Trombotik trombositopenik purpura (TTP) mikroanjiopatik hemolitik anemi (MAHA), trombositopeni, nörolojik bulgular, böbrek yetmezliği ve ateş ile karakterize hayatı tehdit eden bir hastalıktır. Nörolojik bulgular; başağrısı, mental değişiklikler, şuur durumunda değişiklik, nöbetler ve fokal nörolojik defisitlerdir. Bu paragrafta TTP hastasında ritüksimab deneyimimizi paylaştık.

OLGU: 53 yaş erkek hasta yeni başlayan sarılık, 3 gündür devam eden kusma, dış eti kanaması, çay rengi idrar ve balgamda kan şikayetleri ile acile başvurdu. Acilde yapılan muayenesinde alt ekstremitelerde 4 gündür süren ekimozlar ve el bileğinde peteşiler dikkat çekti. Başvuru anı laboratuvar bulguları hgb:8 g/dl plt: 17000/uL kreatin:1.44mg/dl total bilirubin: 3.05mg/dl direkt bilirubin:0.46mg/dl d-dimer: 3,63ug/ml fibrinojen:520mg/dl ldh:1891 idi. Takiplerinde bilinç bulanıklığı ve konuşma bozukluğu gelişti. Böbrek yetmezliği, anemi, trombositopeni ve nörolojik bulguları olan hastada TTP ön tanısı ile periferik yayma istendi. Periferik yaymada fragmente eritrositler gözlemlendi. Hastaya ADAMTS-13 antijeni ve aktivitesi istenerek plazmaferez ve steroid tedavisi başlandı. Nörolojik semptomlara yönelik yapılan nöroloji konsültasyonunda ensefalit ekarte edilemediği için hastaya ensefalit tedavisi eklendi. Bakılan ADAMTS-13 düzeyi ve aktivitesi düşük, inhibitörü yüksek saptanarak hastanın TTP tanısı kesinleştirildi. Plazmaferez tedavisi başlanan ve ilk plazmaferez uygulaması sırasında epileptik nöbet geçiren hastaya nöroloji tarafından levetirasetam başlandı. Plazmaferez uygulamasından sonra bilinç bulanıklığı, uyku hali düzelen hastanın laboratuvar değerleri de dikkate alınarak plazmaferez tedavisinin azaltılmasına karar verildi. Ancak gūnaşırı plazmaferez altında hastanın trombosit değerleri geriledi ve LDH yükseldi. Bu bulgular ile hastanın tedavisine ritüksimab 375 mg/m²/gün haftada bir toplam 4 doz olacak şekilde eklendi ve plazmaferez hergün olarak arttırıldı. Ritüksimab tedavisi altında laboratuvar bulguları wbc: 7500/uL hgb: 13 g/dl plt: 192000/uL kre:1.11 mg/dl LDH:250U/L idi. Ritüksimab ve plazmaferez ile remisyona giren hasta taburcu edildi ve poliklinik takiplerine devam edildi. Hasta halen hematoloji polikliniğinden remisyonda takip edilmektedir.

TARTIŞMA: TTP MAHA nedenlerindendir. Tedavisinde acil plazmafereze başlanması hayat kurtarıcıdır. Acil plazmaferez ile vakaların çoğunda yanıt alınmasına rağmen refrakter vakalarda ritüksimab kullanımı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Plazmaferez, Ritüksimab, Trombotik Trombositopenik Purpura

PP-028

Erişkin Hastada Pediatrik Tip Foliküler Lenfoma Olgu Sunumu

Tuğba Kıratlı¹, Fatma Geçgel², Işık Atagündüz²

¹Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Pediatrik tip foliküler lenfoma (PTFL), adolesan ve genç erişkinlerde daha sık görülebilen nadir bir lenfoma tipidir. Dünya Sağlık Örgütü lenfoid neoplazm sınıflaması 2016 revizyonunda ayrı bir sınıf olarak kabul edilmiştir. En sık boyunda lokalize lenf nodu (LN) tutulumuyla karşımıza çıkmaktadır. PTFL foliküler yapı içerisinde orta büyüklükte blastoid hücrelerle karakterize, %30'dan fazla Ki67 fraksiyonu ile yüksek grade histolojik özelliğe sahiptir. İmmunofenotipik olarak CD10, CD20, Bcl-6 (+), Bcl-2, MUM-1/IRF4 (-) ve Bcl-2/Bcl-6 rearanjmanı içermemektedir. Patolojik olarak agresif görünüme rağmen lokal tedavilerle sağkalım mükemmeldir. Bu olgu sunumunda, sebat eden servikal lenfadenomegalisi (LAM) olup üç yıllık takip sonucu tekrarlanan biyopside PTFL tanısı alan erişkin hasta bildirilmiştir.

22 yaşında erkek hasta, 6 aydır servikal bölgede mevcut olan LAM ile tarafımıza başvurdu. Mayıs 2013'te LN eksizyonel biyopsisinin patolojik değerlendirilmesi reaktif hiperplazi ile uyumlu bulunmuş ve olası enfeksiyöz etkenler dışlanmıştı. Ocak 2014'te boyun USG ile değerlendirilen hastada; sağ servikal zincirde en büyüğü 29x15 mm boyutunda korteksi kalınlaşmış birkaç adet ve sol servikal zincirde en büyüğü 10x4 mm olan ekojen hilusları izlenebilen birkaç adet LN saptandı. PET-CT' de sağ servikal seviye 2B'de ve sağ aksillada multipl malignite şüpheli LN saptandı. Mart 2014'te yapılan eksizyonel LN biyopsi sonucu reaktif hiperplazi ile uyumlu bulundu. Takibinde Temmuz 2016'da boyun BT'de sağ servikal zincirde en büyüğü yaklaşık 45x20 mm boyutlarında konglomerasyon gösteren, sol servikal zincirde milimetrik LN izlendi. Hasta eksizyonel LN biyopsi tekrarını kabul etmedi. Mart 2017'de boyun BT'de LN'da %15'lik boyut artışı saptandı. Nisan 2017'de sağ servikal LN'dan eksizyonel biyopsi yapıldı. Folikül alanlarında CD10 (-), bcl-6 (+), bcl-2 (-) ve CISH ile kappa (+)'liği gösterilmesiyle "PTFL" >%75 granüler patern, grade 3a tanısı konuldu. Evreleme amaçlı çekilen PET-CT'de bilateral servikal seviye 2b'deki LN'da suvmax:3.2 olan ve paraaortakaval en büyüğü 11x16mm boyutlu birkaç adet LN'da suvmax:2.7 olan FDG tutulumu saptandı. Kemik iliği biyopsi'sinde lenfoma tutulumu saptanmadı. Hasta 1 yıldır tedavisiz takip edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: foliküler, lenfoma, pediatrik

PP-029

Pulmoner Lenfanjiyoleimiyomatozis'te Sirolimus Deneyimi: İki Vaka Nedeni İle

Zeynep Mercancı, Derya Kocakaya, Şehnaz Olgun Yıldızeli, Sait Karakurt
Marmara Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım Anabilim Dalı

GİRİŞ: Lenfanjiyoleimiyomatozis(LAM), primer olarak üreme çağındaki kadınları etkileyen, nadir görülen multisistemik bir hastalıktır. Sporadik ya da tüberosklerozla birlikte olabilir. Pulmoner LAM, düz kas hücre infiltrasyonu ve parankimal kist oluşumuyla karakterize; klinik olarak ilerleyici dispne, tekrarlayan pnömotoraks, azalmış difüzyon kapasitesi, ilerleyici hava yolu obstrüksiyonu ve solunum yetmezliği şeklinde görülebilir. Radyolojide diffüz interstisyel infiltrasyon, ince duvarlı kistik lezyonlar görülür. Patogenezdeki yerinden dolayı mammalian target of rapamycin(mTOR) inhibitörlerinden olan sirolimus tedavide denenmiştir. Sirolimus ile yapılan çalışmalarda SFT, DLCO, efor kapasitesinde iyileşme gösterilmiştir. İlaç etkinliği için sirolimus kan düzeyinin 5-10ng/ml arasında tutulması önerilmektedir. Bu bildiride tüberoskleroz-pulmoner LAM tanılı iki vakanın sirolimus tedavisiyle alınan sonuçlarına yer verilmiştir.

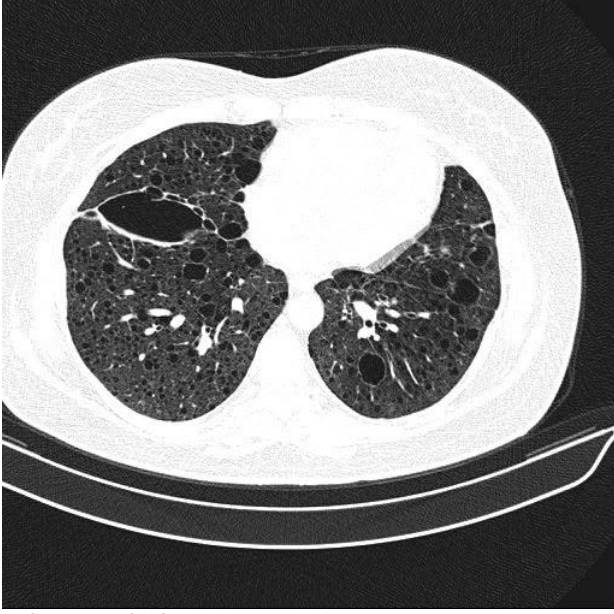
VAKA-1: 2001 yılında makroskopik hematüri, sağ renal hematoma ve embolizasyon öyküsü sonrası asemptomatik seyreden, 2010 yılında yine hematüri nedeniyle başvuran, tetkiklerinde bilateral renal anjiyomiyolipom saptanması sonrası tekrar embolizasyon yapılan 30 yaşında kadın hasta, tarafımıza 2013 ve 2015 yıllarında spontan pnömotoraks gelişmesi sonrası refere edilmiş. O dönem çekilen Toraks BT'de, akciğer parankiminde yaygın, ince cidarlı multiple hava kistleri pulmoner LAM ile uyumlu saptanmış ve hasta tüberoskleroz ön tanısıyla tetkik edilmeye başlanmış. Mart 2016'daki hafif difüzyon kusurunda, Eylül 2017'de belirgin düşme olması, Haziran 2017'de efor kapasitesinin sınıf 3'e gerilemesi ve yaygın anjiyomiyolipomları nedeniyle hastaya sirolimus tedavisi başlanmıştır. Tedavinin 4. ayında hastanın efor kapasitesinde ve solunum fonksiyon testlerinde düzelme gözlenmiştir. Hastada tedavinin ilk ayında karaciğer enzim yüksekliği ve 4. ayda ciddi lobar pnömoni gözlenmiş ve tedaviye ara verilmiştir.

VAKA-2: 2013 yılında karın ağrısıyla başvurduğu merkezde sağ böbrekte anjiomiyolipom perforasyonu saptanıp embolektomi yapılan, takibinde hemotoraks ve pnömotoraks gelişen 36 yaşında kadın hastaya o dönem tüp torakostomi uygulanmış, tekrar spontan pnömotoraks gelişen hasta konservatif izlenmiş. Tarafımıza refere edilen hastanın radyolojik incelemelerinde karaciğerde hemanjiomiyolipom, pulmoner LAM ile uyumlu görünüm saptanmış. Şubat 2017'de yine spontan pnömotoraks sonrası VATS ile parsiyel plevrektomi + talk plörediz uygulanan hastanın Kasım 2016'da orta derecede olan restriktif kısıtlılığı, Şubat 2017'de ileri düzeye ulaşmış, Haziran 2017'de ilerleyici dispne, yaygın anjiomiyolipom nedeniyle sirolimus tedavisi başlanmıştır. Tedavinin 4. ayında SFT'de ve efor kapasitesinde iyileşme gözlenmiştir.

TARTIŞMA: 5 aylık izlemde 1. hastada karaciğer enzim yüksekliği ve lobar pnömoni nedeniyle tedaviye ara verilmiştir ancak tedavi esnasında klinik iyileşme gözlenmiştir. 2. hastada klinik iyileşme gözlenmiş, tedaviye devam edilmektedir. Hastaların sirolimus düzeyleri efektif aralıkta seyretmiştir. Sirolimus, umut vadeden bir tedavi olarak görülmektedir.

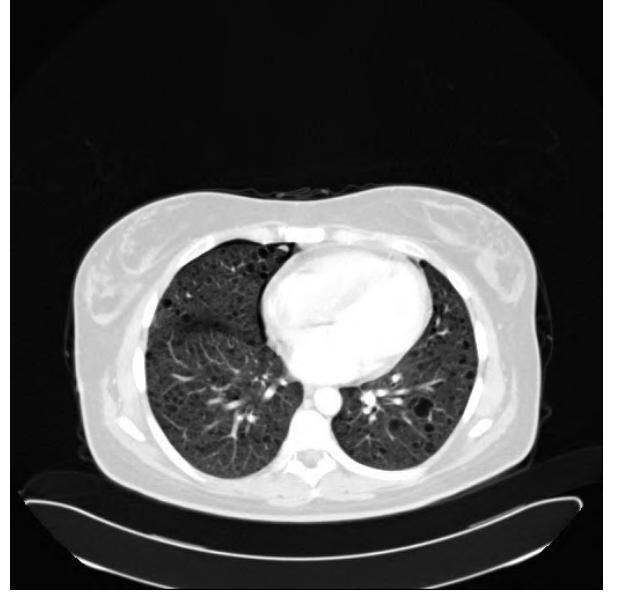
Anahtar Kelimeler: sirolimus, LAM, tuberoskleroz

vaka-1 toraks bt görüntüsü-3



vaka-1 toraks bt görüntüsü-3

vaka-2 toraks bt görüntüsü-3



vaka-2 toraks bt görüntüsü-3

PP-030

Pulmoner Langerhans Hücreli Histiyoitozis

Duygu Vezir, Semiha Emel Eryüksel, Sait Karakurt

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Langerhans Hücreli Histiyoitozis (LHH), CD1a yüzey antijeni içeren Langerhans hücrelerinin dokuları infiltrate etmesi ile oluşan nedeni bilinmeyen bir hastalıktır. Akut dissemine formu (Letterer-Siwe hastalığı) ve multifokal formu (Hand-Schüller Christian sendromu) olabildiği gibi tek sistem (kemik, akciğer, deri) tutulumuyla seyreden formu da vardır.

Pulmoner Langerhans Hücreli Histiyoitozis (PLHH) genellikle sigara içen genç erişkinlerde görülen nadir bir interstisyel akciğer hastalığıdır.

OLGU: Sırt ağrısı nedeniyle başvuran 31 yaşındaki erkek hastanın, vertebra MR'ında T7 ve L5'de litik lezyonlar saptanmıştır. Ek hastalığı olmayan, 10 paket/yıl sigara kullanmakta olan hastaya T7'den yapılan biyopside CD1a kuvvetli pozitif histiyositik hücreler saptanması üzerine LHH tanısı konulmuştur. PET-BT'sinde (figür-1) bilateral akciğerlerde üst loblarda belirgin retikülönödule infiltrasyonlar (SUVmax:6.7) PLHH ile uyumlu bulunmuştur. Sırt ağrısı dışında yakınması olmayan hastanın, SFT ve DLCO'su da normal olduğundan sigara bırakılmış ve tedavisiz izlem kararı alınmıştır.

TARTIŞMA: PLHH olgularının %90'ından fazlası sigara içicisidir. Olguların %25'i asemptomatik olup başka sebeplerle tetkik edilirken, %55-60'ı kuru öksürük, efor dispnesi gibi spesifik olmayan semptomlarla araştırılırken, %15-20'si ise ani gelişen pnömotoraks nedeniyle tanı almaktadır.

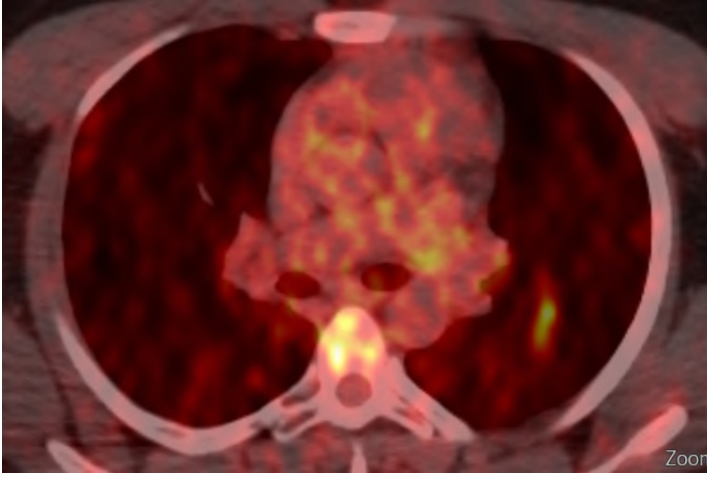
PLHH radyolojik bulguları çok karakteristiktir; hastamızın toraks BT'sinde (figür-2, figür-3) de olduğu gibi üst ve

orta zonlarda hakimiyeti olan ve kostofrenik açının korunduğu bilateral simetrik retiküler, nodüler, retikülonodüler ve düzensiz kalın ya da ince kenarlı kistik lezyonlar görülür. Olguların 2/3'ünde spontan remisyon görülürken bazı hastalarda son dönem fibrotik akciğer hastalığına progresyon görülebilmektedir. Hastalığın tedavisinde ilk basamak sigaranın bırakılmasıdır. Progresif ve sistemik tutulumu olanlarda 0.5-1 mg/kg/gün steroid 6-12 ay kullanılmaktadır. Vinblastin, metotreksat, siklofosamid, etoposid ve chlorodeoxyadenosine (2-CDA) sistemik tutulumu olan ya da steroide yanıtı olmayan progresif hastalığı olan olgularda kullanılabileceği bildirilmektedir. Son dönem fibrotik akciğer hastalığında ise transplantasyon düşünülmelidir.

SONUÇ: PLHH; LHH'un nadir görülen bir alt sınıfıdır. Kemiklerde litik lezyonlar saptanan ve/veya akciğer görüntülemesinde üst ve orta akciğer bölgelerinde daha belirgin olan, kostofrenik sinüsleri tutmayan retikülonodüler ve kistik lezyonlar görülen özellikle sigara içen genç erişkin hastalarda PLHH akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Histiyoizitozis, langerhans, litik, pulmoner, sigara,

figür-1



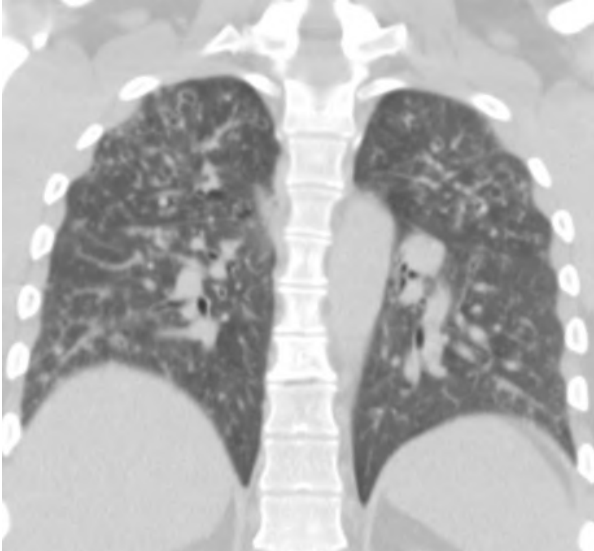
Hastamızın PET-BT'sindeki lezyonların FDG tutulumu

figür-2



Hastamızın toraks BT'sinde kistik ve retikülonodüler lezyonlar

figür-3



Hastamızın toraks BT koronal kesiti; lezyonların bilateral üst ve orta zonlarda belirginleştiği kostofrenik açının nispeten korunduğu tutulum.

PP-031

Uzak Metastaz ile Seyreden Multisentrik Mikropapiller Tiroid Kanseri Olgusu

Onur Elbaşı, Ceyda Dinçer, Eren İmre, Dilek Gogas Yavuz

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Mikropapiller iyi diferansiye tiroid kanserlerinin prognozu iyidir. Multisentrisitenin tiroid kanserlerinin karakteristik özellikleri ve prognoz üzerindeki etkileri halen tartışılmakta olup nüks/metastaz riskinde artış gündeme gelmiştir. Burada akciğer ve kemik metastazı ile seyreden multisentrik mikropapiller tiroid kanseri olgusu sunulmuştur.

VAKA: Altmış iki yaşında erkek hasta, 2012 yılında boyunda şişlik şikayetiyle yapılan tiroid ultrasonografisinde (USG) sağ lobu tama yakın dolduran 43 mm boyutunda heterojen solid nodül gözlenmiştir. Nodül karakteri şüpheli görülerek Eylül 2012'de hastaya total tiroidektomi uygulanmıştır. Patolojisi tiroid sağ lobda 0,3/0,2/0,4/0,1/0,1 cm olmak üzere toplam 5 odakta foliküler varyant mikropapiller tiroid karsinomu olarak raporlanmıştır. Aralık 2012'de 100 mCi Radyoaktif iyot (RAI) ablasyon tedavisi uygulanmıştır. Uzun süre kontrole gitmeyen hasta 2016 yılında 2 aydır giderek artan ses kısıklığı ve boğaz ağrısı şikayetleri ile başvurduğu KBB polikliniğinde yapılan tiroid USG'de nodül tespit edilip nüks düşünülmesi üzerine endokrinoloji polikliniğimize yönlendirilmiştir. Boyun USG'de sağ tiroid lojunda yaklaşık 15x13 mm boyutlarında periferik kanlanması seçilen hipoeoik nodül saptandı. Serum TSH 3,5 µIU/mL, Serbest T4 1,34 µIU/mL ve tiroglobulin (TG) 330 ng/mL bulundu. Toraks BT'de her iki akciğerde en büyüğü inferior linguler segmentte 15 mm boyutlarında olmak üzere çok sayıda dağınık yerleşimli nodül metastaz ile uyumlu bulundu. Yapılan TİİAB önemi belirsiz atipi olarak raporlandı. Aspirasyon yıkamada TG > 3000 ng/mL olarak sonuçlandı. TG değerleri belirgin yüksek seyreden hastaya yapılan ilk TVT'de tiroid bezi sağ lojunda bakiye tiroid dokusuna ait tutulum ile birlikte mediastende ve bilateral akciğer parankiminde metastatik lezyonlar izlendi. Hastaya 2.kez 100 mCi RAI ablasyon uygulandı. Sonrasında yapılan TVT'de birincisine ek olarak solda iliak kanatta fokal tutulum izlendi. Hastaya Mart 2018'de 200 mCi olmak üzere 3.kez RAI ablasyon uygulandı ve ardından yapılan TVT'de 2.TVT'ye kıyasla anlamlı farklılık görülmedi. Tiroglobulin değerleri belirgin yüksek seyreden hasta (Şekil.1) tirozin kinaz inhibitörü tedavisi planlanmak üzere onkoloji bölümüne refere edildi.

SONUÇ: Mikropapiller tiroid kanserinde yüksek remisyon oranları bilinmekle beraber uzak metastaz gelişimi de izlenmektedir. Bu nedenle özellikle multisentrik vakalar yüksek riskli olarak takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: mikropapiller tiroid kanseri, multisentrik, uzak metastaz

PP-032

Behçet Hastalığı'nın Mortalitesi Yüksek Bir Komplikasyonu: Budd-Chiari Sendromu

Ezgi Şimşek¹, Tuğçe Kübra Güneş¹, Sema Kaymaz², Fatma Alibaz Öner², Haner Direskeneli²

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

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

Öncesinde bilinen hastalığı olmayan 37 yaşındaki erkek hastada 3 yıl önce eklem ağrıları nedeniyle Romatoid Artrit tanısı konulmuş. Steroid kullanımıyla şikayetleri gerilemiş. Steroidi kestikten sonra karın ağrısı, ishal, tekrarlayan oral aft nedeniyle yapılan kolonoskopisinde terminal ileumda 3 adet 1-2 cm genişliğinde düzgün sınırlı ülserler izlenmiş; hastada inflamatuvar artrit öyküsü olduğundan Behçet ya da Crohn Hastalığı düşünülmüş. Alınan biyopsi örneklerinde terminal ileit izlenen, vaskülit izlenmeyen hastada Crohn Hastalığı düşünülerek mesalazin başlanmış. Şikayetleri gerileyince mesalazin kesilmiş. Eylül 2018'e kadar şikayeti olmayan hasta karın ağrısı, kusma, ateş yüksekliğiyle Lütfi Kırdar Kartal EAH'a başvurmuş. Karaciğer enzimlerinde yükseklik inr'de uzama saptanmış, enfeksiyöz nedenler dışlanmış. Takiplerinde ast ve alt 1500'lü değerlere ulaşması, görüntülemelerde Budd-Chiari Sendromu (BCS) uyumlu olması üzerine 25.10'da tarafımıza sevki gerçekleştirilmiş. Gelişinde hgb:10.6 plt:129.000 ast:529 alt:859 total bilirubin:4.8 direkt bilirubin:2.4 inr:2.06 aptt:39'du. Sorgulamamızda tekrarlayan oral aftı, fizik muayenesinde bacaklarda bilateral eritema nodosum skarı, sırtta akneiform lezyonları mevcuttu. Üveiti yoktu, paterji testi negatifti. Toraks bt'de sağ akciğer totale yakın kapalı plevral efüzyon, torakoabdominal bt anjiyografide inferior vena cavadan sağ atriya uzanan lümen içi trombus, hepatik vende trombus mevcuttu (BCS uyumlu). Ultrasonografide ana portal vende tromboz saptandı. Behçet Hastalığı (BH) kabul edilen hastaya 3 gün 250 mg pulse steroid verildi sonrasında 1 mg/kg'dan devam edildi, clexane 2x0.6 cc başlandı, 300 mg infliximab verildi. Hastada hepatik ensefalopati bulguları oluşması, enzimlerinde gerileme olmaması nedeniyle acil karaciğer nakil hazırlığına başlandı. 09.11'de trombektomi yapılmak üzere kardiyovasküler

cerrahiye devredilen hasta postop kardiyak arrest nedeniyle ex oldu. Budd-Chiari Sendromu Behçet Hastalığının sık görülmeyen ancak mortalitesi yüksek bir komplikasyonudur.

Anahtar Kelimeler: behçet hastalığı, behçet hastalığı komplikasyonları, budd-chiari sendromu, hepatik ven, tromboz

PP-033

Tekrarlayan Plevral Efüzyon ile Tetkik Edilen Hastada Konstriktif Perikardit Tanısı

Cansu Ünlü Yıldız, Ebru Engin, Derya Kocakaya, Emel Eryüksel, Berrin Ceyhan

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım Anabilim Dalı

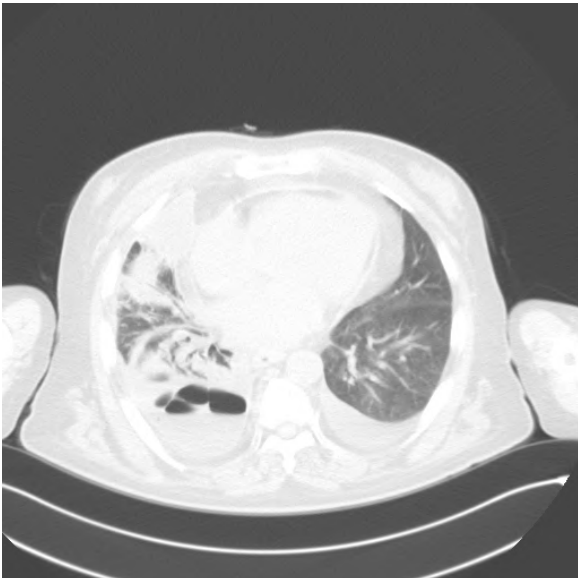
GİRİŞ: Konstriktif perikardit, kronik inflamasyon sonucu perikardın fibrotik kalınlaşmasıyla karakterize, kalbin diastolik fonksiyonlarını bozan bir hastalıktır. Etiyolojisinde virusler, kardiyak cerrahi, tüberküloz, üremi, bağ doku hastalıkları, travma, malignite ve radyasyon saptanabilir. Klinikte sağ kalp yetmezliği bulguları ön plandadır. Hastamızda olduğu gibi ön planda tekrarlayan plevral efüzyon ve atelektatik akciğerle başvuran hasta sayıysa oldukça azdır.

OLGU: 59 yaşında erkek hasta, 2 yıldır artan nefes darlığı ve bacaklarda şişlik şikayetiyle başvurdu. Tekrarlayan plevral efüzyon nedeniyle dış merkezde 2 yılda 4-5 kez torasentezle bol sıvı boşaltıldığı öğrenildi. Kilo kaybı, ateş, gece terlemesi olmayan hastanın enfeksiyon sorgulamasında özellik saptanmadı. Fizik muayenede solunum sesleri sağda belirgin azalmış, batında asit, bilateral +++ pretibial ödem, juguler venöz dolgunluk, hepatojuguler reflü saptandı. BT'de kalp boyutları artmış, perikardiyal 6mm efüzyon, mediastende multipl lenfadenopatiler, sol hemitoraksta 2,5cm, sağ hemitoraksta 7cm plevral efüzyon, sağ alt lobda plevral mesafe içinde ampiyem düşündüren hava-sıvı seviyeleri, sağ alt lobda atelektazi, karaciğer "S" ile uyumlu, karaciğerde yama tarzı kontrastlanma paterni izlendi. EKO'da dilate sol atrium, normal sol ventrikül sistolik fonksiyonu, perikard ekojenitesi normal, mitral flow akımında solunumsal varyasyon %5 saptandı, solunumsal septal shift izlenmedi, vena cava inferior 24mm inspiryumla 19mm, vena cava inferior bulguları dışında konstriktif perikardit lehine bulgu izlenmedi. Plevral sıvı örnekleme transüda karakterinde olan hastanın, VATS'la alınan plevra biyopsisi fibrotik pleuritis olarak sonuçlanınca hastaya sınırlı dekortikasyon yapıldı; sağ alt lob expande oldu. Ön planda sağ kalp yetmezliği bulguları olan hastada konstriktif perikardit tanısı için sağ kalp kateterizasyonu yapıldı. RV-LV diyastol sonu basınç farkı <5mm solunumsal interdependans izlenmedi, karekök işareti pozitif, bulgular ön planda konstriktif perikardit ile uyumlu bulundu. Hastaya kalp damar cerrahisi tarafından perikardiyektomi yapıldı, operasyonun ardından hastanın ödemleri ve plevral sıvısı azaldı.

SONUÇ: Sağ kalp yetmezliği bulgularıyla başvuran olgularda tekrarlayan plevral efüzyonlara ikincil plevral kalınlaşma ve akciğerde komplikasyon olasılığı gözardı edilemez. Standart EKO bulguları diagnostik olmasa bile yüksek klinik şüphe varlığında kardiyak kateterizasyonun yapılması ve plevraya yönelik tedavi edici işlemlerin yapılması uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: plevral efüzyon, kateterizasyon, konstriktif perikardit

resim 1



toraks bt'de hava sıvı seviyeleri içeren plevral efüzyon

resim 2



toraks bt'de hava sıvı seviyeleri içeren plevral efüzyon

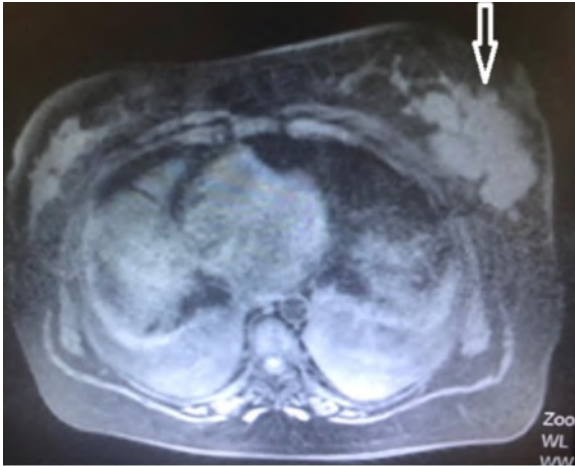
İnvaziv Duktal Meme Karsinomunun Periton ve Uterusa MetastazıHilal Sağıroğlu Üstün¹, Özkan Alan², Perran Fulden Yumuk²¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: İnvaziv duktal karsinom meme karsinomlarının en sık görüleni olup %80 ini oluşturur. Lobüler ve duktal karsinomların metastaz paternleri oldukça farklıdır. Çoğu serilerde lobüler karsinomun gastrointestinal, jinekolojik organlar ve peritona metastaz eğilimi varken; duktal karsinomun sıklıkla karaciğer, akciğer ve beyine metastaz yaptığı bildirilmiştir. Biz bu olgumuzda invaziv duktal karsinomun peritona metastazını sunacağız.

OLGU: İki yıl önce memesinde kitle nedeniyle biyopsi yapılan 48 yaşında kadın hasta o dönemde tedavi olmamış. Üç aydır karında şişlik ve vajinal kanama nedeni ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde şizoaffektif bozukluk mevcut. Fizik muayenesinde bilateral meme başlarında retraksiyon, sol meme üst dış kandranda yaklaşık 6-7 cm'lik sert, fiks, ağrısız kitle, sol aksillerde 1x1 cm, fiks, ağrısız, sert LAP, batin distandü ve yaygın asit vardı. Karsinoembriyonik antijen (CEA): 3,3 ng/mL, CA-125: 1059,5 U/mL, CA-19,9: 51.7 U/mL, CA-15.3: 56 U/mL'di. Hastanın meme ve batin MRG'da sol memede yaklaşık 96x57 mm boyutlarında heterojen kontrast tutan alan (Resim 1), pelviste yaklaşık 17x12 cm boyutlarında lobüle kontürlü malign kitlesel lezyon (Resim 2), batında yaygın serbest sıvı ve peritoneal nodüler lezyonlar (peritoneal karsinomatozisi) izlendi. Mamografisinde: Sol meme parankimini tümüyle kaplayan, meme başında çekintiye neden olan, multilobule yüksek dansiteli lezyon, ayrıca sağ meme başında çekinti izlenmiştir. Sol meme tru-cut biyopsisinde: İnvaziv karsinom (spesifik olmayan tip) (Tablo 1). Hastanın uterustaki kitlesinden yapılan biyopsisinde histomorfolojik bulgular ön planda invaziv meme karsinomun spesifik olmayan tipinin metastazını göstermektedir. (Tablo 1). PET/CT: Her iki meme ve aksillada, uterusta tutulum, peritoneal karsinomatoz, kemik yapılarında multiple metastazlar saptandı. Hastaya psikotik eğilimi nedeniyle kemoterapi yerine ailesinin onayıyla anti hormonal tedavi (Tamoksifen ve Lucrin) başlandı.

TARTIŞMA: Peritoneal karsinomatozla seyreden metastatik meme kanseri hastasındaki uterus metastazının peritondan uterus içine doğru geliştiğini düşündük. Meme kanseri en sık kemiğe metastaz yapar. Periton (peritoneal karsinomatoz) ve genital sistemdeki metastazları oldukça nadirdir. Sunduğumuz olgu peritoneal karsinomatoz semptomları ve vajinal kanamayla gelmiştir. Sonuç olarak meme kanserli hastalar periton ve uterus metastazı açısından dikkatlice takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: invaziv duktal karsinom, peritoneal karsinomatoz, uterus

Resim 1

Meme MRG de T2 sekanslı görüntüleme sol memedeki kitle

Resim 2

Batin MRG de T2 sekanslı görüntüleme uterustaki kitle

İnvaziv Duktal Karsinom Olgusunda İmmünohistokimyasal Belirteçler

Biyopsi	ER (%)	PR (%)	CerbB2	Ki-67 (%)	GATA-3	GCDFP-15
Meme	100	40	—	40	+	Dağınık az sayıda hücrede +
Uterus	95	95	—	5	+	Dağınık az sayıda hücrede +

ER: Östrojen Reseptörü, PR: Progesteron reseptörü

PP-035

Plevral Efüzyon Etiyoloji Araştırılan Olguda insidental saptanan batın içi kistler

Arzu Ece Tahtasakal, Ozan Kocakaya
Marmara Üniversitesi, Dahiliye Ana Bilim Dalı, İstanbul

Plevral efüzyon etiyojisi araştırılırken içeriğinin 'tansüdadif' ve 'eksudatif' vasfına ek hücre sayımı da göz önüne alınarak ayırıcı tanı yapılmaktadır. Sıvı analitik incelemesinden ayırıcı tanıya gidilemeyip hastada efüzyonu açıklayacak sistemik bir hastalık bulunmaması halinde sebebi aydınlatmak için hastalara video yardımlı toraks ameliyatı işlemi ile plevral örnekleme araştırma basamakları içerisine bir seçenektir.

Bu olgu sunumunda tüberküloz tedavisi tamamlanmasına karşın gerilemeyen tek taraflı plevral efüzyon etiyojisi araştırılırken insidental batın içi hemorajik kistleri saptanan 57 yaşında erkek hastada bulduğumuz sonuçlar bildirilmiştir. araştırılırken karın ağrısıyla Batın BT incelemesi yapıp batında multiple içeriği yoğun dens kistler saptandı. Kist etiyojisi araştırılırken plevrayla komşuluğu gözönüne alarak batınıçi kist ile plevral efüzyon arasındaki ilişkiyi ve altta yatan patolojiyi saptamaya yönelik testler uygulandı. Yaptığımız laboratuvar tetkik, batın içi görüntüleme ve girişimsel işlemler neticesinde batın içi hemorajik vasıfta olduğunu saptadığımız kistlerin aslında hastanın uzun süredir kronik pulmoner emboli tanısı ile almakta olduğu antikoagulan tedavileri nedeniyle batınıçi kanamaya neden olup periton zarının olayı sınırlandırması ile kistik görünüm kazandığı saptandı. Mevcut batınıçi kanamanın lenfatik ve vasküler drenajı esnasında geçirilmiş tüberkülozun araştırılması sırasında yapılan girişimsel işlemler veya tüberküloz lenfadenitin kendisiyle ilişkili drenaj yollarındaki obstruksiyondan sağ plevraya drene olduğu düşünüldü.

Vakamızda plevral efüzyon araştırılırken aslında etiyojisi içerisinde nadir nedenler arasında bulunan batınıçi apse vb patolojilerin gözönüne alınması gerekliliği ve hastaların mevcut tedavilerinin araştırma esnasında akılda tutulmasının önemi vurgulamaya çalışıldı. Olgumuzda lenfatik obstruksiyonu gözönüne serecek bir inceleme bulunmaması olgu sunumumuzun yetersiz olduğu nokta olmasına ek saptamamız halinde bunun tüberküloz veya işleme sekonder olduğunu göstermek için yol bulunmaması girilen çıkmazlardandır. Ayrıca genel olarak batınıçi patolojiler ile plevral efüzyon ilişkisi nedenler arasında yazılısada sıklığı tam olarak bilinmemekte ve plevral efüzyon araştırılırken batınıçi patolojiler standart tarama içinde yer almamaktadır. istatistiksel olarak sıklığın belirlenmesine yönelik çalışmaların artırılması araştırma basamakları içerisine batın içi patoloji araştırmayı da ekleyebilir ve bu tarz komplike görünen vakalarda daha az girişimsel işlemlerle hastaların tanı almasına yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Batın içi apse, batın içi kist, Plevral efüzyon

PP-036

Ret Onkogeni p918t Mutasyonu ile Giden Bir Multipl Endokrin Neoplazi Tip 2b Olgusu

Aygün Aliyeva, Hülya Gözü
Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı

GİRİŞ: Multipl endokrin neoplazi (MEN) Tip2 nadir görülen hastalıktır. Multipl endokrin neoplazi 2B sendromu, otozomal dominant geçişli bir hastalık olup medüller tiroid karsinomu, feokromositoma, multipl mukozal neuromlar, intestinal ganglioneuromlar, marfanoid görünüm, iskelet bozukluklarıyla seyreder. %95'inde RET protoonkogeninde mutasyonla ilişkilidir. Men2B hastalarının yaklaşık %50'sinde feokromositoma görülür. Ret mutasyonuna ortalama prezentasyon yaşı 25 ile 30 arasındadır. Hastalarda feokromositomaya bağlı anksiyete, baş ağrısı, çarpıntı, taşikardi atakları görülebilir. Bu olguda genç yaşda p918T mutasyonu saptanan hastada agresif gidişat anlatılmıştır.

VAKA: 14 yaşında boğaz ağrısı şikayeti ile tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılan hastanın patoloji sonucu medüller tiroid karsinom gelmesi üzerine, total tiroidektomi ve bilateral boyun diseksiyonu yapılmış. Sonuç medüller tiroid karsinom ve lenf nodu metastazı ile uyumlu gelmiş. Kontrollerinde tansiyonları yükselen hastaya yapılan tetkikler sonucu sağ surrenalde adenom saptanmış, 2007'de sağ adrenektomi yapılmış. Sonuç malign feokromositoma ile uyumlu bulunmuş. Takiplerde sorunu olmayan hastanın 2013'de çekilen MR'da sol surrenalde kitle, karaciğerde metastaz görülmüş. Bu arada hastada Multipl endokrin neoplazi Tip IIB fenotip özellikleri saptanması üzerine, RET onkogen mutasyonuna bakılmış. Ekson16'da p918T mutasyonu saptanmıştır. Bunun üzerine sol surrenalektomi yapılmış, 3kür kemoterapi uygulanmıştır. Hastanın feokromositoma açısından; kemoterapi sonrası kliniği düzelmiş ve karaciğer metleri kaybaldığı görülmüştür. Medüller tiroid karsinom açısından takiplerde kalsitonin (1800 pg/ml) düzeyinde yükselme saptandı. Bunun üzerine çekilen DOTA PET'de sağda 15x11mm bilateral submandibuler tam malign düzeye ulaşmayan hafifçe hipermetabolik düzeyde lenf nodları, tiroid lojunda sağ supraklavikuler bölgede 6x7mm kalsifikasyon içeren yumuşak doku dansiteli lezyon ile sağ supraklavikuler bölgede 5 mm boyutlu kalsifikasyon içeren lenf nodları saptandı. Hastaya tekrar lenf nod

diseksiyonu önerildi. Hastanın bu arada gebe olduğu öğrenildi. Hastaya gebeliğin sonlandırılması önerildi, hasta gebeliğe devam kararı alınca bu dönemde takip edildi. Gebeliğinde bir sorun yaşamayan hastanın gebelik sonrası kalsitoninleri 1500'lerde seyretti. Bunu üzerine çekilen USG'da sağ submandibuler lojda 19x20mm, sol submandibuler lojda 14x15 boyutunda reaktif görünümlü lenf nodu izlenmiştir. Tiroid lojlarında nüks-rezidü tiroid dokusu izlenmedi. Çekilen boyun BT'de bialteral level1 düzeyinde santim sınırını aşmayan lenf nodu saptandı. Gebelik sonrası, bir yıl kalsitoninleri aynı seviyelerde seyreden hastanın, kalsitonin düzeyleri 4500-9000 pg/ml lere yükselmesi üzerine lenf nodu diseksiyonu açısından genel cerrahiye yönlendirildi.

SONUÇ: p918 agresif geden mutasyondur. Bundan dolayı hastaların klinik izlemine iyi takip edilmelidir. Hastaların progresyonu anında değişebilir.

Anahtar Kelimeler: MEN 2B, RET protoonkogeni, kalsitonin, lenf nodu diseksiyonu

PP-037

Merkel Hücreli Kanseri Olgu Sunumu

Çağla Eyüpler¹, Özkan Alan², Perran Fulden Yumuk³

¹Çağla Eyüpler, Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Özkan Alan, Marmara Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

³Perran Fulden Yumuk, Marmara Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Merkel hücreli karsinom (MHK) erkeklerde daha sık görülen, insidansı milyonda 7 olan nadir bir deri kanseridir. İnsidansı yaş ile artan lokal rekürrens ve regional lenf nodu metastazı yapmaya eğilimli agresif bir tümördür. Tanı genellikle eksizyonel biyopsi ile konulmaktadır. Amacımız 83 yaşında nadir bir vakamızı sunmaktır.

OLGU: Altı ay önce sağ submandibuler bölgede şişlik ve 2 ay sonra önce sol pektoral bölgede nodüler lezyon farkedilen erkek hastaya sol pektoral biyopsisi yapılmış. N nöroendokrin differansiasyon gösteren neoplazm tanısı almış. Hastanın toraks ve batin BT'sinde intraabdominal multipl LAP, iskelet sisteminde yaygın tutulum odakları, mediastende ve akciğerde pulmoner vene de invazyon gösteren LAPlar tespit edilmiş. Sağ inguinal bölgesindeki 4,8x3 cm'lik eksizyonel biyopside CK20, keratin, FMA, CD56 pozitif saptanarak MHK tanısı almıştır. Hastanın fizik muayenesinde bilateral aksiller, servikal, pektoral ve sağ submandibuler bölgede yaklaşık 2x3 cm'lik, yüzeyi ülser, eritemli, ağrısız, nodüler fikse lezyonları mevcuttu. ECOG performansı 3 olan hastada tedaviye tek ajan oral etoposid başlanmış olup takibi tıbbi onkoloji polikliniğinde sürmektedir.

TARTIŞMA: MHK nadir görülen, cilt tutulumu ön planda olan nöroendokrin bir tümördür. Artan yaş ve immunosupresif tedaviler insidansı arttırmaktadır. Tedavide esas olarak radyoterapi ve cerrahi olmakla birlikte lokal ileri ve metastatik vakalarda kemoterapi denenmektedir. En çok tercih edilen kemoterapi rejimi sisplatin+etoposid ve son zamanlarda avelumab immünoterapisi olmakla birlikte hastaların performanslarına göre tedavileri planlanmaktadır. Prognozda en önemli gösterge hastalık prezentasyonunda bölgesel lenf tutulumu olmasıdır. Baş ve boyun bölgesinden kaynaklanan MHK olguları tedavi zorluğu nedeniyle kötü seyretmektedir. Literatürde ilk tedavi sonrası sonrası %29 oranında lokal rekürrens görülmüş ve ortalama süre 4 ay olarak saptanmış. 661 hasta ile yapılan bir çalışmada median sağkalım 27 ay olarak saptanmış (1-216 ay aralığı). En iyi sağ kalım kombine cerrahi radyoterapi ve kemoterapi uygulanabilen hastalarda görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Merkel, nadir, kanser

Merkel hücreli kanser lezyonu



Sağ submandibuler bölgedeki nodüler lezyon

Akrosiyanoz İle Prezante Olan Mantle Hücreli Lenfoma Olgusu

Özlem Alkan, Yıldız İpek, Işık Atagündüz, Tayfun Elibol, Fatma Geçgel, Tayfur Toptaş, Asu Fergün Yılmaz, Ayşe Tülin Tuğlular
Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, Hematoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Akral vasküler sendromlar, dolaşım bozukluğu sonucu vücudun uç bölgelerinde gelişen iskemi veya nekroz tablosudur. Benign nedenler dışında malign nedenlere eşlik eden paraneoplastik akral vasküler sendromların mekanizması tam bilinmemekle birlikte malignite ile tetiklenen immün proses ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu olgu sunumunda akrosiyanoz ile prezante olan ve takibinde mantle hücreli lenfoma tanısı konulan bir vaka bildirilmiştir.

OLGU: 45 yaşında, aktif sigara içen erkek hasta 2 aydır devam eden sol el 3.4.5. parmak interfalangeal ve distal falanksalarda ağrı, morarma, ateşlenme şikayetiyle başvurdu. Kronik bir hastalık öyküsü veya ilaç kullanımı yoktu. Fizik muayenede dalak kot altı 2 cm palpe ediliyordu ve tomografilerde supra-infradiyafragmatik en büyüğü 2.5cm boyutlarında çok sayıda lenfadenomegali izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Akrosiyanoz ayırıcı tanısıyla yapılan değerlendirmelerde tromboz, infektif endokardit, buerger hastalığı, raynaud sendromu, behçet hastalığı, vaskülitler, antifosfolipid sendromu, kriyoglobulinemi, waldenström makroglubinemisi, ve gamopati tanıları dışlandı. Aksiller lenf nodu biyopsisi mantle hücreli lenfomayla uyumlu bulundu ve kemik iliği biyopsisinde de lenfoma tutulumu izlendi. Dönüşümlü R-CHOP ve R-DHAP tedavisi başlandı. Takiplerinde sol el 3.parmak distal falanksı tamamen gangrene olup, otoampute oldu. Kemoterapinin 2.kürü itibariyle diğer el ve ayak parmaklarındaki siyanoz tamamen geriledi. Altı kür kemoterapi sonrası hastada tam remisyon elde edildi.

TARTIŞMA: Paraneoplastik akral sendromlar, tüm akral vasküler sendrom vakalarının %2.2-%8'ini oluşturmakta olup bu vakaların %19'unda hematolojik malignensi saptanmaktadır. Hematolojik malignensiler arasında waldenström makroglubinemisi, MGUS, Nonhodgkin lenfoma ve Hodgkin lenfomalar vardır. Bir vaka serisinde akrosiyanozun eşlik ettiği yüksek dereceli lenfoma tanısı konulan 18 vaka bildirilmiş ve 7 hastada T hücreli lenfoma, 4 hastada hodgkin lenfoma, 1 hastada burkit lenfoma, 2 hastada yaygın B hücreli lenfoma saptanmış ancak hiçbir hastada soğuk aglütinin gösterilememiş. Literatürde akrosiyanozun eşlik ettiği mantle hücreli lenfoma olgusu bildirilmemiştir. Bizim vakamızda da soğuk aglütinin saptanmamış olup diğer vakalarda bildirildiği gibi lenfoma tedavisi ile siyanoz tamamen gerilemiştir. Akral vasküler sendromlar ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda mantle hücreli lenfoma da göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: akrosiyanoz, siyanoz, nekroz, gangren, paraneoplastik, lenfoma

akrosiyanoz



Fusidik Asit İlişkili Nötropeni Ve Trombositopeni

Hülya Arslan¹, Tarık Ercan², Tayfun Elibol², Belgin Aldağ², Asu Fergün Yılmaz², Ayşe Tülin Tuğlular²

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

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

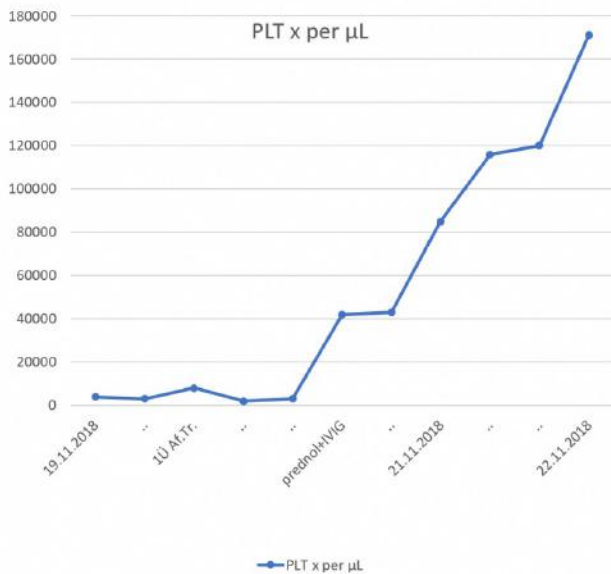
GİRİŞ: Fusidik asit gram pozitif bakterilere etkili özellikle MRSA enfeksiyonlarında kullanılan bir ajandır. En sık yan etkisi GİS intoleransı, diyare olmakla beraber nadiren granülositopeni ve trombositopeni görülür. Burada İlaça bağlı nötropeni ve trombositopeni olgusu tartışılacaktır.

OLGU: 67 yaşında kadın hasta; acil servise makattan kan gelmesi ve halsizlikle başvurdu. Fizik muayenede; vitalleri stabil, solunum sesleri doğal, hepatosplenomegali yok, traube açık, damakta ve alt extremitede yaygın peteşiler mevcuttu. Hastanın iki haftadır selülit tanısı ile oral sodyum fusidat 500 mg 3x1 ve üç gündür NSAİD kullandığı öğrenildi. Öz geçmişte ve soygeçmişte özellik saptanmadı. Laboratuvarda; WBC:3300 / μ l, NEU: 300 / μ L, HGB: 8.5 g/dl, PLT: 3000 / μ L, BUN:16 mg/dl Kre:0.64 mg /dl AST: 18 U/L, ALT:27 U/L, INR:1.07, LDH: 172 U/L, Total Bilirubin: 0.92 mg/dl, Direkt Bilirubin: 0.22 mg /dl, Albumin: 3 g/dl, Total Protein: 5.7 g/dl saptandı. GİS kanamayla genel cerrahiye konsülte edilen hastaya acil cerrahi işlem düşünülmedi. Hematokezya, nötropeni, trombositopeni saptanan ve peteşileri olan hasta hematoloji kliniğine değerlendirildi. Periferik yaymada; nadir trombosit, %28 nötrofil, toksik granülasyon; normokrom, hafif anizositoz, nadir şistosit saptandı. Anti HBs, Anti HBc IGG pozitif; saptandı. Batın USG: Karaciğer 120 mm, grade 2 hepatosteatoz, dalak 106 mm saptandı. Aktif kanaması devam eden hastaya 1 ünite aferez trombosit verildi; kontrol PLT: 8000 / μ L olan ve GİS kanaması devam eden hastanın HGB: 6 gr /dl saptandı. Hasta ilaca bağlı trombositopeni ve nötropeni kabul edilerek hastaya 1mg /kg Prednol IV ve 1gr/kg IVIG tedavisi verildi. IVIG sonrası takılan 1 ünite trombosit aferezle PLT: 42 000 / μ L saptandı. Kanaması duran hastanın iki günlük takibinde HGB düşüşü görülmedi, IVIG sonrası yapılan kontrol hemogramda PLT: 42 000 / μ L ve NEU: 1800 / μ L saptandı. Kemik iliği biyopsi aspirasyonunda megakaryosit artışı dışında özellik saptanmayan hastanın 24 saatlik gözlem sonrası; nötrofil ve trombosit değerleri normal gözlenmesi üzerine hasta poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi.

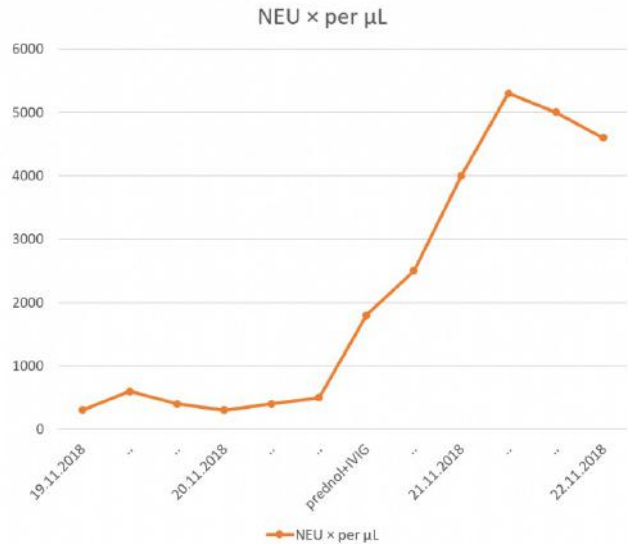
TARTIŞMA: Trombositopeni ve nötropeni ile başvuran hastalarda ilaç öyküsünün alınması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: fusidik asit, nötropeni, trombositopeni

GRAFİK 1



GRAFİK 2



PP-040

Kabergolin Direnci İle Giden Agresif Prolaktinoma

Tuğçe Apaydın, Eren İmre, Dilek Gogas Yavuz

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

Amaç: Prolaktinomalar çoğunlukla benign olmalarına karşın nadiren çevre dokulara yayılan ve tedaviye rağmen yayılıma devam eden invaziv tipleri de vardır. En az 3 ay süre ile bromokriptin 15 mg/gün, kabergolin 3 mg/hafta dozunda kullanıldığı halde prolaktin düzeyinin normale gelmemesi direnç olarak tanımlanır. Çevredeki dokulara invazyonla birlikte konvansiyonel tedaviye direnç, hızlı büyüme, erken ve sık nükslerle karakterize bir davranış sergilediğinde ise agresif olarak tanımlanır. Kabergolin direnci izlenen agresif prolaktinomali olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 70 yaşında bilinen kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmayan erkek hastanın impotans, libido kaybı şikayeti ile başvurusunda bakılan kreatinin 0.76 mg/dL, ALT 16 U/L prolaktin 201 ng/mL, dilüe prolaktin 200 ng/mL, IGF-1 102 ng/mL, GH 0.09 ng/mL, FSH 4.2 mIU/mL, LH 2.11 mIU/mL, total testosteron 2.5 µg/L, ACTH 35.2 pg/mL, kortizol 15.9 µg/dL olarak saptandı. Hipofiz MR'da sella tursikayı dolduran, sağ kavernoöz sinüsü sarıp kuşatan invaziv 23*16*16mm makroadenom izlendi. Görme alanı normal sınırlarda olan hastaya kabergolin 0.5mg/hafta tedavisi başlanarak, doz tedrici olarak 3mg/ hafta yükseltildi. Takipte birinci ve ikinci yıl hipofiz MR'da adenom boyutu 17*10 mm olarak saptandı. En son poliklinik kontrolünde prolaktin değeri 28 ng/mL saptanan hasta son iki yıldır 3mg/hafta kabergolin tedavisi altında olup prolaktin değeri yüksek olması ve tümör boyutunda %50'den az küçülme izlenmesi dolayısıyla kabergolin direnci olarak değerlendirildi. İleri yaş dolayısıyla transsfenoidal adenomektomi için uygun görülmeyen hastaya; beyin cerrahisi ile görüşülüp stereotaktik radyoterapi uygulanması planlandı.

Sonuç: Dopamin agonisti direnci, makroprolaktinomalarda ve erkek hastalarda daha fazla görülmektedir. Kabergolin genellikle daha iyi tolerans profili ve daha etkin olması nedeniyle tercih edilse de kabergoline dirençli hastalarda bromokriptin bir alternatif olarak denenebilir. Diğer taraftan, dopamin agonisti tedavisi sırasında ilaca sekonder direnç gelişmesi akla malign transformasyonu getirmektedir. Radyoterapi; medikal tedavinin başarısız olduğu, agresif ya da malign prolaktinomalarda önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: agresif prolaktinoma, kabergolin direnci, radyoterapi

PP-041

Dijital Ülser ile Başvuran Silikozis Olgusu

Fatma Temiz¹, Yeşim Ağyol¹, Aysun Aksoy², Yasemin Yalçınkaya², Haner Direskeneli²

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Silika maruziyetinin, bağ dokusu hastalıklarının gelişimiyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Silika maruziyetinin özellikle erkek bireylerde sistemik skleroz(SSc) riskini artırdığını gösteren çalışmalar vardır ve bu birliktelik literatürde Erasmus sendromu olarak adlandırılmıştır. Biz de silikozisi olan, dijital ülserle başvuran hastamızı sunuyoruz.

OLGU: 47 yaşında erkek hasta, 2002-2005 yılları arasında kot kumlamada çalışmış ve 4 yıl önce Silikozis tanısı almış. Yaklaşık iki ay önce parmaklarda morarma beyazlaşma şikayeti başlamış.Üst Extremitte Doppler USG ve BT anjiyografisinde patoloji saptanmayan hastanın düşük doz aspirin tedavisi altında sol el ikinci parmak distalinde yara olması nedeniyle MÜTFH Romatoloji bölümüne başvurdu.Muayenesinde ciltte kalınlaşma,parmaklarda şişlik veya telanjiektazi bulgusu yoktu.Raynaud fenomeni ve şiddetli dijital iskemi bulgusu olan dijital ülseri mevcuttu.Kapilleroskopide dev kapiller,kanama alanları ve kapiller disorganizasyona rastlandı.Laboratuvar tetkiklerinde WBC:6300 Neu:3800 Hb:11,7g/dL Plt:231.000, periferik yayma normal,Kreatin:0,56 mg/dl Albumin:3,9mg/dl,ALT:9mg/dl, Sedim:53mm/s,CRP:17,8mg/L ANA:1/1000- 1/3200 granuler patternde pozitif,ENA paneli negatif,AFAS paneli negatif,Kriyoglobulin negatif, ANCA negatif,Anti RP3 negatif,Anti MPO negatif,C3 C4 normaldi, protein elektroforezinde M piki yok,Albumin/Globulin:0,94, Trigliserid:129 Total kolesterol:184 HDL:34 LDL:124 idi.İdrar tetkikinde 2+ proteinüri saptanan hastanın 24 saatlik idrarda protein:555 mg/gün olup idrar sedimi normaldi.Batın USG'de böbrek boyutları,parenkim kalınlıkları normaldi.Bilateral böbrek parenkim ekoları grade-1 renal parenkimal hastalık lehine artmıştı.EKO'da pulmoner hipertansiyon saptanmadı.Toraks HRCT'sinde mediastande çok sayıda kalsifik nodul,bilateral akciğer üst lobda kalsifikasyon içeren ve fibrotik karakter değerlendirilen yumuşak doku dansiteleri,plevral kalınlaşma ve plevral çekintileri,kalsifiye milimetrik boyutlu çok sayıda nodül ve bilateral akciğer alt loblarda hava kistleri izlenmiş olup silikozisle uyumlu görüldü.Sistemik Sklerozisin akciğer tutulumuna ilişkin bulgu görülmedi.Solunum fonksiyon testinde FVC:74%,FEV1:61%,FEV1/FVC:86,quantiferon negatifti.Dijital ülser tedavisi için antibiyoterapi,ASA,DMAH ve iloprost infuzyonu başlandı.

SONUÇ: İki aydır olan Raynaud fenomeni,yeni gelişen dijital ülseri ve hafif düzeyde renal disfonksiyonu olan,kapillarskopisinde aktif skleroderma paterni olan ve yüksek titrede ANA pozitifliği olmakla birlikte SS'ye spesifik antikoru bulunmayan hasta SS olarak klasifiye edilemese de vaskülopatiyeye yönelik tedavisi başlandı.İlk silika maruziyeti on beş yıl önce olan hasta, SS'nin diğer klinik bulgularının ortaya çıkışı açısından dikkatle değerlendirilmek üzere takibe alındı.

Anahtar Kelimeler: Sistemik Sklerozis, Silikozis, dijital ülser

Sol El 2. Parmakta Dijital Ülser



PP-042

Ortostatik Hipotansiyon Ardındaki Gerçek: Olgu Sunumu

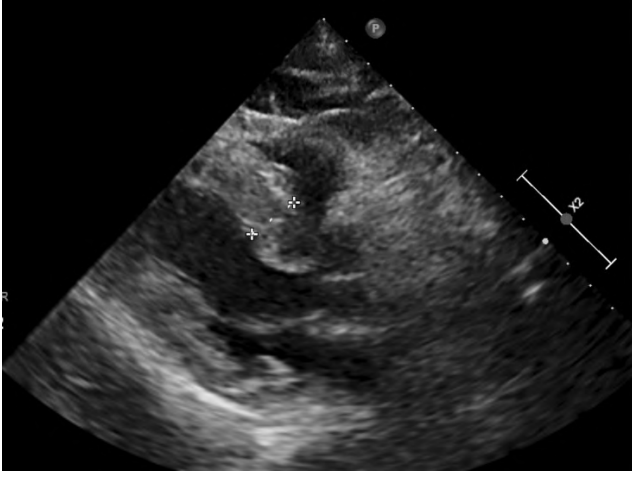
Naime Afşar Satış, Sevinç Babayeva, Arzu Velioğlu, Zübeyde Serhan Tuğlular
Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Sekonder amiloidoz kronik sistemik inflamatuvar hastalıklar nedeniyle amiloid maddesinin çeşitli dokularda birikmesiyle karakterize bir durumdur. Klinik bulgular birikimin olduğu organ ile ilişkilidir. Hastalar çoğunlukla nefrotik sendrom, böbrek yetmezliği ve ya gastrointestinal sistem tutulumunun göstergesi olarak diyare ile başvururlar. Bu olgu sunumunda bir böbrek nakli hastasında sekonder amiloidozun çok farklı prezentasyonlarda karşımıza çıkabileceğini vurgulamak amaçlanmıştır.

61 yaşında erkek hastaya 2008 yılından beri etyolojisi bilinmeyen son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle haftada üç gün hemodiyaliz tedavisi görmekte iken 2017 yılında eşinden böbrek nakli yapılmış, stabil böbrek fonksiyonu ile izlenmekteydi. Takrolimus, Mikofenolat mofetil ve prednisolon tedavisi altında kreatinin seviyesi 0,6-0,8 mg/dL seviyesinde seyreden hasta 2 aydır devam eden semptomatik hipotansiyon nedeniyle Kasım 2018'de transplantasyon ünitesine yatırıldı. KBB ve nöroloji muayenesi normal olarak görüldü. Ekokardiyografisinde interventriküler septumun 18 mm olduğu ve kalpte restriktif patern olduğu görüldü. Depo hastalığı olabileceği düşünülerek Fabry tarama testi gönderildi. Negatif olarak sonuçlandı. Amiloidoz şüphesi ile rektal biyopsi yapıldı. Damar duvarında ve ekstrasellüler alanda diffüz ve kuvvetli Amiloid A boyanma izlendi. Amiloidozis tanısı kondu.

Anahtar Kelimeler: amiloidozis, böbrek nakli, ortostatik potansiyon

ekokardiyografi



hastamızın ekokardiyografisi

PP-043

Tenofovire Sekonder Akut İntersitisyel Nefrit Vakası

Ali Çetin¹, İzzet Hakkı Arıkan²

¹Marmara Üniversitesi Pendik EAH İç Hastalıkları ABD

²Marmara Üniversitesi Pendik EAH Nefroloji BD

Tiroid nodülektomi operasyonu haricinde bilinen hastalığı olmayan 56 yaşındaki kadın hastanın 2016 yılı başından itibaren iştahsızlık ve kilo kaybı şikayeti olmuş. Eşinde HIV (+) saptanması üzerine hastadan istenen anti HIV ve western BLOT testlerinin pozitif saptanması üzerine 15.09.17de hastanemiz enfeksiyon polikliniğine başvurdu. CD4 %4 (=359) ve HIV-RNA:707.311 kopya saptanan hastaya 25.09.17 tarihinde tenofovir disoprosil - emtrisitabin - dolutegravir tedavisi başlandı. 1. ay kontrolünde CD4:375 (%9) HIV-RNA:1506 kopya saptanan hastanın rutin tetkiklerinde kre:4,2 saptanması üzerine fokal segmental glomeruloskleroz, immunkompleks nefriti, akut interstitiyel nefrit, HIV ilişkili nefropati (HIVAN), ilaç toksisitesine sekonder renal hasar ön tanıları ile yatışı yapıldı.Tenofovir tedavisi kesilerek darunavir ve ritonavir tedavisi başlandı. Yatış tetkiklerinde BUN:36 kreatinin:6,08 albumin:3,2 potasyum:2,8 sodyum:133 fosfor:3,8 idrar tahlilinde 4 lökosit, protein:1 pozitif glukoz:3 pozitif, spot idrar sodyumu 25, spot idrar fosforu 9 saptandı. Renal ultrasonda parankimde hafif ekojenite artışı haricinde patoloji olmadığı bildirildi. Kreatinin değerlerinde progresif artış olması, idrar çıkışının azalması ve idrar sedim incelemesinde bol granüler silendir görülmesi üzerine hastaya böbrek biopsisi yapıldı. Işık mikroskopisinde akut tubulointerstisyel glomerülofrit, fokal tubuler nekroz olarak raporlanması üzerine prednol 60 mg başlandı. 2 haftalık prednol tedavisi sonrasında kreatinin değerinin 3,48e kadar gerilemesi ve idrar çıkışının artması üzerine prednol dozu 32 mg olarak ayarlanarak hasta taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: tenofovir, akut interstitiyel nefrit, HIV

PP-044

Ekstazi Kullanımına Bağlı Gelişen Akut Karaciğer Yetmezliğinde Başarılı Bir Karaciğer Nakli: Bir Olgu Sunumu

Fatma Zehra Eraslan¹, Çağlayan Keklikkiran², Tarık Kani², Coşkun Özer Demirtaş³, Çiğdem Çelikel⁴, Osman Özdoğan², Ender Dulundu⁵, Feyza Gündüz²

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

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

³Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Organ Nakli Birimi, İstanbul

⁴Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁵Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Metilendioksimetamfetamin (MDMA, ekstazi), sentetik bir amfetamin türevidir. Fiziksel ve mental güç artımı, öfori ve sosyalleşmeyi artırıcı etkisi nedeniyle özellikle gençler arasında sık kullanılmaktadır. Kardiyak aritmi, disemine intravasküler koagülopati, rabdomiyoliz, renal yetmezlik ve hepatik yetmezlik; ekstazinin bilinen yan etkilerinden bazılarıdır. Ekstaziye bağlı hepatotoksisite asemptomatik hepatitten akut karaciğer yetmezliğine kadar değişen klinik tablolar şeklinde oluşabilmektedir.

OLGU: 33 yaşında bilinen bir hastalığı olmayan erkek hasta 1,5 aydır olan karın ağrısı, bulantı, kusma ve sarılık şikayetleri ile başvurdu. 6 aydır aralıklı ekstasi kullanımı olan ve en son iki ay önce kullandığını belirten hasta takiplerinde bilirubin değerlerinin artması ve protrombin zamanının uzaması nedeniyle merkezimize kabul edildi. Viral, otoimmün, vasküler ve diğer akut karaciğer yetmezliği sebepleri dışlandı. Semptomlar başladıktan 8 hafta sonra ensefalopatisi gelişen hastaya kadaverik karaciğer nakli gerçekleştirildi (Resim 1 ve 2). Karaciğer biyopsisi toksik hepatite bağlı submasif karaciğer nekrozu olarak değerlendirildi (Resim 3). Hasta postoperatif 4. haftada komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

SONUÇ: Genç erişkin veya ergenlik çağındaki sebebi belirlenemeyen akut karaciğer yetmezliğinde ekstasi gibi madde kullanımı akla gelmelidir. Ekstazinin karaciğer yetmezliğine sebep olma mekanizması bilinmemektedir. Ekstasi toksisitesinin dozdan bağımsız olabileceği veya kullanımdan uzun süre sonra gelişebileceği unutulmamalıdır. Her ne kadar etik açıdan tartışmalı olsa da ekstasiye bağlı akut karaciğer yetmezliğinde karaciğer transplantasyonu hayat kurtarıcı bir tedavi seçeneği olabilir.

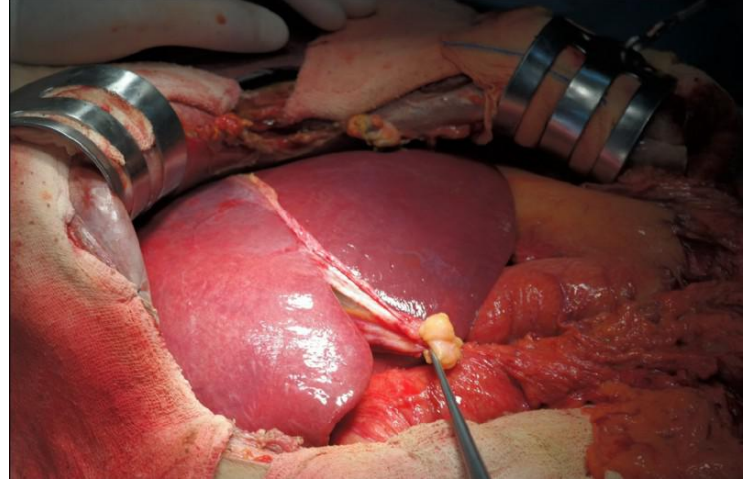
Anahtar Kelimeler: Ekstazi, Karaciğer Nakli, Karaciğer Yetmezliği

Resim 1



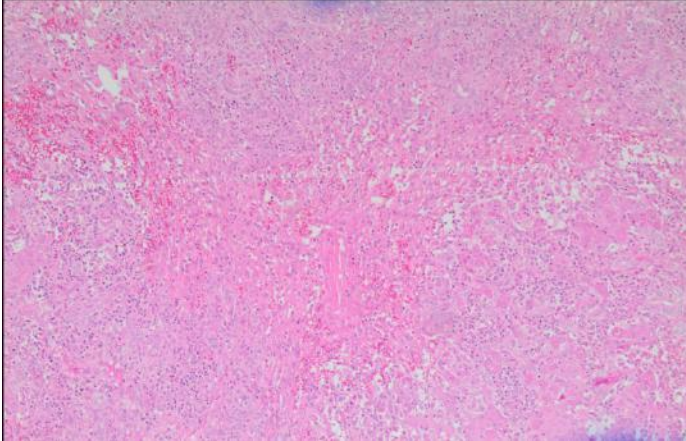
Hastaya ait karaciğerin makroskopik görünümü

Resim 2



Kadavra karaciğeri

Resim 3



Eksplant karaciğer dokusunun mikroskopik görünümü. Zon 3'te hemorajik nekroz alanı

Uyumsuz TSH Salınımı İle Giden Tiroid Hormon Direnci Olgusu

Lamia Şeker, Tuğçe Apaydın, Eren İmre, Hülya Gözü
Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Tiroid hormon direnci, hedef dokularda tiroid hormonlarına karşı gelişen yanıtlarda azalma olarak tanımlanmaktadır. Refetoff sendromu olarak da isimlendirilen bu tablo, 'bozulmuş tiroid hormon duyarlılığı' olarak da adlandırılmaktadır. Olguların çoğu general tiroid hormon direnci olup asemptomatiktir. Santral direnci olan olgular tirotoksik, olup, çok nadir olguda sadece periferik direnç görülüp bu hastalarda da hipotiroid kliniği hakimdir. Olgumuzda poliklinikte TSH'oma, tiroid hormon direnci ön tanılarıyla araştırılan hastada tanıya gidiş süreci anlatılacak.

Sinirlilik, terleme, çarpıntı, ve ellerde titreme şikayeti ile başvuran 31 yaşında erkek hastanın kronik bir hastalığı yok, ilaç kullanım öyküsü yok. Hastada hipertiroidi ön tanısı ile, tiroid fonksiyon testleri istendi. Tetkiklerinde TSH: 2.33uIU/ml (N:0.34-5.60), serbest T3: 4.27pg/ml (N:2.6-4.37) serbest T4:2.49ng/dl (N:0.61-1.12) saptandı. Serbest T4'ü yüksek olmasına rağmen TSH baskılanmayan hastadan istenilen tiroid US normal, TSH reseptör antikor, Anti TPO ve Anti TG negatif olarak sonuçlandı.

Uyumsuz tiroid testi saptanan hastada; ayırıcı tanı açısından heterofil antikor eşliğinde tiroid fonksiyon testleri istendi. Heterofil antikor negatif saptanan hastanın sorgulamasında görme kusuru, baş ağrısı mevcut değildi. TSH üreten adenom ayırıcı tanı açısından hipofiz MR çekildi. Hipofiz MR'da adenom saptanmayan hastaya, tiroid hormon direnci ayırıcı tanısı açısından, T3 supresyon testi planlandı. L-iodotironin sodyum 25 mcg'dan ilk 3 gün 50 mcg, sonraki 3 gün 100 mcg, sonraki 3 gün 200 mcg uygulandı. Test sırasında hastanın kan basıncı, nabız ve ekg takibi yapıldı. Testin 4.günü TSH:0.12, st4:2.55, st3:5.53, testin 7.günü TSH:0.02, st4:2.09, st3:15.62, testin 10.gününde tsh<0.015, st4:1.95, st3:19.79 saptandı. Hastanın test sonucu TSH baskılanmasının olması ön planda tiroid hormon direnci olarak düşünüldü.

SONUÇ: Tiroid hormon direnci nadir bir klinik tanı olmakla beraber genetik alt yapısı olan ve tsh'oma ile birlikte tsh normal/yüksek, st3 ve st4 yüksek olan hastalarda ayırıcı tanıda akla getirilmesi gerekmektedir. Vakamızda hastanın asemptomatik olması nedeniyle ilaçsız takibi uygun görülmüş olup; klinik semptomların belirgin olduğu hastalarda triiodotiroasedik asit tedavisi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tiroid hormon direnci, TSH'oma, L-iodotironin sodyum, Triiodotiroasetik asit

Hiperkalemik Metabolik Asidoz İle Gelen Tip 4 Renal Tübüler Asidoz Olgusu

Kardelen Gökmen Yıldırım¹, İzzet Hakkı Arıkan²

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

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Nefroloji Ana Bilim Dalı,İstanbul

OLGU: 37 yaşında erkek hasta halsizlik, çabuk yorulma şikâyeti ile başvurdu. Alınan anamnezinde herhangi bir tanıli hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yoktu.Yapılan fizik muayenesinde kan basıncı 110/70 mmHg, nabız: 72 vuru/dk (ritmik) solunum sayısı:14/dk ve diğer sistem muayeneleri de tabii olarak değerlendirildi. Laboratuvar değerlendirmeleri yapılan hastanın potasyumu 6,35 meq/L, alınan kan gazında Ph:7,31, Pco2:32 mmhg, Hco3:20 mmol/L, Na:142 mmol/L, Cl:111 mmol/L olarak saptandı.Normal anyon açıklı hiperkalemik metabolik asidoz ile uyumlu olarak görüldü.Transtubuler potasyum gradiyenti(TTKG):3,84 olan hastanın pozitif idrar anyon açığı mevcuttu.Serum aldosteron düzeyi 190 pg/dl, kortizol düzeyi18,5 ve plazma renin aktivitesi 10,7 olup normal referans aralıklarında olan ve normotansif seyreden hastada mevcut klinik ve laboratuvar değerlendirmeleri sonucunda tip 4 renal tübüler asidoz(RTA) tanısı konuldu.Hastanın laboratuvar değerleri Tablo 1'de özetlendi.

SONUÇ: RTA tüm formları, normal anyon açıklı (hiperkloremik) metabolik asidoz ile kendini gösterir.Tip 4 RTA, hiperkalemik distal RTA olarak da bilinir.

Pozitif idrar anyon açığı (Na+K-Cl) ve idrar pH >5,5 ise ve eşlik eden hipopotasemi de varsa distal RTA düşünülür. Bununla birlikte, hiperpotasemi varsa Tip 4 RTA düşünülmelidir.Hiperkalemisi olan bir hastada TTKG < 6 olması ve aldosteron düzeylerinin normal ya da yüksek olması psödohipoaldosteronizm sendromlarını düşündürür.

Hiporeninemi hipoadresteronizmin en sık nedenleri, diyabet ve sürrenal yetmezlik başta olmak üzere amiloid, monoklonal gamapati, non-steroid antiinflamatuvar ilaçlara bağlı gelişen interstisyel nefritler akla gelmektedir. Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, siklosporin, heparin ve beta bloker kullanımı da hiperkalemik RTA nedenleri arasında sayılmaktadır.

Bu çalışmada normal kan basıncı,persistan serum potasyum yüksekliği ve metabolik asidozlu 37 yaşında erkek bir olgu sunulmuştur.Sonuç olarak kan basıncı ve renal fonksiyonları normal olan hastamızın normal anyon açıklı hiperkloremik metabolik asidozuna eşlik eden hiperkalemisi tip 4 distal RTA ile uyumlu olarak değerlendirildi ve hastaya psödohipoaldosteronizm tanısı konuldu.

Anahtar Kelimeler: renal tübüler asidoz, tip 4 renal tübüler asidoz, hiperkalemik metabolik asidoz

Tablo 1

WBC	7,3x10.e3/ mcl	Glukoz	102(mg/dL)
Hgb	14(g/dL)	Bun	16(mg/dL)
Platelet	224(e3/mikroL)	Kreatinin	0,99(mg/dL)
İdrar dansitesi	1025	Na plazma	142(mmol/L)
İdrar ph	6	K plazma	6,5(mmol/L)
24 saatlik idrar Na	171 (mmol/gün)	Cl plazma	107(mmol/L)
24 saatlik idrar K	37(mmol/gün)	LDH	142
24 saatlik idrar Cl	131(mmol/gün)	pH	7,31
İdrar anyon açığı	Pozitif	pCO2	32 (mmhg)
Transtub. K gradiyenti	3,84	HCO3	20 (mmol/L)

PP-047

Nitrogliserin Şok Hastalarındaki Periferik Dolaşım Bozukluklarını Düzeltebilir

Tuğçe Bozkurt¹, Güneş Eskidemir², Sait Karakurt³

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yoğun Bakım ABD

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım ABD

Sepsis dokularında artan oksijen tüketimi, azalmış periferik vasküler rezistans, bozulmuş kan akımı ve mikrosirkulasyonla seyreden mortalitesi çok yüksek bir tablodur. Septik şoklu hastalarda dokulardaki oksijen tüketimi artar fakat oksijen sunumu ve ekstraksiyonu bozulur. Özellikle mikrosirkulasyon bozulur, kapiller düzeyde şant oluşur. Nitrogliserin venodilatör bir ajan olup özellikle düşük dozlarda mikrovasküler kan akımını arttırdığı bildirilmektedir. Olgu 1: 26 yaşında aplastik anemi tanısı ile ATGAM+Siklosporin alan erkek hasta takibinde ateş yüksekliği, hipotansiyon, takipne gelişmesi üzerine DYBÜ (Dahili Yoğun Bakım Ünitesi) e kabul edildi. Pnömo-sepsis tanısı ile antibiyoterapi başlanan olguda sıvı resüsitasyonuna rağmen hipotansiyonunun devam etmesi üzerine noradrenalin infüzyonu başlandı. Takibinde vasopressör ihtiyacı artan hastaya 2. vasopressör olarak terlipressin (1,3 mcg/kg/sa) infüzyonu başlandı. Yüksek doz vazopressör desteği alan hastanın ekstremitelerinde periferik siyanoz gelişti. Uygulanan ısıtma işlemine yeterli yanıt alınamaması üzerine hastaya 2 mcg/dk dozunda nitrogliserin infüzyonu başlandı. Periferik perfüzyonu takip edilerek 15 dakikada bir 2-4 mcg/dk nitrogliserin dozu artırıldı, maksimum 10 mcg/dk dozuna kadar çıktı. Bu süreçte hipotansiyon ve vasopressör ihtiyacında artış gözlenmedi. 10 mcg/dk nitrogliserin infüzyonunun ilk 6 saatinde periferik dolaşımda belirgin iyileşme gözlemlendi (Resim 1). Laktat düzeyi: 25 mmol/L iken nitrogliserin infüzyonu sonrası kan laktat düzeyi: 22 mmol/L e geriledi. Olgu 2: 48 yaşında akut myeloid lösemi tanılı kadın hasta kemoterapi alırken takibinde ateş yüksekliği, genel durumda bozulma ve sıvı resüsitasyonuna yansıtsız hipotansiyonu gelişti. Hasta septik şok ön tanısı ile DYBÜ e kabul edildi. Geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı. Yeterli sıvı resüsitasyonuna rağmen hipotansif seyreden hastaya 0,5 mcg/kg/dk dozunda noradrenalin infüzyonu başlandı, takibinde ekstremitelerinde periferik dolaşım bozukluğu gelişti. Uygulanan ısıtma işlemine yeterli yanıt alınamaması üzerine 4 mcg/dk nitrogliserin infüzyonu başlandı. Hastanın takiplerinde vasopressör ihtiyacında artış olmadı. Nitrogliserin infüzyonu başladıktan 12 saat sonra hastanın periferik dolaşımında belirgin iyileşme gözlemlendi (Resim 2). Laktat: 3.9 mmol/L iken nitrogliserin infüzyonu sonrası 12. saatte laktat düzeyi: 3.2 mmol/L saptandı. Septik şok tablosunda hem yüksek doz vazopressör kullanımı hemde sepsise bağlı mikrosirkulasyondaki bozulma periferik dolaşımın kötüleşmesinde rol oynar. Nitrogliserinin düşük dozlarda anlamlı hipotansiyona neden olmadan mikrokapillerler düzeyde vazodilatasyon yaparak mikrosirkulasyonu düzeltebildiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Hastada hipotansiyona neden olmadan etkin yanıtın gözlemlendiği doz; optimal doz olarak belirlenmelidir. Ancak bu konuda ve mortaliteye etkisi ile ilgili daha fazla çalışmanın yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Nitrogliserin, Doku perfüzyonu, sepsis

Resim-1



Nitrogliserin infüzyonu öncesi ve sonrası doku perfüzyon bulgularında gözlenen düzelme

Resim-2



Nitrogliserin infüzyonu öncesi ve sonrası doku perfüzyon bulgularında gözlenen düzelme

PP-048

Bir KOAH Hastasında Akut Ses Kısıklığı İle Teşhis Edilen Akut Serebral Enfarkt

Burcu Turan¹, Tuğba Kıratlı², Derya Kocakaya¹, Emel Eryüksel¹, Berrin Ceyhan¹

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım Anabilim Dalı, İstanbul

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

GİRİŞ: Ses kısıklığı ile gelen hastalar değerlendirilirken anamnez, fizik muayeneye ilaveten nervus laringeus rekurrensi etkileyebilecek patolojileri saptamak amaçlı radyolojik inceleme önem kazanmaktadır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda en sık inhale kortikosteroidlere bağlı oral kandidiyazis ve sinire bası yapacak maligniteler görülmektedir. Ancak daha nadir olarak serebral damar tıkanıklıklarının buna sebep olabileceği belirtilmektedir. Bizim KOAH tanılı, sık alevlenen hastamızda da malignite saptanamayıp enfarktüsle ilişkilendirilmiştir.

OLGU: 64 yaşında; bilinen KOAH, hipertansiyon ve epilepsi tanıları olan erkek hastanın 80 paket/yıl sigara öyküsü bulunmaktadır. Evde nebulizatör ve inhaler kullanımı ile stabil seyredenken nefes darlığı, öksürük, balgam miktarında artış, 5 gündür olan ses kısıklığı ve yemek yerken yutma güçlüğü, kusma, şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Hastanın KOAH alevlenme nedeniyle son 3 ayda 4 kez hastane yatışı bulunmaktaydı. Fizik muayenede solunum seslerinde bilateral ronküs ve yaygın bronkospazm saptandı. Toraks CT 'sinde pnömoniyle uyumlu infiltrasyonlar, segmental-subsegmental pulmoner embolisi mevcuttu. Obstrüksiyon yada bası yapacak kitle bulgusu saptanmadı. KOAH alevlenme ve pulmoner emboli ön tanısıyla dahiliye servisine interne edildi. Ses kısıklığı açısından kulak-burun-boğaz kliniğine danışıldı. Endoskopide sağ vokal kord hareketli, sol vokal kord paralitik olarak saptandı. Kontrastlı boyun CT'de bası yapacak patoloji saptanmadı. Kusma şikayeti nedeniyle yapılan gastroskopide özefagusta patoloji saptanmadı. Yediklerini aspire eden hastanın gag refleksi olmadığı saptandı. Beyin CT ve difüzyon MR'da sol posterolateral medullada akut enfarktüs saptandı. Tedavisine aspirin ve statin eklendi. Beslenme için nazogastrik sonda takılan ve aspirasyonu engellenen hastanın öksürük balgamında ve oksijen ihtiyacında azalma saptanması üzerine antibiyotik tedavisi tamamlanarak, nörolojinin önerileri ile ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Ses kısıklığı nedeniyle başvuran hastalarda vokal kord paralizi tanısı konulduktan sonra etiyolojiye yönelik araştırmalarda malignite ilk sırada yer almaktadır. Ancak ileri yaşta serebrovasküler olay riski artmaktadır ve bu hastalarda beyin enfarktına bağlı vokal kord paralizisi gelişebileceği unutulmamalıdır. Bizim hastamızda da KOAH alevlenmesine yol açan tekrarlayan aspirasyon pnömonisi ve beraberindeki ses kısıklığı bulgusu nörolojik nedene ikincil gelişmiştir ve malignite saptanamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Akut Enfarkt, Aspirasyon, KOAH, Pnömoni, Ses Kısıklığı

PP-049

Öksürük ve Balgamla Başvuran Kadın Hastada Multipl Myelom Tanısı

Furkan Cuma Çiçek, Neslihan Tezcan

MARMARA ÜNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, İSTANBUL

GİRİŞ: Yaşlı hastalarda ateş, akut faz reaktan yüksekliği bulguları görüldüğünde enfeksiyon yanında malignite de düşünülmelidir.

OLGU: 67 yaş kadın hasta, bilinen kronik hastalık öyküsü yok. Başvurusundan 2 ay önce 3-4 haftadır devam eden öksürük ve balgam şikayeti mevcut, sigara kullanmıyor. Evde ateşinin olduğunu söylüyor. Balgam günde 1 tatlı kaşığı kadar beyaz renkte çıkıyormuş.

Çekilen akciğer grafisinde sol akciğer üst lobda 15 mm düzensiz şekilli nodül görüldü

Crp:294mg/l hb:9.3g/dl kreatinin:0.76mg/dl total protein:10.4g/dl albumin:2.9g/dl kalsiyum:8.4mg/dl sedimentasyon:106mm/saat

Ön tanıda pnömoni düşünülerek antibiyotik tedavisi başlandı. Ancak 2 haftalık tedaviye rağmen şikayetleri gerilemeyen, kilo kaybı devam eden ve akut faz yanıtı alınamayan hastada olası malignite açısından tetkikler yapıldı.

Postmenapozal 50 yaş üstü hastada endokolon, mamografi ve jinekolojik kanser taramaları yapıldı.

Negatif gelmesi üzerine maligniteye bağlı pnömoni düşünülerek hastadan kontrastlı toraks ve abdomen tomografi istendi. tomografide de karaciğerde 2-3 adet en büyüğü 20 mm olan hipodens lezyonlar görüldü.

Karaciğerdeki lezyonları doğrulamak için PET-CT çekildi. Sol akciğerde de suvmax:2,8, plevral tabanlı suvmax:4,8 olan dansite artışı görüldü. Karaciğerdeki lezyonlarda tutulum görülmedi. Sol humerus proximalde:28,1 sakrum sol yarımında suvmax:10 sağ femur başında suvmax:11 olan litik hipermetabolik odaklar görüldü.

Litik lezyonlar saptanması üzerine multiple myelom ön tanısı düşünülen hastada periferik kan bulgularının takiplerinde: hb:7.7g/dl, kreatinin:1.23mg/dl, total protein:11.6g/dl, albumin: 2.1g/dl, kalsiyum:8.2mg/dl, sedimentasyon:7mm/saat

Serum serbest kappa hafif zincir:7.99mg/l den 16.7mg/l, lambda 898mg/l den 1325mg/l ye yükseldi.

kappa/lambda:0.01

İdrar serbest kappa hafif zincir:73.3mg/l lambda:1387mg/l

IgG:85g/l, IgA:0.06g/l, IgM:0.2g/l

karaciğer fonksiyon testleri normal, hepatit serolojisi negatif.

Hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı: Multiple myelom uyumlu bulgular geldi.

TARTIŞMA: Polikliniğe konstitusyonel semptomlarla gelip akut faz reaktan yüksekliği görülen yaşlı hastalarda enfeksiyon

kliniği ön planda düşünülüp altta yatabilecek malignite olasılığı geri planda düşünülmektedir.

Bu vaka ile özellikle yaşlı hasta popülasyonunda yüksek akut faz reaktanları varlığında maligniteler de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: akut faz reaktanları, enfeksiyon, malignite

Romatoid Artrit ve Bağ Doku Hastalığında Akciğer Tutulumunda HRCT ile Hasta Ölçekli Anketlerin Karşılaştırılması

Atakan Topçu¹, Yasemin Yalçinkaya², Sait Karakurt³, Hakan Mursaloğlu⁴, Nihan Coşkun⁵, Meryem Demir¹, Ediz Dalkılıç⁵, Nevsun İnanç²

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

⁵Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Giriş-AMAC: Romatoid artrit (RA) ve bağ dokusu hastalığı (BDH) olanlarda, toraks HRCT ve SFT'ne ek olarak, geçerliliği gösterilmiş hasta ölçekli anketlerin uygulanması ve bu anketlerin akciğer tutulumunu ön görmedeki yeterliliğinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Öksürük ve/veya nefes darlığı olan veya kontrol amaçlı yapılan SFT'de patoloji saptanan RA ve BDH tanılı 65 hasta çalışmaya alındı. Yaşam kalitesi Saint George solunum anketi ve SF-36 ölçeği; öksürük şiddeti Leicester öksürük anketi ve VAS; nefes darlığı Modifiye Borg Skalası ve Medikal Araştırma Kurulu Dispne Skalası ile değerlendirildi (toplam 108 soru). Toraks HRCT, göğüs hastalıkları uzmanı tarafından kör olarak değerlendirildi ve Warrick skoru (alveolit ve fibrozis) hesaplandı.

BULGULAR: 39 hastada (33 kadın, 6 erkek) (14 RA, 25 BDH) Warrick skoru pozitif (≥ 1) saptandı (demografik ve klinik özellikler tablo 1'de; hasta ölçekli anketler, SFT ve Warrick skorları tablo 2'de gösterilmiştir). Tüm İAH grubunda warrick skorları ile anket sonuçları arasında ilişki saptanamamıştır. Ancak Warrick skoru pozitif (≥ 1) BDH-İAH subgrubunda total Warrick skorlarının; St. George total skorları ve SF-36 genel sağlık boyutuyla korelasyon gösterdikleri saptandı ($p < 0,05$). BDH-İAH subgrubunda SF-36 genel sağlık skorlarının FVC ve DLCO ile ilişkili oldukları görüldü ($p < 0,05$). RA-İAH grubu BDH-İAH grubu ile karşılaştırıldığında, SF-36 fiziksel fonksiyonu ve St. George total skorlarının RA-İAH grubunda daha kötü değerlere ulaştığı saptandı ($p=0,02$ ve $p<0,001$). Warrick skoru pozitif (≥ 1) olan hastalarda tüm gruplarda total Warrick skorları DLCO ($p<0,05$, $p<0,05$, $p < 0,001$) ve FVC ($p<0,05$, $p<0,05$, $p < 0,05$) testleriyle negatif korelasyon gösterdi. Metotreksat kullanmayan hastalarda İAH bulgularının daha sık görüldüğü (OR 11,5) saptanmakla birlikte Hosmet and Lemeshow testi ile değerlendirildiğinde anlamlılığın kaybolduğu gözlemlendi ($p=0,370$).

SONUÇ: Hasta ölçekli anketlerin akciğer tutulumunun takibinde değerli olabileceği görülmüştür. RA olguları ile birlikte değerlendirildiğinde radyolojik değerlendirme ile anketler arasındaki ilişki kaybolmaktadır. Bununla birlikte SF-36 fiziksel fonksiyon ve St. George total skoru RA'da BDH'ye göre daha kötü bulunmuştur. Bu sonuçlar, hasta ölçekli anketlerin klinik önemini göstermekle birlikte kullanım alanlarının (özellikle hasta gruplarının) belirlenmesine yönelik çalışmaların gerekliliğini de göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: : Romatoid artrit, Bağ dokusu hastalığı, İnterstisyel akciğer hastalığı, Warrick skoru, Hasta ölçekli anketler

Tablo-1

	RA olanlar (n=14)	BDH olanlar (n=25)	Tüm grup (n=39)
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	10/4	23/2	33/6
Yaş (Ort $\pm$ SS) Yıl	60 $\pm$ 7	53,6 $\pm$ 10	55,9 $\pm$ 9,5
Tanı Yaşı (Ort $\pm$ SS) Yıl	49,2 $\pm$ 9,5	43,9 $\pm$ 12,9	45,8 $\pm$ 12
DM	5 (%35,7)	2 (%8)	7 (%17,9)
HT	4 (%28,6)	6 (%24)	10 (%25,6)
KAH	1 (%7)	0	1 (%2,6)
HL	2 (%14,3)	1 (%4)	3 (%7,7)
KOAH	4 (%28,6)	3 (%12)	7 (%17,5)
Sigara	3 (%21,4)	5 (%20)	8 (%20,5)

Tablo1. Warrick skoru pozitif (≥ 1) olan İAH grubunun demografik ve klinik özellikleri

Tablo-2

	RA olanlar	BDH olanlar	Tüm grup
Alveolit total skor (n=14/25)	3 (IQR=0)	4 (IQR=1)	3 (IQR=1)
Fibrozis total skor (n=14/25)	13 (IQR=9)	11 (IQR=5)	11 (IQR=6)
Total Warrick skor (n=14/25)	17 (IQR=9)	15 (IQR=7)	15 (IQR=7)
FVC (n=11/25)	%92 (IQR=28)	%91 (IQR=47)	%91,5 (IQR=38,5)
DLCO (n=13/22)	%64 (IQR=16)	%66 (IQR=34)	%64 (IQR=21)
St. George total skor (n=13/17)	79,4 (IQR=8,7)	27,1 (IQR=26,5)	40,4 (IQR=57,6)
Leicester total skor (n=14/25)	17,8 (IQR=5,1)	18,5 (IQR=3,7)	18,4 (IQR=4,2)
VAS (n=13/25)	1 (IQR=3,5)	2 (IQR=2)	1,5 (IQR=3)
Modifiye Borg Skalası (n=13/25)	1 (IQR=2)	2 (IQR=2)	2 (IQR=2)
MRCS (n=0/21)	-	2 (IQR=1)	-
SF-36 total skor (n=14/23)	60,9 (IQR=13,7)	63,9 (IQR=21,9)	63,2 (IQR=19,4)
SF-36 genel sağlık skoru (n=14/21)	55 (IQR=16,2)	45 (IQR=12,5)	45 (IQR=15)
SF-36 ağrı skoru (n=14/23)	65 (IQR=33,7)	77,5 (IQR=22,5)	67,5 (IQR=28,7)
SF-36 sosyal skoru (n=14/23)	75 (IQR=40,6)	75 (IQR=50)	75 (IQR=37,5)
SF-36 mental sağlık skoru (n=14/23)	62 (IQR=18)	64 (IQR=24)	64 (IQR=18)
SF-36 enerji skoru (n=14/23)	46,7 ± 18,7	42,2 ± 22,6	43,9 ± 21,1
SF-36 emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları skoru (n=13/18)	100 (IQR=33,3)	100 (IQR=41,6)	100 (IQR=33,3)
SF-36 fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları skoru (n=13/18)	75 (IQR=75)	87,5 (IQR=50)	75 (IQR=50)
SF-36 fiziksel fonksiyon skoru (n=14/22)	45 (IQR=30)	72,5 (IQR=36,2)	60 (IQR=43,7)

Tablo2. Warrick skoru pozitif (≥1) olan İAH grubunun hasta ölçekli anket, SFT ve Warrick skorlarının sonuçları

PP-051**Tanı Anında Kemik Metastazı Olan Karaciğer Epiteloid Hemanjioendotelyoma Vakası**Ayşe Duygu Okcu¹, Özkan Alan², Perran Fulden Yumuk²¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

Otuzsekiz yaşında bilateral bacak varisleri dışında bilinen hastalığı olmayan erkek hasta Eylül 2018'de bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan biokimyasal tetkiklerde AST:43 Ü/L, ALT: 52 Ü/L, ALP:180 Ü/L, GGT:107 Ü/L saptanması üzerine çekilen batin BT raporunda karaciğer siroz bulguları, sağ karaciğer parankiminde multipl hipodens lezyonlar, segment 5'de 15mm kaba kalsifikasyon, T4 vertebra korpusunda sklerotik litik alan izlendi. Toraks BT'de sağ akciğer alt lob superiorda plevraya oturan 55 mm boyutlu malinite şüpheli parankimal kitlesel lezyon, sağ akciğer orta lob lateral segmentte 3 mm çaplı nodul saptandı. Yapılan kolonoskopide patoloji saptanmadı. Hastada ön planda malinite düşünülerek çekilen PET/BT'de tiroid glandında sağ lobda 14x12 mm çaplı noduler lezyonda yoğun FDG tutulumu ve toraks BT'de görülen 55 mm lezyonda 1 haftalık antibiyotik kullanımı sonrası gerileme izlendi. Karaciğer 8 nolu segmentte daha belirgin olmak üzere multipl malign düzeye ulaşan FDG tutulumu olan odaklar görüldü (SUV max: 5,5). T3 vertebra korpus, T5 vertebra posterior ve sol 3. kosta anterolateralinde yer yer litik karakterde lezyonlarda patolojik FDG tutulumu saptandı. Akciğerde görülen lezyon göğüs hastalıkları tarafından değerlendirilerek enfeksiyonla uyumlu bulundu. Karaciğerdeki lezyonlardan alınan biyopsinin patolojisi epiteloid hemanjioendotelyoma ile uyumlu geldi. Tiroid sağ lobdaki nodülden alınan İİAB patoloji sonucu foliküler neoplazi şüpheli, hurtle hücreli lezyon gelmesi üzerine hastaya KBB tarafından total tiroidektomi yapıldı. Patoloji raporu henüz sonuçlanmadı. Yapılan kan tetkiklerinde CEA: 0.96 ng/ml, kalsitonin: 4.23 ng/l saptandı. Hasta endokrinoloji ve KBB tarafından değerlendirilerek tiroid medüller karsinom düşünülmeli. Hasta kemik metastazı olan HEH tanısıyla onkoloji polikliniğe yönlendirildi. Onkoloji tarafından değerlendirilerek paklitaksel, bevacizumab ve zolendronik asit tedavisi planlandı.

Anahtar Kelimeler: karaciğer, epiteloid, hemanjioendotelyoma

Graves Hastalığı Sonrasında Hashimoto Tiroiditi Gelişen Olgu Sunumu

Nurullah İlhan, Dilek Gogas Yavuz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul

Graves hastalığı (GH) ve Hashimoto tiroiditi (HT) tiroid bezinin otoimmün hastalıklarıdır. GH'de tiroid uyarıcı hormon (TSH) reseptör stimulan antikörler (TRSA) yanı sıra TSH reseptör blokan antikör (TRBA) bulunabilmektedir. Klinik tabloda genellikle bu antikörler arası denge önem arz etmektedir. Antitiroid tedavi sonucu bazen stimulan antikör düzeyi azalabilir ortamda bulunan TRBA aktivitesi artabilir. OLGU: 17 yaşında bayan hasta polikliniğimize 1 aydır devam eden sinirlilik çarpıntı terleme şikayetiyle başvurdu yapılan fizik muayenede nabız:112 atım/dk ateş:36.8 (santigrat derece)tansiyon 130/80 mmhg olup diğer fizik muayene bulgularında patoloji yoktu tetkiklerde tsh:0.01 uIU/ml(0.34-5.60)st3:29.87 uIU/ml(3.26-5.83)st4:52.93uIU/ml(7.71-16.9)ATG:381 iu/ml(0-40) A-TPO:674 iu/ml usg: tiroid bezi boyutları artmış, parankim ekojenitesi ise heterojendi. Tiroid sintigrafisinde diffuz artmış radyoaktivite tutulumu her iki tiroid lobu diffuz hiperplazik olup gravesle uyumlu bulundu bakılan TRAB(TSH reseptör antikoru):6 iu/L(0-1.75) olup pozitif göz muayenesine gönderilen hastada oftalmopati saptanmadı. Bu bulgularla hastaya GH tanısı ile propiltiourasil (7,5 mg/kg/g) ve propranolol tedavisi başlanarak izleme alındı Tedavinin 4. ayında tiroid hormon düzeyleri normale geldi ve propranolol tedavisi kesildi. Tedavinin 2. yılında metimazole geçildi metimazole takibi sırasında tsh:55.6uIU/ml(0.34-5.60)st3:2.48 pg/ml(2.5-3.9)st4:0.38 ng/dl(0.6-1.12)ATG:24.1 IU/ml(0-115) Tiroid peroksidaz antikoru:848.1IU/ml(0-34) bu tarihteki usg: her iki lob ekojenitesi diffuz olarak heterojen olup yer yer retiküler septasyonlar ve psödonodüller ve tiroiditle uyumlu saptandı TRAB(TSH reseptör antikoru):0.76 iu/L(0-1.75) saptandı Graves blokan antikör bakılamadı graves blokan antikör-hashimoto ön tanılarıyla antitiroid ilaç kesilerek L-tiroksin başlandı Hastanın takibi sırasında anti-TG ve anti-TPO dalgalı bir seyir göstermekle birlikte daima pozitif ve eşlik eden bir otoimmün hastalık saptanmadı Graves hastalığı ile hashimoto tiroiditi Başlangıçta ayrı iki hastalık olarak kabul edilmekteyken son zamanlarda aynı hastalığın iki farklı şekli olduğu noktasında yoğunlaşılmaktadır. Hashitoksikoze hipertirodi genellikle GH'a göre daha ılımlı ve kısa sürelidir ve sintigrafise azalmış tiroid glandı aktivite tutulumu beklenir Anti-TG ve Anti-TPO pozitifliği hem HT'de hem de GH'da bulunabilmektedir. Bununla birlikte HT'de Anti-TG ve Anti-TPO hem daha sık hem de daha yüksek düzeylerde saptanırken iken, GH'da bu durum TRSA düzeyleri için geçerlidir

Anahtar Kelimeler: Graves, hashimoto, blokan, stimulan

Ülseratif Kolit Takibinde 5-ASA İlişkili Perikardit Olgusu

Hazal Şalva, Akgün Karakök, Coşkun Özer Demirtaş, Yeşim Özlen Alahdab

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Aminosalisilatlar (5-aminosalisilat (5-ASA), meselamin ve mesalazin) hafif orta şiddetli inflamatuvar barsak hastalıklarında, özellikle ülseratif kolitte ilk seri tedavi olarak kullanılmaktadır (1). Bulantı, kusma, karın ağrısı gibi gastrointestinal yan etkilerle birlikte nadiren pankreatit, perikardit vb. gastrointestinal sistem dışı yan etkiler bildirilmiştir.

Vaka Sunumu: 32 yaşında erkek hasta Nisan 2018'de kanlı diyare şikayetiyle tetkik edilmiş. Kolonoskopisinde rektumdan başlayıp sigmoid kolona kadar ödemli, fragil mukozaya, ülser alanlar görülmüş. Biyopsi sonucu ülseratif kolitle uyumlu raporlanmış. 5-ASA 500 mg peroral 3x2 ve lavman tedavisi başlanmış. Tedavinin 10. gününde öne eğilmekle artan göğüs ağrısı olması üzerine dış merkezde değerlendirilmiş, fizik muayenede frotman duyulması üzerine eko planlanmış ve hastaya perikardit teşhisi konmuş. Orada yapılan sorgulamasında öncesinde geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu yok. ANA negatif. 5-ASA tedavisi kesilmiş ve yatırılarak takip edilen hasta 3 günlük ibuprofen tedavisi sonrası şikayetleri gerilemesi üzerine taburcu edilmiş. Taburculuk sonrası günde 4-5 seferi bulan kanlı ishal, ateş yüksekliği şikayetinin tekrarlaması üzerine hasta tekrar tarafımıza başvuruyor. Sistem sorgulamasında ishal dışında şikayeti bulunmuyordu. Fizik muayenede; patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde; wbc:16.500, neu:14.600, hgb:7.9, crp:209 saptandı. Hastada ülseratif kolit alevlenmesi düşünülüp metilprednizolon 40 mg intravenöz olarak başlandı. Klinik yanıt alınan hastanın steroid tedavisi tedricen azaltılırken ishal şikayetinin nüks etmesi üzerine tekrar metilprednizolon 40 mg intravenöz tedavisi başlandı. Perikardit öyküsü nedeniyle 5-ASA planlanmadı. İdame tedavisi azatiyopürin (AZA) 100 mg/gün olarak düzenlendi.

Tartışma: Perikardit mesalazine bağlı bilinen bir yan etkidir. Göğüs ağrısı, nefes darlığı ve ateşle prezente olur ve ilacın başlangıcından sonra ilk 28 gün içinde gözlenir (8). Perikardit gelişmesi durumunda ilacın ikinci dozu ertelenmelidir (7). 5-ASA tekrar başladıktan sonra saatler içerisinde perikardit relapsı gelişebilir (5). Bildirilmiş fatal seyreden perikarditler olması sebebiyle hasta tekrar tedavi alması durumunda yakın takip edilmelidir (6). 5-ASA içeren ilaçlar diğer nedenlere bağlı perikardit geliştiği gösterilene kadar kesilmeli, başka bir etiyolojik neden bulunamazsa tekrar başlanmamalıdır. (8)

Anahtar Kelimeler: 5-ASA, perikardit, ülseratif kolit

Tıkanma Sarılığı ile Başvuran Nadir Bir Olgu: Pankreasta Ekstramedüller Plazmositom

Yasin İzgi¹, Umut Emre Aykut², Yeşim Özen Alahdab², Deniz Duman²

¹Marmara Üniversitesi Pendik EAH İç Hastalıkları ABD

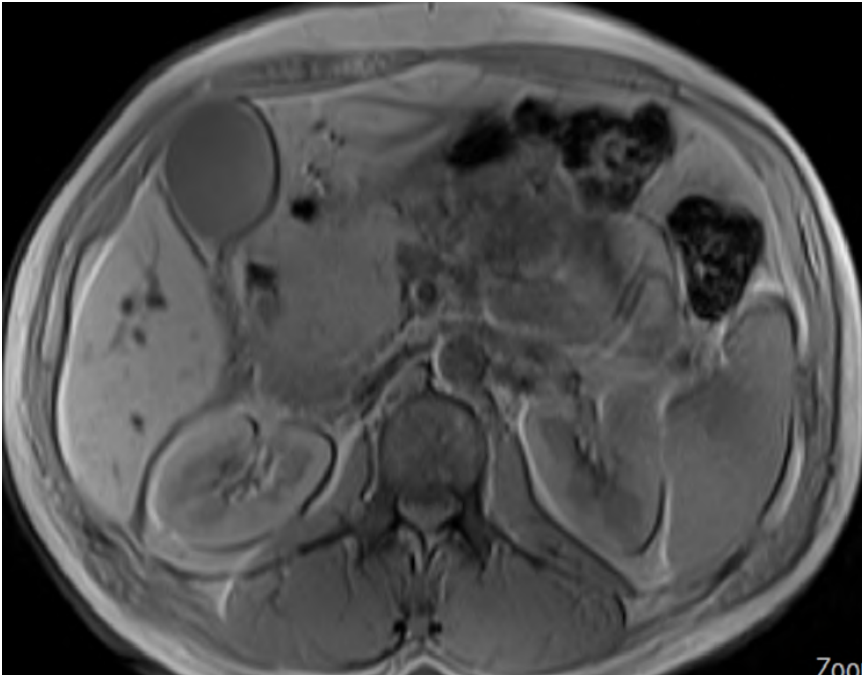
²Marmara Üniversitesi Pendik EAH Gastroenteroloji BD

Giriş: Plazma hücre hastalıkları tek bir plazma hücre klonunun neoplastik proliferasyonu ile karakterize hastalık grubunu oluşturur. Plazma hücre neoplazmaları tek bir lezyon (soliter plazmositom) veya multiple lezyonlar (multiple myelom) şeklinde prezente olabilir. Soliter plazmositom çoğunlukla kemikte meydana gelir. Ekstramedüller plazmositom ise kemik iliği dışında gelişen plazma hücre tümörlerini temsil eder ve tüm plazma hücre neoplazmalarının yaklaşık %3'ünü oluşturur. Lezyonlar çoğunlukla baş/boyun bölgesinde lokalize olur. Yaklaşık % 80'i üst respiratuar yolları içeren bölgelerde oluşur. Ancak pankreas tutulumu oldukça seyrektir. Bu yazıda bilinen multiple myelom tanılı, tıkanma sarılığı ile prezente olan ve pankreatik plazmositom tanısını Endoskopik ultrasonografi eşliğinde İİAB ile koyduğumuz bir olguyu sunduk.

Olgu: Bilinen multiple myelom tanısı olan 42 yaşında erkek hasta halsizlik, kaşıntının eşlik ettiği sarılık, koyu renkli idrar şikâyeti ile gastroenteroloji polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede epigastrik ve sağ üst kadran hassasiyeti ile ikterik görünümü dışında özellik yoktu. Bakılan laboratuvar tetkiklerinde AST:320 UI/L,ALT:553 UI/L,GGT:769 U/L,Total bilirubin:9,36 mg/dl,Direkt bilirubin:5,64 mg/dl olarak saptandı. Batın bilgisayarlı tomografi'de pankreas başında kitle- ödematöz pankreatit ayrımı yapılamayan hipovasküler karakterde alan görüldü. Pankreas başındaki şüpheli lezyonu ileri incelemeye yönelik üst batın MR ve MR-kolanjiografi çekildi. Batın MR'da pankreas başında 52x34mm boyutunda ve kuyruk kesiminde 33x23 mm boyutunda ekzofitik yerleşimli kitleler izlendi. Hastanın multiple myelom öyküsü olması nedeni ile ön tanı olarak plazmositom düşünüldü.Kitleden histopatolojik inceleme amaçlı EUS planlandı. Hastanın EUS'unda pankreas kuyruk kesiminde, 39*38 mm çapında, heterojen ekoda, içerisinde kistik boşlukları olan, damarlanması oldukça zengin, hipoekoik, sınırları belirgin kitlesel lezyon izlendi. Pankreas baş kesiminde benzer karakterde 50*47 mm çaplı ikinci bir lezyon izlendi. Hem baş hem kuyruktaki lezyonun olgunun altta yatan hastalığı ile birlikte değerlendirildiğinde ekstramedüller plazmositom olabileceği düşünülerek İİAB ile multiple biyopsi alındı. Patoloji tarafından yapılan değerlendirmede lezyon plazmositom ile uyumlu saptandı. Hematolojiye yönlendirilen hastaya bortezomib-deksametazon tedavisi başlandı. Tedavi sonrası hastanın kliniğinde belirgin düzelme oldu. Çekilen kontrol batın MR'da pankreas başındaki kitlede %80-90 regresyon saptandı.

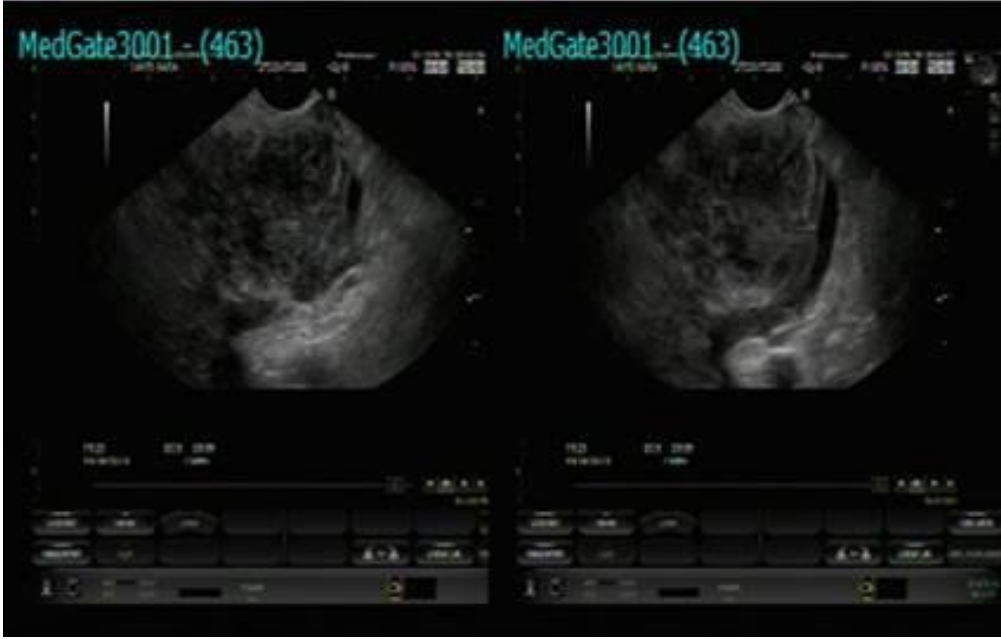
Anahtar Kelimeler: pankreas, plazmositom, endoskopik ultrasonografi(EUS)

Resim1



Pankreas başında 52x34mm boyutunda(kırmızı ok) ve kuyruk kesiminde 33x23 mm boyutunda ekzofitik yerleşimli kitleler izlendi.

Resim2



Pankreas kuyruk kesiminde, 39*38 mm çapında, heterojen ekoda, içerisinde kistik boşlukları olan, damarlanması oldukça zengin, hipoekoik, sınırları belirgin kitlesel lezyon, baş kesiminde benzer karakterde 50*47 mm çaplı ikinci bir lezyon izlendi. Kitlenin alt kesiminden geçen splenik ven ile sınırlarının silinmiş olduğu görüldü.

PP-055

Yaşam Tarzı Değişikliğinin Önemi

Nazire Aladağ, Seydahmet Akın, Yasemin Özgür, Arzu Işık, Bahar Tarım, Özcan Keskin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Günümüzde diyabet global olarak epidemic boyutlara ulaşan major bir halk sağlığı sorunudur. Obezite tip 2 diyabetin temel nedenlerinden biridir. Kilo alımı çeşitli mekanizmalarla insulün direncine neden olmaktadır. Sağlıklı yaşam şekli düzenlemeleri ve düzenli egzersiz ile ideal kiloya ulaşmak bozuk glukoz toleranslı hastalarda diyabet gelişimini %50 oranında azaltmaktadır. Doğru beslenmeyi öğrenmek diyabet kontrolünün önemli bir aşamasıdır. Yaşam şekli ile ilgili düzenlemeler ve düzenli fizik aktivitenin eklenmesi bu kronik hastalığın kontrolünde anahtar rol oynar.

OLGU: 48 yaşında erkek hasta geceleri sık idrara çıkma nedeniyle üroloji polikliniğine başvuruyor. Yapılan tetkiklerde glukoz:530. tit:3+ glukoz olması üzerine diyabet polikliniğine konsülte ediliyor. Hasta bizim tarafımızdan görüldü. Şikayeti sık idrara çıkma, son 2 aydır geceleri 3-4 kez idrar için uyanması mevcut. Hastanın yorumu; çok sık idrara çıktığı içinde günde 3 litre civarında çok su içmeye başladığını belirtiyor. Soy geçmişi: annane ve annesi diyabet. Evli, üniversite mezunu yazılım mühendisi.
FM: TA:130/70, boy:172, kilo 98. BMI: 33kg/m². Sistem muayenesi olağan.
Laboratuvar; AKŞ:480mg.HbA1c:11,5.Üre:46 Kre:1,01 ALT:76 AST:67,T.kolesterol:296.Trigliserid:300 HDL:48 LDL:191 İnsülin:26. TİT:3+ glukoz. Göz dibi muayenesi normal. Hastanın yeme alışkanlığı ve fizik aktivitesi sorgulandığında, günde ortalama 4500-5000 kcal aldığı ve yaklaşık 1000-1500 adım attığını belirtti. Hastaya diyabet için günlük 1500 -2000kcal diyet eğitimi ve günde 8000-10000 adım atması ve fiziksel aktivitesinin artırılması belirtildi ve eğitimleri tamamlandı. Tedavi olarak pioglitazon 30mg 1x1, metformin 1000mg 2x1, atorvastatin 20mg1x1 reçete edildi. Hastaya 1 hafta boyunca günde 3 kez açlık ve tokluk şekeri bakması ve sonucuyla gelmesi belirtildi. Diyabet polikliniğine kaydı yapılarak 3 aylık düzenli takibe alındı. Hasta 1 hafta sonra değil 3 ay sonra kontrole geldi. Diyabet rutin tetkiklerde açlık akş118. hba1c:6,9.T.Kol:216 TG:220.LDL:120 HDL:52. kilo:80(3ayda 18 kilo vermiş).BMI:27 idi. Hasta son 3 ayda herhangi bir hipoglisemi yaşamadığını belirtti. Hastaya mevcut tedavinin devamı önerildi.

TARTIŞMA: Günlük pratiğimizde diyabet kılavuzlarına göre (TEMED, ADA, EASD) tedavi planlanmaktadır. Fakat diyabet tedavisinin kişiselleştirilmesinin gerektiğini ve yaşam tarzı değişikliği, diyet ve egzersizin önemini belirtmek istedik.

Anahtar Kelimeler: kılavuzlar, hba1c, kilo kaybı, diyet

PP-056

Primer Santral Sinir Sistemi Lenfomaları Kemoterapi Verilmeden İzlenebilir Mi?

Fatma Bolat¹, Fatma Arıkan², Tayfun Elibol², Yıldız İpek², Tayfur Toptaş²

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

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

OLGU: 40 yaşında kadın hasta baş ağrısı, sol hemiparezi ve güç kaybı şikayetleri ile yapılan kranial görüntülemesinde sağ frontoparietal lobda kitle saptandı ve stereotaksik biyopsi incelemesi Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma ile uyumlu değerlendirildi. HIV(-) ve sistemik tutulum izlenmeyen hastaya primer santral sinir sistemi lenfoması(SSS) tanısı ile yüksek doz metotreksat sonrası tam yanıt ile otolog kök hücre nakil tedavisi uygulandı. Progresyonsuz sağ kalımı(PFS) 15 ay olan hastanın; epileptik nöbet ile başvurusunda nöks saptanıp 2.sırada uygulanan R-MPV tedavisi ile 10 ay PFS elde edildi. Tekrarlayan nöbet ve sol üst ekstremitte güçsüzlüğü nedeniyle yapılan değerlendirmede ikinci kez relaps saptanan hasta R-DEVIC tedavisine yanıtızsız kaldı. Yan etki ve etkinlik göz önüne alınarak yeniden R-MPV tedavisi uygulandı. Ancak bu tedavi altında intrakranial kanama gelişmesi üzerine Karnofsky performans skalası %70 olan hastaya Rituksimab-Lenalidomid tedavisi başlandı. 6.kür sonunda tam yanıt elde edilen hastaya lenalidomid idamesi ile devam edilmesi planlanmıştır.

TARTIŞMA: Primer SSS Lenfoması, Hodgkin dışı lenfomaların %1'ini; tüm beyin tümörlerinin ise %3'ünü oluşturmaktadır. Yüksek doz metotreksat içeren kombine kemoterapi rejimleri ile remisyon indüksiyonu ve otolog kök hücre nakli ile konsolidasyon standart tedavi olarak kabul edilmektedir. Relaps/refrakter hastalıkta ise standart tedavi yaklaşımı yoktur. Prognoz oldukça kötü olup literatürde yanıt oranlarının %30-55, PFS'in 2-11 ay ve ortalama sağ kalımın 3,5 ay olduğu bildirilmektedir. İbrutinib, nivolumab gibi ajanlarla yanıt oranlarının >%50 ye ulaşılabilmesi bildirilmiştir. Lenalidomid ve Rituksimab tedavisi ile yanıt oranlarının %39, PFS 'in ise 8.1 ay olduğu bildirilmiştir. Toplam 46 aydır izlemde olan hasta ikinci relaps sonrası 14. ayında immünomodülatör tedavi ile remisyonunda remisyonunda remisyonunda izlenmektedir.

SONUÇ: Relaps/refrakter primer SSS lenfomalarının tedavisinde görüş birliği yoktur. Yeni tedavi yaklaşımlarında PFS ve yanıt süresinin daha iyi değerlendirilebilmesi için daha uzun izlemlere gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: primer SSS lenfomaları, otolog kök hücre nakli, non-hodgkin lenfoma

PP-057

Retrosternal Yerleşimli mutlipl nüks ile seyreden iyi diferansiye mikropapiller karsinom olgusu

Merve Özdemir Çankaya¹, Ceyda Dinçer Yazan², Dilek Gogas Yavuz²

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

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: iyi diferansiye mikropapiller tiroid karsinomu operasyon sonrası kür oranı çok yüksek olan bir hastalıktır. Çapı 1 cm'den büyük ve multisentrik papiller mikrokarsinom olgularında metastaz eğilimi rapor edilmiştir. Multinodüler guatr (MNG) nedeniyle total tiroidektomi uygulanmış, patoloji sonucunda mikropapiller karsinom tanısı alıp 3 kez lokal nüks etmiş mikropapiller karsinom vakası sunulmuştur.

OLGU: kırksekiz yaşında erkek hasta 2007'de toksik MNG nedeniyle total tiroidektomi yapılmış. Patolojik değerlendirmede papiller mikrokarsinom tespit edilen hasta 2012'e kadar levotiroksin replasman tedavisi ile takip edilmiş. 2012 de tiroglobulin düzeyi >190 ng/dl saptanması ve yapılan Tiroid USG'de sağ lob alt polde 30x27x25mm solid nodül saptanmış. İnce iğne aspirasyon biyopsi sonucu benign olarak değerlendirilmiş. 2014'te halsizlik, yorgunluk, çarpıntı şikayetleri ile merkezimiz Genel Cerrahi polikliniğine başvurusunda tiroglobulin yüksekliği ve Tiroid USG de nüks düşünülmesi üzerine tamamlayıcı total tiroidektomi uygulandı. Ardından 30MCI RAI ablasyon tedavisi almış takiplerine dış merkezde devam etmiş. Tiroglobulin düzeyi 1,5-3,9 aralığında seyretmiş. Ağustos 2017'de hasta polikliniğimize kontrol amaçlı başvurdu. Aynı tarihte yapılan tüm vücut iyot tarama testinde, sağ lobta ve solda sternumun superiorunda yerleşimli, 17x16mm boyutlarında ön planda rezidü tiroid dokusu olduğu düşünülen ancak nüks olup olmadığı net ayırt edilemeyen tutulum gözlemlendi. Hasta 3. operasyon açısından değerlendirildi, ancak retrosternal yerleşim operasyon açısından riskli bulunarak RAI kararı verildi. Hastaya 150 MCI RAI tedavisi uygulandı ve takiplerinde tiroglobulin düzeyi <0,2 olarak görüldü.

SONUÇ: Mikropapiller karsinomların multisentik olabileceği veya rezidü dokudan nüks edebileceği, akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: mikropapiller karsinom, papiller karsinom, tiroid neoplazmları,

PP-058

Uzamış Pnömoni Olgusunda Steroid Kullanımı; Bronşiyolitis Obliterans Organize Pnömoni?

Özge Karakök¹, Sait Karakurt²

¹Marmara Üniversitesi İç hastalıkları ana bilim dalı

²Marmara Üniversitesi Göğüs hastalıkları ana bilim dalı

Bronşiyolitis obliterans organize pnömoni (BOOP) respiratuar bronşiyoller, alveoller içerisinde granülasyon dokusunun oluşturduğu polipoid yapılarla karakterize ve organize pnömoninin eşlik ettiği bir hastalıktır. BOOP idiopatik olabilir veya enfeksiyon, kemik iliği transplantasyonu, kalp-akciğer transplantasyonu, kollajen doku hastalığı, hipersensitivite pnömoniti, toksik gaz inhalasyonu ve aspirasyon pnömonisi gibi ikincil sebeplere bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Klinik gürültülü değildir, radyolojide yama tarzı multipl alveoler opasiteler vardır ve restriktif solunum fonksiyon bozuklukları saptanır.

63 yaşında erkek hasta göğüs ağrısı nedeni ile acil servise başvurusunda miyokard infarktüsü saptanarak koroner anjiyografi ile sağ koroner artere stent yerleştirildi ve 100 mg aminosalisilik asit, 2x90 mg tikagrelor, 1x0.4cc enoksaparin sodyum başlandı. Öyküsünde 35 paket/yıl sigara kullanımı ve 35 yıl inşaatta çalışma vardı. Takibinde koroner yoğun bakım ünitesinde takipneik ve hipoksik seyreden hasta 15 litre/dakika oksijen ihtiyacı olması üzerine dahili yoğun bakım ünitesine alındı. Fizik muayenesinde dinlemekle yaygın ronküs ve orta-alt zonlarda raller duyuldu. Laboratuvarında lökosit:14100/µl nötrofil:12500/µl lenfosit:800/µl hemoglobin:12.9 g/dl trombosit:255.000/µl prokalsitonin:2.63 mg/dl, crp:328 mg/dl olarak görüldü, Kan gazında ph:7.56 co2:43 mmhg HCO3:38.5 saturasyon:%75 po2:40 mm-hg laktat:1.9 idi. Hasta noninvaziv mekanik ventilatör ile AVAPS modda %90 Fio2 ile izlenmeye başlandı. Balgam kültüründe hemofilus influenza, pseudomonas aeruginosa, klebsiella pneumoniae üremesi olması üzerine antibiyogramına uygun antibiyotik, uygun dozlarda başlandı. Tedavinin 5. gününde hasta noninvaziv mekanik ventilatörden ayrılarak high flow cihazı ile %60 fio2 ile izlenmeye başlandı. Antibiyoterapi ile akut faz reaktanları gerileyen hastanın oksijen ihtiyacında azalma olmaması üzerine pulmoner emboli ekarte etme amacı ile pulmoner BT anjiyografi çekildi ve pulmoner emboli saptandı. Enoksaparin sodyum 2x0.4 cc doza çıkıldı. Takip eden 2 haftalık süreçte antibiyoterapi ve antikoagülan tedavi ile oksijen ihtiyacı gerilemeyen hastanın toraks tomografisinde konsolidasyon ile uyumlu görünüm olması nedeni ile Bronşiyolitis obliterans organize pnömoni (BOOP)(kriptojenik organize pnömoni) ön tanıları ile 2x40 mg/gün metilprednisolon tedavisi başlandı. Metilprednisolon tedavisinin 6. gününde high flowdan ayrılarak 5 litre/dakika nazal oksijen tedavisine geçildi, nazal oksijen altında stabil olarak izlenen hasta 3 gün sonra servise devredildi.

Anahtar Kelimeler: Bronşiyolitis obliterans organize pnömoni, steroid, pnömoni

PP-059

Anti-MPO Antikor Pozitif Bir Polianjitli Granülom Olgusu

Gülhar Süleymanova¹, Erdem Yalçınkaya², Sema Kaymaz Tahra³, Fatma Alibaz Öner³, Nevsun İnanç³, Haner Direskeneli³

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi İç hastalıkları Ana Bilim Dalı İstanbul

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Ana Bilim Dalı İstanbul

³Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Romatoloji Ana Bilim Dalı İstanbul

Anti-MPO Antikor pozitif bir Polianjitli Granülom olgusu

Polianjitli granülom (GPA) üst solunum yolu semptomları, nazal konjesyon sinüzit, otitis media yanında öksürük, dispne, hemoptizi gibi alt-solunum yolu ve renal tutulum ile karakterize bir vaskülitir. Tanıda c-ANCA duyarlı ve özgün bir testtir. Tedavisinde remisyon-indüksiyonu için siklofosamid ya da rituximab yüksek doz kortikosteroid ile beraber kullanılır.

Olgu - 63 yaşında erkek hasta, bilinen DM ve MNG tanıları mevcut. Temmuz 2018'de genel durum bozukluğu (6-7 kg zayıflama, ateş ve halsizlik) nedeniyle hastaneye başvurmuş. Bu sırada kreatinin değeri 4.6 mg/dl saptanan hasta akut/kronik böbrek yetmezliği tanısı ile incelenmeye başlandı. İdrar tahlilinde proteinüri, piyüri ve hematüri gözlenen hastanın toraks BT'sinde mediastende 1 cm'den küçük lenf nodları, sol akciğer üst lob yerleşimli düzensiz şekilli 21 mm nodül ve sol akciğer alt lobda periferik yerleşimli nodüller konsolidasyon görüldü. Hastanın 24 saatlik idrar proteini 2165 mg/gün olarak saptandı. Böbrek biyopsisi GPA ile uyumlu hastada ANCA 1/100-1/320 arası

pozitif geldi. Ancak ELISA ile anti-MPO pozitif, anti-PR3 negatif gelen hastada diğer otoantikorlar da negatif bulundu (anti-DNA, ENA). Hastaya GPA tanısı ile KS+siklofosfamid tedavisi başlandı. Servis yatışı sırasında akciğer enfeksiyonu nedeni ile aralıklı antibiyotik tedavisi alan, ancak solunum fonksiyonlarında bozulma olan hasta ileri solunum yetmezliği nedeni ile YBÜ'ne alındı. Septik şok kliniği gelişen hasta YBÜ'de ex oldu. Değerlendirme: Anti-MPO antikoru pozitif ANCA-ilişkili vaskülit hastalarının çoğunluğu mikroskopik polianjiit (MPA) olarak kabul edilmektedir. Ancak hastamızın pulmoner-renal sendrom kliniği GPA ile uyumlu idi, bu nedenle klinik olarak GPA olarak izlendi. Tedavi yaklaşımının 2 hastalık arasında değişmemesi nedeni ile bu ayırım günümüzde sınırlı bir öneme sahiptir, ancak olgu klasifikasyon açısından hala tartışmalı kabul edilebilir.

Anahtar Kelimeler: wegener, anti-MPO, polianjitli granülom

PP-060

Sarılık ve Transaminaz Yüksekliği İle Prezante Leptospirozis

Fatma Temiz¹, Özlem Alkan¹, Umut Emre Aykut², Zekaver Odabaşı³

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Leptospiroz, tüm dünyada görülebilen tropikal ve subtropikal bölgelerde endemik olan Leptospira cinsindeki sipiroketlerle bulaşan bakteriyel zoonozdur. Evcil ve vahşi memeli hayvanlar rezervuar olabilmekle beraber en önemli rezervuar farelerdir. İnsana bulaş genellikle hasta hayvanın idrarıyla veya idrarla kontamine çevreyle temas sonucuyladır. Weil hastalığı ise, leptospirozun, sarılık ve böbrek yetmezliğiyle seyreden olguların %5-10'unda görülen mortaliteye neden olabilen en ağır formudur.

OLGU: 23 yaşında, Pakistan uyruklu, 2.5 yıldır Türkiye'de yaşayan erkek hasta yaklaşık 10 gün önce başlayan tüm vücutta yaygın kas ağrısı ve ateş şikayetine sarılık, bulantı ve kusma eklenmesiyle başvurdu. Öz geçmişinde kronik hastalık öyküsü yoktu. Çuval fabrikasında çalışmaktaydı ve hijyenik koşulların kötü olduğu bir evde yaşamaktaydı. Fizik muayenede TA:95/50mmHg Nabız:105/dk Ateş:36°C, skleralar ve tüm vücut ikterikti, batında hassasiyet mevcuttu. Diğer sistem muayenesi doğaldı. Hastanın laboratuvar tetkik sonuçları tablo 1'de verilmiştir. Lökositoz, trombositopeni, hiperbilirubinemi, transaminaz yüksekliği, mikroskobik hematüri, BUN, kreatinin ve akut faz reaktan yüksekliği olan hastada üriner sistem enfeksiyonuna sekonder sepsis ve prerenal Akut Böbrek hasarı düşünüldükten kan ve idrar kültürleri alındı. Seftriakson ve hidrasyon tedavisi başlandı. Batın BT'de hepatomegali saptandı, hidronefroz görülmedi. Hepatobiliyer USG'de intrahepatik safra yollarında dilatasyon gözlemlendi. Kan ve İdrar kültüründe üreme olmadı. Hepatite yönelik gönderilen viral seroloji ve anti HIV negatifti. Leptospirozis ve Weil hastalığı düşünülen hastanın kan ve idrar örnekleri Halk sağlığı laboratuvarına gönderildi. kan ve idrar PCR negatif çıktı. Hastanın serum örneğinde mikroskobik aglütinasyon testi(MAT) ile Leptospira icterohaemorrhagiae Winjberg suşu 1/1600 titrede pozitif saptandı. Klinik ve laboratuvar olarak tedaviye yanıt alınan hasta antibiyoterapisi 7 güne tamamlanarak taburcu edildi.

TARTIŞMA: Leptospiroz ülkemizde ve dünyada en sık enfeksiyona yol açan tropikal ve subtropikal bölgelerde endemik diğer bölgelerde sporadik vakalara sebep olan bir zoonozdur. Ülkemizde bildirimi zorunlu hastalıklar arasındadır. Kalabalık ve yeterince temiz olmayan ortamda yaşayanlar, kanalizasyon çalışanları, veterinerler, piring tarlası işçileri, hayvancılıkla uğraşanlar vb risk gruplarında ateş, miyalji, karaciğer ve böbrek yetmezliği, trombositopeni görüldüğünde leptospirozis açısından da klinik ve laboratuvar değerlendirilme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: transaminaz yüksekliği, hiperbilirubinemi, akut böbrek hasarı, trombositopeni, leptospirozis, weil hastalığı

PP-061

Trimetoprim-Sülfametoksazol İlişkili Semptomatik Hiponatremi

Akgün Karakök¹, Sait Karakurt²

¹Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

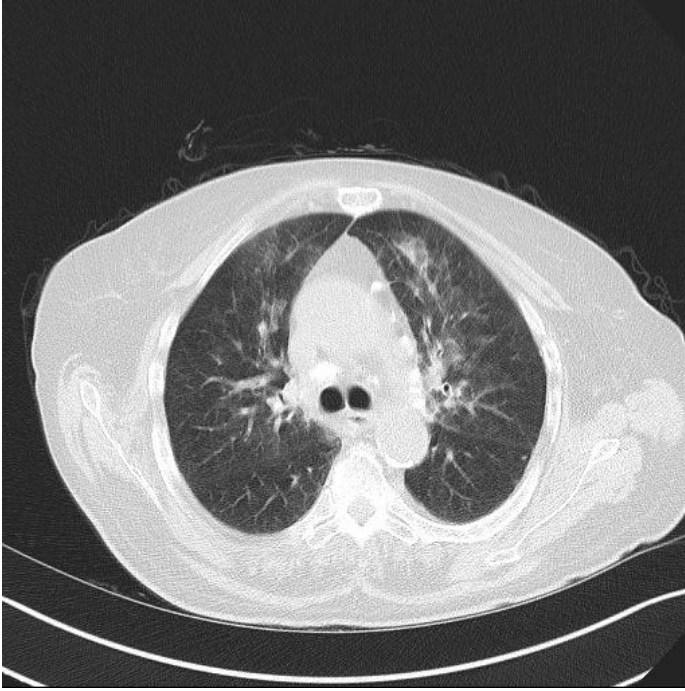
Hiponatremi toplumda ve hastanede yatan hastalarda (%13-18) en sık karşılaşılan elektrolit bozukluğu-dur. İlaç kullanımı etyolojide yaygın bir neden olmasına karşın sıkça gözden kaçabilmektedir. Bu olguda TPM-SMX'e sekonder hiponatremi gelişen bir vaka sunulmuştur.

75 yaşında esansiyel hipertansiyon ve sarkoidoz tanıları olan kadın hasta acil servise 2 gündür olan nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Sorgulamasında son dört gündür olan öksürük ve halsizlik dışında ek semptomunun olmadığı öğrenildi. İlaç sorgulamasında ise 2 aydır 32 mg/gün metilprednisolon, 10 mg/gün amlodipin ve 40 mg/gün

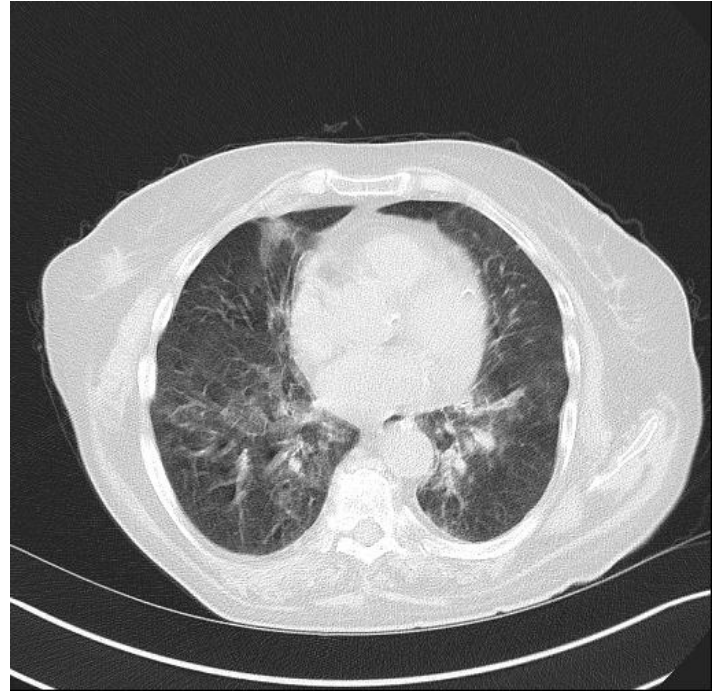
pantoprazol kullandığı öğrenildi. Yapılan fizik muaynesinde bilinç açıktı, oryante ve koopereydi, vital bulguları KB 135/76 mmHg, Nabız 100/dk, Solunum sayısı 23/dk, Ateş 39 C, Satürasyon 80(oda havasında), akciğerlerde bilateral kaba ral şeklinde olup diğer sistem muayne-lerinde özellik saptanmadı. Çekilen pulmoner bt anjiyografide emboli lehine bulgu sap-tanmadı, parankime yönelik yapılan değerlendirmede üst orta akciğerlerde yoğunlaşan buzlu cam gö-rüntüsü mevcuttu. 2 aydır immünsüpresif dozda steroid alan hastanın toraks btsinde üst orta akciğer bölgelerinde buzlu cam görüntüsü olması ve klinik bulgular eşliğinde ön planda pnömosistis carini pnömonisi düşünülerek tripetoprim 6 mg/kg eş değerinde TPM-SMX tedavisi başlandı. Tedavinin 48. saatinde hastanın baş ağrısı, halsizlik, bulantı ve iştahsızlık tariflemesi sonrası yapılan değerlendirmede Na 120 mEq/dl saptandı. Övolemik olarak değerlendirilen hastanın yapılan tetkiklerinde etyoloji sapta-namadı. Semptomatik hiponatremi sonrasında günlük Na açığı hesaplanarak iv serum sale infüzyon altında 10. günde hastanın Na değeri 114 mEq/l'den 121 mEq/l'ye kadar yükseldi. Dirençli hiponatremisi TMP-SMX 'e bağlanarak ilaç kesilmesi sonrası tedavisiz izlenen hastanın 2. Haftada Na değeri 135 mEq/l olarak saptandı. TMP-SMX antimikrobiyal bir ajan olup, elektrolit denge bozukluklarından hiperkalemi ve hiponatremiye, metabolik bozukluklardan ise asidoza neden olabilmektedir. Bu vakada da gösterildiği gibi hiponatremi etyolojisinde ilaç etkisi dikkatle irdelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: hiponatremi, ilaç ilişkili hiponatremi, trimetoprim-sulfametoksazol

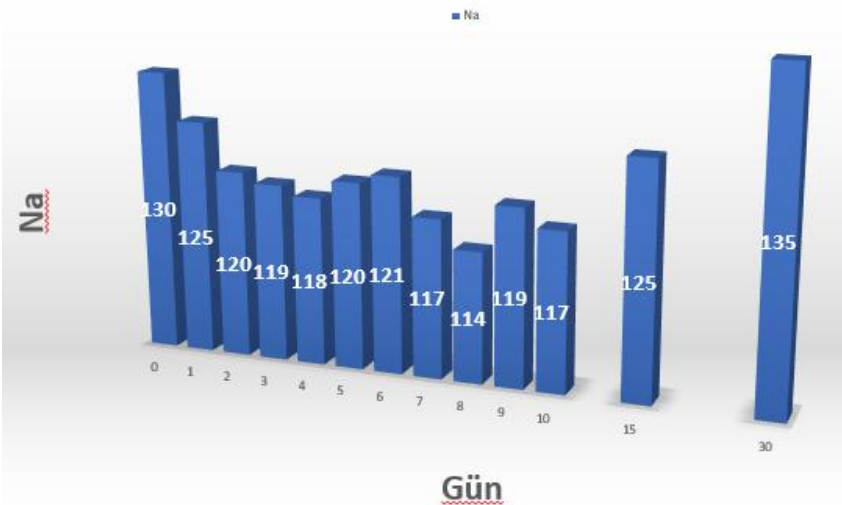
Radyolojik olarak Pnömosistis Carini Pnömonisi



Radyolojik olarak Pnömosistis Carini Pnömonisi



TMP-SMZ başlanması ve tedavinin 10. gününde kesilmesi sonrası Na seyri



PP-062

İmmunkompromize Hastada Ewingella Americana'nın Neden Olduğu Septisemi

Hale Jafarova¹, Zekaver Odabaşı²

¹Marmara Üniversitesi, İç hastalıkları Ana bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana bilim Dalı, İstanbul

Ewingella americana'nın neden olduğu enfeksiyonlar nadiren tanımlanmıştır. Bu vakamızda, testiküler germ hücreli tümör tanısı olan ve kemoterapi alan immün sistemi baskılanmış bir hastada E. americana'nın neden olduğu septisemi durumu bildirilmiştir. Bu patojen, kan kültürü yolu ile elde edilmiştir. Hasta seftriakson ile tedavi edildi ve tekrarlayan kan kültürlerinde E. americana ve ya diğer patojenik izolatların üremediği klinik iyileşme izlendi.

GİRİŞ: Ewingella americana gram negatif, laktoz fermente eden, oksidaz negatif, indol negatif, katalaz pozitif, fakültatif anaerobik basildir. Ewingella americana, Ewingella cinsinden, Enterobacteriaceae ailesindeki tek türdür. İlk olarak Grimont ve ark. tarafından 1983'te tanımlanmıştır. Organizmanın olağandışı olması ve nadiren fırsatçı patojen olarak bildirilmesine rağmen konjunktiva, peritoneal dializat, yaralar, sinoviyal sıvı, balgam, Waterhouse-Friderichsen sendromunun ölümcül bir vakasının kalp ve dalak orneği, bakteremi ve psödobakteremiye neden olan kan örnekleri dahil olmak üzere çeşitli klinik örneklerden izole edilmiştir. E. americana'nın kaynağı ve organizmanın doğal habitatı iyi bilinmemektedir. Ayrıca bu organizma taze ekili mantarlardan, vakumlu ambalajlı etten izole edilmiştir. Bu olgu sunumunda eritrosit transfüzyonu sırasında septik olan immunkompromize bir hastanın kan kültürlerinde E. americana üremesini anlatıyoruz.

OLGU SUNUMU: Duedonuma invaze retroperitoneal kitlesi olan testiküler germ hücreli tümör tanılı 21 yaşında erkek hasta 4 Mayıs 2018'de Marmara Üniversitesi Hastanesine tedavi edilmek üzere interne edildi. Duodenal biyopsi ve inguinal orşiektomiden bir hafta sonra BEP kemoterapisi başlandı. Kemoterapinin ikinci gününde hgb 6.7 g / dl olması nedeniyle eritrosit süspansiyonu transfüze edildi. Transfüzyon sırasında şiddetli bulantı, kusma, titreme, baş ağrısı, dispne, hipoksemi gelişti ve hastanın vitallerinde vücut ısısı 36.6 ° C, tansiyon 67/34 mmhg, nabız 98, sPO2: % 87 idi. Şüpheli anafilaksi nedeniyle bolus intravenöz sıvı ve epinefrin verildi. Hastanın 30 dakikalık takibinde 39.6 ° C'lik ateş olması nedeni kan kültürü alınarak ampirik piperasilin - tazobaktam başlandı. Laboratuvar BULGULAR: Beyaz kan hücresi 18200/µl (nötrofil% 98.1), hemoglobin 6.1 g/dl, trombosit 350.000/µl, Bun 9 mg/dl, kreatinin 0.97 mg/dl, albümin 2.3 g/dl, prokalsitonin 40 ng / ml, C-Reaktif protein 20 mg /dl, arterial kan gazı laktat seviyesi 5.7 mmol/l. İki gün içinde persiste eden yüksek dereceli ateş nedeniyle piperacillin-tazobaktam antibiyoterapisi meropenem'e değiştirildi. Antibiyotik duyarlılığı bilindikten sonra ise tedavisi seftriaksona daraltıldı. Tedavisi iki haftaya tamamlandıktan sonra hastada klinik ve laboratuvar olarak tam iyileşme gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: Ewingella americana, septisemi, immünsüpresif.

PP-063

Otit ve Mastoidit ile Prezente Olan Bir Polianjiitli Granülom Olgusu

Cem Armağan Turan¹, Harun Çoban¹, Murat Karabacak², Rafi Haner Direskeneli²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

44 yaşında bilinen hastalığı olmayan kadın hastanın 2017 aralık ayından itibaren sol kulakta ağrı şikayeti ile KBB kliniğine ardışık başvuruları mevcut. Paranasal ve temporal kemik BT'si çekilen hastaya otit ve mastoidit tanısı konulmuş. İşitme kaybı olan olguda ardışık antibiyoterapi kombinasyonları ile tedaviye yanıt alınamamış. 2 ay sonra el küçük eklemlerinde artrit bulguları ve takiben nefes darlığı gelişmesi üzerine dış merkez göğüs hastalıkları kliniğine başvurmuş. Eklem şikayetleri nedeniyle Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Sorgulamasında artrit dışı romatolojik özellik yoktu. Yapılan fizik muayenesinde oskültasyonda bilateral akciğer alt zonlarda dinlemeyle akciğer sesleri belirgin azalmış ve sağ kulakta akıntı mevcuttu. Toraks BT'de Sağ akciğer alt lobda 7.5 cm ve sol akciğer alt lobda 6 cm çapında santralinde kavitasyon özelliği gösteren konsolide lezyonlar tespit edildi. ANA, RF ve AntiCCP negatif, kreatinin: 0.57 mg/dl, AST: 114 IU/L, ALT: 107 IU/L, CRP: 235 mg/L, Lökosit: 17.500/mL, nötrofil: 14.000/mL Hemogloblin: 9 g/dl, hematokrit: %26, PLT: 600.000/mL, Sedimentasyon: 96 mm/sa, Quantiferon ise negatif tespit edildi. Oksijen ihtiyacı olan hasta Şubat 2018'de Dahiliye kliniğine interne edildi. İndirekt IF ANCA (+++), PR3>200 RU/mL, mpo<2 RU/mL sonuçlandı. Romatoloji bilim dalınca değerlendirilen hasta tipik akciğer görüntüsü, otit-mastoidit kliniği laboratuvar tetkikleri ile Polianjiitli Granülom (Wegener granülomatozu) tanısı aldı. 1 mg/kg metilprednisolon alan hastanın steroid altında kreatininin tedrici yükselişi başladı. İdrar sedimentinde lökosit silindirleri ve dismorfik eritrositler görüldü. Rituximab planlanan olguya bu süreçte plazmaferez başlandı. 10 gün plazmaferez uygulaması sonrası Rituximab tedavisi başlanan

hastanın kreatinin düzeyi normal seviyelere geriledi ve kontrol Toraks BT'de kavite boyutunda belirgin küçülme gözlemlendi. Kulak ağrısı gerileyen, oksijen ihtiyacı ortadan kalkan hasta ayaktan Rituximab tedavisi almak üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA: Antibiyoterapiye dirençli, uzamış otit ve mastoidit olgularında konstitusyonel semptomlar, periferik nöropati ve akciğer bulgularına yönelik sorgu ve fizik muayene yapılmalıdır. Artrite eşlik eden Akciğerde nodül, kavite görülmesi veya üst solunum yolları enfeksiyon bulguları görülmesi durumunda ileri tetkik yapılarak vaskülit bulguları araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Artrit, Mastoidit, Otit, Polianjiitli Granülom, Vaskülit

Kavite-1



Tedavi öncesi kaviter lezyon

Kavite-2



Tedavi sonrası kaviter lezyon

PP-064

Tekrarlayan Tromboemboli Olgusu Sunumu

Kübra Yıldız Tokatlıoğlu¹, İlknur Deliktaş¹, Sema Kaymaz Tavra², Rafi Haner Direskeneli²

¹Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

GİRİŞ: Antifosfolipid antikor sendromu(AFAS) genellikle genç kadınlarda görülen, tekrarlayan gebelik kayıpları, arteriyel ve/veya venöz trombozlar ile seyreden kronik, inflamatuvar, otoimmün hastalıktır. Biz bu vakamızda tekrarlayan hayatı tehdit edici tromboemboliler ile prezente olan genç erkek hastamızı sunmayı amaçladık.

OLGU: Dört yıl önce DVT öyküsü olan, 1 hafta önce göğüs ağrısı şikayeti ile acil servise başvurusunda anterior MI tanısıyla koroner anjiyografi yapıldı; LAD distal, diagonal ve proximalinde trombüs nedeniyle PTCA uygulanan hasta, sonrasında ASA ile taburcu edilmiş. ASA 100mg kullanılmaktayken acil servise sağ hemitoraksta batıcı tarzda göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran hastanın takipnesi mevcuttu. Ateş:38 derece, Tansiyon:104/70 mmHg, Nabız:103/dk. Enfeksiyon sorgulamasında özellik yoktu. Fizik muayene; bilateral akciğer bazallerinde solunum seslerinde azalma dışında olağandı. Toraks BT'de akciğer sağ orta zonda plevraya oturan üçgen şekilli infiltrasyon ve etrafında buzlu cam görünümü saptandı. Pulmoner BT Anjio'da; sağ alt lob dalında segmental subsegmental, solda subsegmental dolum defekti görüldü. Sağ akciğer üst lob posteriorunda 7 cm çaplı üçgen şeklinde, plevraya oturan konsolide alan, buzlu cam görünümü mevcuttu. Acil serviste yapılan EKO'da belirgin kapak patolojisi saptanmamış olup perikardiyal efüzyon yoktu. Öyküsünde tekrarlayan trombüsleri olan, BT ve klinik bulguları ile pulmoner emboli düşünülen hasta tekrarlayan trombüs etiyolojisinin araştırılması amacıyla servise yatırıldı. Alt ekstremitelere venöz doppler USG'de sol femoral ven orta kesimde kronik DVT ile uyumlu rekanalize trombüs görüldü. Akut ya da geçirilmiş üveit saptanmadı. Öyküsünde oral aft, genital ülser, eritema nodozum olmaması nedeniyle Behçet hastalığı dışlandı. Trombofili paneli negatif gelen, vaskülit dışlanan, Anti-β2 IgA: 182 (+) ve Lupus Antikoagülan: 48 (+) olan hasta AFAS tanısıyla takibe alındı. Metilprednizolon 40 mg/gün başlandı. Koroner arter hastalığı nedeniyle ASA, Tikagrelor ve Enoksaparin'e devam edildi.

TARTIŞMA: AFAS tekrarlayan trombozlar ve organ tutulumları ile seyreden, klinik olarak geniş bir spektruma yayılan kronik, inflamatuvar, otoimmün bir hastalıktır. Özellikle tekrarlayan trombozlarla seyreden genç hastalarda mortalite ve morbiditenin önlenmesi amacıyla ayırıcı tanıda olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: antifosfolipid, emboli, trombüs

PP-065

Santral Sinir Sistemi Lenfoması

Kivanç Koruk¹, Fatma Arıkan², Tayfun Elibol², Tayfur Toptaş², Işık Kaygusuz Atagündüz², Ayşe Tülin Tuğlular²

¹Marmara Üniversitesi İç hastalıkları Ana bilim dalı

²Marmara Üniversitesi İç hastalıkları Ana bilim dalı Hematoloji Bilim Dalı

Primer santral sinir sistem lenfomaları (PSSSL), primer bir odak olmaksızın, tipik olarak beyin, göz, spinal kord ve beyin omurilik sıvısına lokalize olan nadir, ekstrasnodal non-Hodgkin lenfomalar olarak tanımlanmaktadır. PSSSL, en sık intrakraniyal kitle şeklinde ortaya çıkar. Nadiren diffüz periventriküler lezyonlar, üveal tutulum ve spinal kitle şeklinde de ortaya çıkabilir. Son 15-30 yıl içinde PSSSL'nin sıklığında belirgin artış bildirilmektedir. Primer beyin tümörleri içinde, PSSSL'lerin görülme oranındaki bu artışın nedenleri, tanı yöntemlerindeki gelişmelere bağlanmaktadır.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta baş ağrısı, dönmesi, konuşma bozukluğu nedeniyle başvurduğu merkezde çekilen kraniyal btde sağ posterior frontal derin ak madde 3.5 cm hiperdens lezyon saptanıyor.venöz anjiom olarak değerlendiriliyor.hastaya takip dışında öneri olmuyor.hastanın 2014 yılındagüçsüzlük gelişmesi üzerine çekilen mrg da aynı bölgede 3.3*2.7 cm lik lezyonun sebat ettiği tespit ediliyor.bunun üzerine hastaya spektroskopik çekiliyor.naa pikinde düşüş ve kolin pikinde artış nedenli hastada glial tümör düşünülerek hastaya biyopsi öneriliyor. Sonucu venöz anjiom/low grade lenfoma olarak gelmiş.preparat merkezimizde revize edilmiş.Düşük dereceli b hücreli lenfoma olarak saptanmış.hastaya ekim 2016 da stereotaktik bx uygulanmış. biyopsi sonucu cd20+kappa monoklonal düşük dereceli b hücreli lenfoma ile uyumlu.Yüksek doz metoreksat içeren Freiburg III protokolü başlanmış. Protokolü 2 kür alan hasta tedavisine ara vermiş, bir süre asemptomatik seyretmiş.1.5 sene sonra kitlesinin boyutlarında büyüme, baş ağrısı, nöbet öyküsü olmuş. Hasta indolen gidişli lenfoması olması nedeniyle oral bir tedavi Rituksimab + Lenalidomid tedavisi başlandı. Hasta tedavisinin 2. Kürünü tamamlanmış durumda. Son kontrolünde ağrılarının gerilediği, tekrar nöbet geçirmediği öğrenildi. Tedavisinin 4 küre tamamlanması sonrasında değerlendirme amacıyla kraniyal MR planlandı.

Tartışma: pssl nadir lenfomalar olmaları sss dışında tutulum yapmamaları nedeniyle tanıları sıklıkla geç konulan hastalıklardandır.olgumuzda lenfoma tanısı konulması farklı tanıların ön planda olması nedenli gecikmiştir.tanı için biyopsi şart olmaktadır.hastaya klasik lenfomalarda verilecek kt rejimleri etkisiz olacağından kan beyin bariyeri geçebilecek farklı tedavi gereklidir.tedaviye yanıt değerlendirmesi yaparken semptom ve radyolojik görüntüleme ön plandadır.görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi pssl tanısının konmasını ve takibini kolaylaştırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: santral sinir sistemi lenfoması,low grade lenfoma,

PP-066

Erişkin Yaşta Tanı Almış Bir LEAKY-SCID Vakası

İsmail Nazlı¹, Derya Kocakaya², Ahmet Özen³, Safa Barış³, Elif Karakoç Aydın³, Sevgi Bilgiç Eltan³

¹Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

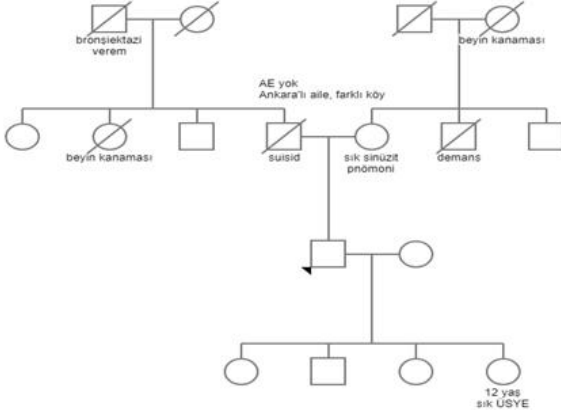
³Marmara Üniversitesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Allerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul

52 yaşında erkek hasta, 18 yıldır bronşektazi(BE) nedeniyle farklı hastanelerden takipliyken 2012 yılında kliniğimize başvurdu. Hastanın bronşektazi dışında bilinen tanılı kronik hastalığı yok. Özgeçmişinde 2011 yılında 1.5 lt kadar masif hemoptizi şikayeti olması nedeniyle sol alt lobektomi hikayesi mevcut idi. Patolojik değerlendirmede BOOPTI saptanarak steroid kullanıldı. Hastanın yılda 2-3 kere enfekte bronşektazi ile multipl antibiyoterapi öyküsünün yanısıra özgeçmişinde 6 yaşında kızamık, pnömoni ve hemoptizi olduğu öğrenildi. Term olarak doğan hastanın immünizasyon öyküsü net olarak bilinmiyor. Yedi yaşından itibaren tekrarlayan otit, sinüzit, kafa derisinde abse nedeni ile tedavi aldığı, 1 sene önce tırnaklarda kalınlaşma ve ayaklarda döküntü şikayeti geliştiği öğrenildi. Tüberküloz geçirme öyküsü yok. Fizik muayenesinde 60kg, 175cm, BMI:19.6 kg/m2. Ağızda oral aft ve postnazal akıntısı, tonsil dokusu, inguinal herni, ayak tırnaklarında distrofi ve splenomegali mevcut iken pamukçuk, dismorfik görünüm, lenfadenomegali saptanmadı. Akciğerler; bazallerde azalmış solunum sesleri ve yer yer hisilti saptandı. Bir adet BCG aşı skarı görüldü. BE ve tekrarlayan ASYE'ye yönelik tetkiklerinde CF ve PCD hastalıkları dışlandı. Bunun üzerine hastada tekrarlayıcı ve beklenilenden ağır seyreden enfeksiyon öyküsü nedeniyle immün yetmezlik olabileceği düşünülerek birinci basamakta hemogram ve immunglobulin düzeyleri değerlendirildi. Sonuçlarda lenfopeni (920/mm3) ve agamaglobulinemi [IgG:1,2 g/L(6,1-16,1), IgA:<0,02 g/L(0,7-4,0), IgM:<0,097 g/L(0,35-2,42), IgG1:0,78 g/L(3,82-9,28), IgG2:0,13 g/L(2,4-7,0), IgG3:0,18 g/L(0,2-1,76), IgG4:<0,003 g/L(0,03-0,8), total IgE:<1,0 IU/mL(<87)] dikkat çekici bulguları. Primer ve sekonder immün yetmezliklerin ayırıcı tanısı yapılmak üzere hasta pediatrik allerji ve immünoloji bölümüne konsulte edildi. HIV serolojisi negatif saptandı. Hastanın yapılan immünolojik değerlendirmelerinde lenfopeni, agamaglobulinemi, CD3 ve CD19 lenfopeni, CD4/CD8 oranında ters dönme, negatif aşı yanıtları saptanıp, var olan klinik bulgularla birleştirildiğinde (tekrarlayan bakteriyel ASYE, ÜSYE, persistan fungal enfeksiyonlar) hastada öncelikle 'T(-) B (-) NK (+) Kombine İmmün Yetmezlik' düşünülerek profilaksiler için subkütan immunglobulin replasman tedavisi (0,5

gr/kg/doz/ay), anti-PCP, antibakteriyel(Trimethoprim/sulfamethoxazole) ve antifungal(flukonazol) başlandı. Takipte tırnaklardaki distrofik değişiklikler gerileyen ve enfekte bronşektazi sıklığı belirgin azalan hastada immüfenotipe yönelik genetik araştırmalar halen devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Agamaglobulinemi, Enfekte bronşektazi, Kombine İmmün Yetmezlik, İmmunglobulin replasmanı

hasta soy ağacı



Hastanın soy ağacı

PP-067

Renal Biyopside Mantle Hücreli Lenfoma Vakası

Yeşim Ağyol¹, Fatma Geçgel², Işık Atagündüz²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

GİRİŞ: Mantle hücreli lenfoma non-Hodgkin lenfomaların alt grubu olup %3-10'unu oluşturmaktadır. İleri yaş hastalığı olup ortalama yaş 68'dir. Hastalara genellikle ileri evrede tanı konur. Ekstranodal tutulum sık görülürken en sık kemik iliği, dalak, karaciğer, Waldeyer halkası, gastrointestinal sistem tutulur, böbrek tutulumu nadirdir. Aşağıda böbrek ve kemik iliği tutulumunun olduğu vakamızı sunuyoruz.

OLGU: Diyabetes mellitus, esansiyel hipertansiyon tanıları olan 66 yaşında erkek hasta 2 gündür idrar miktarında azalma, idrardan kan gelmesi şikayeti ile acile başvurdu. Acil tetkiklerinde BUN:22, kreatinin:2.73 saptanan hasta akut böbrek yetmezliği olarak değerlendirildi. Tam idrar tetkikinde hematüri saptanan hastanın idrar sedimentinde her alanda 1-2 eritrosit silendiri saptanması sonucu glomerüler patoloji düşünüldü. Batın BT'de böbrek boyutları doğal, kalkül, hidronefroz saptanmadı. Etiyoloji açısından böbrek biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucu 7 adet glomerül saptanmış, 4'ü global sklerotik, interstisyumda diffüz lenfoid infiltrasyon, CD20 ile diffüz kuvvetli boyanma, bcl-1 pozitif, CD5 zayıf pozitif, siklin D1 şüpheli pozitif: Mantle hücreli lenfoma infiltrasyonu olarak değerlendirildi. Hastanın hemogramında Hb:11 wbc:5900 trombosit:137000, LDH:178, beta-2 mikroglobulin:5327, periferik yaymasında çomak:2 nötrofil:57 lenfosit:35 eozinofil:1 monosit:5 trombositler: normal eritrosit morfolojisi:normokrom,anizositoz,nadir hedef hücre saptandı. Hastanın kemik iliği biyopsisi tam fenotipize edilemeyen lenfoid nodülün Mantle hücreli lenfoma infiltrasyonu olarak değerlendirildi. PET CT: Dalak boyutları longitudinal hatta 14.5 cm olup SUVmax:12.7 olan diffüz FDG tutulumu, mediastende subkarinal alanda en büyüğü 12 mm olan lenf nodlarında SUVmax:4.6 olan FDG tutulumu, batında paraaortikal alanda subsantimetrik lenf nodlarında SUVmax:4.1 olan FDG tutulumu. Hasta Ann-Arbor evrelemesine göre evre IV SA(kemik iliği,böbrek tutulumu) olarak değerlendirildi. MIPI risk skoru:8.5 yüksek riskli olarak değerlendirildi. Hastaya R-CHOP tedavisi başlandı.

SONUÇ: Hemen hemen tüm lenfomalar ve plazma hücre diskrazileri parankim infiltrasyonu ve sekonder yaralanma dahil olmak üzere böbrek tutulumunu gösterebilir. Literatürde akut renal hasar ile birlikte proteinüri saptanan ve renal biyopsi sonucu mantle hücreli lenfoma tanısı konulan bir çalışma ve bir vaka bildirilmiştir. Başka bir vakada bilateral böbrek tutulumunun PET CT ile saptandığı, tedaviyle böbrek tutulumun gerilediği bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: akut böbrek yetmezliği, lenfoma, mantle

Eforla Gelişen Çarpıntı Şikayeti İle Başvuran Hastada Noniskemik Kardiyomiyopati

Sultan Gözde Temiz¹, Ahmet Altuğ Çiğin², İpek Yıldız²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı

AMAÇ: Bu vakanın amacı iç hastalıkları pratiğinde çarpıntı şikayeti olan hastaların muhtemel kardiyak patoloji açısından göz önünde bulundurulmasına dikkat çekmektir.

YÖNTEM: Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniğinde atrial fibrilasyon saptanan hasta eko, sağ kalp kataterizasyonu ve koroner anjiyografi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: 44 yaşında erkek hasta eforla olan çarpıntı şikayeti ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde periferel nabız 90 ve kalp tepe atımı 166 saptandı. Kalp seslerini dinlemekle sistolik 2/6 üfürüm saptanması üzerine hastaya ekokardiyografi yapıldı. Elektrokardiyografide atrial fibrilasyon ritmi saptandı. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu:%26, pulmoner arter basıncı: 40 mm hg ölçüldü. Tüm kalp boşlukları dilate olduğu görüldü ve orta mitral yetmezlik ile orta triküspit yetmezlik saptandı. Kalp yetmezliği ve pulmoner arteriyel hipertansiyon etiolojisini belirlemek için koroner anjiyografi ve sağ kalp kataterizasyonu yapıldı. Koroner anjiyografide koroner arterler normal saptandı. Sağ kalp kataterizasyonunun izole postkapiler pulmoner hipertansiyon ile uyumlu olduğu görüldü. Hasta noniskemik kardiyomiyopati kabul edildi. Hastanın kapak hastalıklarının ve atrial fibrilasyon ritminin noniskemik kardiyomiyopatiye bağlı olduğu anlaşıldı.

SONUÇLAR: Çarpıntı şikayeti olan bir çok hasta kardiyoloji poliklinikleri kadar iç hastalıkları polikliniklerine de başvurmaktadır. Bu hastalar anemi, hipertiroidi vb. bir çok hastalık için taranırken çoğu zaman fizik muayane yapılmamaktadır. Herhangi bir risk faktörü olmayan genç erişkinlerde dahi altta yatan kardiyolojik hastalıkları gözden kaçırmamak için hikaye dikkatle dinlenmeli, fizik muayene ile değerlendirilmeli ve gerektiğinde ek araştırma yapmaktan çekinilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: atrial fibrilasyon, çarpıntı, kardiyomiyopati, noniskemik kardiyomiyopati, postkapiller pulmoner hipertansiyon

Gebelikte Gorülen Akut Karaciğer Yetmezliğinin Nadir Bir Sebebi: Yaygın Karaciğer Metastazi (Malign Psodosirozis)

Aysel İsmayilova¹, Davut Tuney³, Feyza Gunduz²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı

³Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Radyoloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ: Malign Psödosirozis, metastatik kanserlerin nadir bir komplikasyonudur ve genellikle meme kanseri metastazları ile ilişkilidir. Diffüz neoplastik hücre infiltrasyonu, "malign psödosiroz" olarak adlandırılan nadir metastatik yayılım paternidir ve bu taniyi koymayı zorlaştırır. Burada akut karaciğer yetmezliği ile prezente olan yaygın metastatik meme kanseri tanısı alan 9 haftalık gebe bir hastayı sunuyoruz.

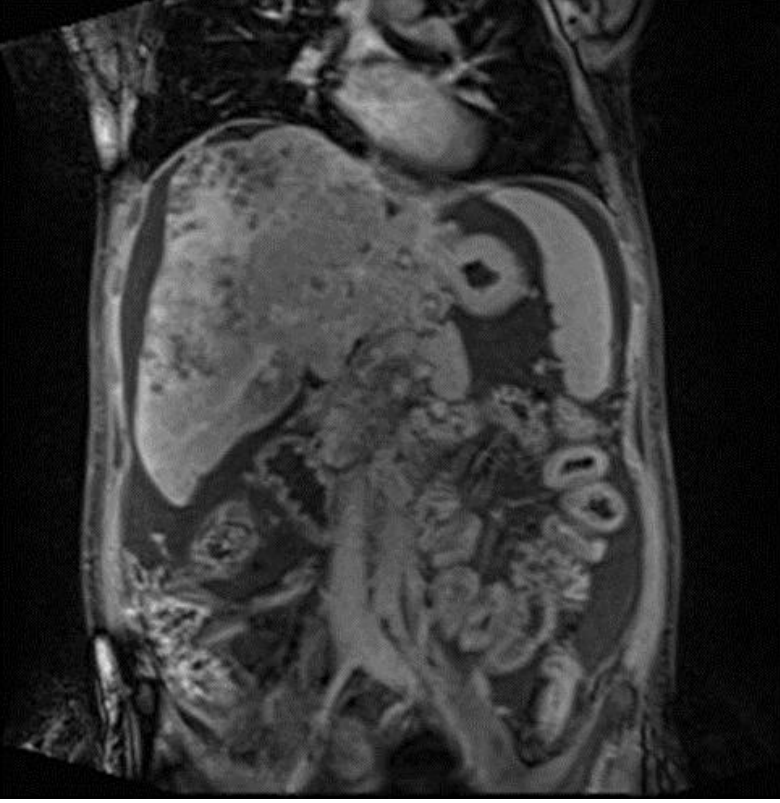
OLGU: 34 yaşında 9 haftalık gebe hasta 2 haftadır olan karın şişkinliği ve sarılık şikâyeti ile başvurdu. Öyküde öncesinde 4 gebeliğinin bulunduğu ve sistemik bir hastalığının bulunmadığı, bitkisel/ medikal ilaç kullanmadığı ve alkol/ IV ilaç kullanımının olmadığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde asit ve sarılık vardı. Laboratuvarında AST:417.U/L, ALT: 209 U/L, ALP:92 U/L, GGT: 46 2U/L, total bilirubin:8,96 mg/dl, direk bilirubin:5.47 mg/dl, albumin: 2.9 g/l, INR: 1.6, WBC: 18.200/hb: 12.2 g/dl, PLT: 166000µL olarak saptandı. Viral seroloji negatifti. Otoimmün seroloji ve metabolik hastalıklar ile ilgili parametreler negatifti. Ultrason görüntülemesinde yaygın asit ve karaciğerde sirotik görünüm mevcuttu. Vasküler yapılarda tromboza ait bulgu yoktu. Takiplerde INR ve bilirubin değerlerinde progresif artış nedeniyle medikal abortus yapıldı. Batın MR'da çok sayıda irili ufaklı hipodens lezyonlar izlendi (Figur 1). Meme muayenesinde sağ meme üst kadranda yaklaşık 2 cm çapında nodüler lezyon palpe edildi.ve biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucunda invasive duktal karsinom tanısı aldı. PET-BT:sağ aksiller, retroperitoneal ve batın içinde çok sayıda LAP ve karaciğer parankiminde yoğun FGD tutulumu izlendi. (Figure 2). Kemoterapi başlanmasından kısa süre sonra hasta kaybedildi.

TARTIŞMA: Malign psödosirozis, literatürde genellikle metastatik meme kanserinin nadir bir yayılımı olarak vaka sunumları bildirilmiştir. Hodgkin lenfoma, medüller troid kanseri, pankreas, kolon, özofagus gibi malignitelerde de saptanmıştır. Klinik olarak sıklıkla portal hipertansiyon ve akut karaciğer yetmezlik bulguları ile karşımıza çıkmaktadır. Bu, BT ya daMRI görüntülemelerinde siroz görüntüsünü taklit eder. Etiolojisi tespit edilemeyen bu tip

akut karaciğer yetmezliği ve siroz kliniği ile gelen vakalarda yaygın karaciğer metastaz akla gelmeli ve malignite taraması yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Psödosiroz, akut karaciğer yetmezliği, Meme kanseri, Gebelik

Figure 1. MRI görüntülemesinde karaciğer parankiminde çok sayıda hipodens lezyonlar



PP-070

Gitelman Sendromlu Bir Hastada Eritrositoz

İzzet Hakkı Arıkan, Ayşegül Avcu

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Gitelman sendromu, distal tübüldeki tiyazid duyarlı NaCl ko-transporter'ı kodlayan SLC12A3 genindeki mutasyon sonucu oluşan otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Hipokalemi, hipomagnezemi, hipokalsiüri, metabolik alkaloz, juxtaglomerüler aparatta hiperplazi ve hiperaldosteronizm ile karakterizedir.

Gitelman sendromunda nadir görülebilen bir durum olan eritrositozu olan bir olguyu sunduk. 23 yaşında erkek hasta yaklaşık iki yıl önce bir haftada 17 kilo kaybı olması üzerine tetkik edilerek laboratuvar tetkiklerinde hipokalemi ve hipomagnezemi saptanması üzerine tanı almış. Elektrolit bozukluğu dışında hemogramında hgb:18.6 hct:51.2 mcv:84.7 şeklindeydi. WBC ve platelet değerleri normal aralıktaydı. Baş ağrısı şikayeti mevcuttu. JAK-2 mutasyonu negatif olarak geldi. EPO düzeyi 5.53 U/L (3.7-31.5) Abdomen USG'de organomegali ve eritrositoza yol açacak karaciğer ve böbreklerde patoloji saptanmadı. Akciğer ve kardiyak hastalık öyküsü bulunmamaktaydı. Bu konudaki hipotezlerden biri COX ve hipoksiyle uyarılabilen transkripsiyon faktörleri (HIFs) arasındaki ilişki sonucu eritrositozun uyarılmasıdır. COX, HIF'ni stimüle eder ve HIF eritropoetin üretimini indükler. Ters olarak HIF de COX upregülasyonu ile PG yapımını artırır. Bu durum bize COX inhibitörlerinin tedavide kullanılabileceğini akla getirmektedir.

Eritrositozu açıklayabilecek ikinci hipotez ise üriner elektrolit ve su atılımı nedeniyle kronik arteriyel hipotansiyon ve periferik dokuların oksijenlenmesinde yetersizlik sonucu renin-anjiyotensin-aldosteron sistem aktivasyonu ve EPO üretiminde artış meydana gelmesidir. ACEI ve ARB'leri kullanarak GFR'yi azaltmak hgb konsantrasyonunun azaltılmasında etkili olabilir.

Sonuç olarak Gitelman sendromu eritrositoz ile ilişkili olabilir. Bu durumla alakalı kısıtlı veri bulunmaktadır. Böbrek üzerinden etkili mekanizmaların sorumlu olabileceği düşünüldüğünden Gitelman sendromu olan hastalardaki eritrositoz tedavisinin diğer sekonder eritrositoz tedavilerinden farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: eritrositoz, gitelman, polisitemi

Otolog Kök Hücre Nakli Yapılan Olguda Gelişen Aspergillus Terreus İlişkili Otitis Media ve Mastoidit

Esra Dicle Kaya¹, İsmail Nazlı¹, Fatma Geçgel Arıkan², Zekaver Odabaşı³, Işık Kaygusuz Atagündüz²

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

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

³Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

OLGU: Beş yıldır devam eden disfaji ve B semptomları olan 51 yaşındaki kadın hasta Nisan 2017’de dil kökü diffüz büyük B hücreli lenfoma (DBBHL) tanısı aldı. R-CHOP tedavisine yanıtı olmayan hastaya, Kasım 2017’de R-ICE verildi. Tam yanıt alınan hastaya 26.01.18’de BEAM protokolü başlanarak 02.02.18’de otolog kök hücre nakli (KHN) yapıldı. Hastada 03.02.18’de nötropeni ve 04.02.18’te diyare ve sol alt kadranda defans saptandı. Gaita numunesinde lökosit (+), GDH (+), C.difficile toksin (-) saptanarak oral metronidazol başlandı. 05.02.18’de tifilit tanısıyla profilaktik levofloksasin kesilip piperasillin-tazobaktam’a geçildi. Aynı gün takiplerinde 38.8 °C ateş izlendi. Akut faz reaktanı (AFR) ve ateş yanıtı alınmayan hastada, 08.02.18’de 38.2 °C ateşe eşlik eden sağ kulakta ağrı ve seröz akıntı gelişti. Sağ timpanik membranda perforasyon saptandı. DKY sürüntü örneği alındı. Paranasal sinüs BT bulguları sağ otitis media (OM) ve mastoidit ile uyumluydu. 11.02.18’de nötropeniden çıkmasına rağmen sebat eden 38.5 °C ateş sebebiyle meropenem başlandı. 13.02.18’de sağ DKY sürüntü kültüründe tüm plaklarda Aspergillus terreus üredi. Profilaktik flukonazol kesilerek iv vorikonazol başlandı. 15.02.18’den itibaren ateşsiz izlendi, akut faz reaktantları tedricen geriledi. Takip boyunca galaktomannan negatifti. 21.02.18’de oral vorikonazol ile taburcu edildi.

SONUÇ: Hematopoetik kök hücre nakli (KHN) pre-engraftman döneminde uzamış nötropeni (>7 gün) gelişmesi olasıdır. Bu hasta grubu ciddi enfeksiyonlar için yüksek risk altındadır ve ateş sıklıkla enfeksiyonun tek bulgusu olabilir. Olgumuzda A. terreus ilişkili OM ve mastoidit gelişimi saptanmıştır ve literatürde A. terreus çok nadiren otitis media ve mastoidit etkeni olarak rapor edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: aspergillus terreus, kök hücre nakli, mastoidit, nötropenik ateş, otitis media

Intestinal Obstrüksiyonun Nadir Bir Sebebi: Superior Mezenterik Arter Sendromu

Sevinc Babayeva¹, Umut Emre Aykut², Feyza Gunduz²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı

Superior mesenterik arter (SMA) sendromu; SMA ve abdominal aortaya duodonal bası ile oluşan semptomları ifade etmektedir. Normal anatomide 3. lomber vertebra hizasında duodenumun 3. parçası SMA’nın arkasında, abdominal aortanın önünde yer almaktadır. Bu 3 yapı sol renal ven ile birlikte mezenterik yağ dokusu ve lenfatikler ile sarılıdır. SMA sendromunda aortamezenterik küçülmekte ve aralık daralmaktadır. SMA sendromunun en sık nedenleri; sol renal venin sıkışması, nutcracker sendromu, aşırı kilo kaybı ve cerrahi işlemlerdir. Kilo kaybı ve malnütrisyona bağlı periferik nöropati kliniği ile başvuran SMA sendromlu hasta sunulmuştur.

Olgu: 26 yaşında erkek hasta, 4 aydır bulantı, kusma ve ishal şikayeti ile başvurdu. Takibinde 20 kg kilo kaybı olan hastanın mevcut şikayetlerine giderek artan her iki el ayaklarda güçsüzlük şikayeti eklendi. Kalsiyum, B12 vitamini ve folik asit düzeyleri düşüktü. Gastroskopik, kolonoskopik incelemelerinde, duodenum ve kolon biyopsilerinde patoloji saptanmadı. Vitamin replasman tedavilerine rağmen düzelmeyen periferik nöropatik bulgularının Guillain Barre Sendromuna bağlı olduğu düşünüldüğü için immün globulin tedavisi uygulandı. Ancak hasta bu tedaviden kısmi fayda gördü. Giderek artan obstrüksiyon semptomlarının olması üzerine çekilen oral kontrastlı batin BTsinde ince barsak düzeyinde obstrüksiyon saptandı. Radyolojide: duodenum 2. ve 3. kısmın SMA tarafından bası altında olduğu ve aortamezenterik açının azaldığı görüldü. Klinik ve radyolojik bulgular doğrultusunda SMA sendromu olarak değerlendirilen hasta opere edildi. Operasyonda duodenum 2. ve 3. kıtasının SMA basısı altında olduğu saptandı ve hastaya gastrojejunostomi yapıldı. Hastanın takiplerinde obstrüksiyon semptomları geriledi, genel durumu toparladı post op 4.cu gününde taburcu edildi.

Sonuç: SMA sendromu, intestinal obstrüksiyonun nadir sebepleri arasındadır. SMA sendromu şişkinlik, postprandial epigastrik ağrı, kusma ile karşımıza çıkmaktadır. Medikal tedaviler başarısız olduğu takdirde cerrahi tedaviler düşünülebilir. Gastrojejunostomi /duodonojejunostomi ile tıkanıklık by-pass edilerek tedavi edilmeye çalışılır. Vakamızda literatürde olduğu gibi hızlı kilo kaybı sonucunda oluşan mezenterik yağ dokusunun kaybı sonucunda

superior mezenterik arterin duodenuma basısı görülmektedir. Hızlı kilo kaybı, obstruksiyon bulguları ile gelen hastada ayırıcı tanıda SMA sendromu düşünülmelidir

Anahtar Kelimeler: Epigastrik agri, kilo kaybı, superior mezenterik arter sendromu

PP-073

Ortostatik Hipotansiyon Ardındaki Gerçek: Olgu Sunumu

Naime Afşar Satış, Sevinç Babayeva, Arzu Velioğlu, Zübeyde Serhan Tuğlular

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

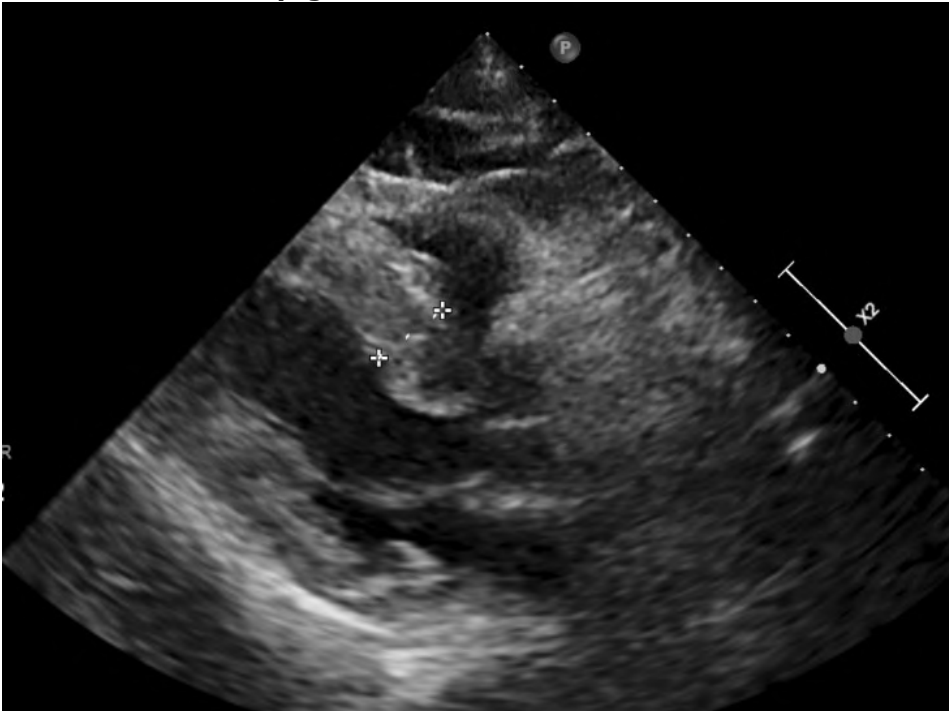
AMAÇ: Sekonder amiloidoz kronik sistemik inflamatuvar hastalıklar nedeniyle amiloid maddesinin çeşitli dokularda birikmesiyle karakterize bir durumdur. Klinik bulgular birikimin olduğu organ ile ilişkilidir. Bu olgu sunumunda bir böbrek nakli hastasında sekonder amiloidozun çok farklı prezentasyon ile karşımıza çıkabileceğini vurgulamak amaçlanmıştır.

OLGU: 61 yaşında erkek hastaya 2008 yılından beri etyolojisi bilinmeyen son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle haftada üç gün hemodiyaliz tedavisi görmekte iken 2017 yılında eşinden böbrek nakli yapılmıştı. Nakil sonrası erken dönemde kreatinin yüksekliği nedeniyle transplant böbrek biyopsisi yapılmış, akut T hücreli rejeksiyon tespit edilip, tedavisi yapıldıktan sonra stabil böbrek fonksiyonu ile izlenmekteydi. Takrolimus, mikofenolat mofetil ve prednisolon tedavisi altında kreatinin seviyesi 0,6-0,8 mg/dL seviyesinde seyreden hasta 2 aydır devam eden semptomatik hipotansiyon nedeniyle Kasım 2018’de transplantasyon ünitesine yatırıldı. Fizik muayenesinde Hipotansiyon karakterinin “ortostatik” olduğu görüldü (yatarken 110/72 mmHg, otururken 75/45 mmHg). Hastada ilk olarak adrenal yetmezlik dışlandı. Kullanmakta olduğu tamsulosin kesildi ve olanzapin dozu azaltıldı. Herhangi bir kanama bulgusu saptanmadı. KBB ve nöroloji muayenesi normal olan hastanın kraniyal ve iç kulak MR’ı normal bulundu. Ekokardiyografisinde interventriküler septumun 18 mm olduğu ve kalpte restriktif patern olduğu görüldü. Depo hastalığı olabileceği düşünülerek Fabry tarama testi gönderildi. Negatif olarak sonuçlandı. Her ne kadar böbrek fonksiyon bozukluğu ve proteinürisi olmasa da Amiloidoz şüphesi ile rektal biyopsi yapıldı. Damar duvarında ve ekstrasellüler alanda diffüz ve kuvvetli Amiloid A boyanma izlendi. Hastanın geçmişi sorgulandığında gençliğinde ara sıra olan karın ağrıların olduğu öğrenildi ve hastadan FMF gen testi istendi. Hasta bol sıvı alımı, varis çorabı kullanması ve kolşisin tedavisi önerilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA: Sekonder amiloidoz özellikle etyolojisi bilinmeyen böbrek yetmezliği nedeniyle böbrek nakli yapılan hastalarda nakil sonrasında böbrek dışı organ tutulumları ile görülebilmektedir. Vakamızda da kardiyak tutulum yanı sıra otonom nöropatinin bir bulgusu olarak ortostatik hipotansiyondan yola çıkarak Sekonder amiloidoz tanısı konulmuştur. Klinikte Sekonder amiloidozun böbrek dışı bulgularının akılda tutulması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: amiloidozis, böbrek nakli, ortostatik hipotansiyon

hastamızın ekokardiyografisi



interventriküler septum, 18mm

