

PULMONER EMBOLİDE KLİNİK OLASILIK SINIFLAMASININ ETKİNLİĞİ

¹Songül Çıldağ, ²Mehmet Burak Çıldağ

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, ²Aydın Devlet Hastanesi Radyoloji Bölümü

Pulmoner emboli (PE), pıhtı veya pıhtıların sistemik derin venlerden pulmoner vasküler yatağa göçünü ifade eden mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Tüm hastane ölümlerinin %5-15'ini oluşturmada ve erken tedavi ile mortalite %30'lardan %8'e kadar düşmektedir. PE tanı yöntemlerinin duyarlılığı yüksek ve yanlış negatiflik oranı düşük olmalıdır. Bu nedenle Geneva klinik skorlaması (Tablo 1) yapılmıştır. Klinik olasılık belirlenmesi ile düşük olasılıklı olgularda gereksiz üst tetkik yapılması önlenilebileceği gibi yüksek olasılıklı olgularda bir an önce tanı koymak için üst tetkikler yapılarak tedavi başlanabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmadaki amaç; Geneva klinik skorlamasının pulmoner emboli tanısındaki etkinliğini göstermektir.

MATERYAL VE METOD: Acil servise başvuran ve spiral bilgisayarlı tomografik pulmoner anjiyografi ile pulmoner emboli tanısı konan veya dışlanan pulmoner emboli şüphesi taşıyan 88 olgu retrospektif olarak değerlendirildi.

Tüm olgularda Geneva Klinik skorlaması gruplaması yapılabilmesi amacıyla hasta yaşı, yakın zamanda cerrahi operasyon öyküsü, derin ven trombozu veya PE öyküsü, başvuru anındaki nabız sayısı, arteriyel kan gazı değerleri ile başvuru anında çekilmiş göğüs graflerinde; ateletazi ve diafragma yüksekliği olup olmadığı kaydedildi. PE açısından yüksek, orta ve düşük klinik olasılık grupları ayrıldı.

Geneva klinik skorlamasında klinik olasılıkların PE tanısında etkinliğini göstermek amacıyla lambda ki-kare testi ve odds risk belirlenmesi yapıldı. Odds oranı, güven aralığı %95 alınarak sunuldu.

SONUÇLAR: Yaşları 30 ile 91 arasında değişen (ortalama: $62,6 \pm 14,70$), 50'si kadın (%56,8), 38'i erkek (%43,2) 88 olgu değerlendirildi.

Olguların 37'sinde (%42) PE vardı, 51'inde (%58) PE yoktu. Tüm olgularda (n=88), Cenevre kurallarına göre pulmoner emboli klinik olasılığı belirlendi.

Yüksek klinik olasılık 24 olgu (%27,2), orta klinik olasılık 46 olgu (%52,3), düşük klinik olasılık 18 olgu (%20,5) olarak belirlendi.

Düşük klinik olasılıklı gruptaki olguların 13'ünde (%72,2) PE yokken 5'i (%27,8) PE tanısı aldı. Orta klinik olasılıklı grubun 33'ünde (%71,7) PE tanısı dışlanırken 13'ü (%28,3) PE tanısı aldı. Yüksek klinik olasılıklı gruptaki olguların ise 5'inde (%20,8) PTE tanısı dışlandı. 19 olgu (%79,2) PE tanısı aldı. PE açısından klinik olasılık grupları için risk analizinde, yüksek klinik olasılık grubunun PE ile ilişkisi olduğu görüldü (tablo 2).

TARTIŞMA: Sonuç olarak klinik olasılık gruplarından sadece yüksek klinik olasılık grubunun PE ile ilişkisi olduğu görüldü. Erken tan ve tedavi ile mortaliteyi belirgin azaltabileceğimiz pulmoner emboli düşünülen acil olgularda klinik olasılık değerlendirilmesi yapılarak yüksek riskli olgularda görüntülemeye zaman harcanmadan tedavi başlanabileceği ancak orta ve düşük riskli olgularda tanı için görüntüleme yöntemlerini beklemenin daha yararlı olduğu kanaatine varıldı.

Tablo 1. Geneva Klinik Skorlama

Kriterler	Puan
Yaş: 60-79	1
Yaş > 80	2
Geçirilmiş DVT veya PTE öyküsü	2
Son bir ay içerisinde geçirilmiş operasyon	3
Kalp hızı > 100/ dakika	1
PaCO2	
< 35 mmHg	2
35-39 mmHg	1
PaO2	
< 49 mmHg	4
49-59 mmHg arasında	3
60-71 mmHg arasında	2
72-82 mmHg arasında	1
Göğüs grafisinde ateletazi	1
Göğüs grafisinde diafragma elevasyonu	1
Puanlama:	
< 5: Düşük klinik olasılık	
5-8: Orta klinik olasılık	
> 8: Yüksek klinik olasılık	

Tablo 2. Klinik olasılık sınıflaması ile PTE arasındaki ilişki

Klinik Olasılık Sınıflaması	PTE (-)		PTE (+)		p *	Odds Oranı**	Güvenlik Aralığı
	n: 51	(%)	n: 37	(%)			
Düşük Klinik Olasılık	13	(%27,2)	5	(%27,8)	0,169	0,45	0,14-1,41
Orta Klinik Olasılık	33	(%71,7)	13	(%28,3)	0,006	0,29	0,12-0,71
Yüksek Klinik Olasılık	5	(%20,8)	19	(%79,2)	0,003	9,71	3,15-29,93

*: ki-kare testi, **: odds risk analizi

S02

İZOLE KORONER ARTER EKTAZİSİ BULUNAN HASTALARDA ARTMIŞ QT DISPERSİYONU

¹Asuman Biçer Yeşilay, ²Hasan Turhan, ³Serkan Topaloğlu, ³Dursun Aras, ³Kazım Başer, ¹Ramazan Akdemir, ³Şule Korkmaz

¹Ankara SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğt. ve Araş. Hast. , ²Kardiyoloji Kliniği, ³Gaziantep Medical Park Hospital, ³Kardiyoloji Bölümü, ³Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Hast. Kardiyoloji Kliniği

AMAÇ: Koroner arter ektazisi (KAE) epikardiyal koroner arterlerin aynı arterdeki normal bir komşu segmentten veya diğer normal bir epikardiyal koroner arterden ≥ 1.5 kat lokal veya yaygın lümen genişlemesi ile karakterize lezyonlardır. KAE genellikle obstrüktif koroner arter hastalığının bir varyantı olarak düşünülmesine karşılık patogenezi halen açıklanamamıştır. QT dispersiyonu (QTD), artmış ventriküler repolarizasyon heterojenitesi ile ilişkilendirilmiştir. Artmış ventriküler repolarizasyon heterojenitesi ise ventriküler aritmi gelişiminden, kardiyak morbidite ve mortalite artışından sorumlu tutulmaktadır. Biz bu çalışmada izole KAE'ne sahip hastalarda, artmış ventriküler aritmi ve ani kardiyak ölüm riskinin muhtemel bir göstergesi olan düzeltilmiş QT dispersiyonunu (QTcD) değerlendirmeyi planladık.

YÖNTEM: Çalışmaya koroner anjiyografi ile izole KAE'ne sahip olduğu tespit edilmiş 54 hasta (Grup I) ile yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile benzerlik gösteren normal koroner arterlere sahip 54 kontrol bireyi (Grup II) alındı (Tablo 1). Koroner arter çapları bilgisayar ortamında koroner anjiyografi analiz sistemi yardımıyla her ektazik segmentin maksimum çapı şeklinde kantitatif olarak ölçüldü. "Coronary Artery Surgery Study" anjiyografik tanımlamasına göre KAE, epikardiyal koroner arterlerin aynı arterdeki normal bir segmentten veya diğer bir epikardiyal koroner arterden ≥ 1.5 kat lümen genişlemesi ile karakterize lezyonlar olarak tanımlandı. Tüm bireylerin 50 mm/sn hızında 12 derivasyonlu elektrokardiyogramları çekildi. QTcD "Bazett's" formülü ile hesap edilirken, QTD en büyük ve en küçük QT mesafeleri arasındaki fark şeklinde hesaplandı.

BULGULAR: Tüm bireyler maksimum QTc intervalleri yönünden karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (433 ± 32 ms ve 424 ± 25 ms sırasıyla, $p > 0.05$). Minimum QTc intervali ektazi grubunda kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu (371 ± 23 ms ve 395 ± 31 ms sırasıyla, $p = 0.005$). Sonuç olarak QTcD (QTc max- QTc min.) ektazi grubunda kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek tespit edildi (62 ± 19 ms ve 29 ± 10 ms sırasıyla, $p < 0.0001$) (Tablo 2).

SONUÇ: Bu çalışmada izole KAE'ne sahip hastalar koroner arterleri normal bireylerle karşılaştırıldığında QTcD'ü artmış saptandı. Bu bulgu KAE'ne sahip hastaların artmış ventriküler aritmi, kardiyak morbidite ve mortalite riski taşıdığını düşündürmektedir.

Tablo 1.

	Kontrol grubu (n=54)	KAE grubu (n=54)
Yaş (ortalama±sd)	54±7	53±6
Cinsiyet (erkek/kadın)	41/13	41/13
Hipertansiyon	19/54 (%35)	20/54 (%37)
Diyabetes mellitus	7/54 (%13)	6/54 (%11)
Hiperlipidemi	14/54 (%26)	15/54 (%28)
Sigara kullanımı	25/54 (%46)	24/54 (%44)

Tablo 2.

	KAE grubu	Kontrol grubu	p
Minimum QTc	371±23	395±31	p=0.005
Maksimum QTc	433±32	424±25	p>0.05
QTcD	62±19	29±10	p<0.0001



S03

LEVOSİMANDAN VE DOBUTAMİN TEDAVİLERİNİN QT DİSPERSİYONUNA ETKİSİ

¹Fatma Paksoy, ¹İrfan Tursun, ²Erkan Öztekin, ¹Fatih Borlu

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, ²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji

GİRİŞ VE AMAÇ: Levosimendan, hücre içi kalsiyum düzeyini ve miyokardın oksijen tüketimini artırarak, troponin C'yi stabilize ederek, kardiyak miyofilamentlerin mevcut sitozolik kalsiyuma duyarlılığını artırarak inotropik etki gösterir. Levosimendanın kalsiyum duyarlılaştırıcı etkisinin yanı sıra yüksek dozlarda ATP bağımlı K⁺ kanallarını açması ve fosfodiesteraz III'ü inhibe etmesi proaritmik olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada akut dekompanse kalp yetmezliği ile başvuran hastalarda, levosimendan ve dobutamin infüzyonunun QT dispersiyonu üzerine olan etkileri karşılaştırıldı.

MATERYAL VE METOD: Akut dekompanse kalp yetersizliği tanısıyla yatırılan, NYHA sınıf III-IV kalp yetmezliği olan 38 hasta çalışmaya alındı. I. Gruptaki hastalara 24 saatlik levosimendan infüzyonu (12 mcg/kg/dk ile yükleme, sonrasında 0,1 mcg/kg/dk ile idame), II. Gruptaki hastalara ise 24 saatlik dobutamin infüzyonu (10 µg/kg/dk) verildi. Infüzyon öncesi (0.saat) ve sonrasında (24.saat) hastaların elektrokardiyografileri (EKG) çekildi. QT intervalı (Q dalgasının başlangıcından T dalgasının sonuna kadar olan mesafe) Bazzet formülü (QTc = QT / √RR) kullanılarak kalp hızına göre düzeltildi. QT dispersiyonu, maksimum QT ve minimum QT süresi arasındaki fark olarak tanımlandı.

BULGULAR: Levosimendan infüzyonu alan grupta, ortalama yaşları 70,5±11,13 yıl olan, 111 erkek, 14'ü kadın olmak üzere 25 hasta, dobutamin infüzyonu alan grupta ise, ortalama yaşları 71,08±6,86 yıl olan, 51'ü erkek, 81'ü kadın olmak üzere 13 hasta mevcuttu. Her iki gruptaki hastaların yaş ortalamaları benzerdi (p>0,05). Hastaların saptanan QT parametreleri tablo 1' de gösterildi. Hem levosimendan hem de dobutamin alan hasta grubunda, infüzyon süresince klinik açıdan anlamlı bir aritmi gözlenmedi. Tedavi öncesi ve sonrasında kalp hızına göre düzeltilmiş maksimum QT değerleri, minimum QT değerleri ve QT dispersiyonları arasında her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

SONUÇ: QT dispersiyonu kalp yetmezliğinde ani kardiyak ölüm ve total mortaliteyi belirleyen önemli bir prognostik faktördür. Kalp hızına göre düzeltilmiş QT intervalı sempatovagal dengeyi yansıtır ve uzaması atriyal ya da ventriküler aritmilerin gelişimi açısından önemli olabilen miyokardın uzamış repolarizasyonunun göstergesidir. Çalışmamızda levosimendan infüzyonunun QT parametreleri üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı ve proaritmik riskinin dobutaminle benzer düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 1.

EKG	Levosimendan infüzyonu		Dobutamin infüzyonu	
	0.saat	24.saat	0.saat	24.saat
Maksimum QT (sn)	0,49±0,05	0,50±0,05	0,45±0,05	0,48±0,05
Minimum QT (sn)	0,43±0,04	0,44±0,04	0,39±0,05	0,41±0,05
QT Dispersiyonu (sn)	0,06±0,03	0,06±0,03	0,06±0,04	0,06±0,04

S04

KANAMA DURDURUCU ANKAFERD VE ETKİ MEKANİZMASININ PROTEOMİK ANALİZİ

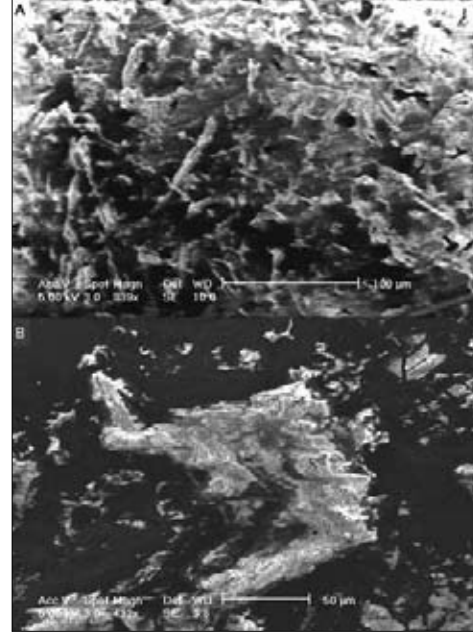
¹Duygu Özel Demiralp, ²Nejat Akar, ³İbrahim C. Haznedaroğlu, ¹Çağrı Gümüştekin, ³Hakan Göker

¹Ankara Üniversitesi Biyoteknoloji Enstitüsü, ²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Moleküler Genetik Bilim Dalı, ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Kanama durdurucu olarak bilinen Ankaferd (AKD); Thymus vulgaris, Glycyrrhiza glabra, Vitis vinifera, Alpinia officinarum ve Urtica dioica bitki özlelerinin özel bir karışımıdır. AKD kan hücreleri ve özellikle eritrositler ile oluşumunu indüklediği protein ağı sayesinde primer ve ikincil haemostatik sistem üzerine etkisini koagülasyon faktörlerini birbir hasarlamadan gerçekleştirir (Figür1,2). Amaç: Türkiyede kanama durdurucu olarak onaylanmış Ankaferd'in fonksiyonel proteomik analizi ile koagülasyon üzerine etki mekanizmasını aydınlatmak (www. ankaferd. com).

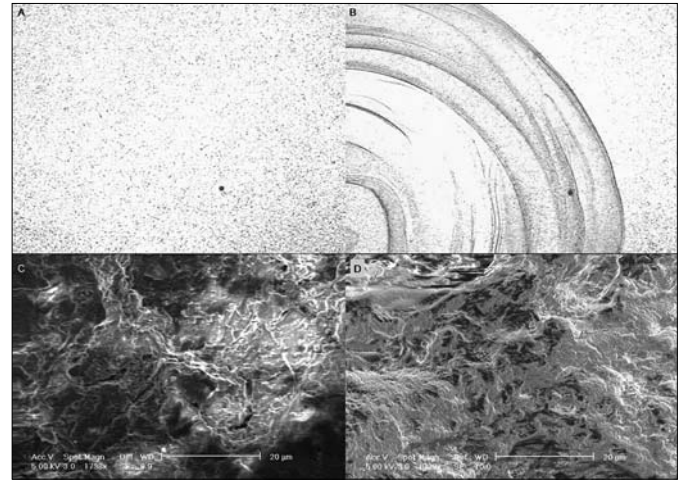
GEREÇ VE YÖNTEM: Proteomik analizler için 10 ml Ankaferd solusyonu Trikloroasetik asit (TCA) yöntemi ile protein çöktürülmesi işlemine tabi tutulmuştur. Total protein miktarı BCA (Pierce, USA) yöntemi ile değerlendirilmiştir. 2 Boyutlu jel elektroforezi ile pl noktalarına göre ve moleküler ağırlığa göre ayırma gerçekleştirilen AKD, SYPRO Ruby boyama ve PDQuest programı ile (Bio-Rad, USA) analiz ile protein profil haritası çıkarılarak değerlendirilmiştir. Proteome Works robot (Bio-Rad Laboratories, USA) yardımı ile Jel-den geri kazanılan protein spotları kütle spektrometreleri ile detaylı analizlere Tryptik kesime uğratarak hazırlanmış, peptidler ZipTip (Millipore, France) purifikasyonu ile iyonlaşma için uygun hale getirilmiştir. 50 %ACN/0.1 %TriFlora asetik asit çözümü tamponda 2 mg/ml cyano-4-hydroxycinnamic acid (CHCA) olacak şekilde hazırlanan iyonlaşma matrisi ile peptid örnekleri kütle spektrometresi yükleme plakalarına spotlanmıştır. Protein tanımlanmasında Matris tabanlı lazer bağımlı iyonlaşma ile uçuş süresi tanımlanarak m/z değerleri tanımlayan (MALDI-TOF kütle spektrometresi tercih edilmiştir. MALDI-TOF analizi Maslynx (Waters, UK) programı ile ile spektra ve kromatogram verileri analiz edilmiştir. Pozitif-iyon modunda eksternal kalibrasyon; sub-P, anjiotensin, renine, ACTH ve glu-fib peptid karışımı ile gerçekleştirilmiştir. PLGS (Waters, UK) programı ile Swiss-Prot veri tabanlı tarama yapılmış ve 50ppm hassasiyet tercih edilmiştir. Proteinler uyumlu triptik kesim ürünü peptidler ile eşlenerek değerlendirilmiştir. Peptid eşlenmeleri iki boyutlu jel elektroforezi analizleri ile pl ve moleküler ağırlıklar açısından da tekrar kontrollü olarak değerlendirilmiştir.

SONUÇLAR: İki boyutlu jel elektroforezi ve MALDI-TOF ile kütle spektrometresi analizleri tamamlanan Ankaferd kanama durdurucu içeriğinde tanımlanan bitkisel proteinler: NADP-bağımlı malik enzim, Ribuloz bisfosfatkarboksilaz büyük zinciri, MturazK, ATPsentaz altünitesi-alfa, Chalcon-flavonon izomeraz 2 ve Aktin-depolimerizasyon faktör. Ayrıca Ankaferd kapsamında koagülasyon için oldukça önemli farklı insan proteinleri de tanımlanmıştır, bu proteinler arasında; ATP sentaz, CD164-sialomucin-benzer-2 protein, dinaktin 5, Usherin Precursor, Urotensin II reseptör, Utrophin, tet onkogen aile üyesi 2 izoform b, Spectrin alpha yer almaktadır. Proteomik analizler AKDnin hemostatik, yara iyileştirme ve antiinflamatuvar etkilerinin araştırılmasına ışık tutacaktır.



Figür 1. Serum örneği

A. Elektron Mikroskopisi AKD uygulamasından önce
B. Elektron Mikroskopisi AKD uygulamasından sonra



Figür 2. Plazma örneği

A. Işık mikroskopisi AKD uygulamasından önce
B. Işık mikroskopisi AKD uygulamasından sonra
C. Elektron Mikroskopisi AKD uygulamasından önce
D. Elektron Mikroskopisi AKD uygulamasından sonra

S05

DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ OLAN SUBKLİNİK HİPOTİROİD HASTALARINDA LEVOTİROKSİNİN ANEMİYE ETKİSİ; RANDOMİZE ÇİFT KÖR ÇALIŞMA

Hakan Cinemre, Cemil Bilir, Feyzi Gökosmanoğlu

Düzce Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Subklinik hipotiroidizm TSH düzeylerinin yüksek, serbest T3 ve T4'ün normal olmasıdır. Subklinik hipotiroidi %4-10 sıklıkta olmakla birlikte 60 yaş üzerinde %20'lere ulaşmaktadır. Anemi klinik hipotiroidi hastalarında sık (%25) görülebilmekle birlikte subklinik hipotiroidi hastalarında sınırlı sayıda çalışma mevcuttur.

METOD: 2007 yılında üç Hastalıkları polikliniğimize ilk defa başvuran toplam 2271 hastadan yeni tanı alan subklinik hipotiroidi ve demir eksikliği anemisi (DEA) olan 51 hasta çalışmaya alındı. Hastaların hiç birisi daha önce demir preparatı ve levotiroksin kullanmamıştı.

Hastalar 2 gruba ayrılarak hastaların özelliklerini bilmeyen iki farklı hekime dağıtıldı. 1.gruba 80 mg ferrous sulfat 2.gruba 80 mg ferrous sulfat + 25 mikrogram levotiroksin verildi. 4 ay sonra hastaların biyokimyasal ve tam kan sayım parametreleri tekrar ölçüldü.

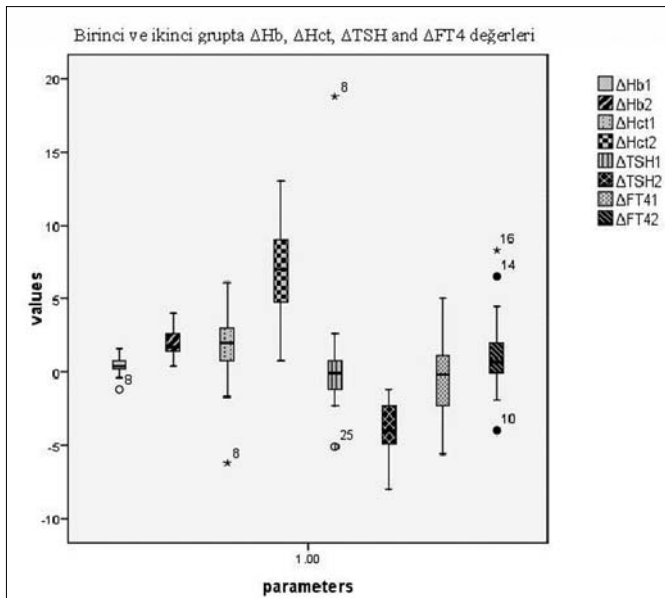
SONUÇ: Hastaların genel özellikler tablo 1.de verilmiştir.

RBC, Hb, hematokrit, serum demir ve ferritin düzeyleri anlamlı olarak artış saptandı. (Figür 1). Hb düzeyi sadece demir alan grupta 0.4 m/dL artarken demir+ levotiroksin alan 2.gruptan ise 1.9 mg/dL artış gösterdi ($p < 0.0001$). Aynı zamanda 2.gruptan serum ferritin düzeyleri ile Δ Hb düzeyleri arasında anlamlı korelasyon saptandı ($p = 0.001$) ve bu korelasyon 1.grupta saptanmadı.

TARTIŞMA: Bu çalışmada demir eksikliği anemisi olan subklinik hipotiroidi hastalarında demir tedavisine levotiroksinin de eklenmesi daha etkin bulunmuştur. Subklinik hipotiroidi hastalarında kardiyovasküler risk, nörolojik hastalık, dislipidemi ve aşkar hipotiroidiye gidiş ilişkisi gösterilmiştir. Ancak subklinik hipotiroidinin sonuçları arasında DEA bildirilmemektedir. Subklinik hipotiroidi hastalarının tedavisi ise tartışmalı olup son olarak 2002 ve 2005 'te hipotiroidi konsensus raporu ve uzman panelinde tedavi kararının hastaya göre verilmesi önerilmiştir. Çalışmamızda ferritin ve demir düzeyindeki artışın da anlamlı olması özellikle DEA derinleştirilince levotiroksin eklenmesiyle tedaviye yanıtın anlamlı düzeyde artması subklinik hipotiroidili hastalarda DEA tedavisine levotiroksin eklenmesinin önemini ortaya koymuştur. Sonuç olarak bulgularımız DEA saptanan hastalarda özellikle endemik guatr bölgelerinde subklinik hipotiroidinin aranması ve tedavisi DEA'nin etkin tedavisine katkıda bulunacağını göstermektedir.

Tablo 1. Subklinik hipotiroidik ve demir eksikliği olan hastaların genel özellikleri.

Hasta, n	Oral demir tedavisi	Oral demir + levotiroksin
Kadın	22	22
Erkek	3	3
Diğer hastalıklar, n		
Yok	19	16
Hipertansiyon	3	5
Hemoroid	3	4
Fe, mean (SD), μ g/dL	33.8 (34.5)	23.3 (10.4)
TIBC, mean (SD), μ g/dL	387 (70.8)	379 (46.6)
TS, mean (SD), %	9 (10.2)	6.1 (3.0)
Ferritin, mean (SD), ng/mL	14.5 (8.5)	11.6 (6.7)
Hb, mean (SD), g/dL	10.4 (1.6)	10.9 (1.0)
Htc, mean (SD), %	31.9 (4.7)	32.7 (2.8)
TSH, mean (SD), uIU/mL	6.5 (1.2)	7.4 (1.6)
FT4, mean (SD), ng/dL	13.3 (1.7)	13.9 (1.6)



Figür 1. 2 grup arası delta değerleri

S06

ÜÇLÜ ORAL ANTİDİYABETİK VE İNSÜLİN DETEMİR-METFORMİN KOMBİNASYON TEDAVİSİNİN KAN ŞEKERİ REGÜLASYONU ÜZERİNE ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Banu Mesci, Aytekin Oğuz, Damla Kılıç, Selda Çelik, Güler Şahin, Murat Tekin, Ahmet Sarışık, Mümtaz Takır

İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Diyabet tedavi algoritmasına göre tedavide, ikili oral antidiyabetik tedaviye rağmen HbA1C %7'nin üzerinde ise üçüncü bir oral antidiyabetik ya da bazal insülin eklenmesi önerilmektedir. Bu projede, ikili oral antidiyabetik kullanan kötü kontrollü tip 2 diyabet hastalara, bir grupta üçüncü bir oral antidiyabetik, diğer grupta ise bazal insülin vererek, kılavuzlarda önerilen iki farklı yaklaşımdan hangisinin hastalarda daha iyi glisemik kontrol sağladığını ve iki farklı tedavi rejiminin diğer klinik etkilerini belirlemek amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD: Seksen tip 2 diyabetik hasta iki gruba randomize edildi. İlk grup hastaların almakta oldukları metformin ve sulfonilüre tedavisine günde 15 mg pioglitazon eklendi. İkinci grup hastalar oral antidiyabetik olarak yalnızca almakta oldukları metformine devam ettiler. Buna ilaveten bazal insülin olarak 10 ünite insülin detemir başlandı. Her iki gruba da yaşam tarzı değişikliği ile ilgili önerilerde bulunuldu. Tedavinin devamında hastalar, ilk ay her hafta, daha sonra 2.ve 3.ay sonunda kontrol vizitine çağırıldılar. İnsülin ve/veya oral antidiyabetik dozları kan şekeri göre ayarlandı. Randomizasyonun 12.haftasında hastaların başlangıç vizitindeki klinik ve laboratuvar verileri tekrarlandı.

SONUÇ: Üçüncü ay sonunda açlık kan şekeri ve HbA1C ortalamaları sırasıyla birinci grupta 151.5 mg/dl ve %7.6, ikinci grupta 157.24 mg/dl ve %8.1 idi. HbA1C'deki azalma (Δ HbA1C) birinci grupta %1.29 ($p < 0.001$), ikinci grupta %0.81 ($p = 0.001$) olarak her iki grupta da anlamlı bulunurken gruplar arası karşılaştırmada HbA1C'deki azalma pioglitazon kullanan grupta anlamlı olarak daha fazlaydı ($p = 0.046$). Her iki tedavinin obezite üzerine etkilerini karşılaştırdığımızda ise Beden Kütle İndeksi'ndeki (BKI) değişiklik (Δ BKI) birinci grupta 0.09kg/m^2 ($p = 0.865$), ikinci grupta 0.585 ($p = 0.001$) idi. Bel çevresindeki değişiklik (Δ Bel çevresi) birinci grupta kadınlarda 2.52 cm ($p = 0.18$), erkeklerde 4.78 cm ($p = 0.104$), ikinci grupta ise kadınlarda 3.22 cm ($p = 0.003$), erkeklerde 2.58 cm ($p = 0.098$) bulundu.

ÖZET: Sulfonilüre-metformin-pioglitazon ile insülin detemir-metformin kombinasyonunun karşılaştırılmasında her iki grupta glisemik regülasyonda anlamlı iyileşme sağlanmış, ancak üçlü oral antidiyabetik uygulaması daha etkili bulunmuştur. İnsülin detemir- metformin alan hastalarda kilo kaybı gözlenmiştir.

S07

KARDİYOMETRE ÇALIŞMASI SONUÇLARINA GÖRE TÜRKİYE'DE TİROİD FONKSİYONLARI

Aytekin Oğuz, Yüksel Altuntaş, Kubilay Karşıdağ, Sadi Güleç, Ahmet Temizhan, ²Haydar Sur

Metabolik Sendrom Derneği, ²Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Kardiyometre çalışmasının amacı, Türkiye'de erişkin nüfustaki kardiyovasküler, metabolik ve renal risk faktörlerinin sıklığının belirlenmesidir.

Bu çalışma, ev ev gezilerek bilgi toplamaya yönelik kesitsel bir saha araştırmasıdır.

Türkiye'de kentlerde yaşayan nüfusu temsil etmek üzere, toplam 14 il çalışmaya alınmıştır.

Randomize olarak 20 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin kardiyometabolik ve renal risk faktörleri açısından kişisel ve aile öyküleri kaydedilmiştir. Toplam 873 (278 erkek ve 595 kadın) kişiden antropometrik ve kan basıncı ölçümleri ve açlık plazma değerleri alınmıştır. Bu raporda örneklemin serum TSH düzeyi sonuçları verilmektedir.

SONUÇLAR: TSH 3'lü kategorilendirmesi, TSH $< 0,27$: düşük, TSH $0,27 - < 4,25$: normal, TSH $> 4,25$: yüksek olarak kabul edildiğinde, erişkin kentsel nüfusun %89.6sında TSH düzeyinin normal, %4.1inde düşük, %6.3ünde yüksek olduğu saptandı. Erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla normal TSH: %89.9 ve %89.4, düşük TSH: %6.8 ve %2.9, yüksek TSH: %3.2 ve %7.7 oranında saptandı.

YORUM: Ülkemizde kentsel nüfusta erişkinlerin %10.4ünde (erkeklerin %10.1'inde, kadınların %10.6'sında) serum TSH düzeyi ile belirlenen tiroid fonksiyonunun anormal olduğu görülmüştür.

Tablo.

CİNSİYET	Sıklık	Yüzde	
Erkek	düşük	19	6,8
N: 278	normal	250	89,9
	yüksek	9	3,2
Kadın	düşük	17	2,9
	normal	532	89,4
N: 595	yüksek	46	7,7
	Toplam	düşük	36
N: 873	normal	782	89,6
	yüksek	55	6,3



S08

SİTOKROM P-450-2C9 GEN POLİMORFİZMİNİN TÜRK TOPLUMUNUN BİR KESİMİNDE VARFARİNE BAĞLI KANAMA KOMPLİKASYONLARINA ETKİSİ

Nujen Çolak, Erdal Eskioğlu

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği

ĞİRİŞ: Varfarin metabolizmasında majör rolü sitokrom P-450-2C9 (CYP2C9) enzimi oynar[1]. CYP2C9 aktivitesini belirleyen genetik varyasyonlar, varfarin doz-yanıt ilişkisine olan etkileri nedeniyle kanama komplikasyonları için de risk potansiyeline sahiptir[2]. Türkiye'de yılda 130.000 üzerinde hastanın varfarin kullandığı göz önüne alındığında[3], yılda en az 3.900 hastanın ciddi kanamalar açısından risk altında olduğu tahmin edilebilir[4]. Ancak Türk toplumunda CYP2C9 gen polimorfizmi ile varfarin farmakokinetiği ve varfarine bağlı kanama komplikasyonları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmamaktadır.

METOD: Acil kliniğimize varfarine bağlı kanama komplikasyonları ile yatırılan 92 hasta (çalışma grubu) ile terapötik INR aralığında komplikasyonsuz takipli 97 kontrol hastasının CYP2C9 polimorfizimleri araştırıldı. Sonuç: Grupların cinsiyet dağılımları homojendi. Kanayan hastaların yaş ortalaması 66.5±12.1, kontrol grubunun 61.0±12.6'dı (p<0.01). Çalışma hastaları en çok (24/92,%26) protetik kalp kapakları (AVR/MVR) nedeniyle; kontrol grubu en çok atrial fibrilasyon (%39.1) sonra AVR/MVR (%28.8) nedeniyle varfarin kullanıyordu. Diğer endikasyonların dağılımı homojendi. Kontrol grubunun ortalama INR değeri 2.3±0.76 ve kullandığı varfarin dozu 2.64±1.02 mg/m²/gündü; çalışma grubundaysa ilaç dozu 2.59±0.93 mg/m²/günken ortalama INR>6.25±1.71'di. Çalışma grubunun %29.3'ünde INR düzeyi>10 (ölçülebilir) şekildeydi. Tüm hastaların (n=189) CYP2C9 allel frekansları wild-type (*1*1) için 0.69, *1*2 için 0.18, *1*3 için 0.11 şeklindeydi. Kontrol grubundaki wild-type oranı (72/97,%74.2), çalışma grubundan (63/92,%68.4) yüksekti. Varyant allellerin ise %88.8'i çalışma grubundaydı (p<0.01). Her iki grupta aynı genotipteki bireyler arasında ortalama doz açısından fark yoktu, ancak gruplardaki genotip dağılımları farklıydı. Kanayan hastaların çoğu (%51) bir yıldan uzun süredir, ikinci sıklıkta (%26.1) ise 3 hafta-3 aydır varfarin kullanılmaktaydı.

TARTIŞMA: Kanayan hastaların kullandığı varfarin dozunun (mg/m²/gün) kontrol grubundakilerden farklı olması, bu hastaların INR yanıtlarının doz aşımından ziyade doza verilen INR yanıtlarındaki farka bağlı olduğunu düşündürmektedir. Kanayan hastalarda 65 yaş üzeri ve varyant genotipli bireylerin oranı göz önüne alındığında, kullandıkları dozun rölatif olarak artmış INR yanıtına neden olduğu görülmektedir. Gruplarımız, doz cevabına etki edecek diğer faktörler açısından (vücut yüzey alanı, cinsiyet, eşlik eden komorbid hastalıklar, beraber kullanılan ilaçlar) homojen oldukları halde; varfarin endikasyonu, yaş ve genotip açısından farklı çıkmışlardır. Bu sonuçlar, yüksek yoğunluklu tedavi, 65 yaş üzeri olma ve CYP2C9 varyant alleli taşımanın kanama riskine etkisinin diğer faktörlerden öncelikli olduğunu göstermektedir. Kanama komplikasyonlarının tedavinin ilk 3 ayındaki varyantlarda sık görülmesi, CYP2C9 polimorfizminin bu hastalarda başlangıç doz ayarını zorlaştırarak kanama riskini artırdığını düşündürmektedir.

Çalışma grupları/ Hastaya ait özellikler	Majör Kanama n (%)	Hayatı tehdit eden ve Fatal kanama n (%)	Kontrol grubu n (%)	Toplam n (%)	Kikarep değeri
Cinsiyet					
Kadın	34 (17.99%)	11 (5.82%)	50 (26.45%)	95 (50.26%)	0.077
Erkek	25 (8.46%)	22 (11.64%)	47 (24.87%)	94 (49.73%)	
Yaş					
<65 yaş	16 (8.46%)	17 (8.99%)	58 (30.69%)	91 (48.15%)	
65-80 yaş	38 (20.10%)	13 (6.88%)	34 (17.99%)	85 (44.97%)	0.001
>80 yaş	5 (2.64%)	3 (1.58%)	5 (2.64%)	13 (6.88%)	
Varfarin endikasyonu[1]					
Atrial Fibrilasyon	15 (7.94%)	6 (3.17%)	38 (20.10%)	59 (31.22%)	
Protetik kalp kapağı	15 (7.94%)	9 (4.76%)	28 (14.81%)	52 (27.51%)	
Serebrovasküler olay	12 (6.35%)	7 (3.70%)	14 (7.41%)	33 (17.46%)	0.305
Derin ven trombozu	8 (4.23%)	4 (2.12%)	5 (2.64%)	17 (8.99%)	
Pulmoner emboli	4 (2.12%)	3 (1.59%)	8 (4.23%)	15 (7.94%)	
Diğer [2]	5 (2.64%)	4 (2.12%)	4 (2.12%)	13 (6.88%)	
Tedavi süresi					
3 hafta-3 ay	15 (7.94%)	9 (4.76%)	21 (11.11%)	45 (23.81%)	
3 ay-6 ay	8 (4.23%)	6 (3.17%)	10 (5.29%)	24 (12.70%)	0.253
6 ay-1 sene	7 (3.70%)	0 (0%)	17 (8.99%)	24 (12.70%)	
>1 sene	29 (15.34%)	18 (9.52%)	49 (25.92%)	96 (50.79%)	
Eşlik eden komorbidite					
Hipertansiyon	33 (31.73%)	19 (18.27%)	52 (50.0%)	104 (100%)	
Ciddi Kardiyak Hastalık	11 (27.5%)	8 (20.0%)	21 (52.5%)	40 (100%)	
Diyabet	8 (24.4%)	5 (15.5%)	20 (60.1%)	33 (100%)	
Serebrovasküler	4 (18.18%)	4 (18.18%)	14 (63.64%)	22 (100%)	*-0.068
Kronik akciğer hastalığı	4 (26.66%)	3 (20.0%)	8 (53.34%)	15 (100%)	**0.08
Tiroid Hastalıkları	4 (28.57%)	2 (14.28%)	8 (51.15%)	14 (100%)	
Anemi	4 (33.33%)	1 (8.33%)	7 (58.34%)	12 (100%)	
Diğer [3]	2 (40.0%)	1 (20.0%)	2 (40.0%)	5 (100%)	
Yok	12 (37.5%)	5 (15.62%)	15 (46.88%)	32 (100%)	
Vücut yüzey alanı (m ²)	1,72±0,16	1,82±0,17	1,80±0,29	1,77±0,62	
Ortalama varfarin dozu (mg/gün)	4,29±1,28	4,08±1,64	4,69±1,80	13,06±4,72	
Supraterapötik INR oranı [4]	52 (27.51%)	29 (15.34%)	7 (3.70%)	88 (46.56%)	0,00
Terapötik INR oranı [4]	7 (3.70%)	4 (2.12%)	90 (47.62%)	101 (53.44%)	

[1] Birden fazla varfarin endikasyonu olanlarda, en yüksek tedavi yoğunluğu gerektiren endikasyon baz alınmıştır.

[2] Koroner by-pass, malinite, periferik arter hastalığı, hematolojik nedenler

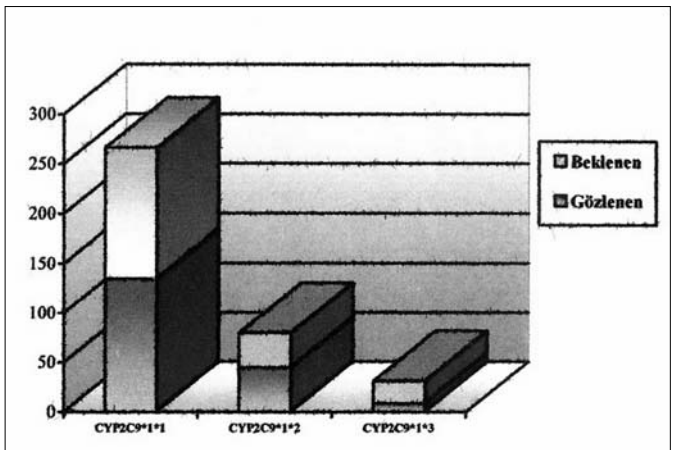
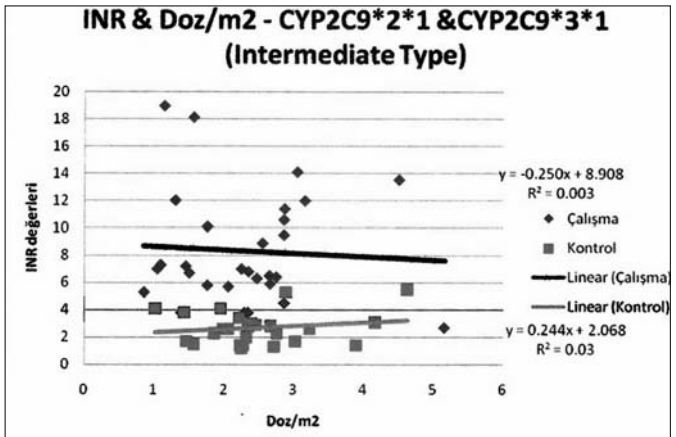
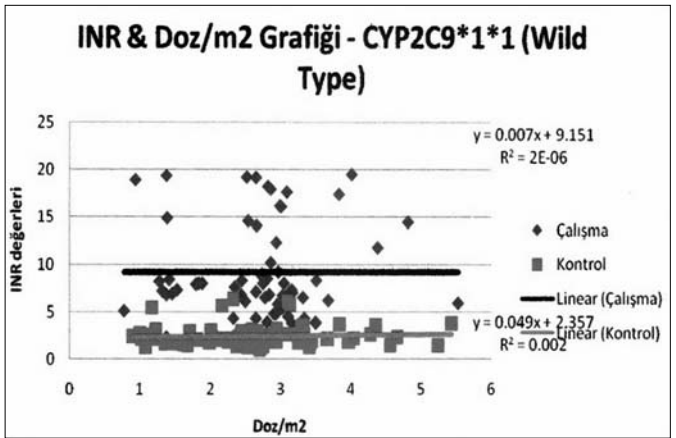
[3] Hipertansiyon, diyabet, serebrovasküler, kardiyak, malinite, renal, hepatik, anemi, tiroid, kronik akciğer hastalığı

[4] Protetik kalp kapakları için supraterapötik INR>4,5, diğer endikasyonlar için supraterapötik INR>4,0 kabul edilmiştir. * Kendall's Tau ** Spearman's Rho

	Gözlenen Değerler	Beklenen Değerler	p
CYP2C9*1*1	135	131.3	
CYP2C9*1*2	45	35.2	0.05
CYP2C9*1*3	9	22.4	

TABLO

Genotip Doz (mg)/m ²	WILD-TYPE		VARYANT			
	CYP2C9 *1*1		CYP2C9 *1*2		CYP2C9*1*3	
INR Düzeyi	Çalışma (n=63)	Kontrol (n=72)	Çalışma (n=21)	Kontrol (n=24)	Çalışma (n=8)	Kontrol (n=1)
Supraterapötik	2.69±0.91 (n=56)	2.40±0.78 (n=5)	2.36±0.83 (n=17)	3.76±1.30 (n=2)	1.92±0.87 (n=8)	0 (n=0)
Terapötik	3.00±0.76 (n=7)	2.72±1.09 (n=67)	2.82±1.6 (n=4)	2.37±0.76 (n=22)	0 (n=0)	2.24±0 (n=1)



Hardey-Weinberg eşitliğine göre beklenen ve gözlenen CYP2C9 allel frekansları

S09**ACİL SERVİSTE BEKLENMEYEN GERİ DÖNÜŞLER-DAHİLİ VAKALARIN İRDELENMESİ**

Tolga Taymaz, Rifat Tokyay

Amerikan Hastanesi, Acil Servis Birimi, Nişantaşı, İstanbul

Tanı ve tedavi yanlışlıkları nedeniyle 1 hafta içinde acil servisimize geri dönen dahili tanı almış hastaların acil servisteki yönetimini değerlendirmeyi amaçladık.

01.01.2005'den başlayarak 01.07.2008'e kadar beklenmeyen geri dönüşlerin (BGD) yaşı, cinsiyeti, ilk başvuru tarihi ve saati, sonraki başvuru (ları) tarihi ve saati, ilk tanısı, sonraki tanısı, yapılan ilk tedavi, yapılan son tedavi, BGD'e olan etken ve hastanın tıbbi durumu kaydedildi. Bu süreçte acil servisimizde yaklaşık 96000 hasta görüldü. Toplamda 81 adet beklenmeyen geri dönüş vakası kaydedildi. Bunlardan 50 tanesinin ilk tanıları dahili branşlara ait idi. 50 hastanın 10 tanesi aynı gün, 23 tanesi ertesi gün, 11 tanesi 2-3 gün içinde, 6 tanesi ise 1 haftadan sonra acil servise geri dönüş yaptılar. Aşağıda, konulan ilk tanıları ve daha sonra konulan doğru tanıları görülmektedir:

Gastro-Özafajial Reflü: Myokard infarktüsü, akut kolesistit, plörezi/ Myalji: Guillain-Barré Sendromu, pnömoni, servikal diskopati/ Peptik ulkus-gastrit-dispepsi: Kolesistit (3), pankreatit, hepatit (2), apandisit (4) / Hipertansiyon: Subaraknoid kanama, perikardit, akut isitme kaybi/ İdrar yolu enfeksiyonu: plörezi, bilier kolik, pnömoni, ektopik gebelik, mastit, genital herpes/ Üst solunum yolu enfeksiyonu: Pnömoni (3), karaciğer absesi, idrar yolu enfeksiyonu, hepatit, tirodit/ Sinüzit: Parotidit, pnömoni/ Pnömoni: Apandisit/ Hiperpotasemi: Hipoglisemi/ Akut gastroenterit: Apandisit (3), ürolityaz, tonsillit/ Meteorizm-konstipasyon: Divertikülit, over stimülasyonu, apandisit (2), perianal abse, pnömoni/ Dismenore: FMF/ Benign paroksizmal vertigo: Multipl skleroz (2). Sonuç olarak, yanlış tanı nedeniyle en sık beklenmeyen geri dönüşler gastrointestinal sistem ve solunum yolu hastalıklarında görülmüştür. Karın ağrısı ve yan ağrısı ile başvuran hastalarda hemogram, abdominal ultrason ve akciğer grafisinin klinik protokollere dahil edilmesi, sistemik muayenenin eksiksiz yapılması ve tetkiklerin dikkatlice değerlendirilmesi beklenmeyen geri dönüşleri azaltacaktır.

S10**İZOLE HİPERKOLESTEROLEMİLİ OLGULARDA LDL-KOLESTEROL DÜŞÜŞÜ SAĞLANMASI PLAZMA APELİN DÜZEYİNİ YÜKSELTİR**

İlker Taşçı, Gökhan Erdem, Gökhan Özgür, Serkan Tapan, Teoman Doğru, Halil Genç, Cengizhan Açikel, Taner Özgürtaş, Alper Sönmez

GATA İç Hastalıkları Bilim Dalı, GATA Biyokimya Anabilim Dalı, GATA Epidemiyoloji Bilim Dalı

Apeлин, yeni tanımlanmış ve kardiyovasküler sistemde önemli etkileri olan bir adipokindir. Yapılan çalışmalarda dislipidemili olgularda kan apeлин düzeyinin azaldığı gösterilmiştir. Bu çalışmada ise gerek terapotik yaşam şekli değişikliği (TYŞD) gerekse statin tedavisi ile LDL-kolesterol azalması sağlanan hiperlipidemili hastalarda kan apeлин düzeyinde meydana gelen değişikliklerin araştırılması amaçlanmıştır.

LDL-kolesterol yüksekliği bulunan ve diğer yönlerden tamamen sağlıklı olup ilaç kullanım öyküsü bulunmayan 134 hasta 12 haftalık TYŞD uygulamasına tabi tutulmuştur. Toplam 116 hasta TYŞD periyodunu tamamlamış ve 54 (%46.5) olgu hedef LDL-kolesterol değerine (<160 mg/dL) ulaşmıştır. Diğer 62 hastaya ise 12 hafta rozuvastatin tedavisi uygulanmış ve 56 olgu medikal tedavi dönemini tamamlamıştır. Başlangıç, TYŞD sonrası ve statin tedavisinin 12.haftasında demografik kayıtlar ve temel biyokimyasal verilerin yanında kan apeлин, adiponektin, leptin, TNF-alfa, hsCRP ve insulin seviyeleri ölçülmüş, HOMA değerleri hesaplanmıştır.

TYŞD uygulaması ile kan LDL-kolesterol düzeyi hedef aralığa gerilemeyen olgularda plazma apeлин düzeyinde anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır (p=0.110). TYŞD veya statin tedavisi ile LDL-kolesterol azalması sağlandığında kan apeлин (sırasıyla p=0.000 ve p=0.020) ve adiponektin (sırasıyla p=0.001 ve p=0.011) düzeyleri artmıştır. Serum leptin düzeyi TYŞD uygulamasına yanıt alınan olgularda azalmış (p=0.042/erkek ve p=0.023/kadın) ancak statin tedavisi sonrası değişmemiştir (p=0.959/erkek ve p=0.134/kadın). Serum TNF-α ve hsCRP seviyeleri TYŞD sonrası başlangıç ile benzer (sırasıyla p=0.902 ve p=0.135), statin tedavisi sonrası ise azalmış olarak tespit edilmiştir (sırasıyla p=0.000 ve p=0.023). Plazma insulin düzeyi ile HOMA skoru TYŞD sonrası azalmış (her ikisi için p=0.000) ancak rozuvastatin tedavisi ile daha ileri değişmemiştir (sırasıyla p=0.865 ve p=0.722).

Sonuç olarak izole LDL-kolesterol yüksekliği olan bireylerde gerek TYŞD gerekse statin tedavisi ile hiperlipidemiyi sağlandığı takdirde kan apeлин düzeyi yükselmektedir. Dolayındaki apeлин miktarındaki değişiklikler diğer adipokin ve inflamatuvar belirteçler ile birlikte hareket etmektedir. Apeлинin sentez ve sekresyonu lipoprotein metabolizması, insulin duyarlılığı ve inflamasyonla ilişkili gibi görünmekte olup direkt veya dolaylı yollarla ateroskleroz mekanizmasında rol oynuyor olabilir.

S11**AYAKTAN KAN BASINCI TAKİBİ YAPILAN 394 HİPERTANSİYON HASTANIN SONUÇLARI**

Hüseyin Cat, Tayyibe Saller, Sema Ucak, Ali Osman Öztürk, Banu Özulu, Okcan Başat, Tijen Yeşim Erdem, Yüksel Altuntaş

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ VE GİRİŞ: Ayaktan kan basıncı takibi (AKBT) hipertansiyonun tanı ve tedavisinde sıkça başvuru- lan güvenilir bir yöntem olup hipertansiyona bağlı organ hasarlarının öngörülmesinde, akut kardiyovasküler komplikasyonların önlenmesinde ve hipertansiyon regülasyonu konusunda önemli bilgiler vermektedir. Bu perspektifle hipertansiyon polikliniğimizde takip edilen ve AKBT ile 24 saat izlenmiş, hipertansiyon hastalarımızın sonuçlarını göstermek.

MATERYAL METOD: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hipertansiyon Polikliniğinden takipli, otomatik kan basıncı cihazıyla 24 saatlik kan basınçları ölçülen 394 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların hepsi antihipertansiyon tedavi almaktaydı. Avrupa kardiyoloji derneği (ESC), arteriyel hipertan-

siyon tedavisi 2007 klavuzuna göre, kan basıncının $\geq 130/85$ mm/hg olması non regüle hipertansiyon olarak değerlendirildi. 24 saatlik kan basıncı takiplerinde: gündüz 06-23.gece 23-06 saatleri arasındaki ortalama sistolik kan basınçlarına bakıldı. 24 saatlik ortalama sistolik kan basıncı normal olmasına rağmen (≤ 129) gece kan basıncının gündüz kan basıncına göre %10'dan daha az düşmesi non-dipper fazla düşmesi dipper hipertansiyon olarak değerlendirildi.

SONUÇLAR: Hastaların 252'si kadın (%63), 142'si erkekti (%37). Kadın hastaların %26'sında ve erkeklerin %45'inde ve tüm grubun %33'ünde tedavi almalarına rağmen tansiyon regüle değildi. Rutin poliklinik takiplerde ölçülen arteriyel tansiyonu normal sınırlarda bulunan hastaların 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı sonuçları sonrasında %74 oranında non-dipper oldukları gözlemlendi. Kadınlarda bu oran %82 ve erkeklerde ise %77 olarak bulundu. Yine poliklinik ölçümleri sonrası arteriyel tansiyonu regüle seyreden hastalarda mikroalbuminüri ya da retinopati oranı %14 olarak bulundu. Kadınlarda bu oran %14 erkeklerde ise %15 idi.

TARTIŞMA: Regüle hipertansiyon hasta sayısı literatür sonuçlarıyla uyumlu görüldü. Regüle hipertansiyon hastalar arasında non-dipper hasta sayısı anlamlı sayıda yüksek görülmekte. Non-dipper hastaların 29 (%14)'unda mikroalbuminüri ve retinopati geliştiği saptandı. Son yıllarda yapılan çalışmalarda non-dipper hastaların hedef organ hasarı ve akut kardiyovasküler komplikasyonlar açısından (akut miyokard infarktüsü, iskemik senkop, serebrovasküler olay...) daha yüksek risk taşıdıkları bilinmektedir. Bundan dolayı, bu grup hastaların tedavilerinin kan basıncını 24 saat kontrol altında tutacak ve non-dipper duruma da yol açmayacak şekilde tekrar düzenlenmesi gerekmektedir.

Sonuç: 24 saatlik kan basıncı takibi ile hipertansiyonu regüle kabul edilen hastaların çoğunda non-dipper hipertansiyon sözkonusu olup mevcut tedavi bu duruma göre tekrar değerlendirilmelidir.

S12**RENAL REZİSTİVİTE İNDEKSİ İLE NÖROPATİ VE RETİNOPATİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Nafise Direktör, Esin Beyan, Yusuf Aydın, Tağmaç Deren, Dilek Berker, Merve Yılmaz, Tuncay Delibaşı, Suha Koperal, Serdar Güler, Ekrem Abaylı

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrin ve Metabolizma Kliniği, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Radyoloji Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Renal Rezistivite İndeksi (RI) artışıının diyabetik nefropati ile ilişkisi birçok çalışmada gösterilmiştir. Diabetes Mellitus (DM) tüm damar sistemini aynı anda tutabilir. Bundan yola çıkarak diyabetin nöropati ve retinopati komplikasyonları ile renal RI artışıının ilişkisini araştırdık.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya 62'si kadın, 39'u erkek 101 hasta alındı. Doppler ultrasonografi (USG) kullanılarak intrarenal RI değerlerine bakıldı. Retinopati tanısı oftalmolojist tarafından, indirekt oftalmoskopi ile fundus değerlendirilerek konuldu. Ekstremitelerinde eldiven çorap tarzı ağrı ve hiperaljezi tarif eden hastaların fizik muayeneleri yapılarak, muayenesinde hipostezi, vibrasyon duyusunun veya aşıl tendon refleksinin azalması bulgularından en az birinin saptandığı hastalara diyabetik nöropati tanısı konuldu. Hastalar intrarenal arterdeki RI değerlerine göre RI >0.70 olanlar ve RI <0.70 olanlar olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Hastaların 56'sı 1.grupta, 45'i ise 2.grupta yer almaktaydı. RI 0.70 üzerinde olan hastaların 35'i kadın, 21'i erkek ve RI'si 0.70 altında olanların 27'si kadın, 18'i erkekti.

BULGULAR: Her iki grup arasında cinsiyet ve yaş bakımından anlamlı istatistiksel fark yoktu (p: 0.798 ve 0.310). Hipertansiyon, hiperlipidemiyi öyküsü, oral antidiyabetik kullanımı, 2'li veya 4'lü insülin kullanımı yönünden 2 grup arasında istatistiksel açıdan fark saptanmadı. Ortalama RI, retinopati saptanan hastalarda 0.71+0.04 retinopati saptanmayan hastalarda ise 0.68+0.05 idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p: 0.009). Ortalama RI, nöropatili olan grupta 0.71+0.05 ve olmayan grupta 0.68+0.04 bulundu. Nöropati RI'i 0.70'in üzerinde olanlarda anlamlı olarak yüksekti (p: 0.012).

SONUÇ: Son yıllarda diyabetik nefropati tanısında ateroskleroz göstergesi olan renal RI artışı kullanılmaktadır. Ancak renal RI artışıının DM'un diğer mikrovasküler komplikasyonları ile ilişkisini gösteren çalışmada yoktur. Bizim çalışmamızda retinopati ve nöropati varlığı RI'si 0.70'in üzerinde olan grupta RI'si 0.70'in altında olan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Çalışmamız diyabetik retinopati ve nöropati ile renal RI artışı arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren ilk çalışmaya olduğundan sunmak istedik.

Tablo.

Komplikasyon Varlığı	Intrarenal RI >0.70	Intrarenal RI <0.70	P Değeri
Retinopati	32	14	0.009
Nöropati	34	16	0.012

Poster Bildiriler

P001

SİLDENAFİL KULLANIMI SONRASINDA GELİŞEN MİYOKARD İNFARKTÜSÜ: OLGU SUNUMU

İdris İnce, M. Sami Tuzcu, Fatih Yılmaz, Ali Hakan Kaya, Mehtap Navdar Başaran, A. Kadir Ergen, A. Baki Kumbasar

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Sildenafil erektil disfonksiyon tedavisinde kullanılan bir ilaç olup, spesifik olarak tip V fosfodiesterazı inhibe ederek korpus kavemosumdaki düz kas hücrelerinde cGMP'nin yıkımını azaltarak NO etkisini uzatır. Erektile disfonksiyon ve aterosklerotik kalp hastalıkları arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Sildenafil kullanmadan önce yüksek riskli hastaların kardiyovasküler açıdan değerlendirilmesi gerekir.

OLGU: 50 yaşında erkek hasta. Sildenafil 100 mg tb aldıktan sonra göğsünde sıkıştırıcı tarzda, sol koluna yayılan, bulantı, kusma ve terlemenin eşlik ettiği göğüs ağrısı başlamış. Özgeçmişinde; 5 yıldır DM tip II ve 2 yıldır HT anamnezi mevcut. 30 paket/yıl sigara kullanımı vardı. Düzenli medikal tedavi kullanmayan hasta göğüs ağrısının 2. saatinde başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde; genel durum iyi, şuuru açık, koopere, anksiyetesi mevcut, TA: 140/80mmHg, Nb: 90/dk, kardiyovasküler, solunum sistemi ve gastrointestinal sistem muayenelerinde özelliği saptanmadı. Hastanın EKG sinde NSR, HR: 90/dk V1-V6 derivasyonlarda 3-4 mm ST elevasyonu, DII-DIII-aVF derivasyonlarında QS formasyonu, DI-aVL resiprokal ST depresyonu saptandı. Akut anterior MI tanısı ile koroner yoğun bakım ünitesine alınarak trombolitik tedavi uygulandı. Hastanın laboratuvar incelemesinde Glukoz: 273 mg/dl, Üre: 39 mg/dl, Kreatinin: 0.94 mg/dl, AST: 247 U/L, ALT: 50 U/L, LDH: 458 U/L, CK: 2085 U/L, Troponin: 23.66 ng/mL, PT: 26.6 sn, APTT: 47.1 sn Fibrinojen: <10 mg/dl, Ürik asit: 6.7 mg/dl, Kolesterol: 133 mg/dl, Trigliserid: 143 mg/dl, HDL: 31 mg/dl, LDL: 73.4 mg/dl, HbA1C %: 9, TSH: 0.44, FT4: 0.96, kardiyak sensitif CRP: >9.65 mg/Lt, spot TİT mik-roalbuminüri: 45 mg/dl, WBC: 21900, Hgb: 15.7 mg/dl, Hct: 46.2, MCV: 87.5, RDW: 16.1, PLT: 465000, MPV: 8.8 olarak saptandı. Hastaya nazal oksijen, beta bloker, asetil salisilik asit, ACE inhibitörü, statin, unfraksi-yone heparin, insülin tedavisi uygulandı. İlk 24 saat içinde nitrat verilmedi. Hastanın yapılan ekokardiog-rafisinde sol ventrikül segmenter duvar hareket bozukluğu, sol ventrikül sistolik fonksiyon bozukluğu, sol ventrikül hipertrofisi, EF: %35 olarak saptandı. Hastanın koroner anjiyografisinde 2 damar hastalığı saptanarak stent uygulandı.

TARTIŞMA: Diyabet, ateroskleroz, sigara, hipertansiyon, hiperkolesterolemi gibi pek çok etken erektil disfonksiyon ve koroner kalp hastalıklarının ortak sebebidir. Erektile disfonksiyon saptanan hastalarda Sildenafil tedavisi başlanılmadan önce yüksek riskli hastalarda, cinsel ilişkide kardiyak iske mi gelişme riskini tespit edebilmek için egzersiz testi ya da miyokard perfüzyon taraması yapılmalıdır. Sildenafil tedavi başlangıç dozu 50 mg olup, 65 yaş üzerinde, böbrek ve karaciğer bozukluğu olanlarda bu doz 25 mg'dır. Sildenafil'in bilinen önemli bir yan etkisi hipotansiyon olup, bu etkisi nitrat türevi ilaçlarla daha belirgin olabileceğinden, akut koroner sendrom gelişmesi durumunda nitrat türevi ilaçların ilk 24 saat içinde kullanılmaması gerekir.

P002

MYOKARD İNFARKTÜSLÜ HASTALARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Fatma Alıbaz Öner, Zeynep Gürçan, Şükran Türkes, Mustafa Kemal Arslantaş, Mehmet Emin Pişkinpaşa, Mecdi Ergüney

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Çalışmamızda, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi (KYB) 'nde Ocak 2003-Aralık 2003 tarihleri arasında akut miyokard infarktüsü (MI) tanısıyla hospitalize edilen hastaların klinik, demografik özellikleri, yapılan tedavi uygulamaları, komplikasyonlar ve hastane içi mortalite oranlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: KYB'nde Ocak 2003-Aralık 2003 tarihleri arasındaki hasta kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Akut MI tanısıyla hospitalize edilen 92 hastanın; yaş, cinsiyet, trombolitik tedavi uygulanıp uygulanmadığı, hastane içi komplikasyon ve mortalite olup olmadığı, hastada Diyabetes Mellitus (DM), hipertansiyon (HT), hiperlipidemi, aterosklerotik vasküler hastalık (AVH) varlığı; sigara kullanımı, aile hikayesi olup olmadığı tespit edilerek incelendi. İstatistik değerlendirmeler 'SPSS 16.0 for Windows' programı kullanılarak yapıldı.

SONUÇLAR: Çalışmadaki 92 hastanın yaş ortalaması 58.1±10.14 yıl tespit edildi. Hastaların 73 (%79.34) 'ü erkek (yaş ortalaması: 56.63±9.337 yıl), 19 (%20.65) 'u bayan (yaş ortalaması: 63.74±11.362 yıl) idi. Tüm hasta grubunda DM %18.4, HT %26.08, sigara %60.8, AVH %36.9, aile hikayesi %19.5 saptandı.

Hastaların 8 (%9) tanesinde ST elevasyonsuz MI, 84 (%91) tanesinde ST elevasyonlu MI tespit edilmiştir. 41 hastaya (%45) ine trombolitik tedavi uygulanmış, 51 (%65) 'ine hastaneye geç ulaşmaları yada kontrendikasyon bulunması nedeniyle trombolitik uygulanmamıştır. 33 (%35.8) hastada yatışı sırasında komplikasyon gelişmiştir. Bunların 19'unda (%57.5) sadece aritmi, 7'sinde (%21.2) sadece kardiyojenik şok, 6'sında (%18.1) hem aritmi hem kardiyojenik şok, 1 (%0.3) hastada da trombolitige bağlı hayatı olmayan kanama gelişmiştir. 17 (%18.4) hastada yatışı sırasında ölüm gerçekleşmiş, bunların 11 (64.7) 'i ilk 24 saatte, 6 (35.3) tanesinde 24 saatten sonra gerçekleşmiştir. Hastane içinde ölüm 65 yaş üstünde daha fazla görülmüştür (p=0,01). Mortalite de cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p: 0.749). Hastane içi mortalite trombolitik uygulanan grupta anlamlı derecede düşüktür (p: 0.045). Sonuç olarak merkezimizde 65 yaş üstünde ve trombolitik uygulanmayan hastalarda mortalite anlamlı derecede yüksektir. Hastalara trombolitik uygulanmamasının en önemli nedeni hastaların hastanemize geç başvurmalarıdır. Bu nedenle tüm dünyada ve ülkemizde en önemli ölüm nedeni olan miyokard infarktüsü hakkında toplumun iyi bilgilendirilerek, ağrı başlangıcından itibaren en kısa sürede hastaneye başvurmalarının sağlanması gerekmektedir.

Tablo.

Cinsiyet	N	%	P	
Diyabet	E	11	15.07	0,86
K	7	36.84		
Hipertansiyon	E	17	23.29	0,235
K	7	36.84		
Sigara	E	52	71.23	0,000*
K	4	21.05		
Hiperlipidemi	E	0	0.00	
K	0	0.00		
AVH	E	26	35.62	0,606
K	8	42.11		
Aile Hikayesi	E	17	23.29	0,016
K	1	5.26		

P003

AKUT DEKOMPANSE KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARDA LEVOSİMENDAN İNFÜZYONUNUN EJEKSİYON FRAKSİYONUNA ETKİSİ

¹Fatma Paksoy, ¹İrfan Tursun, ²Erkan Öztekin, ¹Fatih Borlu

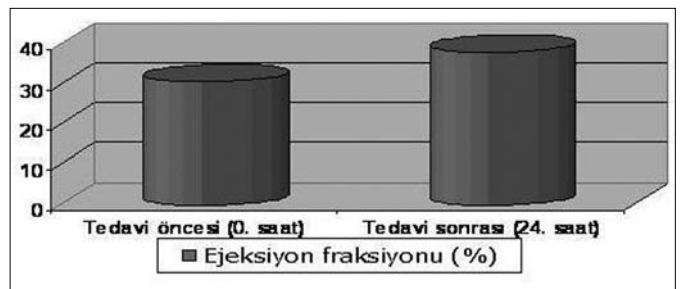
¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, ²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji

GİRİŞ ve AMAÇ: Levosimendan iki yönlü etkisi olan yeni bir inodilatör ajandır. Kardiyak troponin-C'ye bağlanarak miofilamentlerin mevcut sitozolik kalsiyuma duyarlılığını artırır, aktin-miyozin çapraz bağlanmalarını stabilize eder, bu sırada hücre içi kalsiyum düzeyini artırmadığı gibi ATP tüketimini ve oksijen ihtiyacını da artırmaz. Damar düz kasında ise, ATP'ye bağımlı K+ kanallarını açarak vazodilatasyona neden olur ve afterloadu azaltır. Bu çalışmada akut dekompanse kalp yetmezliği ile başvuran hastalarda, levosimendan infüzyonunun ekokardiyografik olarak saptanan ejeksiyon fraksiyonu (EF) üzerine olan etkisi araştırıldı.

MATERYAL ve METOD: Akut dekompanse kalp yetmezliği tanısıyla yatırılan, NYHA sınıfı III-IV kalp yetmezliği olan 11'i erkek, 14'ü kadın olmak üzere 25 hasta çalışmaya alındı. Hastalara önce 12 mcg/kg/dk ile yükleme, sonrasında 0,1 mcg/kg/dk ile idame levosimendan infüzyonu 24 saat boyunca verildi. İnfüzyon öncesi (0. saat) ve sonrasında (4. gün) hastaların transtorasik ekokardiyografileri yapılarak Simpson yöntemi ile EF değerleri hesaplandı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşları 70,5±11,13 yıl idi. Tedavi öncesi saptanan EF %20-45 arasında (ortalama %31±7,66) ve 24 saatlik levosimendan infüzyonu sonrasında 4.gün saptanan EF değeri ise %23-63 arasında (ortalama %38,15±9,36) bulundu. Hastaların tedavi öncesi ve bitiminde yapılan ekokardiyografik tetkiklerinde; EF değerlerinde ortalama %23,06±1,70 artış gözlemlendi. Ejeksiyon fraksiyonunun 24 saatlik levosimendan infüzyonu ile istatistiksel anlamlı olarak arttığı saptandı (p<0,01).

SONUÇ: Akut dekompanse kalp yetmezliği olan hastalarda 24 saatlik levosimendan infüzyonu hem sistolik hem diyastolik ekokardiyografik parametreleri olumlu etkiler ve ejeksiyon fraksiyonunda anlamlı artışa yol açar. Hastaların dekompanse dönemden çıkmasında klinik ve hemodinamik olarak faydalı olabilir.



Şekil. Levosimendan infüzyonu öncesi (0. saat) ve sonrasında (4. gün) saptanan ejeksiyon fraksiyonlarının karşılaştırılması

P004

CİDDİ SOL KALP YETMEZLİĞİNDE LEVOSİMENDAN TEDAVİSİNİN PLAZMA N-TERMINAL PRO-BNP DÜZEYİNE ETKİSİ

İrfan Tursun, ¹Fatma Paksoy, ²Erkan Öztekin, ¹Fatih Borlu

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, ²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji

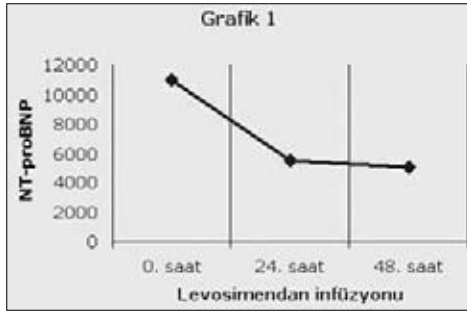
GİRİŞ VE AMAÇ: Kalp yetmezliği sıklığı giderek artan, önemli bir morbidite ve mortaliteye sahip ciddi bir sağlık problemidir. NYHA evre III ve IV'teki ciddi kalp yetmezliği olan hastalarda yıllık mortalite oranları %14-18 arasında değişmektedir. NT-pro BNP, kalp yetmezliğinde erken tanı, tedavi izlemi ve prognozun öngörülmesinde %95 sensitif bir belirteçdir. Ciddi sol kalp yetmezliğinde levosimendan uygulamasının plazma N-Terminal pro-BNP düzeyi üzerine etkilerini incelemek üzere çalışma planlandı.

MATERYAL ve METOD: Akut dekompanse kalp yetmezlikli 30 hasta çalışmaya alındı ve bu hastalara standart kalp yetmezliği tedavisine ek olarak 12mcg/kg/h ile 10 dakika yüklem dozunu takiben, 0.1mcg/kg/h idame dozunda 24 saat levosimendan infüzyonu verildi. Tedavi yanıtı izlemek için plazma NT-pro BNP düzeyi 0., 24. ve 48.saatlerde ölçüldü. Plazma NT-proBNP ölçümleri referans aralıkları erkek için 0-100 pg/ml ve kadın için 0-150 pg/ml olarak alındı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların infüzyon öncesi saptanan ortalama ejeksiyon fraksiyonları 31,35±7,33 idi. Infüzyon öncesi 10963,20±14136,58 pg/ml olarak saptanan NT-proBNP değeri tedavinin 24.saatinde 5536,95±5756,16 değerine, 48.saatinde ise 5075,05±5283,79 değerine geriledi. (Grafik 1)

Levosimendan infüzyonu öncesinde (0.saat) pro BNP düzeyi, infüzyon sonrası 24.ile 48.saatteki pro BNP düzeyiyle kıyaslanıldığında çok ileri düzeyde istatistiksel anlamlılık (p<0.001) saptandı. Yine, 24.ve 48.saatteki pro BNP düzeyi arasında da ileri düzeyde istatistiksel anlamlılık (p=0.002) bulundu.

SONUÇ: Levosimendan, troponin C üzerinden etki oluşturmakta ve miyokardial filamentlerin kalsiyum hassasiyetini artırarak miyokardial kontraktiletiyi arttırmaktadır. Akut dekompanse kalp yetmezliğinde, standart tedaviye eklenen levosimendan infüzyonu klinik ve hemodinamik iyileşmeyi anlamlı şekilde arttırmakta ve NT-proBNP değerlerini anlamlı şekilde düşürmektedir.



Grafik 1.

P005

AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜNDE REPERFÜZYON KRİTERİ OLARAK BEYİN NATRİÜRETİK PEPTİDİN YERİ

Yeliz Zıhlı

Bulanık Devlet Hastanesi

AMAÇ: Brain natriüretik peptid (BNP), konjestif kalp yetersizliği tanısında ve prognoz tayininde sıkça başvurulan bir yöntemdir. Yine son yıllarda BNP nin koroner kalp hastalığında (KKH) da prognozla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Ancak STEAMI'de reperfüzyon ile ilişkisini yeterli ölçüde araştırılmamıştır. Çalışmamızda STEAMI'de pro BNP'nin, trombolitik tedaviden sonra tıkalı arterde reperfüzyon olup olmadığının noninvaziv olarak belirlenmesinde kullanılabilirliğini değerlendirmek ve ileri incelemelerin gerekliliği konusunda yol gösterici değerinin varlığını araştırmak amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya dahil edilen 35 STEAMI tanılı hastadan önce Troponin I, CK-MB, pro BNP ve diğer laboratuvar değerleri için kan alındı. daha sonra trombolitik tedavi olarak 1.500.000 ünite streptokinaz infüzyon şeklinde verildi. Trombolitik tedaviden 60 dakika sonra; Troponin I, CK-MB ve 24 saat sonra; Troponin I, CK-MB, pro BNP değerlerine bakıldı. Tedavi sonrası 90.dk da çekilen EKG'de en yüksek ST elevasyonunun olduğu derivasyonda J noktasından itibaren \geq %50 ST segment gerilemesi olan hastalar reperfüzyon sağlanan gruba, < %50 olan hastalar ise reperfüzyon sağlanmayan gruba dahil edilerek istatistiksel analiz yapıldı.

BULGULAR: Tedaviden hemen önce ölçülen, tedavi sonrası 24.saat proBNP değerleri, her iki değerin farkı ve her iki değerin oranı bakımından, reperfüzyon sağlanan ve sağlanmayan hastalar arasında Mann-Whitney Test ile değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (sırasıyla z=0,44; p=0,662,z=0,94; p=0,346,z=0,17; p=0,866,z=0,10; p=0,920).

SONUÇ: Çalışmamızda STEAMI tanısı ile trombolitik tedavi uygulanan hastalarda tedavi öncesi, tedavi sonrası 24.saatte ölçülen proBNP ve her iki değerin farkı olarak alınan delta proBNP değerlerinin tıkalı arterde reperfüzyon olup olmadığının noninvaziv olarak belirlenmesinde yerinin olmadığını saptadık.

Tablo 9. ProBNP değerleri ile reperfüzyon arasındaki ilişkinin karşılaştırılması

	Reperfüzyon Var (n=21)	Reperfüzyon Yok (n=14)
Tedavi öncesi proBNP pg/ml (SS)	187,56 (203,53)	398,59 (579,87)
24.saat proBNP pg/ml (SS)	1753,93 (1331,99)	2478,72 (2395,29)
Delta proBNP pg/ml (SS)	1566,38 (1331,99)	2080,13 (2520,16)
proBNP oranı pg/ml (SS)	77,302 (228,49)	324,26 (865,83)

P006

YÜKSEK ATEROSKLEROZ RİSKİ, KRONİK ALKOL ALIMI VE NORMAL KORONER ARTERLER: BİR DİLATE KARDİYOMİYOPATİ OLGUSU

Nilüfer Alpay, ¹Abdullah Şumnu, ²Taner Gören

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Bu yazıda, uzun süreli yüksek doz alkol alımı hikayesi olan, dilate kardiyomiopati (DKMP) ve ağır konjestif kalp yetersizliği (KKY) saptanan, çok sayıda risk faktörü bulunmasına karşın koroner arterleri normal bulunan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU: 62 yaşında erkek hasta, 1 yıl kadar önce başlayan, son birkaç aydır giderek artan eforla nefes darlığı ve bacaklarında şişme yakınmaları ile başvurdu. Fonksiyonel kapasite IV olarak belirlendi. Yaklaşık 40 paket-yıl sigara içtiği ve 23 yıldır ortalama 150 g/gün alkol aldığı öğrenildi. Fizik muayenede, ortopedik ve taşipneik görünümdeydi. Bacaklarda 2 (+) ödem vardı. Her iki akciğer bazalinde inspiyum sonunda normal sınırlardaydı. Teleröntgenogramda kardiyomegali, hiler dolgunluk vardı, sağ kostofrenik sinüs kapalıydı (Resim 1). Ekokardiyografide, tüm kalp boşluklarında genişleme ve sol ventrikülden global olarak ileri derecede hipokinezi saptandı; EF %23 bulundu (Resim 2). Alt ekstremitelerde Doppler USG'de bilateral ekstremital iliyak arterlerden itibaren duvar kalsifikasyonları izlendi; sağ dorsalis pedis ve tibialis posterior arterlerde akım izlenmedi. Bu bulgularla hastaya, DKMP, dekompanse KKY, periferik arter hastalığı (PAH) tanısı kondu. Uygulanan tedavi ile KKY tablosu gerileyen olguda 4 major risk faktörü (cinsiyet, yaş, düşük HDL, sigara) ve PAH bulunması nedeniyle, altta bir koroner arter hastalığının (KAH) olup olmadığını saptamak için koroner anjiyografi yapıldı ve koroner arterlerde daraltıcı lezyon saptanmadı. Bu durumda hastada alkolik DKMP tanısı düşünüldü. Psikiyatri Kliniğinin desteği ile alkol alımı kesilen olgumuzun takip ve tedavisi devam etmektedir.

TARTIŞMA: Alkol alımının kalp üzerinde çeşitli ve karmaşık etkileri vardır. Akut yüksek doz alkol alımında fatal negatif inotrop ya da aritmojenik etki görülebilir. Kronik alkol alımında ise doza bağımlı olarak dilate kardiyomiopati (DKMP) ve bunun sonucunda sistolik disfonksiyon beklenen bir bulgudur. KAH üzerine olan etki de doza bağımlıdır. Ancak kimlerde, hangi dozda, hangi mekanizma ile ve ne yönde etkilediği henüz net olarak bilinmemektedir (Tablo 1).

Sonuç olarak, alkolün KAH üzerine olan etkisine yönelik irksal faktörlerin de göz önüne alındığı geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Tablo 1.

Alkol alım miktarı (ortalama)	Toplam mortalite oranı	KAH görülme oranı
<20 g/gün	Azalır	Azalır
20-89 g/gün	Değişmez	Azalır
>89 g/gün	Artar	Artar



Resim 1. PA Akciğer grafisi



Resim 2. Ekokardiyografi A: Her iki atriumda genişleme, B: Area lenght yöntemi ile EF'nin %23 olduğu görülmüştür.

P007

MİTRAL KAPAK REPLASMANI SONRASINDA GELİŞEN ASEPTOMATİK CİDDİ SOL VENTRİKÜL ÇIKIŞ YOLU DARLIĞI

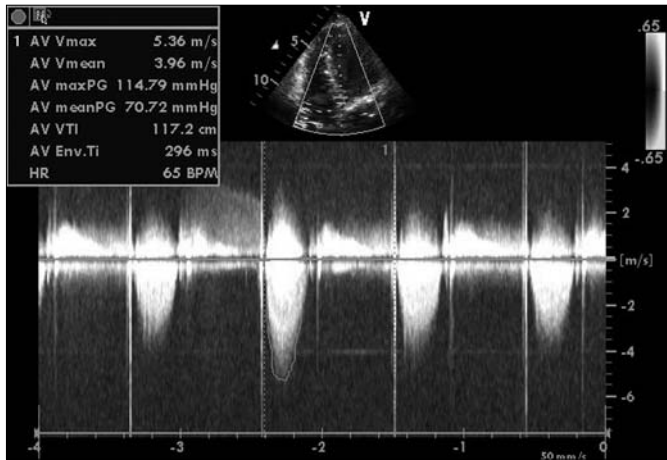
¹Nilüfer Alpay, ²Ercüment Yılmaz, ²Aytaç Öncül

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

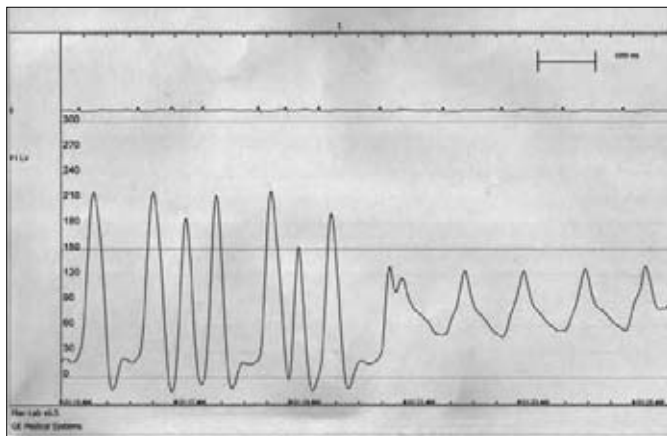
Mitral kapak replasman (MKR) ameliyatları sonrasında sol ventrikül (SV) çıkış yolu darlığı gelişebileceğine dair literatürde olgu bildirimleri mevcuttur. SV kavitesinin küçük olması, LV hipertrofisi ve/veya septal hipertrofi varlığı MKR sonrasında SV çıkış yolu darlığı riskini arttırmaktadır. Genellikle hastalar erken dönemde semptomatik olur. Burada MKR'den 6 yıl sonra ekokardiyografik kontrol sırasında saptanan, ciddi SV çıkış yolu darlığı olmasına rağmen asemptomatik olan bir olgu sunulmaktadır.

Herhangi bir klinik yakınması olmaksızın kontrol amacıyla başvuran 49 yaşında kadın hastanın hikayesinde, 10 yıl önce romatizmal kalp kapak hastalığı ve mitral darlığı tanıları ile mitral kapak valvüloplastisi ameliyatı geçirdiği, sonrasında asemptomatik olduğu, 6 yıl önce mitral kapakta gelişen infektif endokardit sonrasında biyoprotetik mitral kapak replasman ameliyatı yapıldığı öğrenildi. Ameliyat öncesindeki ekokardiyografi kayıtlarında sol atriumun geniş (4,9cm), diğer kalp boşluklarının, SV kalınlıkları ve hareketlerinin normal olduğu, mitral kapak alanının daraldığı (2,2 cm²) ve 2+ mitral yetersizliği olduğu, post op. 1 yıl içerisinde ekokardiyografik kontrollerde SV çaplarının, SV ejeksiyon fraksiyonunun, aort kapağının ve prostetik mitral kapak fonksiyonlarının normal olduğu görüldü. Daha sonra ise şikayeti olmadığı için poliklinik kontrollerine devam etmeyen hastanın fizik muayenesinde, arteryel kan basıncı 110/60 mmHg, kalp hızı dakikada 76 bulundu. Normal prostetik kalp kapak sesi, aort alanında 4/6 şiddetinde boyuna doğru yayılan sistolik ejeksiyon üfürümü duyuldu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Transösafagial ekokardiyografik incelemede romatizmal kalp kapak hastalığı, normal fonksiyone eden mitral kapak, normal fonksiyone eden aort kapağı (yaprak açıklığı 1,5cm), SV duvar kalınlığında hafif artış (SVDSÇ: 4,3 cm, SVSSÇ: 2,6 cm), SV çıkış yolunda ciddi daralma (peak gradyent 114 mmHg, ortalama gradyent 70mmHg, 2D EKO ile çıkış yolu alanı 1,3cm²) görüldü (Resim 1). Sağ femoral arter yoluyla yapılan koroner arter anjiyografisinde normal koroner arterler, aortografide normal fonksiyone eden aort kapağı, sol ventrikülografide normal fonksiyone eden prostetik mitral kapak, SV çıkış yolunda 80 mmHg gradyente yol açan darlık görüldü (Resim 2). Bu bulgularla prostetik kapağın SV çıkış yolunda ciddi daralmaya yol açtığı düşünüldü. 25 mg metoprolol tedavisi başlandı. Klinik yakınması olmadığı için cerrahi tedavi düşünülmeyen olgumuzun takip ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç olarak olgumuzda infektif endokardit sonrasında yapılan MKR'a bağlı, nadir görülebilen bir durum olan SV çıkış yolu darlığı gelişmiştir. Darlığın ciddi olmasına rağmen hiçbir klinik yakınmanın olmaması ve infektif endokarditin yarattığı doku hasarının bu sonuçta rol oynamış olabileceği düşüncesi, olgumuzun ilginç yönleridir.



Resim 1. Ekokardiyografi. M mode ekokardiyografi ile aort kapağı basınçları görülüyor.



Resim 2. Basınç eğrisi. Konvansiyonel anjiyografi ile sol ventrikül çıkış yolunda kaydedilen basınç gradyenti görülüyor.

P008

LİTYUM ZEHİRLENMESİNE BAĞLI ÇOKLU VE GEÇİCİ EKG DEĞİŞİKLİKLERİ: BİR OLGU SUNUMU

Fatih Canan, Ahmet Kaya, Serkan Bulur, Enver Sinan Albayrak, Serkan Ordu, Ahmet Ataoğlu

Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi

GİRİŞ: Lityum tuzları psikiyatrik tedavi ve profilaksisinde, duygudurum düzenleyici olarak sıkça kullanılmaktadır. 0.8 mEq/l ve 1.2 mEq/l arasındaki serum seviyeleri terapötik olarak kabul edilmektedir.

Oldukça geniş plazma konsantrasyonu aralıklarında lityuma bağlı kardiyak yan etkiler tanımlanmıştır. Lityum tuzları, nonspesifik T dalga düzleşmesi, sinus nod disfonksiyonu ve uzamış QT intervali gibi çeşitli elektrokardiyografik (EKG) değişikliklere yol açabilir. Nadir olarak da, ventriküler taşikardiye ve ölüme sonuçlanan ventriküler fibrilasyona sebep olduğu bildirilmiştir.

Biz burada, pre-senkop ile başvuran ve lityum zehirlenmesine bağlı çoklu EKG değişiklikleri hemodiyaliz sonrası ortadan kaybolan 39 yaşında bir bayan hastayı sunacağız.

OLGU SUNUMU: Bipolar bozukluk öyküsü olan 39 yaşında bayan hasta, acil servisimize ajitasyon ve yükselmiş duygudurum yakınmaları ile getirildi. Hastaya DSM-IV tanı kriterlerine göre "manik epizod" tanısı konuldu ve kas içi 20 mg ziprasidon uygulandıktan sonra lityum tedavisine başlandı (1200 mg/gün, günde 3 kez).

Beş gün sonra aynı hasta bayılma, bilinç bulanıklığı ve özellikle alt ekstremiteelerde belirgin kas güçsüzlüğü ile acil servise tekrar getirildi. Hastanın ilk vital bulguları normaldi (Kan Basıncı: 130/90 mmHg, Kalp Hızı: 52 vuru/dakika). Laboratuvar bulguları, hipokalemi (2.72 mEq/l) (normal aralık: 3.2-5.1) ve hipofosfatemi (1.26 mEq/l) (normal aralık: 2.7-4.5) dışında normal sınırlardaydı. Serum lityum seviyesi, lityum zehirlenmesini düşündürecek şekilde 2.96 mEq/l idi (terapötik düzey: 0.8-1.2). Hemodinamik destek ve acil hemodiyaliz için hastaneye yatırıldı.

Hastanın EKG'si (Şekil 1) genişlemiş p dalgası (180 msn), genişlemiş QRS (120 msn), uzamış QT (640 msn) ve PR (320 msn) aralıkları, V2 ve V3 derivasyonlarında ST depresyonu ve yaygın T dalgası inversiyonları ile karakterizeydi.

Hemodiyaliz sonrası hastanın serum lityum seviyesi 0.57 mEq/l'ye düştü ve genel durumu hızla iyileşti. Kontrol EKG'sinde (Şekil 2) T dalga inversiyonları ve V2 ve V4 derivasyonlarında hafif ST depresyonu dışında anormal bir bulgu yoktu. Risperidon 4 mg/gün tedavisi ile taburcu edildi ve psikiyatri poliklinik kontrolü önerildi.

TARTIŞMA: Hayvan çalışmaları lityumun hücre içi potasyum miktarını azalttığını işaret etmektedir. Buna ek olarak hücre içi kalsiyumun yer değiştirmesine de neden olur. Bu etkiler, depolarizasyon oranında ve elektriksel akım yayılmasında azalma gibi çeşitli elektrofizyolojik değişikliklerden sorumlu gibi görünmektedir. Lityumun, sinus düğümünün sempatik uyarıma karşı duyarlılığını artırdığı da iddia edilmektedir. Lityum ayrıca, potasyum, kalsiyum, sodyum-kalsiyum kanalları ve sodyum-potasyum pompası ile de etkileşime girerek söz konusu etkileri oluşturabilir.

Hastalarına lityum tedavisi başlayan hekimler, tedavinin ilk günlerinde aniden ortaya çıkabilecek ve her türlü aritmiyi kapsayan EKG değişiklikleri ve kardiyak riskler konusunda dikkatli olmalıdırlar.



Şekil 1. Başvuru anındaki 12 derivasyonlu EKG (PR: 320 msn, QRS: 120 msn, QT: 640 msn)



Şekil 2. Hemodiyaliz sonrası 12 derivasyonlu EKG (PR: 150 msn, QRS: 60 msn, QT: 360 msn)



P009

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA AORT SERTLİĞİ VE SOL VENTRİKÜL DİYASTOLİK FONKSİYONU İLE İLİŞKİSİ

Dursun Duman, Seval Masatlıoğlu, Semiha Kaplan, Refik Demirtunç

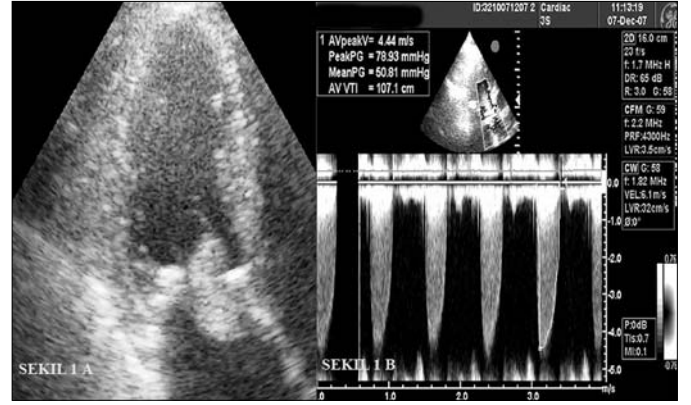
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Daha önce yapılan çalışmalarda romatoid artrit (RA) 'li hastalarda sol ventrikül (SV) diyastolik fonksiyonlarının bozulduğu belirtilmiştir. Büyük damarlarda vaskülitte seyreden bu hastalıkta, SV diyastolik disfonksiyonu gelişmesinde aortik sertliğin rolü bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı, RA'li hastalarda SV diyastolik disfonksiyonu ile aortun elastisite özellikleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

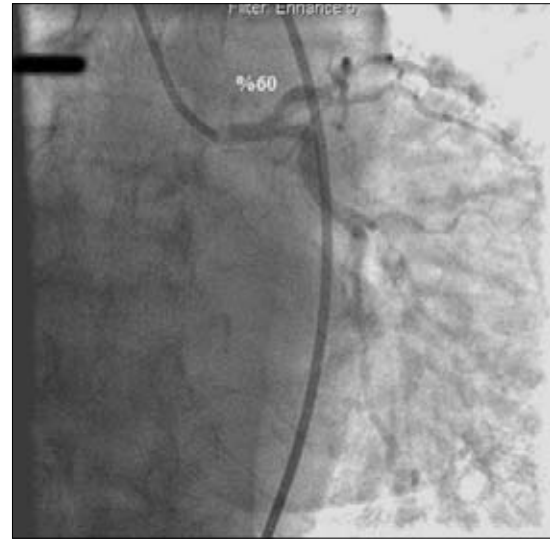
GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmaya, aşikar koroner arter hastalığı, ailesel hiperlipidemisi olmayan, sigara kullanmayan ve kan basınçları 140/90 mm Hg'nin altında olan 40 RA'li hasta ve yaş-cinsiyet uyumlu 20 sağlıklı kişi dahil edildi. Sol ventrikül diyastolik fonksiyon değerlendirilmesinde, Doppler ekokardiyografi cihazı kullanılarak transmitral akım erken pik dolun hızının geç pik dolun hızına oranı (E/A), izovolumetrik gevşeme zamanı (IVGZ), deselerasyon zamanı (DZ) ölçülerek yapıldı. Ayrıca SV myokardiyal performans indeksi (MPI) hesaplandı. Aortik strain ve aortik distensibilite, iki boyutlu ekokardiyografik incelemede kaydedilen asendan aorta çapları ve kaf sfingomanometre ile ölçülen nabız basıncı kullanılarak hesaplandı (Şekil 2).

SONUÇLAR: Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, RA'li hastaların aortik strain ve aortik distensibilite-lerinin azalmış olduğu gözlemlendi (sırasıyla %4.7 ± 2.7 karşı %8.1 ± 2.2, p < 0.001 ve 2.2 ± 1.2 karşı 3.8 ± 1.3 cm²/dyn/10³, p < 0.001). RA'li hasta grubunun transmitral akım geç pik dolun hızına oranı (E/A), DZ ve SV MPI, kontrol grubuna göre daha yüksekti (tümü p < 0.05). Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, RA'li hastalarda E/A oranı daha düşüktü (p < 0.01). RA'li hastaların aortik distensibilite-lerinin SV MPI'yi (r = -44, p < 0.005), DT (r = -0.34, p < 0.01) ve IVGZ (r = -0.31, p < 0.005) ile önemli korelasyon gösterdiği saptandı.

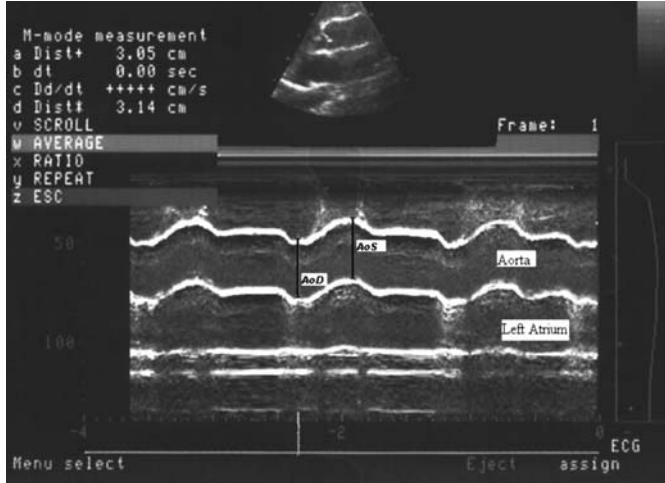
TARTIŞMA: RA'li hastalarda sol ventrikül LV diyastolik disfonksiyonunun, asendan aortadaki elastisite-tekdeki azalmaya eşlik etmesi, bu hasta grubunda kalp hastalığı gelişmesinde aortik sertliğin rol oynayabileceğini desteklemektedir.



Şekil 1. A, B



Şekil 2.



Şekil 1. Aort sertliği parametrelerinin ölçülmesi

P010

İLERİ AORT DARLIĞI İLE KORONER ARTER HASTALIĞI VE MİKSOMA BİRLİKTELİĞİ

¹Serkan Ordu, ¹Recai Alemdar, ¹Mesut Aydın, ²Adem Güngör, ²Elif Önder, ¹Mehmet Yazıcı, ¹M. Hulusi Satılmışoğlu, ³Aytekin Alçelik

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Düzce Atatürk Devlet Hastanesi İç Hastalıkları

Yetmişbeş yaşında bayan hasta, NYHA sınıf 2 nefes darlığı ve stabil angina nedeniyle başvurdu. Muayenesinde aort odağında 3/6 sistolik, apekte 2/6 diyastolik üfürüm mevcuttu. Hastanın ekokardiyografisinde EF'si %60, aort kapağında kalsifikasyon ve ciddi darlık saptandı (Şekil1B). Sol atriyumda interatriyal septumdan kaynaklanan, diyastol fazında sol ventriküle prolabe olan 2x2 cm'lik miksoma izlendi (Şekil1A). Koroner anjiyografisinde LAD proksimalinde %60 darlık yapan diskret lezyon izlendi (Şekil 2). Hastaya CABG, aort kapak replasmanı ve tümör rezeksiyonu önerildi.

Miksoma, yetişkinlerde saptanan en sık primer kardiyak tümördür ve %75'i sol atriyumdan kaynaklanır. Semptomatik hale gelen miksomalara, genellikle kalp yetersizliği (%67), tümör embolizasyonu (%29) ve sistemik bulgular sonucunda klinik oluşturlar. Miksoma olan vakalarda KAH sıklığı %0- %11 arasında bildirilmiştir. Bu vakada olduğu gibi tesadüfen miksoma tanısı konulan ve asemptomatik olan hastalarda en kısa sürede tümör rezeksiyonu planlanmalıdır. Çünkü bu vakalar asemptomatik kalabilmelerine rağmen ani ölüme de karşımıza gelebilir. Miksomadın kaynaklanan emboliler sonucunda akut miyokard enfarktüsü, iskemik inme gelişebilir. Ateş, artmış sedimentasyon hızı, periferik emboli, kilo kaybı, anemi gibi belirti ve bulgular oluşan hastalarda miksoma akıldan tutulması gereken bir tanıdır ve ekokardiyografiyle tanısı konulabilir.

Litaratürde miksoma, KAH ve aort darlığının birlikteliği daha önce hiç bildirilmemiştir. Tesadüfen tanısı konmuş miksoma olgularında, altta yatan hastalık ile birlikte miksoma cerrahisi planlanmalıdır.

P011

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA CA125 (CARBOHYDRATE ANTİGEN 125) NT-PROBNP İLİŞKİSİ

¹Serkan Ordu, ¹Enver Sinan Albayrak, ²Hakan Cinemre, ³Hatice Yüksel, ²Adem Güngör, ¹Recai Alemdar, ¹Mesut Aydın, ⁴Aytekin Alçelik

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, ³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı, ⁴Düzce Atatürk Devlet Hastanesi İç Hastalıkları

AMAÇ: Over kanserinin bir belirteci olarak kullanılan CA125'in (carbohydrate antigen- 125) seviyelerinin son zamanlarda kanser dışında kalp yetersizliği gibi bazı hastalıklarda da yükseldiği bildirilmiştir. Bu çalışmada NYHA 1-3 kronik kalp yetersizliği tanısı ile takip edilen, Ejeksiyon fraksiyonu %35'in altında olan 98 hastanın sağ kalp boyutları ile Ca125 ve pro BNP (N-terminal pro-Brain natriuretic peptid) arasındaki ilişki araştırıldı.

BULGULAR: Kalp yetersizliği olan hastaların özellikle sağ kalp boşlukları genişlemiş olan hastalarda sağ kalp boşlukları normal olan bireylere göre Ca125 ve ürik asit seviyeleri daha yüksek saptanmıştır. Buna rağmen proBNP seviyelerinde iki grup arasında fark izlenmemiştir. (Tablo)

SONUÇ: Ejeksiyon fraksiyonu %35'in altında olan stabil kalp yetersizliği hastalarında sağ kalp boşluklarının dilate olması pognozun kötüleştiğinin bir belirtisidir. Ürik asit gibi Ca125'te stabil kalp yetersizliği hastalarında prognostik bilgi amaçlı kullanılabilecek yeni bir belirteçtir. ProBNP daha çok akut durumlardan etkilendiği için sağ kalp boşluklarının dilatasyonu ile arasında ilişki satanmamıştır.

Tablo.

	Sağ kalp boşluklarında genişleme olan grup (n: 25)	Sağ kalp boşlukları normal olan grup (n: 73)	P değeri
Ca125 mg/dl	122,1 (±119)	28,5 (±45)	P: 0,001
Ürik asit mg/dl	7,49 (±2,26)	6,31 (±2,15)	P: 0,03
ProBNP ng/dl	6726 (±7535)	4453 (±6660)	P: 0,18

P012
KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARINDA SOL ATRİYUM ÇAPI İLE MEAN PLATELET VOLUM ARASINDAKİ İLİŞKİ

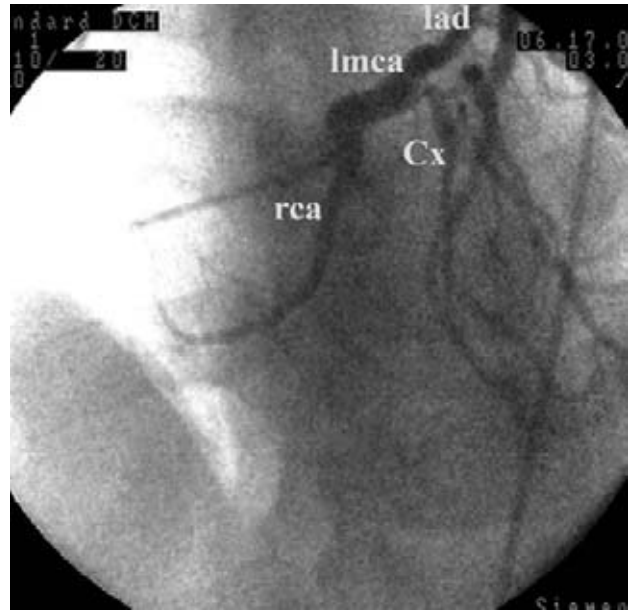
¹Serkan Ordu, ¹Ahmet Kaya, ²Elif Önder, ³Hatice Yüksel, ¹Recai Alemdar, ¹Mesut Aydın, ¹Hakan Özhan, ¹Mehmet Yazıcı

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı

AMAÇ: Kalp yetersizliğinde venöz tromboembolizm, inme ve ani ölüm riski artmış olup sebebi tam olarak belirlenemeyen ve artmış tromboembolik komplikasyonlara neden olduğu düşünülen trombosit anormallikleri tanımlanmıştır. Akut dekompanse kalp yetersizliğinde trombosit aktivasyonunun arttığı ve mean platelet volüm (ortalama trombosit hacmi (OTH)) değerlerinin yükseldiği bildirilmiştir. Bu çalışmada kardiyoloji polikliniğinde takip edilen ejeksiyon fraksiyonu %35'in altında olan NYHA1-3 102 (erkek n: 58,kadın n: 38) hastanın sol atriyum çapları ile kan değerleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların ekokardiyografik parametrelerinde sol atriyum çapının 4 cm'den büyük olan hastalarda ortalama trombosit hacmi, sol atriyumu normal olan hastalara göre daha yüksek olarak saptandı. Ürik asit seviyeleri sol atriyal dilatasyonu olan hastalarda yüksek olmasına rağmen istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. İnflamasyon belirteci olan hsCRP seviyeleri iki grup arasında fark izlenmedi (tablo). Yapılaşım korelasyon analizinde sol atriyum çapı ile OTH arasında (r: 0,26,p: 0,011) ve ürik asit ile sol atriyum çapı arasında da (r: 0,23,p: 0,036) korelasyon saptandı. Buna ek olarak sol ventrikül sistol sonu çapı ile OTH arasında hafif bir ilişki izlenmiştir (r: 0,29,p: 0,006).

SONUÇ: Ejeksiyon fraksiyonu %35'in altında olan kalp yetersizliği hastalarında sol atriyum çapı ve sol ventrikül sistol sonu çapı arttıkça trombosit aktivasyonu oluşmaktadır. Sol atriyum çapı ve sistol sonu çapı artışına bağlı mortalite artışı artmış trombosit aktivasyonuna bağlı olabilir.



Şekil 1. Sağ oblik kaudal pozda RCA'nın sol ana koronerden çıkışı ve RCA'nın distalde %100 tıkalı olduğu görülmekte

Tablo.

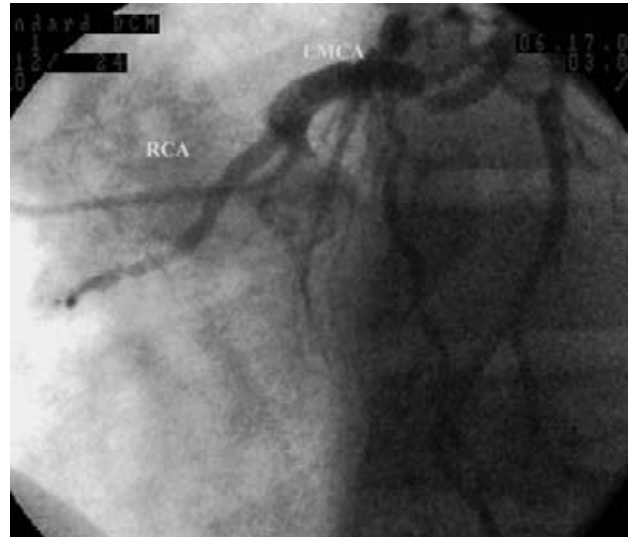
	Sol atriyum çapı 4 cm'den büyük olanlar n: 68	Sol atriyum çapı normal olanlar (<4 cm) n: 28	P değeri
Mean platelet volum (fl)	11,0 (±1,07)	10,4 (±1,04)	P: 0,013
Ürik asit mg/dl	6,89 (±2,1)	5,88 (±2,3)	P: 0,061
hsCRP mg/dl	20,6 (±22)	17,9 (±28)	P: 0,66

P013
CİDDİ KORONER ARTER HASTALIĞI VE KRONİK BÖBREK YETERSİZLİĞİ İLE PREZENTE OLAN TEK KORONER ANOMALİSİ

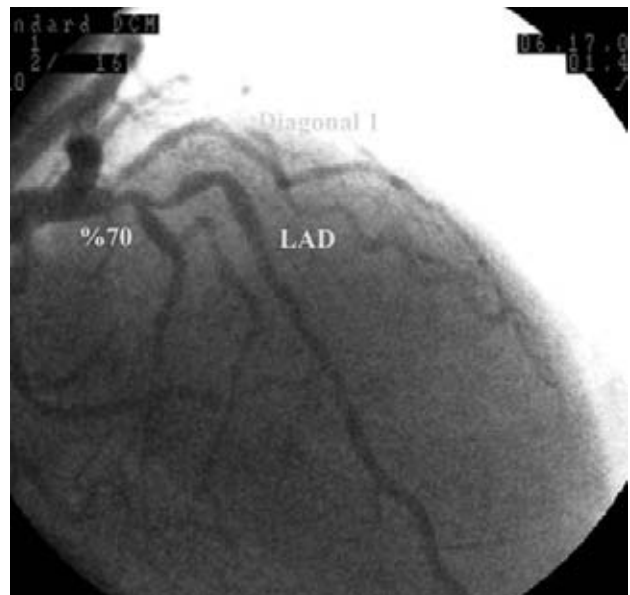
¹Serkan Ordu, ¹Ahmet Kaya, ¹Enver Sinan Albayrak, ²Adem Güngör, ³Ömer Yazgan, ¹Mehmet Yazıcı, ¹Hakan Özhan, ¹Ayşegül Alçelik

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Tek koroner arter anomalisi nadir olarak görülen bir konjenital anomalidir ve genel toplumda sıklığı %0,024- %0,066 arasındadır. Tek koroner anomalisinde sağ koroner arter sol ana koroner arter, sol ön inen arter veya sirkümfleks arterden kaynaklanabildiği gibi sol ana koroner arter sağ sinüs valsavadan çıkabilir. Bu vakalar kardiyak iske mi, kardiyomiopati ve kalp yetersizliği ile klinik oluşturabilir. Özellikle sol ana koroner arterin sağ sinüs valsavadan çıktığı durumda daha sık olmak üzere ani ölüm ile semptom verebilirler. Altmışbir yaşında hipertansiyon ve kronik böbrek yetersizliği tanısıyla 3-4 yıldır tedavi gören hastada son üç aydır gelişen eforla gelip dinlenmekle geçen, 5- 10 dakika süren baskı-yanma tarzında göğüs ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın EKG'si normaldi. Biyokimyasında kreatinin 6,5 mg/dl idi. Hastanın yapılan efor testinde iskemik EKG değişikliği olmamasına rağmen tipik göğüs ağrısı gelişti. Ekokardiyografisinde global hafif hipokinezi izlendi ve ejeksiyon fraksiyonu %50 olarak saptandı. Hastanın koroner anjiyografisinde sağ koroner arterin sol ana koroner arterden çıktığı ve distal bölümünün %100 tıkalı olduğu saptandı (Şekil 1-2). Hastanın aortografisinde sağ koroner arter izlenmedi. Hastanın sol ön inen arterinde (LAD) diagonal 1 seviyesinden başlayan %70 darlık, diagonal 1'in osteal bölgesinde %90 darlık izlendi (Şekil 3). Sirkümfleks (Cx) arterde obtüs marjinal 1 (OM 1) dalından itibaren %80 darlık izlendi. Hastanın 3 damar hastalığının olması ve darlıkların anjiyoplastiye uygun olmaması sebebiyle koroner arter bypass greft (CABG) operasyonu önerildi. Koroner arter anomalilerinin çoğunluğu asemptomatik olup, koroner anjiyografi sırasında tesadüfen tanı konulur. Koroner arterlerde herhangi bir darlık olmaksızın miyokardiyal iske mi oluşabilmektedir. Sağ veya sol sinüs valsava kaynaklı tek koroner arter anomalisi olan hastalarda oluşan angina, miyokard enfarktüsü veya ani ölümün patofizyolojisi net olarak bilinmemektedir. Olguda olduğu gibi sağ koroner arterin sol koroner ostiyumundan çıktığı durumlarda hastalar çoğunlukla asemptomatiktir. Buna rağmen bu hastaların %15 kadarında da koroner arter hastalığı olmamasına rağmen anomali olan damarların anatomik yapılarına, açılma durumlarına göre miyokardiyal iske mi oluşturabilirler. Olgumuzda sağ ana koroner sol ana koronerden çıkmaktadır. Bu tür konjenital anomalisi olan hastalarda prognoz altta yatan koroner arter hastalığının şiddeti ile ilişkilidir. Koroner arter hastalığı gelişen tek koroneri olan hastalarda koroner anjiyoplasti veya CABG gibi standart revaskülarizasyon teknikleri kullanılabilir. Sonuç olarak daha önce tek koroner arter anomalisi birkaç olguda bildirilmiş olup kronik böbrek yetersizliği ile birlikteliği rapor edilmemiştir.



Şekil 2. Sol oblik kaudal pozda RCA'nın ana koronerden çıkışı



Şekil 3. Sol anterior oblik pozda LAD diagonalde %90 darlık ve D1 sonrası %70 uzun segment darlığın görüntüsü



P014

KALP YETERSİZLİĞİ VE MEAN PLATELET VOLUME (ORTALAMA TROMBOSİT HACMI) İLİŞKİSİ

¹Serkan Ordu, ¹Recai Alemdar, ¹Mesut Aydın, ²Adem Güngör, ¹Hakan Özhan, ¹Enver Sinan Albayrak, ²Cemil Bilir, ³Uğur Korkmaz

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Düzce Atatürk Devlet Hastanesi İç Hastalıkları

AMAÇ: Kalp yetersizliğinde venöz tromboembolizm, inme ve ani ölüm riski artmış olup sebebi tam olarak belirlenemeyen ve artmış tromboembolik komplikasyonlara neden olduğu düşünülen trombosit anormallikleri tanımlanmıştır. Akut dekompanse kalp yetersizliğinde trombosit aktivasyonunun arttığı ve mean platelet volüm değerlerinin yükseldiği bildirilmiştir. Bu çalışmada kardiyoloji polikliniğinde takip edilen ejeksiyon fraksiyonu %35'in altında olan NYHA1-3 93 kalp yetersizliği hastası ile ejeksiyon fraksiyonu %50'in üzerinde olan 90 hastanın ortalama trombosit hacmi (mean platelet volüm (OTH)) değerleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Kalp yetersizliği ve kontrol grubunda yaş (p: 0,057) ve cinsiyet (p: 0,46) açısından iki grup arasında fark yoktu. Sonuçta ejeksiyon fraksiyonu düşük olan kalp yetersizliği grubunda ortalama trombosit hacmi (OTH) ejeksiyon fraksiyonu normal olan gruba göre daha yüksek saptandı (p<0,0001). Trombosit sayıları da kalp yetersizliği grubunda daha yüksekti (p<0,0001).

SONUÇ: Ejeksiyon fraksiyonu %35'in altında olan stabil kalp yetersizliği hastalarında artmış trombosit aktivasyonunu göstermede ortalama trombosit hacmi kullanılabilir. Sonuç olarak kalp yetersizliği hastalarında tromboembolik olaylardan korunma amacıyla antiplatelet ve antikoagülan tedavi verilmesi düşünülebilir.

Tablo.

	Kalp Yetersizliği grubu (n: 93)	Ejeksiyon fraksiyonu normal olan grup (n: 90)	P değeri
Yaş	64,9 (±9,7)	62,2 (±9,3)	P: 0,057
Trombosit sayısı	244,9 (±55,6)	208,9 (±64)	P<0,0001
Ortalama trombosit hacmi (fl)	10,97 (±1,1)	9,3 (±1,21)	P<0,0001

P015

PIOGLİTAZON TEDAVİSİNİN KARDİYAK FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİSİ

³Ömer Yazgan, ¹Serkan Ordu, ¹Enver Sinan Albayrak, ¹Recai Alemdar, ¹Mehmet Yazıcı, ¹Mesut Aydın, ⁴Uğur Korkmaz, ²Adem Güngör

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, ⁴Düzce Atatürk Devlet Hastanesi İç Hastalıkları

AMAÇ: Diyabet hem erkeklerde hemde bayanlarda kalp yetersizliği riskini arttıran bir hastalıktır ve American Societies of Cardiology'ye göre diyabet evre A kalp yetersizliği olarak tanımlanmıştır. Kalp yetersizliği gelişimine katkıda bulunan faktörler koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve diyabetik kardiyomyopati'dir. Bu nedenle diyabetik hastalarda sistolik ve diastolik disfonksiyonun önlenmesi veya geciktirilmesi prognoz açısından önemlidir. METOD: Bu çalışmada iç hastalıkları polikliniğine başvuran ortalama yaşı 48 (± 9,1) olan ve kan şekeri kontrolü düzensiz olup HbA1c'si 6,5 mg/dl/min üzerinde olan 37 (17 bayan, 20 erkek) hastaya 6 ay süreyle 30 mg pioglitazone tedavisi verildi ve tedavi öncesi ve sonrası ekokardiyografik parametreleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: 6 aylık tedavi sonrasında hastaların HbA1c ve açlık glukoz seviyelerinde düzelmeye izlendi. Hastaların bakılan ekokardiyografik bulgularında sol ventrikül sistol ve diastol sonu çapları ile ejeksiyon fraksiyonunda tedavi öncesi ile sonrası arasında farklılık gözlenmedi. Mitral kapagın E dalgasında tedavi sonrasında artış izlenirken, mitral A dalgası boyunca farklılık gözlenmedi. Mitral E/A oranında da anlamlı derecede bi artış saptandı. İsovolumetrik gevşeme zamanı (IVRT) ve deselerasyon zamanında (DecT) da tedavi ile anlamlı derecede düşme izlendi. (Tablo)

SONUÇ: Tip 2 diyabetli olan hastalarda pioglitazone tedavisi glukoz kontrolünü sağlamada etkin bir oral antidiyabetik ilaçtır. Pioglitazonun bu etkisinin yanında kalbin diastolik fonksiyonları üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Tablo.

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	P Değeri
HbA1c (mg/dl)	8,7 (±1,5)	6,68 (±1,3)	P<0,0001
Açlık Glukoz (mg/dl)	236,6 (±69,5)	170,5 (±55,5)	P<0,0001
Sol ventrikül sistol sonu çapı (cm)	3,24 (±0,29)	3,26 (±3)	P: 0,56
Sol ventrikül diastol sonu çapı (cm)	4,82 (±0,36)	4,87 (±0,36)	P: 0,41
Ejeksiyon fraksiyonu	60,7 (±4,1)	61 (±3,4)	P: 0,74
Mitral E dalgası (m/sn)	0,72 (±0,16)	0,81 (±0,16)	P: 0,008
Mitral A dalgası (m/sn)	0,81 (±0,19)	0,75 (±0,22)	P: 0,13
Deselerasyon zamanı (msn)	239 (±34,3)	197 (±30)	P<0,0001
İsovolumetrik gevşeme zamanı (msn)	126 (±23)	86 (±17)	P<0,0001
E/A	0,93 (±0,26)	1,14 (±0,29)	P: 0,003

P016

PIOGLİTAZON TEDAVİSİNİN LİPİD METABOLİZMASI ÜZERİNE ETKİSİ

²Adem Güngör, ¹Serkan Ordu, ¹Ahmet Kaya, ⁴Hatice Yüksel, ²Hakan Cinemre, ¹Hakan Özhan, ³Uğur Korkmaz, ³Aytekin Alçelik

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Düzce Atatürk Devlet Hastanesi İç Hastalıkları, ⁴Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı

AMAÇ: Diyabette oluşan dislipidemi düşük HDL-Kolesterol, yüksek trigliserid seviyeleri ve artmış küçük, yoğun LDL parçacıklarından oluşan LDL kolesterol ile karakterizedir. Diyabetik hastalarda artmış kardiyovasküler olayların altta yatan sebeplerinden birisi de lipid düzeylerinde oluşan aterosklerik değişikliklerdir. Glitazonlar monoterapi ve kombine tedavide kullanılabilen etkili hipoglisemik ajanlar olup ayrıca lipid metabolizması üzerine de etkileri bulunmaktadır. Bu çalışmada bir glitazon olan pioglitazonun lipid metabolizması üzerine etkisi değerlendirildi.

METOD: İç hastalıkları polikliniğine başvuran yeni tanı veya yetersiz tedavi alan HbA1c'si 6,5'in üzerinde ve ortalama yaşı 48 (± 9,1) olan 43 (n: 20 (kadın), n: 23 (erkek)) tip 2 diyabet hastasına 30 mg pioglitazone tedavisi verildi ve 6 ay süreyle takip edildi.

BULGULAR: 6 aylık pioglitazon tedavisi sonrasında açlık glukoz seviyeleri ve HbA1c seviyelerinde düşme saptandı. Lipid seviyeleri üzerine ise total kolesterol ve LDL kolesterol seviyelerinde düşme, HDL kolesterol seviyesinde de yükselme saptandı. Trigliserid seviyelerinde hafif bir düşme olmasına rağmen istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. Tedavi sonrasında hastalarda kilo artışı izlenmesine rağmen istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. (Tablo)

SONUÇ: Tip 2 diyabetli olan hastalarda tedaviye pioglitazone eklenmesi ile kan şekeri düzenlenmesine ek olarak lipid seviyelerinde olumlu değişiklikler sağlanmıştır. Sonuç olarak diyabetik hastalarda pioglitazone tedavisi ile glikoz kontrolü sağlanmasına ek olarak lipid seviyelerinde oluşan olumlu etkileri sayesinde kardiyovasküler risklerde önemli derecede azalma sağlanabilir.

Tablo.

	Tedavi Öncesi	Tedavi sonrası	P değeri
Kilo (kg)	80,8 (±14,1)	81,9 (±14,6)	P: 0,18
Açlık Glukoz (mg/dl)	236,6 (±66,1)	165,7 (±52,9)	P<0,0001
HbA1c	8,6 (±1,46)	6,68 (±1,28)	P<0,0001
Total Kolesterol (mg/dl)	189 (±40)	164 (±33,5)	P: 0,002
LDL-Kolesterol (mg/dl)	107,9 (±37,5)	83,7 (±27,6)	P: 0,001
HDL-Kolesterol (mg/dl)	43,8 (±10,6)	47,93 (±11)	P: 0,013
Trigliserid (mg/dl)	184,2 (±81)	166,0 (±93)	P: 0,17

P017

ATRİYAL FİBRİLYASYONLU 54 YAŞINDA ERKEK HASTADA DEV MİKSOMANIN EKSİZYONU SONRASI SİNÜS RİTMİNİN ELDE EDİLMESİ

Ahmet Kaya, Yakup Balaban, Serkan Ordu, Recai Alemdar, M. Hulusi Satılmışoğlu, Mehmet Yazıcı, Hakan Özhan

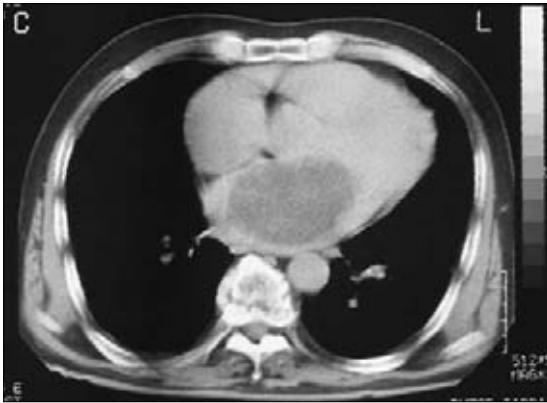
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

En sık görülen primer kardiyak tümör miksomadır. Miksomalar çoğunlukla sol atriyumda yerleşir ve nadiren dev boyutlara ulaşır. Miksomalar büyüdükçe daha fazla semptomatik olurlar, ileri boyutlarına rağmen sadece %4 hasta asemptomatik olarak kalabilmektedir. Klinik bulguları nonspesiftir. Vakaların birçoğunda atriyal fibrilasyon miksomaya eşlik etmektedir.

54 yaşında erkek hasta, 20 gün önce geçirdiği sol hemiplejinin etyolojisinin araştırılması amacıyla kliniğimize refere edilmiştir. Müraعاتında yorgunluk efora gelen nefes darlığı, çarpıntı şikayetleri mevcuttu. Daha önce önemli hiçbir hastalığı bulunmayan hasta, 2 yıl önce geçici serebral iskemik olay geçirmiş, ayakta tedavi görmüş ve etyoloji açısından araştırılmamış. Fizik muayenesinde apekte hafif diastolik rülman ve sağ akciğer bazalinde inspratur raller dışında herhangi bir patolojik bulgu elde edilmedi. Çekilen EKG si atriyal fibrilasyon ile uyumluydu. Ekokardiyografide sol atriyumu dolduran ventrikül doluşunu kısıtlayan ve hafif mitral yetersizlik yapan solid bir kitle tespit edildi. Sol atriyum genişlemiş olarak izlendi. Resim 1.Torakas CT'de sol atriyumu dolduran kitle net olarak izlendi (Resim 2). Operasyon öncesi yapılan koroner anjiyografisinde herhangi bir koroner patoloji tespit edilmedi. Kitle cerrahi tedavi ile eksizye edildi ve operasyon sonrası komplikasyon izlenmedi. Kitlenin makroskopik incelemede sarı kahverenkli ödemli miksoid görünümde nodüler bir kitle olduğu, kitlenin 7,7x5,8x5,2 cm. boyutlarında olduğu görüldü. Yer yer kalsifiye alanlar içeren 2 x 1,8 cm ölçülerinde tutunma alanı tespit edildi (Resim 3). Mikroskopik incelemede miksoma tanısı konuldu. Büyük miksomaların bilindiği gibi hemen hemen tamamı semptomatiktir. Büyük oluşları ve lokalizasyonları semptomların karakterleriyle ilişkili görünmektedir. Sistemik emboli %30-40 vaka da görülmektedir. Vakamızda oluşan serobrovasküler olayların atriyal fibrilasyon ve kitleye bağlı olarak geliştiğini düşünmekteyiz. Miksomalar genellikle sol atriyumda bulunur ve ventrikül doluşunu kısıtlayarak kalp yetmezliği semptomlarını oluşturabilirler. Sonuç olarak geniş boyutlara ulaşan miksomalarda ventrikül doluşunun kısıtlanması ile atriyal basınç artışı, atriyal gerilme ve atriyumun kasılmasına mekanik direnç ile atriyal fibrilasyonun olduğu bu etkenlerin ortadan kalkmasıyla operasyon öncesi atriyal fibrilasyon olan vakaların ritmlerinin sinüs ritmine dönmesi mümkün olabilmektedir. Kitlenin tutunma yerinin ileti yollarına uzaklığı, kalbin ileti yollarının operasyondan zarar görmemesine ve sinüs ritminin sağlanmasına katkıda bulunabilir. Vakamızda operasyon sonrası normal sinüs ritmine dönmesi ve kalp yetersizliği semptomları düzelmiştir.



Resim 1. Miksomanın ekokardiyografik görüntüsü: Apikal dört boşluktan alınan kayıt örneği görülmektedir.



Resim 2. Miksomanın CT görüntüsü: Operasyon öncesi tomografik görüntü. Sol atriyumun hemen tamamının miksoma tarafından işgal edildiği görülmektedir.



Resim 3. Miksomanın makroskopik görüntüsü: Operasyon sonrası kitle görülmektedir. Kitlenin resimde görülen orta kısmı tutunma yeridir.

P018

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA CARBOHYDRATE ANTİGEN 125 (CA125) İLE HASTALIĞIN ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

¹Serkan Ordu, ¹Mesut Aydın, ¹Recai Alemdar, ¹Enver Sinan Albayrak, ²Adem Güngör, ¹Hakan Özhan, ³Aytekin Alçelik

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, ³Düzce Atatürk Devlet Hastanesi İç Hastalıkları

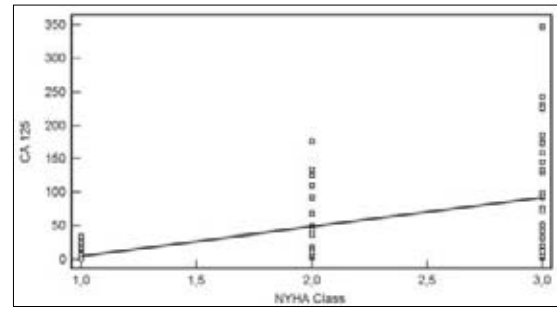
AMAÇ: Tümör Markerları normalde kanserli hastaların takibi için kullanılır. Carbohydrate antigen 125 (CA125) 'in seviyelerinin artması over kanserinin bir belirteçidir ve diğer maligniteler ile kanser dışı bazı hastalıklarda da yükseldiği bildirilmiştir. Biz bu çalışmada NYHA 1-3 kronik kalp yetersizliği tanısı ile takip edilen, Ejeksiyon fraksiyonu %40'ın altında olan 98 hastada, CA125 seviyeleri ile hastalığın şiddeti, eko parametreleri ile korelasyonu ve sağ kalp boşlukları ile ilişkisini araştırdık.

BULGULAR: Sonuçta, kalp yetersizliği olan hastalarda NYHA sınıfının artması ile CA125 seviyeleri arasında korelasyon saptandı ($p < 0,0001$, $r: 0,53$) (Şekil 1). Ekokardiyografik parametrelerden sol ventrikül sistol sonu çapı (LVSD) ile ilişkili bulunurken ($p: 0,04$), sol ventrikül diyastol sonu çapı (LVDD) ile ilişkili saptanmadı ($P: 0,77$). Pulmoner arter basıncı (PAB) ile CA125 arasında korelasyon izlendi ($p: < 0,0001$, $r: 0,41$) (Şekil 2). Ayrıca CA125 seviyeleri sağ ventrikül boyutları artmış olan hastalarda, sağ kalp boyutları normal olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır ($p: < 0,0001$). Pulmoner arter basıncında sağ ventrikül dilatasyonu olan hastalarda daha yüksek saptanmıştır ($p < 0,00001$). Hastalarda sağ kalp boşluklarının dilatasyonu ve efor kapasitesi ile hsCRP arasında ilişki izlenmemiştir ($p: 0,232$).

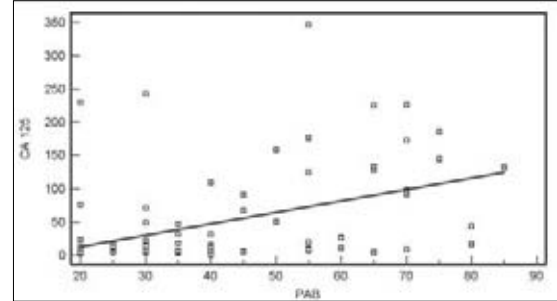
SONUÇ: Sonuç olarak CA125 seviyeleri kalp yetersizliği olan hastalarda efor kapasitesini ve hastalığın ciddiyetini göstermektedir. Özellikle sağ ventrikül boyutlarının artması ile ilişkili bulunması artmış sıvı retansiyonuna, medikal tedavinin yetersiz olması, semptomların ve NYHA sınıfının kötüleşmesi ile ilişkili olabilir. Bu nedenle kalp yetersizliği hastalarında medikal tedavinin etkinliğini ve hastalığın şiddetini saptamak için CA125 seviyelerinin bakılması yardımcı olabilir.

Tablo.

	Sağ ventrikül boyutları artmış	Sağ ventrikül boyutları normal	P değeri
Ca125 seviyesi	110,6 (±91,9)	28,(±45)	$P < 0,0001$
PAP basıncı	60,9 (±13,3)	35,8 (±14,4)	$P < 0,0001$
hsCRP	15,9 (±10,9)	21,3 (±26,9)	$P: 0,232$



Şekil 1. Kalp yetersizliği hastalarında NYHA sınıfı ile CA125 seviyeleri arasındaki ilişki



Şekil 2. Kalp yetersizliği hastalarında noninvaziv olarak ölçülen pulmoner arter basıncı ile CA125 seviyeleri arasındaki ilişki

P019

DEV HAREKETLİ VEJETASYON İLE PREZENTE OLAN VE ÖLÜMCÜL SEYREDEN İNFEKTİF ENDOKARDİT OLGUSU

¹Recai Alemdar, ¹Mesut Aydın, ¹Ayşegül Alçelik, ¹Osman Kayapınar, ¹Serkan Bulur, ¹Serkan Ordu, ²Cemil Bilir

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Kronik kalp yetersizliği ve mitral kapak hastalığı tanılılarıyla takip edilmekte olan 75 yaşında erkek hasta halsizlik, nefes darlığı, göğüs ağrısı ve ateş yüksekliği şikâyetleri ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde mitral odakta 4/6 pansistolik ve aort odağında 2/6 geç diyastolik üfürüm tespit edildi. Gönderilen kan kültüründe metisilin'e dirençli stafilokokcus aureus üredi. Hastadan infektif endokardit şüphesi ile ekokardiyografi istendi. Hastanın ekokardiyografisinde EF: %35, tüm kalp boyutlarında artış, ileri mitral yetersizliği, ileri triküspit yetersizliği ve aort kapağının sol koroner kapakçığı üzerinde 1.5x1.25 cm boyutlarında, sistolde aorta ve diyastolde sol ventriküle prolabe olan hareketli vejetasyon izlendi. (Şekil 1) Hastaya subakut infektif endokardit tanısı konuldu. Hastada saptanan vejetasyonun hareketli olması, boyutunun > 10 mm olması ve yüksek emboli riski taşıması nedeniyle acil cerrahi tedavi kararı verildi ve hasta kalp damar cerrahisi bölümüne yönlendirildi. Takip ve operasyona hazırlık döneminde muhtemelen vejetasyonun serebral embolisi sonucu ani ölümlü hasta kaybedildi.

İnfektif endokardit, toplumda 1,9-6,2/100 bin oranında görülmektedir. Tüm endokarditlerin %80'ine streptokok ve stafilokok grubu mikroorganizmalar neden olur. İnfektif kapak endokarditi hastada ciddi kalp ve kalp dışı komplikasyonlara yol açabilmektedir. Embolik olaylar infektif endokarditli olgularda en sık görülen kalp dışı komplikasyondur. Sistemik emboli riski vejetasyonun büyüklüğüne bağlı olarak artış gösterebilmektedir. Vejetasyonu 10 mm'den büyük olan hastalarda ölümlü, perivalvüler apse, konjestif



kalp yetersizliği, emboli, cerrahi tedavi gerekliliği daha fazladır. Vejetasyon çapı dışında, vejetasyonun mobilitesi, yapısı ve hızlı büyümesi emboli için önemli risk faktörleridir. Cerrahi endikasyonlar dikkatli klinik değerlendirme, mikrobiyolojik test sonuçları ve tekrarlanan ekokardiyografik incelemelere dayanmalıdır. Ekokardiyografi, tanının konulmasından başka komplikasyonların ve hemodinamik durumun değerlendirilmesinde, tedavi yönteminin seçimi ve tedavinin takibinde, komplikasyon riski yüksek olan hasta grubunun belirlenmesinde ameliyat kararının alınması ve zamanlamasının doğru yapılmasında da önemli rol oynar. Ekokardiyografik bulguların yardımıyla hastaların tedavi yöntemi seçilebilir ve ayırt edilebilir. Ekokardiyografik bulgular klinik verilerle birleştirilerek erken cerrahi tedavi gerekliliği saptanan hastalarda girişimin geciktirilmemesi hastalığın mortalitesini azaltabilir. Burada sunulan olgu hareketli ve büyük bir vejetasyonun ne denli ölümcül seyredebileceğine dair iyi bir örnektir.



Şekil 1. Aort kapağında bulunan vejetasyon görüntüsü

P020

KORONER YAVAŞ AKIMI OLAN HASTALARDA NEBİVOLOL TEDAVİSİNİN KARDİYAK FONKSİYONLAR ÜZERİNE ETKİSİ

¹Serkan Ordu, ³Ömer Yazgan, ¹Recai Alemdar, ¹Mesut Aydın, ¹Enver Sinan Albayrak, ²Adem Güngör, ¹Hakan Özhan

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, ³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

AMAÇ: Koroner yavaş akımın mekanizması tam olarak aydınlatılmamıştır. Koroner yavaş akım sonucu kalbin sistolik ve diastolik fonksiyonları etkilenmektedir. Nebivolol 3. Kuşak bir beta bloker olup nitrik oksit salınımını artırarak endotel fonksiyonlarını düzenleyen bir ilaçtır. Bu çalışmada koroner anjiyografisinde koroner yavaş akım saptanan hastalarda Nebivolol tedavisinin etkinliği araştırıldı.

METOD: Ortalama yaşı 54 (±10,4) olan 36 (16 kadın, 20 erkek) hastalara tedavi olarak 3 ay süreyle 5 mg nebivolol verildi ve tedavi öncesi ve sonrası ekokardiyografi ile ölçülmüş kardiyak fonksiyonlar değerlendirildi.

BULGULAR: Koroner yavaş akım hastalarında verilen 3 aylık nebivolol tedavisi sonrası ekokardiyografilerinde sol ventrikül sistol ve diastol sonu çaplarında ve ejeksiyon fraksiyonlarında fark gözlenmedi. Sol atriyum çapında ve aort çapında kan basıncı seviyelerinde düşmeye bağlı olarak azalma saptandı. Hastaların mitral kapaktan bakılan diastolik fonksiyon parametrelerinden E dalgası boyunda artış olurken A dalgasında değişiklik saptanmadı. Deselerasyon zamanında ve isovolumetrik gevşeme zamanında anlamlı derecede düşme izlendi. Tedavi ile E/A oranlarında da istatistiksel anlamlılığa ulaşırken mitral anuluslan doku Dopplerle bakılan E dalgası boyunda artış izlendi. E/E' oranında ise düzelleme saptanmasına rağmen istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı.

SONUÇ: Koroner yavaş akım saptanan hastalarda nebivolol tedavisi diastolik fonksiyonda düzelmeye sebep olmaktadır.

Tablo.

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	P değeri
Sistolik kan basıncı (mmHg)	135,8 (±16,4)	127,9 (±11,1)	P: 0,001
Diastolik kan basıncı mmHg	81,2 (±10,5)	75,4 (±8,5)	P: 0,003
Sol Atriyum (cm)	3,76 (±0,34)	3,57 (±0,37)	P: 0,001
Aort (cm)	3,18 (±0,3)	3,07 (±0,36)	P: 0,024
Sol ventrikül diastol sonu çap (cm)	4,97 (±0,4)	4,93 (±0,51)	P: 0,52
Sol ventrikül sistol sonu çap (cm)	3,33 (±0,32)	3,32 (±0,4)	P: 0,77
Ejeksiyon fraksiyonu	60,9 (±4,3)	60,2 (±3,9)	P: 0,46
Mitral E dalgası (m/sn)	0,61 (±0,15)	0,71 (±0,17)	P: 0,001
Mitral A dalgası (m/sn)	0,74 (±0,15)	0,72 (±0,12)	P: 0,28
Deselerasyon zamanı (sn)	255,2 (±39)	218 (±42,6)	P<0,0001
E/A	0,82 (±0,23)	1,0 (±0,31)	P<0,0001
Septum E" (cm/sn)	6,4 (±1,9)	8,5 (±2,0)	P<0,0001
E/E"	9,67 (±3,3)	8,4 (±2,47)	P: 0,095
Mitral A süresi (sn)	116,7 (±24,7)	111,6 (±19,4)	P: 0,26

P021

NEBİVOLOL TEDAVİSİNİN KORONER YAVAŞ AKIMDA METABOLİK ETKİLERİ

¹Enver Sinan Albayrak, ¹Serkan Ordu, ¹Mesut Aydın, ¹Recai Alemdar, ³Hayriye Akyıldırım, ²Elif Önder, ¹Ahmet Kaya, ⁴Aytekim Alçelik

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı, ⁴Düzce Atatürk Devlet Hastanesi İç Hastalıkları

AMAÇ: Koroner yavaş akım sonucu kalbin sistolik ve diastolik fonksiyonları etkilenmektedir. Nebivolol 3. Kuşak bir beta bloker olup nitrik oksit salınımını artırarak endotel fonksiyonlarını düzenleyen bir ilaçtır. Bu çalışmada koroner anjiyografisinde koroner yavaş akım saptanan hastalarda Nebivolol tedavisinin etkinliği araştırıldı.

METOD: Bu çalışmada koroner anjiyografide koroner yavaş akım saptanan yaş ortalaması 54,9 (±10,4) olan 36 hastaya (kadın, n: 16, erkek, n: 20) 3 ay süreyle nebivolol tedavisi endotel fonksiyonunun düzeltilmesi amaçlandı ve tedavi öncesi ile sonrası metabolik etkileri ve kardiyak fonksiyonları karşılaştırıldı.

BULGULAR: Üç aylık tedavi sonrası hastaların sistolik ve diastolik tansiyonlarında düşme izlendi. Hastaların metabolik parametrelerinde açlık kan şekeri herhangi bir değişiklik izlenmedi. Total kolesterol, LDL kolesterol, HDL kolesterol ve TG seviyelerinde hafif bir düşme olmasına rağmen anlamlılık seviyesine ulaşmadı. Sıratlı tüple bakılan tam kan sayımında hemoglobin düzeylerinde ve trombosit aktivasyonunun bir göstergesi olan mean platelet volum (MPV) değerlerinde değişiklik izlenmedi. Sedimentasyon değerlerinde de tedavi ile değişim saptanmadı.

SONUÇ: Nebivolol tedavisi yeni kuşak bir beta bloker olup klasik beta blokerlerin yapmış olduğu olumsuz metabolik etkilere neden olmamaktadır. Kan basıncı değerlerinde de etkin bir düşüş saptanmıştır. Trombosit aktivasyonunu önleme açısından daha uzun süreli tedavi ve takip sonrası değerlendirilmesi gerekmektedir. Antihipertansif tedavi olarak da diğer betablokere göre öncelikli seçim tercihi olabilir.

Tablo.

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	P değeri
Sistolik kan basıncı (mmHg)	135,8 (±16,4)	127,9 (±11,1)	P: 0,001
Diastolik kan basıncı (mmHg)	81,2 (±10,5)	75,4 (±8,5)	P: 0,003
Total kolesterol mg/dl	167,8 (±33)	160,2 (±38,2)	P: 0,32
LDL-kolesterol mg/dl	86,6 (±32,4)	80,8 (±28,2)	P: 0,404
HDL-kolesterol (mg/dl)	46,8 (±20,1)	43,7 (9,4)	P: 0,33
Trigliserid (mg/dl)	187,7 (±87,1)	183,8 (±113)	P: 0,81
Açlık glukoz (mg/dl)	106,1 (±29,5)	108,8 (±20,9)	P: 0,47
Hemoglobin (g/dl)	12,9 (±1,5)	12,6 (±1,65)	P: 0,079
Sedimentasyon (mm)	30,8 (±37,2)	30,3 (±43,7)	P: 0,97
Mean platelet volum (fl)	9,68 (±0,79)	9,64 (±0,86)	P: 0,71

P022

ATRİAL FİBRİLASYON VE TİROİD FONKSİYONLARI

Esmâ Altunoğlu, Kezban Nur Pilancı

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Atrial fibrilasyon sık görülen bir aritmidir ve önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Yaşla birlikte görülme oranı artmaktadır. 70 yaşın üzerinde bu oran %9' a kadar çıkmaktadır. Birçok yakınlaştırmacı faktör ortaya çıkarılmıştır; bunlar arasında hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, inflamasyon, genetik faktörler, yaş, hipertiroidi gibi hormonal faktörler bulunmaktadır. Atrial fibrilasyon vakalarının %5'inde sadece (lone) atrial fibrilasyon görülürken büyük kısmı diğer faktörlerle birlikte gelir. Biz de atrial fibrilasyonla takip edilen hastalarda tiroid fonksiyonlarını araştırmayı amaçladık.

MATERYAL- METOD: İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. Dahiliye Kliniğinde 1 Ocak-31 Aralık 2007 tarihlerinde yatarak takip edilen atrial fibrilasyon tespit edilmiş hastaların verileri retrospektif olarak irdelendi. Hastaların yatış nedenleri, birlikte bulunan hastalıkları, ekokardiyografileri, TSH ve FT4 değerleri incelendi.

BULGULAR: 31 kadın, 74 erkek olmak üzere toplam 105 atrial fibrilasyonlu hasta değerlendirilmeye alındı. Yaşları 69,14±18,34 idi. 24 hastada kardiyovasküler hastalık, 17 hastada kalp yetmezliği, 28 hastada hipertansiyon, 7 hastada kalp kapak hastalığı (5 mitral, 1 aort, 1 mitral-aort), 5 hastada dijital entoksikasyonu, 1 hastada bal entoksikasyonu vardı. 12 hastada atrial fibrilasyonun yeni başladığı tespit edildi.

55 hastanın diyabeti vardı. TSH (µIU/ml): 2,01±1,57, FT4 (ng/dl): 1,24±1,05 bulundu. 18 hastada TSH<0,2 idi (%17). 17 hastada FT4>1,7 idi (%16). TSH >4 olan 5 hasta mevcuttu (%4,7). FT4 <0,2 olan hasta yoktu.

SONUÇ: Atrial fibrilasyonun gelişmesine ve kronikleşmesine katkıda bulunan pek çok faktör vardır. Yaş, kardiyovasküler hastalıklar, genetik, inflamasyon, nöro hormonal, otonomik etkiler başlıca risk faktörlerini oluşturmaktadır. Biz de literatürle uyumlu olarak atrial fibrilasyonlu hastalarda kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon ve diyabeti sıklıkla bir arada gördük. %16 hastada aşikar hipertiroidi, bir hastada subklinik hipertiroidi, %4,7 hastada subklinik hipotiroidi tespit ettik. %11,4 hastada lone atrial fibrilasyon vardı. Vakaların büyük çoğunluğunda komorbidite mevcuttu. Atrial fibrilasyonlu hastalar birlikte olabilecek hastalıklar açısından sıkı bir şekilde incelenmelidir. Zira tedavi yalnız aritmiye değil, eşlik eden hastalıklara da yönelik olmalıdır.

P023**AKUT MİYOKART İNFARKTÜSÜ İLE GELEN VE STREPTOKİNAZ İLE TEDAVİ EDİLEN HASTADA DİLDE SPONTAN HEMATOM GELİŞMESİ**

¹Ahmet Kaya, ¹Serkan Ordu, ¹Enver Sinan Albayrak, ²Elif Önder, ¹Mesut Aydın, ¹Mehmet Yazıcı, ¹Hakan Özhan

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı

GİRİŞ: Akut miyokart infarktüsü hastaların medikal reperfüzyon tedavisinde trombolitik ajan olarak streptokinaz sıklıkla kullanılmaktadır. Trombolitik tedavi sonrası major kanama sıklığı %5-7 olarak bildirilmektedir. Trombolitik tedavi komplikasyonu olarak ağız içi ve dilde hematoma birkaç vakada bildirilmiştir.

VAKA: 54 yaşında erkek hasta hastanemiz acil servisine göğüs ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Hastanın çekilen elektrokardiogramında V1-6 ST yükselmesi saptandı. Acil serviste ventriküler fibrilasyona giren hasta hemen defibrile edildi ve sinüs ritmi sağlandı. Hastada solunum arresti gelişmedi ve entübasyon ihtiyacı olmadı. Hastaya 300 mg asetilsalisilik asit çiğnetildi, intravenöz unfraksiyone heparin yapıldı (5000 I. U. i. v. bolus) ve koroner yoğun bakıma yatırıldı. Hastaya 45 dakikada streptokinaz infüzyonu yapıldı (1,500,000 I. U.) Trombolitik tedavi sonrası beşinci saatte hastada herhangi bir solunum sıkıntısı olmadan konuşmasında bozulma şikâyeti gelişti. Fizik muayenesinde dilinde anlamlı derecede şişlik ve renk değişikliğine neden olan hematoma saptandı (şekil). Hastanın dilinde hematoma neden olabilecek travmatik girişim (entübasyon, airway kullanımı vb.) yapılmamıştı, oral kavite yumuşak dokularında herhangi bir laserasyon mevcut değildi.

TARTIŞMA: Spontan dil hematomu streptokinaz tedavisi sonrası çok nadir görülür. Literatürde iki vaka dışında diğer vakalarda travma öyküsü (entübasyon, airway kullanımı) mevcutken bizim vakamızda hematoma neden olabilecek herhangi bir travma yoktu. Oral kavite hematomlarında en önemli sorun akut hava yolu tıkanıklığı gelişebilmesi ve acil entübasyon ihtiyacının doğabilmesidir. Trombolitik tedavi verilen hastalarda solunum sıkıntısı, stridor, konuşma bozukluğu geliştiğinde oral kavite hematomları yönünden dikkatli olunmalı, fizik muayenesi hızlı ve tam olarak yapılmalıdır.



Şekil 1. Dildeki hematoma görünümü

P024**İZOLE CİDDİ VALVÜLER PULMONER DARLIĞA SEKONDER GELİŞEN ERİTROSİTOZ: OLGU SUNUMU**

¹Adem Güngör, ¹Hakan Cinemre, ¹Gökhan Dindar, ²Serkan Ordu, ²Mehmet Yazıcı, ¹Elif Önder, ¹Mustafa Çalışkan

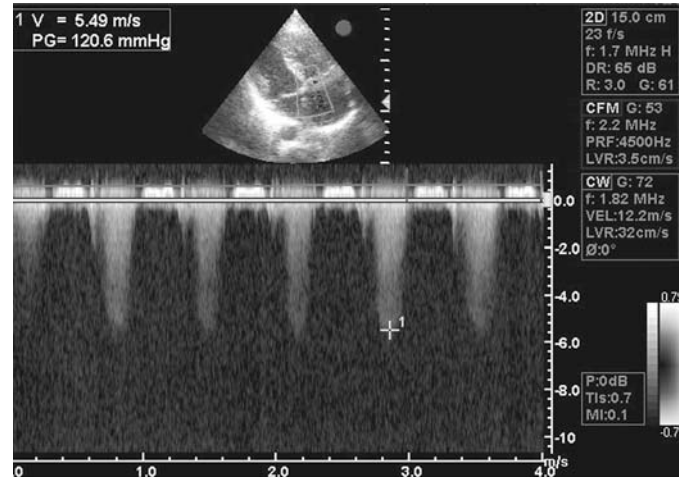
¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: İzole pulmoner stenoz (VSD ile birlikte bulunmayan), konjenital kalp hastalıkları arasında %7-10 arasında görülmektedir. Klinik bulgu ve semptomlar darlık derecesinin hafif, orta veya şiddetli olmasına göre değişiklik göstermektedir. Biz burada ciddi pulmoner darlık sonucu gelişen sekonder eritrositoz vakasını sunduk.

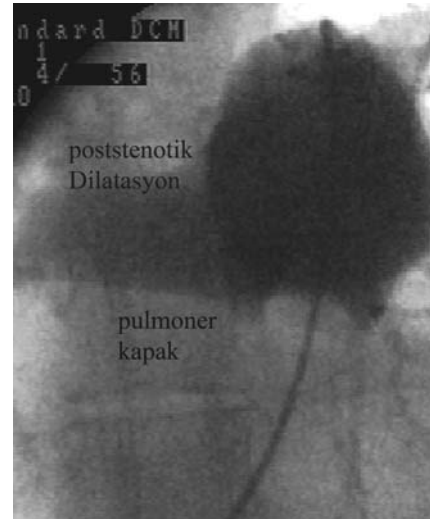
OLGU: 26 yaşında bayan hasta polikliniğimize yüzünde kızarıklık nedeniyle başvurdu. Etyolojije yönelik alınan anamnezde efor sonrası, dudak ve el parmak uçlarında morarma olduğu öğrenildi. Fizik muayenede, kardiyak oskültasyonda mezokardiyak ve pulmoner odakta 3/6 sistolik ejeksiyon üfürümü, ekstremitelerde muayenesinde ise çomak parmak tespit edildi. Birinci derece akrabalarında konjenital kalp hastalığı hikâyesi yoktu. Tetkiklerinde Hb: 20.6 gr/dl, Htc: %60.4, plt: 179000, WBC: 8060/mm³, MCV: 88.6 fl, Sedimentasyon: 1mm/1saat idi. İki kez tekrarlanan arter kan gazında PO₂: 47 ve 49mmHg, SO₂: %80 olarak ölçüldü. Solunum Fonksiyon Testleri, abdominal ultrasonografi ve PAAC grafisi normal idi. EKG de sağ ventrikül dilatasyonuna ait bulguları mevcuttu. Transtoraksik Ekokardiyografisinde ejeksiyon fraksiyonu (EF) %50, pulmoner kapaklarda hafif kalınlama ve hareket kısıtlılığı, sağ ventrikül dilatasyonu vardı. Noninvaziv ölçülen pulmoner arter basıncı 120mmHg idi (şekil1). Pulmoner darlık ve PDA ön tanılarıyla hastaya katater anjiyografi yapıldı. Katater anjiyografisinde; sağ ventrikül basıncı 110mmHg, sağ atrium basıncı 9mmHg, pulmoner arter basınçları 10mmHg ölçüldü. Sağ ventrikülografide pulmoner valvüde kubbeleşme ve poststenotik dilatasyon izlendi (şekil 2). Arkus aorta seviyesinde yapılan aortagrafisinde PDA akımı izlenmedi. Sağ – sol shunt bulgusu izlenmedi. Hastanın sağ kalp kateterizasyonu ile ölçülen basınç değerleri sonucu, pulmoner kapak darlığı olarak düşünüldü. Hastaya cerrahi tedavi önerildi.

TARTIŞMA: Ciddi pulmoner darlıklarda düşük kalp debisine bağlı periferik siyanoz, gelişen sağ- sol shunt'a (patent foramen ovale veya interatrial septal defekt) bağlı olarak da santral siyanoz görülebilmektedir. Eritrositoz ise genellikle sağ-sol shunt ve santral siyanoz bulunan hastalarda gözlenmektedir. Bizim vakamızda ise sağ-sol shunt ve santral siyanoz olmasına rağmen ciddi eritrositoz mevcuttu.

Sonuç olarak sadece pleatore şikâyeti ile başvuran ve sekonder eritrositozu tespit edilen hastalarda konjenital pulmoner darlık her zaman akılda tutulmalıdır.



Şekil 1. Ekokardiyografide pulmoner arter basıncı ölçümü



Şekil 2. Pulmoner kapak darlığı ve poststenotik dilatasyonun anjiyografik görüntüsü

P025**PSÖRİASİSLİ HASTALARDA BOZULMUŞ AORTİK ELASTİSİTE PARAMETRELERİ**

¹Asuman Biçer Yeşilay, ²Zeliha Ulukaradağ, ²Bengü Çevirgen Cemil, ¹Harun Kılıç, ¹Mehmet Dogan, ¹Betül Banu Karasu, ³Kazım Başer, ¹Göksel Çağırıcı, ¹Sadık Açıkel, ²Havva Kaya Akış, ¹Münevver Sarı, ¹Mustafa MÜcahit Balci, ¹Ramazan Akdemir

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt EA Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, ²Dışkapı Yıldırım Beyazıt EA Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, ³Türkiye Yüksek İhtisas EA Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

AMAÇ: Psöriazis vulgaris (PV) dünya genelinde insanların %1-3'ünü etkileyen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. PV'li hastalarda kardiyovasküler tutulum dahil birçok sistemik etki tanımlanmıştır. Bununla beraber psöriazis hastalarında, ekokardiyografik olarak ölçülen aortik (Ao) elastisite parametrelerine ait bilgi henüz mevcut değildir. Aortanın elastik özellikleri, sol ventrikül (SV) fonksiyonlarının ve koroner kan akımının önemli bir göstergesidir. Bozulmuş aortik distansibilitate (AD), farklı popülasyonlarda artmış kardiyovasküler mortaliteyle ilişkilidir. Bir çok çalışmada, kardiyovasküler komplikasyonların ve aterosklerozun ve dolayısıyla inme ve miyokardiyal infarktüsün en önemli nedeninin arteriyel sertlik olduğu gösterilmiştir. Biz bu çalışmada, PV hastalarında aortik elastisite parametrelerini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Bu çalışmada; kalp hastalığı öyküsü vermeyen 20 psöriazisli hasta (grup I) ve 20 kontrol bireyinden (grup II) oluşturuldu. Hastalığın ciddiyeti "Psoriasis Area and Severity Index (PASI)" (psöriatik alan ve ciddiyet indeksi) kullanılarak değerlendirildi. Tüm bireylerde Ao çapları, parasternal uzun aks görüntülerde Ao kapak seviyesinden 3 cm yukarıda M-mod kullanılarak ölçüldü. Sistolik çap, aortanın maksimum öne hareket ettiği yerden, diyastolik çap ise aynı anda elektrokardiyografik olarak monitorize edilerek QRS'ın pik yaptığı seviyeden ölçüldü. Aortik elastisite parametreleri olan aortik strain (AS), AD ve aortik sertlik indeksi (ASI), ekokardiyografik olarak asendan Ao seviyesinden ölçülen değerler kullanılarak hesaplandı. Nabız basıncı sfigomanometre ile ölçüldü.

BULGULAR: Demografik ve klinik özellikler açısından iki grup arasında fark izlenmedi. Grup I'de grup II'e göre AS ve AD anlamlı şekilde düşük iken, grup I'de ASI anlamlı bir şekilde daha yüksek bulundu (12,5±5,5 ve 17,5±3,3, p=0,001; 0,65±0,45 ve 0,97±0,30, p=0,024; 4,6±3,8 ve 2,5±0,7, p=0,04, sırasıyla).

la). ASI ile Pasi ve psöriasis süresi arasında pozitif korelasyon varken ($p=0,005$; $p=0,014$, sırasıyla), AS ile hastaların bu özellikleri arasında negatif korelasyon saptandı ($p=0,007$; $p=0,002$, sırasıyla).

SONUÇ: PV hastalarında aortik elastisite parametrelerinde bozulma meydana gelmektedir. Bu hastalarda aortanın bozulmuş fonksiyonları, bozulmuş SV fonksiyonlarının bir göstergesi olabilir.

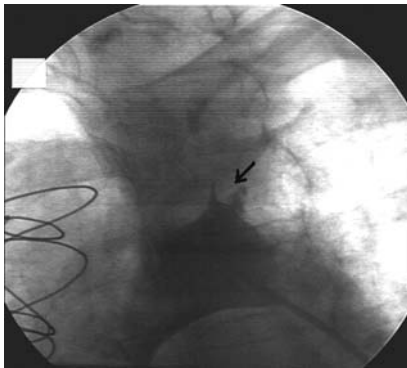
P026

KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİNE SEKONDER SOL SUBKLAVİYAN ARTER AKUT TROMBOZU VE AKUT KORONER SENDROM

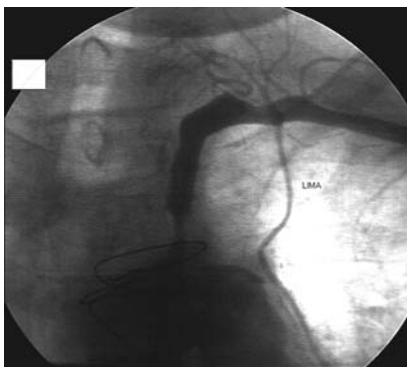
Asuman Biçer Yeşilay, Ramazan Akdemir, Harun Kılıç, Mustafa Mücahit Balcı, Özlem Karakurt, Mehmet Doğan, Göksel Çağırıcı, Sadık Açık, Emel Kara, Neslihan Ebru Eryaşar

Ankara SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğt. ve Araş. Hast Kardiyoloji Kliniği

Karbonmonoksit (CO) hemoglobindeki oksijenin yerine geçerek doku hipoksisi oluşturan renksiz, kokusuz ve iritasyon olmayan bir gazdır. Türkiye'de her yıl özellikle kış aylarında CO zehirlenmesine bağlı ölümler sıkça gözlenmektedir. Özellikle etkilenen organlar kalp, böbrek ve beyindir. Ölüm genellikle santral sinir sistemi hasarı veya ventriküler aritmilere bağlı olmaktadır. Kalpte hipoksiye sekonder olarak çeşitli aritmiler, kalp krizi hatta ölüm gelişebilir. Baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı-kusma, bilinç kaybı, nörolojik hasar ve benzeri semptom ve bulgularla acil servise gelen hastalarda bu kliniğe sebep olabilecek diğer acil patolojilerin ayırıcı tanısının yapılması gerekir. Hastanemiz acil servisine 78 yaşında bayan hasta bulantı-kusma, senkop ve atipik göğüs ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Anamnezinde hastanın doğal gaz sistemindeki kaçağa maruz kaldığı tespit edildi. Tip 2 diyabet, hipertansiyon ve 7 yıl önce yapılmış üçlü koroner bypass greft operasyonu öyküsü mevcuttu. Acil, nöroloji, kardiyoloji konsültasyonları sonrasında, klinik ve laboratuvar bulguları sonuçlarıyla hasta karbon monoksit zehirlenmesi ve akut koroner sendrom (AKS) tanısıyla koroner yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Arteriyel kan gazı analizinde metabolik asidoz saptandı. Karboksihemoglobin düzeyi %25, troponin değeri 18 mikrogram/litre, diğer kardiyak enzimleri de yükselmiş olan hastanın EKG'sinde V1-V6, D1-aVL derivasyonlarında T negatiflikleri mevcuttu. Hastaya nazal kanülle 10 litre/dk oksijen tedavisiyle birlikte akut koroner sendroma yönelik medikal tedavi başlandı. Hemodinamisi stabil olan hastanın göğüs ağrısının geçmemesi üzerine yapılan koroner anjiyografide sol ön inen arter (LAD), sirkümfleks (Cx) ve sağ koroner arter (RCA), proksimalden %100 tıkalı saptandı. Ao-CX safen bypass açık, Ao-RCA safen bypass tıkalı olarak gözlendi. Sol internal mamarian arterin (LIMA) görüntülenmesi için sol subklavyan artere dönülmeye çalışıldı. Ancak başarılı olunamaması üzerine çekilen arkus aortografide sol subklavyan arterin çıkıştan tıkalı olduğu izlendi (resim1). Kılavuz tel ile tıkanıklık geçildi, önce balon anjiyoplasti (PTA), ardından stent uygulandı. Sonrasında LIMA akımının sağlandığı görüldü (resim2). Ancak işlem esnasında kardiyopulmoner arrest gelişen ve resüsite edilen hastanın hemodinamisinde işlem sonrasında tam düzelmeye izlenmedi. Pozitif inotropik tedavi ile tansiyonu 80/50 mmHg civarında seyretti. İşlemden yaklaşık 7 saat sonra hasta kaybedildi. CO zehirlenmesinde zeminde kalp hastalığı olsun ya da olmasın gerek koroner vazospazm, direkt miyokardiyal toksisite gerekse tromboembolik olaylara eğilimin artması nedeniyle angina pectoris ve miyokard infarktüsü tetiklenebilir. Literatürde CO zehirlenmesine bağlı farklı bölgelere tromboembolik olaylar yer almaktayken subklavyan arter akut trombozuna bağlı AKS olgusuna rastlanmamıştır. Sonuç olarak AKS ile başvuran tüm hastalarda aterosklerotik hastalığın üzerine binen sekonder nedenlerin olabileceği unutulmamalıdır.



Resim 1. Arkus aortografi, sol subklavyan arterde trombüs (okla gösterilen)



Resim 2. Sol subklavyan artere PTA sonrası LIMA görüntülenmesi

P027

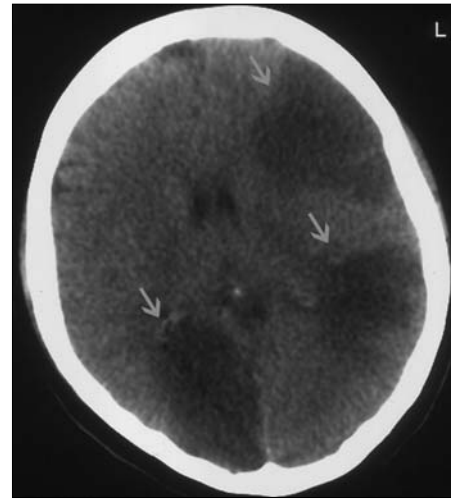
SAĞLIKLI BİR BAYANDA KISA SÜRELİ ORAL KONTRASEPTİF KULLANIMI SONRASI GELİŞEN SEREBROVASKÜLER OLAY VE AKUT PERİFERİK ARTERYEL EMBOLİLER

¹Asuman Biçer Yeşilay, ¹Ramazan Akdemir, ¹Harun Kılıç, ²Süheyla Doğan, ¹Mustafa Mücahit Balcı, ¹Mehmet Doğan, ¹Göksel Çağırıcı, ¹Sadık Açık, ²İbrahim Sami Parım

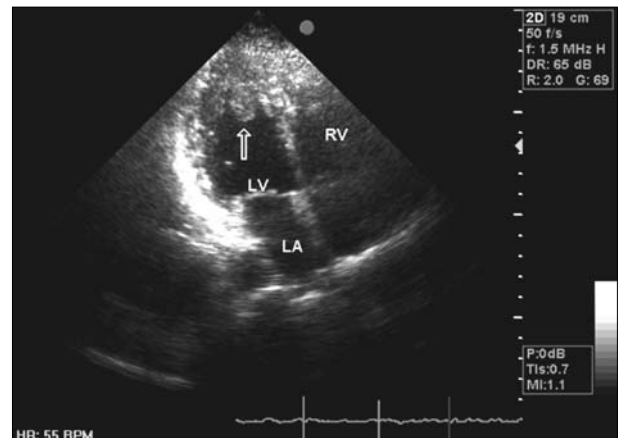
¹SB Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğt. ve Araş. Hast Kardiyoloji Kliniği, ²SB Ankara Dışkapı Eğ. ve Ar. Hast. Kalp Damar Cerrahisi Kliniği

43 yaşında bayan hasta; dengezsizlik, halsizlik ve ani gelişen konuşma bozukluğu şikayetiyle hastanemiz acil servisine başvurdu. Genel durumu orta, uykuya meyilliydi. Periferik arteriyel muayenesinde; sağ ayak topuğunda morarma mevcuttu ve sağ alt ekstremitte nabızları alınmıyordu. Anamnezinden, sağ ayağında son bir gündür ağrısı olduğu öğrenildi. Alt ekstremitte venöz doppler sonucu normaldi. Alt ekstremitte arteriyel doppler ve klinik bulgularıyla akut periferik arteriyel emboli düşünüldüğüne, hastaya acil olarak sağ femoral embolektomi uygulandı. Ancak klinik bir düzelenmenin olmaması üzerine, gecikmiş periferik arteriyel emboli tanısıyla, sağ bacak ampute edildi. Hastanede yattığı süre içerisinde, konuşma fonksiyonunun tamamen kaybolması üzerine çekilen kranial bilgisayarlı tomografide supra ve infra-tentorial bölgede (sol temporal, frontal, pariyetal, sağ frontal ve talamusta) yaygın infarkt alanları saptandı (Resim 1). Hasta; 35 paket/ yıl sigara ve son 16 gündür oral kontraseptif (OKS) (ethinyl estradiol ve drospirenolone kombinasyonu) kullanım öyküsü vermişti. Elektrokardiyogramı normal sinüs ritmindeydi. Emboli kaynağının saptanması amacıyla yapılan transtorasik ekokardiyografide; normal sol ventrikül (SV) sistolik fonksiyonları ve SV apeksinde hareketli 1.3 x 1.7 cm boyutlarında trombus benzeri ekojenite izlendi (Resim 2). Hiperkoagülopati nedenleri araştırıldığında, yapılan tüm laboratuvar tetkikleri normal bulundu. Karotis arteriyel doppler sonucu normaldi. Takibi sırasında sol ayağında da solukluk ve soğukluk saptanması nedeniyle yapılan aorto-femoral ve bilateral femoral substraksiyon anjiyografisinde (DSA); sol popliteal arterin, diz ekleminin 1 cm üzerinde tıkanığı, sağ eksternal iliak arterin trombusu nedeniyle ince lümen ile dolduğu izlendi (Resim 3). Bunun üzerine, SV'deki trombus benzeri kitlenin çıkarılması amacıyla hasta opere edildi. SV'den çıkan materyal patolojiye gönderildi. Patoloji sonucu trombüsle uyumlu bulundu. Hastanın sol alt ekstremitte embolisi medikal tedavi ile takip edildi.

Akut periferik arteriyel tıkanıklığın belli başlı nedenleri arasında; atrial fibrilasyon (AF) (%33.51), arterioskleroz (%24.58), mitral stenoz + AF (%18.99) vardır. Kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde önemli ilerlemeler olmasına rağmen, akut periferik arteriyel tıkanmalar, ekstremiteleri tehdit eden iskemi ve vital organlarda fonksiyon kaybı meydana getirmesi nedeniyle önemli korumaktadır. OKS kullanımı; hem venöz, hem de arteriyel tromboz riskiyle birlikte artmaktadır. OKS kullanımıyla ilgili arteriyel trombotik olay riski; tromboz için genetik yatkınlık veya aterotrombotik risk faktörleri varlığında özellikle ileri yaş ve sigara öyküsü olanlarda ayrıca OKS kullanımının ilk yılında en yüksektir. Bu nedenle özellikle 35 yaş üstü sigara içen bayanlarda OKS kullanılmadan önce aterotrombotik risk faktörleri araştırılmalı ve oluşabilecek komplikasyonlar açısından hasta bilgilendirilmelidir.



Resim 1. Serebral infarkt alanları (okla gösterilen)



Resim 2. SV apeksinde trombüs (okla gösterilen)



Resim 3. Ana iliak arterde trombüs (okla gösterilen)

P028
ASEMPTOMATİK SERVİKAL İNFLAMASYONU OLAN KADINLARDA HS CRP DÜZEYLERİ

¹Nermin Akdemir, ²Cemil Bilir, ²Feyzi Gökosmanoğlu, ²Hakan Cinemre, ²Selehattin Yıldız

¹Ankara Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ²Düzce Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Serviks kanseri geçen yüzyılda kadınlarda en sık görülen kanser türü iken rutin uygulanan tarama yöntemleri ile sıklığı azalma göstermiştir. Ancak günümüzde bile tüm dünyada kadın kanserleri içerisinde 2.sık görülen kanser türü olup %80'den fazlası gelişmekte olan ülkelerde saptanır. Pap smear testi bu kanser türü için en sık kullanılan tarama yöntemidir. Amerika'da yılda yaklaşık 60 milyon pap smear yapılmakta, 3.5 milyon anormal sonucun 2.5 milyonu kolposkopik incelemeyle sonuçlanmaktadır.

METOD: 2008 yılında kadın hastalıkları obetstri polikliniğimize başvuran 256 hastadan kriterlerin hepsini karşılayan toplam 134 hasta çalışmaya alındı. Hastaların hiçbirisinde bilinen koroner arter hastalığı, kontrolsüz diyabet (hbA1C>10), dirençli hipertansiyon (3'ü antihipertansif kullanıyorken tansiyon>160/100mmHg), kronik böbrek hastalığı, karaciğer hastalığı yoktu.

Çalışmaya alınan hastaların hepsinde Framingham risk skoru 10 yıllık < %10'du.

SONUÇ: Çalışmaya alınan 134 kadın hastanın yaş ortalaması 48 (SD 12) olup 58 hastada pap smear sonucu normal, kalan 76'sı ise inflamasyon pozitif smear sonucuydu. Hastaların diğer özellikleri tablo 1' de verilmiştir. Hastaların üçünde diyabet 33'ünde hipertansiyon vardı. Hiçbir hastada aynı anda diyabet ve hipertansiyon yoktu.

Hastalar postmenopozal ve premenopozal olacak şekilde 2 gruba ayrıldığında her iki grupta da hsCRP düzeyleriyle smear sonuçları arasında yine istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı (tablo2.). Smear sonuçları normal olan grupta yaşla birlikte parite sayısı ve vücut kitle indeksi orantılı bir artış gösterdi.

TARTIŞMA: Bizim çalışmamızda servikal inflamasyonu olanlarda olası bir hsCRP yüksekliğinin kardiyovasküler ve serebrovasküler riskte de artma yapabileceği dolayısıyla bu hastalarda tedavi endikasyonlarından biride hsCRP yüksekliği olabileceği öngörülmüştü. Ancak çalışmamız gösterdi ki HPV enfeksiyonu ve bilmediğimiz faktörler için koruyucu olabilen asemptomatik servikal inflamasyon sağlıklı bireylerde ve düşük koroner arter hastalığı riski taşıyanlarda kardiyovasküler riskte ilave bir artışa yol açmamaktadır.

Tablo 1.

	Smear Normal (n=58)	Smear inflamatuvar (n= 76)	P değeri
Yaş	51 (sd 11)	45 (sd 12)	0.03
Parite sayısı	3.1 (sd 1.7)	2.4 (sd 1.4)	0.01
hs CRP (Median)	2.6 (min 0.3-mak 18)	4.45 (min 0.23-mak 20)	0.16
Vücut kitle indeksi	29 (min 20-mak 40)	27 (min 18- mak 37)	0.02

Tablo 2.

Pap Smear	Premenopozal		p	Postmenopozal		p
	Normal	İnflame		Normal	İnflame	
Hasta sayısı	17	43		41	33	
hsCRP	4.2	4.8	0.27	4.5	5.3	0.15

P029
KLİNİK HİPERTİROİDİ VE HİPOTİROİDİDE ATEROSKLEREZ RİSKİ; KAROTİS İNTİMA MEDİA KALINLIĞI

¹Cemil Bilir, ¹Hakan Cinemre, ¹Feyzi Gökosmanoğlu, ²Nermin Akdemir

¹Düzce Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

GİRİŞ: Karotis intima media kalınlığı (CIMK) kardiyovasküler hastalıklar için bağımsız bir risk faktörüdür. Aterosklerozun bir göstergesi olarak kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklarla ilişkisini araştıran bir çok çalışma yapılmıştır. Biz bu çalışmada tiroid disfonksiyonlarında CIMK 'nı sağlıklı bireylerle karşılaştırdık.

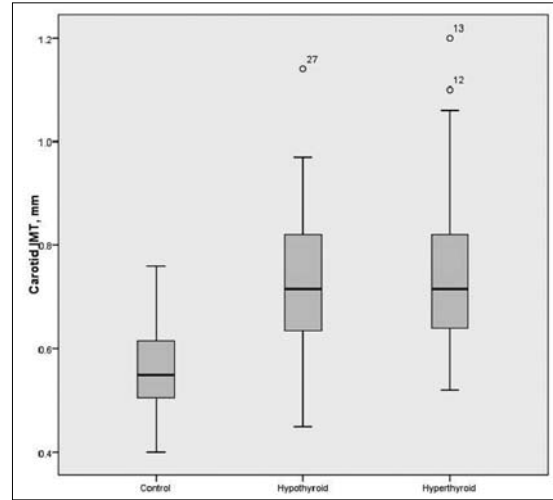
METOD: 2006-2007 yılları arasında İç Hastalıkları polikliniğimize ilk defa gelen ve yeni tanı alan klinik hipotiroidi ve klinik hipertiroidi hastaları çalışmaya alındı. Aynı özellikleri taşıyan kontrol grubu oluşturularak çalışmaya dahil edildi. Ölçümler aynı doktor tarafından yapıldı. Sağ karotis komünisten 1 cm lik bir uzunluğu kapsayacak şekilde eşit aralıklarla yapılan 10 ölçümün ortalaması alınarak kaydedildi. İstatistiksel analiz Mann-Whitney U statistic and Spearman correlation analiziyle yapıldı.

Toplam 248 tiroid disfonksiyonu saptanan hastadan 164'ü dışlanma kriterlerini karşıladığı için çalışmaya alınmadı. Kalan 84 hasta (56 hipotiroidik, 28 hipertiroidik) ve 67 kişilik kontrol grubu çalışmaya alındı.

Çalışmada dışlanma kriterleri; Vücut kitle indeksi>40, Framingham risk skoru>10, Aktif sigara içiciliği, hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalığı öyküsü.

SONUÇ: Karotis intima media kalınlığı hipotiroidik ve hipertiroidik hastalarda kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak artmış saptandı (p<0.0001, p<0.0001) (Figür 1). Ancak iki hastalık grubu arasında anlamlı fark yoktu (p =0.87). CIMK her 2 grupta da yaşla pozitif korelasyon gösterdi. Klinik hipotiroidide CIMK kontrol grubuna göre 0.2 mm, hipertiroide 0.19 mm artmış saptandı.

TARTIŞMA: Klinik hipertiroidi ve hipotiroidide karotis intima media kalınlığı anlamlı olarak artmış saptandı. Literatürde daha önce subklinik hipotiroidide CIMK'ın arttığını gösteren çalışmalarla uyumlu olarak klinik hipotiroidide CIMK artışı bizim çalışmamızda gösterildi. Çelişkili sonuçlar olmakla birlikte klinik hipertiroidi ve hipotiroidide CIMK artışını gösteren çalışmalarda vardı. Bizim çalışmamız hasta popülasyonunun seçimi ve sayı açısından şu ana kadar yapılan çalışmalardan daha fazla hasta grubu içermekteydi. Bilinen risk faktörlerinin dışlandı (HT, DM, KAH, medikasyon, Sigara vb) ve Fr. skoru< %10 olacak şekilde standardizasyon yapıldığı çalışmamız; klinik hipertiroidi ve hipotiroidi hastalarında artmış karotis intima media kalınlığı ve dolayısıyla ateroskleroz riski tiroid disfonksiyonlarının erken dönemde tespiti ve tedavisinin süratle başlanması gerekliliğini gösterdi.


Figür 1. Kontrol, Hipotiroidi ve Hipertiroidik hastalarda CIMK değerleri
P030
HİPERTİROİDİZMDE TEDAVİYLE KARDİYOVASKÜLER RİSKTE AZALMA? KAROTİS İNTİMA MEDİA KALINLIĞI VE TEDAVİYLE DEĞİŞİMİ

¹Cemil Bilir, ¹Hakan Cinemre, ¹Feyzi Gökosmanoğlu, ²Ayla Büyükkaya, ³Nermin Akdemir

¹Düzce Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Düzce Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, ³Ankara Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum

GİRİŞ: Karotis intima media kalınlığı (CIMK) çocuk popülasyonunda preklonik dönemde ateroskleroz için risk faktörüken erişkinlerde de var olan koroner aterosklerozla olan yakın ilişkisi nedeniyle önem kazanmış bir yöntemdir. CIMK' daki her 0.10mm lik artış myokard enfaktüsünde 1.15, serebrovasküler olaylarda 1.18 kat rölatif risk artışına yol açar.

Hipertiroidizm de artmış adrenerek aktivite ve kardiyak output, azalmış diastolik basınç, atriyal fibrilasyon bilinen kardiyovasküler etkilerinin başında gelir. Hipertiroidi hastalarında CIMK daha önce 2 kez çalışılmışken, hipertiroidi tedavisiyle CIMK değişimi çalışılmamış bir konuydu. Bizim bu çalışmadaki amacımız bu konuyu dolayısıyla hipertiroidizmde sağlanan TSH ve serbest tiroid hormonlarındaki normalizasyonun kardiyovasküler sisteme etkisini ortaya koymaktır.

METOD: İç Hastalıkları polikliniğimize başvuran ve ilk defa tanı alan hipertiroidi hastaları çalışmaya alındı. Tedavi başlanmadan önce hastaların tiroid ultrasonları ve carotis intima media kalınlıkları ölçüldü. Hastalar 3 aylık dönemlerle 2 yıl boyunca kontrollere çağrılarak TSH, serbest T3-T4 hormon düzeyleri ölçüldü.



çüldü. Hastalara tedavi olarak propranolol 80-160 mg, metimazol 15-45mg/gün dozda verildi. Hastaların TSH, serbest T3-4 düzeyleri normal değerlere inince tiroid ultrasonları tekrarlandı.

Çalışma dışında bırakılma kriterleri geçirilmiş myokard enfarktüsü veya serebrovasküler olay, diyabet ve kontrolsüz hipertansiyon, kronik böbrek ve karaciğer hastalığıydı.

SONUÇ: Toplam 25 hasta çalışmaya alındı. Hastaların yaşı 47 (SD 15) olup 4 erkek 21 kadın mevcuttu. Ortalama remisyon süresi 11.4 (SD 6.3) aydı. Tedavi öncesi ve sonrası değerler tablo1' de verilmiştir.

TARTIŞMA: Bizim çalışmamız hiperitroidi tedavisiyle karotis intima media kalınlığının dolaysıyla ateroskleroz riskinin tedaviyle azaldığını göstermiştir. Hipertiroidizmde intima-media kalınlığı daha önce 2 çalışmada bakılmış olup hipertiroidizmde CIMK 'ın arttığı gösterilmiştir. Ancak çalışmamız prospektif olması ve hipertirodide tedaviyle CIMK yanıtını değerlendiren ilk çalışma olması nedeniyle önemlidir. Hipertiroidizm de artmış aritmi riski, kardiyak output ve azalmış periferik direnç tedaviyle azalmaktadır. Karotis intima media kalınlığında ki azalma diğer kardiyak risklere ilave olarak hipertiroidi tedavisinin ateroskleroz üzerine de olumlu etkisi olduğunu çalışmamız gösterdi.

Takip boyunca hipertiroidik hastalarda TSH normal değerlere gelmesi de hastalarda CIMK değerlerinde azalma görüldü. Bu da ateroskleroz riski için özellikle serbest hormon düzeylerinin daha değerli olduğunu ve belki de antiitroid ilaçların endotel fonksiyonları üzerine şu an için bilmediğimiz etkilerinin olabileceğini destekler sonuçlar ortaya koydu. Çalışmamızda hipertiroidi tedavisiyle CIMK'ta ortalama 0.1mm'lik azalma saptandı. Bu da kardiyovasküler riskte 1.15 serebrovasküler riskte 1.18 katlık azalmanın bu hasta populyasyonunda sadece hipertiroidizm tedavisiyle sağlanabileceğini gösterir.

Tablo.

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	P değeri
TSH median, (IR)	0.005	0.37	<0.001
Serbest T4 median (IR)	25	14	<0.001
Tiroid volümü (mm ³)	32.1 (SD 20.2) mean	26 (16,5-40.7) median	0.023
CIMK	0.8	0.7	<0.001

P031

AKUT MYOKARD İNFAKTÜSÜ ERKEN DÖNEMİNDE QT DİSPERSİYONU-VENTRİKÜLER ARİTMI İLİŞKİSİ

¹Mustafa Eroğlu, ¹Aytekin Alçelik, ¹Uğur Korkmaz

¹Düzce Atatürk Devlet Hastanesi

GİRİŞ: Akut miyokard infarktüsünde (AMI) ventriküler taşiaritmilere bağlı görülen ölümler, ani kardiyak ölüm nedenlerinin birinci en sık nedenidirler. Major aritmik olayları tahmin etmede tek bir testin sensitivite ve spesifitesi sınırlıdır. Biz bu çalışmada; AMI'lı hastalarda QT dispersiyonu ile erken dönemde gelişen malign ventriküler aritmiler arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmaya AMI tanısıyla yatırılan 48 erkek, 24 kadın hasta alındı. Hastaların 0,4 ve 24. saat EKG'leri alındı. Her EKG'de QT intervalleri ölçüldü. QT süreleri Bazett formülüne göre düzeltildi. Ardından QT dispersiyonu hesaplandı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların 7 günlük izleminde 23'ünde ventriküler aritmi gelişti (19 VT, 4 VF). Ventriküler aritmi gelişen grup ile ventriküler aritmi gelişmeyen grubun 0,4,24. saat QTd ve QTcd'leri karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı.

SONUÇ: AMI geçiren hastaların EKG'lerinde ölçülen QTd ve QTcd değerlerinin klinik olarak gözlenen ventriküler aritmilerle anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır. Ölçülen QTd ve QTcd değerlerinin birçok değişkene bağlı etkilenebileceğinden dolayı tek başına AMI erken dönem ventriküler aritmileri tahmin etmede yeri sınırlıdır. Bu grup hastalar ventriküler aritmi geliştirme potansiyelleri açısından bireysel özellikleri ile birlikte daha alt gruplara kategorize edilerek değerlendirilmelidirler.

P032

KLİNİK HİPOTİRODİZM DE ARTMIŞ P DALGA DİSPERSİYONU VE ATRİYAL FİBRİLASYON RİSKİ

¹Ramazan Akdemir, ¹Harun Kılıç, ¹Neslihan Ebru Eryaşar, ²Kudret Çelik,

²Aşkın Güngüneş, ³Hakan Cinemre, ³Cemil Bilir, ⁴Nermin Akdemir

¹Dışkapı YB Eğitim Araştırma H. Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Dışkapı YB Eğitim Araştırma H. İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Düzce Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ⁴Ankara Keçiören Eğitim Araştırma H. Kadın Hastalıkları ve Doğum

GİRİŞ: Hipertirodizm gibi hipertiroidizmde de kardiyak aritmiler görülmektedir. Atriyal fibrilasyon için bir risk faktörü olan artmış P dalga dispersiyonunu hipertiroidik hastalarda inceleyerek bu hastalardaki atriyal fibrilasyon riskini değerlendirdik.

METOD: İlk defa hipertiroidi tanısı konan ve tedavi almayan 75 klinik hipertiroidi ve 40 kişilik kontrol grubunun ekokardiyografi ve elektrokardiyografilerini inceledik.

SONUÇLAR: Hastaların ve kontrol grubunun ekokardiyografik özelliklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0.05). P dalga dispersiyonu (PWD) hipertiroidik grupta mean (SD) 31.9 (9.3) ms; p=0.003, kontrol grubunda ise 26.5 (9.4) ms'di. Diğer anlamlı sonuç minimum P dalga süresi olup hipertiroidik grupta mean (SD) 63.8 (9.2) ms, p=0.026 iken kontrol grubunda 68 (9.2) ms'di. Maksimum P dalga süresinde ise istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

TARTIŞMA: Klinik hipertiroidizm hastalarında tanı anında saptanan artmış P dalga dispersiyonu hipertiroidik hastalarda kardiyak aritmi riskinin de arttığını gösterir. Çalışmamız hipertiroidik hastalarda P dalga dispersiyonu inceleyen literatürdeki ilk çalışmadır. Hipertiroidik populyasyonda atriyal fibrilasyon sıklığı ve

olasi mekanizmaları bir çok kez araştırılmıştır, bu çalışmaların sadece bir kaçında hipertiroideki hastalarda AF sıklığı veri olarak bildirilmekle birlikte tartışılarda yeterince yorumlanmamıştır. Hipertiroidizm hipertiroidi den önemli bir farkı tedaviye yanıtın çok daha hızlı olup TSH normalizasyonunun hemen sağlanmasıdır. Hipertiroideki hormonal dengenin daha uzun sürede normale gelmesi ve bu sürede hipertiroidizmde maruziyet atriyal fibrilasyonun klinik olarak daha fazla görülmesine yol açar. Hipertiroidizmde ise kısa süredeki TSH normalizasyonu miksödem gibi ekstrem durumlar dışında dokuların hipertiroididen daha az etkilenmesine ve daha hafif klinik bulgulara yol açar. Bu nedenle de hipertiroidizmdeki AF sıklığını tam olarak bilemiyoruz. Ancak bizim çalışmamız hipertiroidizmde tedavi edilmezse hipertiroidizmde olduğu gibi atriyal fibrilasyonun klinik olarak daha çok görülebileceğini gösterdi.

P033

TAKAYASU ARTERİTİ'NDE ANJİYOGRFİK ARTER GÖRÜNTÜLERİNİN BİLGİSAYAR DESTEKLİ ÜÇ BOYUTLU YENİDEN YAPILANDIRILMASI

¹Mustafa Yıldız, ²Ayhan Yüksel, ²Mehmet Korürek, ³Banu Yıldız, ³Ömür Volkan

¹Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, ²İstanbul Teknik Üniversitesi Elektrik-Elektronik Fakültesi, Biyomedikal Mühendisliği, ³Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Bu çalışmada, Takayasu Arteriti'nde arterlerin anjiyografik görüntülerinin üç boyutlu yeniden yapılandırılması ve görüntülenmesi ile ilgili bir algoritma sunulmuştur.

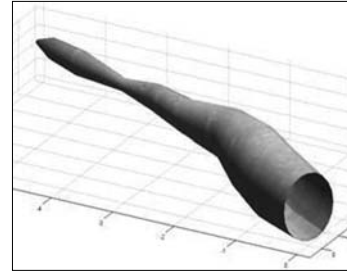
GEREÇ VE YÖNTEM: Burada, tıkalı alanın etrafındaki damar sınırlarının manuel olarak belirlenmesi ile oluşan bir algoritma geliştirilmiştir. Problemlili alan etrafında 10 adet doğru çizimi içeren 20 nokta (bir doğru için iki nokta) belirlendi.

Bu noktalar üç boyutlu yeniden yapılandırma için kullanıldı (üç boyutta her karşılıklı nokta bir daireyi ifade eder). Birleştirilen üç boyutlu dairelerden Matlab programı yardımı ile bir tüp oluşturuldu (Şekil 1,2).

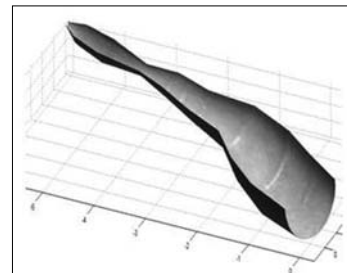
BULGULAR: Bu tüp, damarın üç boyutlu yeniden yapılandırmasını ifade etti. SONUÇ: Sonuç olarak, bu algoritma ile anjiyografide belirlenen periferik arter görüntüleri başarılı olarak yeniden yapılandırılabilir. İlerideki dönemlerde bu gibi teknolojik gelişmeler ışığında özellikle Takayasu arteriti gibi damarları tutan patolojilerin tespitinde ve değerlendirilmesinde klinisyenlere daha iyi olanaklar sunulabilir.



Şekil 1. Anjiyografide sağ aksiller arterde total oklüzyon izlenmekte



Şekil 2a. Sağ aksiller arterin 3 boyutlu (3D) rekonstrüksiyonu



Şekil 2b. Sağ aksiller arterin 3 boyutlu (3D) rekonstrüksiyonu (üstten keski)

P034**İLACA BAĞLI TROMBOSİTOPENİSİ OLAN POLİMİYÖZİTLİ BİR HASTADA AKUT KORONER SENDROM**

¹Ömer Celal Elçioğlu, ¹Oktay Perdecı, ²İbrahim Altun, ²Nihat Polat, ²Murat Sezer, ²Sabahattin Umman

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

Polimiyozit-dermatomyozit sendromu proksimal kas güçsüzlüğü, kas enzimlerinin yüksek olması ile karakterize, tanısı elektromiyografi (EMG) ile miyopatik değişikliklerin gösterilmesi ve kas biyopsisi ile inflamasyonun gösterilmesi ile konan, etyolojisi bilinmeyen otoimmün bir hastalıktır. Polimiyozitte kardiyak tutulum sol aks deviyasyonu, ileti anormallikleri, atrial ve ventriküler aritmiler, perikardit, koroner arter hastalığı ve konjestif kalp yetersizliği (KKY) şeklindedir. En sık tutulum şekli KKY'dir. Polimiyozitte kardiyak tutulum sıklığı çeşitli çalışmalarda %6 ile %75 arasında verilmiştir. Bu, sıklıkla subklinik tutulum şeklindedir. Polimiyozitte en sık ölüm nedeni kardiyak tutulumdur ve bu oran %10 – 20 şeklindedir. Yapılan çalışmalarda altı yıllık izleme sonunda miyozitli hastalarda miyokard infarktüsü nedeniyle ölüm oranı, yüksek kardiyovasküler hastalık riskine sahip insanlara göre 16 kat artmıştır. Olgu Sunumu: Retroperitoneal fibroze bağlı son dönem böbrek yetersizliği nedeniyle 1,5 yıl önce haftada üç gün hemodiyaliz programına alınan 47 yaşındaki erkek hasta iki hafta önce başlayan her iki omuzda güçsüzlük ve şiddetli ağrı yakınmalarıyla, takipli olduğu Nefroloji polikliniğimize başvurdu. Elektrokardiyografisinde (EKG) normal sinus ritmi, normal aks saptandı. İskemik T dalga, ST segment değişikliği saptanmadı. Biyokimyasal tetkikler, EMG ve kas biyopsisi sonucunda polimiyozit tanısı kesinleştirildi. Tedavi olarak metil-prednizolon üç gün süreyle 1 g/gün ve methotrexate (MTX) 20 mg/hafta başlandı. MTX tedavisinden bir hafta sonra pansitopeni gelişti. Takibinde trombosit değeri 42000/mm³ iken göğüsünde sıkışma hissi ve nefes darlığı olması nedeniyle çekilen EKG'sinde tüm prekoridal derivasyonlarda T dalgası negatifliği ve ST segment depresyonu saptandı. Troponin I değerinin de 7,6 ng/ml olarak saptanması üzerine akut koroner sendrom (AKS) ön tanısıyla koroner yoğun bakım ünitemizde izlenmeye başlandı. Takibinde prekoridal derivasyonlarda patolojik Q dalgası ortaya çıktı. Trombosit değeri 30000-17000/mm³ olduğu için perkütan girişim yapılmadı. Yatışının 32.günü (AKS'un üçüncü günü) kardiyopulmoner arrest ile kaybedildi. Hasatamızın her ne kadar koroner anjiyografisi yapılamadığı için AKS tam kanıtlanmasa da EKO'da segmenter duvar hareket bozukluğu olması, EKG'de patolojik Q dalgaları ortaya çıkması, troponin I değerinin yükselmesi bize koroner arter hastalığını kuvvetle düşündürdü. Ağır polimiyozitli olan olgumuzda trombositopeni olmasına rağmen ölüme sonlanan akut koroner sendrom görülmesi nedeniyle bildirmeyi uygun gördük.

P035**EBSTEIN ANOMALİSİ VE WPW BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU**

¹Selen Yurdakul, ²Mustafa Sağlam, ²Çiğdem Usul Afşar, ²Egemen Cebeci, ²Medci Ergüney

¹SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi, ²SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Ebstein anomalisi, triküspid kapağın septal yaprakçığının apikale doğru yer değiştirmesidir. Bu durum sağ ventrikül giriş yolunun atrializasyonuna ve fonksiyonel sağ ventrikülün küçülmesine neden olmaktadır. Eşlik eden anomaliler %50 hastada patent foramen ovale veya atriyal septal defekt, %25 hastada aksesuar ileti yolları ve daha nadir olarak sağ ventrikül çıkış yolu obstrüksiyonu, VSD, aort koarktasyonu, PDA ve mitral kapak hastalığıdır. Değişik derecelerde triküspid yetersizliği veya daha nadir olarak triküspid darlığına sağ atriyum genişlemesi eşlik eder. Çoğu hasta erken erişkin döneme kadar asemptomatiktir. Hastalarda genellikle egzersiz intoleransı, çarpıntı, siyanoz, nadir olarak paradoksal emboli olabilir; aritmilere bağlı ani ölüm görülebilir. Fizik muayenede juguler venöz basınç artar, S1'in triküspid komponenti belirginleşir, sağ kalp kaynaklı S3 ve pansistolik üfürüm duyulabilir. Ebstein anomalisinin kesin tanısı ekokardiyografik inceleme ile konur. Operasyon endikasyonları siyanoz ve sağ kalp yetersizliğinin ortaya çıkması, fonksiyonel kapasitenin New York Kalp Cemiyeti'ne göre klas III veya üzerinde olması ve paradoksal emboli varlığıdır. Cerrahi girişim olarak triküspid kapak tamiri kapak replasmanına tercih edilmektedir. Wolf Parkinson White (WPW) sendromu atriyal bir uyarının ventrikülü veya ventriküler bir uyarının atriyumu arken uyarılması ile karakterize bir klinik tablodur. Bu prematür aktivasyonu sağlayan bağlantı yolları atriyoventriküler (AV) nodal ileti yolunun dışında yerleşmiş olan yollardır. Aksesuar yollardan kaynaklanan taşiaritmiler sık görülür. Aksesuar yolun en sık lokalize olduğu bölge sol serbest duvardır. Preeksitasyon sendromlu bazı hastalarda eşlik eden konjenital kalp hastalıkları vardır. Bunlar Ebstein anomalisi, MVP ve kardiyomyopatilerdir. Ebstein anomalili hastalarda genellikle sağ kalp kaynaklı birçok aksesuar yol mevcuttur. Bu hastalarda ventriküloatrial intervali uzun ve sağ dal blok morfolojisine sahip taşiaritmiler olur.

OLGU: 46 yaşında erkek hasta acil polikliniğimize çarpıntı ve baş dönmesi şikayetiyle başvurdu. Kardiyovasküler sistem muayenesinde S1,S2 değişken S3 ve S4 yoktu. Tüm odalarda 3/6 pansistolik üfürüm duyulmaktaydı. TA: 100/60 mmHg, NDS: 110/aritmik idi. EKG'inde yüksek ventrikül cevaplı atrial fibrilasyon mevcuttu. Hastanın propafenon infüzyonu sonrası çekilen EKG'sinde sinüs ritmi, V2-V6 derivasyonlarında delta dalgaları mevcuttu. Hastanın transtoraksik ve transözofageal ekokardiyografik incelemeleri sonucunda Ebstein anomalisi (triküspid kapak orifisinin apikal yönde yer değiştirmiş olduğu), sağ atriyumda genişleme ve patent foramen ovale saptandı.

TARTIŞMA: WPW sendromlu hastaların bir kısmında Ebstein anomalisi mevcuttur. Bu hastalarda genellikle taşiaritmilere neden olan birden fazla aksesuar yol bulunmaktadır. Medikal tedaviye dirençli vakalarda radyofrekans katater ablasyonu veya seçilmiş vakalarda triküspid kapağın tamiri operasyonu uygun tedavidir.

P036**FEMORAL HEMATOM NEDENİYLE ANTİKOAGÜLE EDİLEMİYEN İSKEMİK KALP HASTASINDA MASİF PULMONER EMBOLİ: KLİNİK İKİLEM**

¹Abdullah Özkök, ¹Fehmi Hindilerden, ¹Rıza Ataş, ¹Mehmet Tayfur, ²Mesut Bulakçı, ³Hüseyin Oflaz

¹İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²İstanbul Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, ³İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Pulmoner emboli (PE), trombus veya diğer embolik materyalin distal dolaşımdan gelerek pulmoner sirkülasyonu kısmen veya tamamen tıkamasıdır. Olguların %90'ından fazlasında kaynak alt eks-tremitenin derin venleridir. PE, hastanede yatan hastaların önemli bir mortalite nedenidir. Semptom ve bulguları, diğer kardiyak hastalıklarla, özellikle miyokard infarktüsü ile sıklıkla karışabilmektedir. Burada femoral bölgedeki hematoma nedeniyle antikoagüle edilemeyen iskemik kalp hastasında gelişen masif pulmoner emboli olgusu tartışılmıştır.

OLGU: Yetmiş üç yaşında 10 yıldır hipertansiyon ve iskemik kalp hastalığı tanılarıyla izlenen hastaya son 3 aydır eforla gelen sıkıştırıcı tarzda göğüs ağrısı nedeniyle koroner anjiyografi (KAG) yapıldı, KAG'da iki damar hastalığı tespit edildi, sol ön inen dal ve sağ koroner arterlere stent implantasyonu uygulandı. Anjiyografi sonrası hastanın sağ femoral bölgesinde büyük bir hematoma ve femoral arterde 4 mm çapında yalancı lümen içeren anevrizmatik genişleme meydana geldi. Hematomu nedeniyle antikoagülasyon tedavisi kesildi, tedaviye klopidogrel ve asetil-salisilik asit ile devam edildi. Anjiyografiden beş gün sonra göğüste sıkışma hissi ortaya çıktı ve hasta hipotansif seyretmeye başladı. Fizik muayenesinde; taşikardik (120/dk), taşipneiktik (24/dk), arteriyel tansiyon 80/40 mmHg ve S1,S2 normal olarak saptandı, S3,S4 saptanmadı. Elektrokardiyografisinde ve troponin takiplerinde herhangi bir koroner iskemik bulgusu saptanmadı. Arter kan gazında hipoksemi saptanmadı, hafif hipokarbi mevcuttu (pO₂: 67 mmHg, SO₂: %93, pCO₂: 27 mmHg). Hastanın ekokardiyografisinde sağ kalp boşlukları geniş (4 cm) ve pulmoner arter basıncı 53 mmHg olarak saptandı. Pulmoner emboli açısından hasta doktor eşliğinde spiral toraks bilgisayarlı tomografi (BT) için Radyoloji'ye götürüldü. Burada çekimden hemen sonra hastada kardiyopulmoner arrest gelişti. Hastaya kardiyopulmoner resüsitasyona (KPR) başlandı. KPR sırasında değerlendirilen toraks BT'de sağ ana pulmoner arter üst, orta ve alt dallarda ve sol pulmoner arter alt lob dallarında hipodens trombuslar izlendi (Figür 1a, 1b). Bir saat kadar süren KPR'ye cevap vermeyen hastaya trombolitik tedavi uygulanmadı. Hasta ekstitus olarak kabul edilerek KPR'ye son verildi.

SONUÇ: Burada anjiyografi sonrası oluşan hematoma nedeniyle antikoagüle edilemeyen ve muhtemelen de antikoagüle edilemediği için gelişen bir PE olgusu sunuldu. PE, KAG sonrası gelişen nadir komplikasyonlardan birisidir. Kardiyak patolojileri de taklit edebildiği için, bu hasta grubunda açıklanamayan senkop, hipertansiyon ve göğüs ağrılarında mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.



Figür 1a. Sağ ve sol pulmoner arterlerde trombuslar (beyaz oklar).



Figür 1b. Sağ ana pulmoner arteri tam olarak tıkayan trombus (beyaz ok).

P037**METASTATİK OVER KANSERİNE BAĞLI TROMBOTİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA**

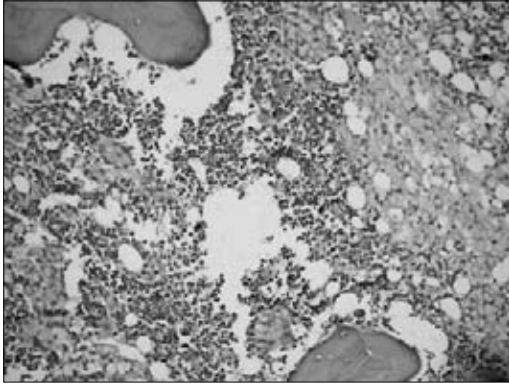
¹Gürhan Kadıköylü, ²Nezih Meydan, ³Canten Tatroğlu, ⁴Samet Kafkas, ⁵Hakan Erpek, ²Sabri Barutca, ¹İrfan Yavaşoğlu, ¹Zahit Bolaman

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı, Aydın, ²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Aydın, ³Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Aydın, ⁴Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Aydın, ⁵Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Aydın

Trombotik trombositopenik purpura (TTP), mikroanjyopatik hemolitik anemi, trombositopeni, böbrek yetersizliği, nörolojik bulgular ve ateş ile karakterize trombotik mikroanjyopatidir. Metastatik malign has-



talıkların %6'sında ortaya çıkabilir. 28 yaşında bayan hasta 2 aydan beri halsizlik, nefes darlığı, boyun ve kalça ağrıları ile başvurdu. Zaman zaman karın ağrısı ve kilo kaybı vardı. Fizik muayenesinde konjunktivalarda solukluk, skleralardaki ikter, alt zonlarda raller, pulmoner odakta sistoloji ejiyeksiyon üfürümü, sternum ve tüm ekstremitelerde palpasyonda yaygın hassasiyet saptandı. Hemoglobin 5.2 g/dl, lökosit sayısı 14700/mm³, trombosit sayısı 111000/mm³, ortalama eritrosit hacmi 86 fl, retikülosit oranı %15, periferik yaymada %86 nötrofil, %4 lenfosit, %4 promyelosit, %4 myelosit, %2 metamyelosit, eritrositler normositer-normokrom, yaygın mikroanjyopatik değişiklikler (şistosit), anizo-poikilositoz, 5 normoblast/100 hücre, trombositler 6-7'li küme halinde, anizo-trombositoz vardı. LDH 519 IU/l, AST 61 IU/l, ALT 101 IU/l, indirek bilirubin 1.2 mg/dl, direk bilirubin 0.9 mg/dl, CK 274 IU/l, CRP 83 mg/l idi. ANA, anti-dsDNA, Direk ve indirek Coombs, Asit-Ham testleri negatifti. Koagülasyon testleri, CD-55 ve 59 ekspresyonları normaldi. Kemik iliği aspirasyonunda hipersellülerite, eritroid hiperplazi ve minimal displazi, megakaryositer seri olağandı ve ilik dışı hücre yoktu. Akciğer grafisinde bilateral retikülonoduler infiltrasyonlar, yüksek çözünürlükteki akciğer tomografide yaygın konsolidasyonlar, noduler infiltrasyonlar ve pleval effüzyon izlendi. Yatışının 3. gününde her iki kasık bölgesinde ani karın ağrısı, rebound ve defans gelişti. Laparotomide batında sağ over korpus hemorajikum kistin distalinden kanamaya bağlı yaygın hemoraji, mide antrum ve korpusda duvar kalınlaşması saptandı. Gastrotomi, splenektomi ve over, mideden biyopsiler alındı. Hasta TTP kabul edilerek taze donmuş plazma ile günlük 1,5 volüm terapötik plazma değişimi (TPD) uygulandı. Hemoglobin düzeyi 7-10 g/dl, trombosit sayısı 50-220000/mm³, bilirubin düzeyi 4.5-6 mg/dl, retikülosit oranı %2-8 arasında idi. Overiyal biyopsinin histopatoloji incelemesi sonrası taşlı yüzük hücre infiltrasyonu, sitokeratin-7, müsikarmin pozitif, sitokeratin-20, tiroid transkripsiyon faktör negatifti. Mide biyopsileri normal iken kemik iliği biyopsilerinde de taşlı yüzük hücre infiltrasyonları izlendi. Hastanın tekrarlayan toraks tomografilerinde lenfajitik akciğer ve kemikte yaygın skleroz nedeni ile kemik ve akciğer tutulumu da gösteren metastatik over kanseri kabul edildi ve sisplatin, 5-florourasil, lökoverin tedavisine alındı ve 2 kür uygulandı. TPD'ne devam edildi. Hastanın oksijen saturasyonlarında düşüklük, akciğer infiltrasyonlarında artış ve genel durum kötülüğü nedeniyle entübe edilerek ventilatör desteği sağlandı. Ancak hasta daha sonra yaşamını yitirdi. Sonuç olarak TTP ve lökoeritroblastik kan tablosu ile başvuran genç hastalar malignite açısından araştırılmalıdır.



Figür. Taşlı yüzük hücreleri

P038

NADİR BİR RETROPERİTONEAL KİTLE: PARARENAL LEİOMYOM

¹Mehmet Burak Çıldıç, ²Düzgün Yıldırım, ³Murat Uçar, ³Uğur Bozlar

¹Aydın Devlet Hastanesi Radyoloji Bölümü, ²Kasımpaşa Asker Hastanesi Radyoloji Bölümü, ³Gülhane Askeri Tıp Akademisi Radyoloji Anabilim Dalı

AMAÇ: Biz bu çalışma ile, literatürde de çok nadir bildirilmiş bir benign patoloji olan pararenal leiomyomun görüntüleme karakteristiklerini, iki olgunun bilgisayarlı tomografi görüntüleri eşliğinde sunmayı amaçladık.

ÖLĞÜ SUNUMU: Retroperitonun tümörleri benignen maligne kadar değişen ve de bu boşlukdaki organların dışındaki yumuşak dokudan kaynaklanan çok değişik tümörlerden oluşmaktadır. Bu posterde belli-belirsiz şikayetleri olan ve son iki aydır sağ kostolomber bölgesinde huzursuzluğu olan, ultrasonografisindeki şüpheli böbrek kontur lobülasyonu dışındaki tüm laboratuvar bulguları normal olan ve patoloji sonucu leiomyoma olarak rapor edilen 60 yaşındaki bayan hastanın abdominal tomografi görüntülerini sunmayı amaçladık.

BULGULAR: Renal fonksiyon testleri ve idrar analizi normal olarak rapor edilen bu iki olguya yapılan tru-cut biopsi örneklerinin histopatolojik inceleme bulguları leiomyoma ile uyumlu olarak rapor edilmişti. Retroperitoneal alanda parankimal ve intersitsiyel çok geniş bir spektrumda tümör dağılımı söz konusu olmasına rağmen; düzgün sınırlı, homojen, diffüz kontrast tutumu gösteren pararenal kitlenin ayırıcı tanısında ilk olarak leiomyoma gözönünde bulundurulmalıdır.

P039

MEME KANSERLİ HASTALARDA TAMAMLAYICI ALTERNATİF TEDAVİLERİN KULLANIMI VE BUNU ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Uğur Muşlu, Mustafa Oktay Tarhan, Sakine Leyla Aslan

İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Bu çalışmada meme kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımı ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı türden yapılan bu çalışma İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Medikal Onkoloji Polikliniğine Nisan-Haziran 2008 tarihleri arasında başvuran 135 meme kanserli hasta

ile yürütülmüştür. Hastalara ait verileri toplamak amacıyla "Sosyodemografik Özellikler Soru Formu" ve tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımına yönelik "Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Kullanımını Tanımlama Formu" kullanılmıştır. Ayrıca hastalara yaşam kalitesiyle ilgili sorular içeren ek bir yaşam kalitesi anketi (QOL-C30) doldurulmuştur. Veriler SPSS 11.0 programında kodlanarak yüzde, ki kare ve student t testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %30,4'ünün tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) yöntemlerinden birini/ birkaçını kullandıkları saptanmıştır TAT kullanan hastaların kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi türleri incelendiğinde %97,6'sının bitkisel tedavileri kullandığı, %2,4'ünün ise bedensel uygulamalarını kullandıkları belirlenmiştir. Hastalarda kullanılan bitkilerin %80,5'ini ısırgan otu (urtica) oluşturmaktadır.

Tamamlayıcı ve alternatif tedavileri hastaların %63,4'üne aile üyelerinden biri / birkaçının önerdiği, %14,6'sının ise medyadan etkilendiği saptanmıştır

Tanı koyulmasının üzerinden geçen süre, hastalığın şimdiki evresi, hastalığın durumu ve şu anda uygulanan tedavi türü ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Tanı koyulmasının üzerinden zaman geçtikçe TAT kullanım yüzdesinin arttığı görülmüştür. Hastalığı ıleri evrede olan hastalar daha çok tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanmaktadır. Hastalığı nüks eden ve şu anda palyatif tedavi alan hastaların TAT kullanma oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesi ve TAT kullanımı incelendiğinde; iki grup arasında bulantı-kusma ($t=2,215, p < 0,05$), dis-pne ($t=2,820, p < 0,05$) ve diyare ($t=3i260, p < 0,05$), semptomlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. bu semptomları fazla olan hastaların TAT kullanma eğiliminde olduğu anlaşılmaktadır.

Sonuç: Meme kanserli hastalarda TAT kullanımı yaygındır. Onkoloji kliniklerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin TAT kullanımının yaygınlığına ilişkin farkındalıklarının artması ve yapılan bu uygulamalar hakkında hastalar ile sağlık profesyonelleri arasında iletişimi sağlamaları önemli ve gereklidir.

P040

KANSER HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ UYGULAMASINDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR

¹Saadettin Kılıçkap, ²Mutlu Hayran, ³Banu Çakır, ³Nesrin Çilingiroğlu, ²Mustafa Erman, ⁴Güldal Büyükdamgacı Alagon, ¹Yavuz Özışık

¹Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, Medikal Onkoloji, ²Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, Prevatif Onkoloji, ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı, ⁴Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Endüstri Mühendisliği

GİRİŞ VE AMAÇ: Kanser tedavisinde birincil amaç hastanın sağ kalım süresinin artırılmasıdır. Ancak tedavi süresince hastanın yaşam kalitesinin korunması ve mümkünse iyileştirilmesi kanser tedavisinin başarısı için son derece önemlidir. Çalışmada meme kanseri tanısı ile izlenen hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan başlıca yaşam kalitesi ölçeklerinin uygulanmasında karşılaşılan zorlukların belirlenmesi amaçlanmıştır.

METOD: Çalışmaya meme kanseri olgularında yaşam kalitesi ölçeklerinin validasyonu çalışması çerçevesinde Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Medikal Onkoloji bölümünde tedavi ve takibi yapılan ve bilgilendirilmiş olur formu alınan meme kanseri olguları dahil edildi. Çalışmada EORTC, Rosenberg, SF-12, FACT, FLIC ve EQ5D standardize edilmiş yaşam kalitesi ölçekleri ile birlikte önceden hazırlanmış olan ve hastalara ait demografik ve histopatolojik bilgilerin yer aldığı meme takip formu kullanıldı. Anket soruları hastaların tek başına uygulama (TBU) veya 2 anketör tarafından karşılıklı görüşme yöntemleri (KG) kullanılarak uygulandı. Uygulama sırasında karşılaşılan güçlükler kaydedildi.

SONUÇLAR: Çalışmada 23'ü TBU (pilot çalışma) ve 38'i KG yöntemi ile olmak üzere toplam 61 hasta değerlendirildi. Elde edilen sonuçlar tablo 1'de özetlendi. EQ5D yaşam kalitesi ölçeğinin her iki yöntemle de en kolay anlaşılabilir ve sorunsuz cevaplanan ölçek olduğu gözlemlendi (%96 ve %100). Genel olarak anket sorularının doğru olarak cevaplanma oranı tüm yaşam kalitesi ölçekleri için TBU ile daha düşük bulundu. Uygulaması en güç ölçekler FLIC ve SF-12 idi. Daha fazla sorunun yer aldığı EORTC ve FACT ölçeklerinde arka yüzde yer alan soruların TBU yöntemi ile unutulmuş doldurulmadığı gözlemlendi. SF-12 ölçeğinde yer alan soruların benzerliği nedeni ile TBU yöntemi ile benzer soruların cevaplanmadığı öğrenildi. EORTC, FACT ve Rosenberg ölçeklerinde yer alan bazı soruların tam olarak anlaşılabilmesi nedeni ile cevaplanmadığı tespit edildi. Sosyoekonomik ve eğitim düzeyi düşük hastalarda soruların doğru olarak cevaplanma oranı daha düşük bulundu.

TARTIŞMA: Tek başına cevap verme yöntemi kullanılması ile standardize edilmiş yaşam kalitesi ölçeklerinde yer alan soruların anlaşılması ve cevaplanması konusunda hastalar çeşitli sorunlar yaşamaktadır. Ancak karşılıklı görüşme yöntemi ile bu sorunlar en aza indirilebilir. Türk toplumu için en uygun yaşam kalitesi ölçeğinin belirlenmesi için validasyon çalışmasının tamamlanması gerekmektedir.

Tablo.

Yaşam Kalitesi Ölçeği	TBU (n=23)		KG (n=38)	
	n	%	n	%
EORTC	18	78	36	95
Rosenberg	20	87	38	100
SF-12	11	48	37	97
FACT	19	83	37	97
FLIC	11	48	36	95
EQ5D	22	96	38	100

P041**VİTAMİN B12 VE DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ İLE PREZENTE OLAN ÇEKUM YERLEŞİMLİ HODGKİN DIŞI LENFOMA OLGUSU**

¹Fatih Yavuz Erkal, ²Mesut Şeker, ¹Gülçin Güngör, ¹Derya Öztaş Güler, ²Ahmet Bilici, ¹Taflan Salepçi, ¹Eyüp Özpolat, ¹Berkant Sönmez, ¹Ömür Volkan, ¹Sibel Yılmaz Öner, ¹Banu Yıldız, ²Mahmut Gümüş, ²Mustafa Yaylacı, ¹Ali Yayla

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, I. Dahiliye Kliniği, ²Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği

OLGU: Yaklaşık 3 aydır halsizlik, üşüme, ateşlenme ve titreme şikayetleri olan 52 yaşında erkek hasta yerel bir sağlık kurumuna başvurmuş. Hastanın yapılan tetkiklerinde anemi saptanmış ve ileri tetkik-tedavi amaçlı hastanemize sevk edilmiş. Başvurusunda hastanın fizik muayenesinde aksiller 40°C ateşi, konjunktival solukluğu ve batında sağ üst kadranda istemli defans dışında özellik yoktu. Laboratuvar incelemelerinde hemogloblin: 8,6 g/dl, MCV: 73,3 fl., ferritin: 4,82 ng/ml, vitamin B 12: 158,5 pg/ml olarak düşük saptandı. Vitamin B 12 ve demir eksikliği anemisi etyolojisine yönelik tetkikler planlandı. Periferik yaymada spesifik bir bulgu elde edilmedi. Radyolojik incelemelerden batin ultrasonografisinde çıkan kolon civarında pseudokidney, batin tomografisinde çekum seviyesinde tümöral kitle ile uyumlu lezyon görüldü. Üst ve alt gastrointestinal sistem (GİS) endoskopileri yapıldı. Kolonoskopide çekumda ülserovejetan kitle tespit edildi. Alınan biyopsi sonucu "Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma" olarak rapor edildi. Evreleme amacıyla yapılan kemik iliği biyopsisinde metastaz saptanmadı. Evre 1B kabul edilen hastaya R-CHOP kemoterapisi planlanarak taburcusu yapıldı. Hasta halen hastaliksız olarak takip edilmektedir.

TARTIŞMA: Hodgkin Dışı Lenfoma tüm malign neoplastik hastalıkların yaklaşık %3-4'ünü oluşturur. En sık ekstra-nodal tutulum diffüz büyük B hücreli lenfomada görülür (GİS tutulum %15-20). Primer kolorektal lenfoma insidansı nadir olmakla birlikte tüm GİS lenfomalarının %20-25'ini oluşturur. En sık yerleşim yeri çekumdur. Hastalar sıklıkla karın ağrısı, karında kitle ve kilo kaybı semptom ve bulgularıyla başvururlar. Bizim hastamızda olduğu gibi demir eksikliği ve vitamin B 12 eksikliği anemisi etyolojisinde primer kolonik lenfomalar da düşünülmelidir.

P042**CİDDİ HİPERKALSEMİ İLE BAŞVURAN PROSTAT KANSERİ OLGUSU**

Zeki Aydın, Ahmet Akın, Esmâ Türkmen, Seda Akkaya, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Hiperkalseminin en sık nedeni hiperparatiroididir. Yatan hastalarda ise kanserdir. Malignite ilişkili hiperkalsemiler, litik kemik metastazları-osteoklastik aktivite artışı veya paraneoplastik sendroma (PTH veya PTHrp üretimi) bağlı olarak gelişir. Prostat kanserlerinde osteoblastik aktivite artışı olduğundan hiperkalsemi pek beklenen bir bulgu değildir.

OLGU: Yetmişbir yaşında erkek hasta, kabızlık, halsizlik ve bel ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede bel hareketleri sırasında ağrı olmasının dışında bir özellik yoktu. Yapılan tetkiklerinde ALP 1.5 kat yüksek, Ca 21 mg/dl saptandı. Hemen hiperkalsemi tedavisine acil hemodiyaliz başta olmak üzere başlandı. Sonrasında malignite ön tanısı ile yapılan tetkiklerinde PSA dahil olmak üzere, tümör markerları normal saptandı. Kemik sintigrafisinde yaygın osteoklastik aktivite artışı saptanan hastanın, primer odak açısından yapılan tüm batin-toraks BT' de ve endoskopik tetkiklerde bir özellik saptanmadı. Rektal tuşede prostatda düzensizlik olması üzerine yapılan prostat biyopsisi epidermoid karsinom ile uyumlu bulundu ve kemoterapisi düzenlendi. Tedavi sonrası hiperkalseminin gerilediği gözlendi.

TARTIŞMA: Prostat kanseri en sık görülen kanserlerdendir. Patolojik olarak %95 adenokarsinomdur. Kemik metastazları osteoblastik olduğundan hiperkalsemi pek görülmez. Patolojik olarak çok nadir olarak prostatda epidermoid ve transiyonel hücreli tümörler görülebilir. Ciddi hiperkalsemi multipl myelom, meme kanseri ve bazı epidermid kanserlerde görülmektedir. Kemik metastazı olan hastalarda, primer odak olarak, özellikle hiperkalsemik olgularda prostatda epidermoid karsinomun da buna yol açabileceğini vurgulamak için olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

P043**FENTANİL İNTOKSİKASYONU: OLGU SUNUMU**

¹Ömür Volkan, ¹Eyüp Özpolat, ¹Banu Şahin Yıldız, ¹Nazire Aladağ, ²Mesut Şeker, ¹Taflan Salepçi, ¹Fatih Yavuz Erkal, ¹Derya Öztaş Güler, ¹Sibel Yılmaz Öner, ¹Fuat Aydın, ¹Mahmut Apaydın, ¹Ali Yayla

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Dahiliye Kliniği, ²Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği

OLGU: 49 yaşında erkek hasta safra kesesi operasyonu için yapılan rutin tetkiklerinde akciğer grafisinde kostalarda litik lezyonlar saptanması üzerine dahiliye polikliniğine yönlendirilmiş. Yapılan ileri tetkiklerde yaygın kemik metastazı olan ve multiple myelom tanısı alan hastaya ağrıları için durogescic 50 mcg transdermal başlanmış. Yoğun ağrısı olması sebebi ile hasta kendisine önerilen dozun çok üstünde olan dokuz adet durogescic flasteri aynı anda yapıştırmış. İlaç kullandıktan yarım saat sonra genel durumu kötüleşen hastanın acilde görüldüğünde solunum depresyonu ve bradikardisi (30/dakika) saptanmış. Hasta muayene edilirken solunum arresti gelişmesi üzerine entübe edilerek yoğun bakıma alınmış. Hipotansiyonu ve bradikardisi için pozitif inotrop tedavisi başlanan hastanın mekanik ventilasyon süresinin uzaması üzerine trakeotomi açılmış. Üre ve kreatinin değerleri yüksek olduğu için hemofiltrasyona alınan hasta solunum yetmezliği nedeni ile yaklaşık ellidokuz gün kadar yoğun bakım ünitesinde takip edilmiş. YBÜ'deki ellinci gününde entübe edilen hasta dahiliye servisine devir alındı ve multiple myelom için VAD tedavisine başlandı. Kemoterapi sonrası genel durumu iyi olan hasta trakeostomisinin kapatılması için KBB kliniğine devir edildi.

TARTIŞMA: Fentanil, morfinden 100-150 kat daha güçlü etkisi bulunan sentetik bir opioid anajeziktir. Geçmiş yıllarda yüksek etkinliği ve kısa süreli etkisi nedeni ile cerrahi operasyonlarda kullanılmakta iken son dönemde kronik ağrının tedavisindeki kullanımı daha ön plana çıkmıştır. Transdermal flaster formunda 72 saat boyunca etkili olabilen 25,75,50 ve 100 µg/saat dozuna eşdeğer dört formu vardır. Tüm etkili narkotiklerde olduğu gibi fentanilin en ciddi yan hipoventilyasyondur. Görülebilir diğer yan etkiler: bulantı, kusma, kabızlık, hipotansiyon, bradikardi, dalginlik, baş ağrısı, konfüzyon, halüsinasyon, öfori, kaşıntı, terleme ve idrar çıkarmada zorluktur. Bu etkiler transdermal flasterin çıkarılmasından sonra genelde 24 saat içinde kaybolur. Ancak bizim hastamızda olduğu gibi çok yüksek dozda kullanıldığında solunum arresti ve ölümlere sebep olabilir. Tedavide opioidlerin m reseptörleri düzeyindeki kompetitif antagonist olan naloksan kullanılabilir. Literatürde toplam 30 mg dozunda dahi ölümler görülebilirken bizim hastamız toplam 45 mg dozunda fentanil kullanmıştı. Sonuç olarak özellikle fentanil gibi çok ciddi yan etkileri olan ve kolay uygulanabilen anajezik ilaçların yazılması konusunda doktorlar olarak çok daha dikkatli olmalı ve yan etkileri için hastalara çok daha dikkatli uyarılarda bulunmalıyız. Onkoloji hastalarının sayısının her geçen gün arttığı göz önünde bulundurulursa bu alanda daha yaygın olarak kullanılmaya başlanan bir ilacın dramatik yan etkilerini ve sonuçlarını olgu sunumu olarak yayınlamayı uygun bulduk.

P044**ANKAFERD'İN İN VİTRO ORTAMDA İNSAN KOLON KANSERİ (CACO-2) HÜCRELERİ ÜZERİNE OLAN ANTI-KANSER AKTİVİTESİ**

¹Hakan Göker, ³Emine Kılıç, ¹Duygu Uçkan Çetinkaya, ¹Yahya Büyükaşık, ¹Salih Aksu, ⁴Mehmet Turgut, ¹İbrahim C. Haznedaroğlu

¹Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi Erişkin Hematoloji Ünitesi, Ankara., ²Hacettepe Üniv. Pedi-stem Kök Hücre Araştırma Merkezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Hematoloji-Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi, Ankara, ³Hemosoft Bilişim ve Eğitim Hizmetleri Ltd. Hacettepe Teknokent, Ankara, ⁴Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Erişkin Hematoloji Bl., Samsun

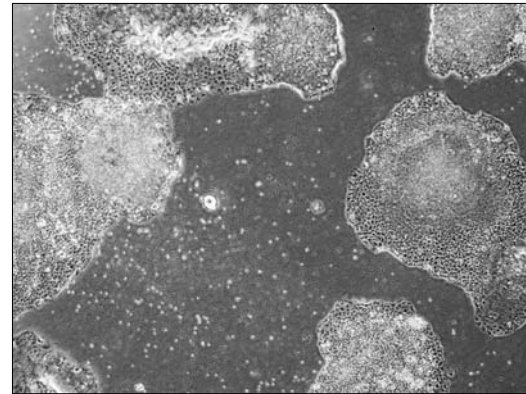
GİRİŞ: Ankaferd, Thymus vulgaris, Glycyrrhiza glabra, Vitis vinifera, Alpinia officinarum ve Urtica dioica adlı bitkilerden standardize edilmiş bir tıbbi ekstretdir. Ankaferd Blood Stopper (ABS®), bir hemostatik ajan olarak Türkiye'de vücut dışı ve cerrahi sonrası dış kanamalarında onaylanarak kullanılmaya başlanmıştır. Ankaferd'in hemostatik, yara iyileştirme, anti-infektif ve anti-inflamatuvar etkileri bilinmektedir. Bu çalışmada, Ankaferd'in insan kolon kanser hücrelerini temsil eden Caco-2 hücreleri çoğalmasında üzerine etkisi araştırılmıştır.

MATERYAL/METOD: Caco-2 hücre hatları %10 FCS, %1 pen/strep içeren DMEM-LG gelişim vasatı içerisinde adezyon gösteren tek tabakalı halde geliştirilerek bu çalışmada kullanılmıştır. İki hücre tipi ayrı ayrı 12 kuyucuklu doku kültür kaplarına hücreler konulmuş ve aynı zamanda gelişim vasatı içerisinde 2,4,6,8,10 ul/ml konsantrasyonda olacak şekilde ABS çözeltisinden ilave edilmiştir. Kontrol grubu olarak ise gelişim vasatında gelişen ancak ABS'a maruz bırakılmayan hücreler kullanılmıştır. Caco-2 ve Saos-2 hücrelerinin gelişimi 16 gün süresince takip edilmiştir.

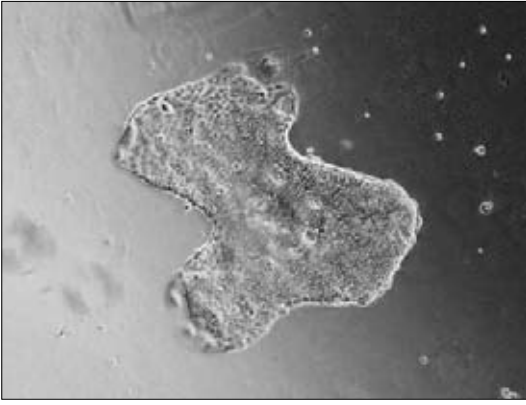
SONUÇ VE TARTIŞMA: Sıvı ve homojen görünümü olan Ankaferd, hücrelerinin gelişim vasatına ilave edildiğinde sarı renkte ve bulanık görünümü agregatların oluştuğu görülmüştür. Vasata ilave edilen Ankaferd oranına göre agregasyonun arttığı ve hücrelerin çoğalmasında doza bağlı inhibisyon ve insan kolon kanseri CaCo-2 hücrelerinin in vitro ortamda canlılıklarında belirgin azalma olduğu gözlemlenmiştir (Resim 1: Kontrol ve Resim 2'de: ABS 10µL uygulandığındaki 16.günde Hücre Canlılıkları, Mikroskop altında 10x büyütme). Mediuma ilave edilen Ankaferd oranına göre agregasyonun belirgin arttığı ve hücrelerin invazyonunda doza bağlı inhibisyon olduğu gözlemlenmiştir. ABS'in CaCo-2 hücrelerinin üzerine olan inhibe edici etkinliği 2 µl/ml de başlamış ve 10 µl/ml de ise çok belirgin hale gelmiştir.

Sonuç olarak; ABS'a maruz bırakılan CaCo-2 hücrelerinin in vitro ortamda adezyon özelliğini kaybettığı ve canlılık oranlarında belirgin azalma olduğu da tespit edilmiştir. Ankaferd'in antineoplastik etkilerinin hangi mekanizmayla geliştiği (kansere hücre damarlanmasının (anjyogenez) inhibisyonu, neoplastik hücre haberleşme-sinyalizasyon sürecinin kesilmesi, defektif transkripsiyonun düzeltilerek neoplastik hücrelerin programlanmış ölüme yönlendirilmesi, diferansiyasyonun arttırılması, kanser hücre mobilizasyonunun azalması/ mikroçevreyle bağın kopması vd.) ileri in vitro ve in vivo çalışmalarla ortaya konulmalıdır.

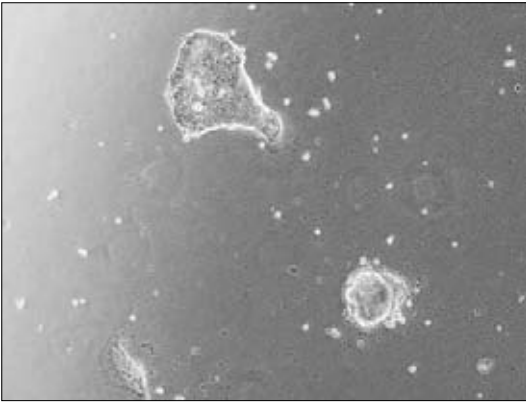
*ABS®'i bilimsel metodlarla standardize edip, geliştiren Hüseyin Cahit Fırat'a ve ABS'i bize temin eden Ankaferd İlaç Şirketi'ne teşekkür ederiz.



Figür 1. CaCo-2 Kolon Kanseri Hücre Dizileri, 16. gün, Kontrol (10x büyütme).



Figür 2. 4 uL ABS varlığında, CaCo-2 Hücreleri İnhibe Edilmiş ve Apoptoz Başlamış, 16. Gün (10x büyütme).



Figür 3. ABS 10uL Varlığında, CaCo-2 Hücreleri Belirgin Azalmış, 16. Gün (10x büyütme).

P045

ASİT NİTELİĞİ İLE CA 125 İLİŞKİSİ

Zeki Aydın, Ahmet Akın, Esra Turan, Muharrem Koçar, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Serum tümör belirteci olan CA-125 glukoprotein yapısında bir antijendir. Epitelial over kanserli olguların %80-85'inde serum düzeyi artmıştır. Endometriyum, serviks, tuba, pankreas, meme, akciğer ve kolon kanseri gibi birçok malign olaylarda ve asit varlığında serum CA-125 düzeyi yükselir. Bu çalışmada asit niteliği ile CA-125 düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir.

MATERYAL VE METOD: Servisimize asit nedeniyle yatan veya yatışı sırasında görüntüleme ve fizik muayenesinde asit olduğu saptanan 50 hasta (20'i (%40) erkek) alındı. Hastaların ortalama yaşı 45.2 yıl idi. Tüm hastalara parasentez yapılarak asit sıvısı analizi yapılarak transüda veya eksüda asit olup olmadığı saptandı. Hastaların serumunda CA-125 düzeyi ölçüldü.

SONUÇLAR: Transüda asit saptanan hastalarda ortalama CA-125 düzeyi 234±87 U/ml, eksüda asit saptanan hastalarda ise 368±202 U/ml saptandı. Peritonitis karsinomatoza tablosunda başvuran 2 bayan hastada over karsinomu tanısı kondu. Bu hastaların birinde Ca-125 3450 U/ml, diğerinde ise 5320 U/ml saptandı.

TARTIŞMA: Çalışmamız sonunda eksüda asit saptanan hastalarda CA-125 düzeyi, transüda asit saptanan hastalarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Daha geniş çaplı, fazla hasta içeren çalışmalar yapılarak CA-125 değeri için cut-off değeri saptanarak, bu değerin, total protein, albumin, LDH ve glukoz düzeyi ölçümü ile birlikte transüda-eksüda asit ayırımının belirlenmesinde katkısı olacağını düşünmekteyiz.

P046

APENDİKS LENFOMASI: OLGU SUNUMU

¹Salih Boğa, ²Hüseyin Mertsoylu, ²Özgür Özyılkan

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,

²Başkent Üniversitesi Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı

AMAÇ: Gastrointestinal sistem malign neoplazmlarının %1-4 ü malign lenfomalardır. Apendiks lenfomaları ise, tüm gastrointestinal lenfomalar içinde %0,015 oranıyla çok daha nadir görülmektedir. Sağ over lojundan kitle ekzisyonu sonrası apendiks lenfoma tanısı alan bir olguyu sunuyoruz.

OLGU: 55 yaşında bayan hasta 2 aydan beri devam eden karın ağrısı nedeniyle merkezimize başvurdu. Sürekli vasfite olan ve sağ inguinal bölgeye lokalize tariflenen ağrı için hastaya yapılan ultrasonografide sağ over lojunda 57x38 mm. boyutlarında düzgün konturlu hipoekoik lezyon saptandı.

Laparotomik eksplorasyon yapılan hastaya total abdominal histerektomi, sağ salpingoofektomi yapıldı, 10x5x2 cm. olan appendiks ve appendiks serozasındaki 4x4x3 cm. kitle çıkarıldı. Operasyonda çıkarılan materyalin patolojik incelemesinde CD 20 (+) diffüz B hücreli lenfoma saptandı.

Evreleme amaçlı yapılan endoskopide ve kolonoskopide başka odağa rastlanmadı. Torakoabdominal tomografide sağ parailiak zincir boyunca multipl lenfadenopatiler saptandı.

Hastaya Mabthera+ CHOP (rituksimab + siklofosamid, adriyamin, vinkristin, prednison) kemoterapi protokolü başlandı. Toplam 8 kür kemoterapi sonrası yapılan kontrol tomografilerinde patolojik boyutta lenfadenopatiye rastlanmadı. Hasta tam remisyonda izleniyor.

SONUÇ: Kitle ekzisyonu sırasında apendiks boyutlarındaki artış da dikkate alınarak yapılan apendektomi sonrasında yapılan patolojik inceleme sonucunda lenfoma tanısına ulaşılmıştır. Primer apendiks lenfoması semptomların erken ortaya çıkmasını sağlayıp erken teşhis ve tedaviye yol açtığı için diğer gastrointestinal sistem lenfomalarına göre daha yüz güldürücü sonuçlar vermektedir. Hastamız 2 ay boyunca devam eden karın ağrısı tarif etmekteyken, akut apandisit nedeni ile akut batın tablosunda gelen vakalarda bildirilmiştir. Bu nedenle elektif veya acil apendektomi materyallerinin birçok enfektif, enflamatuvar ve neoplastik hastalık göz önünde bulundurularak incelenmesi gerekmektedir.

P047

MİKOSİS FUNGOİDESLİ BAYAN HASTADA GELİŞEN OVER KARSİNOMU

¹Nuri Nazif Altınar, ¹Fusun Topçugül, ²Kadriye Bahriye Payzın,

¹Bülent Sözmen, ¹Uğur Muşlu, ¹Sakine Leyla Aslan

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, İzmir, ²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İzmir

GİRİŞ: Mikosis fungoides (MF), kutanöz T hücreli lenfomaların en sık rastlanan tipidir. Mikosis fungoidesde görülen lezyonlar yama, plak ve tümörler şeklinde olabilir. Kaşıntı genellikle en belirgin semptomdur. MF, lenfomatoid papulozis ve Hodgkin lenfoma gibi diğer hematolojik hastalıklarla birlikte görülebilmektedir. Mikosis fungoidesli hastalarda ikinci bir malinite riski de oldukça yüksektir. Prognoz çoğu hasta için genellikle iyidir. En iyi yaşam süresi Sezary sendromu olmayan, 45 yaş altı kadın hastalarda görülür. İleri yaş, bilinen malinite varlığı, tanıda Sezary sendromunun olması bağımsız olarak kötü prognoza ilişkilidir. MFde tedavi bireyselleştirilmeli ve hastalığın evresi, hasta yaşı, semptomları ve performans durumu göz önüne alınmalıdır. Özellikle erken evre MFde agresif, çok ajanlı kemoterapiden kaçınılmalıdır.

OLGU: 65 yaşında, bayan hasta, 20 yıl önce mikosis fungoides tanısı alarak, 11 kür sistemik kemoterapi (endoksan, metotreksat, bleomisin) ile remisyona girmiştir. Hematoloji kliniğinde takiplerine devam eden hastada 2005'te relaps nedeniyle interferon alfa ve topikal nitrojen mustard tedavisi başlandı. Karın ağrısı, karında şişlik şikayetleri olan hasta batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) yaygın asit, sol adneksinde 3x3 boyutunda kitle, peritoneal-omental yüzlerde, barsak anslarının duvarlarında yaygın kalınlaşma- infiltrasyon- yapışıklıklar görülerek over karsinomu ve peritonitis karsinomatoza düşünüldü. Primer odağın belirlenmesi için yapılan kolonoskopi ve gastroskopisinde patoloji saptanmadı, alınan asit sıvısının sitolojik incelemesinde intra sitoplazmik vakuoller içeren atipik hücre grupları görülerek malin epitelial tümör, adenokarsinom lehine yorumlandı. CA 125'i 1605 U/ml saptanan hasta kadın hastalıkları ve doğum kliniğine yönlendirildi. Tanısal laparotomi yapılarak peritoneal biyopsi, barsak yüzeyi tümör ekzisyonu ve sıvı aspirasyonu yapıldı. Patolojik incelemesi sonucunda malin epitelial tümör (seröz karsinom) tanısı alan hastaya konsey kararıyla kemoterapi başlandı.

SONUÇ: Mikosis fungoides, hastaların çoğunun erken evre olması ve tedaviye iyi vermesi nedeniyle iyi prognostudur. Hastalığın seyirinde malinitelerin gelişmesi ve kullanılan ilaçlar, mikosis fungoidesli hastaların takibinde ikinci malinitelere dikkat etmemizi gerektirmektedir.

P048

DİYALİZE GİREN ÜREMİK HASTALARIN VE SAĞLIKLI KONTROLLERİN TÜRBİDIMETRİK İNHİBİSYON İMMÜNOASSAY YÖNTEMİ İLE HEMOGLOBİN A1C ÖLÇÜMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Seydahmet Akın, Rahmi İrmak, Erman Özdemir, Nazlı Taştemiş, Muharrem Koçar, Esra Turan, Seda Akkaya, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

ÖZET: Üremik hastalarda HbA1 konsantrasyonları karbamile hemoglobinin etkileşimine bağlı olarak yüksek saptanmaktadır. Biz bu çalışmada karbamile hemoglobinin ve diğer hemoglobininler (hemoglobinin A1a, hemoglobinin A1b) etkileşime girmeyen türbidimetrik inhibisyon immünoassay yöntemini kullandık. Kırdört hemodiyaliz uygulanan nondiyabetik üremik hasta ve 25 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alınarak açık kan glukozu ve HbA1c düzeyleri ölçüldü. Açık kan glukozlarında hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı. Üremik hastalarda HbA1c düzeyleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Bu sonuçlar bize üremik hastalarda karbamilizasyon dışında nonenzimatik glikolizasyonun da meydana geldiğini göstermiştir.

GİRİŞ: Nonenzimatik glikolize protein seviyeleri bu proteinlerin yarılma ömürlerine bağlı olarak kan glukoz seviyesini yansıtır. Çalışmamızda üremik hastaların hemoglobinin A1c değerlerinin sağlıklı kontrollerle farklı olup olmadığını göstermeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya hemodiyaliz uygulanan 11'i kadın, 33'ü erkek 44 nondiyabetik son dönem böbrek yetmezliği hastası alındı. Ortalama yaşı 41,2 (75-13) olup, 26 ay (8-52 ay) ve 9-14 saat/hafta hemodiyaliz tedavisi almaktaydılar. Tüm örneklerde HbA1c ölçümü için HbA1c II Tina-quant Roche Diagnostics cihazı (English-2002-09-1867539001 01 07 Roche Diagnostics GmbH, D-68298 Mannheim) kullanıldı.

Student T testi ile sonuçlar değerlendirildi.

SONUÇLAR: Nondiyabetik üremik hastalardaki ortalama açık kan glukozu 87,6 mg/dl (±14,43), kontrol grubunda ortalama açık kan glukozu 94,2 mg/dl (±10,71) olarak ölçüldü ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi (p>0.05). Hasta grubunda ortalama HbA1c düzeyi %5,74 (±0,62), kontrol grubunda %5,27 (±0,27) saptandı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi (p<0.05).

TARTIŞMA: Çalışmamıza alınan hemodiyaliz uygulanan nondiyabetik son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda HbA1c düzeyi kontrol grubuna göre yüksektir. DeFronzo ve arkadaşlarının benzer çalışmalarda metodolojik farklılıklar nedeniyle yüksek veya çok düşük nonenzimatik glikozillenme (HbA1c) sonuçları elde etmişlerdir. Casparie ve arkadaşları ile Zawada ve arkadaşların yaptıkları çalışmalarda üremideki nonenzimatik glikolize proteinler nonspesifik kromatografik yöntemlerle çalışılmıştır. Bu yöntemler karbamile hemoglobine ve kısalmış eritrosit ömrüne bağlı olarak yanlış sonuçlara neden olmaktadır. Josefina Sabater ve arkadaşları standart tedavi alan hastalarda nonenzimatik glikozillenmeyi diyaliz tedavisi alan hastalarda daha yüksek bulduklarını ve diyalizin nonenzimatik glikozillenmeyi azalttığını bildirmişlerdir. Çalışmalarında bizim kullandığımız yöntem olan Türbidimetrik İnhibisyon İmmünoassay Yöntemini kullanmışlardır. Daha fazla hasta ve daha uzun süreli çalışmalarla bu sorulara daha gerçekçi yanıtlar verilebileceği düşüncesindeyiz.

P049

DİYABETİK VE NONDİYABETİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA KARDİYAK TROPONİN I DÜZEYLERİ

Fatma Paksoy, Gökhan Apucu, Didem Gökçen Gürbüz, Şuayip Oygün, Fatih Borlu

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Son dönem böbrek yetersizliği (SDBY) hastalarında kardiyovasküler hastalıklar mortalite nedenleri arasında ilk sırada gelmektedir. Bu hastalar sessiz iskemi ve atipik akut koroner sendrom prezantasyonu ile yüksek risklidir. EKG değişikliklerinin yorumlanması da daha önceden varolan sol ventrikül hipertrofisi, elektrolit bozuklukları, iletim anormallikleri ve kullanılan ilaçlar nedeni ile zordur. Eşlik eden diyabet varlığında tüm hasta gruplarında aterosklerozun doğal seyri hızlanmaktadır.

Bu çalışmada, diyabetik ve nondiyabetik SDBY hastalarında hemodiyaliz (HD) öncesi ve sonrası kardiyak troponin-I (cTnI) düzeyleri ölçülerek, diyalizin miyokardial hasara neden olup olmadığı incelendi.

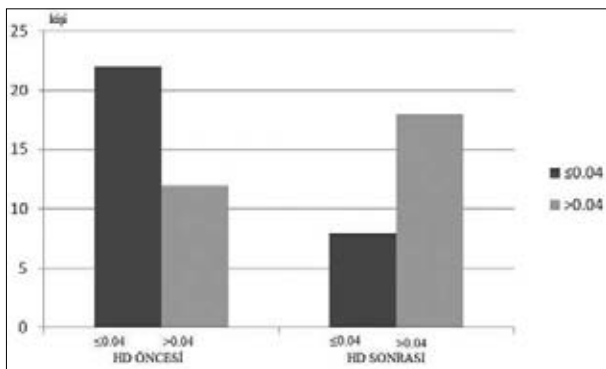
MATERYAL VE METOD: Çalışmaya 6 aydan uzun süredir, haftada 3 kez hemodiyalize girmekte olan, bilinen koroner arter hastalığı tanısı olmayan 80 hasta (57'si erkek ve 23'ü kadın) alındı. Hemodiyalizdeki kan akımı 250 ile 300 ml/dk ve diyalizat akımı 500 ml/dk olarak standardize edildi. Olguların tamamında bikarbonatlı diyaliz yöntemi uygulandı. Hastalar diyabetik olanlar (%37,5) ve nondiyabetikler (%62,5) olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Hemodiyaliz öncesinde ve sonrasında alınan kan örneğinde cTn-I çalışıldı. cTn-I değeri $\leq 0,04$ ng/ml normal olarak kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 44 ± 24 yıl idi. Tüm hastaların ortalama cTn-I düzeyleri; HD öncesi $0,0234 \pm 0,0169$ ng/ml, HD sonrası $0,0345 \pm 0,0549$ ng/ml olup, HD sonrası cTn-I düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı görüldü ($p < 0,0001$).

Diyabetik hastaların HD öncesi ortalama cTn-I düzeyleri $0,032 \pm 0,018$ ng/ml ve sonrasında $0,067 \pm 0,093$ ng/ml saptandı. HD sonrası artış istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı idi ($p < 0,0001$). Yine, diyabetik olan grup ile nondiyabetik olan grup karşılaştırıldığında HD öncesi ve sonrası cTn-I değerleri arasındaki artış istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0,0001$).

Diyabetik grupta HD öncesinde cTn-I $> 0,04$ ng/ml olan hasta sayısı ise 8 iken, HD sonrasında 18 kişiye yükseldi, bu artış istatistiksel olarak anlamlı idi ($p = 0,002$). Nondiyabetik grupta ise istatistiksel açıdan bir anlamlı bir artış saptanmadı ($p > 0,05$). (Grafik 1)

TARTIŞMA: Kronik böbrek yetersizliği olan hastalarda yüksek troponin değerlerinin sürekli, klinik küçük miyokardiyal infarktılara işaret ettiği ve semptom olsun ya da olmasın morbidite ve mortalite artışı ile yakından ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. HD işlemi, özellikle koroner hastalık eş değeri olarak görülen diyabetes mellitusta daha fazla olmak üzere, miyokarda mikroinfarktılar oluşmasına ve bazal kardiyak troponin seviyelerinin yüksek seyretmesine neden olmaktadır.



Grafik. Diyabetik SDBY hastalarında HD öncesi ve sonrası cTn-I düzeyleri

P050

GİTELMAN VE BARTTER SENDROMU, HİPOKALEMİK METABOLİK ALKOLOZLU HASTALARIN ANALİZİ

Yalçın Önem, Yaşar Küçükardalı, Burak Şahan, Enes Murat Atasoyu, Osman Metin İpçioğlu, M. Hakan Terekeci, Halil Onur Özarı, Emrullah Solmazgöl, Cihan Top, Çağatay Öktenli

GATA Haydarpaşa Eğt. Hst.

Kalitsal normotansif hipokalemik metabolik alkalozun en yaygın iki şekli Bartter ve Gitelman sendromudur. Bartter çoğunlukla, çocuklarda Gitelman ise adolesan ve yetişkinlerde görülür. Biz burada yetişkin başlangıçlı üç Gitelman ve Bartter sendrom vakasını analiz ettik. Hastalar parastezi, kramp, poliüri, polidipsi ve/veya güçsüzlük şeklinde klinik görünümü olan ciddi hipokalemiden dolayı mürcaat etti.

Hastaların bütün hepsinde normal kan basıncı, hipokalemi, hiperreninemik hiperaldosteronizm ve azalmış fraksiyonel klor reabsorpsiyonu vardı. Kronik hipokaleminin ayırıcı tanısında anahtar kelimeler, kan basıncı değerlendirmesi, asid-baz dengesi, serum kalsiyum konsantrasyonu ve 24 saatlik idrarda potasyum ve kalsiyum ekskresyonudur.

Tablo.

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3
Doğum tarihi, cinsiyet	Kasım 1985, Erkek	Aralık 1987, Erkek	Temmuz 1981, Erkek
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	21	17.4	18
Başvuru yaşı	18	20	26
Kan basıncı (mmHg)	100/60	110/70	120/75
Semptomlar	Halsizlik, adele güçsüzlüğü, kramp	Halsizlik, adele güçsüzlüğü, parezi, poliüri, polidipsi	Halsizlik, quadriparezi, rabdomiyoliz, adele güçsüzlüğü, parezi, poliüri, polidipsi
Serum konsantrasyonu (normal değer aralığı)			
Na (135-148 mmol/L)	140	137	140
K (3.8-5.6 mmol/L)	2.7	2.3	1.6
Cl (95-110 mmol/L)	92	90	93
Ca (2.05-2.65 mmol/L)	2.25	2.32	2.4
Mg (0.78-1.03 mmol/L)	0.61	0.79	0.78
Creatinin (53-106 mmol/L)	101	55	85
Urea (2.5-7.47 mmol/L)	7.75	7.3	6.2
PRA (0-2.5 ng/ml/h)	76.5	76	169
Aldosteron (12-150 pg/ml)	159	155	244
İdrar konsantrasyonu (normal değer aralığı)			
Na (130-260 mmol/24 h)	396	530	966
K (51-102 mmol/24h)	128	146	136
Cl (170-250 mmol/24 h)	280	367	290
Ca (2.5-8.0 mmol/24 h)	1.07	2.20	10.8
Mg (50-150 mg/24 h)	145	200	392
Diüretik kullanımı	-	-	-
Kan gazı			
pH (7.35-7.45)	7.53	7.52	7.54
HCO ₃ (25-32 mmol/L)	37.4	32	36
pCO ₂ (35-45 mmHg)	45	42	44

P051

BÖBREK NAKLİ HASTALARINDA TİROİD KANSERİ GÖRÜLME SIKLIĞI

¹Özkan Güngör, ¹Ali Çelik, ¹Levent Kebapçılar, ²Oğuzhan Karaoğlu, ³Koray Atilla, ⁴Tülay Canda, ¹Fırat Bayraktar, ¹Sena Yeşil

¹Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Dokuz Eylül Üniversitesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı, ³Dokuz Eylül Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında tiroid hormon metabolizmasına ait pek çok değişiklik görülür, ancak böbrek nakli sonrası ilk 6 ay içerisinde hormon değişiklikleri düzelir. Bu hastalar nakil sonrası tiroid malignitesi gelişimi açısından risk altındadırlar. Bu konuda literatürde geniş serili prospektif bir çalışma bulunmamaktadır. Biz bu çalışmada Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi erişkin Nefroloji Bilim Dalı'nda takip edilen böbrek nakli hastalarında tiroid malignite sıklığını araştırmayı amaçladık.

HASTALAR VE YÖNTEM: Çalışmaya 122 böbrek nakli hastası alındı. Hastaların 76'sı erkek, 46'sı kadın, yaş ortalamaları 39.8 ± 12.1 yıl, nakil sonrası takip süresi ise; 59.9 ± 49.5 (6-372) ay idi. Hastaların hepsinden tiroid fonksiyon ölçümleri için kan örneği alındı ve tiroid ultrasonografisi (USG) yapıldı. Troid



USG'de nodül boyutu 1 cm'den büyük olan hastalardan tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapıldı. İİAB'de malignite kuşkusu olan hastalarda tiroidektomi uygulandı.

SONUÇLAR: Laboratuvar incelemelerinde; 108 hasta ötiroid (%88.5), 2 hasta subklinik hipotiroidi, 10 hasta subklinik hipertiroidi, 2 hasta da ise sadece FT3 düşüklüğü saptandı. Bütün hastalarda tiroid otoantikorları negatif olarak bulundu. Tiroid ultrasonografisinde; tiroid hacimleri ortalama 14.2 ± 7.2 mL olup, 112 (%91.8) hastada 4-9 (40.2) tiroid nodülü saptandı. Tiroid nodülü saptanan hastaların incelemesinde; 43 (%87.8) hasta ötiroid, 1 hasta subklinik hipotiroidi, 4 hasta subklinik hipertiroidi, 1 hastada ise sadece T3 düşüklüğü saptandı. 24 (%48.9) hastaya tiroid İİAB yapıldı. Diğer hastalar ise ultrasonografik olarak takibe alındı. 2 hastaya malignite kuşkusu ile tiroidektomi uygulandı. Sadece 1 (%0.8) hastada tiroid papiller Ca saptandı ve total tiroidektomi yapıldı, diğer hastalarda benign sitoloji saptandı.

SONUÇ: Tiroid kanserleri genellikle asemptomatik seyretmektedir. Böbrek nakli hastalarının izlemine tiroid ultrasonografisinin her yıl tekrarlanması yararlı olduğu düşünülmektedir.

P052

SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİKLİ HASTALARDA SERUM PROHEPCİDİN SEVİYELERİNE FLUVASTATİNİN ETKİLERİ

¹Mahmut Arabul, ¹Yusuf Yılmaz, ¹Mehmet Ali Eren, ¹Mustafa Güllülü

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

AMAÇ: Anemi, düşük düzeyde inflamasyon ve/veya lipid metabolizmasındaki değişiklikler, diyaliz tedavisindeki ilerlemelere rağmen son dönem böbrek yetmezliğinde (SDBY) sık gözlenen bulgulardır. Hepcidin, demir metabolizmasının anahtar regülatörü olup, SDBY'li hastalarda inflamasyon-anemi etkileşiminde önemli bir rol oynayabilir. Statinler diyaliz hastalarında kardiyovasküler olayları azaltmaktadır. Statinlerin total ve düşük molekül ağırlıklı (LDL) kolesterolü düşürmesine ek olarak anti-inflamasyon gibi çeşitli pleotropik etkileri mevcuttur.

YÖNTEM VE GEREÇLER: Diyaliz hastalarında statinlerin anemi ve inflamasyon üzerine etkilerini değerlendiren az sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmada fluvastatin verilen grup (n: 22) plasebo (n: 18) ile kıyaslandı. Fluvastatin grubunda hemodiyaliz hasta sayısı 11, periton diyaliz hasta sayısı 11, plasebo grubunda hemodiyaliz hasta sayısı 10, periton diyaliz hasta sayısı 8 idi. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, diyaliz süresi, eritropoetin kullanımı, hipertansiyon ve diabetes mellitus varlığı açısından istatistiksel farklılık yoktu. Çalışmamızda dislipidemi, renal anemisi olan SDBY'li hastalarda fluvastatinin etkilerini (80 mg/gün) değerlendirmek için 8 hafta takip etik ve plasebo ile serum prohepcidin, yüksek duyarlılık CRP (hs-CRP), RBC, Hg, Htc, ferritin, Fe, FEBK düzeylerini kıyasladık.

SONUÇ: Fluvastatin tedavisi total kolesterol ($P < 0.05$), LDL-kolesterol ($P < 0.01$), hs-CRP ($P < 0.05$) ve serum prohepcidin seviyelerini ($P < 0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde azalttı. RBC, Hg, Htc, ferritin, Fe, FEBK düzeylerinde istatistiksel düzeyde değişiklik saptanmadı.

TARTIŞMA: Bizim çalışmamız SDBY'li hastalarda kısa dönem statin tedavisinin serum prohepcidin seviyelerinde yaptığı değişim inflamasyonla birlikte anemiyeye de katkısının olabileceğini düşündürmektedir. Renal anemide statinlerin potansiyel faydaları etkilerinin tam anlamıyla ortaya konabilmesi için geniş bir hasta grubuyla, uzun dönem yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

P053

RENAL GLUKOZURİLİ OLGU SUNUMU

Arzu Akşahin, Zafer Ercan, Melih Pamukcu, Atakan Pirpir, Aşkın Güngüneş, İ. Safa Yıldırım

Ankara Yıldırım Beyazıt EAH 3. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Böbrek plazma glukoz seviyelerinin regülasyonunda major rolü oynar. Primer renal glukozüri (OMIMI 233100) hiperglisemi yada diğer proksimal tübüler disfonksiyonları olmaksızın renal glukoz atılımı ile karakterize bir durumdur. Sodyum glukoz kotransporter tip 2 eksikliğinin renal glukozüriye yol açtığı son zamanlarda ortaya konmuştur. Hastalığın tanı kriterleri; hiperglisemi olmadan glukozüri olması, glukozun bütün idrar örneklerinde bulunması, oral glukoz tolerans testinin normal olması, glukoz geri emilimini etkileyecek herhangi bir renal patolojinin olmamasıdır. Burada ebeveynlerinde akrabalık olmayan bir renal glukozüri vakası sunulmuştur.

OLGU: 18 yaşında erkek hasta dahiliye polikliniğimize idrar yaparken yanma şikayeti ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde yaşına göre boy ksalığı ve pubertal bulgularında gelişme geriliği tespit edildi, diğer fizik muayene bulguları normal sınırlarda idi. Özgeçmişinde aralıklı olarak idrarda yanma ve genital bölgede yanma şikayetinin olduğu ve daha önce tetkik edilmediği öğrenildi. İstenen tetkiklerde spot idrarda 4+ (1000 mg/dl) glukozüri tespit edildi. İdrar dansitesi 1031 idi. Eş zamanlı istenen kan tetkiklerinde AKŞ: 80 mg/dl iken diğer biyokimyasal parametreleri ve kan elektrolitleri normal sınırlarda idi. Hastanın idrar dansitesi 996 mOsm/kgH₂O idi. OGTT'si normal sınırlarda olan hastanın AKG'ında patoloji saptanmadı. 24 saatlik idrarda bakılan kreatinin, kreatinin klereansı, albumin, sodyum, potasyum, fosfor ve kalsiyum değerleri normaldi. Sabah açlık insülin ve C-peptid değerleri normaldi. Proksimal tübül disfonksiyonu açısından istenen serum ve idrar aminoasit kağıt kromatografisi normaldi. Yapılan üriner sistem USG'sinde sağ böbrekte hafif rotasyon anomali ise uyumlu görüntü dışında bir patoloji saptanmadı. SGLT2 mutasyonu için ise tetkik yapılmadı. Hastanın soygeçmişinde anne baba arasında herhangi bir akrabalık ve belirgin bir hastalık öyküsü olmadığı belirlendi.

TARTIŞMA: Renal glukozüri vakaların çoğunda herhangi bir renal yapısal değişikliğe rastlanmamıştır. Literatürde vakamızda tespit edilen hafif rotasyon anomali ile renal glukozüriyi ilişkilendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Alttan yatan mekanizmanın proksimal tübül glukoz transportunda izole selektif bir bozukluk olduğu ve otozomal resesif bir geçişe sahip olduğu bilinmektedir. Vakamızda anne baba arasında bir akrabalık yoktu ve kardeşlerde de benzer bir şikayet, bulgu tespit edilmedi. Literatürde yer alan benzer vakalarda 30 yıllık takipte herhangi bir hiperfiltrasyon sendromu yada mikroalbuminüri gelişmediği ortaya konmuştur. Primer renal glukozüri çok iyi prognoza sahip bir durum olarak kabul görmektedir. Sadece bu vakalarda glukoz kaybına bağlı kronik kalori açığı ve gelişme geriliğine yol açan hormonal değişiklikler gelişebileceği düşünülmektedir. Sunulan vaka literatürde yer alan ve anne baba akrabalığı tespit edilmemiş tek primer renal glukozüri vakasıdır.

P054

SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZ HASTASINDA SİTOMEGALOVİRUS PERİTONİTİ

¹Gözde Derviş, ¹Veli Çakıcı, ²Elif Yorulmaz, ²Celal Ulaşoğlu, ²Feruze Yılmaz Enç

¹Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Dahiliye Kliniği, ²Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarının tedavisinde sürekli ayakta periton diyalizi (SAPD) sık tercih edilen tedavi yöntemlerinden biridir. Peritonit, kronik peritoneal diyalizin önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır. İmmünkomprezite hastalarda sitomegalovirus (CMV) ile gastrointestinal sistem tutulumu yaygın değildir ve genellikle latent enfeksiyonun reaktivasyonu şeklindedir. CMV kolitinde ciddi inflamasyon ve vaskülit, barsağın transmural nekrozu ve iskemisine neden olarak perforasyon ve peritonitle sonuçlanabilir. Bu yazıda CMV kolitine sekonder peritonit gelişen kronik böbrek yetmezliği olan bir olgu sunulmuştur.

45 yaşında bayan hasta karın ağrısı, halsizlik, bulantı, kusma ve ateş şikayetleri ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde 2 yıldır KBY nedeniyle günde 4 defa SAPD uygulayan hastanın son 1 yılda 3 defa peritonit atağı geçirme öyküsü mevcuttu. SAPD sıvısında 596 lökosit (%80 PNL) saptanması üzerine peritonit ön tanısı ile dahiliye servisine yatırıldı. Fizik muayenesinde cilt rengi koyu ve tüm vücutta ciltten hafif kabark eritemli lezyonları mevcuttu. Kan basıncı: 60/40 mmHg, nabız: 85/dk, ateş: 38°C olarak tespit edildi. Batın muayenesinde yaygın hassasiyeti ve defansı mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre 16600/mm³, ESR: 53 mm/saat, CRP: 9.86 mg/dl, üre: 138 mg/dl, kreatinin: 11.4 mg/dl, AST: 67 U/L, ALT: 88 U/L, ALP: 594 U/L, GGT: 146 U/L, LDH: 464 U/L saptandı. Hastaya vankomisin ve amikasin tedavisi başlandı. Batın içi abse oluşumunu ekarte etmek için yapılan bilgisayarlı tomografi incelemesinde batın içi serbest sıvı ve inen kolon seviyesinde anormal sonlanım tespit edildi. Periton sıvısı ve kan kültürleri steril kaldı. Periton sıvısı ARB tetkiki negatifti. Kolonoskopik incelemede rektosigmoid kavşaktan itibaren aralıklı devam eden, derin ekssudalı çapları 3-20 mm arasında değişen ülserler görüldü. Ülserler arasındaki mukoza normal görünümündeydi. Histopatolojik incelemede orta derece aktif kolit, fokal kriptit ve minimal kript distorsiyonu olarak rapor edildi. Granulom ve basil kriptit ve inflamatuvar barsak hastalığı yönünde bulgu saptanmadı. CMV antijenemi viral yükü IFA ile pozitif saptandı. Moleküler biyoloji laboratuvarında bakılan CMV RT-PCR testi 297 kopya/ml olarak raporlandı (duyarlılık değeri 60 kopya/ml). Hastaya gansiklovir tedavisi başlandı. Tedavi sonrası klinik ve laboratuvar olarak düzelmeye gözlenen hastanın 3 hafta sonra tekrarlanan kolonoskopisinde patoloji saptanmadı. Hastanın son 1 yıllık takibinde peritonit atağı gözlenmedi.

SONUÇ: İmmünkomprezite hastalarda CMV enfeksiyonu retinit, pnomoni, ensefalit, hepatit ve gastrointestinal sistem ülserasyonları gibi çeşitli klinik tablolarla ortaya çıkabilir ve ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu yazıda sık tekrarlayan peritonit atakları ile başvuran kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda CMV kolitinin de göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmıştır.

P055

HEMODİYALİZİN QUANTİFERON-TB GOLD TESTİ SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİ

¹Mehmet Hürsitoğlu, ¹Mehmet Ali Çıkrıkçıoğlu, ¹Tufan Tükek, ¹İsmet Beycan, ²Nigar Ahmedova, ²Serkan Karaçuha, ¹Mahmut Sansal, ¹Oktay Özkan, ²Vedat Çelik

¹Vakıf Gureba Hastanesi, ²Güneş Diyaliz Merkezi

GİRİŞ: Solid organ nakli öncesinde hastalarda latent tüberküloz enfeksiyonu taraması yapılması zorunludur. Ancak, bu işlem hemodiyaliz (HD) programındaki hastalarda kolay değildir. Yeni geliştirilmiş olan interferon-gama (IFN- γ) bazlı Quantiferon-TB Gold in-tube testi (QFT-G) diğer testlere göre bu konuda daha üstün görünmektedir.

AMAÇ: Hemodiyaliz işleminin, QFT testi sonuçları üzerine etkisi olup olmadığını araştırmak.

METOD: Bir aydan uzun süredir haftada 3 gün hemodiyaliz programında olan toplam 56 hasta prospektif çalışmaya alındı. QFT-G testi her hastada 4 saatlik hemodiyaliz işlemi öncesi ve sonrasında çalışıldı.

BULGULAR: Hemodiyaliz işlemi sonrasında, HD öncesine kıyasla IFN- γ üretim düzeyinde belirgin azalma saptandı ($P=0.00$). HD öncesi test sonucu 21 hastada (%37.5) negatif, 33 hastada (%58.9) pozitif ve 2 hastada da (%3.6) indetermine olarak çıktı. HD öncesi negatif sonuçlu bir hastada, HD sonrası pozitifleşme oldu. Bununla birlikte HD öncesi pozitif sonuçlu 7 hastada ve indetermine sonuçlu 2 hastada HD sonrası sonuçları negatifleşti ($P=0.012$).

SONUÇLAR: HD programındaki kronik böbrek yetersizliği hastalarında QFT-G testinin duyarlılığının azalması için, bu grup hastalarda testin HD öncesinde yapılmasının daha uygun olacağını düşünüyoruz.

P056

KALP VE BÖBREK TUTULUMU İLE SEYREDEN KAPPA TİPİ HAFİF ZİNCİR BİRİKİM HASTALIĞI

Kadri Atay, Halil Yazıcı, Erdal Kara, Harika Onay, Suut Göktürk, Selim Yavuz, Aydın Türkmen

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Hafif zincir birikim hastalığı birçok organı etkileyebilen sistemik bir hastalıktır. En sık proteinüri ve böbrek yetersizliği ile prezente olur. Kardiyak yetersizlik bulguları hafif zincirlerin miyokartta depolanma derecesi ile koreleir ve genellikle hastalığın ileri evrelerinde olur. Prognozu kardiyak tutulum belirler. Burada böbrek ve kardiyak tutulum ile seyreden kappa tipi hafif zincir birikim hastalığı olan bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: Elli yaşında, erkek, 2 aydır olan nefes darlığı ve her iki bacakta şişlik şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde yumuşak ödem, venöz dolgunluk, hepatojuguler reflü, akciğer bazallerinde staz ralleri, S3 ve ağırlı hepatomegalisi mevcuttu. Laboratuvarında: BUN 50 mg/dl, kreatinin 2.5 mg/dl, AST/ALT 18/20 U/l, lökosit 6400/mm³, trombosit 57000/mm³, Hgb 9.7g/dl, Hct %27, tam idrar tahlilinde 4 (+) protein saptandı. Esbach yöntemi ile proteinürisi 1.2 gr/gün bulundu. Protein elektroforezinde hipogammaglobulinemi saptandı. EKO'da ciddi biventriküler konsantrik hipertrofi (amiloidoz?), sol ventrikül diyastolik disfonksiyonu saptandı. Batın ve toraks BT'sinde sol ventrikül hipertrofik ve hepatomegalisi saptandı. Böbrek yetersizliği, hipogammaglobulinemi, gram tutan proteinüri ve EKO'da ciddi biventriküler konsantrik hipertrofi (amiloidoz?) olması üzerine multipl myelom ve primer amiloidoz olabileceği düşünüldü. İmmünelektroforezde serumda Ig G kappa tipi monoklonal gammopati, idrarda kappa tipi serbest hafif zincir (kappa hafif zincir birikim hastalığı?) saptandı. Kemik iliği biyopsisinde CD 38 (+) plazma hücreleri %10 civarında, bunların %80-90'ını kappa hafif zincir, %10-20'ini ise lambda hafif zincir (+) plazma hücreleri oluşturuyordu. Yapılan böbrek biyopsisi kronik nefropati (nefroskleroz) ile uyumlu bulundu. Kongo boyası ile yapılan boyamada amiloidoz saptandı. Kappa ve lambda boylarıyla yapılan boyamada kappa hafif zincir (+) plazma hücrelerinin proksimal tübül bazal membranında yoğun olarak depolandığı görüldü. Takiplerinde atrial fibrilasyon gelişen hastada kardiyak tutulum açısından çekilen kardiyak MR'da sağ ventrikül ve sol ventriküle duvar kalınlık artışı ve kontrast fiksasyonu görüldü bu da kardiyak tutulumla uyumlu bulundu. Hastaya kappa tipi hafif zincir birikim hastalığı (renal, kardiyak ve muhtemel karaciğer tutulumlu) tanısı ile deksametazon tb 40 mg başlandı (VAD protokolüne uygun olarak). Kronik hemodiyaliz programına alınan hasta iki aylık serum/ıdrar immünelektroforez sonuçları ile değerlendirilmek üzere tabike alındı.

SONUÇ: Kappa tipi hafif zincir birikim hastalığı bütün sistemleri etkileyebilir. Restriktif tipte diyastolik kalp yetersizliği ve beraberinde gram tutan proteinürisi olan hastalarda amiloidoz benzeri birikim hastalıkları düşünülmelidir. Amiloidozun gösterilemediği olgularda hafif zincir birikim hastalığı da akla gelmeli ve buna yönelik araştırma yapılmalıdır.

P057

HEMODİYALİZ HASTALARININ YETİ YİTİMİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON YÖNÜNDE DEĞERLENDİRİLMESİ

Şehriban Çürük, Füsün Erdenen, ²Çağatay Karşıdağ, Cüneyt Müderisoğlu, Mine Besler, Sinan Trabulus, Esmâ Altunoğlu

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ²SB Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Bu çalışmada amacımız hastanemiz Hemodiyaliz Ünitesinde hemodiyaliz (HD) programındaki kronik böbrek yetmezliği (KBY) tanısı ile izlenen hastalarda kronik bedensel hastalık ve yeti yitimi düzeyi arasındaki ilişkilerin incelenmesidir.

Araştırmaya 37 kadın, 38 erkekte oluşan toplam 75 KBY'li hasta ve 22 kadın, 28 erkekte oluşan toplam 50 sağlıklı kontrol bireyi alındı. Yaş ortalamaları hasta grubunda 51,05±15,87, kontrol grubunda 49,86±17,22 idi.

Gruplara Sosyodemografik Form (SDF), Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA), Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPÖ), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) uygulandı.

İstatistiksel analizler GraphPad Prisma V. 3 paket programı ile yapıldı. Karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi, Tukey çoklu karşılaştırma testi, bağımsız t testi ve ki-kare testi kullanıldı.

Çalışmamızda hasta grubunda anksiyete ve depresyon düzeyi ve KYA toplam puanı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti. KPÖ açısından iki grup arasında anlamlı fark gözlenmedi. Hasta grubunda dul ya da boşanmışların, eğitimsizlerin, çalışmayanların ve düşük gelir düzeyi bulunanların oranı anlamlı olarak yüksek bulundu. Eğitimsiz kişilerde orta ve ağır düzeyde yeti yitimi ve depresyon düzeyi anlamlı olarak yüksek bulundu. Anksiyete düzeyi ise kadınlarda anlamlı olarak daha yüksekti.

Sonuç olarak hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete eğiliminin önemli ölçüde arttığı saptanmıştır. Bu nedenle hemodiyaliz tedavisi altındaki hastaların psikiyatrik açıdan da değerlendirilmeye alınması ve gerekiyorsa bu yönde tedavi programlarının başlatılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

P058

POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞINA SEKONDER GELİŞEN NEFROJENİK DİYABET İNSİPIDUS: OLGU SUNUMU

Edip Uçar, Can Hüzmeli, Murat Güllü, Atılay Görgel, İsmail Zeki Tekiş, Ertuğrul Bal

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Nefrojenik diabetes insipidus (NDI) antiüretik hormona (ADH) periferde cevapsızlık veya direnç gelişmesi ile oluşan aşırı idrar yapma (poliüri), aşırı susama hissi (polidipsi) ile karakterize bir klinik tablodur. Birçok nedeni olmakla beraber polikistik böbrek hastalığı da bu nedenler arasındadır. Polikistik böbrek hastalığı otozomal dominant geçişli, %95 bilateral olan ve semptomları genelde 40 yaşından sonra ortaya çıkar. Böbrekler genelde çok büyümüşlerdir, yüzeyleri değişik boyutlarda çok sayıda kistle kaplıdır. Parankimde peritübüler fibrozis vardır. Ağrı, hematüri, infeksiyon ve böbrek yetmezliği oluştuğunda baş ağrısı, bulantı, kusma, halsizlik, kilo kaybı önemli semptomlardır. Diğer organlarda karaciğer, beyin ve pankreasta kistler olabilir. Anemi, proteinüri ve mikroskopik hematüri klasik bulgulardır.

OLGU: 34 yaşında erkek hasta, çok su içme ve çok idrar yapma şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın doğduğundan beri şikayetleri varmış. Sürekli ağzı kuruluğu ve su içme ihtiyacı oluyormuş. Günde 20 L kadar su içiyormuş. Ara ara halsizliği oluyormuş. Hasta 1993-1996 yılları arasında minirin® (desmopressin asetat) sprey kullanmış. Özgeçmişinde özellik yoktu, sigara-alkol içmiyor. Soygeçmişinde annesinde astım vardı. Fizi muayenede özellik yoktu. İdrar dansitesi: 1005, idrar osmolaritesi: 50 mOsm/L, Plazma osmolaritesi: 294 mOsm/L, WBC: 7300/mm³ (4100-11200/mm³), Hb: 17 g/dL (11,7-17,2 g/dL), Plt: 107000/mm³ (156000-388000/mm³) Glukoz 110 mg/dL (74-118 mg/dL), BUN: 18 mg/dL (5-20 mg/dL), Kre: 1,5 mg/dL (0,4-1,2 mg/dL), Na: 141 mmol/L (136-144 mmol/L), K: 4,9 mmol/L (3,6-5,1 mmol/L), SGOT: 30 IU/L (15-41 IU/L), SGPT: 41 IU/L (17-63 IU/L), GGT: 19 IU/L (7-50 IU/L) T. Protein: 7,3 g/dL (6,1-7,9 g/dL), Albümin: 3,7 g/dL (3,5-4,8 g/dL). İdrar Na: 23,4 mmol/L, İdrar K: 9,3 mmol/L arteriyel kan gazı: pH: 7,42 pCO₂: 47 mmHg, pO₂: 89 mmHg, HCO₃: 30 mmol/L, sO₂: 97 %idi. PA akciğer grafisi

normal, batın USG'de (bilateral böbrekler ileri derecede büyümüş ve multipl kistler izlenmiştir. Böbrek parankimi izlenmemiştir. Bulgular polikistik böbrek hastalığı olarak değerlendirildi. Su kısıtlama testinde idrar dansitesi ve idrar osmolaritesi artmadı.

Hastaya losartan 100mg+hidroklorotiazid 25 mg başlandı. İlaça başladıktan sonra şikayetleri gerileyen hasta halen poliklinik takibindedir ve semptomları yoktur.

P059

DETRUSİTOL®'E BAĞLI GELİŞEN NEFROJENİK DİYABET İNSİPIDUS: OLGU SUNUMU

Edip Uçar, Murat Güllü, Can Hüzmeli, Atılay Görgel, Tuğba Yetim, Sema Asilyörük

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Nefrojenik diabetes insipidus (NDI), antiüretik hormonun (ADH) fizyolojik etkilerine böbrek tübül düzeyindeki yantısızlıkla karakterize; poliüri, polidipsi ile seyreden klinik bir tablodur. NDI'da plazma osmolaritesi artmış, idrar osmolaritesi azalmış, ADH normal veya artmış olabilir. Sıvı kısıtlama testi ve ADH verilmesi ile idrar osmolaritesi değişmez. NDI'nın birçok nedeni olabilmekte iken literatürde daha önce bildirilmemiş olan detrusitol (tolretodin L tartarat ve titanyum dioksit içermekte) bağlı nefrojenik diyabet insipidus vakasını bu bildiri ile birlikte sizlerle paylaşmak istedik.

OLGU: 51 yaşında, bayan, evli 5 çocuklu idi. Polikliniğimize aşırı su içme ve aşırı idrar yapma şikayetleri ile başvurdu. Şikayetleri bir aydır varmış. Yaklaşık 20 L su içiyormuş ve sık sık bol miktarda idrar yapıyormuş. Hastaya bir ay önce idrar inkontinansı ve menapoz için, detrusitol® tablet vermesinden sonra şikayetleri başlamış. Fizik bakışında herhangi bir özellik yoktu. Sodyum: 143 mmol/L (136-144 mmol/L), Potasyum: 3,4 mmol/L (3,6-5,1 mmol/L), Kalsiyum: 9 mg/dL (8,9-10,3 mg/dL), Plazma osmolaritesi 293 mOsm/kg (287-295 mOsm/kg) idrar dansitesi 1000 (1010-1030), Beyaz küre: 9500/mm³ (4,1-11,2/mm³), Hemoglobin: 14 g/dL (11,7-17,2 g/dL), Trombosit: 272000/mm³ (156000-388000/mm³), Sedimentasyon: 30 mm/h (20mm/h), Glukoz: 116 mg/dL (74-118 mg/dL), Kan üre azotu: 4 mg/dL (5-20 mg/dL), Kreatin: 0,6 mg/dL (0,4-1,2 mg/dL), SGOT: 24 IU/L (15-51 IU/L), SGPT: 33 IU/L (17-63 IU/L), LDH: 249 IU/L (98-192 IU/L), GGT: 23 IU/L (7-50 IU/L), Cl: 105 mmol/L (101-111 mmol/L) sT₃: 3 pg/mL (2,5-3,9 pg/mL), sT₄: 0,6 ng/dL (0,61-1,12 ng/dL), TSH: 2,2 uIU/mL (0,34-5,6 uIU/mL), T. Protein: 6,7 g/dL (6,1-7,9 g/dL), Albümin: 4,0 g/dL (3,5-4,8 g/dL) idi. Yapılan su kısıtlama testinde idrar osmolaritesi ve idrar dansitesi artmadı. ADH normal sınırlarda idi. Tanıyı kesinleştirmek için hastaya desmopressin verilerek 4 saatlik idrar toplandı. İdrar osmolarite ve dansitesi artmadı. İlaç (detrusitol®) kesildikten sonra hastanın şikayetleri geriledi. Bu testler ışığında ve ilaç kesildikten sonra klinik düzelme görülmesi üzerine hastada ilaca bağlı nefrojenik diyabet insipidus tanısı konuldu. Hastanın yapılan testleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Sonuç olarak diabetes insipidus olgularında ilaç anamnezi iyi sorgulanmalıdır.

P060

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN DİYABETİK HASTALARDA MİKROALBÜMİNÜRİ SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Ümmügül Üyetürk, ¹Binnur Şengezer, ¹Süheyla Uzun Kaya, ²Ünal Erkorkmaz

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tokat,

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Tokat

GİRİŞ VE AMAÇ: İdrarda albümin atılımının 20–200 mg/dakika veya 30–300 mg/24 saat olması mikroalbüminüri olarak tanımlanabilir. Diyabetle geçen 6–15 yılsonunda görülebilmektedir. Böbreğin glomeruler filtrasyon değeri hala yüksek veya normal seviyesine düşmüş olabilir. Mikroalbüminüri başlangıç olanlarda diyabetin diğer mikrovasküler komplikasyonları da artmaktadır. Diyabetes mellituslu hastalarda mikroalbüminüri nefropati için erken bir gösterge olduğundan polikliniğimize başvuran diyabetik hastalarda mikroalbüminüri sıklığı ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlandı.

MATERYAL VE METOD: 1 Ağustos–30 Ekim 2007 arasında iç hastalıkları polikliniğine başvuran diyabetik hastalar retrospektif olarak araştırıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, diyabet süreleri, tansiyon arteriyel değerleri, idrarda albümin atımları kaydedildi. Cinsiyet ve hipertansiyon (HT) ile albümin atılımı arasındaki fark ki kare testile, yaş ve diyabet süreleri yönünden aralarındaki fark tek yönlü varyans analiziyle değerlendirildi.

BULGULAR: Bu tarihler arasında polikliniğimize toplam 199 diyabetik hasta başvurmuştu. İdrar albümin atılım değerleri kayıtlı olan 145 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 105'si (%72,4) kadın, 40'ı (%27,6) erkekti. Hastanemize başvuran diyabetik hastalarda mikroalbüminüri sıklığı %31,7 (46) olarak bulundu. Kadınların idrar albümin atımları incelendiğinde 63'ü (%60) normal, 31'i (%29,5) mikroalbüminürik, 11'i (%10,5) makroalbüminürik olduğu, erkeklerin incelendiğinde 23'ünün (%57,5) normal, 15'inin (%37,5) mikroalbüminürik, 2'sinin (%5) makroalbüminürik olduğu bulundu. Cinsiyet dağılımına göre idrar albümin atılımı arasında fark önemsiz bulundu (x²: 1,580, p: 0,454). Hastaların 88'inde (%60,68) hipertansiyon olduğu, 57'sinde (%39,31) hipertansiyonun olmadığı saptandı. HT dağılımı ile idrar albümin atılımı arasında fark bulunmadı (x²: 3,430, p: 0,180). Yaşları ve diyabet süreleri açısından idrar albümin atılım oranları karşılaştırıldığında aralarındaki fark önemsizdi (F: 1,807, p: 0,168). İstatistiksel olarak önemsiz olsa da makroalbüminürik grubun diyabet süresi daha uzun olduğu farkedildi.

SONUÇ: Diyabetik nefropati son dönem böbrek yetmezliğinin ilk sırada yer alan sebeplerindendir. Nefropatinin önceden tespit edilip durdurulması, en azından yavaşlatılması önemlidir. Mikroalbüminürik dönemde nefropatinin ilerlemesi kan şekerinin ve kan basıncının regülasyonu, kilo kontrolü, sigaranın bırakılmasıyla durdurulabilmektedir. Hastaların üçte birinin mikroalbüminürik olması idrarda albümin atılımının takibi ve tedavisine uğraş verilmesi gerektiğini düşündürmektedir.



Tablo 1.

		İdrarla Albümin Atılımı			Total	χ	p
		Normal	Mikro	Makro			
		n %	n %	n %			
Cins	Erkek	23 (15.9)	15 (10.3)	2 (1.4)	40 (27.6)	1.580	0.454
	Kadın	63 (43.4)	31 (21.4)	11 (7.6)	105 (72.4)		
HT	Yok	36 (24.8)	19 (13.1)	2 (1.4)	57 (39.3)	3.480	0.180
	Var	50 (34.5)	27 (18.6)	11 (7.6)	88 (60.7)		

Tablo 2.

		İdrarla Albümin Atılımı						
		Normal		Mikro		Makro		
		n	Mean±SS	n	Mean±SS	n	Mean±SS	
Yaş	86	55.33±10.12	46	58.41±10.04	13	53.46±12.87	1.807	0.168
Süre (yıl)	86	8.14±6.6	46	8.70±6.8	13	12.69±8.5	2.468	0.088

P061

SIÇANLARDA KİMYASAL PERİTONİTE BAĞLI PERİTON FİBROZİSİNDE DARBEPOETİN'İN PERİTONEAL FİBROZİS İLE PERİTONEAL DOKU MMP-2 VE TIMP-2 ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

¹Ali Borazan, ²Taner Çamsarı, ³Zahide Çavdar, ⁴Sülen Sarıoğlu, ⁵Osman Yılmaz, ⁶Aykut Sifil, ⁷Ali Çelik, ⁸Caner Çavdar, ⁹Gülşün Oktay, ¹⁰Anıl Aysal, ¹¹Efsun Kolatan

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı, ²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, ³Biyokimya Anabilim Dalı, ⁴Patoloji Anabilim Dalı, ⁵Multidisipliner Laboratuvarı ve Laboratuvar Hayvanlarının Sağlık Bilimlerinde Kullanımı Anabilim Dalı

Uzun süreli periton diyaliz (PD) tedavisi sonrası periton zarında meydana gelen patolojik değişiklikler sonucu enkasüle periton skleroz (EPS) gelişebilir. EPS, PD'nin ciddi bir komplikasyonu olup PD yeterliliğine ve ölüme neden olabilir. Günümüzde henüz tam olarak tedavisi mümkün değildir. Darbepoetin; bir hemopoetik büyüme faktörü olup anemi tedavisinde kullanılır. Darbepoetin'in peritoneal fibrozisteki etkinliğini gösteren henüz bir çalışma yoktur.

AMAÇ: Bu çalışmada darbepoetin'in; siçanlarda tuzlu su içinde erimiş %15 etil alkol ve %0,1 klorheksidin glukonat (KH) bulunan solüsyon ile peritoneal fibrozis gelişimi ve peritoneal fibrozis gelişimi ile ilgili olabilecek peritoneal doku MMP-2 ve TIMP-2 üzerine etkisini histopatolojik, immünohistokimyasal ve biyokimyasal olarak araştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Yirmi dört adet dişi Wistar albino siçan üç gruba bölündü. Grup 1 (KH grubu): Kimyasal peritonit oluşturmak için tuzlu su içinde erimiş %15 etil alkol ve %0,1 KH bulunan karışımı 3 ml / gün karın içine, grup 2 (KH+Epo grubu): tuzlu su içinde erimiş %15 etil alkol ve %0,1 KH bulunan karışımı 3 ml / gün karın içine + ilk gün ve yedinci günde darbepoetin 12.5 mcg/kg dozunda iki kez ciltaltına, grup 3 (SF grubu): %0,9'luk serum fizyolojikten 3 ml / gün karın içine uygulandı. Karın içine tüm uygulamalar karın sağ alt kadrından 21 gauge iğne ile yapıldı. Çalışma süresi 14 gün olarak belirlendi. 15.günde siçanlar sakrifiye edildi ve paryetal periton için karın sol ön duvarından visseral periton için karaciğer üzerinden örnekler alındı. Patolojik inceleme için Hematoksilin & Eosin (HE) ve Von Gieson (VG) boyası kullanıldı. Işık mikroskopisi ile paryetal ve visseral peritonun kalınlığı, damar çoğalması, fibrozis ve yangı değerlendirildi. İmmünohistokimyasal olarak MMP-2 ve TIMP-2 antikor boyaları kullanılarak ışık mikroskopisi ile değerlendirildi. Biyokimyasal olarak paryetal periton doku örneklerinde MMP-2 ve TIMP-2 çalışıldı. MMP'lerin çalışılmasında jelatin zimoğrafisi, TIMP'ler için ELISA yöntemi kullanıldı.

BULGULAR: Histopatolojik değerlendirmede HE ve VG ile KH+Epo grubunda KH grubuna göre paryetal ve visseral peritonunda kalınlık azalması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.05). Yangı skorlaması, damarlanma skorlaması ve fibrotik alan yüzdesi açısından anlamlı fark bulunmadı (P>0,05) İmmünohistokimyasal olarak Darbepoetin paryetal ve visseral peritonunda MMP-2'yi KH grubuna göre baskılayan (p<0,05), TIMP-2 üzerine etkili bulunmamıştır (p>0,05). Biyokimyasal olarak ise paryetal peritonunda aktif MMP-2'nin proMMP-2'ye oranı KH+Epo grubunda KH grubuna göre artırmaya anlamlı bulunurken (p<0,001), Hem KH grubunda hemde KH+Epo grubunda TIMP-2 düzeylerinin kontrol grubuna göre baskılandığı (p<0,05) görüldü.

SONUÇ: Darbepoetin; KH ile oluşturulan kimyasal peritonit sonrasında histopatolojik olarak peritoneal fibrozis gelişimini azaltmaktadır. Darbepoetin'in periton fibrozisine neden olmadığı ve periton fibrozisini engellerebileceği söylenebilir. Ancak bu konuda gerek doz ile ilgili gerekse süre ile ilgili geniş çaplı deneysel ve klinik araştırmalara ihtiyaç vardır.

P062

KRONİK RENAL YETMEZLİK HASTALARINDA HASTANEYE YATIŞ NEDENLERİ

Pınar Demir, Füsün Erdenen, Kezban Nur Pilancı, Hanife Usta, Çiğdem Usul Afşar

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Kronik renal yetmezlik (KRY), glomerüler filtrasyon hızı azalması ile birlikte giden ilerleyici bir hastalıktır. Çalışmamızda dahiliye kliniklerine yatırılan KRY hastalarının hastaneye yatış nedenlerini inceledik.

HASTA GRUBU VE BULGULAR: Servisimize yatırılan 54 erkek, 46 bayan hastanın 26 tanesinde (%26) kronik renal yetmezlik yeni tespit edilirken bu hastaların 11 tanesinin (%11) diyabetik olduğu, 16 tanesinin (%16) herhangi bir kronik hastalığı olmadığı tespit edildi. Hastaların 24 tanesi (%24) kompanse KRY olarak nefroloji polikliniği tarafından takipte, 47 tanesi (%47) haftada 3 gün hemodiyalize girmekte, 3 tanesi (%3) ise hergün periton diyalizi yapmaktaymış. Hastaların yaşları 19 ile 97 arasında değişmekteydi. Hastaların yatış nedenleri aşağıdaki tabloda incelenmiştir.

SONUÇ: Kronik böbrek yetmezliği Türkiye'de çoğunlukla hipertansiyon ve diyabete sekonder gelişen, mortalite ve morbiditesi fazla, tedavi maliyeti yüksek, hasta açısından uyum gerektiren bir hastalıktır. KRY açısından diyalize giren ve takipte olan hastaların laboratuvar ve klinik takiplerinin düzenli olarak yapıldığı, hastaların ilaçlarını düzenli ve renal dozda kullandığı, diyaliz sırasında asepsiyeye dikkat edildiği, hastaların diyetlerine uyduğu takdirde hastaların hastaneye yatış sayısının azalacağı kanaatindeyiz.

Tablo.

Hastaneye Yatış Nedeni	Hasta Sayısı
Diyabetik	
Ketoasidoz	8
Nefropati	1
Gastroparezi	1
Üremi	15
Oligüri	2
KKY	7
Hipervolemi	5
Hipertansiyon	
Hipertansif akciğer ödemi	4
Dirençli HT	2
Enfeksiyon	
Kateter enfeksiyonu	2
Sepsis	3
Pnömoni	6
Peritonit	5
Age	1
İye	1
Yüksek ateş	1
Elektrolit imbalansı	5
Kontrast madde nefropatisi	2
Kardiyak neden	
Aritmi	4
USAP	5
GİS kanama	7
Derin anemi	2
Nefrotik sendrom	1
Glomerulonefrit	1
Hipoalbuminemi	1
Multipl myelom	2
Toksik hepatit	3
Derin ven trombozu	1
Pulmoner emboli	1
İleus	1

P063

AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ TABLOSUNDA BAŞVURAN PONS İNFAKTI

Füsün Topçugil, Nuri Nazif Altınar, Mehmet Özgür Niflioğlu, Nazım Ekin, Bülent Sözmen, Sakine Leyla Aslan

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

GİRİŞ: Akut böbrek yetmezliği (ABY) etyolojik olarak prerenal, renal ve postrenal şeklinde üçe ayrılır. Prerenal ABY'nin en sık karşılaşılan nedenleri arasında hipovolemi (hemoraji, kusma, diyare, diüretik kullanımı, yanıklar, ağır hipalbuminemi, dehidratasyon), düşük kardiyak output, sistemik vazodilatasyon, nefrotoksik ilaçların kullanımı (nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar, anjiyotensin reseptör blokleri, amiglikozitler gibi) ve hepatorenal sendrom sayılabilir.

OLGU: 75 yaşında erkek hasta haziran 2008'de son 2 gündür idrar miktarında azalma ve yemek yiyeme şikayetleriyle hastanemiz acil servise başvurdu. Konuşmada bozulma, ses kısıklığı ve yutma güçlüğü şikayeti (yiyecek ağza alındığı anda yutma güçlüğü oluyor ve kusuyormuş) son 1 aydır mevcuttur. Hasta bu sürede 20 kg kaybetmiş. Hastanın özgeçmişinde, 20 yıldır tip 2 diyabet ve 10 yıldır aterosklerotik kalp hastası olduğu öğrenildi. Hastanın dahili muayenesi turgor ve tonusunda azalma dışında olağandı. Tetkiklerinde BUN: 44 mg/dl, kreatinin: 2mg/dl saptanarak akut böbrek yetmezliği, malignite ön tanısıyla ileri tetkik ve tedavi için yatırıldı. Ses kısıklığı ve yutma güçlüğü değerlendirilerek kulak burun boğaz doktoruna yapılan endoskopik larinks bakısında her iki vokal band ödemli ve sağ aritenoid hareketi azalmış olarak saptandı. Hastanın boyun ve toraks BT, gastroskopi sonucunda herhangi bir patoloji saptanmadı. Acil serviste istenilen nöroloji konsültasyonu neticesinde hastanın kranial BT'si çekildi, normal olarak değerlendirildi. Hasta yattığı süre içinde parenteral sıvı tedavisi verilerek kliniği düzeltildi, BUN ve kreatinin, serum elektrolit düzeyleri normal seviyelere geldi, hastanın sedimentasyonu, tümör markerleri dahil ileri tetkikleri normal sınırlardaydı, yutma güçlüğü ve dizatri şikayetleri devam ettiğinden tekrar nöroloji konsültasyonu istendi. Hastanın yutma refleksinde azalma, yüzün sol yanında hipopaljezi, terlemede azalma, uvula sağa deviasyon tespit edilerek kranial difüzyon manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istendi ve bu tetkik hastanın Pons-bulbus arasında infarkt saptanarak hasta nöroloji servisine nakil verildi.

SONUÇ: Acil serviste sık karşılaşılan hastalık tablolarından birisi olan akut böbrek yetmezliği, olgumuzdaki gibi ender görülen nedenlere bağlı da oluşabilmektedir. Literatürde infarkta sekonder gelişen akut böbrek yetmezliği olgusu bildirilmemiştir. Yutma güçlüğü, ses kısıklığı, akut böbrek yetmezliği ile başvuran, diyabet ve ateroskleroz öyküsü olan, yaşlı bir hastada görüntüleme yöntemleri normal olsa dahi, ayrıntılı sistemik muayenenin bir parçası olarak nörolojik muayenenin önemi vurgulanmaktadır.

P064

MASİF TROMBOZLU RENAL HÜCRELİ KARSİNOMA OLGUSU

¹Sibel Göksel, ¹Yeşim Akçay, ²Burak Sayın

¹Başkent Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Başkent Üniversitesi Nefroloji Anabilim Dalı

63 yaşında erkek, bilinen hipertansiyon dışında hastalığı olmayan hastaya, dış merkezde 2004 yılında rejonel ve uzak metastazi olmayan renal hücreli karsinoma tanısı konularak radikal sağ nefrektomi yapıyor, ayca daha önce tomografide saptanan vena cava inferior (VCI) dan sağ renal vena açılan bölgedeki trombiyal oklüzyona, intraoperatif trombektomu yapılıyor. 3 senelik takiplerde remisyonunda kabul edilen hastanın 2007 ekimde yapılan abdomen USG'unda hepatic venlerde tromboz, splenomegali ve asit, EKO'sunda sağ atriumda kitle? nedeniyle yapılan transözofageal EKO'sunde vena cava süperiordan sağ atriya uzanan trombüsle uyumlu görünüm saptanıyor.

Hasta hastanemize bacaklarda ve karında progresif artan şişlik şikayetiyle başvuruyor, yapılan kan tetkiklerinde daha önce olmayan KFT ve BFT yüksekliği görülüyor (AST: 267 ALT: 354 ALP: 638 GGT: 258 Kr: 2.7) Yapılan abdomen USG'sinde karaciğer konturleri irregüler. parankim granüler ve heterojen, intrahepatik venöz kollateraller, splenomegali, asit ayrıca VCI' un hepatic venlere döküldüğü düzeyden itibaren trombiyal oklüzyon saptanıyor. Budd Chiari sendromu tanısı alan hasta onkoloji ve üroloji bölümlerine danışılıyor ve renal hücreli karsinoma açısından remisyon kabul ediyor, KVC bölümünce etkin kumadinizasyon önerilen hastada trombofilik etyolojisi araştırılmak açısından bakılan antitrombin3, protein S değerleri normal, aktive protein C rezistansı (-) otoimmün testleri (-) protein C haff düşük bulunuyor (kumadin etkisi).

Girişimsel radyoloji bölümüne danışılarak sağ hepatic vene stent implantasyonu ve balon dilatasyonu yapılıyor, takiplerinde KFT değerlerinde belirgin düşüş görülüyor (AST: 41 ALT: 29) Farklı bir seansda VCI'daki trombiyal oklüzyona trombolizis, stent implantasyonu, balon dilatasyonu uygulanıyor. Renal hücreli karsinoma açısından remisyon kabul edilmiş olan hastadan aynı işlem sırasında tromboz etyolojisini açığa çıkarmak amaçlı trombüsden biopsi alınıyor. Patoloji sonucu renal hücreli karsinoma metastazi ile uyumlu geliyor. Hasta onkoloji ve üroloji bölümlerine tekrar danışılarak metastaz taramaları yapılıyor, toraks. abdomen, beyin tomografileri ve kemik sintigrafilerinde metastaz saptanmıyor, klinik ve laboratuvar olarak düzelen hasta taburcu ediliyor

Bu vakanın diğer yayınlanmış aynı tür vakalardan farkı, tanının damardaki trombüsden alınan kitle biopsisi ile konmasıdır.

P065

HEMODİYALİZ HASTALARINDA HİPERTANSİYON KONTROLÜNDE β-TİPİ NATRİÜRETİK PEPTİT DÜZEYİ

¹Hakan Cinemre, ¹Feyzi Gökosmanoğlu, ¹Cemil Bilir, ²Mustafa Eroğlu

¹Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, ²Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Düzce

GİRİŞ: Diyaliz hastalarında daha sık görülen kalp yetmezliği, sıklıkla sol ventrikül hipertrofisi ile ilişki gösterir ve bu nedenle yüksek volüm yükü ve hipertansiyona sekonder olarak meydana geldiği düşünülmektedir. B-tipi natriüretik peptitler, artmış ventrikül duvar stresine karşı kardiyak miyositler tarafından sentezlenmekte kas basıncı, elektrolit ve volüm homeostazisinde rol olarak kardiyorenal düzeni sağlarlar.

Bunun yanında son yıllarda B tipi natriüretik peptitler, miyokard fonksiyonu ve yapısı ve dolayısıyla akut ve kronik sol ventrikül disfonksiyonunun belirlenmesinde faydalı bir marker olarak tanımlanmaktadır. Kronik böbrek yetersizliğinde volüm yüküne bağlı olarak gelişen hipertansiyonun değerlendirilmesinde BNP ölçümünün yararlılığına ilişkin bu çalışmada böbrek yetmezliği bulunan hipertansif hastalardaki BNP düzeyleri ile normo-tansif hemodiyaliz hastalarında BNP düzeyinin karşılaştırılmasını amaçladık.

GEREÇLER VE YÖNTEMLER: Çalışmayı, üniversitemiz hemodiyaliz ünitesi ve özel diyaliz merkezinde hemodiyaliz tedavisi alan, takiplerde tansiyon arteryel 140/90 mmHg ↑ olan 52 hasta ve normo-tansif seyreden (tansiyon arteryel 125/80 mmHg ↓) 48 hasta çalışmaya alındı. Hemodiyalizden bir gün sonra hastalardan BNP düzeyi çalışıldı, hipertansiyonu olanlarla olmayanların BNP düzeylerine bakıp, farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını inceledik. Karşılaştırmalarda ki-kare, student's t ve Mann whitney u testi ile kullanıldı, p<0.04 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Hipertansiyonu olan hemodiyaliz hastalarında ortalama BNP konsantrasyonu 657.76, normo-tansif hastalarda 423.25, anlamlı düzeyde hipertansif hastalarda (p< 0.0001) yüksek bulundu. Ayrıca BNP düzeyi kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek bulunmakla beraber cinsiyetler arası ve gruplar arası yaşla anlamlı bir ilişki saptanmakla birlikte grup içi yaşla birlikte BNP düzeyinde artışı tespit edildi.

SONUÇ: Kronik böbrek yetersizliği bulunan hastalarda volüm yüküne sekonder olarak gelişen hipertansiyonun değerlendirilmesinde serum BNP ölçümünün yararlılığına ilişkin bu çalışmada normo-tansif seyreden hastalara kıyasla yüksek bulundu. Hemodiyaliz hastalarında yüksek serum BNP düzeyi ile; hipertansiyona sekonder olarak gelişen sol ventrikül hipertrofisi, volüm fazlalığının tesbiti, kuru ağırlığı hesaplanmasında non-invazif bir test olarak kullanılabilir.

Tablo.

	HİPERTANSİF HASTA GRUBU	NORMOTANSİF HASTA GRUBU
BNP	657.76	423.25
YAŞ	54.3	52.7
CİNSİYET	K: 21 E: 31	K: 22 E: 26

P066

İNTİHAR AMAÇLI İLAÇ ZEHİRLENMELERİNDE DEMOGRAFİK DEĞERLENDİRME VE KULLANILAN İLAÇLARIN PROGNOZA ETKİSİ

Cumali Karatoprak, Laika Karabulut, Arif Acar, Mahmut Altındal, Bilgivar Kaya, Şeyda Gülenay

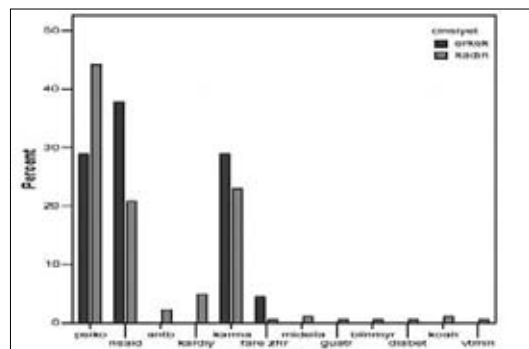
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Yüzyıllardır insanlar sıkıntılı durumlarda intiharı bir kurtuluş olarak görmüş ve çeşitli yöntemler kullanmışlardır. Son yüzyılda farmakolojideki ilerlemeler sonucunda intihar girişimlerinde ilaç ilk sırayı almışlardır. Çalışmamızda, aşırı ilaç alan hastaların demografik özelliklerini, ne tip ilaçları aldıklarını, ne zaman aldıklarını, psikolojik tedavi alıp almadıklarını ve bir ay sonraki durumlarını araştırarak morbidite ve mortaliteyi azaltacak verilere ulaşmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Çalışmamızda 23.01.2007 ile 22.01.2008 tarihleri arasında SB Okmeydanı E. ve A. Hastanesi Acil Servisine intihar amaçlı ilaç alım öyküsü ile başvuran erişkin hastaların demografik bilgileri, alınan ilaç ve miktarları, temin yolu, kaçınıcı girişim olduğu, psikolojik tedavi alıp almadıkları, şikayetleri, morbidite ve mortaliteleri kaydedildi. Bir ay sonrasında hastalar telefonla aranarak taburcu olduktan sonra herhangi bir rahatsızlıklarının olup olmadığı, psikiyatriye gidip gitmedikleri sorgulandı.

BULGULAR: Çalışmaya 1 yıllık süre içinde toplam 228 hasta alındı. Bu hastaların %80,3'ü kadın, %19,7'si erkekti. Hastaların en küçüğü 14, en büyüğü 75 yaşında olmak üzere yaş ortalaması 24,8±9 olarak belirlendi. Medeni hal incelendiğinde hastaların %36,4'ü evli, %60,5'i bekar ve %3,1'i duldu. Meslek olarak %27,6 ile en sık ev hanımları bunu %20,2 ile öğrenciler izledi en az ise %4 ile emekliler görüldü. Çalışmaya alınan 228 hastanın intihar amacı ile ne tür ilaçları tercih ettikleri incelendiğinde hastaların %41,2 si psikotrop ilaç, %24,1'i analjezik, %24,1'i karma ilaç, %6,9 kardiyak ilaç ve diğerleri şeklindeydi. Kadınlarda psikotrop ilaçlar ön planda iken erkeklerde analjezikler ön plandaydı. Kullanılan ilaçların nasıl temin edildiğine bakıldığında ise %88,6'sının evde bulunan kendisine veya aile bireylerinden birisine ait olan ilaçları tercih ettiği %9,2'sinin ise ilaçları eczane yada marketlerden aldıkları saptandı. Girişimde bulunan hastaların daha öncesinde psikiyatrik tedavi alıp almadıkları sorgulandığında ilk kez girişimde bulunanların %29,7'si tedavi almış, ikinci kez girişimde bulunanların %60,9'u, üçüncü kez deneyenlerin %40'ı, 4 ve üzeri deneme yapanların ise %100'ü psikiyatrik tedavi almıştı.

SONUÇ: İntihar amaçlı ilaç intoksikasyonlarına en sık bekar öğrencilerde ve yeni evli kadınlarda, özellikle 18-28 yaş aralığında rastlanmaktadır. Bu dönemde acile konvülsiyon, koma, bilinç bulanıklığı ile gelen hastalarda ilaç zehirlenmeleri akılda tutulmalıdır. İntihar amacıyla evde bulunan ilaçların tercih edilmesi ve hastaların %10'unun ilaçları eczane veya marketlerden alması ilaçların daha kontrollü satışı ve saklanması gerektiğini düşündürmektedir. Hastaların amacı ister intihar etmek olsun isterse birilerinin dikkatini çekmek olsun psikiyatrik desteğe ihtiyacı vardır. Hastalarımızın yarısından fazlası psikiyatrik tedavi almayı bir gereklilik olarak görmelerine rağmen bu konu bu konunun önemi hasta ve yakınlarına vurgulanmalıdır.





P067

MANTAR ZEHİRLENMESİ TANISI ALAN 84 VAKANIN RETROSPEKTİF ANALİZİ

¹Gözde Derviş, ²Şafak Kızıltaş, ²Elif Yorulmaz

¹Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Dahiliye Kliniği, ²Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Kliniği

AMAÇ: Ülkemiz uygun ekolojik koşullar nedeniyle mantar florası yönünden oldukça zengindir. Mantar zehirlenmeleri hafif gastrointestinal sistem semptomlarından karaciğer transplantasyonunu gerektirebilecek fulminan hepatik yetmezlikle sonuçlanabilen çok çeşitli klinik tablolara neden olabilir ve erken müdahale edilmediğinde yüksek mortalite ile seyredir. Bu çalışmada hastanemiz dahiliye servislerinde mantar zehirlenmesi tanısı ile yatırılan 84 olgunun retrospektif olarak klinik, laboratuvar verileri ve prognozlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL METOD: Çalışmamızda 01.01.2004 – 01.01.2007 tarihleri arasında İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları kliniklerine mantar zehirlenmesi tanısı ile yatırılan hastalar retrospektif olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, mevsimsel dağılım, laboratuvar bulguları (ALT, AST, PTZ, INR, Üre, Kreatinin), hastanede kalış süreleri ve prognozları değerlendirildi. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık p<0.05 düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR: Toplam 84 hastanın 52 (%61.9) 'si kadın, 32 (%38.1) 'si erkek olup, yaş ortalamaları 39.82± 13.37 idi. Olguların %73,8'inin sonbaharda, %16.7'sinin kış mevsiminde başvurduğu görüldü. Hastanede yatış süresi ortalama 6.34± 5,59 gün idi. Olguların laboratuvar değerlerini incelediğimizde 47 (%56) 'sinde ALT, 54 (%64.3) 'ünde AST, 33 (%39.3) 'ünde üre, 32 (%38.1) 'sinde kreatinin, 35 (%41.7) 'inde INR, 38 (%45.2) 'inde PTZ yüksek saptandı. Hastaların yatış ALT, AST, PTZ, INR, üre değerleri ile çıkış değerleri karşılaştırıldığında görülen düşüş istatistiksel olarak ileri derece anlamlı bulunmakla beraber (p<0.01), başlangıç ve çıkış kreatinin düzeyleri arasında istatistiksel fark bulunamadı (p>0,05). Hastaların 36 (%42.8) 'sına penisilin G, 23 (%27.3) 'üne semptomatik tedavi, 25 (%29.7) 'ine hemoperfüzyon ve penisilin G tedavisi uygulandı. Laboratuvar parametrelerinin giriş ve çıkış değerleri ile tedavi protokolleri karşılaştırıldığında penisilin G ve semptomatik tedavi alan grupta anlamlı bir düşüş görülmezken, hemodializ ve penisilin G tedavisini birlikte alan grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüş saptandı (p<0,01). Hastalarımızdan sadece 1 tanesi renal ve hepatik yetmezlik nedeniyle exitus oldu.

SONUÇ: Zehirli mantarlar ve mantar zehirlenmeleri konusunda halk bilinçlendirilmelidir. Ayrıca sağlık personeli mantar zehirlenmesi vakalarının tanı ve tedavisinde hastaya yeterli düzeyde müdahale edilecek imkanlara sahip olmalıdır.

Ülkemizde erişkinlerde mantar zehirlenmesine bağlı mortalite oranı %2.5 olarak bildirilmesine rağmen, çalışmamızda mortalite oranı %1.19 olduğu tespit edildi. Hastanemize başvuran olgularda mortalite oranının düşük olması uygun tedavi yaklaşımına erken karar verilmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Erken hemoperfüzyon uygulaması tedavinin etkinliğini artırarak prognozda önemli iyileşme sağlamaktadır.

P068

NADİR BİR AKUT BATIN NEDENİ: SPLENİK LENFANJİOMATOZİS

¹Feyzi Gökosmanoğlu, ¹Hakan Cinemre, ¹Cemil Bilir, ²Mehmet Kaçar

¹Düzce Üniversitesi, ²İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, ²Düzce Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Düzce

GİRİŞ: Lenfajiomatozis tek veya çok sayıda organın birlikte tutulduğu lenfatik kanalların doğumsal nadir bir malformasyonudur. Bu hastalık sıklıkla kemikleri, mediasteni, dalak, karaciğer, akciğer, boyun ve plevrayı tutmaktadır. Birçok hasta asemptomatik olmasına rağmen plevral tutulumda nefes darlığı ve osteolitik lezyonlara bağlı patolojik fraktürler, dalak tutulumunda kanamaya neden olabilir. Burada dalağı tutan bir lenfajiomatozis olgusunun akut batın tablosuyla komplike olması nedeniyle sunulmasını uygun gördük.

OLGU: 27 yaşında kadın hasta üniversitemiz acil kliniğine bulantı, kusma, karın ağrısı şikayeti ile geldi. T. A: 90/50 mmHg, nabız: 98 atım/dk, Ateş: 37.7° idi. Fizik muayenede, özellikle sol üst kadranda daha belirgin olmak üzere abdominal bütün kadrarlarda derin palpasyonda hassasiyet, defans vardı. Üst Abdominal USG'de dalakta 4.5x7.2 cm kistik yapı ve dalak etrafında, barsak ansları arasında serbest mayi ile uyumlu görünüm vardı. Hasta acil operasyona alındı, dalakta sızıntı şeklinde kanamalı kistik yapı görüldü ve splenektomi yapıldı. Kastik yapının histopatolojik incelemesinde; endotelial hücrelerle döşeli ince duvarlı değişik boyutlarda kistik kanallar görüldü. Faktör VHI-ilişkili antijen ve CD 34 (+) endotelial döşeyici hücreler görüldü. Bu bulgular eşliğinde olguya splenik lenfajiomatozis tanısı konuldu.

SONUÇ: Bu bulgular lenfajiomatozis; kemik, mediasten, karaciğer, akciğer boyun ve plevrayı, ciilt altı, kas içi ve kaslar arası kitlelerle kendini gösteren genelize olurken, olgumuzda ise tek dalak tutulumu ve akut batınla prezente oldu. Bu nedenle akut batına neden olan abdominal hemorajik olaylarda nadir bir nedende abdominal organ tutulumlu lenfajiomatozis de düşünülmelidir.

P069

VALPROİK ASİT KULLANIMINA BAĞLI FULMİNAN KARACİĞER YETERSİZLİĞİ: OLGU SUNUMU

Fatih Yılmaz, F. Aylin Ayer, İdris İnce, Ömer Aydın Yıldırım, Mesut Ayer, Mazhar Müslüm Tuna, H. Esra Ataoğlu, L. Ümit Temiz, Mustafa Yenigün

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: İlaç kullanımına bağlı hepatotoksiteler, klinik belirti vermeyen asemptomatik transaminaz yüksekliğinden, yoğun bakım şartlarında takip gerektiren ve tedavisinin karaciğer transplantasyonu olduğu fulminan karaciğer yetersizliği arasında geniş bir spektrumda izlenebilir. Olgumuz valproik asit kullanımına bağlı fulminan karaciğer yetersizliği gelişmesi ve karaciğer transplantasyonu ile şifa sağlanması nedeniyle il sunulmuştur.

OLGU: 20 yaşında erkek hasta. 6 aydır varolan epilepsisi nedeni ile son bir aydır depakin tb 100 mg 1x1 kullanıyor. Son bir haftadır bulantı kusmasının olması üzerine hasta görüldü. FM; genel durumu kötü, ajite, huzursuz idi. Tüm vücutta ve skleralarda sarılık, idrar renginde koyulaşma mevcut idi. Kardiyovasküler sistem, solunum sistemi ve gastrointestinal muayeneleri doğal idi. Ense sertliği, meningeal irritasyon bulgusu, flapping tremoru yoktu. Bir ay öncesinde çekilen Kranyal MR incelemesi normal, EEG incelemesinde temporal bölgede aktivite artışı izlenmiş. Hastanın ilk gelişinden yaklaşık olarak 6 saat sonra tamamen şuur kaybı olması nedeni ile tekrarlanan Kranyal MR ve BT incelemesi normal olarak saptandı. Muayene ve görüntüleme yöntemleri ile olası nörolojik patolojiler dışlandı. Mantar yeme anamnezi yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 13,200/Hb: 13,2mg/dl, Hct: 39.4, platelet: 96.000, Glikoz: 46mg/dl, Üre: 30 mg/dl, Kreatinin: 0.9 mg/dl, SGOT: 4113 IU/lt, SGPT: 4223 IU/lt, total bilirubin: 14.7 mg/dl, direkt bilirubin: 8.3 mg/dl, indirekt bilirubin: 6.4 mg/dl, Na: 137mmol/lt, K: 4.56mmol/lt, Protrombin zamanı: 37.2sn, aktivite: %18, INR: 2.76, APTT: 34.2 sn, Amonyak: 243 (0-53) olarak geldi. Hastanın hepatit markörleri HbsAg (-), AntiHbcIgM (-), Anti HCV (-), AntiHIV (-) negatif idi. Batın USG normal sınırlarda idi.

Hastada hepatit markerlerinin negatif olması, ilaç kullanım anamnezi, karaciğer fonksiyonlarının progresif olarak bozulması nedeni ile hastada ön planda ilaç kullanımına bağlı fulminan karaciğer yetersizliği tanısı konuldu. Hastaya destek tedavisi başlandı ve transplantasyonu için ileri merkeze irtibat kuruldu. Hastaya tedavi olarak furosemid 20 mg 4x1/2, mannitol 100 mg 4x1, hepatamin 500 cc 1x1, %10 dextroz 500 4x1 ile beraber baş kısmı 45 derece getirilerek destek tedavisine başlandı.

Hasta grade 3 hepatik koma ve ilaç kullanımına bağlı fulminan karaciğer yetersizliği olarak değerlendirilip karaciğer transplantasyonu açısından değerlendirilmek üzere ileri merkeze sevk edildi ve başarı ile karaciğer transplantasyonu yapıldı.

SONUÇ: İlaç kullanımına bağlı hepatotoksitelerde fulminan karaciğer yetersizliği gelişebilir. Genel destek tedavisi ile beraber karaciğer transplantasyonu bu hastalar için yaşamı kurtarıcıdır. Hastaların transplantasyonu yapılan merkezlere uygun ve hızlı nakli gerekmektedir.

P070

VENLAFAXİNE KULLANIMINA BAĞLI TOKSİK HEPATİT: OLGU SUNUMU

¹İdris İnce, ¹Fatih Yılmaz, ¹Mehtap Navdar Başaran, ¹İsmail Cengiz, ¹Ayşegül Zobi, ¹A. Kadir Ergen, ¹A. Baki Kumbasar

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Karaciğer ilaç metabolizmasında önemli rol oynar. Venlafaxine depresyon tedavisinde psikiyatri tarafından yaygın olarak kullanılan selektif noradrenerjik-serotonerjik reuptake inhibitörüdür. İlaça bağlı hepatobiliyer patolojiler hepatosellüler, kolestatik veya mixt tipte olabilir. Olgumuzda Venlafaxine kullanımına bağlı gelişen mixt tipte toksik hepatit olgusu sunulmuştur.

OLGU: 35 yaşında bayan hasta karın ağrısı, bulantı, kusma, sarılık şikayeti ile başvurdu. Hastanın anamnezinde yaklaşık 2 aydır depresyon tanısı ile Venlafaxine 150 mg caps 1x1 kullandığı öğrenildi. 5 gündün beri şikayetleri olan hastanın fizik muayenesinde sklera da ikter ve sağ üst kadranda hassasiyet dışında patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın tetkiklerinde ALT: 1338 U/L, AST: 903 U/L, LDH: 413 U/L, total bilirubin: 11.8 mg/dl, direkt bilirubin: 8.6 mg/dl, PTZ: 16.3 sn, INR: 1.05, APTT: 34.5 sn, ALP: 237 U/L, GGT: 727 U/L saptandı. Hastanın tüm batın USG sinde özellik saptanmadı. Akut hepatit etyolojisine yönelik yapılan testlerde Anti HAV IgM: (-), AntiHbc IgM: (-), Anti HCV: (-), CMV IgM: (-), EBV VCA IgM: (-), ANA: (-), AMA: (-) Anti SMA: (-), Anti LKM: (-), Anti SLA: (-), Sedimentasyon: 5 mm/saat, TSH: 0.37 uIU/ml, FT4: 1.03 ng/dl, Fe: 165 mikrogram/dl, TDBK: 465 mikrogram/dl, Ferritin: 68.3 ng/ml, beta HCG: 0 mIU/ml, saptandı. Yapılan protein elektroforezinde alfa-1 bandı normal olarak saptandı. Akut hepatit etyolojisine yönelik karaciğer biopsi yapılması planlanan hasta biopsi işlemi kabul etmedi. Akut hepatit etyolojisine yönelik viral, otoimmün, genetik veya metabolik karaciğer hastalığı düşündürülecek herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın hastanedeki yatışı sırasındaki 3 hafta boyunca laboratuvar bulgularında belirgin düzleme saptanması üzerine poliklinik takibi ile taburcu edildi. Hastanın 2.ayda yapılan poliklinik kontrollerinde ALT: 27 U/L, AST: 32 U/L, ALP: 75 U/L, GGT: 156 U/L, total bilirubin: 2.1 mg/dl, direkt bilirubin: 1.3mg/dl, PTZ: 13.7 sn olarak saptandı.

TARTIŞMA: İlaç kullanımına bağlı hepatotoksiteler klinik olarak asemptomatik olabileceği gibi, yoğun bakım şartlarında takip gerektiren ve karaciğer transplantasyonu tek tedavi şansı olduğu fulminan karaciğer yetersizliği arasında geniş bir spektrumda izlenebilir. Antidepresan ilaçlara bağlı olarak da hepatotoksitese gelişebilir. Venlafaxin kullanımına bağlı olarak da karaciğer enzimlerini birkaç kat kadar arttırılabileceği bilinmektedir. Bu ilaçları kullanmaya başlayan hastalarda karaciğer fonksiyon testlerinin belirli aralıklarla takip edilmesi uygun olacaktır.

P071

PARANEOPLASTİK SENDROM: GASTRİK ADENOKARSİNOM SEYRİNDE İZLENEN DERMATOMİYOZİT OLGUSU

Fatih Yılmaz, İdris İnce, Ömer Aydın Yıldırım, Hayriye Esra Ataoglu, Mesut Ayer, Mazhar Müslüm Tuna, Faik Çetin, L. Ümit Temiz, Mustafa Yenigün

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Paraneoplastik sendromlar tümörlerin ürettiği biyolojik aktif protein ve polipeptitler, peptid hormonlar, growth faktörler, interlökinler, sitokinler, prostoglandinlere bağlı oluşan, tümör dokusunun çıkarılması ile hormon düzeylerinin normale geldiği klinik durumdur. Malignitenin ilk bulgusu olup kuratif tedavi olanağı sağlayabileceği gibi, metastazı ve tedavisi yapılabilecek kanser komplikasyonlarını taklit ederek tedavide gecikmelere neden olabilir. Bizde nadir olması nedeni ile, kreatin fosfokinaz yüksekliği nedeni ile tetkik edilirken dermatomyozit tanısı konulan gastrik adenokarsinomlu hastamızı sunduk.

OLGU: 74 yaşında bayan hasta. 1,5 aydır varolan halsizlik ve kilo kaybı şikayetleri nedeni ile yapılan tetkiklerinde CK: 2900 U/L olması, yüzde ve göz kapaklarında döküntü ve kızarıklık olması üzerine hasta interne edildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede; yüzde kızarıklık ve göz kapaklarında heliotropik döküntü, üst ve alt ekstremitelerde 3/5 kas gücü mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normal idi. Rutin kan tetkiklerinde WBC: 10,390/Hb: 11.5 gr/dl, Hct: 35,4,Plt: 321,000, ESR: 75 mm/saat,

CRP: 35,3mg/L, Üre: 16 mg/dl, kreatinin: 0,47mg/dl, ürikasit: 9,9 mg/dl, Na: 135mmol/dl, K: 4.13mmol/dl, Ca: 7,7mg/dl, fosfor: 3,3mg/dl, Fe: 26mikrogr/dl, TDBK: 127mikrogr/dl, albumin: 2,32gr/dl, totalprotein: 5,79gr/dl, SGGOT: 124U/L, SGGPT: 60U/L, LDH: 500U/L, ALP: 63U/L, GGT: 9U/L, amilaz: 94U/L, PTZ: 12,4 sn, APTT: 30,1 sn, INR: 0,868, TSH: 2,69 uIU/ml, CK: 2558U/L, CK-MB: 94U/L, kolesterol: 192 mg/dl, trigliserid: 164 mg/dl, HDL-k: 23 mg/dl, LDL-k: 136,2 mg/dl, Vitamin B12: 402 pg/ml, Folat: 6,4 ng/ml idi. Gruber-Widal, Wright testi, ANA ve ENA profili negatif saptandı. Batın USG incelemesinde grade II hepatosteatoz hariç normal sınırlarda idi. Hepatit ve HIV serolojisi negatif idi. Tekrarlanan CK değerleri iki kez yüksek olarak geldi. (2364U/L, 2679U/L). Hastada üst ve alt ekstremitelerde kuvvet kaybı, yüzde kızamıklık ve göz kapaklarında heliotropik döküntü, tekrarlanan CK değerlerinde yüksekliğin sebat etmesi nedeni ile ön planda dermatomyozit düşünüldü. EMG de miyozit ile uyumlu elektrofizyolojik değişiklikler izlendi. Yaşı göz önüne alındığında, anemi ve ESR yüksekliği de olması nedeni ile ön planda maligniteler düşünüldü. PA AC grafisi ve tümör belirteçleri normal idi. Üst GIS endoskopisinde antrumda 3 cm büyüklüğünde polipoid lezyon izlendi ve biyopsiler alındı. Biyopsi sonucu gastrik adenokarsinom olarak geldi. Vakamızı dermatomyozitin nadir görülmesi ve ileri yaşlarda izlenen dermatomyozit olgularında altta malign hastalıkların çıkabileceğini hatırlatmak amacı ile sunduk.

SONUÇ: Dermatomyozit iskelet kaslarının kronik non-süperatif inflamatuvar hastalığıdır. Dermatomyozitli hastaların 1/3 ünde diğer kollagen doku hastalıkları, 1/10 unda ise maligniteler ile beraberdir. Özellikle yaşlı dermatomyozitli hastalarda maligniteler yönünden ileri inceleme yapmak gerekir.

P072

İNTERFERON TEDAVİSİ SIRASINDA KOLİTİS ÜLSEROZA GELİŞEN KRONİK HEPATİT B VİRUS İNFEKSİYONLU OLGU

Bahadır Ceylan, Muzaffer Fincancı, Ayşe İnci

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

İnferferon lökositlerde IL-5 ve IL-13 sentezini inhibe etmesi nedeniyle ülseratif kolit tedavisinde ilgi çekici bir ajan olduğu bildirilmekle birlikte literatürde interferon tedavisi sonrası ülseratif kolit gelişebileceğine ilişkin olgu bildirileride vardır. Bu yazıda kronik HBV enfeksiyonu nedeniyle pegileinterferon verilen ve tedavinin beşinci ayında ülseratif kolit gelişen bir olgu sunulmuştur.

Elli yaşındaki erkek hasta üç aydır günde 4-5 defa sulu dışkılama yakınmasıyla başvurdu. Olgunun anamnezinden kronik hepatit B virus enfeksiyonu nedeniyle sekiz aydır haftada 180 mikrogram pegileinterferon alfa-2a tedavisi aldığı öğrenildi. Olgunun tedavi öncesi karaciğer biyopsisinde Knodell skoru 2, fibroz skoru 1 ve polimeraz zincir reaksiyonu ile HBV DNA düzeyi 1340 İÜ/ml idi. Olgunun tedavinin üçüncü ayında HBV DNA düzeyi negatif bulunmuştu. Biyokimyasal incelemede patolojik bulgu yoktu. Kan sayımında lökosit 4500/mm³ (nötrofil %66, lenfosit %30 ve monosit %4), hematokrit %34 ve trombosit sayısı 258000/mm³ bulundu. Sedimentasyon hızı 50 mm/saat ve serum C-reaktif protein düzeyi 4 mg/dl (normal: 0-0,8) idi. Dışkı direk mikroskopik incelemesinde patolojik bulgu yoktu ve kültüründe Salmonella ve Shigella cinsi bakteri üremedi. Kolonoskopide anal kanaldan itibaren tüm kolon mukozasında ülserasyon, ödem ve hemoraji görüldü. Endoskopi ile rektumdan alınan biyopside kripta yapısı bozulmuş olup kriptalar distorsiyon ve dallanma göstermekteydi ve kripta epiteli ve lümeni içinde polimorf nüveli lökosit infiltrasyonu (kripta absesi) mevcuttu. Olguya kolitis ülserosa tanısı ile mesalazim günde 2000mg ile tedavi başlandı. Tedavinin birinci ayı sonunda olgunun ishal yakınması düzeldi. Kolitis ülserozanın interferon tedavisine bağlı olabileceği düşünülerek tedavinin 10. ayında interferon kesilerek günde 100 mg lamivudin tedavisine geçildi ve tedaviye iki ay daha devam edilerek kesildi.

Bu olgu, ülseratif kolit oluşumu ve interferon kullanımı kesin olarak ilişkilendirilememekle birlikte interferon tedavisi alırken kronik ishal gelişen olgularda interferonun otoimmün olayları uyaran bir ilaç olduğunu da göz önüne alarak ülseratif kolit tanısının da akla gelmesi gereken tanılardan biri olduğunu düşündürmektedir.

P073

FONKSİYONEL DİSPEPSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KLİNİK YAKLAŞIM

¹Irmak Sayın, ¹Ali Kemal Oğuz, ²Halil Değertekin

¹Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Gastroenteroloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Dispepsi, üst gastrointestinal sisteme ait epigastrik ağrı, huzursuzluk, erken doyma, şişkinlik, bulantı, kusma, geğirme, flatulans gibi semptomların episodik veya persistan olarak görülmesi şeklinde tanımlanır. Midede mukozal değişiklik saptanmayan hastalarda; dispepsinin yapısal bir bozuluktan çok fonksiyonel bir bozukluğa sekonder olduğu düşünülür ki bu tabloya 'fonksiyonel dispepsi' (FD) adı verilir. Çalışmamızda gastroenteroloji polikliniğine başvuran FD tanımlaması dahilinde olan hastaların endoskopik bulguları ve işlem sırasında alınan biyopsilerde aranan Helikobakter pilori (HP) pozitifliği ve histopatolojik bulgular arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi, bu olguların bulgularını kontrol vakaları ile karşılaştırmayı ve endoskopi FD tanı ve tedavisindeki yeri ve etkinliğini gözden geçirmeyi amaçladık.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya toplam 45 olgu alındı. Bu olguların 22'si organik nedenlerin ekarte edilmiş fonksiyonel dispeptik şikayetleri olan vakalardan oluşan hasta grubunu, asemptomatik 23 olgu ise kontrol grubunu oluşturdu. Çalışmaya alınan vakaların tamamına tek bir klinisyen tarafından özofago-gastroduodenoskopi yapıldı ve antrumdan biyopsiler alınarak histopatolojik incelemeye gönderildi ve HP arandı. Hasta grubundan 4, kontrol grubundan 2 olgunun biyopsisi patoloji laboratuvarımıza ulaştırılmadığından histopatolojik tanı elde edilemedi.

BULGULAR: Hasta ve kontrol grubundaki olguların cins ve yaş dağılımları benzerdi. Hastaların neredeyse tamamında epigastrik yanma-ağrı şikayeti mevcuttu (%95), buna karşın gaz-şişkinlik, bulantı ve huzursuzluk gibi semptomların sıklığı daha az olarak izlendi (%25). Semptomların bir arada görüldüğü hasta oranı %46 olarak saptandı. Hasta ve kontrol grubu endoskopi / HP varlığı / histopatolojik bulgular açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo-1 /* p>0.05; istatistiksel olarak anlamlı fark yok), (** p>0.05; istatistiksel olarak anlamlı fark yok), (***) p>0.05; istatistiksel olarak anlamlı fark yok).

SONUÇ: Çoğu kez klinik semptomlar ile endoskopi eşliğinde alınan biyopsilerdeki histopatolojik bulgular ve HP varlığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığından dispeptik şikayetler ile kliniğe başvuran hastalarda alarm semptomları yoksa ve ön planda fonksiyonel dispepsi düşünülüyorsa endoskopik girişim

ve biyopsi alınmasına gerek kalmadan non-invaziv testler ile HP varlığı araştırılması ve buna göre eradikasyon tedavisinin yapılması ya da amprik olarak diğer ajanlar ile tedaviye başlanması uygun olacaktır. Ancak tedavi sonunda semptomlarında iyileşme olmayan veya takiplerde alarm semptomları görülen hastalarda endoskopik kontrol düşünülmelidir.

Tablo 1.

	HASTA		KONTROL	
	Pozitif (+)	Negatif (-)	Pozitif (+)	Negatif (-)
*Endoskopi	21 (%96)	1 (%4)	18 (%78)	5 (%22)
**Helikobakter pilori	11 (%61)	7 (%39)	15 (%71)	6 (%29)
***Kronik aktif gastrit	6 (%33)	12 (%67)	5 (%24)	16 (%76)

P074

REKÜRREN GİS KANAMANIN NADİR BİR NEDENİ: DIEULAFYOY LEZYONU

¹Fatma Paksoy, ¹Hatice Anıktar, ²Onur Özer, ¹Selay Gündoğdu, ³Çetin Karaca, ¹Ayda Batuhan Damar, ¹Fatih Borlu

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, ²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, ³Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji

GİRİŞ: Dieulafoy lezyonu (DL), üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamalarının %0.3-6.7'sinden sorumlu olan, mide mukozasının yüzeyel vasküler lezyonudur. İkiisi akut, biri kronik GİS kanama ile başvuran, DL tanısı konulan ve endoskopik olarak tedavi edilen üç olgu sunuldu.

OLGU 1: Diyabet, hipertansiyon ve iskemik kalp hastalığı tanıları olan 74 yaşında erkek hasta melena ile acile başvurdu. Özgeçmişinde en son 2 ay önce olmak üzere toplam 8 kez üst GİS kanama geçirdiği, endoskopik odak görülmediği öğrenildi. Fizik muayenesinde; soluk görünümü, tansiyon arteriyel: 110/60 mm Hg, nabız: 96 /dk. Kardiyak tüm odaklarda 3/6 sistolik sufl ve akciğer alt zonlarında inspiratuvar ronküsler duyulmaktadı. Hemoglobin (HB) 8,7 g/dl, hematokrit (HCT) %26, platelet sayısı (PLT) 203,000/mm³, protombin zamanı (PT) 12,6 sn idi. Üst GİS endoskopide; reflü özofajit, kardiyak gevşekliliği, erozif antral gastrit ve bulbus ön yüzde sızıntı şeklinde kanamalı DL görülerek argon plazma koagülasyon ve 1/10000'lik adrenalin ile skleroterapi uygulandı. 8.gününde şifa ile taburcu edildi.

OLGU 2: İskemik kalp hastalığı tanısı olan 67 yaşında erkek hasta hematemez ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde; 12 yıl önce koroner by-pass operasyonu ve 1 yıl önce iskemik inme geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde; soluk görünümü, tansiyon arteriyel: 130/70 mm Hg, nabız: 88 /dk. Kardiyak tüm odaklarda 3/6 sistolik sufl duyulmaktadı. HB: 7 g/dl, HCT: %22,7, PLT: 304.000 /mm³, PT: 15,9 sn idi. Üst GİS endoskopisinde büyük kurvaturda kanama belirtisi olmayan 4x5 cm ve 6x5 cm çapında ülserler ile fundusta sızıntı şeklinde kanayan DL görülerek argon plazma koagülasyon ve 1/10000'lik adrenalin ile skleroterapi uygulandı. 10.gününde şifa ile taburcu edildi.

OLGU 3: 47 yaşında erkek hasta halsizlik şikayetiyle polikliniğe başvurdu, anemi tetkik nedeni ile servise yatırıldı. Soluk görünümü dışında sistem muayeneleri doğaldı. HB: 6,1 g/dl, HCT: %22,6, PLT: 362,000/mm³, PT: 11,2 sn idi. Üst GİS endoskopide; hiatal herni ve fundusta DL tespit edilerek skleroterapi ve heater prob ile termokoagülasyon uygulandı. 4.gününde şifa ile taburcu edildi.

Tüm hastalara oral antiasid ve intravenöz omeprazol tedavileri verildi. Eritrosit transfüzyonu ve sıvı desteği sağlandı.

TARTIŞMA: DL %61-82 olguda gastrik kökenli olup daha nadiren duodenum, kolon, özofagus ve jejunumda görülebilir. Sıklıkla erkeklerde ve orta-ileri yaşlarda rastlanır. Etiyolojide aspirin, NSAID kullanımı, alkolizm, stres, kardiyak ve pulmoner kapasitedeki azalma suçlanmıştır. Karakteristik görünümü küçük mukozal defektten fışkıran veya sızan kan ya da kanama yokuşunda etrafında ülseri olmayan pıhtıdır. Hastaların %96'sında ilk endoskopik tedavide hemostaz sağlanmaktadır.

Massif ve/veya tekrarlayan üst GİS kanamayla başvuran, endoskopik olarak kanama odağı saptanmayan hastalarda DL akla gelmelidir. Tanı konulduğunda endoskopik tedavi etkili ve güvenli bir yöntem olup, mortalite oranını belirgin şekilde azaltmaktadır.



Figür. Olgu 3'e ait endoskopik görüntü- fundusta DL

P075

PSÖDOKSANTOMA ELASTİKUM VE MALLORY-WEISS SENDROMU BİRLİKTELİĞİ

¹Fatma Paksoy, ¹Cemal Beş, ²Koray Özkan, ¹Esat Namal, ¹Sedat Yiğit, ¹Evren Kanat, ²Damlanur Sakız, ¹Fatih Borlu

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, ²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji, ³Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji

GİRİŞ: Psödoksantoma elastikum (PKE), 1/100 000 sıklıkta görülen, fragmente ve mineralize elastik fibrillerin birikimi ile karakterize; deri lezyonları, görme kaybı, gastrointestinal sistemde (GIS) ciddi kanamalar ve kardiyovasküler sistem tutulumu ile seyreden bağ dokusunun dejeneratif bir hastalıdır. PKE geni kromozom 16p13.1 lokalizasyonundadır. %90 olguda otozomal resesif geçiş gösterir. Mallory Weiss Sendromu'na bağlı masif üst GIS kanama geçiren PKE tanılı 50 yaşında kadın hasta sunuldu.

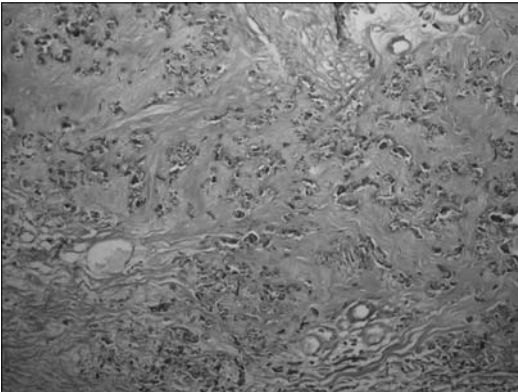
OLGU SUNUMU: 50 yaşında kadın hasta hematemez ve melena ile acil polikliniğe başvurdu. Gelişinde tansiyonu 100/60 mm Hg, nabızı 96/dk, rektal tuşesi pozitif idi. Sistem muayeneleri doğaldı. Boyun çevresinde bilateral, 1-4 mm çaplı multipl sarı papülleri mevcuttu. Derisi kırışık ve gevşekti. Özgeçmişinde 2 hafta önce akut GIS kanama nedeni ile hastanede yattığı ve yapılan üst GIS endoskopisinde kanamayı açıklayacak lezyon görülmediği öğrenildi. Soygeçmişinde kardeşini üst GIS kanama nedeni ile kaybetmişti. Başvuru sırasında ilaç kullanımı yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin: 8,5 g/dL, hematokrit: %26,5, lökosit: 9380/uL, platelet: 480,000/uL idi. Koagülasyon testleri ve kanama zamanı normaldi. Diğer laboratuvar testleri normal sınırlar içindeydi. Üst GIS endoskopisinde aktif kanama odağı saptanmadı. İntravenöz proton pompa inhibitörü (PPI) ve oral antiasit tedavisi başlandı. Yatışının 3. ve 4. günlerinde tedavi altında hastanın masif hematemesi üzerine üst GIS endoskopisi tekrarlandı, Mallory Weiss yırtığı görüldü. Yatışı süresince toplam 14Ü eritrosit süspanasyonu transfüze edildi. Boynundaki lezyonlardan alınan biyopside; PKE ile uyumlu olarak VonKossa boyasıyla üst retiküler dermiste kalsifik odakların çevresinde elastik liflerde dejenerasyon gözlemlendi. Göz dibi muayenesi normaldi. Ekokardiyografide mitral kapakta dejenerasyon ve nodüler kalsifikasyon saptandı. Maddi nedenlerden ötürü genetik çalışma yapılamadı. Hasta oral PPI ve antiasit tedavi ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: PKE olgularında, deri genel olarak gevşek ve kırışık bir görünümündedir, lezyonları sıklıkla antekübital fossa ile yüz, dudak, oral mukozada birkaç milimetre çapında sarımsı papüller şeklinde izlenir. Klinik olarak, koroner ve periferik arterlerde elastik laminanın etkilenmesi ile angina pectoris ve intermitant klidikasyon, mide mukozasında internal elastik membranın dejenerasyonu sonucu hematokezya veya melena, gözde retinal damarların etkilenmesiyle angiod streakler saptanabilir. Patolojik olarak orta ve derin dermiste, kalsifikasyon alanları arasında, düzensiz dejenerasyon, elastik fibriller saptanır. Olgumuzda cilt tutulumu ile birlikte GIS ve kardiyovasküler tutulum saptanmıştır.

Bu olgu ışığında, nedeni açıklanamayan GIS kanama ile başvuran hastalarda ksantomatoz deri lezyonları görülmesi durumunda, ayrıntılı tanıda PKE da düşünülmesi, hasta ile birlikte asemptomatik aile bireylerine de sistemik ve genetik tarama yapılmalıdır.



Figür 1. Boyunda tipik PKE lezyonları; sarı renkli papüller



Figür 2. Dermisde dejenerasyonlu elastik liflerin varlığı (X 200)

P076

RADYOLOJİK OLARAK FOKAL NODÜLER HİPERPLAZİ'Yİ TAKLİT EDEN NÖROENDOKRİN TÜMÖR: OLGU SUNUMU

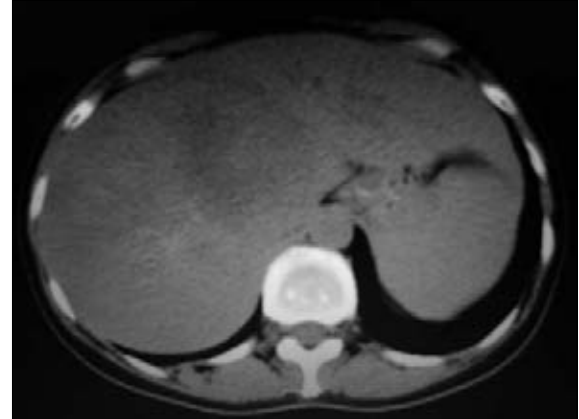
¹Irmak Sayın, ¹A. Kemal Oğuz, ²Halil Değertekin

¹Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

OLGU SUNUMU: 45 yaşında bayan hasta son 3 aydır giderek artan halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, karında dolgunluk hissi – şişkinlik, kilo kaybı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde bilinen bir sistemik hastalığı olmayan olgunun düzenli ilaç alımı veya OK kullanım öyküsü yoktu. Karnı muayenesinde sağ üst kadranda minimal hassasiyet saptandı, defans / rebound yoktu. Mevcut bulgular eşliğinde rutin laboratuvar tetkikleri ve abdominal ultrasonografisi istendi. Laboratuvar; AST: 126,72 U/L (1-42), ALT: 81,51 U/L (1-41), GGT: 250,94 U/L (5-49), ALP: 441,76 U/L (35-129), AFP: 2,13 IU/mL (0,01-5,8). USG'de KC boyutlarının artmış olduğu ve segment VII'de 16x11x9 cm boyutlarında, santralinde kistik alan ve ekojen skar görünümü izlenen, renkli doppler incelemede KC'ye göre daha az kanlanan büyük boyutlu kitle lezyonu görüldü, sonografik olarak fokal nodüler hiperplazi olarak tanımlandı. Takiben yapılan tüm abdomen BT'de KC boyutları artmış izlendi. Sağ lob santral yerleşimli ve 17x10x11 cm boyutlarında santral skar görünümü izlenen heterojen dansitede, düzgün konturlu lezyon görüldü. IV kontrast madde enjeksiyonu sonrasında lezyonda belirgin çeper boyanması ve irregüler kontrastlanma gösterdi. Sonografik bulgularla birlikte değerlendirildiğinde fokal nodüler hiperplazi olarak tanımlandı. Hastanın sempto-matik olması, KC fonksiyonlarında bozulma izlenmesi, OK kullanım öyküsünün olmaması ve komplikasyon riski taşıması nedeniyle cerrahi kliniğine yönlendirildi. Dış merkezde yapılan cerrahi rezeksiyon sonrasında patolojik inceleme gönderilen materyal nöroendokrin tümör olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA: Fokal nodüler hiperplazi (FNH) karaciğerin (KC) en sık 2. benign tümörüdür. Genellikle asemptomatik, insidental olarak saptanır. Nadiren sağ üst kadranda ağrısı ile prezente olur. Etiyoloji ile ilgili pek çok faktör suçlanmakla birlikte halen kesin olarak kabul edilen bir görüş yoktur. Özellikle kadınlarda oral kontraseptif (OK) kullanımı ile prevelansında artış bildirilmiş olup, OK kullanımı lezyonun gelişimini ilerletmesini uyarabilmektedir. Lezyon sıklıkla subkapsüler yerleşimli ve <5cm çapındadır, nadiren büyür. KC fonksiyon testleri ve AFP genelde normaldir. Tanıda USG / BT / MR gibi görüntüleme yöntemleri kullanılır. Özellikle BT görüntülemesinde santral skar büyük olasılıkla FNH'yi destekler. Ancak tanıda görüntüleme her zaman tek başına yeterli olmayabilir. Bizim olgumuzda da radyolojik olarak FNH'yi destekleyen bulgular olmakla birlikte cerrahi rezeksiyon sonrası tanı nöroendokrin tümör olarak değerlendirilmiştir.

SONUÇ: BT / MR gibi görüntüleme yöntemleri FNH tanısı için değerli olmakla birlikte çoğu kez pre-operatif tanı kesin olarak konulamamaktadır. Özellikle de bizim vakamızda olduğu gibi OK kullanımı olmasına rağmen lezyonun çok büyük boyutlara ulaşması ve genel pratiğin aksine belirgin semptom varlığı, KC fonksiyon testlerinde bozulma saptanması durumunda altta yatan başka bir malign tablo göz önünde bulundurularak hasta mutlaka cerrahiye yönlendirilmelidir.



Figür 1. BT (Kontrastsız)



Figür 2. BT (Kontrastlı)

P077**DOKSİSİKLİN KULLANIMINA BAĞLI ÖZOFAGUS ÜLSERİ: OLGU SUNUMU**

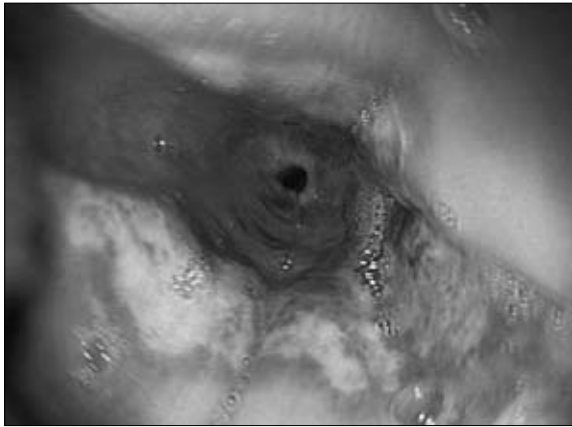
¹Şahin Doğanay, ¹İrmak Sayın, ¹A. Kemal Oğuz, ²Halil Değertekin

¹Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

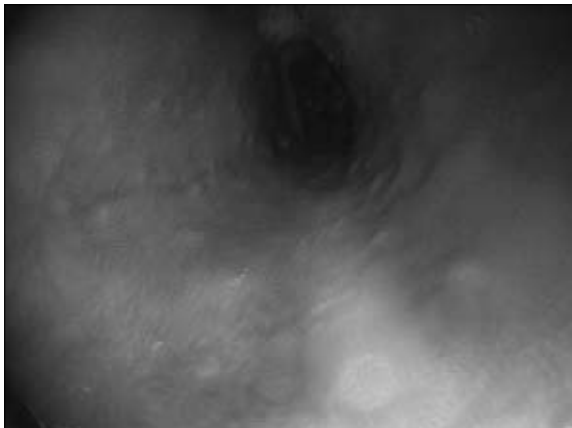
OLGU SUNUMU: 33 yaşında, bayan hasta aniden ortaya çıkan odinofaji, retrosternal yanma hissi ve bulantı şikayeti ile gastroenteroloji polikliniğimize başvurdu. 4 gün öncesine kadar aktif şikayeti olmayan hasta, jinekoloji kliniği tarafından tedavi amacıyla başlanan doksisisiklin tablet alımını takiben gece saatlerinde retrosternal ağrısının başladığını, daha ayrıntılı olarak sorgulandığında ilacı az bir süre ile alıp, kısa bir süre sonra yattığını ifade etti. İlacı kesmesine rağmen 3 gün boyunca odinofaji, bulantı, retrosternal yanma ve özellikle özofagus orta kesiminde ağrısının devam ettiğini ifade etti. Mevcut bulgular eşliğinde hastaya endoskopi yapıldı (Şekil-1). Yapılan incelemede özofagus orta kesiminde üzeri eksuda kaplı, çevresinde normal mukozanın izlendiği, kümelenme gösteren, yüzeysel ülserler izlendi. Doksisisiklin kullanımına bağlı özofagus ülseri tanısı konulan hastanın almakta olduğu ilacı kesildi. Sıvı gıda alımı önerilen hastaya Lansaprozol 30mg BID başlandı. 3 gün içerisinde semptomlarında belirgin gerileme izlenen hastaya 6 hafta sonra kontrol endoskopisi yapıldı. İşlem sırasında mukozanın tamamen normale döndüğü izlendi (Şekil-2).

TARTIŞMA: İlacı bağı özofagus hasarı sık karşılaşılan bir durum olmakla birlikte önemli bir klinik tablodur. Mukozal hasarın oluşmasında ilaca ve hastaya bağlı faktörler rol oynar. İlacın kimyasal yapısı, çözünürlüğü ve mukozaya ile olan temas süresi önemlidir. Özellikle jelatinöz materyalle kaplı ilaçlar az miktarda su ile alındığında özofageal mukozaya yapışabilmektedir. Bildirilen vakaların yarısında tablodan üç ilaç sorumludur; tetrasiklin, doksisisiklin ve klindamisin. Hasta ile ilişkili faktörler de ise özofageal motilite bozukluğu, striktür varlığı, ilacın az miktarda su ile ve yatmadan hemen önce alınması rol oynar. Özofageal hasar sıklıkla arkus aortanın dıştan bası yaptığı özofagusun orta kesiminde meydana gelir. Ülserler genellikle küçük ve yüzeyledir. Derin ülserler daha nadir görülmekle birlikte, ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Literatürdeki vakaların %7'sinde, derin ve çepeçevre ülserasyonlar, dilatasyon gerektiren fibrotik striktürlere neden olmaktadır. Tedavide ilk aşama ilacın kesilmesidir. Spesifik tedavi gerekliliği tartışmalı olup klinikte antiasidler, H2 reseptör blokerleri, proton pompa inhibitörleri, sukralfat ve lokal anesteziyikler sıklıkla kullanılmaktadır. Tedavi sonrası özofageal hasar genellikle 3-10 gün içerisinde iyileşir.

SONUÇ: Klinikte sık karşılaşılan bir durum olmakla birlikte oluşturabileceği komplikasyonlar nedeniyle ilaca bağlı özofagus hasarı akıldan tutulması gereken bir tablodur. Tablodan sorumlu olabilecek ilaç kullanımları öncesi hasta ilacını yeterli su ile alması ve ilaç alımından sonra dik pozisyonunda kalması konusunda bilgilendirilmelidir. Kliniğe ilaç alımını takiben gelişen odinofaji ve retrosternal yanma şikayetiyle gelen hastalarda da bu tablo hatırlanıp gerekli tanısall tetkikler yapılmalı ve vakit kaybetmeden medikal tedaviye başlanmalıdır.



Figür 2. Tedaviden önce



Figür 1. Tedaviden sonra

P078**ALLOPURİNOL VE MULTİORGAN YETMEZLİK-NADİR BİR OLGU**

Bermet Junushova, Nevin Oruç, Pınar Görceğiz, Galip Ersöz

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

GİRİŞ: İlacı bağı toksik hepatit özellikle ileri yaşta sık görülebilmektedir. Ancak ilaca bağı nefropati ve dermatitin eşlik ettiği ilaç reaksiyonu ve toksik hepatit birlikteliği azdır. Yaygın kullanımı olan allopurinol bu olguda akut böbrek yetmezliği, dermatit ve toksik hepatit gelişiminde rol oynamıştır.

OLGU SUNUMU: A. K., 50 yaşında erkek hastada, 1985 yılında nefrolitiazis nedeniyle sol nefrektomi uygulanmıştır. 01-02-2008 tarihinde sağ yan ağrısı nedeniyle dış merkeze başvuran olguda, o zamanki laboratuvar değerleri bilinmemekte birlikte allopurinol 2x2/1 tb tedavisi verilmiştir.

05-02-2008 tarihinde öksürük, takiben tüm vücutta yanma, kızamıklık, kaşıntı, göz kapaklarında şişme idrar miktarında azalma ve idrar rengi koyulaşma yakınmalarıyla yapılan incelemede karaciğer fonksiyon testleri yüksek saptanmıştır. Kliniğimize yönlendirilen olgunun ilk incelemede otoimmün testler ve hepatit markerler negatif bulunmuştur. Allopurinol dışında ilaç kullanımı olmayan hastada incelemede allopurinole bağı toksik hepatit, dermatit, akut böbrek yetmezliği tespit edilmiştir. Allopurinol kesilerek kortizol tedavisi başlanan olguda karaciğer testleri, böbrek fonksiyon testleri normale dönmüş, cilt dö-küntüleri gerilemiştir.

SONUÇ: Bu olgu allopurinole bağı litratürde nadir bildirilen akut böbrek yetmezliği, toksik hepatit ve dermatit olgularından birisidir. Allopurinol metaboliti olan oksipurinolin tablodan sorumlu olduğu ve böbrek yetmezliği olan vakalarda daha çok ortaya çıktığı düşünülmektedir. Benzer olgular furosimide, klortiazid ve metildopa gibi ilaçlara bağı olarak da bildirilmiştir. Bu olgu, yaygın kullanımı olan allopurinol gibi ilaçların ciddi toksik yan etkilerinin olabileceğini ve mutlaka yakın takip edilmeleri gerektiğini ortaya koymuştur.

P079**HELİKOBAKTER PİLORI VE TROMBOZ**

¹İrfan Yavaşoğlu, ²Adil Coşkun, ¹Mustafa Ünübol, ¹Bilal Acar, ²Vahit Yükselen, ²Hadi Yaşa, ²Ali Önder Karaoğlu, ¹Gürhan Kadıköylü, ¹Zahit Bolaman

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı, Aydın, ²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Aydın

Helikobakter pilori (Hp), sitomegalovirus, klamidya pnömonia mikroorganizmalar tromboembolizm patogeneğinde suçlanmaktadır. Bununla birlikte Hp, koroner kalp hastalığı, mukozaya ilişkili lenfoid doku lenfomasi ve inme gibi gastrointestinal sistem dışı hastalıklarla birlikteliği söz konusudur. Deneysel çalışmalarda Hp kronik enfeksiyonu olan farelerde arterioller hasar sonrasında tromboz embolizasyonu gözlenmiştir. Ancak insanlarda Hp ile tromboz arasındaki ilişki net değildir. Bu çalışmada endoskopik olarak hızlı üreaz testi ile Hp pozitif 65 hastada (41 bayan, 24 erkek, ortalama yaş 49±14 yıl) tromboz öyküsü araştırıldı. Kontrol grubu olarak çeşitli gastrointestinal yakınması olan ve endoskopik olarak Hp negatif 60 hasta (36 kadın, 24 erkek, ortalama yaş 52±16 yıl) alındı. Hp pozitifliği saptanmadan bir yıl önceki dönemden günümüze klinik, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile saptanan arteriyel ve venöz tromboz sıklığı Hp (+) grupta %9.2 (4 hastada koroner arter, birer hastada derin ve serebrovasküler tromboz), Hp (-) grupta %13.3 (7 koroner arter ve bir serebrovasküler tromboz) idi. Bu oran istatistiksel olarak anlamlı değildi (p> 0.05). Sonuç olarak Hp enfeksiyonun tromboz üzerinde bir etkisi görülmemektedir.

P080**KARSİNOİD TÜMÖR: OLGU SUNUMU**

Ahmet Uyanıkoğlu, Binnur Pınarbaşı, Melike Kalfa, Filiz Akyüz, Fatih Ermiş, Yılmaz Çakaloğlu, Sabahattin Kaymak, Atilla Ökten

İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Gastroenteroloji

Karsinoid tümör (tm) nadir nöroendokrin neoplazmlardan olup yavaş gelişen, sıklıkla gastrointestinal sistemden kaynaklanan ve nonfonksiyone olan, tüm maliniterin %0.5-1'ini oluşturan, son yıllarda medikal tedavisinde oldukça başarılı olunan bir kanserdir.

OLGU: 70 yaşında erkek hasta, sağ üst kadranda ağrısı ile mayıs 2005 yılında Tıp Fakültesi hastanesine müraعات etmiş. Batın ultrasonografisinde solid nodüler lezyonlar (metastaz?, primer KC tm?) saptanan hastanın tetkiklerinde hepatit markerleri, AFP'si, tm markerleri, gastroskopisi normal; kolonoskopide 35.cm'de 1 cm adenomatöz polip saptanmış. Hastada KC biyopsisi yapılarak primeri belli olmayan metastatik adenokarsinom teşhisi konulmuş. Hasta tekrar değerlendirme için yatırıldı.

Öz geçmişinde 7 yıl önce ingiunal herni operasyonu, alışkanlıklarında sigara 50 paket/yıl dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde troid grade 1 diffüz palpabl, sol lobta 1 cm nodül, tırnaklarda matlaşma, aort ağzında karotite yayılan 2/6 sistolik üfürüm, KC sağ lob 4 cm, sol lob 6 cm palpabl idi. TİT, hemogram, biyokimya, tm markerleri, EKG ve akciğer grafisinde dikkati çekecek bulgu yoktu. Hastanın batın BT'sinde nodüler lezyonlarda büyüme saptandı. Hastalığın yavaş seyri göz önüne alınarak karsinoid tm düşünüldü. 24 saatlik idrarda 5HIAA, metanefrin, normetanefrin düzeyi normaldi. Ocreotid sintigrafisinde KC'de ve sağ kolonda tutulum saptandı. KC biyopsisi yeniden değerlendirilen hastada kromogranin ve sinaptofizinin pozitif saptanarak nonfonksiyone karsinoid tm teşhisi konuldu. Ayda bir sandostatin LAR tedavisine başlanarak poliklinik takibine alındı.

SONUÇ: Karsinoid tm nadir görülen, nonfonksiyone olduğunda kitle basısı dışında başka belirti vermeyen, tedaviyle prognozu iyi olan bir neoplazmdir. Primeri bilinmeyen KC metastazı teşhisi düşünülen hastalarda bunun karsinoid tm'de olabileceği akla gelmelidir.



P081

PAROKSİSMAL NOKTÜRNAL HEMOGLOBİNÜRİYE BAĞLI NONSİROTİK PORTAL HİPERTANSİYONLU HASTADA DEV PERİTONEAL KİST HİDATİK VE ALBENDAZOLE BAĞLI AGRANÜLOSİTOZ

Ahmet Uyanıkoğlu, Filiz Akyüz, Ömer Ekinci, Rahim İliaz, Fatih Beşişik, Atilla Ökten

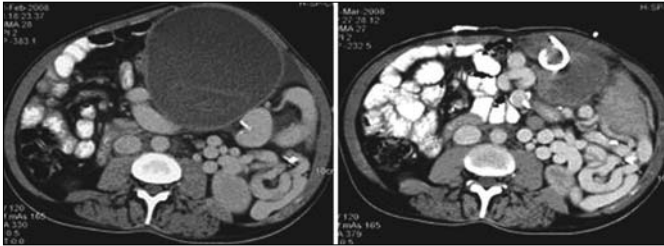
İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Gastroenterohepatoloji

Albendazol geniş spektrumlu antiparazitik bir ilaçtır. Yan etkilerinin minimal ve uzun süreli kullanıma bağlı nötropeni sıklığı %1'den az olarak bildirilmiştir. Hepatik, splenik ve dev peritoneal ekinokokkal kist nedeniyle albendazol başlanan, ikinci haftada febril nötropeni gelişen bir vaka sunulmuştur.

OLGU: 49 yaşında paroksizmal noktürnall hemoglobüriye bağlı nonsirotik portal hipertansiyon, kist hidatik (KH) ve tekrarlayan kolanjit atakları nedeniyle polikliniğimizden takipli olan erkek hasta üşüme, titreme, ateş, karın ağrısı ve karında şişlik şikayeti nedeniyle tekrar müraacaat etti. 2006 yılındaki MR'ında 10 cm olan KH boyutu, 2007 yılında 20 cm'e çıkınca kist drenajı için yatırılan hastaya kist drenajı (resim 1) ve 150 cc saf alkol enjeksiyonu yapılarak albendazol 800 mg başlandı. Albendazolün 9.gününde halsizlik ve titreme ile yükselen ateş şikayetleri ile acil polikliniğe başvuran hastada lökosit: 300/mm³, PNL: 0/mm³ saptanarak febril nötropeni teşhisi ile ampicilin-sulbaktam başlanarak servise yatırıldı.

Hastanın fizik muayenesinde kasığa kadar uzanan dalak ve orta hasta ele gelen kitle dışında özellik saptanmadı. Laboratuvar bulgularından agranülositoz dışında total bilirubin 4.55 mg/dl, direkt bilirubin 2.91 mg/dl, albümin 2.38 g/l, gama globülin 1.99 g/l saptandı. Periferik yaymasında nötrofil yoktu, kemik iliği yaymasında myeloid seride azalma saptanarak albendazole bağlı agranülositoz teşhisi konuldu. Albendazol kesildi, neupogen (G-CSF) 48 MU/gün başlandı, 5.gün lökosit 5300/mm³, PNL 2300/mm³e yükseldi. 2.gün ateşi düşmeyen hastaya kültür-antibiyoqram sonucuna göre piperasilin-tazobaktam 3x4.5 gr'a geçildi, yine ateşi düşmeyen hastanın kontrol MR'ında perihepatik kalın duvarlı, septalar içeren yeni sıvı koleksiyonu saptandı, drenajından 200 cc pü geldi; batındaki KH tekrar dolduğu, kist membranının çöktüğü görüldü, buradan da 2.kateterden 1500 cc kadar safıralı mayii geldi. Sıvıların kültürlerinde E. coli ve Klebsiella üremesi üzerine imipenem-silastatin 4x500 mg'a geçildi, drenajın 2.günü ateşi kontrol altına alındı. Antibiyotiğin 14.günü oral moksifloksasine geçildi, periton içindeki drenaj kateteri çekildi. Hastanın karaciğerdeki 2.kateri 15 gün sonra çekildi. Genel durumu düzelen hasta aralıklı antiyotik, urso-deoksikolikasit, propranolol tedavisiyle taburcu edildi.

Albendazol sulfoksit yarılama ömrü karaciğer hastalıklarında artmaktadır. Bu vakada ciddi nötropeni gelişmiş olmasında altta yatan portal hipertansiyonun katkısının olabileceği düşünülmüştür. Albendazol başlanacak bu tür hastalar kemik iliği toksisitesi yönünden sık kan sayımları ile yakından takip edilmelidir.



Figür. Drenaj öncesi ve sonrası dev peritoneal kist hidatik

P082

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİ SONUÇLARINA GÖRE PEPTİK ÜLSER VE GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞININ YILLARA BAĞLI DEĞİŞİMİ

Ömer Teber, Laika Karabulut, Bilal Uğurlukışi

TC Sağlık Bakanlığı Okmeydanı EAH 4. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışmada SB Okmeydanı EAH'nde 4.İç hastalıkları servisi tarafından, üst gastro-intestinal sistem endoskopisi yapılan hastalar incelendi. 1995-96-97,2004-05-06 yıllarında peptik ülser (PÜ) ve gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) nın görülme oranları incelendi. Her iki hastalığın yıllara göre değişimi ve kadın erkek oranları karşılaştırıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamızda 12.473 hasta retrospektif incelendi. PÜ'li 2742 hastanın 874'ü kadın, 1868'i erkek idi. GÖRH olan 935 hastanın 420'si kadın 515'i erkek idi. İlk üç yıl Pentax FG29X ve Pentax FG32X, son 3 yıl Fugion EG250VR8 cihazları kullanıldı. Sonuçlar X2 ve ileri X2 analizleri ile değerlendirildi.

BULGULAR: 12.473 hastanın 2.742'sinde (%21.98) peptik ülser, 935'inde (%7.50) GÖRH saptandı. Hastaların yaş ortalaması 48.83 (+/-12 yıl) bulundu. PÜ'de yıllara göre tanı oranları (Tablo 1): 1995- %21.98; 1996- %22.35; 1997- %21.72; 2004- %23.76; 2005- %17.02; 2006- %19.05 şeklinde idi (p<0.001). Yıllara göre anlamlı bir azalma saptandı. GÖRH'nda tanı oranları (Tablo 1): 1995- %6.35; 1996- %8.46; 1997- %8.40; 2004- %6.81; 2005- %5.81; 2006- %9.17 şeklinde idi. Yapılan analizde anlamlı değişim saptanmadı.

PÜ'li 2742 hastanın 874'ü kadın (%31.87), 1168'i erkek (%68.13) bulundu. Yıllara göre dağılım 1995 yılında 895 hastanın 306'sı kadın (%8.25) 589'u erkek (%15.87), 1996 da 642 hastanın 202 si kadın (%7.03), 440 erkek (%15.32), 1997 de 468 hastanın 142 si kadın (%6.59) 326 si erkek (%15.12), 2004 de 258 hastanın 71 i kadın (%6.54) 187 si erkek (%17.22), 2005 de 211 hastanın 50 si kadın (%4.03) 161 i erkek (%12.98), 2006 da 268 hastanın 103 ü kadın (%7.72) 165 erkek (11.73) idi (p=0.005) (Tablo 2). Yani yıllara göre dağılım incelendiğinde son 3 yılda PÜ erkeklerde daha fazla görüldü.

GÖRH 'i tanısı alan 935 hastanın, 420 si kadın (%44.92), 515 i erkek (%55.08). Yıllara göre dağılım 1995 yılında 236 hastanın 139 u kadın (%58.90) 97 si erkek (%41.10), 1996 da 243 hastanın 119 u kadın (%48.97) 124 ü erkek (%51.03), 1997 de 181 hastanın 82 si kadın (%45.30) 99 u erkek (%54.70), 2004

de 74 hastanın 22 si kadın (%29.73) 52 si erkek (%70.27), 2005 de 72 hastanın 16 si kadın (%22.22) 56' si erkek (%77.78), 2006 da 129 hastanın 42 si kadın (%32.56) 87 si erkek (%67.44) bulundu (p<0.001) (Tablo 3). İlk 3 yıla oranla, son 3 yılda GÖRH kadınlarda daha az görülmektedir.

TARTIŞMA-SONUÇ: Çalışmamızda yıllara peptik ülserde göre görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı azalma saptandı. Bu azalma özellikle son birkaç yılda daha belirgin bulundu. Aylara göre dağılımda ise Ocak-Nisan ayları ve Ağustos-Eylül aylarında bazı yıllarda peptik ülser hastalığının daha az görüldüğü, ama bütün yıllar dikkate alındığında, anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Endoskopi yapılan hastaların ortalama %21.98'inde peptik ülser hastalığına rastlandı. peptik ülserli hastaların %86.21'inde 1 adet ülser, %11.82'sinde 2 adet ülser, %1.97'sinde 3 veya daha fazla ülser bulundu.

Sonuç olarak dispeptik yakınmalarla başvuran olgularımızın endoskopilerinde GÖRH 'nın yaygınlığı görülmekte ve malignite'de göz önüne alınarak, kuşku olgularda uzun süreli anti-H. Pylori tedavisinden ziyade, endoskopinin geçiktirilmemesi gereği ortaya çıkmaktadır.

Tablo 1.

TARİH	HASTA SAYISI	PEPTİK ÜLSER	YÜZDE	GÖRH	YÜZDE
1995	3711	895	24,12 %	236	6,36 %
1996	2873	642	22,35 %	243	8,46 %
1997	2156	468	21,71 %	181	8,40 %
2004	1086	258	23,76 %	74	6,81 %
2005	1240	211	17,02 %	72	5,81 %
2006	1407	268	19,05 %	129	9,17 %
TOPLAM	12473	2742	21,98 %	935	7,50 %

Tablo 2.

TARİH	HASTA SAYISI	KADIN	YÜZDESİ	ERKEK	YÜZDESİ
1995	895	306	34,19 %	589	65,81 %
1996	642	202	31,46 %	440	68,54 %
1997	468	142	30,34 %	326	69,66 %
2004	258	71	27,52 %	187	72,48 %
2005	211	50	23,70 %	161	76,30 %
2006	268	103	38,43 %	165	61,57 %
TOPLAM	2742	874	31,87 %	1868	68,13 %

Tablo 3.

TARİH	HASTA SAYISI	KADIN	YÜZDESİ	ERKEK	YÜZDESİ
1995	236	139	58,90 %	97	41,10 %
1996	243	119	48,97 %	124	51,03 %
1997	181	82	45,30 %	99	54,70 %
2004	74	22	29,73 %	52	70,27 %
2005	72	16	22,22 %	56	77,78 %
2006	129	42	32,56 %	87	67,44 %
TOPLAM	935	420	44,92 %	515	55,08 %

P083

HEMODİYALİZ HASTALARINDA GASTROİNTESTİNAL LEZYONLAR VE HELİKOBAKTER PYLORİ SIKLIĞI

¹Edip Uçar, ¹Mehmet Rami Helvacı, ¹Tuğba Yetim, ¹Vedia Gül Değirmenci, ¹Ersan Semerci, ¹İsmail Tekiş, ¹Kazım Öztürk

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²MKÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Son dönem böbrek yetmezliği, gastrointestinal sistem dahil olmak üzere tüm organları etkilemektedir. Bütün bu değişiklikler, çok sayıda semptomlar halinde kendini gösterirken, büyük oranda mortalite ve morbitite' den sorumludurlar. Bu çalışmanın amacı hemodiyaliz hastalarında, üst gastrointestinal sistemde en sık görülen endoskopik lezyonları tespit etmek ve Helikobakter pylori (Hp) sıklığını araştırmaktır.

Bu çalışmaya son iki yıl içerisinde çeşitli nedenlerle üst GİS endoskopisi yapılan 104 hemodiyaliz hastası alındı. Gerekli görülen hastalardan histolojik inceleme ve Hp için gastrik biyopsi yapıldı. Hastaların 60'i (%57.6) erkek, 44'ü (%42.4) kadını idi. Yaş ortalaması 48.2±11.4 yıl idi. Hastaların 74'ünde (%71.1) endoskopik lezyon saptandı. Üst gastrointestinal kanama (%19.4) en sık endoskopi yapıma nedeni idi. 30 hastada (%40.5) kronik gastrit, 15 hastada (%20.2) akut gastrit, 8 hasta (%10.8) duodenal ülser, 7 hastada (%9.4) duodenit, 6 hastada (%8.1) gastroduodenit, 2 hastada (%2.7) gastrik ülser, 6 (%8.1) hastada gastroözofageal reflü tespit edildi. Alınan antral biyopsilerden en sık 40 (%54) hastada kronik aktif gastrit saptandı. Helikobakter pylori 55 (%74) hastada pozitif idi. Histolojik olarak kronik aktif gastrit tanısı konulan hastaların %80'inde Hp pozitif idi.

Sonuç olarak hemodiyaliz hastalarında semptomlu veya semptomsuz gastrointestinal hastalıklarla karşılaşılabilmektedir. Histolojik olarak en sık kronik aktif gastrit tanısı konuldu ve bu tanı yüksek oranda Hp enfeksiyonu ile ilişkili idi.

P084

KESİTSEL GÖRÜNTÜLEME SIRASINDA KARŞILAŞILAN İNSİDENTAL ATİPİK DALAK LEZYONLARI

¹Mehmet Burak Çıldıağ, ²Düzgün Yıldırım, ²Murat Uçar

¹Aydın Devlet Hastanesi Radyoloji Bölümü, ²Kasımpaşa Asker Hastanesi

AMAÇ: Bu çalışma ile, günlük pratikte sık karşılaşılmayan dalak lezyonlarının kesitsel görüntülerini sunarak, hem bu konuda literatür aşinalığı oluşmasını, bunun yanında; karakteristik splenik lezyonların ayrıntı tanısında yararlı olabilecek bazı ipuçlarını paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM: İnsidental veya sonografide sınırlı tanımlanmayan dalak lezyonu saptanmış 18 olgunun, literatür bilgileri ile değerlendirildiğinde nadir veya atipik olarak karakterize edilen 7 olgu çalışmaya dahil edildi. Yedi olgunun hepsinde de tomografi incelemesi, bunun yanında iki olguda ayrıca manyetik rezonans inceleme yapılmıştır.

BULGULAR: Lezyonlar multiplanar reformat, MRG ile takip ve 2 yıllık takiplerden sonra tekrar değerlendirilmiş ve raporlanmıştır. Bu değerlendirmeler sonucunda, olguların lezyonlarının, sırası ile; laminer kalsifiye tip 5 hidatik kist, dalak konturunda kapsüler fokal ekspansiyona bağlı mide basısı, karaciğer sol lobunun hipertrofiye olması sonucu mid-line liver ve aspleni, basit radyolojik karakterlerde ancak boyut artışı gösteren dalak kisti (meme-invaziv duktal karsinoma metastazi), myelodisplastik sendrom, total enfarkt, portal venin iatrojenik ligasyonuna sekonder gelişmiş nodüler dalak enfarktleri olduğu tespit edildi.

SONUÇ: Dalak parankiminde ve konturunda gelişmiş insidental atipik lezyonlar, benign radyolojik karakterde görüldüğü halde malign olabilir veya çevre yumuşak dokulara baskı etkisi oluşturmasına rağmen benign natürde olabilir. Dalak kitlesel patolojilerinde reformat kontrastlı ince kesitler, MRG ile değerlendirilme, portal sistemin ayrıntılı değerlendirilmesi, takip son derece önemli olup yanlış negatif veya yanlış pozitif değerlendirmeleri engelleyecektir.

P085

KOLELİTİAZİSLİ OLGULARDA; SAFRA KESESİ VE SAFRA YOLLARI TAŞLARININ BİLGISAYARLI TOMOGRAFİ GÖRÜNTÜ SPEKTRUMLARI

¹Düzgün Yıldırım, ²Mehmet Burak Çıldıağ, ¹Murat Uçar, ³Mustafa Taşar

¹Kasımpaşa Asker Hastanesi Radyoloji Bölümü, ²Aydın Devlet Hastanesi Radyoloji Bölümü, ³Gülhane Askeri Tıp Akademisi Radyoloji Anabilim Dalı

AMAÇ: Bu çalışma ile, merkezimize başvurmış ve bilier sistemde kalkül saptanmış olan olguları saptayıp, BT görüntüleri farklı olan kalküllerin karakteristiklerini literatür ile paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM: Safra kesesi ve safra yollarında obstruktif-nonobstruktif kalkülü bulunan olgular, retroseptif bu çalışma ile tespit edildi. Safra kesesi, safra yolları taşları BT görüntüleri, kaydedilerek birbirlerinden farklı dansite ve konfigürasyondaki kalküller belirlendi.

BULGULAR: Safra sisteminde gelişmiş kalküller içerik farklılıklarına göre son derece geniş spektrumda farklılıklar sergileyebileceği gibi BT ile vizüalize olmama olasılığı da söz konusudur. Ancak rekonstrüksiyonlar ve uygun pencere ayarları ile kolelitiazis olgularının çoğunda kalküller, lokalizasyonları, dansiteleri ve konfigürasyonları tespit edilebilir.

SONUÇ: Değişik dansite ve konfigürasyona sahip olduklarının bilinci, çalışmamızda tespit edilen çok farklı spektrumdaki kolelitiazis olgularının görüntülerine aşinalık, hem inceleme zamanını kısaltması bakımından hem de yanlış negatif raporlamaları engellemesi bakımından son derece önemlidir.

P086

HASTANEDE YATAN HASTALARDA VE SAĞLIKLI REFAKATÇİLERDE DIŞKILAMA PATERNİ VE FONKSİYONEL BARSAK HASTALIKLARI SIKLIĞI

Sibel Gezer, Ahmet Danaloğlu, M. Ali Çıkrıkçıoğlu, Mehmet Hurşitoğlu, Şengül Aydın, İlker Jordan, Tufan Tükek

Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İrritabl barsak sendromu (İBS) fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalıkları içinde klinisyenlerin en sık karşılaştıkları tablolardan biridir. Sıklığı toplumdaki topluma, bölgeden bölgeye değişmektedir.

AMAÇ: Çalışmanın amacı hastanemizin çeşitli servislerinde yatarak tedavi gören hastaları ve hasta yakınlarını sorgulayarak toplumdaki İBS sıklığını ölçmek, toplumun genel dışkılama özelliklerini ortaya koymak ve hastanede yatışın dışkılama paterni üzerine etkisini belirlemektir.

METOD: Kesitsel çalışmada 2006-2007 yılları arasında hastanemizde yatarak tedavi gören ve yaşları 14'den büyük 146 hasta ve 154 hasta refakatçi (93 erkek, 207 kadın) değerlendirilmeye alındı. Sağlıklı hasta refakatçileri toplumu temsil eden grup olarak değerlendirildi. Roma III kriterleri esaslı, İBS ye ilişkin 26 adet soru sorularak fonksiyonel barsak hastalıkları araştırıldı. Fonksiyonel barsak hastalıkları kapsamında yer alan İBS, fonksiyonel şişkinlik, fonksiyonel kabızlık, fonksiyonel ishal sıklığı araştırıldı. Yatış öncesi Bristol skalası kullanılarak elde edilen dışkılama paterni, 3 gün yatıştan sonra tekrar değerlendirildi ve karşılaştırıldı.

BULGULAR: 300 vaka içinde 31 kişi de İBS saptandı. Bunlardan 14'ünün konstipasyon predominant İBS olduğu (%28 hasta ve %33 refakatçi), 2 kişinin de diare predominant İBS (%4.8 yatan ve %8.5 refakatçi) olduğu tespit edildi. Miks tip İBS prevalansına baktığımızda hasta ve hasta yakını olarak, %19,8 ve %21,4 sınıflanamayan İBS prevalansına baktığımızda hasta ve hasta yakını olarak %45.2 ve %35.7 olduğunu tespit ettik.

Hastaneye yatış öncesi ve en az 3 gün yatıştan sonra hasta ve hasta yakınlarının dışkılama paternlerini ayrı ayrı baktığımızda anlamlı bir değişiklik olmadığını gördük.

SONUÇ: Toplumun genelinde olduğu gibi hasta ve hasta yakınlarında konstipasyon predominant İBS sıklığının daha fazla olduğu, eğitim düzeyi düştükçe İBS prevalansında artış olduğu ve 3 günlük hastanede yatışın dışkılama paterni üzerine olumsuz bir etkisinin olmadığı sonucuna varıldı.

P087

TEKRARLAYAN GİS KANAMASI: OLGU SUNUMU

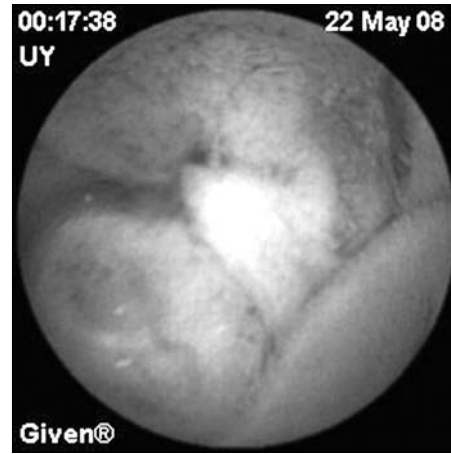
Raim İliaz, Emrullah Erdem, Murat Köse, Filiz Akyüz

İÜ İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları

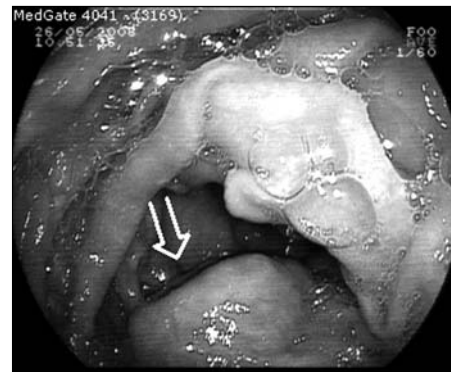
GİRİŞ: Gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları önemli mortalite nedenlerinden birisidir. Üst GİS kanaması olan hastaların %80'inde kanama kendiliğinden durmaktayken, %20'sinde devam etmekte veya tekrarlamaktadır. Üst GİS kanamalarında mortalite %10 düzeylerindedir, inatçı ve tekrarlayan kanamalarda bu oran %30-40'lara kadar yükselmektedir. GİS kanamalarının %5'i ince barsak kaynaklıdır. Bu olgu sunumunda tekrarlayan GİS kanaması nedeni ile tetkik edilen ve çift balon enteroskopi ile gastrointestinal stromal tümör saptanan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: 50 yaşında bayan hasta 2 yıl içinde 10 defa melena nedeni ile acil polikliniklere başvurmuş ve yapılan gastroskopi, kolonoskopilerinde kanama odağı saptanmamış. Yeni başlayan melena şikayeti nedeniyle tarafımıza başvurdu. Acil şartlarda yapılan gastroskopi ve kolonoskopisinde kanama odağı saptanmadı. Melena şikayetinin devam etmesi üzerine obscure overt (nedeni bilinmeyen aşkar) kanama tanısı ile kapsül endoskopisi yapıldı. Kapsül endoskopi ile proksimal jejunumda polip, vasküler lezyon saptandı (resim 1). Kapsül endoskop ile proksimal jejunumda saptanan polipovasküler tümör lezyonun operasyon öncesi işaretlenmesi amacıyla oral yoldan çift balon enteroskopi yapıldı. Ön kesici dişlerden itibaren 125 cm'de 4cm çaplı, ortası çukur, yüzey mukozası mor refle veren, zemini sert lezyon saptandı (resim 2 ve 3) ve proksimal ile distaline metilen mavisi ile işaret kondu. Laparoskopik olarak eksiye edilen lezyonun histolojik incelemesi gastrointestinal stromal tümör olarak rapor edildi. Operasyondan sonra takiplerinde tekrar GİS kanaması olmadı.

SONUÇ: Nedeni bilinmeyen GİS kanamalarında birinci tetkik kapsül endoskopisi olabilir. Bir cm'ın üzerindeki lezyonların görüntülenmesinde kapsül endoskopinin duyarlılığı ve özgüllüğü düşüktür. Lezyon atlanabilir. Çift balon enteroskopi tamamlayıcı teknik olarak kullanılabilir.



Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.



P088

ÜRE NEFES TESTİ POZİTİFLİĞİ HER HASTADA HELICOBACTER PYLORI ERADİKASYON TEDAVİSİ GEREKTİRİR Mİ?

¹Ümmügül Üyetürk, ²Gül Özbey, ³Çiğdem Usul Afşar, ¹Binnur Şengezer

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tokat, ²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı Tokat, ³SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Helicobacter pylori (Hp) gram negatif, 0.5-3 mikrometre boyutlarında, 4-6 flagellalı olan, hareketli, spiral biçimli bir bakteridir. Sağlıklı gastrik epitelin salgıladığı mukusa afinitesi vardır. Mukus tabakası ile gastrik epitel arasına yerleşir. Üreaz, katalaz ve oksidaz pozitifdir. Tanısında invazif (endoskopik üreaz testi, histoloji, bakteriyel kültür) ve noninvazif (üre nefes testi, seroloji, dışkı antijen ölçümü) yöntemler kullanılabilir. Semptomatik olan hastalarda H. pylori enfeksiyonunun doğrulanması durumunda tedavi başlanmalıdır.

OLGU: Herhangi bir şikayeti olmayan 34 yaşında erkek hasta iç hastalıkları polikliniğine üre nefes testinin sonucunun pozitif çıkması üzerine yönlendirilmiştir. Hastanın iki yıl önce 10 yaşındaki çocuğunun ishal şikayetiyle hastaneye yattığı dönemde üre nefes testi pozitif bulunmuş ve eradikasyon tedavisi uygulanmıştır. Çocuğun kontrol amaçlı yapılan üre nefes testinde tekrar pozitiflik çıkınca aile taraması yapılmıştır. Hastanın diğer iki çocuğunda test negatif, eşinde ise pozitif sonuçlanmıştır. Hasta herhangi bir ilaç kullanmıyordu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. (Mide kanseri öyküsü özellikle sorgulandı.)

SONUÇ: H. pylori için * Tedavi için hazır değilseniz test etmeyin* genel kuralı incelemenin temelini oluşturmaktadır. Çünkü H. pylori dünya üzerinde yaygın olarak görülen, kronik bir enfeksiyondür. Ülkemizde 2003 yılında yapılan Türkiye Helicobacter Pylori Prevalans Araştırmasına (TURHEP) göre yetişkinlerin %82.5'unun bu bakteriyi taşıdığı düşünüldürse bakteriyi taşıyan herkesin tedavi edilmesi olanak dışı görülmektedir. Çünkü maliyeti oldukça yüksektir. Ayrıca nüfus oranı antibiyotik direnci ve hijyen bozukluğu gibi nedenlerden dolayı oldukça yüksektir. Bu yüzden nonülser dispepsi, gastroözofageal reflü, peptik ülserli, atrofik gastritli, nonsteroid antiinflamatuvar ilaç kullanan, düşük grade malt lenfomalı hastalar ve gastrik kanserli hastaların birinci derece yakınları H. pylori açısından test edilmeli ve sonuç pozitif çıkarsa eradikasyon yapılmalıdır.

P089

İLERİ YAŞ...KARIN AĞRISI...KABIZLIK...VE GLUTEN ENTEROPATİSİ

Feyzi Gökosmanoğlu, Hakan Cinemre, Cemil Bilir

Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

GİRİŞ: Gluten enteropatisi; insanlarda en sık görülen besin kökenli ince barsak hastalığıdır. Bazı tahıl ürünlerinde bulunan bitkisel protein glutene karşı intolerans sonucu malabsorbsiyon tablosu gelişir ve diyetten buğday, arpa, çavdar gibi tahıl ürünlerinin çıkarılmasıyla genellikle hızlı bir klinik düzelmeye sağlanır. Patogenezinde,

glutenin suda çözülmemeyen, alkolde çözünebilen fraksiyonu olan prolaminlerin ince barsak mukozasıyla teması sonucu bir dizi immunolojik mekanizmanın tetiklenmesi suçlanır. Klinik olarak ishal, karın ağrısı, halsizlik, kusma, kısa boy, kilo kaybı gibi spesifik bulgulara neden olur. Hastalığın en önemli özelliği bazı hastalarda yıllarca hiç belirti vermemesi veya çok hafif seyredebilmesidir. Kişi çölyaklı bir hasta olduğunu uzun süre farketmeyebilir. Bu durumda gizli kalmış bir hastalık söz konusudur. Hastalık hayatın herhangi bir döneminde tipik belirtilerle başlayabileceği gibi çok hafif belirtilerle de seyredebilir ve tanısı çok zor olabilir. Diğer taraftan büyük çocuklarda ve erişkinlerde tedavi edilemeyen veya nedeni bulunamayan anemi, osteoporoz gibi durumlar da çölyak hastalığının tek belirtisini oluşturabilir. Çölyak hastalığı bazen ishali aksine sadece kabızlık ve karın ağrısı gibi atipik bulgularla da ortaya çıkabilir.

OLGU: 72 yaşında kadın hasta, uzun yıllar devam eden karın ağrısı, kabızlık, halsizlik şikayetleri ile kliniğimize geldi. T. A: 130/70 mmHg, nabız: 72/dk idi. Fizik muayenede hasta kısa boylu, cılız ve karın şişliği olduğu görüldü. Sklera soluk, saçlar yer yer dökülmüş, tırnaklar kırık idi. Laboratuvar bulguları; HgB: 8.2 gr/dl, MCV: 74, Fe: 12, TIBC: 403, Transferin saturasyonu: %2, DEXA AP Spine: -4.2, Anti-EMA (+), Anti-AGA ve Anti-AGG (+) idi. Bu bulgular eşliğinde hastada gluten enteropatisi düşünüldü ve glutensiz diyet verildi. Hastada kısa sürede karın ağrılarının ve kabızlığının gerilediği öğrenildi.

SONUÇ: Gluten enteropatisi hayatın herhangi bir döneminde tipik belirtilerle başlayabileceği gibi çok hafif belirtilerle de seyredebilir ve tanısı çok zor olabilir. Tedavi edilemeyen veya nedeni bulunamayan anemi, osteoporoz, kabızlık ve karın ağrısı gibi durumlarda bu hastalık akla gelmelidir.

P090

ASİTLİ HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeki Aydın, Ahmet Akın, Alper Sonkaya, Başak Boynueğri, Heves Sürmeli, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Asit, periton boşluğunda sıvı birikimini ifade eder. Sıvının özelliğine göre transüda ve eksüda asit olarak ikiye ayrılır. Servisimize asit nedeniyle yatan veya başka nedenlerle yatıp asit saptanan hastaların etiyolojik dağılımı amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD: Servisimize asit nedeniyle yatan veya yatışı sırasında görüntüleme ve fizik muayenasında asit olduğu saptanan 50 hasta (20' i (%40) erkek) alındı. Hastaların ortalama yaşı 45.2 yıl idi. Tüm hastalara parasentez yapılarak asit sıvısından albumin, total protein, LDH, glukoz ve hücre sayımı gönderildi. Asit sıvısından yapılan biyokimyasal tetkikler eş zamanlı olarak serumdan da yapıldı. Asit/serum protein oranı 0.6, LDH oranı 0.6 ve serum - asit albumin farkı 1.1' in üzerinde olanlar transüda olarak kabul edildi.

SONUÇLAR: Hastaların 24' ünde (%48) eksüda niteliğinde asit saptandı. Eksüda asit saptanan hastalarda ortalama protein: 4.9 ± 0.8 gr, albumin: 2.6 ± 0.5 gr, LDH: 386 ± 50 U/l, glukoz: 85 ± 18 mg/dl idi.

Transüda asit saptanan hastalarda ise protein 2.9 ± 0.7 gr, albumin: 1.3 ± 0.4 gr, LDH: 128 ± 24 U/l, glukoz: 125 ± 22 mg/dl idi. Transüda asit saptanan hastaların 8' ini (%30.8) kalp yetersizliği, 13' ünü (%50) siroz oluşturdu. Eksüda asit saptanan hastaların 16' sı (%66.6) peritonitis karsinomatozaya bağlı idi.

TARTIŞMA: Asitin ayırıcı tanısında, klinik bulgularla yetinmemeli mümkün olan her vakada parasentez yapılmalı ve asitlik sıvının niteliği incelenmelidir. Transüda asitin büyük kısmı bizim çalışmamızda da olduğu gibi karaciğer hastalıklarına ve kalp yetmezliğine bağlıdır. Çalışmamızda eksüda asit, özellikle peritonitis karsinomatozaya bağlı eksüda asit oranı literatürde belirtilenlere oranla daha fazla bulunmuştur. Bunun nedeni onkolojik hastaların artması veya sağlık kuruluşlarına ulaşılabilirliğinin artması ile ilgili olabilir.

P091

ERİŞKİN YAŞTA MİDE BOŞALMASINDA GECİKME İLE ORTAYA ÇIKAN SİTUS AMBIGUS ANOMALİSİ

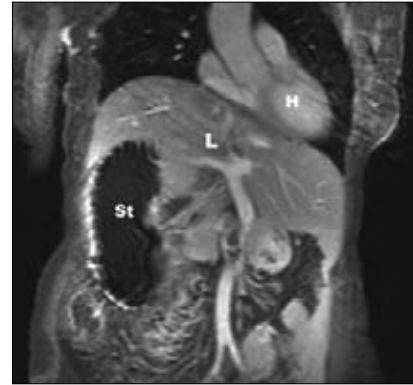
¹Murat Çınarsoy, ¹Emrah Günay, ¹Birgül Öneç, ¹Erdal Eskiöğlü, ²Bülent Sakman

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği, ²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

GİRİŞ: Situs ambiguus anomalisi genellikle hayatın ilk yıllarında saptanır ve yüksek mortaliteyle seyreden konjenital anomalilerle birliktelik gösterir. Erişkin yaşa dek tanısız kalan situs anomalileri asemptomatik olan ve tesadüfi tanı alan nadir vakalardır. Bu nedenle erişkin yaşta visseral organların malpozisyonuna ait semptomlarla ortaya çıkması nadirdir. Bulantı, kusma, retrosternal yanma ve midede dolgunluk hissi şikayetleriyle kliniğimize başvuran ve o döneme kadar asemptomatik kalmış olan erişkin situs ambiguus anomalisi vakasını sunuyoruz.

OLGU SUNUMU: Elli sekiz yaşındaki bayan hasta bir aydır süren retrosternal yanma, midede dolgunluk hissi, kilo kaybı ve son bir haftadır olan kusma şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede dehidratasyon bulguları saptanan hastanın laboratuvar incelemeleri normaldi. Posteroanterior akciğer grafisinde mide gaz gölgesinin sağda olduğu ve abdomen ultrasonografisinde 12 saatlik açlığa rağmen midenin dolu olduğu dikkat çekti. Hastanın üst gastrointestinal sistem endoskopisinde özefajit ve kaskat mide tariflenmekle birlikte pilor obstruksiyonu izlenmedi. Ekokardiyografide kalp pozisyonu ve duruşu normal saptandı. Magnetik rezonans (MR) görüntülemesinde karaciğerin orta hatta yer aldığı (figür1), midenin sağda ve pitotik olduğu, kolon segmentlerinin tamamının sağda yerleşim gösterdiği saptandı. Hastada sağ yerleşimli multipl dalak izlendi (figür2), ince barsakların ise solda yerleşmiş olduğu görüldü (figür3). Mide semptom ve bulgularına sebep olabilecek başka bir lezyon gözlenmedi. MR angiografi major torako-abdominal vasküler yapıların normal olduğunu ve dalak sintigrafisi sağ yerleşimli multipl dalak varlığını doğruladı. Situs ambiguus kabul edilen ve özefajit tanısıyla tedavi başlanan hasta bir hafta sonra kusma şikayetinde artış ve buna bağlı prerenal azotemi nedeniyle tekrar hospitalize edildi. Hidrasyonla böbrek fonksiyonları normale dönen hastada tedaviyle artan gastrointestinal motilitenin abdominal organların malpozisyonundan kaynaklanan fonksiyonel bir obstruksiyonu kötüleştirerek kusmaları artırdığı düşünüldü. Eksploratris laparotomi önerilen hasta operasyonu kabul etmedi.

TARTIŞMA: Situs anomalilerinde Ladd bandı ve ince barsak malrotasyonu nedeniyle intermittan volvulus ve buna bağlı intermittan kuzmalar bildirilmektedir. Situs ambiguus anomalisi erişkinlerde nadiren saptandığından ve bu hastalarda kalp yerleşimi normal olduğundan klinisyenlerce muayene ve EKG ile farkedilmeyebilir ve obstruksiyon semptomları yanlış yorumlanabilir. Görüntüleme yöntemlerinin daha sık kullanılmaya başlandığı günümüzde bu situs anomalilerine ait bilgilerin akılda tutulmasıyla semptomların ve tetkik sonuçlarının yorumlanmasında oluşabilecek yanlışların önüne geçilebileceğini düşünüyoruz.



Figür 1. T1W sekansa koronal MRI görüntü



Figür 2. T1W sekansa üst abdomen düzeyde aksiyal MRI görüntü



Figür 3. T1W sekansta koronal MRI görüntü

P092

POSTEROANTERİÖR RÖNTGENOGRAMDA KALP ARKASINDA GÖZLENEN YUVARLAK KİTLE GÖLGESİ

¹Mustafa Yıldız, ²Banu Yıldız, ²Ömür Volkan

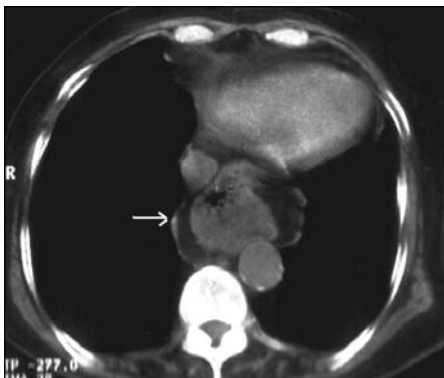
¹Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, ²Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. İç Hastalıkları Kliniği

Olgu: 51 yaşında olan ve hipertansiyon dışında bilinen bir hastalığı olmayan erkek hasta göğüs ağrısı, nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde ve elektrokardiyografisinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde kalbin arkasında yuvarlak kontürlü bir gölge imajı mevcuttu ve mide havası görünmüyordu. (Şekil 1) Bunun üzerine yapılan trans-toraks ekokardiyografisinde sol ventrikül fonksiyonları normal olarak saptandı. Kan tetkiklerinde anormal bir bulguya rastlanmayan hastanın çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde retrokardiyak bölgede 55x49 mm boyutlarında kitle lezyonu görüldü. (Şekil 2) Bilgisayarlı tomografide görülen kitlenin içinde hava olması ve mide trasesi boyunca devam etmesi nedeni ile ön planda sliding tip hiatus hernisi olduğu düşünüldü. Hasta herhangi bir operasyonu düşünmediği için medikal tedavi önerilerek takibe alındı.

Tartışma: Hiatus hernisi akut koroner sendromlar ile kolayca karışabilen ve sıkça nefes darlığı, göğüs ağrısı ile kliniğe yansıyabilen bir durumdur. Toplumdaki prevalansı 1000'de 5'tir ve elli yaş üstünde görülme sıklığı %50'ye kadar çıkabilir. Bu vaka da gösteriyor ki hastalığın doğru teşhisi ve uygun tedavisi ile semptomlar kontrol altına alınıp engellenebilir.



Şekil 1. Kalbin arkasında örülen yuvarlak kontürlü gölge imajı



Şekil 2. Bilgisayarlı toraks tomografisinde görülen retrokardiyak 55x49mm boyutlarındaki kitle lezyonu

P093

HEPATİT D'YE BAĞLI DEKOMPANSE KARACİĞER SİROZLU HASTADA SPONTAN FUNGAL PERİTONİT

¹Ömer Celal Elçioğlu, ¹Himmet Bora Uslu, ¹Ayşenur Tufan, ¹Yusuf Kayar, ¹Ömer Ekinci, ¹Fevzi Necati Avşar, ²Mahir Kapmaz, ²Zuhal Avcı

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Asit ile dekompanse olmuş sirozlu hastalarda yetersiz defans mekanizmaları nedeniyle infeksiyon riski artmıştır. En sık görülen ve en ciddi olan infeksiyon spontan bakteriyel peritonittir (SBP). Olguların 2/3'ten fazlasında Gram negatif enterik bakteriler etkindir. %5-10 vakada etkenler Gram pozitif koklar, %5'ten azında anaerob bakterilerdir. Mantarların etken olduğu spontan fungal peritonit (SFP) ise literatürde sadece olgu bildirmisi olarak geçen çok nadir bir durumdur. Olgu: İki yıldır hepatit B'ye bağlı dekompanse karaciğer sirozu tanısıyla izlenen, takibinde 3 kez SBP ve bir kez hepatik ensefalopati geçirmiş olan 39 yaşında erkek hasta hepatit D'ye bağlı akut hepatit atağı tablosunda karaciğer nakli açısından değerlendirilmek üzere kliniğimize yatırıldı. Yatırıldığı sırada Child C skor 13 olarak değerlendirildi. İlk asit örneklemeinde lökosit sayısı 400/mm³ saptandı. Takibinde ateş ve karın ağrısı olması nedeniyle yapılan asit örneklemeinde lökosit 1400/mm³, nötrofil 700/mm³ saptanması üzerine SBP tanısıyla seftriakson 1x2 gr iv başlandı. Kültürde üreme olmadı. Beş günlük tedavi sonunda asitte nötrofil sayısı 200/mm³'e geriledi. Seftriakson kesilip tekrar norfloksasin 400 mg tb 1x1 ile SBP profilaksisine devam edildi. Takibinde 38 oC'ye yükselen ateş ve batında hassasiyeti olması nedeniyle yapılan asit örneklemeinde lökosit 8500/mm³, nötrofil 6200/mm³, lenfosit 400/mm³ saptandı. Yapılan batın US'de sekonder bakteriyel peritonit'e ait bulgu saptanmadı. SBP tanısıyla tekrar seftriakson başlandı. Tedavinin üçüncü gününde yapılan asit kontrolde asitte lökosit 4300/mm³, nötrofil 3000/mm³ saptandı. Ateş yüksekliği devam ediyordu. Tedaviye yanıtı zayıf ve asit kültüründe iki şişede de Candida albicans üremiştir. SFP tanısıyla tedaviye flukonazol eklendi (ilk doz 1x400 mg, sonra 1x200 mg iv). Beş gün sonra hala karın ağrısı ve ateşinin olması ve SBP de ekarte edilemediğinden tedaviye imipenem eklendi. Flukonazol tedavisinin dördüncü gününde yapılan asit kültüründe tekrar Candida albicans üredi ve flukonazol'e duyarlı olduğu görüldü. Son asit örneğinde lökosit 500/mm³ Nötrofil: 200/mm³ saptandı. Ancak klinik yanıt imipenem eklendikten sonra alınmıştır. Bu nedenle SBP ve SFP'nin birlikte olduğu düşünüldü. İki kez daha alınan asit kültüründe üreme olmadı. Çekilen tüm batın MR'da karaciğerde 3 cm'lik hepatosellüler karsinom (HCC) ile uyumlu kitle saptandı. AFP normal sınırlardaydı. Canlı vericisi de olmayan hastada karaciğer naklinden vazgeçildi. Doğal seyirinde izlenmesi uygun görüldü. Daha önce norfloksasin profilaksisi altında SBP geliştiği için antibiyotik verilmesi uygun görülmedi. Sonuç: Hastanede yatmakta olan immunsuprese ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanılan hastalarda oluşan infeksiyonlarda etken olarak mantarların da unutulmaması gerekir. Antibiyotik tedavisine yanıt yok demek için 48-72 saatlik tedavi süresi yeterli iken antifungal tedavide bu süre çok daha fazla uzun olabilmektedir.

P094

ALKOL ALIMI SONRASI GELİŞEN ŞOK TABLOSUNDA ANAMNEZİN ÖNEMİ

¹Tolga Taymaz, ²Seyit Mehmet Kayacan, ²Sezai Vatansver, ²Kerim Güler

¹Amerikan Hastanesi, Acil Servis Birimi, Nişantaşı, İstanbul, ²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Acil Dahiliye Birimi, İstanbul

Alkol alımı sonrası hatırlanması güç bir düşme sonucu gelişen travmatik karaciğer hasarı ve oluşan iskemiyi ikincil değişikliklerle seyreden bir olgu sunulacaktır.

OLGU: Yirmibeş yaşında erkek hasta bir gece önce yoğun alkol almış. Yaklaşık 12 saat sonra sabah uyanıdığından beri süren şiddetli mide ağrısı ile acil servise geldi. Geldiğinde aktif, koopere, bilinci açık, mukozalar soluk görünümünde idi. Solunum doğal, NDS: 90/R, TA: 90/60 mmHg idi. Sabahtan beri hiç idrar yapmadığını belirtti. Karın muayenesinde ise yaygın hassasiyet ve defans (+), rebound (+) idi. Muayenesi bittikten 1-2 dakika sonra çığlık atarak kıvrıncılaşmaya başladı ve tekrar rahatladı. TA: 80/50 mmHg, NDS: 100/R ve nabız özelliği filiform idi. Akut batın düşünülerek acil ultrasonografi yapıldı ve batında serbest sıvı görüldü. Ponksiyon yapıldı. Sıvı hemorajik geldi. Bunun üzerine anamnez derinleştirildi ve dün sarhoş bir şekilde yürürken düşüp kaldırma karnını çarptığını hatırladığını söyledi. BT sonucunda karaciğer boyutlarında artış, USG ile birlikte değerlendirildiğinde laserasyon-kontüzyon alanları olduğu düşünülen alanlar, batın içi ve pelviste yaygın hemorajik sıvı, sağ böbrek üst polde düzensizlik saptandı. Hemogramda lökosit: 15410/ml, nötrofil: %82, Hb: 13 g/dl, Htc: %39.5, trombosit: 162000/ml idi. CRP: 26 mg/l, ALT: 2056 U/l, AST: 1620 U/l, BUN: 25 mg/dl, kreatinin: 2.6 mg/dl bulundu. Amilaz, Lipaz, GGT, bilirubin normaldi. Hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Parenteral sıvı başlandı. Ağrısı azaldı, sondayla idrar çıkışı başladı, tansiyon ve nabız değerleri normale dönmeye başladı. İki ünite taze dondurulmuş plazma, iv proton pompa inhibitörü, iv sıvı desteği, 2 ünite eritrosit süspansiyonu uygulandı.

Yatışının ertesi günü, kreatinin değerlerinin düzelmesinden sonra yapılan BT ve BT anjioda karaciğer sağ lob superior ve vena kava inferiorun hemen giriş yerinde kontüzyon ve subkapsüler hematoma, batın içinde yaygın hemorajik serbest sıvı görüldü. Üçüncü günde lökosit: 9200/ml, Hb: 10.1 g/dl, Htc: %29.6, trombosit: 104000/ml, ALT: 553 U/l, AST: 294 U/l, BUN: 22 mg/dl, kreatinin: 0.6 mg/dl'ya geriledi.

Alkol alımı sonrası gelişen şok durumunda, altta yatan patolojiyi bulmak daha zor olabilmektedir. Hastanın da anamnezde bize yeterince yardımcı olamayabileceğini düşünerek bu tip durumlarda daha şüpheci olmamız gerekebilmektedir.



P095

DEKOMPANZE SİROZLU HASTALARDA SERUM -ASİT ALBÜMİN GRADİYENTİ İLE EŞ ZAMANLI SERUM- PLEVRAL MAYI ALBÜMİN GRADİYENTİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

¹Fatih Yıldız, ²Pınar Kum, ¹Gökhan Morgül, ³Burhan Özdil, ⁴Yüksel Gümürdülü

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, ²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Onkoloji Bilim Dalı, Adana, ³Trabzon Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bölümü, Trabzon, ⁴Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Adana

AMAÇ: Siroz değişik nedenlerle bağlı kronik karaciğer hastalığının son evresidir. Sirozunda en çok karşılaşılan dekompanzasyon bulgusu asittir. Asit portal hipertansiyon bulgusudur. Oluşumunda efektif arteriyel volüm azlığı, taşma teorisi ve arteriyel vazodilatasyon teorisi suçlanmaktadır. Hepatik hidrotoraks nadir bir sorundur, ileri evre sirozda genellikle tek taraflı (sağda) görülür. Asit sıvısının diyafragmadaki küçük açıklıklardan pleval boşluğa geçmesiyle oluşur. Bu çalışmada transuda vasfında asit ve hepatic hidrotoraksı olan dekompanze siroz hastalarında eş zamanlı bakılan serum asit albümin gradiyenti ve serum pleval mayi albümin gradiyentinin korelasyonu amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: ÇÜTF Gastroenteroloji kliniğinde asit ve hepatic hidrotoraksı olan dekompanze sirozlu 6 erkek, 4 bayan toplam 10 hasta çalışmaya alındı. Yaş ortalaması 60,7 (47-75) idi. Siroz etyolojileri tablo 1'de gösterilmiştir. Tüm hastalarda fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri kullanılarak asit ve pleval mayi tespit edildi. Hastaların asit ve pleval mayisinden kültür (gram-giemza dahil) sitoloji ve biyokimyasal tetkikler (albümin, total protein, laktik dehidrojenaz) için uygun teknikler kullanıldı. Tüm örnekler hemen kültüre gönderildi ve hücre sayımı yapıldı. Eş zamanlı kandan geniş biyokimyasal parametreler (albümin, total protein ve LDH dahil) bakıldı ve Child Pugh skorları hesaplandı.

BULGULAR: Tüm hastalar Child Pugh C aktif ve dekompanze idi. Kültür ve sitoloji negatif geldi. Thoma lamı ile hücre sayımında hiçbir hastada >400 lökosit saptanmadı. Light ölçütlerine göre tüm hastaların asit ve pleval mayileri transudayıydı. Tüm hastaların asit-albümin gradiyenti ve eş zamanlı bakılan serum-pleval mayi albümin gradiyenti 1,2 g/dl'nin üzerinde idi. Hiç bir girişimde akut ve kronik komplikasyon gelişmedi. Sonuçlar tablo 1'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA: Serum asit albümin gradiyenti asit sıvısının niteliğini ve portal hipertansiyona bağlı olup olmadığını, total protein ve LDH miktarından çok daha duyarlı olarak yansıtmakta olup, sirotik asitlerin belirlenmesindeki tanasal doğruluğu %95 civarındadır. Siroz hastalarda çoğunlukla asit transuda olmakla birlikte eksuda da olabilir. Eksuda- transuda ayırımı Light ölçütlerine göre sıvı proteini/serum proteini >0.5 ya da sıvının LDH/serum LDH>0.6 durumunda sıvı eksudadır. Bazı hastalarda, transudaları eksuda olarak değerlendirmekte ve bunun sonucunda gereksiz girişimler yapılmaktadır.

SONUÇ: Günümüzde Light ölçütlerine yanında sık olarak albümin gradiyentleri de kullanılmaktadır. Yoğun diüretik tedavisi alan hastalarda asit ve pleval sıvısında LDH ve protein oranları yükseldiğinden Light ölçütleri yetersiz kalıp transudayı eksuda olarak değerlendirebilir. Ancak, albümin gradiyenti yine 1.2 g/dl'den yüksek kalmaktadır. Bu hastalarda eksuda-transuda ayırımı albümin gradiyenti esas alınmalıdır. Bizim çalışmamızda hem Light ölçütleri hem de albümin gradiyentleri çalışılmış olup sonuçlar benzer bulunmuştur.

Tablo.

Vaka	Etyoloji	Serum albümin	Asit albümin	Pleval albümin	Serum-Asit albümin gradiyenti	Serum-Pleval mayi albümin gradiyenti
1	Kriptojenik	3,2	1,0	1,1	2,2	2,1
2	HBV	3	1,8	1,6	1,2	1,3
3	Kriptojenik	2,1	0,5	0,6	1,6	1,5
4	Alkol	1,9	0,5	0,6	1,4	1,3
5	HCV	2,2	0,2	0,7	2,0	1,5
6	Alkol	2,6	0,5	1,1	2,1	1,5
7	Kriptojenik	2,1	0,1	0,2	2,0	1,9
8	HBV	2,2	0,3	0,2	1,9	2
9	HBV	2,5	0,5	0,4	2	1,9
10	HCV	3	0,9	0,8	2,1	2,2

P096

HEPATOSPLENİK TÜBERKÜLOZ (OLGU SUNUMU)

Yaşar Çolak, Fatih Tufan, Gülistan Bahat Öztürk, Bülent Saka, Nilgün Erten, M. Akif Karan, Cemil Taşçoğlu

Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Tüberküloz (TB) sıklıkla akciğeri tutmakla birlikte vakaların yaklaşık üçte birinde ekstrapulmoner tutulum görülebilmektedir. Sık görülen radyolojik ve klinik tablolarda tanı kolay olmakla birlikte, özellikle lenfoma başta olmak üzere maligniteler, kollajen vasküler hastalıklar ve kronik infeksiyöz hastalıklar ile ayırıcı taniya giren birçok klinik tabloda tanı oldukça zor olabilmektedir. Ayrıca bu hastalıkların seyri de TB'nin tabloya eklenmesi nadir değildir. Ekstrapulmoner tutulumlar arasında gastrointestinal sistem tutulumu önemli yer tutmaktadır. Burada kliniğimize ateş, halsizlik, kilo kaybı şikayetleri ile başvuran ve yapılan tetkiklerinde hepatosplenik TB tanısı konan olgumuzu sunacağız.

OLGU: H. K. 60 yaşında erkek hasta. Halsizlik, ateş, üşüme, titreme, kilo kaybı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Yaklaşık 3 ay önce şikayetleri başlayan hastaya çeşitli antibiyotik tedavileri verilmiş ancak şikayetlerinin devam etmesi üzerine tetkik ve tedavi amacı ile servisimize yatırıldı. Özgeçmişinde 23 yıl önce ülser nedeni ile geçirilmiş subtotal gastrektomi dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde hafif solukluk ve

2 cm splenomegali dışında özellik saptanmadı. Gelişinde ateşi olmayan hastanın takiplerinde 38 dereceyi bulan ateşi kaydedildi. Laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı 66 mm/saat, CRP: 16 mg/l, hemoglobin: 10,2 g/dl, lökosit: 4600/mm³ (parçacı: 2400/mm³, lenfosit 1700/mm³, monosit 400/mm³), trombosit: 116000/mm³ saptandı. Bunun dışındaki tetkiklerinde özellik saptanmadı. Çekilen batin BT'de karaciğer 5. segmentte bir adet 4 cm çaplı hipodens solid lezyon, dalak boyutunda artış, dalak parankiminde en büyüğü 18 mm çaplı olmak üzere multiple hipodens solid lezyonlar saptandı. Batin içi patolojik görünümde lenf nodu saptanmadı. Bunun üzerine yapılan toraks BT'de her iki akciğer üst loblarda amfizematöz değişiklikler izlendi. Mediastinal patolojik görünümde lenf nodu saptanmadı. PPD testi 10 mm saptandı. Mevcut bulgularla malignite veya kronik infeksiyon hastalıkları açısından tanısız amaçlı splenektomi planlandı. Kapsüllü bakterilere yönelik aşılamalardan 2 hafta sonra splenektomi yapıldı. Biyopsi materyalinin incelemesinde, dalağın tamamında, en büyüğü yaklaşık 20 mm çaplı, çok sayıda, kronik, granümatöz, nekrotizan odaklar saptandı. Yapılan boyamalarda ARB görüldü. Böylece splenik TB tanısı alan hastada karaciğerdeki solid lezyon da TB olarak yorumlandı. Bunun üzerine hastaya antiTB tedavisi başlandı. Tedavi altında ateşi olmayan hastanın şikayetleri gerileyen hasta poliklinikten takip edilmek üzere çıkarıldı.

SONUÇ: Tüberküloz olgularının bir kısmı ekstrapulmoner tutulumla prezante olabilmektedir. Bu tutulum başta malignite olmak üzere birçok hastalığı taklit edebilir. Özellikle ülkemizdeki yaygınlığı dikkate alınarak tüberküloz ayırıcı tanıda aklı gelmelidir.

P097

PAROKSİSMAL NOKTURNAL HEMOGLOBİNÜRİ İLE SEYREDEN AKALKÜLOZ KOLESİTİT

¹Seyit Mehmet Kayacan, ¹Tuğrul Elverdi, ¹İpek Yönel, ¹Aytaç Karadağ, ²Hakan Oğuz, ²Sevil Baylan, ¹Sezai Vatanser, ¹Vakur Akkaya, ¹Osman Erk, ¹Kerim Güler

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Acil Dahiliye Birimi, İstanbul, ²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Paroksizmal nokturnal hemoglobüri (PNH) edinsel klonal ve intravasküler hemolizle karakterize kronik bir hemolitik anemidir. Akut akalküloz kolesistit (AAK) tüm kolesistit vakalarının %5-15'inden sorumludur, son yıllarda insidensi artmaktadır. AAK yüksek mortalite oranı ile göze çarpar, fakat rölafat olarak nadir olması nedeni ile çoğu hekim tarafından anlaşılması güçtür.

OLGU: Yirmi altı yaşındaki erkek sağ üst kadranda ağrı ve ateş şikayeti ile başvurdu. On bir sene önce aplastik anemi tanısı konan hastaya 5 yıl önce PNH tanısı konmuş. Metilprednizolon, oxymetholon, folik asit tedavilerine rağmen hemoliz tam baskılanamamış. Diabetes mellitusu da olan hasta, bir yıl önce ödematöz pankreatit tanısı ile yatırılıp tedavisi düzenlenmiş. Etiyoloji bulunamamış. Hasta bir yıl sonra acil polikliniğe yüksek ateş, sağ üst kadranda ağrı ile başvurdu. Başvurusunda ateşi: 37.7 derece idi. Sarılığı ve sağ üst kadranda hassasiyeti vardı. Lökosit: 1500, nötrofil: 900, PLT: 39000 saptandı. Biyokimyasında LDH yüksekliği ve indirekt hiperbilirubinemi, batin ultrasonografisinde safra kesesi duvar kalınlığında minimal artış dışında özellik yoktu. Serum amilazı ve idrar amilazı normal sınırlarda idi. Üç saat içerisinde hastanın genel durumu bozuldu. Tansiyon arteriyel: 70/40 mm Hg, NDS: 122/R, ateş: 39 derece idi. İzotonik infüzyonuna rağmen hipotansiyonu devam eden hastaya dopamin infüzyonu başlandı. Kontrol lökosit: 900, nötrofil: 300, PLT: 12000, BUN: 38, kreatinin: 3 mg/dl, amilaz: 728, total bilirubin: 9.9, direkt bilirubin: 5.5, PT: 24, aPTT: 44 olarak saptandı. Dopamin tedavisine rağmen hipotansiyonu olması nedeniyle septik şok düşünüldü. Kültürleri alınarak imipenem başlandı. Batin tomografisinde akalküloz kolesistit ile uyumlu safra kesesi duvar kalınlığında artış saptandı. Septik şok ve multiorgan yetersizliği tanıları ile entübe edilerek yoğun bakım ünitesine sevk edildi. Üç gün sonra hemodinamisi düzelen hastanın izlemine halen acil dahiliye servisinde devam edilmektedir.

TARTIŞMA: AAK, kardiyak cerrahi, abdominal vasküler cerrahi gibi hipoperfüzyona neden olan durumlar, ciddi travma, yanık, uzamış açlık, total parenteral nutrisyon, sepsis takiben kritik hastalarda ortaya çıktığı bilinen ve akut kalküloz kolesistitle karşılaştırıldığında daha kötü prognozu olduğuna inanılan bir hastalıktır. Klinik bulguları arasında ateş, sarılık, sistemik hipotansiyon, sağ üst kadranda ağrı, peritonit bulunmaktadır. AAK'nin daha fulminan bir seyri vardır, sıklıkla gangren, perforasyon ve ampieyle ilişkilidir. Tedavisi sıklıkla cerrahi girişim, en sık tipi açık kolesistektomidir. Son zamanlarda AAK'nin komorbid hastalık olmadan da genç ve orta yaşlı bireylerde ortaya çıkabildiği ve prezentasyonunun akut kalküloz kolesistitten farklı olmadığı, erken teşhis ve tedavi edilirse prognozunun iyi olduğu anlaşılmıştır.

Saatler içerisinde multiorgan yetersizliğine ilerleyen intravenöz antibiyotik ve ileri yaşam desteği ile düzelen PNH'a eşlik eden bir AAK vakası sunuldu.

P098

KRONİK LENFÖDEMLE PREZANTE OLAN İNTESTİNAL LENFANJEKTAZI OLGUSU

¹İbrahim Altun, ²Fatih Tufan, ²Yaşar Çolak, ²Gülistan Bahat Öztürk, ²Bülent Saka, ²Nilgün Erten, ²M. Akif Karan, ²Cemil Taşçoğlu

¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: İntestinal lenfanjektazi intestinal lenf damarlarının genişlemesi sonucu ince barsaklara lenf akımı ile karakterize bir nadir hastalıktır. Hastalar aralıklı ishal, lenfopeni, hipogammaglobulinemi, hipotalbünemi, pleval efüzyon, perikardiyal efüzyon, asit ve alt ekstremitelerde belirgin lenfödem ile başvurabilir. Tanı genellikle üç yaşından önce konur. Ancak erişkin döneminde başvuran hastalar da olabilir. Ayrıca tanıda intestinal lenfoma, Crohn hastalığı, intestinal tüberküloz ve sarkoidoz yer alır. Tanı için uygun klinik özelliklerle birlikte endoskopik görüntü ve histoloji önemlidir. Burada iktarijenik hipotirodi ve hipoparatiroidi tanısı ile izlenen bir hastada lenfödem tablosu ile ortaya çıkan intestinal lenfanjektazi olgusu sunuldu.

OLGU: Kırk üç yaşında kadın hasta bacaklarında 13 yıldır olan şişlik nedeniyle başvurdu. On üç yaşında iken multiendüder guatr nedeniyle tiroidektomi yapılmış ve takibinde hipotirodi ve hipoparatiroidi gelişmiş. Kalsiyum, D vitamini ve L-tiroksin tedavileri ile izlenmekteyken alt ekstremitelerinde tedricen artan

şişlik olması üzerine başvurdu. Tetkiklerinde demir eksikliği anemisi, lenfopeni (800/mm³), hipalbuminemi (2.4 g/dl), hipogammaglobulinemi (0.46 g/dl) tespit edildi. İdrar tetkikinde proteinüri tespit edilmedi. Elektrokardiyografide voltaj düşüklüğü görülmüş üzerine çekilen ekokardiyografide hafif perikardiyal efüzyon tespit edildi. Akciğer grafisinde solda plevral efüzyon saptandı. Plevral efüzyon örneklemesi hücreden fakir transüda olarak sonuçlandı. Toraks ve batin bilgisayarlı tomografisinde solda plevral efüzyon ve barsak duvarında ödem dışında patolojik bulgu tespit edilmedi. Filariyazis açısından yapılan incelemede mikrofiliyariya görülmedi. Hipoalbuminemi etyolojisi açısından proteinüri veya beslenme bozukluğu olmaması nedeniyle anamnezi derinleştirildiğinde aralıklı ishal şikayeti olduğu öğrenildi. Dışkı incelemesinde bol yağ asidi saptandı. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde duodenumda lenfanjektazik görünüm tespit edilerek biyopsi alındı. Histolojik değerlendirmede yer yer lenfanjektazik alanlar görüldü. İntestinal lenfanjektazi tanısı ile orta zincirli yağ asidi diyeti başlanarak poliklinik takibine alındı.

SONUÇ: İntestinal lenfanjektazi özellikle erişkin dönemde nadir bir hastalık olduğu için akla getirilmesi güç olabilir. İntestinal lenfanjektazide ishal sürekli olmadığı ve hafif olabildiği için hastalar anamnezde bu şikayetten bahsetmeyebilir. Lenfödem, lenfopeni, hipoalbuminemi ve hipogammaglobulinemi ile başvuran hastalarda öncelikle lenfoma düşünülmelidir. Ancak klinik ve laboratuvar bulguları lenfoma ile uyumlu olmadığına bu tanı da akla getirilerek endoskopik intestinal biyopsi planlanmalıdır.

P099

VALPROİK ASİT KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN AKUT PANKREATİT: BİR OLGU SUNUMU

Tekin Güney, Vedat Kılıç, Birol Özer

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Valproik asit (VA) epilepsi, migren ve bipolar bozukluğun tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir ajandır. VA ile ilişkili yan etkilerin bir çoğu hafif ve geçicidir. Yan etki olarak akut pankreatit, görülme sıklığının nadir olmasına rağmen bu hastalarda gözlenen yüksek mortalite oranları nedeniyle önemlidir. Bu yazıda VA kullanımına bağlı gelişen akut pankreatit olgusu tartışılacaktır.

OLGU: 44 yaşında bayan hasta yaklaşık 4 gündür devam eden karın ağrısı, bulantı-kusma yakınmalarıyla değerlendirildi. Bilinen sistemik bir hastalığı olmayan hastanın karın ağrısı sırta vuran tarzda ve sürekli vasıftaydı. Hastadan alınan öyküde 4 yıldır epilepsi tanısıyla takipli olduğu, 1000 mg/gün VA kullanıldığı ve daha önce benzer yakınmasının olmadığı öğrenildi. Vital bulguları normal olan hastanın yapılan fizik muayenesinde umbilikal bölgede hassasiyet ve minimal rebound dışında anormal bulgu saptanmadı. Laboratuvar değerlendirmesinde karaciğer fonksiyon testleri ve trigliserit düzeyleri normal, amilaz (401 u/l) ve lipaz (388 u/l) düzeyleri yüksek olarak saptandı. Abdominal ultrasonografide peripankreatik minimal sıvı mevcuttu. Bulgular doğrultusunda hastaya akut pankreatit tanısı konuldu. Etiyolojide ilaç kullanımı dışında akut panreatite neden olabilecek başka bir patoloji saptanamaması nedeniyle VA azaltılarak kesildi. Oral beslenmesi kesilerek, parenteral sıvı-elektrolit desteği sağlandı. VA kesilmesinin ilk haftasında pankreas enzim düzeyleri (amilaz: 65u/l) normal sınırlara gerileyen, klinik belirtileri kaybolan hasta yatışının ikinci haftasında taburcu edildi.

TARTIŞMA: Akut pankreatitin etyolojisinde birçok neden suçlanmaktadır. VA gibi ilaçlar da akut pankreatit nedeni olabilmektedir. VA ile ilişkili pankreatit için ileri sürülen mekanizma serbest radikallerin pankreatik hücre membranı üzerindeki direkt toksik etkisidir.

Akut pankreatit tanısı laboratuvar bulgusu ve klinik semptomlara dayanır. Tek bir tanısız testin bulunmasına rağmen artmış serum amilaz konsantrasyonlarına abdominal ağrının eşlik ettiği durumlar tanı açısından anahtar rol oynar. VA alan hastalarda pankreatit gelişimsiz serum amilaz düzeylerinde artış olabilir. Bu nedenle VA alan hastalarda uyumlu klinik tablo olmadan sadece serum amilaz düzeyindeki artışa dayalı pankreatit tanısı konulmamalıdır. Olguda klinik bulgulara eşlik eden serum amilaz düzeyindeki artış yanında 4 yıldır VA kullanım öyküsünün bulunması, VA'nın kesilmesi ve destekleyici tedavinin ardından klinik tablonun gerilemesi ve etyolojide pankreatite yol açabilecek başka bir nedenin bulunmaması nedeniyle VA'e bağlı akut pankreatit tanısı konulmuştur.

Bu olguda 4 yıldır aynı dozda VA kullanım öyküsü bulunmaktadır. Bu nedenle akut pankreatit tanısı konulan olguların etyolojisinde ilaç kullanımı, süre ve dozdan bağımsız olarak mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Kullanılan ilacın etyolojik faktör olarak belirlenmesi tedavi yanında prognoz açısından da büyük önem taşımaktadır.

P100

TEKRARLAYAN GASTROİNTESTİNAL KANAMALARIN NADİR BİR NEDENİ

Ömer Celal Elçioğlu, Binnur Pınarbaşı, Ahmet Uyanıkoğlu, Himmet Bora Uslu, Ayşenur Tufan, Yusuf Kayar, Ömer Ekinci, Fevzi Necati Avcı

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Dieulafoy lezyonu, tekrarlayan gastrointestinal (GI) kanamalarının nadir görülen bir nedenidir. Genellikle gastrik fundusta görülen, ülsere olmayan arteriyel bir lezyondan kaynaklanır. Aynı lezyonlar distal özofagus, ince bağırsaklar, kolon ve rektumda da görülebilmektedir. Bu lezyonun tanınması özellikle kanama inaktif iken çok zordur. Bununla birlikte nedeni açıklanamayan akut ve tekrarlayan majör gastrointestinal kanamaların nedeni araştırılırken Dieulafoy lezyonu akılda tutulmalıdır. Bu yazıda tekrarlayan majör üst GI kanamaları olan iki olgu sunuldu. Olgu 1: Alkol ve Hepatit B'ye bağlı dekompanse karaciğer sirozu, canlıdan karaciğer transplantasyonu tanılarıyla izlenen 62 yaşında erkek hasta melana ve hematemez ile başvurduğu hastanede yapılan tetkiklerinde Hct %12, MCV 109 fl saptanmış. Toplam 8 ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapılmış. Yapılan gastroskopisinde mide lümeninde taze kan görülmüş, kan korpus tabanında daha belirginmiş. Kanama odağı saptanamamış. Tarafımızca refere edilen hastanın fizik muayenesinde belirgin bir özelliği yoktu. Gastroskopisinde: Üst, orta ve alt özofagus mukozası ve lümeni doğal, Z çizgisi 38 cm'de geçildi. Lümen girildiğinde korpus taze pıhtı dikkati çekti. Fundus-korpus bileşkesinde ve hemen pıhtının altındaki alanda retrofleksiyonda daha iyi görülebilen, aktif sızma şeklinde kanamaya yol açan, ortası çökük vasküler yapı (Dieulafoy lezyonu) görüldü. Aktif kanayan lezyona argon plazma koagülasyonu uygulandı. Aktif kanamanın durduğu gözlemlendi. Korpus ve antrum, mukozası

ve lümeni doğaldı. Pilor doğal. Retrofleksiyonda kardiy aleti iyi kavıyor. Bulbus ve ikinci kıta mukozası ve lümeni doğaldı. Hemen sonrasında omeprazol infüzyonuna başlandı (8 mg/saat), 24 saat süreyle oral alımı kesildi. Daha sonra kanama tekrarlamadı. Olgu 2: Daha önce yoğun nonsteroid antiinflamatuar ilaç kullanım öyküsü olan hasta daha önce 3 kez kan transfüzyonu gerektiren majör GI kanama geçirmiş olan 60 yaşında erkek hastanın üst, alt GI sistem endoskopisi ve çift balon enteroskopisinde kanama odağı saptanamamış. Tekrar melana ve hematemez ile başvuran hastanın fizik muayenesinde belirgin özellik yoktu. Yapılan gastroskopisinde mide-korpus bileşkesinde küçük kurvaturda Dieulafoy lezyonu ile lezyon saptandı ve argon plazma koagülasyonu uygulandı. Takibinde kanama tekrarlamadı.

P101

HOMOSİSTEİNEMİLİ BİR HASTADA PORTAL VEN TROMBOZU

¹Seyit Mehmet Kayacan, ¹Sezai Vatanser, ¹Hülya Doğru, ¹Suut Göktürk, ¹Mustafa Akdemir, ¹Aytaç Karadağ, ¹Murat Köse, ²Nihat Polat, ¹Fatma Kural, ³Adem Uçar, ²İbrahim Altun, ⁴Umur Karabulut, ¹Osman Erk, ¹Vakur Akkaya, ¹Kerim Güler

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Acil Dahiliye Birimi, İstanbul, ²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, ³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radiyagnostik Anabilim Dalı, İstanbul, ⁴İstanbul Üniversitesi, Kardiyoloji Enstitüsü, İstanbul

Homosistein, protein C'nin aktivasyonundan sorumlu kofaktör olan trombomodulinin ekspresyonunu inhibe ederek antitrombin-III'ün bağlanmasını engeller. Hem arteriyel hem de venöz tromboembolilere yol açar. Burada homosisteinemiye bağlı portal ven trombozu ile seyreden bir olgu sunulacaktır.

OLGU: Yirmibeş yaşında bir kadın hasta bulantı, karın ağrısı ve karında şişlik yakınması ile başvurdu. İki yıl önce serebrovasküler atak geçiren hastanın fizik muayenesinde barsak sesleri azalmıştı. Batin hassastı, ama defans yoktu. İki cm. splenomegali palpe edildi. Asit yoktu. Ayakta direkt batin grafisinde barsaklarda yoğun gaz birikimi vardı. Batin BT'de ana portal vende 1 cm. lik segment boyunda 4 mm kalınlığında parsiyel trombus, jejunal anslarda belirgin dilatasyon, distalinde ani sonlanma görüldü. Brid ileus olarak değerlendirildi. (Resim-1). Biyokimya ve hemogram incelemeleri normaldi. Nazogastrik sonda ve rektal tüp ile rahatlatıldı. Endoskopide grade II fundus varisleri görüldü. Tromboza eğilimi olan hastada buna yönelik incelemeler yapıldı. Homosistein düzeyi yüksek bulundu (80 mikromol/l). Enoksaparin günde iki kez 0.6 ml (derialtı) başlandı. Karın ağrılarını nedeniyle arasıra meperidin yapılması gerekti. Beş gün sonra kumadine geçildi. Karın ağrısı giderek azaldı ve çıkarıldı.



Resim 1.

P102

İNTRAKARDİYAK KİTLE ŞEKLİNDE PREZENTE OLAN VE AÇIK KALP OPERASYONU GEÇİREN BİR PRİMER ANTİFOSFOLİPİD SENDROM OLGUSU

¹Cemal Beş, ¹Sevim Karacı, ²Mehmet Soy

¹ABÜ İzzet Baysal Tıp Fakültesi İç Hastalıkları, ²ABÜ İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Romatoloji

GİRİŞ: Antifosfolipid sendromu (AFS) kanda yüksek antifosfolipid antikor titrelerinin eşlik ettiği, arteriyel ve/veya venöz tromboz ve tekrarlayan fetal kayıpları ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Primer ve sekonder olmak üzere iki formu tanımlanmıştır. Sekonder AFS en sık Sistemik Lupus Eritematozis'e eşlik eder. Genellikle tromboz ve tekrarlayan düşüklere neden olan AFS bazen atipik bulgularla prezente olabilir. İntrakardiyak kitle nedeniyle açık kalp ameliyatı olan, operasyon esnasında kitle görülmeyip vejetasyonlar tespit edilen ve operasyondan 1 ay sonra tarafımızca değerlendirildikten sonra primer AFS tanısı konulan bir olguyu sunmak istedik

OLGU: 38 yaşında bayan hasta, nefes darlığı şikayetiyle değişik zamanlarda 3 ayrı kardiyoloji merkezine başvuru yapmış. Her merkezde de hastaya ekokardiyografi yapılmış ve üç ekokardiyografi görüntülenmesinde sağ atriumda kitle tespit edilmiş. Bunun üzerine hasta kalp damar cerrahisi polikliniğine başvurmış. Hasta intrakardiyak kitle-miksomaya ön tanılarıyla operasyona alınmış ancak operasyon sırasında kitle görülmemiş. Pulmoner arter ve eustachia valv'de 2x4 cm büyüklüğünde vejetasyonlar görülmüş ve bunlar temizlenmiş. Hasta operasyondan bir ay sonra enfeksiyon kliniğine yüksek ateş şikayeti nedeniyle başvurmuş ve ileri tetkik için interne edilmiş. Anamnezinde kalp operasyonu ve intrakardiyak vejetasyon anamnezi üzerine kliniğimizle konsülte edildi. Hastayı sorguladığımızda 9 düşük hikayesi olduğunu öğrendik. Laboratuvar testlerinde patolojik olarak aPTT'yi: 44.2 (N21-35) uamış bulduk. AFS yönünden istediğimiz antikor testlerinde anti-kardiyolipin IgG: > 500 IU/ml (N: 0-48), anti-kardiyolipin IgM: 85 IU/ml (N: 0-44), Lupus antikoagülanı: 1.55 (N<1.2) değerlerini bulduk. Sistemik Lupus Eritematozis ve diğer sekonder AFS yapan nedenler araştırıldı ancak bir neden bulunamadı. Alt ekstremitelerde venöz doppler USG'si normal bulundu. Hastaya primer AFS tanısı konularak oral antikoagülan ve antiagregan tedavisi başlandı. Hasta poliklinik kontrollerine gelmek üzere taburcu edildi.



TARTIŞMA: AFS klasik tanı kriterleri dışında farklı klinik tablolarda karşımıza çıkabilir. AFS nadiren intrakardiyak trombüse neden olur. Ancak intrakardiyak kitle şeklinde prezente olup bu yüzden opere olan bir olguya literatürde rastlamadık. Sonuç olarak bu olgu bize, pre-op dönemde iyi bir anamnez alınmış olsaydı açık kalp ameliyatı gibi major bir cerrahi girişime gerek kalmayacağını düşündürmektedir.

P103

SEREBELLAR SENDROM İLE PREZANTE OLAN BİR SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS OLGUSU

¹Seyit Mehmet Kayacan, ¹Sezai Vatanserver, ¹Nilüfer Alpay, ²Erdem Tüzün, ¹Emrullah Erdem, ³Adem Uçar, ⁴Dilek Kayacan, ¹Tuğrul Elverdi, ¹Aytaç Karadağ, ¹Vakur Akkaya, ¹Osman Erk, ¹Şeref Demirel, ¹Kerim Güler

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Acil Dahiliye Birimi, İstanbul, ²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul, ³Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radiyagnostik Anabilim Dalı, İstanbul, ⁴Sağlık Bakanlığı, Umraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Umraniye, İstanbul

Altmışsekiz yaşında kadın hasta ateş, kilo kaybı, yorgunluk, öksürük, dengelessiz yürüme, ateşin yükseldiği dönemlerde bilinç bulanıklığı yakınmaları ile başvurdu. İki aydır hergün 38.5 °C'ye kadar yükselen ateş, giderek artan halsizlik ve çabuk yorulma, zaman zaman öksürük, ayaklarda kuvvet kaybı şikayetleri varmış. Pnömoni tanısıyla verilen antibiyoterapiye yanıt olmamış. Dengelessiz yürüme gelişen diyabetik nöropatiye bağlanarak gabapentin verilmiş. Dengelessiz yürüme giderek artmış ve ayağa kalkamaz hale gelmiş. İki ay içerisinde 6 kg kaybeden hasta yatırıldı. Fizik muayenesinde bilinci açık, koopereydi. Yardımla yürüyebiliyordu. Ateş: 37.2 °C, TA: 110/70 mm Hg, NDS: 96/R, SDS: 24/R bulundu. Sol kostofrenik sinus kapalıydı. İkinci cm. hepatomegali ve splenomegali vardı. Nörolojik muayenede, arasıra olan yer ve zaman karşıklığı, bilateral trunkal ve apendikuler ataksi, eldiven-çorap tarzında hipoestezi, alt ekstremitelerde vibrasyon kusuru bulundu. Hipertansiyon nedeniyle metoprolol kullanılmaktaydı. Sedimantasyon: 74 mm/saat, CRP: 60 mg/l, lenfosit: 400/ml, trombosit: 123000/ml, AST: 202 U/l, ALT: 55 U/l, ALP: 774 U/l, GGT: 460 U/l, LDH: 1575 U/l, albumin: 3.2 g/dl, gama-globulin: 2.1 g/dl, ferritin: 1464 ng/ml idi. Proteinüri 2.5 gr/gün bulundu. Hepatit göstergeleri negatifti. Atipik pnömoni düşünülerek ampirik levofloksasin 1x500 mg/gün başlandı (Resim-1). Toraks BT'de mediastende sağ üst-alt paratrakeal, subkarinal alan ve aortikopulmoner pencerede en büyüğü 3 cm çapında LAP, solda daha belirgin bilateral plevral efüzyon ve komşuluğunda kompresif atelektazi görüldü (Resim-2). Plevral sıvı incelemesi eksuda karakterinde (lökosit: 5000/ml, nötrofil: 3400/ml, lenfosit: 1100/ml) bulundu. BOS incelemesi normaldi. Kranial MR'da serebral, serebellar atrofi, sol sentrum semiovalede ve sağ putamende milimetrik ak madde lezyonları, bilateral frontal subkortikal ak maddede nonspesifik birkaç adet milimetrik lezyon görüldü. EMG'de duysal ve motor lifleri etkilemiş, alt ekstremitelerde baskın, aksonal hasarla seyreden, kronik dönemde ağır şiddette polinöropati saptandı. Antibiyotik tedavisi altında akut inflamatuvar parametrelerde değişiklik olmadı. İki aydır ateş, kilo kaybı, ataksi, hafif şuur bulanıklığı, hipoestezi, lenfopeni, hafif trombopeni, hipergamaglobulinemi, proteinüri, plevral efüzyon, mediastinal LAP bulguları nedeniyle sistemik lupus eritematozus düşünülürdü. Antinöral antikor pozitif bulundu. Prednol 32 mg başlandı. İki gün sonra ateş düştü, denge kusuru belirgin olarak geriledi. Yedi gün sonunda CRP: 13 mg/l, sedimantasyon: 54 mm/saat, AST: 47 U/l, ALP: 284 U/l, LDH: 702 U/l'ye geriledi. Bu arada RF: 51 IU/ml (0-15), ANA: pozitif (1/1000 titrede-homojen/lineer), Anti DNA: pozitif/negatif, Lupus hücreci: (+), Antikardiyolipin IgM/IgG, C3-C4: N, ENA screening: (-) bulundu. Prednol 1 g (3 gün) ve siklofosfamid 750 mg uygulandı. Bir hafta sonunda proteinüri kayboldu. Toplam 3 kez "pulse" tedavisi sonunda nörolojik bulgular belirgin olarak geriledi.



Resim 1. Akciğer grafisinde atipik pnömoni



Resim 2. Mediastende sağ üst-alt paratrakeal, subkarinal alan ve aortikopulmoner pencerede en büyüğü 3 cm çapında LAP, sol da daha belirgin bilateral plevral efüzyon ve komşuluğunda kompresif atelektazi

P104

İNTERFERON TEDAVİSİ SIRASINDA ROMATOİD ARTRİT GELİŞEN KRONİK HBV İNFEKSİYONLU OLGU

Bahadır Ceylan, Ayşe İnci, Muzaffer Fincancı

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Literatürde interferon tedavisi sonrası seyrek olarak romatoid artrit gelişebileceği bildirilmiştir. Bu yazıda kronik HBV enfeksiyonu nedeniyle başlanan pegileinterferon tedavisinin üçüncü ayı sonunda romatoid artrit gelişen bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Kırkaltı yaşındaki kadın hasta iki aydır devam eden her iki el bileği ve parmak eklemlerinde ağrı ve bir saatten fazla süren sabah tutukluğu yakınmalarıyla başvurdu. Olgunun kronik HBV enfeksiyonu nedeniyle beş aydır haftada 180 mikrogram pegileinterferon alfa-2a tedavisi aldığı öğrenildi. Olgunun interferon tedavisi öncesi karaciğer biyopsisinde Knodell skoru 9, fibroz skoru 1, serum ALT 56 Ü/L ve polimeraz zincir reaksiyonu ile HBV DNA titresi 489000Ü/ml iken tedavinin üçüncü ayı sonunda HBV DNA titresi 5030 Ü/ml bulunmuştu. Fizik muayene her iki el bileği, metakarpofalangiyal ve proksimal interfalangiyal eklemlerde şişlik ve hareket ağrısı dışında normaldi. Biyokimyasal incelemede aspartat transaminaz (AST) 110 Ü/L (normal: 0-35 Ü/L) ve ALT 156 Ü/L olması dışında normaldi. Kan sayımında lökosit 3100/mm³ (nötrofil %64, lenfosit %21, monosit %14, eosinofil %1), hematokrit %34 (MCV %79) ve trombosit sayısı 122000/mm³ bulundu. Sedimantasyon hızı 23mm/saat, serum C-reaktif protein düzeyi 0,8 mg/dl (normal: 0-0,8mg/dl), serum romatoid faktör düzeyi 39,1 İU/ml (normal: 0-20İU/ml) ve serum antinükleer antikor negatifti. Her iki el ve ekleminin direk radyografisinde patolojik bulgu yoktu. Hastaya bu bulgularla romatoid artrit tanısı konularak interferon tedavisi kesildi. Tedavi kesildikten sonra 3 hafta içinde semptomlar tamamen kayboldu.

Bu olgu her ne kadar romatoid artrit ve interferon kullanımı birlikteliği kesin olarak ilişkilendirilemezken birlikte bize interferon tedavisi alırken simetrik poliartrit gelişen olgularda interferonun otoimmün olayları uyaran bir ilaç olduğunu göz önüne alarak romatoid artrit tanısının da akla gelmesi gereken tanılarından biri olduğunu düşündürmektedir.

P105

MAKRO CK (KREATİNİN FOSFOKİNAZ): OLGU SUNUMU

İdris İnce, Fatih Yılmaz, Şamil Gerek, Mehtap Navdar Başaran, Kemal Serez, A. Kadir Ergen, A. Baki Kumbasar

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Makroenzim normalden daha büyük molekül ağırlığına sahip self polimerizasyon veya diğer serum bileşenleri ile kompleks oluşturabilen enzimlere verilen isimdir. CK-MB myokard infarktüsü tanısında kullanılan biyokimyasal bir belirteç olup, tanisal önemini unuttuğu bazı durumlar söz konusudur. Yalancı CK-MB yüksekliğinin sebeplerinden biride Makro CK'dir. Makro CK enzim görülme sıklığı olarak sağlıklı popülasyonda %1,5 un altındadır. Olgumuz Makro CK tanısının akılda tutulması ve hastalarda gereksiz tetkiklerin yapılmaması amacı ile sunulmuştur.

OLGU: 62 yaşında bayan hasta. 10 yıldan beri DM ve HT tanılı olan Akarboz 100 mg tb, ikili mix insülin ve Losartan 100 mg tb kullanan hasta Kronik hepatit C tanısı ile karaciğer biyopsi yapılması amacı ile interne edildi. Fizik muayenesinde özellik saptanmayan hastanın yapılan tetkiklerinde CK: 1058 (38- 174) U/L, CK-MB: 1308 (0- 25) U/L yükseklik saptandı. Hastanın anamnezinde 1 yıldan beri CK ve CK-MB değerlerinde yükseklik olması sebebi ile ileri tetkikleri yapılmıştı. Hastanın bu süre içerisinde yapılan tetkiklerinde Ekokardiografisi normal sınırlarda, EMG incelemesinde hafif polinöropati zemininde ağır düzeyde karpal tünel sendromu saptanmış, polimyozit için özellik saptanmamıştı. Hastanın malignite açısından yapılan radyolojik incelemelerinde mamografi, toraks-batın BT de özellik saptanmamıştı. ANA: (-) Antids DNA: (-) saptanmıştı. Hastanın kliniğimizde yapılan laboratuvar incelemesinde Glukoz: 312 mg/dl, Üre: 34 mg/dl, Kreatinin: 0.7 mg/dl, CK: 735 (38- 174) U/L, CK-MB: 530 (0- 25) U/L, T. Kolesterol: 169 mg/dl, Trigliserid: 129 mg/dl, LDL: 80 mg/dl, HDL: 63 mg/dl, ALT: 43 U/L, AST: 33 (5- 34) U/L, LDH: 397 (125- 243) U/L, Total bilirubin: 0.47 mg/dl, Direkt bilirubin: 0.13 mg/dl, total protein: 6.9 gr/dl, Albumin: 3.9 gr/dl, Globulin: 3 gr/dl, AF: 55 U/L, GGT: 36 U/L, PTZ: 11.1 sn, APTT: 27.2 sn, TSH: 1.65 mIU/ml, fT4: 1.16 ng/dl, AFP: 4.30, WBC: 5200, Hgb: 13.9, Hct: 38.1, Plt: 128000, ESR: 4 mm/saat olarak saptandı. Hastanın yapılan protein elektroforezinde özellik saptanmadı. Özel bir laboratuvar da İmmunohibisyon yöntemi ile bakılan CK-MB: 1280 (0-16) yükseklik saptandı. Klinik olarak yakınması olmayan hasta da Makro CK düşünülürdü ve kontrol CK: 960 U/L, CK-MB: 880 U/L olarak saptandı.

TARTIŞMA: Makro CK biyokimyasal olarak 2 gruba ayrılır. Makro CK Tip 1 immunglobulinlere bağlı form, Makro CK Tip 2 immunglobulinlere bağlı olmayan form olup mitokondriyal CK'nın polimeridir. Makroenzim düşünülen vakalar öncelikle klinik olarak değerlendirilmeli ve rutin laboratuvar incelemesi yapılmalıdır. Mevcut enzim yüksekliği herhangi bir hastalıkla ilişki kurulamıyorsa makroenzim varlığı akla gelebilir. Ancak birçok merkezde rutin taramalarda makroenzimler bakılmamaktadır. Tanı da protein elektroforezi yardımcı olabilmektedir. Makroenzim tesbit edildiğinde hastaya bilgi verilerek, hastanın tıbbi kayıtlarına geçilmesi gerekir.

P106

ANKİLOZAN SPONDİLİT VAKASINDA İNSİDENTAL OLARAK SAPTANAN KOR TRIATRIATUM SİNİSTER HASTALIĞI/OLGU SUNUMU

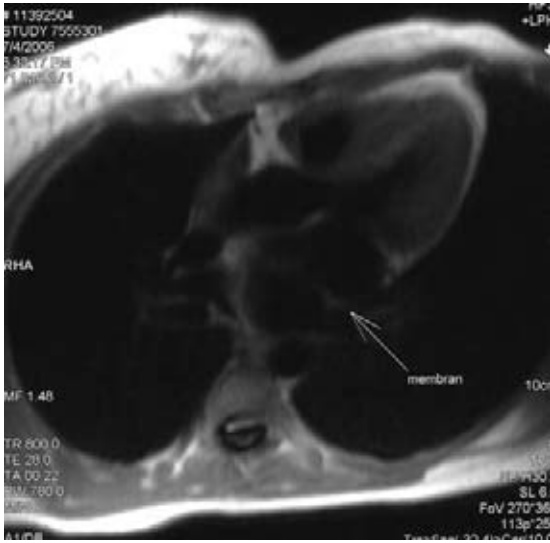
Engin Sennaroğlu, Berçem Ayçiçek Doğan, Hasan Tunca, Gamze Dam, Saadet Akdur Hasa

Ankara Numune Hastanesi

GİRİŞ: Kor triatriatum (KT) sol atriyumun, fibromusküler bir membranla ventral ve dorsal iki odacığa bölündüğü kardiyak bir anomalidir. Membran üzerindeki açıklık nonobstrüktif ve ek kardiyak anomali yoksa olgumuzda olduğu gibi hasta tümüyle asemptomatik olabilir (1,2,3).

OLGU: 24 yaşında bayan hasta, sol dizde şişlik ve ağrı ile polikliniğimize başvurdu. 6 aydır sabah saatlerinde olan ve yarım saati geçen bel ağrısı ve asimetrik oligoartrit olan hastanın, özellikle diare, üretrit gibi geçirilmiş enfeksiyon tablosu, cilt döküntüsü, aile öyküsü, eforla veya eforadan bağımsız nefes darlığı yoktu. Olgunun fizik muayenesinde; pulmoner alanda sistolik üfürüm, lökomotor sistem değerlendirilmesinde kalça hareketleri her yöne kısıtlı, sol diz ve ayak lateral malleol altında şişlik, ısı artışı ve hassasiyet saptandı. Schober testi 3 cm, göğüs ekspansiyonu 3 cm olarak değerlendirildi. Üst ekstremitelerde; sağ el bileği ve 2-3. metakarpofalangeal eklemlerde şişlik, ısı artışı saptandı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde anemi saptandı. Akut faz reaktanları yüksek tespit edilen hastanın yapılan sinoviyal sıvı analizinde; BK: 14.400 mm³, PMNL: 60 %, lenfosit35 %ve kültürde üreme olmadı. Serolojik belirteçlerden; Akut Hepatit paneli, HIV, VDRL-RPR, TORCH, Klamidy, Rose –Bengal, Gruber-Widal negatifti. Olası konnektif doku hastalıkları yönünden istenen serolojik belirteçleri negatif gelen hastanın HLA-B27: + olarak sonuçlandı. Ekokardiyografi sonucu Kor triatriatum sinistrum? olarak raporlandı. 1. derece Mitral Yetmezlik ve pulmoner hipertansiyon anomalisi eşlik ediyordu. Tanı amaçlı yapılan Kardiyak MRI sol KT olarak raporlandı. Hastanın radyolojik tetkiklerinde bilateral sakroiliak eklemlerde evre 4 sakroileit tespit edildi.

TARTIŞMA: KT oldukça nadir görülen doğuştan kardiyak bir anomalidir ve sıklıkla ASD ile birlikte (1,2). KT de fibromusküler membranın obstrüktif ya da nonobstrüktif yapıda olması, ek kardiyak anomalilerin varlığı, klinik semptomların ortaya çıkmasında temel belirleyicidir. Olgumuzda ek kardiyak anomalisi yoktu. Bu çerçevede olgu sunumumuz; gerek KT patolojisinin semptom olmadan insidental olarak saptanması gerekse de Ankilozan spondilit ile eşlik edebilecek kardiyak patolojilerden KT tablosunun literatürde bildirilmemiş olması bakımından sunuma değer görülmüştür.



Şekil 1. (Kardiyak MR): Sol atriyumu ikiye ayıran sol lateral duvardan medyale doğru uzanan ve kontrast geçişine izin veren inkomplet membranöz yapı

P107

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA AKCİĞER TUTULUMU İLE ANTI-CCP ANTİKORLARI ARASINDAKİ KORELASYON

¹Songül Çıldıg, ¹Taşkın Şentürk, ²Mehmet Burak Çıldıg

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, ²Aydın Devlet Hastanesi Radyoloji Bölümü

Romatoid artrit (RA) kronik poliartritle karakterize, etyolojisi bilinmeyen, sistemik, inflamatuvar, otoimmün bir hastalıktır. Akciğer tutulumu, romatoid artrit için iyi bilinen bir ekstraartiküler tutulum şeklidir ve enfeksiyondan sonra ikinci ölüm sebebidir RA'ya bağlı akciğer hastalıklarının gösterilmesinde yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) duyarlı, noninvasif bir tanı metodudur. Anti-CCP, antikereatin antikoru ve antiperinükleer faktörün de bulunduğu antifiilaggrin antikoru ailesinin bir üyesidir. Anti-CCP RA'nın başlangıç döneminde (ilk semptomlardan 3-6 ay sonra) hastaların %50-60'ında bulunur. Anti-CCP'nin spesifitesi RA gelişmemiş sınıflandırılmamış artrit formlarına bakıldığında %95-98'lere ulaşır (124). Anti-CCP, artrit başlamadan yıllar önce serumda tespit edilebilir.

Bu çalışma Romatoid artritli hastalarda akciğer tutulumu ile Anti-CCP antikoru arasındaki korelasyonu incelemek amacıyla yapıldı. Çalışmaya 49 Romatoid artritli hasta dahil edildi. Hastalar YÇBT tetkiklerine göre akciğer tutulumu olan (24 hasta) ve akciğer tutulumu olmayan (25 hasta) şeklinde iki gruba ayrıldı. Tüm hastaların Anti-CCP antikor düzeyleri, ELISA IgG (Euroimmun) kiti ile üretici firma önerilerine göre çalışıldı. Akciğer tutulumu ile Anti-CCP antikoru arasındaki korelasyonu Fischer Exact Test ile değerlendirildi.

Hastaların 42'si (%85,7) kadın, 7'si (%14,3) erkekti. Yaş ortalaması 55,86±13,31 idi. Hastalık süresi 17 hastada (%34,7) 0-2 yıl, 32 hastada (%65,3) 2 yıldan fazla idi.

Anti CCP akciğer tutulumu olan 24 hastanın 10'unda (%41,6) pozitif, 14'ünde (%58,4) negatif, akciğer tutulumu olmayan 25 hastanın 9'unda (%36) pozitif, 16'sında (%64) negatif olarak saptandı. Akciğer tutulumu ile anti CCP pozitifliği ve negatifliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,773) (tablo 1).

Sonuç olarak akciğer tutulumu ile Anti-CCP pozitifliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen, bu ilişkiyi araştırmak için daha geniş hasta grupları içeren yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Romatoid artritli akciğer tutulumu ile Anti-CCP

	Akcığer tutulumu (-)	Akcığer tutulumu (+)	p
Anti CCP (+)	9 (%36)	10 (%41,6)	0,773
Anti CCP (-)	16 (%64)	14 (%58,4)	
Total	25 (%100)	24 (%100)	

Fischer Exact Test

P108

TOKSOPLAZMA ENFEKSİYONU İLE İLİŞKİLİ DERMATOMYOZİT VAKASI

Şükran Erten, Ömer Önder Savaş, T. Tanju Yılmaz, Murat Süher

SB Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Polimiyozit (PM) ilerleyici proksimal kas güçsüzlüğü, artmış kas enzimleri, kronik iskelet kası enflamasyonu, tipik elektromiyogram bulguları, anormal kas biyopsi bulguları ile karakterize bir idiyopatik enflamatuvar miyopatidir. Kliniğe birtakım cilt bulgularının eklenmesi ile dermatomyozit tanısı gündeme gelmektedir. İdiyopatik enflamatuvar miyopatiler heryaş grubunda saptanabilmekle beraber 10-15,45-60 yaş arası tanı konması daha olasıdır. Dermatomyozit hastadan hastaya değişebilen birtakım cilt bulguları ile polimiyozitten ayrılır.

OLGU: 23 yaşındaki hasta 3 haftadır devam eden halsizlik, ateş ve döküntü şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede bilateral periorbital ödem, karın ve göğüs duvarında belirgin olmak üzere tüm vücutta deskuame makülopapüler döküntü saptandı. Hastanın rutin tetkiklerinde lökositoz dışında laboratuvar bulguları normaldi. Anti toksoplazma IgM pozitifliği saptanması üzerine Spiramisin tedavisi başlanıp 20 gün boyunca devam edildi. Tedavi sonrası hastanın şikayetleri hafifledi fakat halsizlik, kaslarda zayıflık şikayetleri devam etti. ALT, AST, CPK değerleri sırasıyla 143 IU (normal<20), 398 IU (normal<21), 472 U/L (normal<21) olarak saptandı. ANA, Anti dsDNA antikoru, kas antijen antikoru negatif olarak saptanan hastanın serum kompleman düzeyleri ve tiroid fonksiyon testleri normal sınırlar içerisindeydi. C reaktif protein 21.4 olarak saptandı (normal aralığı 0-5). Deltoid kastan alınan biyopside nonspesifik bulgular saptandı. Hastada dermatomyozit düşünülerek metilprednisolon tedavisi 1mg/kg dozunda başlanarak 2 hafta boyunca devam edildi ve 3 ay içerisinde doz azaltılarak 4mg/gün'e düşüldü. Hastanın şikayetlerinin devam etmesi üzerine metotreksat 7.5 mg/hafta dozunda başlandı ve 15 mg/haftaya kadar artırıldı, beraberinde prednisolon dozu 16mg/gün'e kadar çıkıldı. Takipte steroid dozu azaltılarak 4 mg/gün'e kadar düşüldü. Bu tedavi ile hastada semptomatik düzelme sağlandı.

TARTIŞMA: Yüksek oranda toksoplazma antikoru saptanması enfeksiyona karşı verilen immün yanıtın yoğunluğu ile ilişkilendirilmiştir. Daha önce yapılan birkaç yayında toksoplazma enfeksiyonu ile dermatomyozit arasındaki olası ilişkiden bahsedilmiştir. Dermatomyozit genelde tek başına görülebildiği gibi çeşitli bağ doku hastalıklarıyla beraber de görülebilmektedir. Otoantiklorların varlığı dışında, spesifik majör histokompatibilite kompleksi genleri ile ilişkinin saptanması, T hücre ilişkili sitotoksik sisteminin patogenezdeki rolü ve immünsüpresif tedaviye yanıt görülmesi otoimmün etiyolojii destekleyen diğer bulgulardır.

Sunduğumuz bu vaka enflamatuvar miyopati kliniğinin antitoksoplazma antikollarının aktivasyonu ile ortaya çıkan immün yanıtın sonucu olduğunu desteklemektedir.



Resim 1,2. Dermatomyozitli hastanın yüz görünümü

P109

ANTI-CCP POZİTİFLİĞİ OLAN BİR PRİMER SJÖGREN SENDROMU VAKASI/ OLGU SUNUMU

Engin Sennaroğlu, Berçem Ayçiçek Doğan, Mustafa Yıldırım, Hasan Tunca, Fulya Dörtbaşı, Saadet Akdur Hasa

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Sjögren sendromu, ekzokrin bezlerde lenfosit infiltrasyonu ile ilişkili kronik, otoimmün bir hastalıktır. Gözyaşı bezi ve tükürük bezi tutulumu sonucunda ağız ve göz kuruluğu oluşur. Hastalık primer Sjögren sendromu (PSJS) veya romatoid artrit (RA), sistemik lupus eritematosus gibi otoimmün bir hastalık varlığında da ortaya çıkabilir (sekonder Sjögren sendromu) (SSJS). Anti strülinlenmiş sıklık protein (Anti-CCP)



ise RA tanısında spesifitesi %96, sensitivitesi ise %78 değerlerinde, pozitifliği durumunda eroziv hastalık için gösterge kabul edilmeye beraber, prognoz ve takipte değerli olduğu literatürde belirtilmektedir. Yine literatürde, Anti-CCP RA dışında nadiren de olsa viral enfeksiyon (HCV) varlığında ve PSJS durumunda da pozitif saptanabildiği belirtilmektedir. OLGU: 24 yaşında bayan hasta Dahiliye polikliniğine, 3 aydır sağ el 3. proksimal interfalanks (PIF) ve 5. PIF eklemlerinde şişlik şikayeti ile başvurdu. Yapılan sistem sorgulamasında; yine bu süre zarfında ağzıda ve gözde kuruluk saptandı. Bu bilgiler ışığında hastada PSJS ile RA ve yine bu klinik tabloyu taklit edebilen Parvovirus başta olmak üzere diğer viral nedenler, reaktif artrit ile olası seronegatif spondilartropati açısından hasta muayene ve tetkik edildi. Fizik muayenede; vücut sıcaklığı: 36,2 °C, sağ el üçüncü PIF ekleminde ısı artışı ve kızarıklık tespit edilirken, Schober testi: 16 cm. göğüs ekspansiyonu >5 cm. oksiput-duvar mesafesi: 0 şeklinde olarak saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde; hemogramda nötrofil ağırlıklı beyaz küre yüksekliği (Hb: 12,7gr/dl, BK: 12600 K/uL, nötrofil sayısı: 10700 K/uL, PLT: 271000K/uL) saptandı. Tiroid fonksiyon testi ve biyokimyasal değerleri normal gelen hastanın ekleminde şişlik olduğu dönemlerde bakılan akut faz reaktan değerleri (ESR: 11mm/h, CRP: 3,02 mg/L) normal sınırlarda olarak sonuçlandı. Olası konnektif doku hastalıkları yönünden istenen, ANA, anti-SM, anti-SS-A, anti-SS-B, anti-SS-C, anti-SS-D, anti-sentromer antikor, anti-U1RNP, anti-Jo-1 gibi immünoolojik belirteçler negatif. Romatoid faktör (RF) (75,9 IU/ml) ve Anti-CCP >100 şeklinde yüksek saptandı. Benzer klinik tabloya neden olan viral ve bakteriyel enfeksiyonlar yönünden incelendiğinde; başta Parvo virüs olmak üzere akut hepatit paneli, HIV, VDRL-RPR, TORCH, Klamidyia, Rose –Bengal, Gruber-Widal, negatifti. Hastada yukarıda bahsedilen diğer etiyolojik nedenler ekarte edilirken bakılan el-bilek grafisinde erozyon saptanmadı. Ağzı ve gözde kuruma tarifleyen hastada, her iki gözde Schirmer <10 mm ve tükürük bezi biyopsi sonucunda ise otoimmün sialadenit saptandı. 3 aydan uzun süren, elin 3. PIF ekleminde artrit, RF+ olan hastada erozyon saptanmaması ve yine bu dönemde 3 kez bakılan akut faz reaktan değerlerinin normal olması, objektif olarak kuru göz ve ağzı saptanması sonucunda, hastaya PSJS teşhisi kondu. Literatürde anti-CCP pozitif saptanan PSJS hastalarının takiplerinde zamanla RA tablosunun oluşabileceği bildirilmiştir. Bu durum göz önünde bulundurulurak hastanın tedavisi düzenlenerek takibe alındı. TARTIŞMA: Hastamız özelinde vurgulamak istediğimiz husus; herne kadar anti-CCP varlığını RA'ya spesifikliğı yüksek olsa da, hastamızda görüldüğü üzere PSJS ve diğer otoimmün hadiselerde de pozitif saptanabilmektedir. Unutulmaması gereken bir diğer husus; anti-CCP pozitif saptanan PSJS hastalarının ileride eroziv artrit tablosu yaratabileceğidir.

P110

ROMATOİD ARTRİT VE EOZİNOFİLİK GASTROENTERİT BİRLİKTELİĞİ

¹Fatma Paksoy, ¹Esat Namal, ¹Emine Gültürk, ²Mehmet Zeki Bereket, ¹Aslıhan Çalım, ¹Ayda Batuhan Damar, ¹Fatih Borlu

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, ²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği

GİRİŞ: Eozinofilik gastroenterit (EG), özofagastan rektuma kadar gastrointestinal (GI) kanalın herhangisi bir segmentinin eozinofilik infiltrasyonu ile karakterize kronik, tekrarlayıcı, nadir bir hastalıktır. Tipik olarak 3.-5. dekadta ve her iki cinsten eşit görülür. Günümüzde EG tanı kriterleri belirlenmiştir;

1. GI semptomlarının varlığı
2. Biyopsi ile GI kanalında bir veya daha fazla alanda eozinofilik infiltrasyon gösterilmesi
3. GI kanal dışında başka organlarda eozinofilik infiltrasyon bulunmaması
4. Parazit enfeksiyonu olmaması

Literatürde EG ve romatoid artrit (RA) birlikteliği yalnızca 3 olgu bildirmiş şekilde olup bu nadir vakayı sunmak istedik.

OLGU SUNUMU: 71 yaşında kadın hasta, ateş, halsizlik, karın ağrısı, bulantı, sağ bacakta ağrı ve şişlik, yaygın eklem ağrıları ile acil polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde RA ve osteoporozu mevcuttu. Fizik muayenede patolojik olarak; akciğer alt zonlarda raller, epigastrium ve sağ üst kadranada hassasiyet, sağ elde kuğu boyun deformitesi, sol elde ulnar deviasyon, sol diz ekleminde ağrı, şişlik, ısı artışı, sağ diz altında ödem, hiperemi ve ısı artışı saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde; SGOT: 69U/L, SGPT: 19U/L, GGT: 103U/L, ALP: 88U/L, LDH: 616U/L, T. Bilirubin: 0,59mg/dl, Amilaz: 92U/L, T. Protein: 4,9gr/dl, albumin: 2 gr/dl, protrombin zamanı: 22,4 sn, INR: 1,75, CRP: 161mg/L, ESR: 64mm/h, WBC: 7360U/L (eozinofili: 1710/ul) saptandı. Hepatit ve tümör belirteçleri normaldi. Sağ alt ekstremiten venöz doppler USG'de akut derin ven trombozu görüldü. Abdominal USG ve kontrastlı tüm batın BT normaldi. Gastroskopik özofageal dismotilitate, pangastrit ve psödohipomatozis saptandı. Alınan biyopsi eozinofilik infiltrasyon şeklinde sonuçlandı. EG tanısı konan hastanın gelişinde normal saptanan gayta tetkikleri tekrarlandı, parazitöz saptanmadı. Prednisolon tedavisi 1mg/kg dozunda verildi. Takiplerinde eozinofili sayısı 40/ul'ye kadar düşen hastanın genel durumunda düzelme olmadı ve yatışının 45. gününde sepsis nedeniyle kaybedildi.

TARTIŞMA: EG'de en sık mide ve ince barsak tutulur. Histolojik olarak mukozal, musküler ve serozal formları vardır. En sık mukozal form görülür. Hastamız daha nadir görülen musküler form EG tanısı almıştır. Kolik tarzında karın ağrısı, bulantı, kusma gibi obstrüksiyona ait ve diyare, kilo kaybı, anemi, hipalbuminemi gibi malabsorbsiyona ait semptom ve bulgulara rastlanabilir. Endoskopik olarak hiperemi, ülserasyon, darlık, nodüler/polipoid oluşumlar görülebileceği gibi, normal görünüm de saptanabilir. Doku eozinofili için bir büyük büyütmede 0-50 arasında eozinofil bulunması tanı için yeterlidir. Temel tedavi kortikosteroidler ile dir. Tedavi başarısı %75-90 olmasına karşın ilaç kesildikten sonra veya cerrahi sonrasında nispeten düşür.

RA ile periferik kanda eozinofilinin birlikteliği iyi bilinmekle birlikte, doku eozinofilisinin birlikteliği koinsidansın ötesinde RA'nın nadir görülen GI tutulumu olarak yorumlanmıştır. GI semptomları olan RA hastalarının ayrıca tanıda EG de akla gelmelidir.

P111

RS3PE SENDROMU: BİR OLGU SUNUMU

¹Fatma Paksoy, ¹Emrah Erkan Mazi, ¹Turgay Ulaş, ¹Özlem Kınık Akgün, ¹Adile Çakır, ¹Fatih Borlu

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: RS3PE sendromu (Remitting, seronegative, symmetric synovitis with pitting edema), tanı kriterleri:

1. Her iki elde belirgin pitting ödem.

2. Akut başlayan poliartrit.

3.50 yaşın üzerinde olma.

4. Romatoid faktörün negatif olmasıdır.

Düşük doz steroide dramatik yanıt ve radyografilerde artiküler erozyon gözlenmemesi karakteristiktir. RS3PE sendromu neoplastik ve romatolojik hastalıklarla da ilişkilili olabilmektedir.

OLGU SUNUMU: 58 yaşında, erkek hasta ani başlayan el ve ayak bileklerinde simetrik şişlik, ağrı ve tutukluk ile birlikte kalça ve omuz kuşağında ağrı şikayetleriyle başvurdu. Sabah tutukluğunun 1 saatten fazla sürdüğünü ve ağrıları nedeni ile son bir haftadır yataktan yarımsız kalkamadığını ifade etti. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu, son 1 aydır ağrısı oldukça nonsteroid antienflamatuar ilaç kullanılmıyordu. Fizik muayenesinde patolojik olarak; bilateral el dorsumunda ve pretibial bölgede belirgin derecede (+3) gode bırakan ödem mevcuttu. Bilateral ayak bileği, el bileği, proksimal interfalangiyal ve metokarpofalangiyal eklemlerinde şişlik, ısı artışı, hareket kısıtlılığı ve hassasiyet saptandı. Üst ekstremiteler motor kuvveti 3/5 ve alt ekstremiteler motor kuvveti ise 4/5 olarak idi. Boyun, omuz ve bel hareketleri her yöne kısıtlı ve ağrılıydı. Hemoglobin: 12,7 mg/dl, hematokrit: %39, lökosit: 5600/mm³, trombosit: 170,000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı: 56 mm/h ve C-Reaktif protein: 25,8 mg/L olarak saptandı. Tiroid, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri ve tümör belirteçleri normal sınırlar içinde bulundu. Total protein, albumin ve serum elektroлит düzeyleri normaldi. IgM romatoid faktör (RF) ve HLA-B27 negatif, anti-dsDNA: 47 IU/ml (0-10 IU/ml), anti-histon ve anti-nucleosome antikorları düşük titrede pozitif bulundu. Tam idrar tetkikinde 2-3 lökosit mevcuttu. Radyolojik incelemelerde eklemlerde patolojiye rastlanmadı. Eşlik edebilecek maligniteyi saptamaya yönelik istenen abdominal ultrasonografi, abdominopelvik bilgisayarlı tomografi, ekokardiyografi, elektromiyografi ve tüm vücut kemik sintigrafisi tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Hastaya günde 20 mg/gün prednisolon 3 gün boyunca verildi, 4. gün 15 mg/gün doza azaltıldı. Tedavinin 5. gününde hastanın el sırtı ve pretibial bölgedeki şişlikler belirgin olarak düzeldi. 10. gününde eklem hareketleri açılan ve ağrıları günlük yaşantısını kısıtlamayacak dereceye inen hasta taburcu edildi. 5 mg/gün prednisolon tedavisi ile poliklinikten takip edilen hastada 1 yıl içerisinde hafif seyirli alevlenmeler oldu fakat fonksiyonel kayıp ve deformite gelişmedi.

TARTIŞMA: RS3PE, kriterleri net olmasına rağmen ayırıcı tanısı oldukça güç olan, romatoid artrit, Sjögren sendromu, spondilartropati, polimiyaljiya romatika gibi romatolojik ve lenfoma, adenokarsinom gibi neoplastik hastalıklara öncülük edebilen bir sendromdur. Bu olguların doğru tanınması ve tanı konduğunda hasta izlemi büyük önem taşır.

P112

MİKS BAĞ DOKU HASTALIĞINDA NADİR KEMİK TUTULUMU

¹İrfan Yavaşoğlu, ²Burak Çıldağ

¹Jandarma Bölge Komutanlığı, Jandarma Dispanseri, İç Hastalıkları Bölümü, İstanbul,

²Jandarma Bölge Komutanlığı, Jandarma Dispanseri, Radyoloji Bölümü, İstanbul

Miks bağ doku hastalığı (MBDH) sistemik lupus eritematozus, romatoid artrit, polimiyozit, skleroderma bulgularının birlikteliği ve U1-RNP antikor pozitifliği ile karakterizedir. Birlikte bulunduğu hastalıkların bulgusu olarak kemik tutulumu görülebilir. Bunlar özellikle steroid kullanımında avasküler nekroz, ilerleyici artrite ikincil kemik bozuklukları şeklinde olabilir. Bağ doku hastalıklarının sebep olduğu kemik ödemi çok nadirdir. Literatürde bilgilerimize göre MBDH'da birincil bulgu olarak kemik ödeme rastlanmadık. MBDH tanısı koyduğumuz hastada steroid tedavisi ile düzelen kemik ödemi tablosunu sunduk.

On sekiz yaşında bayan olgu yaklaşık 2 aydır devam sol diz ağrısı nedeni ile başvurdu. Öncesinde travma tariflemiyordu. Raynaud fenomeni vardı. Diğer eklemlerinde yakınması yoktu. Muayenesinde sol dizde sağa göre 1 cm çap farkı vardı, eritem gözlenmezken, hafif ısı artışı vardı. Hastanın diz grafisi normal iken magnetik rezonans (MR) görüntülerinde femur distal metafizeoepifizler alanda T1A sekanslarda hipointens, T2A ve STIR sekanslarda hiperintens kemik iliği ödemi ile uyumlu görünüm mevcuttu. Kemik sintigrafisi sonrası aynı bölgede aktivite tutulumu izlenmişti. Tümör şüphesi ile biyopsi yapılmış. Normal kemik dokusu olarak yorumlanmış. Laboratuvar değerlendirmesi sedimentasyonu 55/saat, antinükleer antikor 1/1000 granüler, U1-RNP 1/600 oranında, romatoid faktör pozitifliği. Tam idrar tetkiki, üre, kreatinin değerleri normaldi. El grafisi normal olarak değerlendirildi. Protein elektroforezinde poliklonal gamapati vardı. Hastanın bu dönemde özellikle alt ve üst ekstremitelerinde deriden kabarıklık, 3 günden fazla süren en büyüğü yaklaşık 3cm çaplı kaşıntılı cilt döküntüleri başlandı. Lezyonlardan cilt biyopsisi yapıldı. Hafif eozinofil infiltrasyonu dışında özel bir tanısal bulguya rastlanmadı. Lupus bant testi negatifti. Daha önceki kemik biyopsisi tekrar değerlendirildi. Normal olarak yorumlandı. Hastada raynaud fenomeni, cilt bulguları, U1-RNP pozitifliği ile MBDH olabileceği düşünüldü. Bir miligram/gün metilprednisolon, nifedipin 30mg/gün başlandı. Tedavinin 1. ayında cilt lezyonları kayboldu, diz ağrısı kayboldu. Steroid dozu azaltılarak 16 mg/gün'e düşüldü. Üçüncü ayda kontrol MR görüntülemesinde de femur distal metafizeoepifizler alanda izlenmiş olan kemik iliği ödemi belirgin gerilemişti.

MBDH'da kemik ödemi görünümünü akıldan tutulmalıdır.

P113

PERİFERİK NÖROPATİNİN EŞLİK ETTİĞİ ERİŞKİN STILL HASTALIĞI OLGUSU

¹Esin Beyan, ¹Çiğdem Tura, ¹Ekrem Abaylı

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği

Erşkin Still hastalığı (ESH) yüksek ateş, genellikle ateşle birlikte izlenen döküntü, artrit, myalji, hepatosplenomegali, lenfadenopati ile karakterize sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Nörolojik tutulum nadir görülür. Bu raporda, periferik nöropati ile seyreden bir ESH olgusu sunulmuştur. 43 yaşında erkek hasta ateş, el ve ayak bileklerinde şişlik, ağrı yakınmaları ile başvurdu. Öyküsünden yakınmalarının bir ay kadar önce başladığı, ateşinin akşama doğru çıktığı öğrenildi. Son 15 gündür bacaklarında güçsüzlük tarif ediyordu. Fizik muayenede ateşi 39,0 °C idi; bilateral servikal ve aksiller lenfadenopati ve hepatosplenomegali saptandı. Her iki el bileğinde artrit mevcuttu. Kas gücünde azalma yoktu. Ancak her iki ekstremitelerde distalde hipostezi vardı. Laboratuvar bulgularında lökosit: 17.000/mm³, periferik yaymada %82 PMNI, eritrosit sedimentasyon hızı: 84 mm/saat idi. AST, ALT, LDH ve CRP değerleri yüksekti. Ferritin 1.090 ng/ml (normali 28-365) idi. ANA ve romatoid faktör negatifti. Enfeksiyon ve maligniteye yönelik testlerde patoloji saptanmadı. EMG'de yaygın motor aksonal periferik nöropati saptandı. Yatışı süresince ateşinin

ağşamları yükseldiği ve gün içinde normal seyrettiği, ateşe makülopapüler döküntülerin eşlik ettiği gözlemlendi. Hastaya ESH tanısı ile 1 mg/kg/gün prednizolon tedavisi başlandı. Tedavinin ikinci günü ateşi düştü, ağrıları azaldı. Birinci ayın sonunda tüm laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Yapılan EMG kontrolünde anormallik yoktu. Kortikosteroid dozu kademeli olarak azaltılan hasta yedi aydır takibimizde olup remisyonunda seyretmektedir. Sonuç olarak, ESH'li olgularda periferik nöropati sık görülen bir anormallik olmamakla birlikte kortikosteroid tedavinin erken başlanması ile dramatik yanıt alınmaktadır.

P114

CERRAHİ VE DOĞAL MENOPOZLU KADINLARDA KEMİK DENSİTOMETRİ VE KEMİK YIKIM MARKER DÜZEYLERİNİN MENOPOZ TİPİ VE SÜRESİ İLE İLİŞKİSİ

¹Nermin Akdemir, ²Cemil Bilir, ²Muhittin Pekuz, ²Feyzi Gökosmanoğlu, ²Hakan Cinemre

¹Ankara Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ²Düzece Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Kadınlarda menoz yaşı ile kemik mineral yoğunluğu arasında pozitif bir ilişki mevcut olup menoz sonrası erken dönemde hızlı bir şekilde kemik kaybı gerçekleşmektedir. Ayrıca bu hız yaşla birlikte daha sonraları ise azalma gösterir. Azalmış kemik yoğunluğu sonrası ortaya çıkan osteoporoz postmenopozal kadınların %30'unu etkileyerek 50 yaşındaki bir kadında %40 kırık riskine yol açmaktadır. Kadınlarda menoz doğal menoz ve cerrahi menoz olarak gerçekleşebilmektedir.

METOD: Çalışmamızda Kadın doğum polikliniğimize başvuran 102 postmenopozal ve kontrol grubunu oluşturan 48 premenopozal, toplam 150 hastanın serum osteokalsin ve idrar deoksipridinolin düzeylerine bakıldı. Postmenopozal hastaların Kemik densitometrilere ölçüldü.

Çalışmaya alınan postmenopozal hastalar menoz sürelerine göre 5 yıldan az, 5-9 yıl, 10-19 yıl ve 20 yıl üzeri olacak şekilde 4 gruba ayrıldı. İstatiksel analiz SPSS16.0 ile One-Way ANOVA ile yapıldı.

SONUÇLAR: Çalışmaya alınan toplam 150 hastanın 48'i premenopozal olup yaş ortalamaları 47.7 (SD 3.7), kalan 102 postmenopozal hasta ise 56,5 (SD 6.8) yaşındaydı. Hastaların genel özellikleri tablo 1.de verilmiştir. Postmenopozal 102 hastanın 34'ü cerrahi menoz olup bilateral ooferektomi + histerektomi, 68 hasta ise normal menozlu hastaydı. Bu hastaların menoz süresine göre dağılımı tablo 2'te verilmiştir.

TARTIŞMA: Cerrahi menozla normal menozlu hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da kemik mineral yoğunlukları cerrahi menozlularda daha düşük seyretmekte ve bu fark 20 yıldan sonra eşitlenmektedir. Kemik yıkım ürünleri cerrahi sonrası <5 yıl olan grupta yüksek olup sonraki dönemlerde bu fark ortadan kalkmaktadır.

Sonuç olarak histerektomi yapılırken overlerin çıkarılması diğer toplumlarda yapılan çalışmaların çoğuna benzer şekilde bizim hasta popülasyonumuzda da osteoporoz üzerine olumsuz bir risk katmaktadır. Uzun dönem takibinde cerrahi menozla normal menoz arasında kemik yıkım ürünleri ve kemik mineral yoğunluğu açısından anlamlı fark yoktur.

Tablo 1.

Karakteristik	Premenopozal	Postmenopozal
Hasta sayısı	48	102
Yaş	47.7 (SD 3.7)	56.5 (SD 6.8)
VKI	29.2 (SD 5.5)	30 (SD 4.5)
Osteokalsin	2.82 (SD 1.7)	4.73 (SD 3.5)
İdrar DPD	14.6 (SD 7.2)	22.8 (SD 9.4)
Alkol	Yok	Yok
Sigara	<5 paket/yıl	<5 paket/yıl
Diyabet	10 (%20.8)	24 (%23.5)
Hipertansiyon	8 (%16)	40 (%39)

Tablo 2.

Menoz süresi	< 5 yıl		5-9 yıl		10-19 yıl		>20 yıl	
	CMnp/NMnp	P	CMnp/NMnp	P	CMnp/NMnp	P	CMnp/NMnp	P
Hasta sayısı	10/32		7/11		4/15		13/10	
Osteokalsin	5.9/4.4	0.18	3.5/4.2	0.21	4.8/4.5	0.83	3.9/7.2	0.01**
İdrar DPD	22.9/20.1	0.58	18.3/24.2	0.53	16/25	0.054	26.2/28.2	0.57
KMY-Femur boynu	-0.80/-0.88	0.82	-1.14/-0.73	0.88	-1.5/-1.0	0.40	-1.7/-1.9	0.58
KMY-Lomber bölge	-1.2/-1.90	0.32	-1.77/-1.14	0.68	-1.37/-1.35	0.96	-1.9/-2.0	0.85
Yaş	51/52	0.59	54.1/56.9	0.19	59.7/57	0.27	62/67.9	0.002**

P115

HİPOPOTASEMİK PARALİZİ RENAL TUBULER ASİDOZ İLE PREZENTE OLAN PRİMER SİJÖREN SENDROM OLGU SUNUMU

Hayriye Esra Ataoğlu, Betül Demir, Mazhar Müslüm Tuna, Faik Çetin, Levent Ümit Temiz, Mustafa Yenigün

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. İç Hastalıkları Kliniği

Sjögren sendromu (SS), ekzokrin bezlerin mononükleer hücre infiltrasyonu ile karakterize otoimmün-lenfoproliferatif bir hastalıktır ve klinik olarak otoimmün ekzokrinopatiden, sistemik hastalığa kadar geniş bir spektruma sahiptir. %50'si primer SS dur. Başlıca ağız ve göz kuruluğu ile seyredir. Prevelansı yaklaşık olarak %0.5-5, kadın erkek oranı ise 9:1'dir. Primer SS olgularının klinik olarak distal renal tubuler asidoz (RTA) şeklinde başlaması nadir olgu bildirimleri şeklindedir. Distal RTA patojenik mekanizmaları tam olarak açıklanmamıştır. Hiperamaglobülinemi, tubuler destrüksiyonu, fibrozis ve hüromal ve hüresel cevaplar neden olarak öne sürülmektedir. Olgu: 16 yaşında kadın hasta 15 gündür var olan aşırı halsizlik, yorgunluk, bulantı, kusma şikayeti ile dahiliye polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde ağız ve göz kuruluğu, çocukluk çağında sık parotit atakları ve eklem ağrıları mevcut olan hastanın 15 gündür şikayetleri eklenmesi üzerine başvurdu. Hastanın kuvvet kaybı üzerine acil tetkiklerin de hipopotasemi saptanması üzerine hasta ileri tetkik ve tedavi amacı ile yatırıldı. Özgeçmişinde 7 yaşından beri parotit atakları dışında belki de özellik yoktu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayene: Genel durum orta, suur açık, koopere, oryante idi. Konjunktivalar hiperemik, dilde kuruluk mevcuttu. Hasta destekle oturabiliyordu. Taraf bulgusu veren nörolojik defisit olmamakla beraber hastanın tüm ekstremitele de kas gücü 3/5 olarak değerlendirildi. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Hastanın acil baktırlan tetkiklerinde K 1.63 saptanması ve tüm ekstremitele de kuvvet kaybı olması sebebi ile hipopotasemik periyodik paralizi tanısı ile ilk müdahalesi yapıldı. Yapılan diğer tetkiklerinde Na: 151, K: 1.63, Cl: 123, Ca: 8.1, T. Protein: 8.9, albumin: 3.76 Globulin: 5.14 saptandı. Diğer biyokimya tetkiklerinde özellik yoktu. Hemogramda hafif anemi dışında özellik yoktu. Tiroid TİT: dansite 1010, pH: 8 idi. Kan gazında pH: 7.254, PCO2: 29, SO2: 98, HCO3: 15 saptandı. GFR: 60.6 ml/dk, idrar kreatinin: 22.8 mg/dl, protein: 522.1mg/gün, K: 52.97mmol/gün (25-125) saptandı. 24 saatlik idrarda aminoasit: glisin: 466 (111-326), treonin: 286 (10-48), asparagin: 69 (0-30), glutamik asit: 20 (0-10), Glutamin: 421 (45-236), lizin: 172 (10-46) saptandı. Sjögren sendromu düşünülerek schirmer testi yapıldı, sağ gözde 5 mm, solda 8 mm saptandı (kuvvetli pozitif). FANA 1/640 + saptandı. C3, C4 düzeyleri belirgin derecede düşüktü. Anti RO ve anti LA 1000 üzerinde saptandı. Hastaya anamnez, fizik muayene, laboratuvar bulgular sonucunda primer SS tanısı ve ona bağlı RTA ve hipopotasemik periyodik paralizi tanısı kondu. Primer SS'nda RTA genellikle asemptomatikdir; aşkar olduğunda SS kliniğinin, hipopotasemik periyodik paralizi ve nadiren de solunum arresti şeklinde olabileceği unutulmamalıdır. Bizim vakamız da olduğu gibi hipopotasemik periyodik paralizi ile prezente olan RTA vakalarında Primer SS ayırıcı tanıda gözönünde bulundurulmalıdır.

P116

VASKÜLER TUTULUMLU BEHÇET HASTALARININ DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

¹Göksal Keskin, ¹Lale Özışık, ¹Ozan Baysal, ¹Barış Mavi, ¹Murat Sinanoğlu, ²Ali İnal, ¹Esra Sarıbacak Can

¹SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji-İmmünoloji Kliniği, ²Gülhane Askeri Tıp Akademisi İmmünoloji Kliniği

Behçet hastalığı (BH), vasküler yapıları, mukoza ve deriyi, gözü, kas ve iskelet sistemini, gastrointestinal sistemi ve sinir sistemini etkileyen kronik, multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Bu çalışmada vasküler tutulumlu olan Behçet hastalarının demografik ve klinik özelliklerini inceledik.

2000-2007 yılları arasında S. B. Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi İmmünoloji bölümüne başvuran vasküler tutulumlu 40 Behçet hastası (International Study Group Criteria'ya göre) retrospektif olarak incelenmiştir.

33 erkek, 7 kadın 40 Behçet hastası incelenmiştir. Hastaların ortalama yaşları 37,3 ± 6,1 yıl ve hastalık başlama yaşları ortalaması 25,2 ± 5,6 yıl olarak hesaplanmıştır. Vasküler tutulum saptandığındaki yaş ortalamaları ise 29,7 ± 6 yıl olarak bulunmuştur. Oral ve genital lezyonlar hastaların, %97,5 ve %75,5'inde saptanmıştır. En sık görülen diğer klinik özellikler ise oküler lezyonlar (%77,5), artrit (%42,5), nörolojik tutulum (%15), cilt tutulumu (%30) ve gastrointestinal tutulumdur (%5).

Hastalarımızda, venöz tromboz %45, arteriyel tromboz %5, hem arteriyel hem de venöz tromboz ise %50 sıklıkta görülmüştür. En sık görülen tromboz lokasyonları derin femoral ven (%47,5), popliteal ven (%30), süperfişyal femoral ven (%25) ve inferior vena cava'dır (%20). pulmoner arter anevrizması %12,5 sıklığında saptanmıştır.

Sonuç olarak literatürde, Behçet hastalığı vasküler tutulumu %7 ila %40 arasında değişmektedir ve venöz tromboz en sık görülen vasküler tutulum tipidir. Bizim sonuçlarımız da venöz trombozun, en sık vasküler tutulum biçimi olduğunu desteklemektedir.

P117

BEHÇET HASTALARINDA SERUM LEPTİN DÜZEYLERİ

¹Göksal Keskin, ²Ali İnal, ¹Lale Özışık, ¹Barış Mavi, ¹Ozan Baysal, ²Rahşan Ilıkçı, ¹Esra Sarıbacak Can, ²Ali Şengül

¹SB Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji-İmmünoloji Kliniği, ²Gülhane Askeri Tıp Akademisi İmmünoloji Kliniği

Behçet hastalığı (BH), sebebi bilinmeyen, kronik, multisistemik, inflamatuvar bir hastalıktır. Yapılan son çalışmalarda, behçet hastalığı etiyolojisinde çeşitli immünolojik anormalliklerin rol oynayabileceği gösterilmiştir. Çeşitli sitokinler, hücre adezyon molekülleri ve peptid hormonlar behçet hastalığında rol oynamaktadır ve inflamatuvar olaylara katkıda bulunmaktadırlar. Son yıllarda, adipoz dokudan kaynaklanan bazı proteinlerin de inflamatuvar olaylarda rol oynadıkları saptanmıştır. Onlardan birisi olan leptin, peptid yapıda bir hormondur ve enerji metabolizması, besin alımı düzenlenmesinde rol oynamaktadır.



Leptin, akut inflamatuvar durumlarda adipositlerden salgılanmaktadır. Leptinin, sitokin ağıyla yakın bağlantısı saptanmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, leptinin immün cevabi düzenlemedeki potansiyel rolü, inflamatuvar ve antiinflamatuvar etkileri ele alınmıştır. Birçok çalışmada, leptinin akut faz reaksiyonlarının düzenlemede önemli rolü olduğu gösterilmiştir. Biz bu çalışmada, BH'da serum leptin düzeylerinin olası rolünü araştırdık.

Çalışmaya 41 Behçet hastası ve 15 sağlıklı kontrol alınmıştır. Ortalama yaşları $24 \pm 5,8$ yıldır. 5'i kadın 19'u erkek, toplam 24 hasta aktif dönemde iken; 5'i kadın, 12'si erkek toplam 17 hasta inaktif dönemde idi. Aktif dönemdeki hastaların ortalama yaşları $27,4 \pm 3,9$ yıl, ortalama hastalık yaşları ise $7,2 \pm 2,8$ yıl olarak hesaplandı. İnaktif dönemdeki hastaların ortalama yaşları $27,7 \pm 6,3$ yıl ve ortalama hastalık yaşları $6,9 \pm 2,7$ yıl olarak hesaplandı. Serum leptin ölçümleri ELISA yöntemiyle yapıldı.

Ortalama serum leptin düzeyleri sağlıklı kontrollerde $7,41 \pm 3,56$ ng/ml, aktif dönemdeki Behçet hastalarında $31,42 \pm 13,48$ ng/ml, inaktif dönemdeki Behçet hastalarında $14,72 \pm 6,92$ ng/ml olarak saptandı. Serum leptin düzeyleri, Behçet hastalarında, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p < 0.001$). Aktif dönem Behçet hastalarında ise inaktif dönem hastalarıyla karşılaştırıldığında serum leptin düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0.001$).

Sonuç olarak serum leptin düzeyleri hem aktif hem de inaktif dönemdeki Behçet hastalarında yüksek bulunmuştur.

P118

ANCA NEGATİF SINIRLI TİP WEGENER GRANÜLOMATOZU OLGUSU

¹Çiğdem Usul Afşar, ²Ümmügül Üyetürk

¹SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği, ²Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Wegener granülomatozu (WG), özellikle üst ve alt solunum yolları ile böbrekleri tutabilen, multisistemik nekrotizan granülomatöz vaskülitte tanımlanan, nadir görülen bir hastalıktır. Prevalansı 3/100.000 olarak tahmin edilmektedir. Günümüzde sınırlı ve yaygın olarak iki tipte değerlendirilmektedir. Sınırlı tipte böbrek tutulumu ve sistemik vaskülit bulguları yoktur, prognozu daha iyidir. WG'de semptomların başlangıcı 4.ve 5.dekatlarda görülmekte, yaygın olan tip erkeklerde sık iken, sınırlı tip kadınlarda daha sık görülmektedir. WG'nun hem tanısında hem de aktivitesinin saptanmasında son yıllarda c-ANCA sık kullanılmaktadır. WG'da pulmoner tutulum yaklaşık %70 oranında bildirilmektedir. WG'de tanı anında olguların yalnız %20'sinde böbrek tutulumu görülürken hastalığın seyri sırasında bu oranın %80'ine çıktığı bildirilmektedir. İnfiltrasyonlar, pulmoner nodüller, infiltrasyona beraber kavitsyonlar, nodüllerde kavitsyonlar saptanabilen radyolojik değişikliklerdir. WG tedavi edilmezse ölümcüldür. Günümüzde standart tedavi siklofosfamid ve prednizolondur.

OLGU: 37 yaşında erkek hasta 1 yıl önce başlayan kuru öksürük ve son 1 aydır başlayan burunda ve boğazda kuruma hissi, balgamla karışık az miktarda kan gelmesi, eklem ağrıları ve halsizlik yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın TA: 130/70 mm Hg, NDS: 120, SpO2 (oda havasında): %96, solunum sesleri bilateral bronkovesikülerdi. Kardiyak muayenede sinüs taşikardisi mevcuttu. Batın muayenesinde bir özellik yoktu. Hastanın sigara ve alkol kullanımı öyküsü yoktu. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde kronik hastalık anemisi, hipalbuminemi, sedimentasyon yüksekliği (122/h), CRP ve ferritin yüksekliği mevcuttu. Hastanın ENA profili, c-ANCA ve p-ANCA'sı negatif olarak geldi. Hastanın proteinürisi yoktu, tüm batın USG'si normaldi ve üre, kreatinin değerleri de normaldi. PA AC grafisinde sağ akciğer alt zonda ve sol akciğer üst zonda multipl kaviter lezyonlar vardı. Toraks BT'de de multipl kaviter lezyonlar vardı. Hastanın paranazal sinüs BT'sinde sinüziti saptandı. Nazal septum hiperemikti ve kanama odakları mevcuttu. Hastaya iki kez bronkoskopi yapıldı. İlkinde kronik nonspesifik bronşit, ikincisinde de mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonu, gevşek granülom yapıları ve nekroz saptandı. Hastanın balgam ve lavaj ARB'leri negatif saptandı. Hasta hastanede yatarken posterior MI geçirdi, koroner anjiyografi yapıldı. Hastada Wegener düşünülerek pulse siklofosfamid ve steroid tedavisi başlandı. Hastanın kliniği düzeldi, laboratuvar ve radyolojik parametrelerinde düzelleme oldu. Hasta halen romatoloji polikliniğinden takiplidir.

SONUÇ: Nekrotizan granülomatöz iltihap tanısı genç hastalarda öncelikle tüberküloz düşündürülebilir. Ancak tüberküloz tanısının bakteriyolojik olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle özellikle kaviter lezyonları olan ve sistemik tutulum belirtirleri olan olgularda diğer granülomatöz inflamasyon yapan nedenler de ayrıca tanıda akla gelmelidir.



Resim. PA akciğer grafisi: Sağ akciğer grafisi: Sağ akciğer üst zonda parakardiyak alanda, hilus alt sınırını silen, etrafında parankimal konsolidasyon alanı mevcut olan kalın cidarlı kaviter lezyon, sol akciğer üst zonda paramediastinal yerleşimli kaviter lezyon

P119

VENA KAVA SÜPERİYOR SENDROMU VE BRONŞİYOLİTİS OBLİTERANS ORGANİZE PNÖMONİ İLE BİRLİKTE OLAN BEHÇET HASTALIĞI OLGUSU (OLGU SUNUMU)

Yaşar Çolak, Fatih Tufan, Gülistan Bahat Öztürk, Bülent Saka, Nilgün Erten, M. Akif Karan, Cemil Taşçıoğlu

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Behçet hastalığı (BH), tekrarlayıcı, kronik, inflamatuvar, etyolojisi bilinmeyen multisistemik bir hastalıktır. Hastalık genellikle 3.dekatta başlar ve erkeklerde, kadınlara göre 2 kat daha siktir. Potansiyel olarak hayatı tehdit edici bir komplikasyon olan vena kava süperiyör (VKS) sendromu, BH'da trombotik oklüzyon sonucu meydana gelen nadir bir komplikasyondur. Bronşiolitis obliterans organize pnömoni (BOOP) akciğer dokusu hasarına karşı verilen spesifik olmayan patolojik bir cevap olup, alveoler alan, alveoler duktus ve küçük havayollarında organize granülasyon dokusu ile karakterizedir. BOOP kollajen vasküler hastalıklar, otoimmün hastalıklar, hematolojik bozukluklar, ilaç toksisitesi, enfeksiyonlar ve organ transplantasyonları gibi çeşitli durumlara eşlik edebilir. Burada VKS sendromu ve BOOP ile birlikte olan bir BH olgusu sunacağız.

OLGU: Otuz yedi yaşında erkek hasta boyunda şişme, ateş, nefes darlığı, öksürük ve kanlı balgam şikayetleriyle başvurdu. Bir ay önce başlayan boyunda şişme şikayetine öksürük ve kanlı balgam şikayetleri eklenmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Bir yıl önce sol bacakta damar üzerinde kızarıklık ve ağrılı şişlik olup kendiliğinden geçmiş. Fizik muayenesinde boyunda ödem, venöz dolgunluk ve birçok kollateraller gözlemlendi. Gövdede birkaç adet folikülit saptandı. Ayrıca iğne giriş yerlerinde papüler lezyonlar saptandı. Ateşi $38,6^{\circ}\text{C}$ ölçüldü. Oral ağı ve sol uyluk iç yüzde 3 cm çapında ekstra genital ülser nedbesi ile uyumlu lezyon görüldü. Tetkiklerinde sedimentasyon 55 mm/saat, CRP 90 mg/l, Hb 11.6g/dl, lökosit 17300 (parçalı 15300, lenfosit 1000), ALT 75 U/l bulundu. Diğer biyokimik tetkikleri, idrar tetkiki, elektrokardiyogramı normal bulundu. Vena kava süperiyör (VKS) sendromu düşünülerek çekilen kontrastlı boyun ve toraks MRG ve BT'de VKS'de, her iki brakiosefalik venede, sol juguler ven 1/4 distalinde, sol subklavian venede tromboz ve akım yokluğu, sağ juguler ven 2/3 proksimalinde de tromboz ve akım yokluğu saptandı. Ayrıca bilateral pleval efüzyon saptandı. Her iki akciğer alt lob bazal segmentlerde subpleval fokal sinyal artışı ve heterojen kontrast tutulumu gösteren parankimal konsolidasyonlar saptandı. Anamnezinde tekrarlayan oral aftlar, paterji testi pozitifliği, ekstragenital ülser nedbesi ve yaygın venöz trombozları nedeni ile ön planda BH düşünüldü. HLA-B51 pozitif bulundu. Akciğer lezyonları ise BOOP olarak yorumlandı. Tetkiklerinde enfeksiyon odağı saptanmayan hastanın ateşi hastalık aktivasyonuna bağlıdır. BH dışında protrombotik predispozisyon açısından bakılan diğer tetkiklerinde patolojik özellik saptanmadı. Metil prednizolon (1 mg/kg), siklofosfamid (ayda bir 1 gr) ve enoksaparin (2x0.6 ml) başlandı ve idamede warfarine geçildi. Takibinde genel durumu düzelen hastanın şikayetleri geriledi.

SONUÇ: Behçet hastalığı multisistemik bir hastalık olup özellikle genç erkeklerde vasküler tutulumla seyredip hayatı tehdit edebilecek komplikasyonlara yol açabilir.

P120

TAKAYASU MU ATEROSKLEROZ MU? OLGU SUNUMU

Tuncay Şahutoğlu, Fatih Tufan, Cemil Taşçıoğlu

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Takayasu ateriiti Asya kökenli genç kadınlarda daha sık görülen, aort ve majör dallarını tutan, ateş, kilo kaybı, tutulan arterlerin distalinde meydana gelen iskemik semptomları ile kendini gösteren ve laboratuvar incelemesinde akut faz reaktanlarında belirgin artışa neden olan granüloamatöz bir vaskülitir.

OLGU: 48 yaşında önceden herhangi bir yakınması olmayan kadın hastanın sol el dördüncü parmak distalinde yaklaşık 2 hafta süren ve kendiliğinden iyileşen morarma yakınması ile başvurdu. Konstitüsyonel semptomları, kilo kaybı veya ateşi hiç olmamıştı. Artrit veya deri döküntüsü tarif etmiyordu. Özgeçmişinde bir özellik yoktu. Abilasında 55 yaşında serebrovasküler olay (SVO) anamnezi vardı. 60 paket/yıl sigara hikayesi vardı. Fizik muayenesinde kan basıncı sağ kolda 200/100 mmHg, sol kolda 70/70 mmHg saptandı. Sol radyal arterlerden nabız alınmadı. Diğer periferik arterlerin hepsi palpabl idi. Dinlemekle boyun, subklaviyen ve renal arterler üzerinde üfürüm duyulmadı. Laboratuvar incelemesinde eritrosit sedimentasyon hızı 14 mm/saat, CPR 3.5 mg/L, lökosit 6800/mm3, lenfosit 2000/mm3, nötrofil 4000/mm3, hemoglobin 11.4 gr/dl, hematokrit %36.1, MCV 79.8 fl, kreatinin 1 mg/dl, BUN 18 mg/dl, trigliserit 128 mg/dl, kolesterol 278 mg/dl, HDL 72 mg/dl, LDL 177 mg/dl, VLDL 29 mg/dl, albumin 4.1 g/dl, gammaglobulin 0.88 g/dL. Bileteral üst ekstremite arteriyel Doppler ultrasonografisinde sağ subklaviyen arter ve distalinde trifazik akım saptandı; sol subklaviyen arter ve distalinde monofazik akım, sol vertebral arterde ters yönlü akım (subklaviyen çalma fenomeni) tespit edildi. Aort ve ana dallarına yönelik çekilen MR anjiyografide sol subklaviyen arter proksimalinde yaklaşık 1cm'lik segmentte ileri derecede darlık, sağ ana karotis arter kalibrasyonunda hafif derecede diffüz azalma, sağ renal arterde proksimal kısa bir segmentte ileri derecede darlık tespit edildi. Renal arterlere yönelik yapılan Doppler ultrasonografide bilateral renal arter akımları normaldi. Separe böbrek sintigrafisinde sol böbrek fonksiyonu %51, sağ böbrek fonksiyonu %49 saptandı. Göz dibi incelemesinde patolojik bulgu saptanmadı. Damar darlıkları Takayasu arteriti için tipik olmasına rağmen, hastanın 48 yaşında olması, konstitüsyonel semptomlarının yokluğu, hiperkolesterolemisi, yoğun sigara anamnezi, ablasında erken yaşta SVO olması ve akut faz reaktanlarının normal seyretmesi nedeniyle öncelikle akselere ateroskleroz düşünülerek ateroskleroz risk faktörleri ile mücadele etmeye yönlendirildi.

SONUÇ: Olguların yaklaşık %20'sinde Takayasu arteriti ilk atak sonrası spontan kalıcı remisyonla girip sekel darlıkları ile ileri bir yaşta başvurabilir. Bu durumda kesin tanıyı koymak çok güçtür, ancak kesin tanı konulmasında da risk faktörleri modifiye edilebildiğinden tedavide aterosklerotik damar hastalığı ile mücadelenin ön planda tutulması gerektiği kanaatindeyiz.

P121**SKLERODERMA - POLİMİYÖZİT OVERLAP SENDROMLU BİR HASTADA PAPİLLER TİROİD KARSİNOMU**

Ömer Celal Elçioğlu, Timur Selçuk Akpınar

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Miyozit ve malignite ilişkisi 1916'dan bu yana bilinmektedir. Bu ilişki özellikle dermatomyozitte (DM) belirgin olmakla birlikte polimiyozitte (PM) de normal popülasyona oranla artmış bir malignite riski vardır. DM'de özellikle over, akciğer, pankreas, mide ve kolorektal kanserler ile nonHodgkin lenfoma (NHL) riski artmıştır. PM'de ise NHL, akciğer ve mesane karsinomu (Ca) riski artmıştır. Malignite riskinin en fazla olduğu dönem tanı konduğu zaman ile tanı konduktan sonraki ilk beş yıldır. Miyozit ile tiroid kanseri ilişkisi nadir görülen bir durumdur. Olgu sunumu: Kliniğimize halsizlik, çabuk yorulma, yutma güçlüğü, nefes darlığı, ellerde ve bacaklarda şişme, yaygın eklem ağrısı yakınmalarıyla başvuran 58 yaşında kadın hastanın fizik muayenesinde, anamnezden 1,5 sene önce başladığı öğrenilen, simetrik poliartrit, Raynaud fenomeni, daha sonra ortaya çıkan sklerodaktili; ciltte poikilodermi, tüm ekstremitelerde distallerinde ciltte sertleşme, ellerde perinqual hafif hiperemi; her iki ayakta perimalleoler sert ödem, kemik kırış reflekslerinde iki yanlı azalma, proksimal kas gücünde hafif azalma (4/5) ve sağ servikal bölgenin 1/3 üst kısmında yaklaşık 3x4 cm çapında, sert, yarı mobil kütle saptandı. Tetkiklerinde sedimentasyon: 26 mm/saat, hsCRP: 6,4 mg/dl, AST: 49 U/L, ALT: 62 U/L, LDH: 605 U/L, CK: 1299 U/L, ANA (+) (IIF, 1/80, IgG, benekli), Anti-dsDNA: (-), Anti SSA: (-), Anti SSB: (-), Anti SM: (-), Anti SM/RNP: (-) Anti SCL 70: (-) RF: (-) saptandı. Tümör göstergelerinden AFP, CA 15-3, CA19-9, CA125 ve CEA normal sınırlarda bulundu. Özofagus uzun segment dilatasyon ve özofagus transit zamanında uzama saptandı. EMG'de ekstremitelerde proksimallerinde belirgin miyozin tutulum lehine bulgu saptandı. Sol deltoid kasından yapılan biyopsi sonucunda miyozit saptanması üzerine skleroderma-polimiyozit overlap sendromu tanısı kesinleştirildi ve tedavisi düzenlendi. Fizik muayenede saptanan servikal lenfadenomegali nedeniyle yapılan tetkikler sonucunda (ultrasonografi, tiroid sintigrafisi, tiroid ve servikal lenf nodu ince iğne aspirasyon biyopsisi) papiller tiroid Ca ve lenf nodu metastazı saptandı ve ameliyat için Cerrahiye verildi. Sonuç: Hastamızdaki bağ dokusu hastalığının tiroid Ca'ya bağlı paraneoplastik sendrom (PS) olabileceği gibi, iki hastalığın tesadüfen bir arada bulunmuş olabileceği de düşünüldü. Literatürde DM ile birlikte tiroid malignitesi görülen dört olguya rastlandı. Bunlardan birinde papiller tiroid Ca vardı. PM ile ilişkili tiroid Ca'ya rastlanmadı. Paraneoplastik sendromu aleyhine olan bulgular hastamızdaki ANA pozitifliği ve papiller tiroid Ca'nın toplumunda sık görülmesiydi. Ancak ANA pozitifliğinin de toplumumuzdaki sıklığı gözi önüne alınırsa bu olgunun bir PS olmadığı da kesin bir şekilde söylenemez. Bu ihtimali de göz önüne alarak bu konuda bilgi birikimine katkısı olabileceği düşüncesiyle olgunu bildirmeyi uygun gördük.

P122**TAKAYASU ARTERİTİNİ TAKLİT EDEN ATEROSKLEROZ: OLGU SUNUMU**

Fatih Tufan, Ramazan Kurt, İbrahim Altun, Nihat Polat, Mehmet Tayfur, Abdullah Özkök, Osman Erinc, Muharrem Müftüoğlu

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Takayasu arteriti aort ve ana dallarının idiyopatik granülamatoz vaskülitidir. Genellikle genç-orta yaşta kadınlarda gözlenir. En sık tutulan arter sol subklavyan arter olduğu için fizik muayenede her iki kol arasında kan basıncı farkı bulunması önemli bir bulgudur. Bazen ateroskleroz da Takayasu arteritini taklit edebilir.

OLGU: Elli yedi yaşındaki erkek hasta tedricen artan nefes darlığı, sağ yan ağrısı ve öksürük şikayetleri ile başvurdu. On dört yıl önce akciğer tüberkülozu nedeniyle tedavi edildiği, bu dönemde diabetes mellitus tanısı konularak oral antidiyabetik başlandığı öğrenildi. Beş yıl önce akciğer tüberkülozu nedeniyle yeniden tedavi edildiği, diyabeti için insülin tedavisine geçildiği, takibinde streptomisine bağlı işitme kaybı ve etambutole bağlı görme kaybı olduğu için bu ilaçların kesildiği ve anti-tüberküloz tedavisinin 9 aya tamamlandığı öğrenildi. Altı ay önce diyabetik ayak nedeniyle parmak amputasyonu yapılmış ve beş ay önce derin ven trombozu nedeniyle DMAH sonrası warfarin tedavisine geçilmişti. Fizik muayenede taşikardi, taşipne, sağ akciğerde kesintili ek sesler ve her iki brakial arter arasında belirgin kan basıncı farkı saptandı (sağda 180/80 mmHg, solda 110/70 mmHg). Sedimentasyonu 114 mm/saat, CRP değeri > 186 mg/L, glukoz 315 mg/dl, kreatinin 1.5 mg/dl, albumin 2.6 g/dl ve oda havasında pO₂ 59 mmHg ve pCO₂ 32 mmHg bulundu. Diğer laboratuvar incelemelerinde nötrofilik lökositoz ve normokrom normositer anemi dışında patolojik bulgu saptanmadı. Akciğer grafisinde sağ akciğerde pnömoni, hacim genişlemesi ve abse ile uyumlu görünüm saptanarak parenteral antibiyotik tedavisi uygulandı. Göz konsültasyonunda diyabetik veya vaskülitik retinopati bulgusu saptanmadı. Kan basıncı farkı nedeniyle çekilen MR anjiyografide sol subklavyan arterin total tıkalı olduğu ve sol vertebral arterden beslendiği izlendi, diseksiyon lehine bulgu saptanmadı, başka herhangi bir arterde darlık veya anevrizm görülmedi. Takibinde kliniği düzelen, akciğerdeki abse görüntüsü kaybolan hastanın CRP değeri düştü ancak sedimentasyon değeri 100 mm/st'ın üzerinde sebat etti. İskemik semptomu veya nabızsızlığı olmadığı için Takayasu arteriti için immunosupresif tedavi başlanmadı. Poliklinik takibinde akut faz reaksiyonu gerileyen ve Takayasu arteriti lehine herhangi bir bulgu gelişmeyen ve ateroskleroz için ciddi risk faktörleri olan hasta (50 paket yıl sigara, aile anamnezi ve diabetes mellitus) aterosklerotik hastalık olarak kabul edildi.

SONUÇ: Fizik muayenenin her hastada ayrıntılı olarak yapılması çok önemlidir. Nadir görülen bir hastalığın sık görülen bir bulgusu tespit edildiğinde klinik ile uyumsuzluk söz konusu ise, mevcut bulguların sık görülen bir hastalığın nadir görülen bir prezentasyonu da olabileceği akıld tutulmalıdır.

P123**HEPATİT C'YE BAĞLI KRİYOGLOBULİNEMİK VASKÜLİT: OLGU SUNUMU**

Fatih Tufan, Ayşe Serra Uçar, Yaşar Çolak, Gülistan Bahat Öztürk, Bülent Saka, Nilgün Erten, M. Akif Karan, Cemil Taşçıoğlu

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Kronik C hepatiti birçok ekstrahepatik hastalıkla ilişkili olabilir. Bu hastalıklar arasında hepatit C ile ilişkisi en iyi bilinen mikst kriyoglobulinemidir. Bu durumda antiviral tedavi ilk seçenektir ancak tedavinin kar zarar oranı iyi değerlendirilmelidir. Antiviral tedavi dışında immunosupresif ilaçlar da kullanılabilir. OLGU: Yetmiş yedi yaşındaki kadın hasta, ateş, bacaklarda yara ve şişlik nedeniyle başvurdu. Üç yıl önce bacaklarında döküntü ortaya çıkması nedeniyle dermatoloji kliniğinde yapılan cilt biyopsisinde vaskülit bulguları saptanmış. Tetkiklerinde anti-HCV ve HCV RNA pozitif bulunmuş. Döküntüleri steroid tedavisiyle gerilemiş. Ardından kontrole gelmemiş. Başvurusundan bir hafta önce bacaklarında döküntüler belirmiş ve kısa süre içerisinde ülserleşmiş. Özgeçmişinde on yıldır hipertansiyonu vardı. Soygeçmişinde özellik yoktu. Ramipril, amlodipin, doksazosin ve omeprazol kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde her iki alt ekstremitelerde belirgin olan çapı 5 cm'yi, derinliği 3 cm'yi bulan çok sayıda ülser lezyonu vardı (Resim 1); kan basıncı 140/80 mmHg, nabız dakika sayısı 96 idi; kronik akciğer hastalığının periferik bulguları yoktu. Laboratuvar incelemelerinde Hb 10 g/dl, lökosit 6700/mm³, nötrofil 4300/mm³, lenfosit 1700/mm³, trombosit 357000/mm³, ESH 88 mm/saat, CRP 1.6 mg/L, albumin 3.1 g/dl, gamma globulin 1 g/dl saptandı. Böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, tiroid hormonları ve hemostaz testleri normaldi. İdrar tetkiklerinde mikroskopik hematüri tespit edildi. Serolojik incelemelerde ANA ve ANCA negatif bulundu. HCV-RNA düzeyi 136000 UI/ml idi. C3 düzeyi 97.6 mg/dl (N: 101-186), C4 düzeyi 3.06 mg/dl (N: 16-47) bulundu. Kriyoglobulin 2+, kriyofibrinogen 2+ tespit edildi. Kriyoglobulinemik vaskülit tanısı ile 24 mg/gün dozunda metil prednisolon ile birlikte ateşinin olması ve yaralarının enfekte görünümünde olması nedeniyle parenteral ampisilin sulbaktam başlandı. Takibinde yaraları küçüldü (Resim 2). Cilt vaskülitini nedeniyle steroid tedavisine uzun süre devam edilmesi gerektiği ve steroid kesildiğinde kronik C hepatitinin alevlenebileceği düşünülerek ileri yaşına rağmen karaciğer biyopsisi yapılarak antiviral tedavi başlanmasına karar verildi. Karaciğer biyopsisinde hafif aktivite evre I kronik hepatit (hepatit aktivite indeksi 6/16, skor 7/20) bulundu. Pegylated interferon ile birlikte ribavirin başlandı. İki hafta sonra major depresyon ve transfüzyon gerektiren hemolitik anemi gelişmesi nedeniyle antiviral tedavileri kesildi. Düşük doz steroid tedavisi ile poliklinik takibine alındı.

SONUÇ: Esansiyel mikst kriyoglobulinemi genellikle hepatit C enfeksiyonu ile birlikte görülen tedaviye zor bir tablodur. Antiviral ilaçlar ciddi yan etkilere; immunosupresif ilaçlar ise hepatit C'de alevlenmeye neden olabilir. Olgumuzda da steroid tedavisine uzun süre devam edilmesi gerektiği ve antiviral tedavi ciddi yan etkilere neden oldu.

P124**PULMONER TROMBOEMBOLİDE BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİK PULMONER ANJİOGRAFI OBSTRÜKSİYON İNDEKSİ İLE GENEVA KLİNİK SKORLAMASININ UYUMU**

Songül Çıldağ, Alparslan Ünsal, Mehmet Burak Çıldağ

Adnan Menderes Üniversitesi Dahiliye Anabilim Dalı, Adnan Menderes Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı, Aydın Devlet Hastanesi Radyoloji Bölümü

Pulmoner tromboemboli (PTE), pulmoner arter ve dallarının sistemik venlerden gelen trombus ile tıkanması olup hastane ölüm sebeplerinin %5-10'unu oluşturur. Son yıllarda bilgisayarlı tomografi teknolojisindeki gelişmeler, spiral bilgisayarlı tomografinin ve çok dedektörlü bilgisayarlı tomografinin kullanılmaya başlanması ile PTE saptamadaki duyarlılığının ve özgülüğünün %90'ının üzerinde olduğunu göstermiştir.

SBTPA ile sadece trombus varlığı değil trombusün ağırlığını ortaya koyan, objektif sonuçlar veren bilgisayarlı tomografik pulmoner anjiyografi obstrüksiyon indeksi oranı da (PABTİO) hesaplanabilir. Trombusün arterde yaptığı oklüzyon derecesi ve trombus distalindeki segmental arter sayısıyla hesaplanan PABTİO'dan yararlanılarak trombusün ağırlığı belirlenir ve buna göre tedavi planı şekillendirilebilir.

Pulmoner tromboemboli şüphesinde klinik olasılığın diğer tanı yöntemleri ile birleştirilmesiyle invaziv tetkiklere gerek kalmadan hızlı tanı konup tedavi başlanabilir. Günümüzde en çok kabul gören klinik olasılık sınıflamaları Well sınıflaması ile Geneva klinik skorlamasıdır (Tablo 1). Acil servislerde verilerinin objektif olduğundan Geneva klinik skorlama tercih edilir.

Bu çalışmadaki amaç; pulmoner trombusün ağırlığını gösteren bilgisayarlı tomografik pulmoner anjiyografi obstrüksiyon indeksi oranı (PABTİO) ile Geneva klinik skorlaması ile belirlenen klinik olasılık gruplarının ilişkisini belirlemektir.

Acil servisten PTE ön tanısıyla SBTPA yapılan 88 hastaya ait veriler retrospektif olarak incelendi. Her hasta için pulmoner tromboemboli Geneva klinik skorlaması yapıldı. Hastalar, PTE açısından yüksek, orta ve düşük klinik olasılık gruplarına ayrıldı. Hastaların aynı parametreler kullanılarak yapılmış olan SBTPA kesitsel görüntüleri görüntüleme arşiv sisteminde temin edildi. Her hasta için bu görüntülerden mediasten penceresinde PABTİO hesaplandı. Sonuç olarak PTE'li olgularda PABTİO ortalaması %33,98 (standart sapma ± 25,05) saptandı. Pulmoner arteriyel bilgisayarlı tomografik obstrüksiyon oranı PTE izlenmeyen olgularda sıfır olmasından dolayı klinik olasılık sınıflaması ile pulmoner arteriyel bilgisayarlı tomografik obstrüksiyon oranı arasındaki ilişki sadece PTE saptanan olgularda incelendi. Buna göre PTE'li; yüksek klinik olasılığa sahip 18 hastanın PABTİO ortalaması %52,77 (ss: 21,12), orta klinik olasılığa sahip 14 olgunun PABTİO ortalaması %18,10 (ss: 11,87), düşük klinik olasılığa sahip 5 olgunun PABTİO ortalaması %5 (standart sapma: 1,76) bulundu (Tablo 2). PABTİO ortalaması klinik olasılık sınıflama gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdi (p=0,000).

Sonuç olarak PTE saptanan olgularda trombus ağırlığını gösteren PABTİO ile klinik olasılık gruplarının ilişkili olduğu görüldü. Radyoloji raporlarında PTE görüldüğünde PABTİO bildirilmesinin yararlı olabileceği düşünüldü.

**Tablo 1. Geneva klinik skorlama**

Kriterler	Puan
Yaş: 60-79	1
Yaş > 80	2
Geçirilmiş DVT veya PTE öyküsü	2
Son bir ay içerisinde geçirilmiş operasyon	3
Kalp hızı > 100/ dakika	1
PaCO2	
< 35 mmHg	2
35-39 mmHg	1
PaO2	
< 49 mmHg	4
49-59 mmHg arasında	3
60-71 mmHg arasında	2
72-82 mmHg arasında	1
Göğüs grafisinde atelektazi	1
Göğüs grafisinde diafragma elevasyonu	1
Puanlama:	
< 5: Düşük klinik olasılık	
5-8: Orta klinik olasılık	
> 8: Yüksek klinik olasılık	
DVT: Derin venöz tromboz, PTE: Pulmoner tromboemboli	

Tablo 2.

Klinik Olasılık Sınıflaması	n	PABTOİO Ortalama	Standart sapma	p*
Düşük klinik olasılık	5	%5,0000	1,76	0,000
Orta klinik olasılık	14	%18,1071	11,87	
Yüksek klinik olasılık	18	%52,7778	21,12	

P125**PLEVRAL TÜBERKÜLOZ VE HEPATİT B TAŞIYICISI BİR OLGUDA KARACİĞER FONKSİYON TESTLERİNİN SEYRİ**

²Sadık Ardıç, ¹Mehmet Yıldız, ¹Neyran Kertmen, ²Zeynep Sönmez, ²Esra Bilgin, ²Emine Sevgi, ²Arif Keleşoğlu

¹Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği, ²Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Son zamanlarda tüberküloz (TBC) hastalığının görülme sıklığında artış olurken; tüberküloz ba-silinde de ilaçlara karşı direnç gelişmektedir. Tedavi de kullanılan isoniasid (I. N. H.), etambutol, pirazinamid, rifampin ... gibi ilaçların hepsi hepatotoksiktir ve kombinasyon halinde kullanıldıklarında risk artar. Vakamızda da tüberküloz enfeksiyonu ve hepatit B enfeksiyonu (HBV) birlikteliği mevcuttu ve anti-tbc tedavi ile hepatotoksiste geliştii.

OLGU: Son 1 haftadır nefes darlığı, öksürük, ateş, halsizlik ve kilo kaybı olan hasta pleural efüzyon sapa-tanarak yatırıldı. Torasentez yapılan hastanın mayisi eksuda niteliğindedi, direkt yaymada 1580 lökosit (%90 lenfosit) izlendi. Kültürde üreme olmadı ve yaymada ARB görülmedi. Mayi ADA düzeyi: 35 olarak geldi ve pleural biopsi yapıldı. Patoloji sonucu TBC plerözi ile uyumluydu. Anti tbc tedavisi planlanan hastanın karaciğer enzimleri yüksek olduğundan hepatit markırları ve abdominal USG istendi. Hbs Ag (+), ANTI Hbs Ab (-), Anti Hbe Ab (+) HBV DNA: 1440 IU/MI olarak saptandı. Abdominal USG'de karaciğer parankimi normaldi. Hastanın HBV taşıyıcısı olduğu belirlendi ve bu değerler ile antiviral tedaviye gerek görülmedi. Hastanın transaminaz yüksekliğinin tüberkülozun karaciğer tutulumuna sekonder olabileceği düşünülüdü ve etambutol, morfozinamid, I. N. H., rifampicin kombinasyonu ile anti tbc tedavisi başlandı. Takibinde transaminaz değerleri geriledi ancak daha sonrasında, 20 gün içerisinde transaminaz değerleri tekrar yükseldi.

TARTIŞMA: Anti – tüberküloz tedavi sırasında hepatotoksiste görülme riski tüberküloz tipine, HBV ta-şıyıcılığına, alkol alımına, yaşa, nütrisyon durumuna, immuniteye bağlıdır. TBC enfeksiyonu ve HBV taşıyı-cılığında anti- TBC tedavi ile hepatotoksiste en sık ilk iki ayda gelişir. I. N. H hepatik hasarı direkt toksiste ya da metaboliti olan asehadrizide karşı gelişen hipersensitivite nedeniyle yapar. Yapılan çalışmalarda HBV taşıyıcısı hastalarda I. N. H toksitesi ile Hbe Ag (+) 'liği arasında güçlü bir ilişki mevcuttur. Hbs Ag (-) olan hastalarda oran %3, Hbs Ag (+) ve Hbe Ag (-) hastalarda oran %6 iken; Hbs Ag (+) ve Hbe Ag (+) hastalarda oran %48 olarak saptanmıştır. Aktif viral replikasyon ve hepatik inflamatuvar aktivite Hbe Ag (+) hastalarda I. N. H toksitesini açıklayabilir. Transaminazlarda normalin 5 kat yükseklik olması ya da

bulantı – kusma, karın ağrısı gibi semptomların varlığında I. N. H tedavisi kesilmelidir. Bu tip hepatotoksi-tede tedavinin kesilmemesi ölümcül seyredebilir. Yapılan bir çalışmada HBV taşıyıcılarında HPBES rejimi (I. N. H., rifampin, pirazinamid, etambutol, streptomisin) ile HLAMKO (I. N. H., rifampin, amikasin, oflak-sosin, levofloksasin) rejimi karşılaştırılmıştır. HPBES rejiminde hepatotoksiste riski %46.1 iken HLAMKO rejiminde %12.7 olarak saptanmıştır. HLAMKO rejimi hepatotoksiste yönünden daha güvenlidir.

P126**NADİR GÖRÜLEN KAVİTER AKCİĞER LEZYONLARI: AKCİĞER TOMOGRAFİ GÖRÜNTÜLERİ EŞLİĞİNDE İKİ OLGU SUNUMU**

¹Düzgün Yıldırım, ²Mehmet Burak Çıldıoğ, ¹Murat Uçar, ³Mutlu Sağlam

¹Kasımpaşa Asker Hastanesi Radyoloji Bölümü, ²Aydın Devlet Hastanesi Radyoloji Bölümü, ³Gülhane Askeri Tıp Akademisi Radyoloji Anabilim Dalı

AMAÇ: İnfeksiyöz, granümatöz, neoplastik akciğer hastalıklarında, kaviter lezyon (lar) iyi bilinen ve sık rastlanan, literatürde ayrıntılı tarif edilmiş patolojilerdendir. Biz bu olgu sunumlarında: ilki; post-travmatik hematom sürecinde oluşmuş, diğeri; pulmoner arterin tromboze anevrizması ile birlikte olan infarkt zemininde gelişmiş iki kaviter akciğer lezyonu olgusunu, radyolojik bulgular eşliğinde literatür ile paylaşmayı amaçladık.

OLGULAR: İlk olguda trafik kazası sonrası gelişmiş kontüzyon alanından, iki hafta sonra alınan kontrol tomografide kalın duvarlı ve septalı kaviter lezyon izlenmişti. Bu olguda, klinik ve histopatolojik, biyokimyasal verilerde; enfeksiyöz, inflamatuvar, neoplastik bir patoloji tespit edilememiştir. Diğer olguda ise pulmoner arterin sağ dalında, geniş boyutlu, mural trombüsü bulunan pulmoner anevrizma ve peri-ferindeki parankimde geniş kaviter lezyon alanı izlenmişti. Medikal tedavi ve takip ile anevrizma ve daha belirgin olmak üzere kaviter lezyon boyut regresyonu göstermişti.

SONUÇ: Travma sonrası gelişmiş kontüzyon-laserasyon alanlarında veya pulmoner arter anevrizmalı olgularda, anevrizmatik ektaziye ilgilendiren segment-lob distalinde kaviter akciğer lezyonları gelişebilir. Bu kaviter lezyonlar, nadir görülseler de; altta yatan primer patolojinin tedavisi ile spontan regresyon gelişme özellikleri ile tanınabilirler.

P127**KLOZAPİN KULLANIMI VE HETEROZİGOT PROTROMBİN G20210A GEN POLİMORFİZMİNE BAĞLI PULMONER EMBOLİ: OLGU SUNUMU**

¹Fatih Tufan, ¹Ayşe Nur Tufan, ²Fatih Yakar, ¹Mustafa Demirtürk, ¹Ömer Kamil Yazıcı, ¹Murat Köse, ¹Rıza Ataş, ¹Sami Evirgen

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Pulmoner emboli hayatı tehdit eden önemli bir acil tablodur. Bazen ateş ve yan ağrısı ile pnö-moni kliniğini taklit edebilir. Pulmoner emboli ile başvuran hastaların kalıtsal ve edinsel risk faktörleri açısından sorgulanmaları çok önemlidir. Sorgulanması gereken edinsel faktörlerden biri de ilaçlardır. Klo-zapin atipik bir antipsikotik ilaçtır ve özellikle dirençli şizofreni ve bipolar bozukluk tedavisinde kullanılır. Klozapinin yaygın olarak bilinen yan etkisi agranülozitoz olmakla birlikte son yıllarda yapılan çalışma-larda ölümcül pulmoner emboli riskini 27.5 kat arttırdığı anlaşılmıştır. Bu yan etki hemen hemen her za-man tedavinin ilk üç ay içerisinde olmaktadır. Ayrıca heterozigot protrombin gen polimorfizmi varlığı da tromboemboli riskini 3 kat arttırmaktadır. Burada bipolar bozukluk nedeniyle mevcut tedavisine klozapin eklenen bir hastada tedavinin birinci ayı sonunda pulmoner emboli gelişen bir olgu sunuldu.

OLGU: Elli bir yaşında erkek hasta yan ağrısı, nefes darlığı, öksürük ve hemoptizi şikayetleri ile baş-vurdu. Son üç yıldır bipolar bozukluk nedeniyle takipli olan hasta başvurusundan üç ay önce psikiyatri kliniğine yatırılmış ve toplam beş kez elektro konvülfif tedavi uygulanmış. Son üç aydır valproik asit ve biperidene kullanmakta iken bir ay önce 2x25 mg dozunda klozapin tedavisi eklenmiş ve psikiyatri ser-visinden çıkışı yapılmış. Herhangi bir immobilizasyon hikayesi olmayan hasta ani başlayan sol yan ağrısı, nefes darlığı, öksürük, balgam ve ateş şikayetleri ile başvurdu. Öz ve soygeçmişinde önemli bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde taşipneik ve taşikardikti, kan basıncı normaldi, sol alt zonda solunum sesleri azalmıştı, derin ven trombozu lehine bulgusu yoktu. Oda havasında hipoksemik değildi, pCO2 değeri 35 mmHg idi. Akciğer grafisinde sol kostofrenik sinüsü kapalıydı ve sol alt zonda non-homojen infiltrasyon mevcuttu. Spiral toraks bilgisayarlı tomografisinde pulmoner arter sol alt ve sağ orta dallarında pulmoner emboli ile uyumlu görünüm saptandı. Düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlandı ve ardından war-farin tedavisine geçildi. Hastanın şikayetleri tamamen geriledi. Konjenital trombolifi açısından istenen faktör V Leiden mutasyonu negatif bulundu ancak heterozigot protrombin G20210A polimorfizmi tespit edildi. Klozapin tedavisi azaltılarak kesildi ve en az altı ay oral antikoagülan ile ayaktan takip önerildi.

SONUÇ: Pulmoner emboli potansiyel olarak fatal seyredebilen bir tablodur ve tanı ve tedavide geç kalınmamalıdır. Antipsikotik ilaç kullanan hastalarda ani başlayan yan ağrısı veya nefes darlığı gibi du-rumlarda pulmoner emboli öncelikli olarak akla getirilmelidir. Fatal pulmoner embolideki ciddi risk artışı nedeniyle klozapin gibi tromboemboli riski yüksek antipsikotik tedaviler başlanmadan önce herediter faktörlerin taranması akılcı olabilir.

P128

YATARAK TEDAVİ GÖREN AKCİĞER TÜBERKÜLOZLU (TBC) HASTALARIN TEDAVİYE UYUM SÜRECİNİ ARTIRMADA VERİLEN EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

¹Fatma Tabak, ²Vesile Ünver, ³Ömer Deniz

¹GATA Göğüs Hastalıkları ve TBC Kliniği, ²GATA Başhemsirelik

GİRİŞ: Tüberküloz hastaların tedavisi, bakımı, tedaviye uyumu, hastalığın bulaşmasının önlenmesi ve sağlam kişilerin korunması için tıbbi kontroller, sürekli ve düzenli ilaç tedavisi, etkin bir hemşirelik bakımı, hasta ve yakınlarına sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetleri gerektiren çok önemli toplumsal bir hastalıktır. (1). Yapılan çalışmalara göre; tedavi süresince hastalardan ne beklediği kendilerine anlatılrsa, hastaların tedaviye uyumu %85 oranında artmaktadır (2).

Amaç: Bu çalışma, Akciğer tüberkülozu tanısı almış hastaların bilgi düzeylerini saptamak, hastaların tedaviye uyum sürecini artırmak amacıyla verilen tbc ve tedavisi hakkındaki eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

YÖNTEM: 01 Mayıs 2007-01 Ekim 2007 tarihleri arasında, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Göğüs Hastalıkları ve Tbc Kliniğinde Akt tbc tanısı almış ve yatarak tedavi gören 42 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Veriler Spss for windows'da sayı, yüzdeler, ortalama ve kıkare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya katılan bireylerin tamamı %100'ü erkek, %26,2'si evli, %42,9'u ilköğretim mezunudur. Eğitim öncesi hastaların tbc hakkında genel bilgi düzeylerine bakıldığında; %64'nün (27 kişi) hastalık hakkında bilgisi varken, %35,7'sinin (15 kişi) herhangi bilgisi yoktur. Hastaların %21,4'ü tbc hakkındaki bu bilgileri, arkadaş ve komutanlarından edindiğini belirtmektedir. Eğitim öncesi hastaların tbc belirtilerine ilişkin bilgi düzeylerine incelendiğinde; %88,1'i öksürük balgam çıkarmayı, %78,6'sı gece terlemesi ve kilo kaybını, %71,4'ü iştahsızlığı tbc belirtileri olarak sıralarken; eğitim sonrası bilgi düzeylerinin belirgin oranda arttığı görülmüştür. Eğitim öncesi hastaların %66,7'si tbc doğru olarak tanımlarken, eğitim sonrası bu oran %100'dür. Eğitim öncesi %40,5'i tbc etkenini bilirken, eğitim sonrası %76,2'si bilmektedir. Ayrıca eğitim sonrasında hastaların tbc tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin arttığı görülmüştür. Eğitim öncesinde hastaların %52,4 hangi ilaçları kullandığını bilmezken, eğitim sonrasında bu oran %14,3 olarak bulunmuştur.

SONUÇ: Hemşirelerin, hastanın tedaviye uyumunu sağlamak için sağlık eğitimi vermesi kaçınılmazdır. Özellikle hastalığın tanısı, nedeni, ilaç tedavisi, yaşam şekli üzerine etkisi, evde bakımın nasıl olacağı vb. konularında tbc'li hastalara eğitim verilmesi, hastalığa ve uzun süreli tedavi sürecine bireyin uyumu kolaylaştırıcaktır.

P129

İNFLİXİMAB'IN BRONŞİYAL ASTIMDA REMİSYON ÜZERİNE ETKİSİ OLABİLİR Mİ? OLGU BİLDİRİMİ

¹Hakan Cinemre, ¹Feyzi Gökosmanoğlu, ¹Cemil Bilir, ²Nermin Akdemir

¹Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, düzce, ²Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Astımlıların %10'dan daha azını oluşturan bir grup hastada inflamasyon profili daha değişik olup, Th1 tip yanıtı benzer özellikler taşır. İnflamasyon hafif astımdan farklı olarak daha çok nötrofil içerir ve BAL sıvılarında TNF- α düzeyleri daha yüksektir. Böyle hastalar daha ağır ve persistan astımlı olup, hafif astımlılardan farklı olarak aralıklı ya da sürekli oral steroid kullanmak zorundadır. Romatoid artrit, Crohn hastalığı, psoriasis, sarkoidoz, Behçet hastalığı gibi Th1 immün yanıt ve nötrofil ile karakterize kronik inflamatuvar hastalıklarda da aşırı düzeyde TNF- α yapımı söz konusudur. Bu nedenle bu hastalıkların tedavisinde de TNF- α kullanılmaktadır. Astım tedavisinde kullanılmak üzere günümüzde üç TNF- α blokörü mevcuttur; infliximab, adalimumab, etanercept. Bu ilaçları alan hastalarda astım semptomları, solunum fonksiyonları ve bronşiyal hiperaktivitenin düzeldiği görülmüştür. Anti-TNF- α tedavinin olumalmaz ab'a en önemli üstünlüğü bronşiyal hiperaktiviteyi etkilemesidir.

OLGU: 39 yaşında erkek hasta 11 yıldır persistan bronşiyal astma nedeniyle takip edilen hastanın, takiplerinde bilateral el parmak ve bilekte ağrı, şişlik, sabah tutukluğu gelişmesi nedeniyle müraacaat ettiği dış merkezde romatoid artrit tanısı konulmuş. Tedavi olarak NSAİD, salicylazosulfapyridine, metotreksat kombine ilaç tedavisi verilmiş. Takiplerde hasta düşük metotreksate tedavisine yanıt vermemesi ve yüksek doz metotreksatı tolere edememesi nedeniyle hastaya 2 yıl önce infliximab tedavisi başlanmış. Hasta takiplerde 2 yıldır bronşiyal astma nedeniyle hiç atak geçirmemiş ve profilaktik olarak kullandığı düşük doz inhale steroid (budesonid), atak sırasında kullandığı β -2 reseptör agonisti ve oral steroid tedavisine hiç ihtiyacı olmamış.

SONUÇ: Ağır astımında steroid tedavisinden bronşiyal hiperaktivite etkilenmemektedir. Anti-TNF- α grubu ilaçlar dirençli astım tedavisinde yeni bir tedavi umudu olabilir.

P130

ACİL SERVİSTE GÖĞÜS HASTALIKLARI KONSÜLTASYONLARI

¹Celaeddin Demircan, ²Ahmet Ursavaş, ²Funda Coşkun, ²Hayrettin Göçmen, ²Ezgi Demirdöven, ³Fatma Özdemir, ¹Erdem Çubukçu

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Acil Dahiliye Ünitesi, ²Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Acil Tıp Anabilim Dalı

AMAÇ: Bu çalışmada 1 yıllık süre içinde Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine başvuran ve Göğüs Hastalıkları konsültasyonu yapılan hastalarla ilgili epidemiyolojik bilgilerin edinilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: 1.1.2005 ile 31.12.2005 tarihleri arasında acil servise başvuran hastaların verileri önceden hazırlanan Acil Dahiliye Ünitesi Günlük Hasta Kayıt Formları incelenerek elde edildi. Acil serviste Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'na konsülte edilen hasta oranları, hastaların yaş ve cinsiyet özellikleri, major

başvuru semptomları, en sık konulan tanılar, hospitalizasyon oranları, hangi tanılar ile yatırıldıkları ve klinikteki akıbetleri retrospektif olarak araştırıldı.

BULGULAR: 1 yıllık sürede acil servise 22513 kişi başvurmuş, bunlardan 795 (%3.5) 'ine Göğüs Hastalıkları konsültasyonu yapılmıştır. Hastaların 305 (%38.3) 'i kadın, 490 (%61.7) 'i erkek ve yaş ortalaması 61.0 \pm 16.4 idi. Göğüs Hastalıkları konsültasyonu yapılan hastalardan 296 (%37.2) 'si Göğüs Hastalıkları Kliniğine, 129 (%16.2) 'u ise primer hastalığı nedeniyle diğer kliniklere yatırılmış, 14 (%1.8) hasta acil serviste eksitus olmuş, 65 (%8.2) hasta başka hastanelere sevk edilmiş ve geri kalan 291 (%36.6) hastanın ise tedavileri düzenlenip acil servisten taburcu edilmiştir. Göğüs Hastalıkları Kliniğine yatan hastalardan da 45 (%15.5) 'i kaybedilmiştir. Hastalardaki en sık major başvuru semptomları; dispne (n: 393,%49.4), göğüs, sırt ve yan ağrısı (n: 99,%12.5), ateş ve üşüme-titreme (n: 67,%8.4), hemoptizi (n: 44,%5.5), öksürük-balgam (n: 40,%5.0), halsizlik-genel durum bozukluğu (n: 34,%4.3) ve bilinç bozukluğu-nörolojik defisitler (n: 32,%4.0) olup acil serviste Göğüs Hastalıkları konsültasyonu yapılan hastalarda en sık konulan tanılar ve hospitalizasyon oranları Tablo 1'de gösterilmiştir.

SONUÇ: Acil servise başvuran hastaların %3.5'ine Göğüs hastalıkları konsültasyonu yapılmış, bu hastaların %37.2'si Göğüs Hastalıkları Kliniğine yatırılmıştır. Hastalarda en sık başvuru nedeni olan major semptomlar; dispne, göğüs-sırt-yan ağrısı, ateş-üşüme-titreme, hemoptizi ve öksürük-balgam olup en sık konulan tanılar; KOAH, pnömoni, akciğer kanseri, bronşiyal astma ve pulmoner emboli olmuştur. Hastalar Kliniğe en sık pnömoni ve KOAH-akut atak tanılarla ile yatırılmıştır.

Tablo.

Tanı	Konsülte edilen hasta sayısı (%)	Yatan hastasayısı (%)
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı - akut atak	200 25.2	91 30.7
Pnömoni	187 23.5	96 32.4
Akciğer kanseri ve ilişkili sorunlar	81 10.2	35 11.8
Bronşiyal astma- akut atak	48 6.0	25 8.4
Pulmoner emboli	30 3.8	20 6.7
Plörezi (etiyoloji -?)	29 3.6	9 3.0
Tüberküloz	17 2.2	6 2.0
İnterstisyel akciğer hastalığı	16 2.1	7 2.4
Hemoptizi (etiyoloji - ?)	12 1.5	5 1.7
Enfekte bronşektazi	11 1.4	6 2.0

P131

ANİ DISPNEDE AKSİ İSPATLANANA KADAR ÖN TANI: PNÖMOTORAKS

¹Tolga Taymaz, ²Seyit Mehmet Kayacan, ²Sezai Vatanserver, ²Kerim Güler

¹Amerikan Hastanesi, Acil Servis Birimi, Nişantaşı, İstanbul, ²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Acil Dahiliye Birimi, İstanbul

Ani başlayan nefes darlığı şikayetinde solunumsal sebepler, kalp damar sistemine ait patolojiler ve travmatik sebepler öncelikle düşünülmelidir. Bunlar dışlandıktan sonra, anamnez de gözönünde bulundurulurak anksiyete de düşünülebilir. Burada öncelikle anksiyeteye bağlanan ama ertesi gün tablonun yerleşmesi üzerine pnömotoraks tanısı konulan bir ani başlangıçlı nefes darlığı olgusu sunulacaktır.

OLGU: Kırk üç yaşında kadın hasta, şiddetli sırt ağrısı ve nefes darlığı şikayeti ile geldi. Boyun ve sırt ağrıları nedeniyle ayda bir lokal depo metilprednizolon+ lidokain injeksiyonu yapılan hastada skapula civarına yapılan son injeksiyondan sonra bu şikayeti gelişmiş.

Fizik muayenesinde genel durum iyi, aktif, kooperasi ve aşırı anksiyözdü. Solunum sesleri doğaldı. sO2: %99 idi. Akciğer grafisi normaldi. Anksiyolitik tedavi ile gönderildi. Ancak ertesi gün nefes darlığı ve sırt ağrısı artarak geri geldi. Bu kez sağ hemitoraksta solunum sesleri azalmış olarak bulundu ve toraks tomografisi çekildi. Sağ akciğer üst lobda %40-50 oranında bir pnömotoraks ve buna bağlı kollaps saptandı. Solunum sayısı: 24/dk, KTA: 120 idi. EKG normaldi. Hastaya 2.5 lt/dk oksijen başlandı ve toraks tüpü takıldı. Bir gün sonra akciğer ekspansiyonu oldu ve tüpü çekilerek hasta çıkarıldı.

Seyrek yapılan bazı injeksiyon türleri, tahmin edilen ötesinde sonuçlar verebilir. Ayrıca çeşitli tıbbi durumlara eşlik eden yoğun anksiyete, altta yatan sebebin saptanmasını güçleştirir. Oksijen saturasyonu normal görünse bile şüpheli akut solunum zorluklarında bilgisayarlı tomografi, direkt grafiden daha iyi sonuç verebilir.

P132

OTOİMMUN HEPATİT ZEMİNİNDE MULTİLOBER PNÖMOKOK PNÖMONİSİ VE ANİ İŞİTME KAYBI

¹Fatih Tufan, ¹Metin Kanitez, ¹Resul Kahraman, ¹Kültigin Türkmen, ²Fatih Yakar, ¹Abdullah Şumnu, ¹Ömer Celal Elçioğlu, ¹Bora Uslu

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Otoimmün hepatit genellikle orta yaşta kadınlarla ortaya çıkan ve diğer otoimmün hastalıklar ile birlikte görülebilen bir durumdur. Tedavide kullanılan immunosupresif tedavi nedeniyle fırsatçı enfeksiyonlar açısından dikkatli olunmalıdır. Ani işitme kaybı otoimmün nedenler, herpes simpleks gibi viral enfeksiyonlar ve klaritromisin gibi ilaçlara bağlı olabilir. Burada otoimmün hepatite bağlı kronik ka-



racıger hastalığı zemininde hipoksemi ile seyreden multilober pnömokok pnömonisi ve pnömone tedavisi sırasında herpetik çılt lezyonları ile birlikte ani iştme kaybı gelişen bir olgu sunuldu.

OLGU: Yirmi beş yaşında kadın hasta bir hafta önce başlayan öksürük, nefes darlığı, ateş ve halsizlik şikayetlerinin artması üzerine başvurdu. Üç yıl önce halsizlik ve sarılık atakları nedeniyle incelenmiş ancak tanı konulamamış. Üç ay önce karında şişlik, halsizlik ve sarılık nedeniyle başvurduğunda otoimmün hepatite bağlı dekompanse karaciğer sirozu tanısı konularak 1 mg/kg prednison ve 100 mg/gün azatiyoprin tedavileri başlanmış. Şikayetleri gerilemiş ve karaciğer enzimleri normale dönmüş. Özgeçmişinde özellik yoktu. Dayısı 54 yaşında karaciğer kanserinden vefat etmişti. Sigara veya alkol kullanımı yoktu. Fizik muayenesinde taşikardi, taşipne, akciğerlerde bilateral kesintili ek sesler, oral kandidiyazis ile uyumlu plaklar, splenomegali ve proksimal kas güçsüzlüğü tespit edildi. Laboratuvar incelemelerinde Hb 11.4 g/dl, lökosit 3200/mm3, nötrofil 2800/mm3, trombosit 91000/mm3, kreatinin 0.7 mg/dl, Na 129 mEq/L, K 4.3 mEq/L, AST 46 U/L, ALT 106 U/L, ALP 122 U/L, GGT 80 U/L, LDH 653 U/L, albumin 1.4 g/dl, gamma globulin 1.2 g/dl, tiroid hormonları normal bulundu. Arter kan gazında hipoksemi ve hipokarbi mevcuttu. Akciğer grafisinde bilateral yama tarzı infiltrasyonlar görüldü. İnfeksiyon hastalıklarının önerisi ile multilober pnömone tanısıyla piperasilin-tazobaktam ve klaritromisin ile oral ve özofajyal kandidiyazis nedeniyle de intravenöz flukonazol tedavileri başlandı. Azatiyoprin kesildi, kortikosteroid dozu 20 mg/gün parenteral metilprednizon olarak arttırıldı. Bu tedavi altında ikinci günden sonra ateşi düştü, şikayetleri geriledi ve hipoksemi düzeldi. Ardından önce sağda daha sonra bilateral olan ani iştme kaybı gelişti. İştme kaybının progresyonu ve eş zamanlı olarak gelişen ağır çevresi herpetik lezyonları nedeniyle parenteral asklovir başlandı. İştme kaybı otoimmün nedenle de olabildiği için steroid tedavisi 1 mg/kg dozuna çıktı ve klaritromisin tedavisi kesildi ve ardından iştme kaybı geriledi. Başvuru sırasında alınan hemokültüründe pnömokok üremesi oldu. Piperasilin tazobaktam tedavisi üç haftaya tamamlanarak kesildi. Poliklinik takiplerine gelmek üzere steroid azaltma şeması verilerek çıkarıldı.

SONUÇ: İmmunosupresif tedavi altında izlenen hastalarda fırsatçı enfeksiyonlara bağlı hayatı tehdit eden tablolar ile karşılaşılabilir gibi fırsatçı olmayan pnömokok gibi ajanların atipik ve ağır formları ile de karşılaşılabilir.

P133

TİROTOKSİK HİPOKALEMİK PERİYODİK PARALİZİ: OLGU SUNUMU

İdris İnce, Fatih Yılmaz, İlhan Menken, Ayşegül Zobi, İsmail Cengiz, A. Kadir Ergen, A. Baki Kumbasar

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Tirotoksik hipokalemik periyodik paralizi familial periyodik paralizi tipleri içerisinde nadir görülen bir tablo olup, tanısı hızlı şekilde konulursa yanlış tedavilerin yapılması önlenir. Tabloya hipokalemi ile birlikte özellikle proksimal kaslarda güçsüzlük hakimdir. Tirotoksik hipokalemik periyodik paralizi nadir olarak görüldüğünden sunmayı uygun bulduk.

OLGU: 24 yaşında erkek hasta. Acil dahiliye polikliniğine sabah uykudan uandıktan sonra yürüyememe, ayağa kalkamama, güçsüzlük şikayeti ile başvurdu. Hasta yaklaşık 1 yıldır hipertiroidi tanısı ile takip edildiğini ancak 10 aydır antitiroid ilaçlarını almadığını ve takiplerine gelmediğini belirtti. Son bir yıldır aralıklı olarak güçsüzlük şikayeti oluyormuş. Soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde şuur açık koopere ve oryante, ışık refleksi bilateral pozitif, TA: 100/70 mmHg, Nb: 108/dk ritmik, tiroid grade lb palpabl, nörolojik muayenesinde üst ekstremiteelerde kas gücü 4/5, alt ekstremiteelerde proksimalde 2/5, distalde 2/5 olarak saptandı. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde: TSH: 0.01 (0.35- 4.94) mIU/ml, fT4: 4.63 (0.7- 1.48) ng/dl, fT3: 22.61 (1.71- 3.71) pg/ml, Glukoz: 189 (70- 105) mg/dl, Üre: 25 (0- 71) mg/dl, Kreatinin: 0.64 (0.6- 1.3) mg/dl, AST: 20 (5- 34) U/L, LDH: 163 (125- 243) U/L, CK: 108 (38- 174) U/L, Na: 139 (136- 145) mmol/l, Cl: 110 (98- 110) mmol/l, Ca: 9.1 (8.4- 10.2) mg/dl, K: 2.05 (3.5-5.5) mmol/l olarak saptandı. Diğer biyokimyasal parametrelerinde özellik yoktu. AKG'da özellik saptanmadı. EKG de sinüs taşikardisi, U dalgası vardı. Hastaya intravenöz 10 mEq/saat dozunda potasyum replasmanı yapıldı. Hastanın 6. saatte sonra ölçülen serum potasyum düzeyi: 3.7 mmol/l olarak saptandı ve kliniği düzeldi. Hastaya hipertiroidi tedavisi açısından propylthiourasil 300mg/gün, propranolol 40 mg/gün tedavisi başlanarak endokrinoloji polikliniğinden takip edilmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA: Familial Periyodik Paralizi; 1) Hipokalemik tip (familial, tirotoksikoz ile ilişkili, seyrek görülen tip) 2) Hiperkalemik tip (Epizodik kalıtsal adinami ile seyreden tip) 3) Normokalemik tip olmak üzere 3'e ayrılır. Tirotoksik hipokalemik periyodik paralizi atak sırasında serum potasyum düzeyi düşük, idrar da potasyum atımı azalmış, serum enzimleri normal olarak saptanır. Tirotoksik hipokalemik periyodik paralizi hipokaleminin nadir görülen bir nedeni olup, tanısının hızlı şekilde konularak tedavi edilmesi gerekir. Tedavi de potasyum replasmanı ile birlikte nonselektif beta bloker olan propranolol ve antitiroid ilaçları içerir. Olgumuz nadir görülen bir hastalık olması nedeni ile sunulmuştur.

P134

POLİGLANDULER OTOİMMÜN SENDROM TİP 2 (SCHMİDT SENDROMU) VE EŞLİK EDEN HİPOPARATİROİDİ

Hatice Anıkar, Esat Namal, Özgür Öztürk, Fatih Borlu

Şişli Etfal Hastanesi

GİRİŞ: İki ve daha fazla endokrin organın otoimmün tutulumu ve buna endokrin sistem dışındaki immunolojik hastalıkların eşlik etmesi durumuna poliglandüler otoimmün sendrom (POS) adı verilir. 3 grubu mevcuttur. Tip 1 deri, mukozada kandidiazis, hipoparatiroidi ve sürrenal yetersizliği ile karakterizedir. Tip2 Schmidt sendromu; sürrenal yetersizliği, tiroidit ve tip1 DM mevcuttur. Tip3 heterojendir. Otoimmün tiroid hastalığına eşlik eden otoimmün endokrin organ hastalıklarını içerir. Burada kliniğimize yeni tespit DM nedeniyle yatırılan olguda saptadığımız tiroidit, sürrenal yetersizliği ve tip1 DM'un bulunduğu POS tip 2 (Schmidt sendromu) ve eşlik eden hipoparatiroidili olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU: 49 y. erkek hasta halsizlik, iştahsızlık bulantı şikayetleriyle başvurdu. Hastanın KŞ: 390, tit'de keton (2+) olması üzerine Diabetik ketoz tanısı ile yatırıldı. Hastanın ağız kuruluğu, polifaji, polidipsi, poliüri, güçsüzlüğü mevcuttu.

FM'de; melanoderma, canlı bakış, tremor ve taşikardi saptandı. TA: 90/60. Nb: 105/dk. Tiroid muayenesinde özellik yoktu. Diğer sistem muayeneleri normal saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde, kan şekeri 300 insülin 3,3 Hb A1c %10 bulundu. Cpeptid 0,84 düşük olması üzerine tip 1 DM düşünüldü, TSH düzeyi 0,005 fT 3 = 15,2, fT 4 = 6,1 saptandı. Hastanın tiroid USG'de. parenkim heterojen yapıda olup vaskülarizasyonu artmıştır. Tiroidit. Anti GAD 67 düzeyi > 50.00 yüksek saptandı. Hastada hipertiroidi ve otoimmün tip 1 DM olması üzerine POS düşünüldü. TG = 118 ↑, anti TG < 20, anti TPO-241 ↑ bulundu. Hastada klinik bulgular ve USG verileri ile Hashimoto tiroiditinin hipertiroidi dönemi düşünüldü. Kortizol düzeyi 1,3 ↓ saptandı. ACTH=20. Synacten uyarı testine yanıt alınmadı. Addison hastalığı olarak kabul edildi.

PTH -6,5 ↓ bulundu. Ca düzeyi normal olan hastanın P düzeyi 4,5 üst sınırdan saptandı.

Tip 1 DM, tiroidit ve Addison hastalığı POS tip 2 olarak kabul edildi. Hastanın eşlik eden hipoparatiroidisi de mevcuttu.

Hastaya dörtlül insülin ve steroid tedavisi başlandı. Tremor, taşikardi olduğu için propranolol başlandı.

TARTIŞMA: POS tip 2 nadir bir hastalıktır. Otoimmün adrenal yetmezliğe ilaveten tip1 DM veya oi. tiroid hastalığı ile birlikte olabilir. Olgumuzda bir varyasyon olarak Schmidt s. 'na hipoparatiroidi eşlik etmiştir. POS 3 grup altında toplanmış olmakla beraber bu grupların dışında çeşitli kombinasyonlarla karşımıza çıkabilir. Olgumuzdan yola çıkarak Tip1 DM'lu tüm olguların POS'un komponentleri ve eşlik edebilecek otoimmün organ tutulumları yönünden gerekli taramaları yapılmalıdır.

P135

TİROTOKSİK PERİYODİK PARALİZİ

Fatma Albaz Öner, Mehmet Emin Pişkinpaşa, Mecdi Ergüney

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Tirotoksik periyodik paralizi; eş zamanlı tirotoksikozhipopotasemi ve paraliziyile karakterize, primer olarak asyalı erkeklerde görülen nadir endokrin bozukluktur. Potasyum sağlanması ve beta-adrenerjik blokerlerle hemen yapılan tedavi ciddi kardiyopulmoner komplikasyonları önleyebilir ve periyodik paralizinin iyileşmesini hızlandırır.

OLGU SUNUMU: 24 yaşında erkek hasta, acil servise her iki kolunda ve bacağına güçsüzlük şikayetiyle başvurdu. 6 haftadır sıkı bir egzersiz programı uygularken 9 kilo verdiğini ifade etmekteydi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Nabız 84/dakika, kan basıncı 120/74 mmHg, S1-S2 normal, vücut sıcaklığı 37,4 °C idi. Nörolojik muayenede; her iki üst ve alt ekstremitede derin tendon refleksi yoktu ve motor güç 0/5 ti. Duyu muayenesi normaldi. Tam kan sayımı ve potasyum seviyesi dışındaki elektrolit seviyeleri normal saptandı. Potasyum seviyesi 1,5 mmol/l (normal: 3,3-5,2 mmol/l) saptandı. Serum triiodotironin (T3) seviyesi 9,13 ng/ml (normal: 0,6-1,8 ng/ml), serum tiroksin (T4) seviyesi 22ng/ml (normal: 4,5-12,5 ng/ml) idi. Serum tiroid stimulan hormon (TSH) seviyesi 0,01 UIU/ml (normal 0,35-5,5 UIU/ml) saptandı. Hasta hipertiroidi ve hipokalemik paralizi nedeniyle yatırıldı. Hastaya ilk altı saat içinde 100 mEq intravenöz (IV) KCl verildi. Günde 300 mg propyltiourasil ve 40 mg propranolol oral olarak başlandı. Serum potasyum seviyesi 8 saat içinde normale döndü. Potasyum replasmanına başladıktan sonra, 6 saat içinde paralizi tamamen düzeldi. Derin tendon refleksi 10 saat sonra normaldi. Potasyum seviyesi takiplerde normal seyretti. Hasta yatışının 3.gününde taburcu edildi

TARTIŞMA: TPP'nin en önemli özelliği hipopotasemidir. Hipopotasemi, potasyumun masif olarak hücre içine kaymasından dolayı oluşur. Total vücut potasyum deposu yeterli kalır ancak potasyumun kas hücrelerine göçü nedeniyle azalan serum potasyum seviyesi kasları elektriksiz uyarılara duyarısız hale getirir. TPP vakalarında hipertiroidin en sık sebebi Graves hastalığıdır. Ataklar; hafif güçsüzlükten, komplet flask paraliziye kadar değişen, rekürren-geçici kas güçsüzlüğü ile karakterizedir. Ataklar genellikle alt ekstremiteelerde başlar ve üst ekstremitelere doğru ilerler. Duysal fonksiyonlar etkilenmemiştir. Ancak solunumsal, bulber ve oküler kasların total paralizisi ciddi ataklarda rapor edilmiştir. Fizik muayenede azalmış motor güce ek olarak, derin tendon reflekslerinde azalma yada tamamen kayıp görülebilir. Ancak duyu ve bilinç seviyesi genellikle etkilenmez. Periyodik paralizi ve belirgin hipokalemi esnasında, KCl ile hemen yapılan tedavi major kardiyopulmoner komplikasyonların önlenmesini sağlar. KCl hem oral hem IV verilir. Hasta ötiroid durumdayken TPP tekrarlamadığından hipertiroidin kontrolü tedavinin ana yoludur. Sonuç olarak; Asyalı olmayanlarda nadir görülen bir endokrin bozukluk olan TPP, akut motor paraliziyile karşımıza gelen hastalarda ayrıca tanıda düşünülmelidir. Çünkü, erken tanı ciddi kardiyopulmoner komplikasyonların önlenmesinde çok önemlidir.

P136

HİPERTANSİYON VE JİNEKOMASTİSİ OLAN DİŞİ PSEUDOHERMAFRODİT OLGUSU

Aysun Halaçoğlu, Gökhan Kabaçam, Dilek Tüzün, T. Tanju Yılmaz, O. Deniz Aydın, Özlem Barak Serkant, Murat Süher

SB Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Konjenital adrenal hiperplaziye yol açan 11-β hidroksilaz eksikliği dişi pseudohermafroditizminin en sık 2.nedenidir. Hipertansiyon ve jinekoma gibi bulgular ve prostat dokusu saptanan 11-β hidroksilaz enzim eksikliği olan konjenital adrenal hiperplazili olguyu sunuyoruz.

Dişi pseudohermafroditizm; karyotipi XX, sex kromatin cisimciği pozitif, kromozomal sex feminen ve gonadı over olan bir kişide dış genitalyanın interseksüel veya karşı cinsde çok benzer şekilde olmasıdır. Tubalar ve uterus mevcuttur.

11-β hidroksilaz eksikliğinde 11-deoksikortizol ile DOC artar ve hipertansiyon görülür.

28 yaşında erkek fenotipli hasta hipertansiyon, göğüslerde büyüme şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. 7 yıldır tansiyonu yüksekmış. 3 yaşında total abdominal histerektomi, bilateral salpingoofektomi, vajinektomi, 14 yaşında hipospadias operasyonu geçirmiş. Fizik muayenesinde boyu: 1.49 m, kulaç mesafesi: 152 cm, verteks-pubis mesafesi: 73 cm, kilo: 58 kg, kan basıncı: 170/110 mmHg. Bilateral Tanner evre 4-5 meme gelişimi saptandı. Gonadlar palpe edilemiyordu, kliteromegali ve labioskrotal füzyon mevcuttu. Üretral meatus füzyon bölgesi süperiorunda lokalizediydi. Diğer sistemlerin muayenesi doğaldı.

Laboratuvar incelemesi; hipopotasemi (K: 2.5mmol/L) dışında normaldi. Estradiol, 11-DOC, ACTH yüksek; LH, FSH, kortizol, testesteron, s-testesteron düşük; prolaktin, renin, aldosteron normaldi.

Sağ memede USG'de fibrokistik değişiklikler, bilateral fibroglandüler gelişim saptandı. Skrotal USG'de testisler görülemedi. Üriner USG'de prostat normal boyutlardaydı. Karyotip analizinde 46XX/47XXY mozaizmi saptandı. Abdominal MR da intraabdominal testis dokusuna rastlanmadı, her iki sürrenal glandda hiperplazi ve normal boyutlarda prostat saptandı. PSA ve s-PSA düzeylerinde yükseklik saptanmadı. Hastaya mevcut bulgularla 11-β hidroksilaz enzim eksikliği olan konjenital adrenal hiperplazi tanısı kondu.

Konjenital adrenal hiperplazili olgularda iç genital yapılar dışı tipinde gelişir. Adrenal androjenlere 11.haftadan itibaren olan maruziyet klitoris hipertrofisi, virilizasyon ve labioskrotal katlantıda füzyona yol açmaktadır.

Konjenital adrenal hiperplazili olgularda, prostat glandi intrauterin 16.haftadan önce androjenik stimülasyona uğrayanlarda gelişir.

Literatürde 14 ve 5 yaşlarındaki 21-hidroksilaz enzim eksikliği olan iki dışı pseudohermafrodit vakasında prostat dokusu saptanmış. Olgumuzda MR ve transrektal USG de normal boyutlarda prostat saptandı.

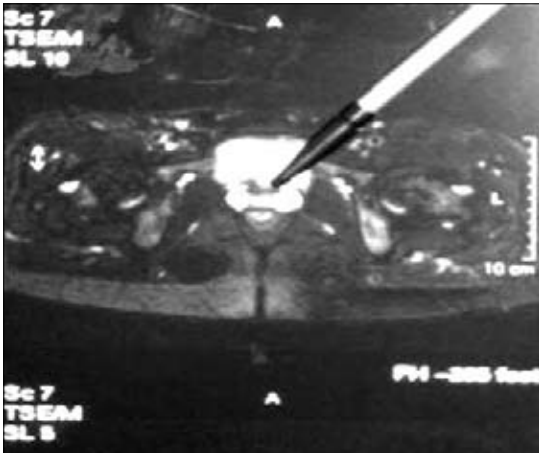
Literatürde 11-β hidroksilaz eksikliği olan 23 hastada hipertansiyon saptanmış.

Jinekometri; östrojen ve androjen arasındaki dengesizlikten meydana gelir. Jinekometriğin pek çok nedeni vardır. 11-β eksikliği gibi steroid hormon sentez anomalileri jinekometriye yol açar.

Gerçek hermafroditizm tanısı için her iki gonadal epitelin gösterilmesi gerekir. Hastamızda sadece over dokusu gösterilebildiğinden gerçek değil pseudo hermafroditizm tanısı konmuştur.



Figür 1. Klitoromegali, labioskrotal füzyon



Figür 2. Abdominal MRI da prostat dokusu

P137

İNSÜLİN DİRENCİ-ANTIOKSİDAN DÜZEYİ İLİŞKİSİ

İsmail Hakkı Kalkan, Ömer Önder Savaş, T. Tanju Yılmaz, Murat Süher

SB Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: İnsülin direnci artmış olan olgularla, artmamış olgular arasında antioksidan özelliği bulunan vitamin A, vitamin E ve glutatyon (GSH) düzeyleri açısından fark olup olmadığını tespit etmeyi amaçladık.

MATERYAL VE METOD: Ekim 2005-Mayıs 2006 tarihleri arasında, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi iç hastalıkları polikliniğine başvuran ve yapılan oral glukoz tolerans testi sonucunda bozuk glukoz toleransı saptanan 79 olgu incelendi. Bu olguların HOMA-IR (homeostasis model assessment insulin resistance) değerleri Açlık plazma glukozu (mg/dl) x Açlık insülin (μU/ml) / 405 formülüne göre hesaplandı ve 2.7 değerinin üstü insülin direnci artmış olarak kabul edildi. HOMA-IR değeri normal olan 43 olgu ile HOMA-IR değeri artmış 36 olgunun vitamin A, vitamin E düzeyleri Agilent 1100 cihazı ile ölçüldü. Serum Vit A düzeyi normal aralığı (1.05-2.45 μmol/l), serum Vit E düzeyi normal aralığı (11.6-46.4 μmol/l) olarak kabul edildi. Olguların kan şekeri değerleri biyokimya laboratuvarında Olympus AV-2700 cihazı ile çalışıldı. Tüm olguların mikrokriyal yöntemi ile GSH düzeyleri ölçüldü. Normal serum GSH düzey aralığı (4,7-8,9 μM) olarak kabul edildi.

BULGULAR: İnsülin direnci normal olan olguların ortalama vitamin E düzeyi 29,4 ± 6,9 (μmol/l), vitamin A düzeyi 1,8 ± 0,5 (μmol/l), GSH düzeyi ise 6,5 ± 2,3 μM idi. İnsülin direnci artmış olan olguların ise ortalama vitamin E düzeyi 30,0 ± 9,1 μmol/l vitamin A düzeyi 2,2 ± 0,5 μmol/l, GSH düzeyi ise 4,7 ± 1,9 idi. İnsülin direnci normal olan olgularla, artmış olan olgular arasında vitamin A ve GSH değerleri

açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (sırasıyla p<0,05 ve p<0,01). E vitamini düzeyindeki fark anlamlı değildi.

SONUÇ: Çalışmamız sonucunda; düşük GSH ve yüksek vitamin A düzeylerinin diyabetes mellitus gelişimi öncesinde insülin direnci ile ilişkili olduğu tespit edildi.

P138

VİTAMİN A- DİYABETES MELLİTUS GELİŞİMİ İLİŞKİSİ

İsmail Hakkı Kalkan, Ömer Önder Savaş, T. Tanju Yılmaz, Murat Süher

SB Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Bozulmuş açlık glukozu (BAG) saptanmış olgulara yapılan oral glukoz tolerans testi (OGTT) sonucunda yeni tanı tip 2 diyabetes mellitus (DM) ve bozulmuş glukoz toleransı (BGT) saptanan olgularda ve kan şekeri değeri normal olan olgularda vitamin A değerleri açısından fark olup olmadığını araştırılması amaçlandı.

MATERYAL VE METOD: Ekim 2005-Mayıs 2006 tarihleri arasında, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran ve herhangi bir ilaç kullanma hikayesi bulunmayan BAG'lu olgulara yapılan OGTT sonucunda tip 2 DM saptanan 30 olgu ve BGT saptanan 30 olgu ile birlikte kan şekeri normal olan 28 olgu çalışmaya dahil edildi.

Olguların biyokimyasal parametreleri biyokimya laboratuvarında Olympus AV-2700 cihazı ile çalışıldı. Tüm olguların Agilent 1100 cihazı ile vitamin A düzeyleri ölçüldü.

BULGULAR: Çalışmamız sonucunda; vitamin A değerleri DM'li olgularda 2,2 ± 0,6 μmol/l, BGT'si olan olgularda 2,1 ± 0,5 μmol/l, normal olgularda ise 1,6 ± 0,3 μmol/l idi. DM'si ve BGT'si olan olguların ortalama vitamin A değerleri normal olgulara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (sırasıyla p<0,01 ve p<0,05).

SONUÇ: Vitamin A düzeyindeki yüksekliğin glukoz metabolizma bozukluğu patogenezinde önemli rolü olabileceği ve geniş çaplı araştırmalarla bunun doğrulanması gerektiği kanaatindeyiz.

P139

PROKSİMAL KAS GÜÇSÜZLÜĞÜ İLE BAŞVURAN TİP 2 DM HASTASINDA KRONİK İNFLAMATUVAR DEMİYELİNİZAN POLİNÖROPATİ/OLGU SUNUMU

Engin Sennaroğlu, Berçem Ayçiçek Doğan, Hasan Tunca, Sinem Tümtürk, Gamze Dam, Saadet Akdur Hasa

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Kronik inflamatuvar demiyelinizan polinöropati (CIDP); kronik progresif ya da relapslarla giden, simetrik, alt ve üst ekstremiteleri tutabilen, distal ve proksimal güç kaybı, hiporefleksi, arefleksi ile giden otoimmün demiyelinizan polinöropatidir. Tanı için klinik, Elektromiyografi (EMG), patoloji, BOS bulgularından ikisinin varlığında kesin tanı konulur. CIDP tedavisinin farklı olması nedeniyle diğer diabetik nöropati formlarından ayırımı gereklidir. Patofizyolojisinde immün mekanizmaların suçlandığı CIDP hastalığının tedavisinde, kontrollü klinik çalışmalar intavenöz immünglobulin (IVIG), kortikosteroid ve plazmaferezin etkinliğini ortaya koymuştur.

OLGU: 62 yaşında, 6 aydır alt ekstremitelerde giderek artan kuvvetsizlik, yanıcı ağrı, hafif derecede hissizlik yakınmaları ve ciddi derecede kilo kaybı ile polikliniğimize başvuran hasta, Diabetik nöropati veya paraneoplastik sendrom ön tanıları ile servismize yatırıldı. 11 yıl önce tip 2 Diabetes Mellitus (DM), 4 yıl önce Hipertansiyon ve 3 yıl önce Koroner arter hastalığı teşhisi konmuş olan hasta, oral antidiyabetik (metformin), statin ve gabapentin ile amitriptilin tedavisi almış idi. Yapılan fizik muayenede patolojik olarak; alt ekstremitelerde proksimal kaslarda 4/5 motor güç kaybı ve hiporefleksi saptandı. Hemogram değerleri (Hb: 13gr/dl, BK: 7060, PLT: 344000K/UL), olan hastanın olası statin kullanıma sekonder veya hipotiroidi ön tanısı ile istenen kas enzimleri ve tiroid fonksiyon testi normal (AST: 15U/L, LDH: 140U/L, CK: 30U/L) tespit edildi. Kan şekeri regülasyonu açısından istenen HbA1c %7,2 olarak saptandı. Kilo kaybı ve kas güçsüzlüğü nedenlerinden ötürü hasta paraneoplastik sendrom açısından tetkik edildi. Sigara içme öyküsü olan hastanın başta akciğer malignitesi olmak üzere diğer maligniteler açısından yapılan Bilgisayar Tomografi sonuçlarında anlamlı sonuç saptanmadı. Yapılan EMG'de; alt ekstremitelerde yaygın kronik demiyelinizan polinöropati ile uyumlu olarak raporlandı. CIDP ayırıcı tanısında yer alan ve demiyelinizan nöropatiye yol açan diğer nedenlerden olan böbrek yetmezliği, HIV enfeksiyonu, bağdokusu hastalığı, nedeni bilinmeyen gamopati (MGUS) hastalıkları bakımından tetkik edilen hastada anlamlı sonuç saptanmadı. Olgu klinik olarak 6 aydır alt ekstremiteleri tutan simetrik güç ve his kaybı tariflemesi, fizik bakıda hiporefleksi saptanması, EMG'nin uyumlu olması ve incelenen BOS'da protein değerinin yükselmesi ve ayrıca tunda yer alan diğer hastalıklar ekarte edildikten sonra CIDP kabul edildi. Hastaya bunun üzerine IVIG tedavisi verilerek takibi planlandı.

TARTIŞMA: Sonuç olarak; CIDP'yi, diyabette en sık görülen ve aksal tutulumla giden simetrik sensorimotor polinöropati formundan ayırmak güçtür. Gerek CIDP'de verilen IVIG tedavisi ile hastalarda düzelmenin gösterilmesi, gerekse de bu hasta özelinde diabetik nöropatik ağrı, klasik nöropatiilere ek olarak CIDP'nin de düşünülmesi gerektiğinin vurgulanması açısından olgumuz sunuma değer bulunmuştur.

P140

HİPOTİROİD MİYOPATİ: OLGU SUNUMU

İrmak Sayın, A. Kemal Oğuz, Sibel Ertek, Gürbüz Erdoğan

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

OLGU SUNUMU: 32 yaşında erkek hasta kas güçsüzlüğü, kaslarda gerilme şikayetiyle başvurduğu klinik tarafından yapılan laboatuvar incelemelerinde AST / ALT / CK yüksekliğinin saptanması üzerine myastenia



konjenita (?) düşünülerek nöroloji poliklinik kontrolü önerilmiş. Burada hasta miyopati ön tanısı ile tetkik edilirken tarafımızca konsültö edildi. Hastanın ilk değerlendirilmesinde apatik görünümde olduğu izlendi, konuşması ve hareketlerinde yavaşlama, saç / kaşların dış kısımlarında dökülme dikkati çekti. Sistem sorgulamasında halsizlik / çabuk yorulma, hareket ve konuşmalarında yavaşlama, dilte kuruluk, soğuk intoleransı, terlemede azalma, vücutta şişlik, saçlarda dökülme ve algılamada azalma olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde TA: 110 / 90 mmHg, kalp ritmik, bradikardikti. Proksimal kas güçsüzlüğü dikkati çekti. Mevcut bulgular eşliğinde hastadan rutin laboratuvar tetkikleri istendi (Tablo-1). Hastanın EMG'sinde miyopati düşündürücü elektrofizyolojik bulgu saptanmadı, tiroid ultrasonografisinde bezin boyutu normal sınırlarda ancak parankimi heterojen olarak izlendi. Bu bulgular eşliğinde kronik tiroidit zemininde gelişen hipotiroidi ve buna bağlı miyopati düşünülen hastaya 0,1 mg L-Tiroksin ile tedaviye başlandı.

TARTIŞMA: Hipotiroidizm yorgunluk, soğuk intoleransı, mental küntlük, kas krampları gibi ılımlı bulguların yanı sıra, kalpte büyüme, miksödem ve koma gibi ciddi semptomlar, ender olarak da preiferik sinir tutulumu ve miyopati gibi nöromusküler bulgulara yol açabilir. Hipotiroid miyopatisi (HM), kas hücre mitokondrisinde oksidatif sistemin bozulmasına bağlı olarak enerji yapımında azalmaya sonuçlanan bir metabolik miyopatidir. HM'nin yüksek serum CK değerleri ile birlikte olduğu bilinmektedir. CK değerleri genellikle <5000 IU/L, ancak literatürde CK >5000 IU/L olan nadir vakalar bildirilmiştir. Ek olarak serum miyogloblin düzeyleri de artmış saptanır. Ancak genellikle anlamlı miyogloblinüri gözlenmez. Yüksek serum CK değerleri ile TSH arasında anlamlı bir ilişki bulunmasına rağmen, bu ilişki yaş / anti-TPO / sT3 / sT4 arasında saptanmaz. Miyopatinin şiddeti hipotiroidinin derecesi ile paralellik gösterir. EMG bulguları farklılık göstermekle birlikte genellikle normal veya düşük amplitüdü motor ünite potansiyelleri tespit edilmektedir. Tablo reversibl olup, L-Tiroksin tedavisinden sonra biyokimyasal parametreler, miyopati ve diğer klinik bulgular düzelir.

SONUÇ: Bizim olgumuzda da L-Tiroksin tedavisinden 6 hafta sonra semptom ve laboratuvar bulgularında belirgin düzelmeye izlendi (Tablo-1). Buradan çıkarılacak sonuç miyopati düşünülen hastalarda mutlaka metabolik nedenlerin akla gelmesi ve bu tablonun bir nedeninin de hipotiroidizm olabileceğinin düşünülmesidir. Mevcut tablo medikal tedavi ile tamamen düzeltilebildiğinden ayrıca önem taşımaktadır.

Tablo.

	TEDAVİ ÖNCESİ	TEDAVİ SONRASI (6.hafta)
TSH	100 ulu/mL (0,27-4,2)	26,56
sT3	0,04 ng/dL (0,2-0,44)	0,43
sT4	0,08 ng/dL (0,93-1,8)	1,37
Anti-TG	1343 IU/mL (0,01-115)	2084
Anti-TPO	600 IU/mL (0,01-34)	600
CK	2735,07 U/L (26-174)	119,43
Myoglobin	284,8 ng/mL (25-72)	46,69
AST	109,93 U/L (1-42)	17,58
ALT	94,52 U/L (1-41)	14,42

P141

L-TİROKSİN TEDAVİSİNİN NODÜLER GUATR ÜZERİNE ETKİSİ

¹Evrım Çakır Özkaya, ²Yusuf Aydın, ¹Betül Özkan, ¹Selma Karaahmetoğlu Özkan, ¹Erdal Eskioğlu, ²Serdar Güler

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği, ²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği

AMAÇ: Tiroid nodülleri yaygın olarak görülür ve çoğu benign lezyonlardan oluşur. Ötiroid guatr patogenezinde TSH (tiroid stimulan hormon) 'nın fazla salındığı ve tiroid bezinin büyümesine neden olduğu düşünülmektedir. Nodüler guatrda tiroid bezinin büyümesini engellemek ve geriletmek amacı ile büyümeden sorumlu olan TSH'yı baskılamaya yoluna gidilmektedir. Ancak bu konuda henüz fikir birliği sağlanamamıştır. Biz de bu nedenle nodüler guatr takibinde L-tiroksin tedavisinin etkisini değerlendirmek amacıyla bu çalışmayı planladık.

MATERYAL-METOD: Endokrinoloji ve 2 dahiliye polikliniğine başvuran hastalar tarandı. Tiroid fonksiyon testleri açısından ötiroid, tiroid USG u ile tiroid lobunda en az bir nodülü saptanmış, nodülü benign sitolojide olan 62 hasta çalışmaya alındı. 36 hastaya (%56.5) nodül supresyonu amacıyla L-tiroksin verilirken, 27 hastaya (%43.5) tedavi verilmedi. Takip sonrası tiroid lob volümleri ve dominant nodül volümleri takip öncesi ile karşılaştırıldı. Bulgular: Tedavi alan grupta sT4 seviyesinde istatistiksel olarak anlamlı artış (p=0.015), TSH düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü (p<0.001). Ortalama TSH düzeyinin 2,53 mIU/L den 1.34 mIU/L e gerilediği görüldü. TSH düzeyinde anlamlı azalma izlenmesine rağmen tedavi sonrası sağ lob volüm, sol lob volüm ve dominant nodül volümünde anlamlı değişim görülmedi. Tedavi almayan grupta sT4, TSH düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmedi. Bu grupta takip sonrası sağ lob volüm ve dominant nodül volümünde de anlamlı değişim gözlenmedi. Sadece sol lob volümünde (p: 0.005) %29.9 oranında anlamlı artış izlendi. Sol lob volümünün 7.027 cm3 ten 9.124cm3 e artış gösterdiği izlendi. Tedavi almayan grupta tedavi alan gruba göre sol lob volümünde oluşan artış istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0.037). TSH düzeyinde meydana gelen azalma tedavi almayan gruba göre tedavi alan grupta istatistiksel anlamlı olarak yüksek idi (p<0.001). Tartışma: L-tiroksin ile uzun süreli tedavinin istenmeyen yan etkileri gözlenmekte ve tedavisiz taktipte de nodüllerin büyük bir kısmı kendiliğinden küçülebilmektedir. Tiroksin ile TSH sekresyonu supresyonunun istenmeyen yan etkileri arasında kas iskelet ve kardiovasküler sistem üzerine yaptığı etkiler yer almaktadır. Henüz bir fikir birliği olmamasına rağmen izole nodüler tiroid hastalığında takip supresyon tedavisine tercih edilmelidir. Uzun dönem L-tiroksin tedavisinin olası riskleri olası faydasından ağır basmaktadır.

SONUÇ: Çalışmamızda nodül volümüne tiroksin tedavisinin etkisi olmadığı gözlemlendi. Tiroksin tedavisi alan hastalarda tiroid lob volümünde de anlamlı değişiklik izlenmedi. Tedavisiz izlemde olan hastalarda ise sadece sol lob volümünde artış vardı. Çalışmamızda da görüldüğü gibi nodüler guatr hastalarında tedavisiz takip tiroksin tedavisinin yan etkileri ve uzun tedavi süresi düşünüldüğünde tedaviye üstün gözükmektedir.

Tablo.

TEDAVİ	SAYI	ORTALAMA (CM3)	MİNİMUM (CM3)	MAKSİMUM (CM3)	
TAKİP ÖNCESİ SAĞ LOB VOLÜMÜ	1	35	11,46	1,970	73,21
	2	27	9,986	3,360	24,70
TOTAL	62	10,83	1,970	73,21	
TAKİP SONRASI SAĞ LOB VOLÜMÜ	1	35	11,21	2,680	85,96
	2	27	10,51	3,650	32,23
TOTAL	62	10,91	2,680	85,96	
TAKİP ÖNCESİ SOL LOB VOLÜMÜ	1	35	8,223	0,450	51,11
	2	27	7,027	1,560	18,52
TOTAL	62	7,713	0,450	51,11	
TAKİP SONRASI SOL LOB VOLÜMÜ	1	35	9,077	0,960	71,88
	2	27	9,124	2,730	41,64
TOTAL	62	9,097	0,960	71,88	
TAKİP ÖNCESİ NODÜL VOLÜMÜ	1	35	0,760	0,014	3,744
	2	27	0,351	0,072	1,638
TOTAL	62	0,586	0,014	3,744	
TAKİP SONRASI NODÜL VOLÜMÜ	1	33	0,748	0,031	3,556
	2	25	0,346	0,024	1,996
TOTAL	58	0,579	0,014	3,556	

P142

AMİODORONA BAĞLI TROTOKSİKOZ; TİP I YA DA TİP II?

Mehmet Yıldız, Neyran Kertmen, İrem Özlük

Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Amiodoron iyottan zengin bir molekül olup lokal iyot almına bağlı olarak hipotroidi (%6) ya da hipertroidiye (%1.5-3) neden olabilir. Amiodorona bağlı trottoksikoz iki tiptir. Tip I iyota bağlı trottoksikozdur ve zeminde trott hastalığı olduğunda görülür (nodüler guatr ya da graves hastalığı gibi...). Tip II ise amiodorona bağlı destruktif trottiditir ve trott gland zeminde normaldir. Bu iki tip her zaman net ayırtedilemez. Mix tip de anormal trott glandında destruktif patern gelişmesidir ve görülme sıklığının tanı konulandan daha fazla olduğu düşünülmektedir.

OLGU SUNUMU: 39 yaşında erkek hastaya 3 sene önce non- iskemik dilate kardiyomyopati tanısı ile biventriküler ICD takılmış ve eş zamanlı olarak amiodoron 200 mg/gün tedavisi başlanmıştır. Takibinde 6 ay kadar önce hipertroidi gelişmesi üzerine amiodoron tedavisi kesilmiştir. Trott USG'de sol lobun boyutu 21x 28x 64 mm olarak ölçülmüş ve en büyüğü sol lob orta kesimde 20x22 mm boyutta olmak üzere, her iki lobta birkaç adet nodül izlenmiştir. Trott sintigrafisinde trott bezi suprese olup, bez lojunda aktivite tutulumu izlenmemiş. Hastanın trott oto antikorları pozitif olarak saptanmıştır. Takibi esnasında hastaya hipertroidiye yönelik propiltiyourasil tedavisi başlanmıştır. Hasta polikliniğimize propiltiyourasil tedavisi alırken başvurdu ve TSH normal değerlerde olduğundan tedavisi kesildi. Sonrasında yapılan radyoaktif iyot up-take (RAIU) ölçümü düşük olarak geldi ve hasta tip I amiodorona bağlı trottoksikoz tanısıyla takibe alındı.

TARTIŞMA: Amiodorona bağlı trottoksikozda tip II en sık görülen formdur. Tip II tanısı artmış ft4/ft3 oranı, düşük radyoaktif iyot up-take (RAIU) düzeyleri, trott renkli doppler sonografide hipervaskülarite olmaması, trott bezinin küçük olması, trott otoantikörlerinin bulunmaması ve IL-6 düzeyinde artış olması ile konulur. Ancak tip I ve tip II ayrımı kolay yapılamamaktadır. Tip II 'de olduğu gibi Tip I ve mix tipte de RAIU testi düşük – supresedir. Trott sintigrafisi de Tip I 'de iyot yükünden, Tip II 'de de inflammatuar süreçten dolayı suprese olarak saptanır. Bazı otorlere göre trott renkli dopler USG ile her iki form daha net ayrılabilir ve bu da tedavi seçeneğini etkiler. IL-6 ve Tg düzeyleri de trott destruksiyonunu gösterir ve Tip II ve mix formda yükselir. Hastamızda zeminde bir trott hastalığı mevcut olup (multinodüler guatr) amiodoron tedavisi sonrasında hipertroidi gelişmiştir. RAIU testi düşük, trott sintigrafisi suprese ve otoantikörleri (+) olarak saptanmıştır ve hasta bu bulgularla tip I trottoksikoz kabul edilmiştir. Amiodorona bağlı trottoksikoz tedavisinde propiltiyourasil, karbimazol, metimazol, potasyum perklorat, steroid ve kollesistografik ajanlar kullanılır. Tip I tedavisinde thionamidler ve potasyum perklorat, Tip II tedavisinde glukokortikoid tercih edilir.

P143

PRİMER HİPOTROİDİ TANISI KONULAN HASTALARDA DOKU DOPPLER EKOKARDİYOĞRAFI İLE SOL VENTRİKÜL FONKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Edip Uçar, ²Ersan Semerci, ³Murat Çaylı, ⁴Ayça Akpınar, ¹Atılay Görgel, ¹Can Hüzmel, ¹Ertuğrul Bal

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²MKÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ⁴Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi, Acil ve İlk Yardım

Tiroid hormonları vücuttaki tüm sistemleri etkileyebilmektedir. Hipotiroidinin kardiyovasküler sistem üzerine olumsuz etkileri uzun yıllardır bilinmektedir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, hipotiroidi tanısı konulan hastalarda erken dönemde diastolik disfonksiyon gelişebileceği gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, yeni tanı konulmuş, tedavi almayan primer hipotiroidi hastalarında sol ventrikül sistolik ve diastolik fonksiyonlarının standart pulse doppler ekokardiyografi (PWD) ve doku doppler ekokardiyografi (TDI) ile değerlendirilmesidir.

Çalışmaya 21 yeni tanı konulmuş hipotiroidi hastası (19 erkek, 2 kadın, yaş ortalaması: 49.8 ± 11.8 yıl) ve 26 sağlıklı birey (17 erkek, 9 kadın, yaş ortalaması: 45.3 ± 8.8 yıl) alındı. Serbest T3 (fT3), serbest T4 (fT4) ve TSH için serum örnekleri alındı ve tüm hastalara PWD ve TDI yapıldı. Çalışmaya duvar hareket bozukluğu olanlar, atiyal fibrilasyon, konjenital kalp hastalığı, perikardiyal hastalık, solunum sistemi hastalığı, hematolojik, karaciğer ve böbrek hastalığı olanlar dahil edilmedi.

Sol atriyal diastolik çap hipotiroidi hastalarında kontrol grubuna göre daha geniş olduğu görüldü (p<0.01). Ayrıca posterior ve septal duvarların hipotiroidi hastalarında kontrol grubuna göre daha kalın olduğu görüldü (p=0.03 ve 0.077). Aort anülüs çapı, sol ventrikül çapı ve sistol ve diastol sonu volümler, ejeksiyon fraksiyonu açısından hasta ve kontrol grubu arasında istatistik olarak anlamlı fark görülmedi. Septal ve lateral miyokardiyal diastolik Em dalgası ve Em/Am oranının yeni tanı almış primer hipotiroidi hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü. Bunun yanında lateral miyokardiyal sistolik Sm dalgasının kontrol grubuna göre istatistik olarak anlamlı bir şekilde düşük olduğu saptandı, septal duvarda miyokardiyal Sm dalgası düşük olmakla beraber istatistik olarak anlamlı düzeye ulaşmadığı izlendi (p=0.035, p=0.105). Serum TSH seviyesi ile septal miyokardiyal Em/Am oranı arasında pozitif bir ilişki olduğu görüldü (p=0.035, r=0.487).

Sonuç olarak; yeni tanı konulmuş primer hipotiroidi hastalarında sistolik ve diastolik fonksiyon bozukluklarının belirlenmesinde doku doppler ekokardiyografi kullanılabilir.

P144

POLİKİSTİK OVER SENDROMUNDA HELİKOBAKTER PİLORİNİN ROLÜ

¹İrfan Yavaşoğlu, ²Mert Küçük, ³Burak Çıldıç, ¹Erol Arslan, ⁴Mehmet Gök

¹Jandarma Bölge Komutanlığı, Jandarma Dispanseri, İç Hastalıkları Bölümü, İstanbul, ²Jandarma Bölge Komutanlığı, Jandarma Dispanseri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul, ³Jandarma Bölge Komutanlığı, Jandarma Dispanseri, Radyoloji Bölümü, İstanbul, ⁴Jandarma Bölge Komutanlığı, Jandarma Dispanseri, Biyokimya Bölümü, İstanbul

Polikistik over sendromu (PKOS) üreme çağındaki en sık endokrin bozukluklardan biri olmasına rağmen sebebi belirsizdir. İnfertilitenin en sık nedenlerinden biridir. Helikobakter Piloni (H. Piloni), gastro-intestinal sistemde kronik gastritis, peptik ülser, mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma (MALT), gastrik kansere yol açabilen, yaygın kronik enfeksiyon etkenidir. Son yıllarda gastrointestinal sistem dışında birçok hastalıkta ilişkilendirilmiştir. Bunlar, akciğer hastalıkları (kronik obstrüktif akciğer hastalığı, bronşektazi, akciğer kanseri, tüberküloz, astım); damar hastalıkları (iskemik kalp hastalığı, inme, primer raynaud fenomeni, primer başağrısı); otoimmün hastalıklar (Sjogren sendromu, Henoch-Schonlein purpura, otoimmün trombositopeni, tirodit, Parkinson hastalığı, idiopatik kronik ürtiker, rosacea, alopesi areata); diğer bozukluklar (demir eksikliği anemisi, büyüme geriliği, kraciğer sirozu) olarak sayılabilir. Figura ve arkadaşları H. Piloni ile infertiliteyi ilişkilili bulmuştur. PKOS ile H. Piloni ilişkisini değerlendiren çalışmaya rastlanmadık. Çalışmamızda PKOS ve H. Piloni birlikteliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Çalışmamıza "European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) and the American Society for Reproductive Medicine (ASRM) 'nin' 2003 revize edilmiş konsensus kriterlerine göre PKOS tanısı koyduğumuz, 30 olgu (ortalama yaş 25 ± 5) ve 43 kontrol grubu (ortalama yaş 26 ± 5) aldık. " the one step H. pylori Test device (serum/plazma, ACON laboratories, Inc, 4108 Sorrento Valley Blvd., San Diego, CA 92121, USA)" kullanılarak serumda "rapid chromatographic immunoassay" yöntemle H. Piloni Ig G antikorları değerlendirildi. Hasta ve kontrol grubumuzda LH, FSH değerlerine baktık. Vücut kitle indeksi ölçüldü. Pelvik ultrasonografisi yapılarak sağ ve sol over volümleri ayrı ayrı ölçüldü. Ferriman ve Galloway skoru 2 farklı kişi tarafından değerlendirildi. Ortalaması alındı. Sürekli değişkenlerin incelenmesinde Student-t testi, kategorik verilerin değerlendirilmesinde Chi-square ve Fisher's exact testleri kullandık. PKOS grubunda H. Piloni antikor oranını anlamlı olarak yüksek bulduk (%40 karşın %9,3) (p=0.003).

Hem H. Piloni hem PKOS diabetes mellitus tip 2 ile birlikteliği sık bulunmuştur. H. Pylori enfeksiyonunda obezitenin sık görüldüğüne dair çalışmalar vardır. PKOS lu hastaların çoğu da obezdir.

Olası mekanizma olarak bakteri tarafından salgılanan bazı maddelerin sistemik etkileri ileri sürülebilir. H. Piloninin gastrointestinal sistem dışı etkilerinden mideden kaynaklanan sitokin temelli inflamatuvar yanıt etkisinden bahsedilir. Bir diğer mekanizma konakçı antijenleri ile bakteri antijenlerinin benzerliği ve konakçının savunma sisteminin cevabı olabilir. Sonuç olarak PKOS gelişiminde H. pilorinin rolü olabilir. Bu konuyu değerlendiren yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

P145

TİROTOKSİK OLMADAN GRAVES OFTALMOPATİSİN İLK BULGUSU OPTİK NÖRİT

İrfan Yavaşoğlu, Erol Arslan

Jandarma Bölge Komutanlığı, Jandarma Dispanseri, İç Hastalıkları Bölümü, İstanbul

Tirotoksikozun %60-80 neden Basedow-graves hastalığı olup oftalmopati hastaların %5-15'inde görülür. Hastaların %75'inde ise tirotoksikoz ortaya çıkmadan yıllar öncesinde ya da sonrasında gelişebilir. Göz dışı kasların tutulumu sıklıkla %10 tek taraftır. Optik nörit ise çok nadirdir. Oftalmopatinin derecelendirilmesi için NO SPECT skorlama sistemi kullanılır. Kırkdört yaşında erkek hasta sağ gözde görme kaybı ile başvurdu. Daha önceki değerlendirmelerinde optik nörit tespit edilen olgunun TSH, serbest T3 ve T4 değerleri iki kez normalmiş. Metil prednizon 250 mg/gün 3 gün sonrası 1 mg/kg/gün devam edilmiş. Orbital magnetik rezonans görüntülemesinde (MRG) sağda daha belirgin bilateral ekzoftalmus tespit edilmiş. Anti tiroglobulin, anti peroksizom antikorları negatif idi. TSH reseptör antikorları pozitif idi. Kraniyal MRG normaldi. Tiroid sintigrafisinde bilateral diffüz hiperplazi saptandı (resim). Hastada graves oftalmopatisi düşünüldü ve steroid tedavisi doz azaltılarak kesildi. Sağ gözde görme kaybı azalmakla birlikte tamamen düzelmedi. Sonuç olarak tirotoksikozun klinik ve laboratuvar bulguları olmaksızın graves oftalmopatisi ortaya çıkabilir ve optik nörit ilk bulgusu olabilir.

P146

HAFİF-ORTA HİPERTANSİYONLU OBEZ TİP 2 DİYABETİKLERDE

¹Deniz Yılmaz, ¹Şengül Aydın, ¹Osman Kara, ¹Neslihan Kurtulmuş, ¹Mustafa Çakırca, ¹Pınar Soysal, ¹Tufan Tükek

¹Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tip 2 diyabetik hastalarda insülin direnci önemli rol oynamaktadır. PPAR-gama aktivasyonu yapan ilaçlar tedavide insülin direncini azaltmak amacı ile kullanılmaktadır. Telmisartanın antihipertansif özelliği yanı sıra PPAR-gama aktivasyonu yaparak lipid ve glukoz metabolizmasına etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızın amacı, hipertansif tip 2 diyabetiklerde, telmisartan molekülünün amlodipine göre glukoz ve lipid metabolizmasına ilave fayda sağlayıp sağlamadığını araştırmaktır.

Çalışmamızda Kasım 2005 ve Mart 2006 tarihleri arasında Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları polikliniklerine başvuran yeni tespit veya bilinen diyabeti olan hafif obez ve hafif-orta hipertansiyonlu 39 (18E/21K) hasta alınmıştır. Tüm hastalara fizik muayene, tansiyon arteriyel ölçümleri, biyokimyasal parametreler, adiponektin düzeyi, insülin direnci, antropometrik ölçümler başlangıçta uygulanmış, rastgele yöntemle telmisartan (9E/11K) ve amlodipin (9E/10K) verilerek 2 gruba ayrılmışlardır. On iki hafta sonra ölçümler tekrarlanmıştır.

Amlodipin grubunda HbA1c, insülin, C peptid ve Homa ölçümleri başlangıç ve 12.hafta değerleri olarak farklı bulunmadı. İnflamatuar parametrelerden fibrinojen anlamlı olarak azalmış, ancak adiponektin düzeyi değişmemiştir. Telmisartan kullanan hasta grubunda, açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri ve HbA1c değerleri 12.haftada başlangıç değerine göre azalmış bulunuldu. Ancak fark anlamlı değildi. İnsülin düzeyinde anlamlı artış olduğu görüldü. İnflamatuar parametrelerden fibrinojen düzeyi değişmezken, adiponektin düzeyinde artış olduğu görüldü. Ancak aradaki fark anlamlı değildi.

SONUÇ: Benzer antihipertansif etkinlikleri saptanmasında rağmen telmisartan molekülünün amlodipin tedavisine kıyasla, bazı avantajları var gibi görünmesine rağmen insülin direncini artırıcı veya azaltıcı bir etkisi görülmemiş olup, HbA1c ve HOMA-IR üzerinde anlamlı etkisi saptanmamıştır. Ancak plazma lipidlerinde anlamlı düşüş telmisartan grubunda tespit edilmiş, adiponektin düzeyinde ise artış saptanmıştır.

P147

DİABETİK NEFROPATİDE SERUM İNFLAMATUAR BELİRTEÇ DÜZEYLERİ

¹Arzu Akşahin, ¹Melih Pamukcu, ¹Zafer Ercan, ¹E. Özlem Demirel, ²Gülseren Özuludağ, ¹Kamil Gönderen, ¹Safa Yıldırım

¹Ankara Yıldırım Beyazıt EAH 3. Dahiliye Kliniği, ²SB Dışkapı Çocuk Hast. Hastanesi Biyokimya Lab.

GİRİŞ: Diabetes Mellitusun (DM) akut faz reaktanları ile olan ilişkisi mevcut olabilecek düşük düzeyde bir inflamatuvar durumu düşündürmektedir. Daha önceki çalışmalarda idrarda albumin atılımı artmış olan diabetik vakalarda normaloalbuminürik olanlarla karşılaştırıldığında proinflamatuvar belirteçlerin serum seviyelerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Serum amyloid a (SAA) ve fibrinojen kardiyovasküler hastalık ile ilişkisi gösterilmiş akut faz reaktanlarıdır. Çalışmamızın amacı tip 2 DM vakalarında renal fonksiyonlarla inflamasyon göstergeleri arasındaki ilişkiyi incelemek ve diabetik nefropatinin evrelerinde seviyelerini karşılaştırmaktır.

MATERYAL-METOD: Yaşları 32 ile 85 arasında değişen 81 tip 2 DM tanısı almış olan hasta çalışmaya dahil edildi. Aktif enfeksiyonu, sistemik inflamatuvar hastalığı, bilinen koroner arter hastalığı yada MI öyküsü olanlar çalışmaya dahil edilmedi. İdrarda albumin atılım oranı 20-200µg/dk olanlar mikroalbuminürik, >200µg/dk olanlar proteinürik olarak belirlendi. Kreatinin klerensine göre de ≥90ml/dk, 89-60 ml/dk, 59-30 ml/dk ve ≤29 ml/dk olmak üzere gruplandı.

BULGULAR: CRP, SAA ve fibrinojen değerleri tüm vakalarda normal değerlerin oldukça üzerinde çıkarıldı. mikro ve makroalbuminürik gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı, ortalama değerler Tablo-1 de gösterilmiştir. GFR değerlerine göre alt gruplarda da bu belirteçler açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Ortalamalar Tablo-2 de gösterilmiştir. Gruplar arasında tek anlamlı farklılık ürik asit düzeylerinde saptanmıştır.

SONUÇ: Literatürde 2 çalışmada SAA değerleri ile idrar albumin atılımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada ise koroner arter hastalığı öyküsü olmayan DM hastalarının hepsinde nor-



malde yüksek serum inflammatuar gösterge düzeyleri saptanırken bu belirteçlerin nefropatiye yada SDBY ne gidişi belirlemedeki rolü gösterilememiştir. Bu konuda sadece ürik asit değerlerinin anlamlı olduğu düşünülmüştür.

Tablo 1.

İnflammatuar Belirteçler	Albuminüri düzeyleri			p
	Normoalb.	Mikroalb.	proteinürik	
Sedim	19,42±9,89	32,91±21,68	37,04±24,89	0,012
CRP (mg/Lt)	7,7 (min: 3,10; max: 56)	5,85 (min: 3,02; max: 174,0)	8,15 (min: 3,02; max: 148,9)	0,641
SAA (µg/ml)	85,62±24,23	78,43±31,53	80,42±34,89	0,678
Fibrinojen (mg/dl)	429,95±139,43	411,41±101,94	494,93±151,55	0,098
Ü. Asit (mg/dl)	4,19±0,93	4,72±1,43	5,75±2,18	0,021

Tablo 2.

İnflammatuar Belirteçler	GFR (ml/dk)				p
	≥90	89-60	59-30	<30	
Sedim	24,71±16,59	36,2±25,59	33,83±24,11	39,11±21,44	0,109
CRP (mg/Lt)	6,6 (min: 3,1; max: 148)	6,35 (min: 3,27; max: 174)	7,7 (min: 3,02; max: 148,9)	6,2 (min: 3,1; max: 58,6)	0,849
SAA (µg/ml)	79,62±29,59	79,76±32,69	84,37±33,69	80,49±31,74	0,908
Fibrinojen (mg/dl)	415,03±115,19	486,15±141,87	439,33±156,63	474,78±119,98	0,290
Ü. Asit (mg/dl)	4,21±1,13	5,18±1,46	5,69±2,13	5,80±2,39	0,014

P148

OLGU SUNUMU: SİNAMEKİ (CASSIA) ÇAYI KULLANIMINA BAĞLI HİPOGLİSEMİ

Uğur Muşlu, Fusun Topçugil, Sakine Leyla Aslan

İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Toplumda bitkisel ürünlerin kullanımı yaygındır. Bitkisel tedavi kullanımının yaygın olması bitkilerin kolay bulunabilmesine, hastaların doğal olduğu için bitkilerin zararsız olduğunu düşünmesine bağlıdır. Sinamekinin (Cassia) bilinen 500 çeşidi vardır ve ancak bunlardan 4-5 tanesi yaygın olarak kullanılmaktadır. Sinameki tarihte çok eskilerden beri konstipasyon tedavisinde kullanılmıştır.

Yapılan deneysel hayvan çalışmalarında; sinameki çiçek ekstresinin, (CFEt) pankreas beta hücrelerinden insülin salınımını arttırarak ya da periferel dokulara glikoz tranportunu hızlandırarak antihiperlipidemik etki gösterdiği belirtilmiştir. Bu literatür bilgileri ışığında fazla miktarda sinameki çayı tüketimi öyküsü olan, hipoglisemi ile acil servise başvuran kadın hasta olgu olarak sunulmuştur.

OLGU: Hipertansiyon nedeniyle 15 yıldır takipte olan 78 yaşındaki kadın hasta 2-3 haftadır kronik konstipasyon nedeniyle günde 1000-1400 cc sinameki çayı içmiş. Hasta bilinç bulanıklığı ile acile başvurduğunda kan şekeri 35 saptandı. BUN: 70 Kre: 2 K: 2,9 TA: 80/50 mmHg Nbz: 96 /dk saptanan hastanın kandesartan dışında ilaç kullanımı yoktu. Dekstroz infüzyonuna ara verildiğinde hipoglisemisi tekrarlayan hastanın yaklaşık 48 saat bu durumu devam etti. Fizik muayene ve tetkiklerinde hipoglisemiyi açıklayacak bulgu saptanmayan hastada etyolojik sinameki kullanımına bağlandı. Sinameki kullanımı kesilen hastanın kontrollerinde hipoglisemiyeye rastlanmadı.

SONUÇ: Fazla miktarda sinameki çayı tüketimi hipoglisemiyeye neden olmuş, diyareye bağlı prerenal akut böbrek yetmezliği tablosu, hipogliseminin uzun sürmesine ve direnç olmasına yol açmıştır. Doktorla başvuran hastalarda bitkisel ürün kullanımı dikkatle sorgulanmalıdır.

P149

KARIN AĞRISI İLE GELEN BİR OLGUDA MEN 1

¹Hüseyin Soylu, ¹Özlem Barak Serkant, ¹Aysun Halaçoğlu, ¹Oğuzhan Deniz Aydın, ¹Murat Süher, ²Olca Belenli

¹SB Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, ²SB Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

ÖZET: Karın ağrısı şikayeti ile gelen sekonder biliyer siroz tanısı alan hastada paratiroid ve hipofiz adenomu saptanarak MEN 1 tanısı konuldu.

GİRİŞ: MEN (multipl endokrin neoplazi) sendromları MEN 1 (Wermer sendromu) ve MEN 2 olmak üzere iki büyük gruba ayrılmıştır. MEN 1, otozomal dominant geçişli, paratiroid adenomu (%100), pankreas adacık hücre tümörü (%80), hipofiz adenomu (%50-60) tümörlerinden en az iki endokrin tümörün eşlik ettiği bir sendromdur.

Biliyer siroz ise; primer ve sekonder olarak injuri veya biliyer sistemin intrahepatik veya ekstrahepatik olarak uzun süre tıkanması sonucu oluşur.

OLGU: Sirta vuran karın ağrısı şikayeti ile başvuran 46 yaşında bayan hasta kliniğe yatırıldı. Hata karın ağrısını yaygın tarzda, ara ara azalan ancak tamamen geçmeyen, sirta yayılım gösteren bir ağrı olarak tarifliyordu. Öyküsünde kolelitiazis, koledokolitiazis nedeniyle koledokotomi, sonrasında sfinkterotomi uygulanmıştı. Takibinde koledok distal uçta striktür saptanan hastaya tekrar sfinkterotomi uygulanmıştı. Hastanın tüm başvurularında biyokimyasal parametrelerinde amilaz, lipaz, ALT, AST, ALP, GGT seviyesinde yükseklik olduğu dikkati çekiyordu. FM'de sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede hassasiyet dışında patolojik muayene bulgusu yoktu. Laboratuvarında AST: 142, ALT: 202, ALP: 351, GGT: 324, T. Bil: 1.3, D. Bil: 0.2, Amilaz: 78, Lipaz: 692, Ca: 10,5 idi. AMA-M2, ANA, ASMA, anti dsDNA normal, CA 19-9: 40,5 (0-35), ESR: 46 mm/h ve CRP: 30 mg/l (0-5) olarak sonuçlandı. Endoskopide pangastrit saptandı. Portal ven doppler usg'de intrahepatik safra yolları dilate görünümündeydi. MRCP'de pankreas kuyruk kesiminde boyut artışı ve ödem görünümü saptandı. Endosonografide, kronik pankreatit ya da geçirilmiş pankreatit şeklinde yorumlandı. KC biyopsisinde safra duktusu hasarına neden olan kronik karaciğer hastalığı şeklinde rapor edildi. A ve E vitamin düzeyleri düşük, vit D düzeyi normal olarak geldi. Kalsiyum ve PTH yüksekliği (PTH: 143 N: 11-67), paratiroid doppler ve sintigrafide 35x11 mm boyutlarında adenom ile uyumlu görünüm saptandı. Adet düzensizliği ve galaktoreisi olan hastada, hiperprolaktinemi, hipofiz MR da 7x3 mm boyutunda mikroadenom saptandı. Tekrarlanan MR'da pankreas dokusunda kalınlaşma ve inflamasyon ile uyumlu görünüm saptandı. Gastrin ve insülin düzeyleri normaldi

TARTIŞMA: Karın ağrısı nedeniyle başvuran hastada, koledokotomi sonrasında oluşan striktür nedeniyle sekonder biliyer siroz tanısı düşünüldü, KC biyopsisi ile bu tanı desteklendi. Malabsorpsiyon açısından tetkik edilirken paratiroid adenom ve prolaktinoma saptanması üzerine MEN 1 olduğu düşünüldü. MEN 1 tanısının 3. endokrinopatisini tam olarak karşılama da adacık hücre tümörlerine en son olarak tanı konulabileceği ve endosonografide ile ancak %55'in tanınabileceği göz önünde bulundurularak pankreas tm açısından izlenmesine karar verildi, biliyer siroz açısından ursofalk tedavisi başlandı.

P150

TIP 2 DİYABETLİ HASTALARDA DİYABET TEDAVİSİNİN ANKSİYETE VE DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

¹Hakan Cinemre, ¹Adem Güngör, ²Fatih Canan, ²Ahmet Ataoğlu

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, diyabet tedavisi alan Tip 2 diyabet hastalarının tedavi türünün anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisinin belirlenmesidir.

YÖNTEM: Çalışmaya Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Diyabet Polikliniği'nde ayakta takip edilen, ardışık 82 Tip 2 diyabet hastası dahil edilmiştir. Katılımcılara anksiyete ve depresyon düzeylerini tespit etmek amacıyla Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulanmıştır. Hastaların kullandığı ilaçlar sorgulanarak kaydedilmiştir. Sonuçlar istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

BULGULAR: Katılımcıların (54 kadın, 28 erkek) yaş ortalaması 49.81 ± 10.29 idi. Hastaların kullandıkları ilaçlara göre anksiyete ve depresyon seviyelerine bakıldığında; insülin kullananlarla kullanmayanlar, akarboz grubu kullananlar ve kullanmayanlar, tiyazolidinedion grubu kullananlarla kullanmayanlar, glinid grubu kullananlarla kullanmayanlar ve sulfonüre grubu kullananlar ve kullanmayanlar arasında anksiyete ve depresyon skorları ortalaması açısından anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Metformin kullanan hastaların depresyon skorları ortalaması (11.36 ± 5.58), kullanmayan hastalara göre (6.93 ± 4.03) istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p < 0.05).

TARTIŞMA: Çalışmamızın verilerine göre, Tip 2 diyabet hastalarının kullandıkları diyabet tedavisi çeşidinin, genel olarak anksiyete ve depresyon düzeyi üzerine etkisi yoktur. Bir istisna olarak, metformin kullanan hastalarda daha fazla depresif yakınma bulunmuştur. Bu bulgu, dolaylı olarak metforminin gastrointestinal yan etkilerine bağlı olabileceği gibi, bilinmeyen bir mekanizmayla da ilişkili olabilir. Bu konuda daha geniş kapsamlı ve prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

P151

TIP 2 DİYABET HASTALARINDA ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYİ

¹Ahmet Ataoğlu, ¹Fatih Canan, ²Adem Güngör, ²Hakan Cinemre

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, Tip 2 diyabet hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin sağlıklı popülasyondan farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesidir.

YÖNTEM: Çalışmaya Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Diyabet Polikliniği'nde ayakta takip edilen, ardışık 82 Tip 2 diyabet hastası dahil edildi. Kontrol grubunu, benzer sosyodemografik özelliklere sahip 92 sağlıklı gönüllü oluşturdu. Katılımcılara anksiyete ve depresyon düzeylerini tespit

etmek amacı ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) uygulandı ve sonuçlar istatistiksel analize tabi tutuldu.

BULGULAR: Tip 2 diyabet hastalarının anksiyete skorları ortalaması ile (8.14 ± 5.34) kontrol grubunun anksiyete skorları (8.04 ± 4.09) arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu (p> 0.05). Çalışmaya dahil edilen hastaların depresyon skoru ortalaması (7,67 ± 4,10) ile kontrol grubunun depresyon skoru ortalaması (7.18 ± 4.31) arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p> 0.05). Tip 2 diyabet hastaları, cinsiyete göre, anksiyete skoru ortalaması açısından karşılaştırıldığında; kadınların anksiyete skoru ortalaması (9.75 ± 5.80), erkeklerinkine göre (5.91 ± 3.67) istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulundu (p< 0.05). Depresyon skoru açısından cinsiyetler arasında fark görülmedi.

TARTIŞMA: Çalışmamızın verilerine göre Tip 2 diyabet hastalarının anksiyete ve depresyon düzeyleri sağlıklı popülasyondan farklılık göstermemektedir. Daha önceki çalışmalardaki verilerden farklılık gösteren bu bulgunun nedeni, çalışmaya dahil edilen hasta sayısının yetersiz olması ile ilişkilili olabilir. Ülkemizde bu konu ile alakalı daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

P152

HASTANEMİZDE DİYABETİK AYAK TEDAVİSİNDE AMPUTASYON UYGULANAN VE UYGULANMAYAN HASTALARIN GENEL ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ümmügül Üyetürk, Yeliz Bilir

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Diyabetik ayak, diyabete sıklıkla eşlik eden periferik arter hastalığı ve nöropati zemininde gelişen iskemiyeye, aşırı basınç yükü ve enfeksiyonun da eklenmesi sonucu oluşmaktadır. Bedensel, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönden kayıplara neden olmaktadır. Bu çalışmada diyabetik ayak amputasyonunda yaşın, cinsiyetin, açlık kan şekeri (AKŞ), HbA1c düzeylerinin, diyabet süresinin, sigara kullanımının etkisinin olup olmadığının araştırılması amaçlandı.

MATERYAL VE METOD: Hastanemizde 1 Ocak -31 Aralık 2007 tarihleri arasında diyabetik ayak nedeniyle tedavi gören hastalar retrospektif olarak araştırıldı. Yaşları, cinsiyetleri, açlık kan şekeri ve HbA1c düzeyleri, hastalık süreleri, sigara kullanımları kaydedildi. Amputasyon uygulanan ve uygulanmayanlar olmak üzere iki gruba ayrıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 40 hastanın 25'i (%62.5) erkek, 15'i (%37.5) kadındı. Erkeklerin 15'i (%67.5), kadınların 5'ine (%25) olmak üzere toplam 20 tanesine (%50), amputasyon uygulanmıştı. İstatistiksel olarak önemli fark olmasa da diyabetik ayak nedeniyle takip ve amputasyon uygulananlarda erkek hakimiyetinin olduğu görüldü.

Hastalar 41-74 yaş aralığındaydı. Amputasyon uygulananların yaş ortalaması 62.15±7.70, uygulanmayanların ise 59.20±8.40 yıldı.

AKŞ amputasyon uygulananlarda 223.90± 81.22 mg/dl, uygulanmayanlarda ise 195.60±68.5 mg/dl olarak bulundu. HbA1c amputasyon uygulananlarda 8.3±1.9, uygulanmayanlarda 8.01±1.7 olarak bulundu. Hastalık süreleri yönünden incelendiği zaman amputasyon uygulananlarda 13.42 ± 5.1 yıl, uygulanmayanlarda ise 13± 7.5 yıl olarak bulundu. 3 hastanın diyabet tanısı diyabetik ayak komplikasyonunun ortaya çıkmasıyla konulmuştu.

Sigara kullanımını yönünden incelendiğinde 17 (%42.5) hastanın sigara kullandığı, 15 (%37.5) hastanın kullanmadığı ve 8 hastanın (%20) bu yönden sorgulanmadığı bulundu.

SONUÇ: Hastaların AKŞ ve HbA1c düzeylerinin yüksek olması, yarısına yakınının sigara içmesi ve çoğunun sigara içimi konusunda sorgulanmamış olması düşündürücüydü. Diyabetik hastalarda ayak ülserleri ve alt ekstremitte amputasyonları önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Sağlık bakım giderlerinden önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu yüzden de diyabetik hastaların ayak muayenesi ihmal edilmemeli, ayak bakımı üzerine her kontrolde bilgi verilmeli, sigara kullanımı sorgulanmalı ve sigara bırakırılmalıdır.

Tablo 1.

	Amputasyon Uygulanmayan		Amputasyon Uygulanan		Toplam		X2	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet Erkek	10	50.0	15	75.0	25	62.5	2.667	0.102
Kadın	10	50.0	5	25.0	15	37.5		
Sigara Var	10	50.0	7	35.0	17	42.5	1.104	0.576
Yok	7	35.0	8	40.0	15	37.5		
Bilinmiyor	3	15.0	5	25.0	8	20.0		

Tablo 2.

	Amputasyon Uygulanmayan	Amputasyon Uygulanan	p
Yaş	59.20±8.40 yıldı	62.15±7.70	0.254
AKŞ (mg/dl)	195.60±68.5	223.90± 81.22	0.241
HbA1c	8.01±1.7	8.39±1.9	0.525
Diyabet süresi (yıl)	13± 7.5	13.42 ± 5.1	0.843

P153

EPILEPTİK NÖBETLE PREZENTE OLAN İDİOPATİK HİPOPARATİROİDİ

Edip Uçar, Murat Güllü, Can Hüzmeli, Tuğba Yetim, İsmail Tekiş

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Hipoparatiroidizm hayatı tehdit eden komplikasyonlarla seyreden, paratiroid hormon eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkan, hipokalsemi ve hiperfosfatemi ile karakterizedir.

Akut klinik bulgu ve semptomları; klasik hipokalsemi semptomlarına benzer olarak hafif ajitasyon, epilepsi ile karışabilen ciddi tonik-klonik nöbetler ve nöromuskuler irritabilitede artış şeklinde olabilir. Ayrıca kas krampları, yüzde ağrı, karnın ağrısı ve katarakt görülebilir. Biz burada epileptik nöbet şeklinde prezente olan idiyopatik hipoparatiroidli bir olguyu sizlerle paylaşmak istedik.

OLGU: 50 yaşında, erkek hasta acil servise el-kollarında kasılma, gözlerini kırpmaya ve ani başlayan bilinç bulanıklığı nedeniyle başvurdu. Kasılmaları ve göz kırpmaya nöbeti yaklaşık 30 dakika sürmüştü. 3 yıldır epilepsi tanısı ile takip edilen ve antiepileptik kullanan hastanın son 1-2 ay içinde nöbet sıklığının arttığı ve zaman zaman kas kramplarının olduğu bunun yanında sürekli öfke nöbetleri geçirdiği öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde kooperasyonunun azaldığı sorulara anlamsız cevap verdiği görüldü. Trousseau ve Chvostek müspetti. Diğer fizik muayene bulguları normaldi. Beyaz Küre: 10100/mm³, Hemoglobin: 11.6g/dL, Trombosit: 266000/mm³, Glukoz: 114mg/dL, Kan Üre Nitrojen: 13mg/dL, Kreatin: 1mg/dL, Sodyum: 136mmol/L, Potasyum: 4 mmol/L, Kalsiyum: 5mg/dL (8,9-10,3), Fosfor: 6,98 mg/dL (2,7-4,50) ve İntakt Parathormon (iPTH): <6 pg/mL (10-65) Total. Protein: 5,6g/dL Albumin: 3,2g/dL, Magnezyum: 1,6mmol/L, Alkalen Fosfat (ALP): 233mg/dL, 25-OH Vitamin D: 15 ng/mL (10-40) idi. Mevcut bulgular ve laboratuvar ile boyun cerrahisi öyküsü olmayan hastaya idiyopatik hipoparatiroidi tanısı kondu. Parenteral kalsiyum replasmanı yapılan hastanın şikayetleri hızla geriledi ve kalsiyum seviyesi normale döndü. Oral kalsitriol ve kalsiyum karbonat başlandı. Hasta halen polikliniğimizde takipte olup laboratuvar ve klinik olarak stabil olarak seyretmektedir.

Sonuç olarak acil servise epileptiform nöbet ile başvuran hastalarda hipokalsemi akla gelmeli ve kalsiyum seviyesi mutlaka değerlendirilmelidir.

P154

OBEZİTE VE TİROİD FONKSİYONLARI

Esmâ Altunoğlu, Ender Ülgen, Cüneyt Müderrisoğlu, Mustafa Boz, Füsün Erdenen

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Fazla kilo ve obezite günümüzde başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm dünyanın önemli sağlık sorunlarından biridir. Obezite kardiyovasküler, solunum, endokrin, gastrointestinal ve lokomotor sistemlerde önemli etkilere yol açar. Mortalite ve morbidite için bir risk faktörüdür. Obezite basit olarak alınan enerjinin harcanana göre fazlalığı sonucu gelişirse de genetik yapı, enerji metabolizmasını etkileyen durumlar, yeme alışkanlığı, sosyo kültürel faktörlerin kompleks etkileşimi sonucu meydana gelmektedir. Cushing sendromu, polikistik over sendromu, hipotiroidi gibi metabolizmayı etkileyen endokrin sistem bozuklukları obezite ile birlikte seyredebilir. Biz de çalışmamızda obezlerdeki tiroid fonksiyonlarını incelemeyi amaçladık.

MATERYAL – METOD: İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi obezite polikliniğinde 1 Ocak-31 Aralık 2007 tarihlerinin arasında yapılan bu kesitsel gözlem çalışmasına bilinen tiroid hastalığı olan ve tedavi gören hastalar dahil edilmedi. Hastaların boy, kilo, VKI, bel çevresi, bel-kalça oranları T4,TSH değerlerine bakıldı.

BULGULAR: Çalışmaya 21 erkek, 141 kadın olmak üzere toplam 162 hasta alındı. Olguların yaş ortalaması (yıl): 43,33±13,31, obezite yaşı (yıl): 16,62±11,83 idi. Bel çevresi (cm): 112,80±12,72, BKO: 0,86±0,07 VKI: 39,69±6,09 olarak ölçüldü. TSH (µ IU/ml): 2,70±2,63, T4 (ng/dl): 1,31±0,19 olarak bulundu. TSH<0,2 ve T4>1,7 olan hipertiroidik 2 kadın hasta tespit edildi. TSH>4,T4<0,8 olan hipotiroidik hasta yoktu. TSH> 4 olan 23 hasta tespit edildi. Bu vakalar subklinik hipotiroidi açısından tetkike alındı.

SONUÇ: Günümüzde aşırı kilo alımı ve obezite tüm dünyada önemli bir halk sağlığı problemidir. Obezite gelişimine neden olabilecek faktörler üzerinde sıklıkla durulmaktadır. Tiroid hormonlarının metabolizma üzerindeki etkileri nedeniyle obezite gelişiminde potansiyel bir faktör olabileceği düşünülmüştür. Ancak obezlerde yapılan çalışmalarda TSH normal ya da hafif artmış bulunmuştur. Obezlerin %10'unda aşikar hipotiroidi gözlemlenmiştir. Biz de çalışmamızda vakaların %14'ünde TSH düzeylerini yüksek bulduk. FT4 normal sınırlarda idi. Aşikar hipotiroidi tespit etmedik. Çalışmamızda tiroid hormonları ile obezite arasında anlamlı bir ilişki saptamadık. Bu bulgular tiroid hormonlarının obezlerde normal sınırlarda seyrettiği görüşünü desteklemektedir.

P155

TİP 2 DİYABET HASTALARINDA YEME BOZUKLUKLARI VE GLİSEMİK KONTROL ÜZERİNE ETKİSİ

¹Adem Güngör, ²Fatih Canan, ¹Hakan Cinemre, ²Ahmet Ataoğlu

¹Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, Tip 2 diyabet hastalarında yeme bozukluğu yaygınlığının ve glikemik kontrol üzerine etkisinin tespit edilmesidir.

YÖNTEM: Çalışmaya Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Diyabet Polikliniği'nde ayaktan takip edilen, ardışık 82 Tip 2 diyabet hastası dahil edildi. Katılımcılar, yeme bozuklukları açısından DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre sorgulandı ve glikozillenmiş hemoglobin A1c (HbA1c) düzeyleri ölçüldü.

BULGULAR: Katılımcıların (54 kadın, 28 erkek) yaş ortalaması 49.81 ± 10.29 idi. Yeme bozukluklarına göre sorgulandıklarında, hastaların 28'inde (%34.14) Tikinrcasına Yeme Bozukluğu (TYB), 2'sinde Bulimia Nervozası tespit edildi. Hiçbir hastada Anoreksiya Neuroza tespit edilmedi. TYB olan hastaların HbA1c ortalamasının (7.11 ± 1.65), TYB olmayanlara göre (6.32 ± 1.53), istatistiksel olarak anlamlı ola-



çak şekilde yüksek olduğu bulundu ($p < 0.05$). Kadın hastaların 18'inde (%33.3), erkek hastaların ise 10'unda (%35.7) TYB bulundu; cinsiyete göre anlamlı bir farklılık tespit edilmedi. DSM-IV-TR'de henüz yer almayan Gece Yeme Sendromu ise toplam 10 hastada tespit edilmekle birlikte, bu hastaların 5'inde ayrıca TYB de bulunmaktaydı.

TARTIŞMA: Bu verilere göre Tip 2 diyabetli hastalarda TYB oldukça yaygın bir bozukluktur. Çalışmamızda TYB'nin glisemik kontrolü olumsuz yönde etkilediği ortaya konmuştur. Tip 2 diyabetli hastaların yeme bozuklukları açısından taranması ve özellikle TYB'li hastaların psikiyatrik açıdan değerlendirilip tedavi edilmesi, glisemik kontrol açısından önemli gibi görünmektedir. Bu konuda, daha fazla hasta sayısı ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

P156

ABDOMİNAL OBEZİTEDE ARTERİYEL KAN BASINCININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ender Ülgen, Mustafa Boz, Cüneyt Müderrisoğlu, Esmâ Altunoğlu, Ayşe Kubat Üzüm, Füsün Erdenen

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Klinikleri

Obezite ve hipertansiyon fizyopatoloji temelleri tam aydınlatılmamış kronik, kompleks hastalıklardır. Abdominal obezite ile kardiyovasküler hastalıklar arasında sıkı bir ilişki olduğunu bildiren birçok araştırma vardır.

AMAÇ VE METOD: Obezite nedeniyle izlenen ve aşikar diyabeti olmayan, obez ve morbid obezlerde abdominal obezite ile arteriyel kan basıncı arasındaki ilişkiyi inceledik.

BULGULAR: Hasta popülasyonunun (20 erkek, 116 kadın toplam 136 kişi) genel özellikleri: Yaş (yıl): 42,17±13,26, obezite yaşı (yıl): 16,08±11,79, vücut ağırlığı (kg): 100,02±15,86, boy (cm): 160,11±7,86, bel çevresi (cm): 111,72±12,69, kalça çevresi (cm): 129,55±11,61, sistolik kan basıncı (mm Hg): 129,83±18,29, diyastolik kan basıncı (mm Hg): 78,74±8,28, CRP (mg/dl): 0,73±0,56, AKŞ (mg/dl): 97,24±24,05, üre (mg/dl): 26,41±12,38, kreatinin (mg/dl): 0,84±0,16, ürik asit (mg/dl): 6,23±1,18, total kolesterol (mg/dl): 200,54±38,26, trigliserid (mg/dl): 160,10±79,29, HDL-kolesterol (mg/dl): 48,04±11,37, LDL-kolesterol (mg/dl): 123,02±33,91, sodyum (mEq/l): 140,21±2,40, potasyum: (mEq/l): 4,91±3,58, C-peptid (ng/ml): 3,20±1,26, insülin (µU/ml): 15,29±9,1, TSH (µU/ml): 2,54±1,59, HbA1c (%): 5,98±0,83, vücut kitle indeksi (VKI) (kg/m²): 39,06±5,68, bel kalça oranı (BKO): 0,86±0,08. Hastalar obezite derecesine göre VKI<40 ve ≥40 olarak ikiye ayrıldı. Klinik ve laboratuvar verileri tabloda gösterilmiştir.

Klinik parametrelerin değerlendirilmesinde VKI arttıkça, bel çevresinin de arttığı ($p<0.001$), her ikisine paralel olarak sistolik ($p=0.01$) ve diyastolik ($p=0.006$) arteriyel kan basıncının da arttığı gözlemlendi. İncelenen popülasyonun büyük oranda kadın olması (%83) nedeni ile bel çevresindeki artışa paralel olarak kalça çevresinde de artış gözlemlendi. Abdominal obezitenin değerlendirilmesi için hastalar BKO<0.88 ve ≥0.88 olarak gruplandırıldığında abdominal obezitesi fazla olan grupta artmış insülin direnci (14.15±8.45 vs. 17.68±10.03, $p<0.05$) ve düşük HDL-kolesterol düzeyi (50.93±9.94 vs 43.42±10.86, $p<0.001$) ile birlikte özellikle artmış diyastolik ($p=0.003$) ve sistolik ($p=0.04$) arter basıncı tespit edildi. Bel çevresi<110 ve ≥110 cm olarak hastalar değerlendirildiğinde insülin direnci açısından anlamlı fark olmamakla birlikte, diyastolik kan basıncının artışı bel çevresi >110 cm olan grupta anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.02$).

SONUÇ: Çalışmamızda obez hastalarda VKI'nde 5 kg/m² artışa karşılık bel çevresi 14 cm; sistolik ve diyastolik kan basınçları yaklaşık 5-10 mm Hg artmış bulunmuştur. Abdominal obezite varlığında diyastolik kan basıncının daha belirgin olarak arttığı gözlemlenmiştir.

Tablo.

	VKI<40	VKI>40	p
Yaş (yıl)	40,14±14,10	45,46±10,96	0,023
Ağırlık (kg)	92,37±11,68	111,72±14,24	0,001
Boy (cm)	161,38±7,53	158,06±8,04	0,016
Bel (cm)	106,59±10,43	120,18±11,59	0,001
Kalça (cm)	124,10±9,41	138,47±9,19	0,001
BKO	0,86±0,07	0,87±0,09	0,49
Sist KB (mm Hg)	126,69±17,54	135,10±18,66	0,010
Diyast KB (mm Hg)	77,22±7,54	81,25±8,90	0,006
AKŞ (mg/dl)	95,45±20,01	100,21±29,46	1,67
İnsülin (µU/ml)	14,89±9,50	15,97±8,64	0,53
C-peptid (ng/ml)	3,10±1,38	3,34±1,09	0,33
HbA1c (%)	5,89±0,76	6,13±0,91	0,15
Kolesterol (mg/dl)	201,81±41,95	198,88±31,23	0,66
Trigliserid (mg/dl)	156,31±84,43	167,24±70,95	0,44
HDL (mg/dl)	49,00±11,17	46,27±11,65	0,18
LDL (mg/dl)	123,70±36,33	122,43±30,17	0,84

P157

GLUKOZ TOLERANS BOZUKLUĞU BULUNAN OLGULARDA SERUM ÜRİK ASİT DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI

¹Halil Genç, ¹Gökhan Erdem, ¹İlker Taşçı, ¹Teoman Doğru, ¹Alper Sönmez, ¹Gökhan Özgür, ²Serkan Tapan

¹GATA İç Hastalıkları Kliniği, ²GATA Biyokimya Anabilim Dalı

AMAÇ: Serum ürik asidinin, kardiyovasküler risk değerlendirmesinde oldukça önemli rolü olduğu çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda gösterilmiştir. Çalışmamızın amacı; glukoz tolerans bozukluğu ile sağlıklı bireylerde serum ürik asit düzeylerini araştırmaktır.

YÖNTEM: 118 glukoz tolerans bozukluğu bulunan hastalar (ortalama yaş: 48,41 ± 9,74, BMI: 27.37 ± 2,69) ile 95 sağlıklı kontrol grubunda (ortalama yaş: 47,23 ± 7,97, BMI: 26,74 ± 3,68) serum ürik asit düzeyine enzimatik yöntemle (Olympus AU 2700, Tokyo, Japonya) bakıldı.

BULGULAR: Glukoz tolerans bozukluğu bulunan bireylerde serum ürik asit düzeyi sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek bulundu (5,41±1,13/4,57±1,08, $p=0.000$).

SONUÇ: Bir çalışmada serum ürik asidi yüksekliğinin, obezite, hipertansiyon, hiperlipidemi, ve glukoz intoleransına eşlik ettiği görülmüştür. Çalışmamızda glukoz tolerans bozukluğu bulunan bireylerde kan ürik asit düzeyi yüksek tespit edilmiştir. Ürik asit düzeyinin yüksek oluşu kardiyovasküler risk artışı ile ilişkili olabilir.

P158

ŞUUR KAYBI İLE PREZENTE OLAN İKİ TİROTOKSİK KRİZ OLGUSU

Zeki Aydın, Alper Sonkaya, Başak Boynueğri, Ahmet Akın, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Tiroid krizi hipertiroidinin nadir ancak ciddi bir komplikasyondur. Genellikle Graves hastalığı ile birlikte ancak toksik multinodüler guatrda da gözlenebilir. Daha önce tedavi edilmemiş ya da yetersiz tedavi edilmiş bir hastada ani gelişen bir tablodur. Genellikle enfeksiyon, travma, operasyonlar, metabolik bozukluklar, gebelik toksemisi veya radyoaktif iyot tedavisi gibi olaylar krizi tetikler. Klinik tabloda ateş, terleme, taşiaritmiler, kalp yetmezliği, ciddi bulantı- kusma, ishal, ajitasyon, delirium ve hatta koma görülebilir. Burada şuur kaybı ile getirilen iki tiroid krizi olgusu sunulmuştur.

OLGULAR: Hastalardan biri 57, diğeri 65 yaşında ve her iki hasta da erkek idi. Son 3 haftadır giderek artan halsizliği, nefes darlığı ve kilo kaybı olan hastaların giderek şuurlarının kapandığı ifade ediliyor. Her iki hastanın da şuur kapalı, cilt terli ve nemli idi. Hastaların birinde hızlı ventrikül cevabı atrial fibrilasyon, diğeri ise sinüz taşikardi mevcuttu. Hastaların birinde tiroid nonpalpabl iken diğeri de multi nodüller mevcuttu. Daha önce bilinen tiroid hastalığı olduğu bilinmeyen hastaların yapılan tetkiklerinde TSH 0.01' in altında ve sT4 ölçülemeyecek kadar yüksek saptandı. Her iki hastaya da tirotoksik kriz tanısı konularak nasogastrik sonda takılarak, yüksek doz propiltiourasil (6x300 mg), sature potasyum iyodür, dekzametazon (IV) ve beta boker tedavisi başlandı. Beraberinde IV sıvı replasmanı yapıldı. Hastaların günler içerisinde kliniklerinde belirgin düzelmeye başladı, şuurları açıldı ve şifa ile taburcu edildi. Hastaların birine Graves hastalığı tanısı konuldu, hastalığı pnömomi provake etmişti. Diğer hastada Multinodüler guatr saptandı ve tiroid krizi için predispozan faktör saptanmadı.

TARTIŞMA: Tirotoksik kriz çok farklı tablolara ortaya çıkabilir. Eğer tanı konulamazsa öldürücüdür. Önceden tiroid hastalığı olduğu bilinen veya guatrı olan bir hastada bu klinik tabloya çıkmışsa laboratuvar sonuçları ortaya çıkmadan acil tedavi başlanmalıdır. Sunduğumuz hastaların birinde önceden bilinen bir tiroid hastalığı ve palpe edilen tiroid bezi yoktu. Şuur kaybı ile prezente olan hastalarda, önceden bilinen tiroid hastalığı olmasa dahi tiroid hormonlarına bakılmalı ve vakit geçirilmeden tedaviye başlanmalıdır, hatta klinik bulgular belirgin ise sonuçlar beklenmeden tedavi başlanmasının uygun olduğunu düşünmekteyiz.

P159

GAZIOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN DİYABETES MELLİTUSLU HASTALARDA EŞLİK EDEN HASTALIKLARIN SIKLIĞI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ümmügül Üyetürk, Binnur Şengezer, Faruk Kutlutürk

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

GİRİŞ VE AMAÇ: Diyabet hiperglisemiyile seyreden, tüm sistemleri etkileyebilen, kronik bir metabolizma hastalığıdır. Hiperglisemi direkt toksik etkiye veya glikoz metabolitlerinin hücre içi sinyal yollarında meydana getirdiği değişikliklerle doku hasarını oluşturur. LDL-kolesterol ile trigliseritlerin (TG) artması ve HDL-kolesterolün azalması da aterosklerozu hızlandırır. Sonuçta birçok komplikasyon ve hastalıkların oluşmasına neden olur. Bu çalışmada diyabetik hastalarda eşlik eden hastalıkların sıklığı, cinsiyet yönünden fark olup olmadığının araştırılması amaçlandı.

MATERYAL VE METOD: 1 Ağustos ve 30 Ekim 2007 tarihleri arasında iç hastalıkları polikliniğine başvuran diyabetik hastalar retrospektif olarak araştırıldı. Yaşları, cinsiyetleri, ek hastalıkları kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 199 diyabetik hastanın 57'si (%28.64) erkek, 142'si (%71.36) kadındı. En fazla görülen ek hastalık 129 (%64.8) hastayla hipertansiyon (HT) ve 43 (%21.6) hastayla hiperlipidemi (HL). Bunları koroner arter hastalığı (KAH), hipertirodi, konjestif kalp yetmezliği (KKY), hipotirodi ve böbrek hastalıkları izlemekteydi. Erkeklerin 30'unda (%52.6), kadınların 99'unda (%69.7) HT, erkeklerin 12'inde (%21.1), kadınların 31'inde (%21.8) HL, erkeklerin 8'inde (%14.3), kadınların 4'ünde (%2.8) KAH, erkeklerin 1'inde (%1.8), kadınların 7'sinde (%4.9) hipertirodi, erkeklerin 1'inde (%1.8), kadınların 5'inde (%3.5) KKY, erkeklerin 1'inde (%1.8), kadınların 3'ünde (%2.1) hipotirodi, erkeklerin 1'inde (%1.8), kadınların 4'ünde (%2.8) böbrek hastalığının mevcut olduğu saptandı. İstatistiksel olarak

erkeklerde KAH, kadınlarda HT'un anlamlı oranda fazla görüldüğü, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da diğer ek hastalıkların kadınlara daha fazla eşlik ettiği sonucuna ulaşıldı.

SONUÇ: Diyabetik hastalarda komplikasyonlardan korunmak için kan şekeri ve tansiyon arteriyel regüle edilmeli, HbA1c değeri normal sınırlara çekilmeli ve LDL-Kolesterol ve TG düşürülmelidir. Diyabetin komplikasyonu olarak ortaya çıkan veya diyabet üzerine etkisi olan eşlik eden hastalıkların takip ve tedavisine önem verilmelidir. Diyabetik hastaların çoğunluğunu kadınların oluşturması, diyabet konusunda kadınlara verilen eğitimlerin artırılması gereğini düşündürmektedir.

erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu, total kolesterol, LDL-kolesterol ve HDL-kolesterolünde kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu.

SONUÇ: Polikliniğimize başvuran diyabetik hastaların çoğunluğunu kadınların oluşturması özellikle günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde oranı gittikçe artan ve diyabet açısından önemli risk faktörlerinden olan obezitenin kadınlarda daha fazla görülmesine bağlanabilir. Yine lipid profilinin kadınların aleyhine bozuk olması bunu desteklemektedir. Ayrıca AKŞ ve HbA1c değerlerinin her iki grupta da hedeflenen değerlerden yüksek olması, diyabetik hastaların takip ve tedavisinde hedeflenen değerlere ulaşılmadığını, konuya verilen önemin artırılması gerektiğini göstermektedir.

Tablo.

	Cinsiyet			X ²	p
	erkek	kadın	toplam		
Hipertansiyon	n (%)	n (%)	n (%)	4.485	0.034 *
Yok	27 (47.4)	43 (30.3)	70 (35.2)		
Var	30 (52.6)	99 (69.7)	129 (64.8)		
Hiperlipidemi				-	1.000
Yok	45 (78.9)	111 (78.2)	156 (78.4)		
Var	12 (21.1)	31 (21.8)	43 (21.6)		
Koroner arter hastalığı				-	0.005*
Yok	48 (85.7)	138 (97.2)	186 (93.9)		
Var	8 (14.3)	4 (2.8)	12 (6.1)		
Konjestif kalp yetmezliği				-	0.676
Yok	56 (98.2)	137 (96.5)	193 (97)		
Var	1 (1.8)	5 (3.5)	6 (3)		
Hipertiroidi				-	0.443
Yok	56 (98.2)	135 (95.1)	191 (96)		
Var	1 (1.8)	7 (4.9)	8 (4)		
Hipotiroidi				-	1.000
Yok	56 (98.2)	139 (97.9)	195 (98)		
Var	1 (1.8)	3 (2.1)	4 (2)		
Böbrek hastalığı				-	1.000
Yok	56 (98.2)	138 (97.2)	194 (97.5)		
Var	1 (1.8)	4 (2.8)	5 (2.5)		

P160

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN DİYABETES MELLİTUSLU HASTALARIN GENEL ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Ümmügül Üyetürk, ¹Binnur Şengezer, ²Çiğdem Usul Afşar

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tokat, ²SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Diyabetes mellitus, insülin hormon sekresyonunun ve/veya insülin etkisinin mutlak veya göreceli azlığı sonucu karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında bozukluklara yol açan hiperglisemik, kronik metabolizma hastalığıdır. Düzenli takip ve tedavi yapılmazsa birçok komplikasyona neden olmaktadır. Sonuçta hastaların yaşam sürelerinde kısaltmaya ve hayat kalitelerinde bozulmaya neden olmaktadır. Bu çalışmada iç hastalıkları polikliniğimize başvuran diyabetik hastaların yaşları, diyabet süreleri ve açlık kan şekeri (AKŞ), HbA1c, kan üre azotunu (BUN), kreatinin ve lipid profillerinin cinsiyetleri yönünden karşılaştırılması amaçlandı.

MATERYAL VE METOD: İç hastalıkları polikliniğimize 1 Ağustos- 30 Ekim 2007 tarihleri arasında başvuran diyabetik hastalar retrospektif olarak araştırıldı. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, AKŞ, HbA1c, BUN, kreatinin ve lipid profilleri kaydedildi. Veriler istatistiksel olarak SPSS paket programı kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR: Bu tarihler arasında toplam 199 hastanın başvurduğu saptandı. Bu hastaların 57'si (%28.64) erkek, 142'si (%71.36) kadındı. Kadın ve erkek hastalar karşılaştırıldığı zaman yaş ortalamaları, diyabet süreleri, AKŞ, HbA1c ve TG açısından fark olmadığı, BUN ve kreatinin değerlerinin ortalamalarının

Tablo.

	Erkek		Kadın		t	p
	n	Ort±SS	n	Ort±SS		
Yaş	57	58.67±9.4	142	55.77±10.6	1.791	0.075
DM süresi	57	8.35±7.08	142	9.09±6.49	0.698	0.486
AKŞ	57	178.61±67.29	142	173.70±75.03	0.674	0.501
HbA1c	57	7.79±2.17	142	7.16±1.87	2.007	0.046
BUN	57	19.21±6.13	142	16.87±7.71	3.307	0.001*
Kreatinin	57	1.03±0.32	142	0.82±0.42	4.843	0.000*
Total-Kol	57	182.11±41.36	142	204.95±44.67	3.304	0.001*
LDL-Kol	57	98.16±35.70	142	118.27±35.81	3.558	0.000*
HDL-Kol	57	42.16±12.65	142	48.27±12.62	3.061	0.003*
Trigliserit	57	203.71±161.8	142	192.18±109.4	0.202	0.839

P161

BÖLGEMİZDE GRAVES HASTALIĞI REMİSYON SÜRELERİ VE RELAPS ORANLARI; RETROSPEKİF SONUÇLARIMIZ

¹Cemil Bilir, ¹Hakan Cinemre, ¹Fezvi Gökosmanoğlu, ²Nermin Akdemir

¹Düzce Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

GİRİŞ: Graves hastalığı tedavi sonuçları, tedavi sonrası relaps oranları bölgeler arası farklılıklar göstermektedir. Biz endemik guatr bölgesi olan Düzce de Tıp Fakültesi polikliniğimizin 5 yıllık sonuçlarını sizlerle paylaşmak amacıyla çalışmamızı planladık.

METOD: Uzun dönem (en az 1 yıl) propiltiurasil kullanan 89 Graves hipertiroidi hastasının 24 ay tedavi sonrası da 24 aylık takip sonuçları retrospektif olarak incelendi. Remisyon tanısı laboratuvar ve klinik olarak konuldu. 2003 ve sonrası düzenli takibe gelen hastalar çalışmaya alındı.

SONUÇ: Bölgemizde klinik ve subklinik hipertiroidi sıklığı poliklinik bazlı verilere dayanarak sırasıyla %3.4 ve %3 'tü. 89 graves hastasının 62'si kadın (%69), 19'u erkekti (%31). Hastaların yaş ortalaması 45+/-12 di. Antitiroid ilaç olarak propiltiurasil kullanılmış olup 300-600mg tedavi dozunda kullanılmıştı. İlk yıl ötiroidizm sağlanan (remisyon) hasta sayısı 58 (%66), ikinci yıl sonunda bu oran 72 (%81) e çıkmaktadır. 2 yıl sonunda dirençli hipertiroidizm bölgemizde %19 gibi yüksek bir oranda saptanmıştır. Remisyon sonrası yaklaşık 10 +/-8 ay sonra %28 oranında relaps görülmektedir. Ciddi yan etkiler arasında agranülositoz (%2.3), kolestatik tipte hepatit (%3.3) gibi yüksek oranda görülmüştür.

TARTIŞMA: Başarılı antitiroid ilaç tedavi sonrası bölgemizde relaps sıklığı %28 oranında görülmektedir. 2 olası faktör; tiroid glandının büyüklüğü ve iyot eksikliği bölgemizdeki relaps sıklığını açıklayabilir. Ayrıca yüksek dozda antitiroid ilaç kullanımında nadir görülen yan etkilerin bölgemizde sık görülmesine yol açmaktadır. Bizim önerimiz Batı Karadeniz gibi iyot eksikliği ve guatr prevalansının yüksek olduğu yerlerde hipertiroidi tedavisinde radyoaktif iyot ve cerrahi tedavinin ilk seçenek olarak uygun hastalarda düşünülmesi.

P162

TİROİD PALPASYONU, TİROİD ULTRASONU VE TİROİD İĞNE ASPIRASYON BİYOPSİSİ; ENDEMİK GUATR BÖLGE SONUÇLARI

¹Cemil Bilir, ¹Hakan Cinemre, ¹Fezvi Gökosmanoğlu, ³Ümran Yıldırım, ²Ramazan Büyükkaya

¹Düzce Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Düzce Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, ³Düzce Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Seçilmemiş hasta popülasyonlarında yapılan çalışmalarda ultrasonda (USG) tiroid nodül sıklığı %20-76 arasında değişmekle beraber bu oran özellikle iyot eksikliği olan bölgelerde yüksektir. Ayrıca palpabl nodülü olan bir kişide tiroid USG 'de ikinci nodül görülme olasılığı da %20-48' dir. Bu tiroid nodüllerinin ise çoğu benignidir. Tiroid nodüllerinin incelenmesinde en sık kullanılan yöntem tiroid ince iğne biyopsisidir. Perkutan biyopsilerde nondiagnostik sonuç oranları %20' ye kadar çıkarken USG eşliğinde bu oran tiroid boyutuyla ilişkili olmakla birlikte 1cm ve üzeri nodüllerde %5-10' lara gerilemektedir.



METOD: 2006-2007 yılları arasında Düzce Tıp F. İç hastalıkları polikliniğine ilk defa başvuran hastalar cins, yaş, şikayet ayrımı yapılmadan ardışık olarak çalışmaya alındı. Hastalarda rutin tiroid fonksiyon testleri istenerek tiroid ultrasonları yapıldı.

SONUÇ: Çalışmaya alınan hasta sayısı toplam 363'tü. 111 erkek (%30), 252 hasta (%70) kadındı. Ortalama yaş 46 (SD 15.3) olup hastaların gene özellikleri Tablo 1 de verilmiştir.

Tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılan 70 hastanın 9 tanesi (%12.8) yetersiz, 59 tanesi (%84.2) benign, 2 tane süpheli biyopsi raporuyla cerrahiye gitti ve cerrahi sonucu mikroföliküler adenoma olarak geldi.

TARTIŞMA: Düzce endemik guatr bölgesi olmakla birlikte bölgemizde tiroid nodül sıklığına ilişkin prevalans çalışması yoktur. Çalışmamız her ne kadar saha çalışması olmasa da tiroid nodül sıklığı hakkında genel bir fikir vermesi açısından önemlidir. Palpabl nodül sıklığı %32 iken USG de bu oran %43.4'e çıkması poliklinik şartlarında ayrıntılı bir boyun muayenesinin önemini göstermektedir. Bölgemiz konusunda dikkat çeken bir diğer konu tiroid kanserlerinin nodül sıklığı ile benzer şekilde yüksek saptanmamasıydı. USG de %43 nodül sıklığına karşın malignite sıklığımız %2.8'di. Endemik guatr bölgesi olmak nodül sıklığını arttırsa da tiroid malignite sıklığı literatürle benzerlik göstermektedir.

Sonuç olarak daha dikkatli bir fizik muayene ve özellikle riskli hastalarda tiroid USG si istenmeli. Özellikle bayanlar açısından bölgemiz multinodüler guatr için endemiktir ve fizik muayenede saptanan veya USG'de 10 mm ve üzeri tiroid nodüllerine cerrahi düşünülmeden önce mutlaka biyopsi yapılarak değerlendirilmelidir. 10 mm altındaki nodüllerde ailesel malignite riski, USG de süpheli görünüm yoksa takip alınarak takip sonucuyla nodüllerin tekrar değerlendirilmesi uygun bir yaklaşım olacaktır. Tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisinde süpheli veya malignite pozitif gelen hastalara cerrahiye yönlendirilmelidir.

Tablo.

	Erkek	Kadın	Toplam
Hasta sayısı	111 (%30)	252 (%70)	363
Diyabet	21 (%18.9)	30 (%11.9)	51 (%13.9)
Hipertansiyon	30 (%27)	65 (%25.8)	95 (%26.1)
Koroner arter H.	12 (%10.8)	21 (%8.3)	33 (%9)
Multinodüler guatr	10 (%9)	27 (%10.7)	37 (%10.1)
Palpabl nodül varlığı	41 (%36.9)	75 (%29.7)	116 (%32)
USG nodül varlığı	49 (%44.2)	111 (%44)	160 (%43.4)
Hipertiroidi	15 (%13.5)	24 (%9.5)	39 (%10.7)
Hipotiroidi	7 (%6.3)	26 (%10.3)	33 (%9)

P163

DİRENÇLİ HİPERTİROİDİLERİ ERKEN DÖNEMDE TESPİT EDEBİLİR MİYİZ? TİROİD USG VE DOPPLERİNİN YERİ

¹Cemil Bilir, ¹Hakan Cinemre, ¹Fezai Gökösmanoğlu, ²Nermin Akdemir, ³Ramazan Akdemir

¹Düzce Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ³Dişkapi YB Eğitim Araştırma Hastanesi, Kardiyojloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Hipertiroidizmde en sık kullanılan tedavi yöntemi antitiroid ilaçlar olup bunu cerrahi ve radyoaktif iyot tedavileri izler. Antitiroid ilaç kullanımı tanı anından itibaren 2 yılı bulabilmektedir hatta bazı hastalarda relaps dönemleriyle çok daha uzun sürelerde kullanım olabilmektedir. Buna bağlamda agranülozitoz, aplastik anemi, kolestatik tarzda hepatit, ürtiker gibi bir çok ciddi yan etkiye görülebilmektedir. Endemik guatr ve iyot eksikliğine bağlı replasman yapılan bölgelerde de muhtemelen tedavi süresi ve dolayısıyla yan etki sıklığı da daha fazladır. Bizim bu çalışmadaki amacımız hipertiroidizm tanısını koyduğumuz anda hangi hastaların kısa sürede remisyonla gireceğinin hangisinin ise remisyonla girme olasılığının daha zor olduğunu tahmin edebilir miyiz?

METOD: Polikliniğimizde ilk defa hipertiroidi tanısı alan Graves hastaların tiroid ultrason ve dopplerleri yapılarak hastalara methimazol tedavisi başlandı. Çalışmaya alınan hastalar 3 ay aralarla serum parametreleri, TSH ve serbest T3-4 hormon düzeyleri normale gelince de tekrar doppler USG parametreleriyle takip edildi.

SONUÇ: Çalışmaya alınan 26 hastadan 23 tanesi takiplere gelerek çalışmayı tamamladı. Hastaların genel özellikleri ve doppler USG sonuçları tablo 1'de karşılaştırılmıştır. Remisyon süresi TSH normalizasyonu sağlanan grupta ortalama 8.9 (SD 5.4) ay, TSH baskın kalan grupta ise 18.5 (SD 1.5) aydı. Ayrıca TSH normalizasyonu olan grupta 24 aylık tedavi relaps görülmezken diğer grupta 1 hastada relaps görüldü.

TARTIŞMA: Çalışmamız tiroid ultrason-dopplerlerin hipertiroidi tanı ve takibinin dışında tedavi seçimine de yardımcı olabileceği tezini doğruladı. TSH'nin normal değerlere kısa sürede gelmemesi, Tiroid volumünde anlamlı azalma olmaması, Peak sistolik akım ve rezistans indekslerinde azalma olmayıp hatta artma görülmesi bu parametrelerin dirençli hipertiroidi tespitinde kullanılabileceğini gösterdi. Daha önce yapılan çalışmalarda tiroid volumüyle relaps arasında ilişki, remisyonun görüldüğü vakalarda tiroid volumünün daha anlamlı azalma gösterdiği gösterilmişti çalışmamız bunlara doppler parametrelerinde katarak remisyon süresiyle ilişki kuran ilk çalışmadır.

Sonuç olarak hasta sayımız yeterli olmasa da TSH normalizasyonun görüldüğü hastalarda daha anlamlı olarak TSH, PSV ve Rezistan indeksin değişiklik göstermemesi, tiroid volumünde anlamlı azalma olması tezimizi destekler sonuçları ortaya koydu. Bu hastalarda hipertiroidi relapsının da görülmemesi literatürdeki çalışmalarla uyumludur.

Bizim önerimiz hipertiroidi tanısı ilk defa konulduğunda ve 6.ayda tiroid doppler USG tekrarlanarak sonuçların karşılaştırılması. Tiroid volumünde azalma olmaması, TSH değerinde anlamlı düzelmeme olması ve PSV ile RI' te gerileme olmaması bu hasta grubunda cerrahi veya radyoaktif tedaviye düşünmemiz gerekir.

Ancak bu düşüncemizin klinik uygulamaya girmeden önce daha fazla hasta sayısı içeren çalışmaların gerekliliğine inanmaktayız.

Tablo.

	Remisyon var n=16		P	Remisyon yok n=7		P
	Tedavi öncesi	Sonrası		Tedavi öncesi	Sonrası	
TSH	0.019	1.54	<0.001	0.005	0.014	0.11
Serbest-T4	28.5	14	<0.001	62	18	0.028
Tiroid Volumü	29.8	26.8	0.01	40.9	38.6	0.61
CIMK	0.77	0.72	0.01	0.88	0.77	0.04
PSV	40.8	33.4	0.083	43	52.4	0.23
Rezistan İndeks	0.62	0.55	0.007	0.56	0.71	0.23

P164

TİROTOKSİK HİPOKALEMİK PERİYODİK PARALİZİ: BİR OLGU SUNUMU

¹Mehmet Ali Nahit Şendur, ¹Levent Kılıç, ¹Volkan Atmış, ¹Tolga Yıldırım, ²Mustafa Arıcı, ³Miyase Bayraktar

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Ünitesi, ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Ünitesi

GİRİŞ: Hipokalemik periyodik paralizi primer ve sekonder sebeplere bağlı olarak görülürken sekonder nedenlerin en sık sebebi tirotoksikozdur. Tirotoksik hipokalemik periyodik paralizi daha çok uzakdoğu ve asya toplumlarında görülmele beraber ani kas güçsüzlüğü ve ciddi hipokalemi atakları ile seyreden nadir bir hastalıktır. Hipokalemiye hipofosfatemi ve kreatin kinaz yüksekliliği de eşlik edebilir.

OLGU: 35 yaşında bayan hasta sabah saat 07'de son bir haftadır devam eden bacaklarında ve kollarında ağrı ile aniden gelişen yürüyememe şikayeti ile hastanemize başvurdu. Şikayetlerinin yiyecekler ile ilgili yoktu. Hastanın son 3-4 gündür de ateş basması, sinirlilik ve halsizlik şikayetleri mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde 2 yıl önce zehirli guatr nedeni ile antitiroid tedavi aldığı ve hastanın bu tedavisi 1 yıl önce kendisinin kestiği ve de kontrole gitmediği öğrenildi. Soygeçmişinde ise özellik yoktu. Nörolojik muayenede üst ekstremitelerde kuvvet kaybı saptanmazken bilateral alt ekstremitelerde proksimal ve distalde 3/5 kuvvet kaybı saptandı. Hastanın diğer nörolojik muayenesi normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde, serum potasyum değeri 2,2 mEq/l (3,5-5,5 mEq/l) kreatin kinaz değeri 1880 U/l (35-170 U/l), bisitopeni ve karaciğer fonksiyon testlerinde 20 kat artış saptandı. Elektrokardiyografisi atrial flutter ile uyumlu idi. 24 saatlik idrarda potasyum 16,3 mEq/l (23-125 mEq/l) olarak geldi. Hastaya toplam 40 mEq potasyum 2 saatte verildikten sonra hastanın ölçülen potasyum 4,1 mEq/l olarak bulundu. Hastanın kas gücünün tamamen normale döndüğü izlendi. Hastaya propranolol 40 mg/gün başlandı. Sonraki tetkiklerinde Tiroid uyarıcı hormon (TSH) <0,005 uIU/ml (0,27-4,2 uIU/ml) ve serbest tiroksin 64,38 pmol/L (12-22 pmol/l) olarak geldi. Hastaya antitiroid tedavi başlandı. Hastanın izleminde tedavinin beşinci gününde ritmi normal sinus ritmine dönerken, karaciğer fonksiyon testleri belirgin olarak geriledi, kreatin kinaz seviyeleri normal sınırlara düşerken bisitopenisi de düzeldi. İzleminde hastanın tekrar atağı olmadı ve potasyum değerleri normal sınırlarda seyretti, tedavinin 6.gününde hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Tirotoksik hipokalemik periyodik paralizi tirotoksikozun nadir bir komplikasyonudur; bati toplumlarında prevalansının %0,1-0,2 olduğu bildirilmektedir. Tirotoksikozu neden olan her durumda görülebileceğinden önemlidir. Tedavide akut dönem ve tirotoksikozu tedavisi olmak üzere iki basamaktan oluşur; erken dönemde parenteral potasyum tedavisi yapılırken, uzun dönemde de beta blokerler ve antitiroid tedavi kullanılmalıdır.

P165

ÇİFT ADENOMA BAĞLI HİPERPARATİROİDİ

Ömer Kaya, Osman Erinç, Mehmet Tayfur, Murat Dilmener
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Hastanede yatmayan hastalarda en sık hiperkalsemi sebebi primer hiperparatiroididir. Primer hiperparatiroidinin nedenleri sıklık sırasıyla tek adenom (%80-85), hiperplazi (%15), çift adenom (%5) ve karsinomdur (< %1). Hiperplazi ile çift adenomun ayrımı zordur ve operasyon sırasında deneyimli bir cerrahin paratiroid bezlerini değerlendirilmesi ve frozen inceleme yapılması önemlidir. Doğru tanı konulmaması gereğinden fazla ekzizyon veya nüks riskini artırır. Burda primer hiperparatiroidiye neden olan çift paratiroid adenomu olan bir olgu sunuldu.

OLGU: Yetmiş dört yaşında kadın hasta, bir aydır olan halsizlik, fazla uyuma, bulantı ve kabızlık şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde, 10 yıldır hipertansiyon, 35 yıl önce apandisit. Soygeçmişinde özellik yok. Fizik muayenesinde patolojik bir bulgu saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde hiperkalsemi ve hipofosfatemi (Ca=14 mg/dL, P=2 mg/dL, albümin=3.8 g/dL) tespit edildi. Diğer biyokimyasal değerleri ve idrar tahlili normaldi. Hiperkalsemi ayrıcı tanısı için istenen intakt parathormon 506 pg/ml saptanması üzerine hiperparatiroidi düşünüldü. Paratiroid ultrasonografisinde sağ tiroid lobu inferiomedial komşuluğunda hipoekojen karakterde 17x9,3 mm boyutlarında nodüler oluşum ve tiroid sol lob inferiolateral komşuluğunda, benzer eko yapısında 8x6,2 mm boyutlarında ikinci bir nodül saptandı. Bilateral olması nedeniyle paratiroid adenomundan çok hiperplazi olasılığı öncelikle düşünüldü. Çift fazla paratiroid sinigrafisinde sağ lob posteriorunda büyük ve sol lob posteriorunda daha küçük yoğunlukta iki adet aktivite

tutulumu izlenmesi üzerine çift paratiroid adenomu söz konusu olabileceği düşünüldü. Kemik mineral yoğunluğu incelemesinde osteoporoz tespit edildi (Lomber vertebra T skoru=-3.4,femur T-skoru=-4.5). Yirmi dört saatlik idrar kalsiyumu 511 mg ölçüldü. Uzun kemik ve pelvis grafleri normal bulundu. Cerrahi kliniğine operasyon için sevk edilen hastanın her iki adenomu ve bir normal normal paratiroid bezi çıkarıldı. Histolojik incelemede çift paratiroid adenomu ve bir adet normal paratiroid dokusu saptandı.

SONUÇ: Primer hiperparatiroidi tespit edilen olgularda soliter adenom, çift adenom ve hiperplazi ayırımı önem taşımaktadır. Hastaların operasyon öncesinde klinisyen, operasyon sırasında cerrah ve patoloji tarafından ayrıntılı olarak değerlendirilmesi doğru tanının konulması ve böylece nüks ve reoperasyon riskinin en aza indirilmesi için önemlidir.

P166

DİYABETLİ BİREYLERDE GLİSEMİ VE DİSLİPİDEMİ KONTROLÜ

Abdullah Katgı, Sibel Sevinç

Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi

Dünya sağlık örgütüne göre 2000 yılında dünyada 171 milyon olan diyabetli birey sayısı 2030 yılında 366 milyon olacağı, Türkiye'de ise 2000 yılında 2.9 milyon olan diyabetli bireylerin 2030 yılında 6.4 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar da tüm dünyada ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Hipertansiyon, sigara içimi, diyabet, hiperlipidemi koroner kalp hastalığı gelişimi için bağımsız risk faktörleridir. Tip 2 diyabetik bireylerde trigliserid yüksekliği ve HDL düşüklüğü ile karakterize dislipidemi görülmekte, kardiyovasküler hastalıklar 2-4 kat daha sık görülmekte ve diyabetik bireylerin yaklaşık %65'i kardiyovasküler olaylardan ölmektedir.

Buradan yola çıkarak bu çalışmanın amacı; a) diyabetli bireylerde glisemik kontrol durumunu b) diyabetli bireylerde kan lipid düzeylerini ve tedavi başarısını belirlemektir.

Araştırmanın örneklemini 31 Mart-30 Haziran 2008 tarihleri arasında Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniklerine başvuran, diyabet tanısı almış ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden 160 diyabetli birey oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu, Hasta Laboratuvar Formu olmak üzere iki form kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda, olguların yaş ortalaması, 55.7 ± 9.3 olup, %38.8'i 50-59 yaş grubunda, %63.1'i kadın, %85.6'sı evli, %58.8'i ilköğretim mezunu, %60'ının ev hanımı olduğu saptanmıştır. Diyabetli bireylerin %72.5'i sigara içmemekte, %45'i fazla kilolu, %78.1'i diyabet eğitimi almamış, %46.3'ü yürüyüş yapmaktadır. Diyabet yılı ortalaması 9.1 ± 6.8'dir. Olguların A1c ortalaması 8.7 olup, %18.8'inin glisemik düzeyleri kontrol altındadır. Diyabetli bireylerden %70'i oral antidiyabetik ilaç, %57.5'i antihipertansif ilaç kullanmakta, %69.4'ü ise dislipidemi için tedavi almamaktadır. Olguların arteriyel kan basıncı ortalaması 129/80 mmHg, açlık kan şekeri değeri ortalaması 179.8mg/dl tokluk kan şekeri ortalaması 245.7mg/dl'dir. Total kolesterol ortalaması 193.2mg/dl, trigliserid ortalaması 176.6mg/dl, LDL ortalaması 112.7mg/dl, Hdl ortalaması 43.6mg/dl olarak saptanmıştır.

Sonuç olarak, olguların; glisemik kontrolünün ve dislipidemi kontrolünün yeterli olmaması dikkate alınarak; diyabet tanısı konulduğu andan itibaren bireylere ekip yaklaşımıyla eğitim verilmesi ve eğitimin tekrarlanması önerilmektedir.

Tablo 1. Diyabetli Bireylerin ATP III Kriterlerine Göre Lipid Düzeyleri

Serum Lipid Düzeyi (mg/dl)	N (%)
LDL-Kolesterol	
< 100 (Optimal)	62 (%38.8)
100-129 (Kabul edilebilir)	50 (%31.3)
130-159 (Sınırdan yüksek)	33 (%20.6)
160-189 (Yüksek)	13 (%8.1)
>/= 190 (Çok yüksek)	2 (%1.3)
Total Kolesterol	
<200 (Kabul edilebilir)	94 (%58.8)
200-239 (Sınırdan yüksek)	45 (%28.1)
>/= 240 (Yüksek)	21 (%13.1)
HDL Kolesterol	
< 40 (Düşük)	54 (%33.8)
>/= 60 (Yüksek)	8 (%5)
40-59 (Normal)	98 (%61.3)
Trigliserid	
<150 (Normal)	70 (%43.8)
150-199 (Sınırdan yüksek)	39 (%24.4)
200-499 (Yüksek)	51 (%31.9)
>/= 500 (Çok yüksek)	-

P167

HASHİMOTO TİROİDİTİ BULUNAN HASTALARIN KAN ÖRNEKLERİNDE TRANSFORMİNG BÜYÜME FAKTÖR-β1,VASKÜLER ENDOTELYAL BÜYÜME FAKTÖRÜ VE NİTRİK OKSİT DÜZEYLERİ

¹Sacide Erden, ²Pervin Vural, ²Sevgin Değirmencioğlu, ¹Aslı Gelincik

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı

AMAÇ: Hashimoto Tiroiditi (HT), tiroid glandının otoimmün hastalığıdır. Patogenezi halen açık olarak anlaşılamamıştır. Bu çalışmada Hashimoto tiroiditi tanısı konan hastalarda transforming büyüme faktör-β1 (TGF-β1), vasküler endotelial büyüme faktör (VEGF), nitrik oksit (NOx: nitrat/nitrit son iki ürünüdür) ve tiroid hormonları ölçülerek, bu faktörlerin kendi aralarındaki ilişkiler incelendi.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya yaş ve cinsleri benzer olan Hashimoto tiroiditi tanısı konan 30 vaka ve kontrol grubu olarak 30 sağlıklı kişi alındı. TGF-β1 ve VEGF seviyeleri, ELISA ile NOx seviyeleri spektrofotometrik olarak ölçüldü.

BULGULAR: Hashimoto tiroiditi hastalar kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, plazma TGF-β1 ve VEGF düşük (p<0.05,p<0.01) NOx yüksekti (p<0.01). Her ne kadar TGF-β1 ve VEGF arasında (r=0.495,p<0.01) ve TGF-β1 ve NOx arasında (r=0.369,p<0.05) anlamlı bir korelasyon saptansa da, hasta grubunda tiroid hormon düzeyleri ile bakılan parametreler arasında ilişki bulunmadı.

SONUÇ: Bu çalışma TGF-β1,VEGF ve NOx parametrelerinin muhtemelen Hashimoto tiroiditinin patogenezi ve otoimmünitenin gelişiminde bir role sahip olduğunu düşündürmektedir. Bu konuda daha geniş kapsamlı çalışmalara gereksinim vardır.

P168

HASHİMOTO TİROİDİTLİ HASTALARDA AKUT FAZ REAKTANLARI

¹Sacide Erden, ¹Suna Büyükoztürk, ²Pervin Vural, ²Sevgin Değirmencioğlu

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı

AMAÇ: Hashimoto tiroiditi, tiroid glandının otoimmün hastalığıdır. Serum antitiroid antikorlarının yüksek seviyeleri ve tiroid glandının difüz lenfositik infiltrasyonu ile karakterizedir. Son yıllarda Hashimoto tiroiditinin sistemik hastalık olduğunu düşündüren yayınlar bulunmaktadır. Pek çok hastalıkla birlikteliği, ayrıca tiroid hastalıklarının kas-iskelet sistemi, kardiyovasküler sistem, nörovasküler ve nöromusküler sistem gibi pek çok sistemi etkilediği bilinmektedir.

Akut faz reaktanları çeşitli inflamatuvar hastalıklarda yükselen proinflamatuvar moleküllerdir. Serum amiloid A (SAA), C-reaktif protein (CRP) ve fibrinojen birçok sistemik hastalıkta yükselen akut faz reaktantlarıdır. Bu çalışmanın amacı Hashimoto tiroiditi olan hastalarda akut faz proteinleri olan serum amiloid A (SAA), C-reaktif protein (CRP), fibrinojenin kan konsantrasyonları ile sedimantasyon hızı incelendi.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya yaş ve cinsleri benzer Hashimoto tiroiditi tanısı konulan 30 vaka ve kontrol grubu olarak 30 sağlıklı kişi alındı. Tüm olgulardan alınan kan örneklerinde serum CRP konsantrasyonları Cobas Integra 400 (Roche Diagnostics GmbH Mannheim Germany) ile, SAA konsantrasyonları Sandwich Enzyme Immunoassay (Biosource Int. Inc. Camarillo, CA, USA) ile ve plazma fibrinojen düzeyi ise kuagulometrik teknikle (Behring Coagulation Timer) ölçüldü.

BULGULAR: Ortalama sedimantasyon hızı hasta grubunda kontrol grubundan yüksekti (p=0,024). Ayrıca ortalama fibrinojen ve SAA değerleri de hastalarda kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0,03,p=0.002).

SONUÇ: Bu bulgular; ötiroid olsalar bile, Hashimoto tiroiditi bulunan hastalarda sistemik inflamasyonun var olduğunu göstermektedir.

P169

MYOPATİ İLE BAŞVURAN PRİMER HİPERALDOSTERONİZM SENDROMU

Ömer Celal Elçioğlu, Ramazan Kurt

Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Primer hiperaldosteronizm sendromu, çoğunlukla adrenokortikal adenom veya bilateral adrenal hiperplaziye bağlı olarak gelişmektedir. Diğer nadir nedenler arasında adrenokortikal karsinom ve idiopatik hiperaldosteronizm sayılabilir. Bu sendromda aldosteron, renin-anjiyotensin sisteminden bağımsız bir şekilde sekrete edilir. Hipertansiyon, hipokalemi, baskılanmış plazma renin aktivitesi ve artmış plazma aldosteron düzeyi ile karakterizedir. Semptom ve bulgular genellikle nonspesifiktir. Özellikle spontan hipokalemi veya kolay provoke edilebilen hipokalemi (örneğin diüretik tedavisine beklenenden daha kısa sürede ve daha ciddi hipokalemi görülmesi) ve hipertansiyon varlığında bu tanı düşünülmelidir. Hastalar hipokalemiye bağlı semptomlar ile (güçsüzlük, parasteziler, geçici paralizi, poliüri, polidipsi gibi) başvurabilirler.

OLGU SUNUMU: Yaklaşık 30 yıldır bilinen hipertansiyonu, sekiz yıldır bilinen tip 2 diyabeti olan, daha önce tek damar hastalığı saptanmış sağ koroner arterine stent implantasyonu yapılmış olan 65 yaşında erkek hasta ayaklarında halsizlik, bitkinlik, tat alamama; iştahsızlık, hareket gücünde azalma ve göğsünde baskı tarzında ağrı oluşması yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde pretibial ödem vardı. Kan basıncı sağ ve sol kolda 150/90 mmHg saptandı. Yaygın kas gücü kaybı vardı. Tetkiklerinde kan sayımı normal sınırlarda, eritrosit sedimantasyon hızı: 52 mm/saat hsCRP: 17,5 (0-5) mg/L, Glukoz: 137 mg/dL, BUN: 17 mg/dL, Kreatinin: 1 mg/dL, Na: 148 mmol/L, K: 1.9 mmol/L, Cl: 88 mmol/L, LDH: 378 (115-225) U/L, CK: 298 (30-220) U/L TSH: 2.680 (0.27-4.2) mIU/L, FT4: 18.1 (12-22) pmol/L saptandı. EKG'sinde T dalga basıklaşması vardı. Potasyum kaybına yol açabilecek bir ilaç kullanılmamıştı. Öncelikle parantal potasyum replasmanı yapıldı. Ekokardiyografisinde ejeksiyon fraksiyonu %66 saptandı. İstirahat



hatte göğüs ağrısı olması nedeniyle yapılan koroner anjiyografisinde anlamlı darlık saptanmadı. Hastanın CK düzeyleri potasyum replasmanından sonra normal seviyeye geriledi. Parenteral maksimum potasyum replasmanına rağmen serum potasyum düzeyi düşük seyrettiği ve hipertansiyonu olduğu için primer hiperaldosteronizm sendromu açısından değerlendirilmek üzere istenen sürrenal MR'da sağ sürrenal glandında 1,5 cm büyüklüğünde adenom saptandı. Plazma aldosteron düzeyi normalden iki kat yüksek ve renin baskılı saptandı. İçinde spiranolaktonun da bulunduğu antihipertansif tedavi ile kan basıncı kontrol altına alındıktan sonra sağ sürrenalektomi yapıldı ve patoloji sonucu kortikal adenom ile uyumlu geldi. Miyopati etyolojisinde hipokaleminin unutulmamasını ve bilinen bir neden yok iken hipokalemi varlığında hiperaldosteronizmin hatırlanmasını vurgulamak amacıyla bu olguyu bildirmeyi uygun gördük.

P170

ANTI-TPO (+) HASTALARDA B12 YETERSİZLİĞİ

Feyzi Gökosmanoğlu, Hakan Cinemre, Cemil Bilir

Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

AMAÇ: Otoimmüniteye bağlı olarak gelişen hastalıklar bireyin immün sisteminin kendi antijenlerine karşı reaksiyon göstermesi ve doku zedelenmesine neden olarak hastalık tablosunu oluşturmaktadır. Tiroid peroksidadına karşı gelişen otoantikörler tiroid mikrozoamlarının en önemli antijenidirler. Otoimmün tiroid hastalarının (Hashimoto tiroiditi, idiyopatik miksödem, Graves hastalığı) tanısında kullanılır. Addison hastalığı, pernisiyöz anemi, juvenil DM' da pozitif sonuçlar elde edilebilir. Anti-TPO antikörleri %8-9 normal kontrollerde, Graves hastalığında veya idiyopatik miksödemlerde %57-74; Hashimoto hastalarında %99-100 arasında, diferansiyel tiroid kanserinde %19 oranında bulunur. Otoimmüniteye bağlı olarak gelişen endokrin hastalıklar arasında bir yakınlık olduğu bilinmektedir. Anti-TPO (+) ve hipotroidi hastalarında serum B12 yetersizliği sıklığını araştırmak.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Çalışmayı, üniversitemiz iç hastalıkları kliniğine başvuran otoimmün tiroid nedeniyle takip edilen hastalardan Anti-TPO (+) olanlardan 67'si kadın, 23'ü erkek hasta ve hipotroidi nedeniyle takip edilen 126 kişi, toplam 214 hasta retrospektif olarak tarandı ve ilk kontrollerinde bu hastalardan serum B12 düzeyi çalışıldı. Kontrol grubu olarak Anti-TPO (-) ve normal tiroid hormonları olan toplam 102 kişi alındı. Daha sonra da her bir alt grup için Anti-TPO (+) ve hipotroidisi olanlarla olmayanlarda serum B12 düzeyine bakıp, farkın anlamlı olup olmadığını inceledik.

BULGULAR: Anti-TPO (+) ve hipotroidisi olan hastalarda B12 yetersizliği sıklığını, Anti-TPO (+) olanlarda %11.36, hipotroidisi olanlarda %34.7, Anti-TPO (-) ve normal tiroid hormonlarına sahip olanlarda %3.6, bulduk. Bu sonuçlara göre Anti-TPO (+) ile hipotroidik hastalar kontrol grubuna göre B12 yetersizliği prevalansında anlamlı fark saptandı.

SONUÇ: B12 vitamini eksikliği hematolojik, gastrointestinal, nörolojik ve psikiyatrik pek çok bozukluğa yol açtığından dolayı Anti-TPO (+) ve hipotroidisi olan hastalarda mutlaka serum B12 düzeyine bakılmalıdır.

P171

DİYABETİK HASTALARDA TROİD FONKSİYON BOZUKLUĞU SIKLIĞI

Hakan Cinemre, Feyzi Gökosmanoğlu, Cemil Bilir

Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

AMAÇ: Diyabetes Mellitus, ortak özelliği hiperglisemi olan heterojen bir metabolizma bozukluğudur. Diyabetes mellitusun birçok değişik tipi olup, bu tiplerin oluşmasında genetik, çevresel faktörler ve yaşam tarzının önemli bir rolü vardır. Multifaktöryel ve otoimmüniteye bağlı olarak gelişen endokrin hastalıklar arasında bir yakınlık olduğu bilinmektedir. Diyabetes mellitus tip-I ve tip-II nedeniyle takip edilen hastalarda tiroid fonksiyon bozukluğu (subklinik ve klinik hipertroidi, hipotroidi) sıklığını araştırmak.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Çalışmayı, üniversitemiz iç hastalıkları kliniğine başvuran 587'si kadın, 416'si erkek toplam 1003 diyabet mellitus nedeniyle takip edilen hastalar retrospektif olarak tarandı ve bu hastalardan tiroid fonksiyonlarına bakılan 481'i kadın, 304'ü erkek toplam 785 hasta çalışmaya alındı. Kontrol grubu olarak diyabet mellitusu olmayan toplam 5013 kişi tarandı. Daha sonra da her bir alt grup için diyabet mellitusu olanlarla olmayanlarda subklinik ve klinik hipertroidi, hipotroidi prevalansına bakıp, farkın anlamlı olup olmadığını inceledik.

BULGULAR: Subklinik ve klinik hipertroidi sıklığını, diyabetik hastalarda %12.5, diyabetik olmayanlarda %6-7; subklinik ve klinik hipotroidi sıklığını, diyabetik hastalarda %5.6, diyabetik olmayanlarda %5-6 bulduk. Bu sonuçlara göre diyabetik hastalar ile non-diyabetik hastalar arasında subklinik ve klinik hipertroidi prevalansında anlamlı fark saptanırken, subklinik ve klinik hipotroidi prevalansında anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ: Bu sonuçlar ışığında, diyabetik hastalar subklinik ve klinik hipertroidi gelişimi açısından belirgin bir risk faktörü olurken, subklinik ve klinik hipotroidi gelişimi açısından belirgin bir risk faktörü olmadığını söyleyebiliriz.

P172

GEBELİĞİN İNDÜKLEDİĞİ HİPERTROİDİ SONRASI GÖRÜLEN DELİRYUM ATAĞI

¹Hakan Cinemre, ¹Feyzi Gökosmanoğlu, ¹Cemil Bilir, ¹Muhip Pekuz,

²Nermin Akdemir

¹Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, ²Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Deliryum, hızlı başlayan, dalgalı seyir gösteren, çok farklı nedenlerden dolayı ortaya çıkan, bilinç, algılama, düşünce, uyku-uyanıklık döngüsü değişimlerinin eşlik ettiği bir klinik sendromdur. Deliryum, semptom ve bulgularının, klinik tiplerinin, klinik seyrinin çok çeşitlilik göstermesi, risk faktörleri

ve neden olan faktörlerin çok fazla olması gibi nedenlerle oldukça karmaşık bir hastalık olmasına rağmen, genellikle geri dönüşlüdür. Bu nedenle deliryumda erken tanı ve tedavi çok önemlidir, metabolik, vitamin yetersizliği, elektrolit dengesizliği, ilaçlar ve endokrin bozukluklar vs. (hipoglisemi, hiperglisemi, hipotroidi ya da hipertroidi) gibi geniş bir etyolojiden kaynaklanabilir.

OLGU: 32 yaşında kadın hasta, 12 haftalık gebeliği varmış. Hasta takiplerde kabuslar, huzursuzluk, baş ağrısı, uyusukluk, uyku sorunları, rahatsız edici rüyalar, şaşkınlık, anlamsız hareketler, zorunluluk, uyanıklara aşırı tepkiler, anlamsız konuşmalar nedeniyle eşi tarafından kadın hastalıkları ve doğum kliniğine getirilmiş. Hastanın daha önceden hashimato hastalığı neden, yle takiplerde olduğu, anti-TPO (+) olduğu, tiroid hormonlarının normal sınırlarda seyrettiği öğrenildi. Fizik muayene; T. A. 125/90 mmHg, Nabız: 114 atım/dk, gözlerde canlı bakış, ajite, cilt ıslak, terli idi. Kardiyak 3/6 üfürüm, taşikardi tespit edildi. Laboratuvar bulguları; WBC: 11.6/mm³, HGB: 10.9 gr/dl, PLT: 134.000, TSH: 0.0004 uIU/mL (0.27-4.2), FT4: 14.67 ng/dl (0.80-1.9), β-HCG: 8723 ng/mL, diğer laboratuvar bulgular normal olarak değerlendirildi. Hastanın gebeliği ise fetus olduğu tespit edildi. Bu bulgular doğrultusunda risk faktörlerinde düşünüldüğünde hipertroidiye bağlı deliryum olabileceği düşünüldü. Tedavide propitiourasil 1200 mg/gün, propranolol 4x20 mg, lugol solüsyonu 5x4 damla, dexametazon 4x2 mg/gün, parasetamol 4x500 mg/gün verildi. Takiplerde hastanın hipertroidisi geriledi ve hastanın klinik semptomları tamamen geriledi. Ölü fetüs kürete edildi.

SONUÇ: Günümüzde, deliryumu tanıma, önleme ve tedavisi konusunda kanıt dayalı olarak oluşturulmuş kesin rehberlerden söz etmek henüz mümkün değilse de, doktor ve hemşirelerin, deliryuma biraz daha dikkat göstermeleri ve mevcut bilgiler ışığında hareket etmeleri ile erken tanı, erken tedaviye olanak sağlar.

P173

SÜRRENAL KİTLELERİN ANALİZİ

Fikret Gören, Hakkı Kahraman, Fulya Tanyeri, Ayşegül Atmaca, Uğur Alp Göksu

Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı

2004 ile 2008 yılları arasında Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji bölümünde değerlendirilen sürrenal kitle vakalarını analiz ettik. Toplam 96 vaka değerlendirildi. İnsidental olarak tespit edilen kitleler ile sürrenal beze yönelik yapılan araştırma sonucu tespit edilen kitleleri (noninsidental); kitle boyutu, radyolojik özellikleri, patolojik tanıları, görülmeye sıklığı, hasta yaşı ve cinsiyet farkı yönünden değerlendirildi.

Kitlelerin 74'ü (%77) insidental olarak, 22'si (%23) sürrenal bezde kitle olduğu düşünülerek yapılan tetkikler sonucu tespit edildi. Vakaların %57'si USG, %34'ü BT ve %19'u MRI ile tespit edildi. Kitlelerin 46'sı sağ, 47'si sol ve 7'si de bilateral idi. Kadın hasta sayısı 57 (%59,4), erkek hastaların sayısı 39 (%40,6) olup kadınların yaş ortalaması 50 ve erkeklerin yaş ortalaması 53,4 idi.

İnsidental olarak tespit edilen kitlelerin büyük çoğunluğu (%72,8) nonfonksiyoneldi ve sadece 5 (%5,3) vakada fonksiyonel kitle tespit edildi. Fonksiyonel ve nonfonksiyonel kitleli vakalarda yaş ve kitle çap ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Noninsidental kitlelerin oranı toplam vakaların %23'ü idi. Bunların %15,9'u fonksiyonel idi. Nonfonksiyonel olan kitle oranı %5,3 olup vakaların çoğunluğunu (4/1) bayan hastalar oluşturuyordu. Fonksiyonel kitleleri çoğunluğu (%15) bilinçli araştırma sonucu ortaya çıkarılmıştı. İnsidental olarak tespit edilen fonksiyonel kitle sayısı ise 5 (%5,3) idi. Cinsiyet yönünden yaş ve kitle çap ortalaması farkı anlamlı değildi.

Fonksiyonel kitleli vakaların 10'u Cushing sendromu olup bunların 2'si adrenokortikal karsinom, 6'si nodüler hiperplazi, 2'si adenom idi. Feokromasitomali 6 hastanın 3'ü asemptomatik olup insidental olarak tespit edildi. Bir hastada MEN mevcuttu. İki hastada MIBG yapıldı ve tutulum vardı. Conn sendromu tanısı konulan 4 vakaların hepsinde tedaviye dirençli hipertansiyon ve hipokalemi mevcuttu. Hormonal değerlendirme ile hiperaldosteronizm olduğu belirlendikten sonra radyolojik, görüntülemeyle kitle tespit edildi.

Adrenokortikal karsinom tanısı konan 4 vakanın 2'si Cushing tablosu ile gelmişti. Primer olarak malignite nedeni ile takip edilen 8 hastada tespit edilen sürrenal kitleler hormonal değerlendirme yapıldıktan sonra radyolojik özellikleri de göz önüne alınarak metastaz olarak değerlendirildi. İnsidental olarak tespit edilen ve cerrahi sınır kabul edilen 4cm'den büyük toplam 6 vakanın histopatolojik incelemesinde 4 kist, 2 hematom tespit edildi.

Tablo.

Kitle	İnsidental	Noninsidental	Toplam
Nonfonksiyonel kitle	55	5	60
Cushing sendromu	2	6	8
Feokromasitoma	3	3	6
Conn sendromu	-	4	4
Adrenokortikal karsinom	-	4	4
Metastatik kitle	8	-	8
Kist	4	-	4
Hematom	2	-	2
Total	74	22	96

P174**HİRSUTİZMLİ HASTALARDA KAROTİS İNTİMA MEDİA KALINLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

¹Merve Yılmaz, ¹Esin Beyan, ²Yusuf Aydın, ²Dilek Berker, ¹Nafiye Yıldız, ¹Teoman Çakır, ³Osman Yüksel, ¹Bariş Koşan, ²Tuncay Delibaşı, ²Serdar Güler, ¹Ekrem Abaylı

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği, ²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, ³Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

GİRİŞ: Hirsutizmlilerde erken ateroskleroz geliştiği konusunda farklı görüşler mevcuttur. Karotis intima media kalınlığı (KİMK) ölçümü ateroskleroz gelişimini göstermesi açısından sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Bu çalışmada polikistik over sendromu (PKOS), idiopatik hirsutizm (IH) ve konjenital adrenal hiperplazili (KAH) hastalarda KİMK değerlendirilmiştir.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya bilinen hipertansiyon, diyabet, koroner arter hastalığı, hiperlipidemi, Cushing Sendromu, aşikar hipo veya hipertiroid olmayan, Ferriman-Gallwey Skorlama (FGS) sistemine göre hirsutizm tanısı konan, 15-37 yaşları arasındaki 89 hasta alındı. 16-34 yaşları arasındaki 20 kadın sağlıklı kontrol grubunu oluşturdu. Yapılan tetkiklerle 30 hasta PKOS, 17 hasta KAH ve 42 hasta da IH olarak gruplandırıldı. Ultrasonografi ile KİMK'ları ölçüldü.

BULGULAR VE SONUÇ: Çalışmamızda KİMK değerleri açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,038$). Gruplar kendi aralarında karşılaştırıldığında sadece PKOS ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,024$). Bu sonuç, hirsutizmlilerde PKOS'lu hastaların ateroskleroz riskinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu yüzden PKOS hastalarının aterosklerotik kalp hastalığı açısından da yakın takip edilmeleri gerektiğini düşünüyoruz.

P175**HİRSUTİZMLİ HASTALARDA KAN BASINCI DÜZEYİ**

¹Merve Yılmaz, ¹Esin Beyan, ²Yusuf Aydın, ²Dilek Berker, ¹Ayşe Arduç, ³Osman Yüksel, ¹Nafiye Direktör, ²Tuncay Delibaşı, ²Serdar Güler, ¹Ekrem Abaylı

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği, ²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, ³Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

AMAÇ: Hirsutizm artmış androjen etkisi için hassas bir belirteçtir. Fakat kan basıncı üzerine androjenlerin etkisi açık olarak ortaya konulamamıştır. Çalışmamızda hirsutizmlilerde kan basıncı düzeyleri araştırılmıştır.

MATERYAL VE METOD: Çalışma bilinen koroner arter hastalığı, hipertansiyon, Diabetes Mellitus, hiperlipidemi, hiperprolaktinemi, tiroid hastalığı ve Cushing Sendromu öyküsü olmayan, 15-37 yaşları arasındaki 89 hirsutizmlilerde kan basıncı, Ferriman-Gallwey Skorlama (FGS) sistemine göre hirsutizm tanısı konan, 15-37 yaşları arasındaki 20 kadın sağlıklı kontrol grubunun androjen düzeyleri ve kan basınçları ölçüldü.

BULGULAR: Çalışmamızda çalışma ve kontrol grubunda ortalama sistolik ve diastolik kan basıncı değerlerinin normal sınırlarda olduğu görüldü ve ortalama sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p=0,448$ ve $p=0,904$). Androjen düzeyleri ile kan basıncı arasında anlamlı korelasyon gösterilemedi.

SONUÇ: Hirsutizmlilerde hipertansiyonla ilişkili çalışmalar daha çok polikistik over sendromlu (PKOS) kadınlarla yapılmıştır ve bu çalışmalarda ilişkili sonuçlar bildirilmiştir. Çalışmamızda da gruplar arasında kan basıncı açısından anlamlı fark saptanmadı. Bu da genç yaşta hirsutizmlilerde hiperandrojeneminin kan basıncı üzerinde etkili olmadığını düşündürmektedir.

P176**TİROİDEKTOMİLİ HASTADA AÇIKLANAMAYAN TİROTOKSİK VE HİPOKALEMİNİN İLGINÇ NEDENİ: VON MUNCHAUSEN SENDROMU**

Gülstan Bahat Öztürk, Bülent Saka, Fatih Tufan, Nilgün Erten, M. Akif Karan, Cemil Taşoğlu

Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Munchausen sendromu tanı konulması zor bir tablodur ve birçok hastalık tablosunu taklit edebilir. Hastaların genellikle depresyon gibi psikiyatrik hastalıkları söz konusudur. Burada eksojen tiroid hormonu ve laksatif kullanımına bağlı tirotoksik ve hipokalemi ile başvuran bir olgu sunuldu.

OLGU: 42 yaşındaki kadın hasta kilo kaybı nedeniyle başvurdu. On yıl önce multinodüler guatr nedeniyle bilateral subtotal tiroidektomi hikayesi mevcuttu ve bir yıl öncesine kadar L-tiroksin kullanmıştı. Fizik muayenesinde zayıf görünümü dışında özellik yoktu. Tetkiklerinde hipotiroidi (serbest T4 3.2, TSH 49,870), demir eksikliği anemisi, osteomalazi, hipokalemi ve normal anyon açıklı metabolik asidoz tespit edildi. İdrar potasyumu tekrarlanan incelemelerde <10 mEq/L bulunması nedeniyle renal tübüler asidoz tanısından uzaklaşıldı. 50 mcg/gün L-tiroksin tedavisi sonrasında TSH 0.024 ve serbest T4 100 bulundu. L-tiroksin kesildi ancak takibinde tirotoksikozunun sebat etmesi üzerine çekilen tiroid sintigrafisinde tiroid bezi görülmeyemedi. İyot kontaminasyonuna yol açacak bir faktör tespit edilemedi. Tiroglobulin düzeyinin 0.48 ng/ml ($N<50$) bulunması üzerine eksojen L-tiroksin alınması söz konusu olabileceği düşünüldü ancak hasta tarafından kabul edilmedi. Hastanın oğlu çağrılarak anamnez alındığında hastanın yoğun laksatif kullanımı olduğu öğrenilerek Munchausen sendromu tanısı konuldu. Bundan sonraki takibi için psikiyatri kliniğine sevk edildi.

SONUÇ: Munchausen sendromu olgumuzda olduğu gibi laksatif kullanımına bağlı hipokalemi ve tirotoksikoz gibi birçok klinik tablo ile ortaya çıkabilir. Hastadan alınan anamnez güvenilir olmadığı için tanı konulması güçtür. Anamnez ve fizik muayene bulguları ile laboratuvar bulguları arasındaki çelişki olması bu sendromu akla getirebilir.

P177**VON MUNCHAUSEN SENDROMUNA ÖRNEK BİR OLGU: EKSOJEN CUSHING SENDROMU**

¹Fatih Tufan, ¹Ayşe Nur Tufan, ¹Ahmet Ekmekçi, ²Mine Özkan, ¹Ferihan Aral, ¹Neşe Çolak Özbec

¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

GİRİŞ: Munchausen sendromu hastaların dikkat çekmek veya ilgi beklentileri nedeniyle yaptıkları çeşitli girişimler ile karakterize olan psikiyatrik bir tablodur. Birçok klinik tablo ile karışmaya gelebilir. Aşağıdaki bu sendroma örnek oluşturacak ilginç bir olgu takdim edilmiştir.

OLGU: Otuz sekiz yaşındaki kadın hasta kan şekeri regülasyonunun sağlanamaması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Başvurusundan on üç yıl önce nefes darlığı nedeniyle başvurduğu sağlık kuruluşunda astım tanısı ile parenteral steroid tedavisi verilmiş. Ardından hasta giderek artan sıklıkta steroid kullanmaya devam etmiş. Takip eden yıllarda hipertansiyonu, diyabeti, hirsutizmi, spontan ekimozları ve kilo artışı ortaya çıkmış. Eksojen Cushing sendromu ve major depresyon tanıları konmuş. Son aylarda en azından dört aydır steroid kullanmamasına rağmen kan şekeri regülasyonu sağlanamamış. İfade eden hasta kan şekeri regülasyonu için yatırıldı. Özgeçmişinde üç küretaj dışında özellik yoktu. Annesinde hipertansiyon ve diyabetes mellitus hikayesi vardı. 15 paket/yıl sigara anamnezi vardı, alkol veya ilaç kullanmadığını ifade etti. Fizik muayenede santripedal obezitesi ve Cushing sendromu belirtileri (buzlu göğüğü, yaygın ekimozlar ve aydede yüzü gibi) belirgindi. Oral kandidiyazis ile uyumlu plakları vardı. Kan basıncı 130/80 mmHg, nabız dakika sayısı 78 idi. Laboratuvar incelemelerinde: Hb 13.5 g/dl, lökosit 16700/mm3, nötrofil 13870/mm3, lenfosit 1990/mm3, trombosit 257000/mm3, glukoz 412 mg/dl, kreatinin 0.8 mg/dl, sodyum 141 mmol/l, potasyum 3.5 mmol/l, kalsiyum 9.3 mg/dl, fosfor 3.1 mg/dl, trigliserit 350 mg/dl, kolesterol 284 mg/dl, HDL 42 mg/dl, LDL 150 mg/dl, ESH 21 mm/saat idi. Diğer laboratuvar değerleri normaldi. Bazal kortizol değeri 8.4 µg/dl (8:00) ve 7.6 µg/dl (8:30) bulundu. Bazal bolus insülin (0,6 U/kg/gün) ile birlikte metformin tedavisi uygulanarak kan şekeri regülasyonu sağlandı. Klinik seyri de proksimal miyopati, bakteriyel bir enfeksiyon yokluğunda sebat eden nötrofilik lökositozu, oral kandidiyazisi ve insülin tedavisi gerektiren hiperlipidemi nedeniyle halen steroid almakta olduğu düşünüldü. Eşi çağrılarak anamnez alındığında bu klinik şüphemiz doğrulandı. İleri inceleme için psikiyatri servisine sevk edildi.

SONUÇ: Munchausen sendromu birçok hastalık tablosu ile ortaya çıkabilir ve tanı ile tedavi konusunda ciddi zorluklara yol açabilir. Anamnez ve fizik muayene bulguları ile laboratuvar bulguları arasında çelişki olduğunda bu sendromdan şüphelenilebilir. Tanı için uyumlu hasta yakınlarının anamnezi çok önemlidir.

P178**YÜKSEK DOZ TRIMETAZİDİN İLE İNTİHAR GİRİŞİMİ: OLGU SUNUMU**

Hakan Demirci, Yaşar Küçükardalı, M. Hakan Terekeci, Emrullah Solmazgöl
GATA Haydarpaşa İç Hastalıkları Servisi

GİRİŞ: Trimetazidine HCl (Vastarel tablet) (TMZ) hücresel anti-iskemik bir ajandır. Angina pectoris krizlerinin önlenmesinde ve tedavisinde, koryoretinal vasküler bozukluklarda, tinnitus, vasküler kökenli vertigo ve Meniere sendromunda endikedir. TMZ antiiskemik etkileri için normalde 60 mg/gün dozunda kullanılır. Literatürde (PubMed) intihar amaçlı yüksek doz kullanımına ilişkin veri yoktur. Biz bu yazıda yüksek dozda TMZ oral kullanımına maruz kalmış bir olguyu sunmak istedik.

OLGU SUNUMU: 20 yaşında erkek hasta, çok sayıda ilaç içme sonrası yakınları tarafından hastanemize acil servise getirildi. İntihar amacıyla 4 saat önce Vastarel 20 mg tb (TMZ) 60 adet, Seroquel (quetiapine) 100 mg tb 4 adet, Novalgin tb (metamizol) 10 adet, Gasterol 40 mg tb (famotidin) 10 adet, Xetanol 20 mg tb (paroksetin) 4 adet içtiği, anamnezi alındı. Ailesi tarafından getirilen boş ilaç kutuları tarafımızdan görüldü. İlk muayenesinde uykuya eğilim hali vardı. Arteriyel basınç: 120/70 mmHg, kalp atım hızı: 90 vuru/dk. ritmik, Ateş: 36.2°C olarak saptandı, diğer muayene bulguları doğaldı. Gastrik lavaj yapıldıktan sonra 50gr aktif kömür uygulandı. Hasta daha sonra gözlem amacıyla dahiliye servisine yatırıldı.

Müracaatından 6 saat sonra hastada hipotansiyon gelişti. Kristalloid sonra tansiyon arteriyel yükseldi. Konfüze olmasından dolayı alınan nöroloji konsültasyonunda aktif acil patoloji saptanmadı. İntihar düşünceleri devam eden hastaya alınan psikiyatri konsültasyonu sonucu, depresyon tanısı ile antidepressan tedavi başlandı. Klinik ve laboratuvar bulguları tamamen normale dönen hasta 48 saat sonra kliniğimizden taburcu edilip psikiyatri kliniğine nakil edildi.

TARTIŞMA: TMZ'nin yüksek dozda oral alınımından 4 saat sonra müdahale edildiğinde yaşamı tehdit eden bir risk oluşturmadığı, uykuya eğilim veya hipotansiyon gibi bulguların sıvı replasmanı ve takip ile spontan düzellebileceği, bu olgu ışığında akılda tutulmalıdır.

P179**ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ VE DİYABETİK NÖROPATİ ARASINDA İLİŞKİ VARDIR**

M. Hakan Terekeci, Mehmet Güney Şenol, Burak Şahan, Eylem Çağiltay, Özkan Sayan, Cihan Top, Çağatay Öktenli

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi

AMAÇ: Ortalama trombosit hacminin (MPV) koroner arter hastalığı, Tip 2 diyabet, preeklampsi, iskemik inme ve renal arter stenozunda arttığı daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Diyabetik ve bozulmuş açlık glukozu bulunan hastalarda MPV ile açlık plazma glukozu ve HbA1c arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Biz burada ateroskleroz ve diyabetin kötü metabolik kontrolü ile birlikteliği bilinen MPV'nin diyabetin komplikasyonlarından nöropati ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOD: Mart 2007- Eylül 2007 tarihleri arasında GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi İç Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalar arasında diyabet dışında GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi İç Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalar arasında diyabet dışında MPV'yi yükselttiği bilinen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalara Nihon-Kohden Neuropack four Minipack (Tokyo, Japan) ile ipsilateral alt



ve üst ekstremitelerde yüzey elektrotlar kullanılarak nörolojik durumları değerlendirildi. MEDELEC Multi-media EMG/EP Synergy (England) adlı EMG cihazı kullanılarak sempatik cilt cevabı değerlendirildi. Motor ve duyuşal durum üst ekstremitelerde median ve ulnar sinirlerde değerlendirildi. Ayrıca tüm çalışma grubu hastalara nöropati semptom skoru uygulandı. Bu skor 8'i kas zayıflığı, 5'i duyuşal bozukluk ve 4'ü otonomik semptom olmak üzere toplam 17 puanlık bir skorlamadır. Nöropatinin ağırlığı ile nöropati semptom skoru doğru orantılıdır. Tüm hastalarda 12 saatlik açlığın ardından tam kan örneğinde MPV çalışıldı ve femtolitre olarak kaydedildi. Tüm sonuçlar SPSS 15 programı ile değerlendirildi.

SONUÇLAR: Çalışmaya sağlıklı kontrol (n= 24) ve diyabetik hastalar (n=42) olmak üzere toplam 64 kişi alındı. Tüm hastalara uygulanan nöropati testleri sonucu diyabetik hastalardan 25 tanesinde nöropati tesbit edildi. Nöropati tesbit edilmeyen diyabetik hastaların bazılarında nöropati semptom skorlarında pozitif değerler gözlemlendi. Kontrol ve diyabetik grup hastalarda yaş (54.25±5.03 ve 56.38±8.08, p= 0,19) ve VKİ (27.02±2.51 ve 28.51±3.51, p=0,062) açısından istatistiksel fark gözlenmedi. Serum açlık glukozu, MPV ve NSS bakımından kontrol grubu, nöropatisiz diyabet grubu ve nöropatili diyabetik hastalarda Tablo 1 ve 2'de gösterildiği gibi istatistiksel fark bulundu. MPV kontrol grubunda 7.09±0.35, nöropatisiz diyabet grubunda 7.57±0.59 ve nöropatili diyabet grubunda 8.08±0.59 olarak bulundu. Burada MPV açısından kontrol ile nöropatisiz diyabet grubu arasında (p<0,0001) ve nöropatisiz diyabet ile nöropatili diyabet grubu arasında (p=0,012) anlamlı farklılıklar tespit edildi.

Diyabetik hastalarda MPV ile NSS arasında pozitif korelasyon tesbit edilirken (r=0.35, p=0.048) açlık kan glukozu ile korelasyon yoktu (r=0.28, p=0.10).

TARTIŞMA: Daha önce yapılan çalışmalarda MPV ile koroner arter hastalığı ve diyabet arasındaki ilişki gösterilmişti. Biz bu çalışmada diyabetik nöropatili hastalarda MPV'nin hem kontrol hem de komplikasyonsuz diyabetiklere göre anlamlı düzeyde arttığını bulduk. Böylece MPV'nin hem mikro hem de makrovasküler komplikasyonlarda önemli bir belirti...

Tablo 1.

Parametreler	Kontrol grubun=24	Diabetik grupn=42	P
Yaş	54,25±5,03	56,38±8,08	0,19
Vücut kitle indeksi	27,02±2,51	28,51±3,51	0,062
Serum açlık glukozu (mg/dl)	82,58±17,187	152,05±51,85	0,0001
MPV (femtolitre)	7,08±0,37	7,88±0,64	0,0001
Nöropati semptom skoru (NSS)	0±0	4,79±3,50	0,0001

Tablo 2.

Parametreler	Diyabetik hastalar (nöropati yok) (n=17)	Diyabetik hastalar (nöropati var) (n=25)	P
Yaş	53,41±6,40	59,20±9,07	0,02
Vücut kitle indeksi	28,0±2,73	28,9±4,03	0,42
Serum açlık glukozu (mg/dl)	130,53±42,29	167,20±52,23	0,017
MPV (femtolitre)	7,57±0,59	8,08±0,59	0,012
Nöropati semptom skoru (NSS)	1,50±0,53	5,84±3,40	0,0001

P180

TİP 2 DİYABETİK HASTALARDA SERUM ADİPONEKTİN DÜZEYİ, ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ VE HbA1C ARASINDAKİ İLİŞKİ

Burak Şahan, M. Hakan Terekeci, Cihan Top, Özkan Sayan, Eylem Çağiltay, Selim Nalbant, Yaşar Küçükardalı, Çağatay Öktenli

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi

AMAÇ: Adiponektin, yağ hücresinden salgılanan diğer hormonların aksine insülin direncini azaltır ve insülin direncinde azalma, lipid düzeylerinde düşme ve ateroskleroz progresyonunda azalmaya neden olur. Ortalama trombosit hacminin (MPV) koroner arter hastalığı ve Tip 2 diyabette arttığı daha önceki çalışmalarda gösterilmişti. Diyabetik ve bozulmuş açlık glukozu bulunan hastalarda MPV ile açlık plazma glukozu ve HbA1c arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Biz burada ateroskleroz ve diyabetin kötü metabolik kontrolü ile birlikteliği bilinen MPV, ateroskleroz progresyonunda azalmaya yol açtığı bilinen adiponektin ve diyabetin metabolik kontrol parametresi olan HbA1c arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOD: Mart 2007- Eylül 2007 tarihleri arasında GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi İç Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalar arasında diyabet dışında MPV'yi yükselttiği bilinen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm hastalarda 12 saatlik açlığın ardından tam kan örneğinde açlık kan glukozu (mg/dl), MPV (femtolitre), serum adiponektin (pg/ml) ve HbA1c (%) parametreleri çalışıldı. Tüm sonuçlar SPSS 15 programı ile değerlendirildi.

SONUÇLAR: Çalışmaya sağlıklı kontrol (n= 24) ve diyabetik hastalar (n=42) olmak üzere toplam 64 kişi alındı. Kontrol ve diyabetik grup hastalarda yaş (54.25±5.03 ve 56.38±8.08, p= 0.19) ve VKİ (27.02±2.51 ve 28.51±3.51, p=0.062) açısından istatistiksel fark gözlenmedi. Serum açlık glukozu, MPV, serum adiponektin ve HbA1c bakımından kontrol grubu ve diyabetik hastalar arasında Tablo 1'de gösterildiği gibi istatistiksel fark bulundu. MPV kontrol grubunda 7.08±0.37 ve diyabet grubunda 7.88±0.64 (p<0.0001) olarak bulundu. Adiponektin düzeyleri kontrol grubunda 146.36±42.09 ve diyabetik grupta 94.87±32.74 (p<0.0001) olarak saptandı. Her iki grup arasında beklenileceği gibi serum açlık glukozu ve HbA1c bakımından farklılıklar mevcuttu.

Tüm hastalarda adiponektin ile MPV (r= -0.26, p=0,35) ve HbA1c (r= -0.45, p<0.0001) arasında negatif korelasyon tesbit edildi.

TARTIŞMA: Daha önce yapılan çalışmalarda koroner arter hastalığı ve diyabetik hastalarda adiponektin düzeylerinin azaldığı ve MPV seviyelerinin arttığı gösterilmişti. Biz bu çalışmada diyabetik hastalarda adiponektinin, hem ateroskleroz fizyopatolojisinde trombosit aktivasyon göstergesi olarak kullanılabilen MPV ile hem de diyabetin regülasyon göstergesi olan HbA1c ile ilişkisini ortaya koyduk. Böylece MPV'nin hem mikro hem de makrovasküler komplikasyonlarda önemli bir belirteç olabileceği ve bu etki muhtemelen ilişkili adiponektin düşüklüğünün de rolü olduğu bu çalışma ile desteklenmiştir.

Tablo 1.

Parametreler	Kontrol grubun=24	Diabetik grupn=42	P
Yaş	54,25±5,03	56,38±8,08	0,19
Vücut kitle indeksi	27,02±2,51	28,51±3,51	0,062
Serum açlık glukozu (mg/dl)	82,58±17,187	152,05±51,85	0,0001
MPV (femtolitre)	7,08±0,37	7,88±0,64	0,0001
HbA1c (%)	5,45±0,54	7,63±1,36	0,0001
Adiponektin (pg/ml)	146,36±42,09	94,87±32,74	0,0001

P181

OSTEOPROTEGERİN SEVİYELERİ DİYABETİK NÖROPATİLİ TIP 2 DİYABETİK HASTALARDA ARTAR

M. Hakan Terekeci, Mehmet Güney Şenol, Cihan Top, Burak Şahan, Eylem Çağiltay, Osman Metin İpcioğlu, Serkan Çelik, Yaşar Küçükardalı, Çağatay Öktenli

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi

AMAÇ: Osteoprotegerin (OPG), TNF süperailisinin bir üyesi olup ilk başta kemik rezorpsiyonunun bir inhibitörü olarak bulunmuştur. Daha sonraki çalışmalarda diyabetin mikrovasküler komplikasyonlarından retinopati ve nefropati ile ilişkisi ortaya konmuştur. Tip 2 diyabetik hastalarda yaş ve HbA1c arasında ilişki vardır. Biz bu çalışmada OPG'nin daha önce hiç çalışılmamış olan nöropati ile arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOD: Mart 2007- Eylül 2007 tarihleri arasında GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi İç Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalar arasında sağlıklı kontrol (n= 24) ve diyabetik hastalar (n=42) olmak üzere toplam 64 kişi çalışmaya alındı. Tüm hastalarda 12 saatlik açlığın ardından tam kan örneğinde açlık kan glukozu (mg/dl), serum OPG (pg/ml) ve HbA1c (%) parametreleri çalışıldı. Tüm hastalara Nihon-Kohden Neuropack four Minipack (Tokyo, Japan) ile ipsilateral alt ve üst ekstremitelerde yüzey elektrotlar kullanılarak nörolojik durumları değerlendirildi. MEDELEC Multimedia EMG/EP Synergy (England) adlı EMG cihazı kullanılarak sempatik cilt cevabı değerlendirildi. Motor ve duyuşal durum üst ekstremitelerde median ve ulnar sinirlerde değerlendirildi. Ayrıca tüm çalışma grubu hastalara nöropati semptom skoru uygulandı. Bu skor 8'i kas zayıflığı, 5'i duyuşal bozukluk ve 4'ü otonomik semptom olmak üzere toplam 17 puanlık bir skorlamadır. Nöropatinin ağırlığı ile nöropati semptom skoru doğru orantılıdır. Tüm sonuçlar SPSS 15 programı ile değerlendirildi.

SONUÇLAR: Sağlıklı kontrol grubu ve diyabetik hastalarda yaş (54.58±4.88 ve 57.33±7.91, p= 0.09) ve vücut kitle indeksi (VKİ) (27.02±2.51 ve 28.51±3.51, p=0.062) açısından istatistiksel fark gözlenmedi. Serum açlık glukozu, serum OPG, nöropati semptom skoru ve HbA1c bakımından kontrol grubu ve diyabetik hastalar arasında Tablo 1'de gösterildiği gibi istatistiksel fark bulundu. OPG düzeyleri kontrol grubunda 21,49±6,62 ve diyabetik grupta 30,88±11,39 (p<0.0001) olarak saptandı. Her iki grup arasında beklenileceği gibi serum açlık glukozu, nöropati semptom skoru ve HbA1c bakımından farklılıklar mevcuttu. OPG nöropatisiz diyabet grubunda 24,78±4,45 ve nöropatili diyabet grubunda 35,03±12,82 olarak bulundu (p<0,001). Nöropati semptom skoru (NSS) nöropatisiz (EMG ile) diyabet grubunda 1,50±0,53 ve nöropatili diyabet grubunda 5,84±3,40 olarak bulundu (p<0,0001). Diyabetik hastalarda OPG ile NSS (r = 0,89, p<0,0001) ve HbA1c (r = 0,7, p<0,0001) arasında pozitif korelasyon tesbit edildi.

TARTIŞMA: Daha önce yapılan çalışmalarda mikrovasküler komplikasyon (retinopati ve nefropati) diyabetik hastalarda OPG düzeylerinin arttığı gösterilmişti. Biz bu çalışmada diyabetik nöropatili hastalarda OPG düzeylerinin arttığını ve bunun nöropati semptom skoru ve HbA1c ile ilişkili olduğunu bulduk. Nöropatinin ağırlığının bir göstergesi olan nöropati semptom skoru ile OPG arasındaki ilişki OPG'nin diyabetik komplikasyonların patogenezindeki önemini bir kez daha ortaya koymuştur. HbA1c'nin diyabetin komplikasyonları ile olan ilişkisi bilinmektedir. Muhtemelen bozulmuş glukoz regülasyonu, OPG'nin de aralarında olduğu pek çok faktörün katkısıyla diyabetik komplikasyonların oluşumunda rol oynamaktadır.

Tablo 1.

Parametreler	Kontrol grubun=24	Diyabetik grupn=42	P
Yaş	54,58±4,88	57,33±8,08	0,09
Vücut kitle indeksi	27,02±2,51	28,51±3,51	0,062
Serum açlık glukozu (mg/dl)	82,58±17,187	152,05±51,85	0,0001
HbA1c (%)	5,45±0,54	7,63±1,36	0,0001
Osteoprotegerin (pg/ml)	21,49±6,62	30,88±11,39	0,0001
Nöropati semptom skoru (NSS)	0±0	4,79±3,50	0,0001

Tablo 2.

Parametreler	Diyabetik hastalar (nöropati yok) (n=17)	Diyabetik hastalar (nöropati var) (n=25)	P
Yaş	55,18±6,41	58,80±8,60	0,12
Vücut kitle indeksi	28,0±2,73	28,9±4,03	0,42
Serum açlık glukozu (mg/dl)	130,53±42,29	167,20±52,23	0,017
HbA1c (%)	6,71±0,9	8,26±1,25	0,0001
Osteoprotegerin (pg/ml)	24,78±4,45	35,03±12,82	0,001
Nöropati semptom skoru (NSS)	1,50±0,53	5,84±3,40	0,0001

P182**AĞIR KOMBİNE İMMUN YETMEZLİKLİ HASTADA SEKONDER PULMONER HİPERTANSİYON TEDAVİSİNDE DÜŞÜK DOZ SİLDENAFİL KULLANIMI**

¹Yaşar Küçükardalı, ²Bülent Karagöz, ¹Emrullah Solmazgöl, ¹M. Hakan Terekeci, ¹Hakan Demirci, ³Oral Öncül, ¹Çağatay Öktenli

¹GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, ²GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, T. Onkoloji Kliniği, ³GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

60 yaşında bayan hasta, giderek artan dispne ve sık akciğer enfeksiyonu geçirme şikayetleriyle İç Hastalıkları kliniğine yatırıldı. Hastanın tıbbi geçmişi sık sık respiratuar ve gastrointestinal sistem enfeksiyonu (pseudomonas pnömonisi ve intestinal amebiazis) geçirdiği öğrenildi.

Yapılan tam kan tetkikinde WBC: 5700/mm³, lenfopeni (nötrofil %82, lenfosit %15), trombosit: 80.000/mm³ olarak bulundu. Rutin biyokimya, CRP ve D-Dimer normal olarak saptandı. Yapılan arteriyel kan gazı incelemesinde PaO₂: 50 mmHg, PaCO₂: 47 mmHg, SaO₂: %80 olarak saptandı. EKG'de sinüs taşikardisi ve sağ ventriküler hipertrofi bulguları mevcuttu. Toraks HRCT incelemede; bilateral bronşiektazik görünüm saptandı. Yapılan ekokardiyografik incelemede sistolik pulmoner arter basıncı 76 mmHg olarak saptandı. Hasta NYHA klas 4 olarak değerlendirildi. Serum protein elektroforezinde hipogammaglobulinemi saptandı. İmmünoelektroforezde IgG ve IgA seviyelerinde düşüklük saptandı. Periferik kan immüno-fenotiplendirmesi ve flow sitometrik incelemeler sonucunda hastaya Ağır Kombine İmmun Yetmezlik tanısı konuldu.

Hastaya antibiyotik, oral antikoagulan, diüretik, bronkodilatör ve oksijen tedavisi verildi. İmmünglobulin replasmanı yapıldı. Fakat hastanın genel durumunda belirgin bir iyileşme olmamasından dolayı 25 mg/gün peroral sildenafil tedavisine başlandı.

Tedaviye başladıktan 5 ay sonra hastada anlamlı klinik iyileşme (NYHA klas 3) ve pulmoner arter basıncında düşme (55 mmHg) gözlemlendi. Bu bulgular eşliğinde bronşiektazik ve Ağır Kombine İmmun Yetmezlikli hastalarda pulmoner hipertansiyon tedavisinde sildenafil önemli bir alternatif olarak düşünülebilir.

P183**ÜST EKSTREMİTE VENÖZ TROMBOZUNUN NADİR GÖRÜLEN BİR PREZANTASYONU: PROTEİN C, PROTEİN S EKSİKLİĞİ VE FAKTOR V LEİDEN MUTASYONU BİRLİKTELİĞİ**

M. Hakan Terekeci, Cihan Top, Alev Akyol Eriki, Burak Şahan, Tolga Enver Yücutürk, Hakan Demirci, Serkan Çelik, Çağatay Öktenli

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi

GİRİŞ: Üst ekstremitenin derin ven trombozu nadir görülen bir durumdur ve tüm tromboembolik olayların yaklaşık olarak %4 kadranını oluşturur. Son 50 yılda üst ekstremitenin derin ven trombozunun klinik önemi basit ve doğru tanı metodları olarak santral venöz kateter kullanımının yaygınlaşması ve ultrasonografinin gelişmesi neticesinde artmıştır. Nadir görülen bir durum olması, çalışmaların sadece küçük çalışma gruplarında yapılmış olması ve alt ekstremitenin derin ven trombozlarından farklı olmaları bu klinik durum hakkındaki bilgileri sınırlandırmaktadır. Doğal antikoagulan proteinler olan antitrombin, protein C, protein S eksikliği, koagülasyon faktör V ve protrombin gen mutasyonları ile homosisteinemi gibi metabolik anormallikler artmış üst ekstremitenin derin ven trombozu ile beraberdir.

OLGU SUNUMU: Sol kolda şişlik ve kızarıklık şikayetleriyle başvuran 21 yaşında erkek hastanın yapılan muayenesinde sol kolda ödem ve hiperemi tespit edildi. Derin palpasyonda hassasiyet mevcuttu. Bunlar dışında hastanın tüm muayene bulguları normaldi. Yapılan laboratuvar testlerden rutin testler, trombosit sayımı, fibrinojen ve plazminojen normal düzeylerde tespit edildi. Venöz dopler ultrasonografik incelemede sol brakial ven seviyesinden başlayıp aksiller ven ve subklavian vene uzanım gösteren lümen rezidü akım mevcut olan parsiyel trombus saptandı. Vakamızda antitrombin-III ve homosistein düzeyleri normal ve antifosfolipid antikorlar (antikardiyolipin antikor, lupus antikoagulan) negatif olarak saptandı. Protein S ve protein C plazma seviyeleri normalden düşüktü (PC %58, PS %51). Yapılan DNA analizinde Faktör V Leiden heterozigot gen mutasyonu tespit edildi. Protrombin G20210A için yapılan DNA analizi negatif bulundu.

Tedavide 500 mg. varfarin, 300 mg. salisilik asit ve subkutan fraksiyone heparin aynı anda başlandı. Hastanın 3 ay sonra yapılan kontrollerinde üst ekstremitenin derin ven trombozu tamamen regrese oldu ve halen Protein S ve protein C plazma seviyeleri normalden düşüktü (PC %57, PS %53).

TARTIŞMA: Üst ekstremitedeki primer derin ven trombozu sıra dışı bir klinik prezantasyondur. Daha çok santral venöz kateter varlığı ve kanser gibi hastalıklarda gözlenir. Protein C, Protein S, Antitrombin III eksikliği ve faktör V leiden mutasyonunda 5-6 kat fazla tromboz riski vardır. Metabolik anormallikler,

hiperhomosisteinemi, oral kontraseptif kullanımı derin ven trombozu ve serebral ven trombozuyla ilişkilidir. Bizim olgumuzda olduğu gibi asker kişilerde aktif kas gücü kullanımı bu hastalık için predispozan bir faktördür. Son dönemlerde üst ekstremitenin kaslarının tekrarlayıcı, zorlu kullanımı ve akillesubklavian tromboz; efor sendromu olarak tanımlanmaktadır. Üst ekstremitenin derin ven trombozu tromboembolik hastalıklarda önemli bir komponenttir ve atlanmamalıdır.

P184**DERİN ANEMİ (HEMOGLOBİN: 1.6, HEMATOKRİT: 5.4) VE İSKEMİK HEPATİT TABLOSU İLE AYAKTAN ACİL SERVİSE BAŞVURAN MİDE ADENO CA OLGUSU**

M. Hakan Terekeci, Hakan Demirci, Özkan Sayan, Yaşar Küçükardalı, Emrullah Solmazgöl, Cihan Top, Selim Nalbant

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi

GİRİŞ: Dünya Sağlık Örgütü erkeklerde hemoglobin düzeyinin 13 gr/dl ve kadınlarda 12 gr/dl'nin altında olmasını anemi olarak tanımlamıştır. Anemi Dünya nüfusunun %30'unu ilgilendiren ciddi bir sağlık problemidir. Anemi özellikle postmenapozal kadınlarda ve erkeklerde gastrointestinal sistemin maligniteleriyle beraber olabilir.

OLGU SUNUMU: 60 yaşında bayan hastada 1 yıldır varolan halsizlik şikayetinde son 1 haftadır aşırı artma olmuş. Bunun yanında yaygın kas ağrıları, bacaklarda şişme, nefes darlığı, karın ağrısı, yutma güçlüğü ve bulantı şikayetlerinin de eklenmesi nedeniyle acil servisimize başvuran hasta dahiliye servisine yatırıldı. Fizik muayenede TA: 100/45 mmHg, Nb: 100/A: 36.2, genel durumu orta, şuur açık, oryante, koopere, cilt ve konjunktivalar soluktu. Kalpte mitral odakta belirgin 2/6 sistolik üfürüm vardı. Karaciğer derin palpasyonla hassas. Bilateral +2 pretibial ödem mevcuttu. Yatış anında alınan kan örneklerinde BK: 11.700 / mm³, KK: 810.000 / Ml, Hgb: 1,6 gr / dl, Htc: 5.4 %, MCV: 67,8 fl, Plt: 238.000 / mm³, Üre: 113, Krt: 1.6, AST: 1325, ALT: 880, LDH: 1695, parsiyel tromboplastin zamanı: 18.8, INR: 1.59 ve GGG (+) olarak saptandı. Hastanın HBsAg (-), AntiHBs (-), antiHCV (-), Anti-HAV (-) ve tiroid fonksiyonları normaldi. Yapılan periferik yaymada Eritrositler +3 hipokrom, +3 mikrositer, beyaz küreler normal, atipi ve displazi yoktu. Toplam 8 ünite eritrosit süspanasyonu verilen hastanın karaciğer enzimleri ve LDH düzeyleri tedricen gerileyerek 1 hafta sonra tamamen normale döndü. Yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde tüm kardiyayı saran vejetatif, frajil, kanamalı kitle gözlemlendi. Alınan biyopsi örneklerinin sonuçları mide adenokarsinomu olarak rapor edildi.

TARTIŞMA: Anemisi olan hastalara demir, folik asit ve B12 vitamini preparatları ya da kan transfüzyonu uygulaması başlamadan önce etiyolojiye yönelik araştırmalar tamamlanmalıdır. Vakamızın önemli özelliklerinden biri hemoglobin ve hematokrit değerleri literatürde yayınlanan en düşük vaka olmasına rağmen hastaneye ayakta başlamış olmasıdır. Hastanın başvuru ve hastanede yatış esnasında genel durumunun iyi, kooperasyon, oryantasyonunun tam olması ve kalp ritminin 90-100 vuru/dk. aralığında seyretmesi çok derin olan bu anemi tablosuna karşı hastanın güçlü adaptasyon yeteneğini göstermektedir. Yaygın kas ağrılarının iskemik kaynaklı miyopatiye bağlı olduğunu düşündük. Ancak bu durumu tesbit için EMG veya kas biyopsisi yapılmaması bir eksiklik olsa da yoğun eritrosit infüzyonu sonrası kas ağrılarının kaybolması düşüncemizi desteklemektedir. Aynı zamanda karaciğer fonksiyonları da transfüzyonu takiben 1 hafta içinde tamamen düzeldi. Hastada hepatite yol açacak bir ilaç kullanımı olmaması, viral markerlerin (-) olması ve en önemlisi transfüzyon sonrası karaciğer enzimlerinin tamamen düzelmesi anemi kaynaklı iskemik hepatit konusunda şüpheye yer bırakmamıştır.

P185**BOYUN ÇEVRESİ METABOLİK SENDROM İÇİN YENİ BİR ANTROPOMETRİK ÖLÇÜM OLABİLİR Mİ?**

İsmail Hakkı Kalkan, Ömer Önder Savaş, T. Tanju Yılmaz, Murat Süher

SB Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Bir antropometrik ölçüm indeksi olarak boyun çevresinin hiperinsülinemi ve insülin direnci ile ilişkili olabileceğine dair sınırlı sayıda yayın bulunmaktadır. Biz de, bu çalışmada metabolik sendrom ile boyun çevresi ilişkisini araştırmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOD: Hastanemiz iç hastalıkları polikliniğine başvuran ve 'National cholesterol education program-Adult treatment panel III' (NCEP-ATPIII) kriterlerine göre metabolik sendrom saptanmış 52 olgu ile, metabolik sendromu olmayan 36 normal olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların biyokimyasal parametreleri biyokimya laboratuvarında Olympus AV-2700 cihazı ile çalışıldı. Hyoid kemik hizasından boyun çevresi ölçümleri yapıldı.

BULGULAR: Metabolik sendromu olan olguların ortalama boyun çevresi 36,5 ± 2,4 cm, normal olguların ortalama boyun çevresi ise 34,5 ± 2,5 cm idi, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p<0,01). Korelasyon testi sonucunda boyun çevresi ile ürik asit düzeyi arasında orta dereceli ilişki saptandı (r=0,47, p<0,01).

SONUÇ: Çalışmamız sonucunda; metabolik sendromu olan olguların boyun çevrelerinin daha geniş olması, boyun çevresinin metabolik sendrom patogenezinde rolü olabileceğini düşündürmektedir

P186**GLUKOZ METABOLİZMA BOZUKLUĞU İÇİN YENİ BİR ANTROPOMETRİK ÖLÇÜM: BOYUN ÇEVRESİ**

İsmail Hakkı Kalkan, Ömer Önder Savaş, T. Tanju Yılmaz, Murat Süher

SB Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Bozulmuş açlık glukozu (BAG) saptanmış olgulara yapılan oral glukoz tolerans testi (OGTT) sonucunda yeni tanı tip 2 diyabetes mellitus (DM) ve bozulmuş glukoz toleransı (BGT) saptanan



olgularında ve kan şekeri değeri normal olan olgularda boyun çevresi ölçümleri arasında fark olup olmadığının araştırılması amaçlandı.

MATERYAL VE METOD: Ekim 2005-Mayıs 2006 tarihleri arasında, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran ve herhangi bir ilaç kullanma hikayesi bulunmayan BAG'lu olgularda yapılan OGTT sonucunda tip 2 DM saptanan 30 olgu ve BGT saptanan 30 olgu ile birlikte kan şekeri normal olan 28 olgu çalışmaya dahil edildi.

Olguların boyun çevresi hyoid kemik hizasından ölçüldü ve biyokimyasal parametreleri biyokimya laboratuvarında Olympus AV-2700 cihazı ile çalışıldı.

BULGULAR: Çalışmamız sonucunda; ortalama boyun çevresi değerleri DM'li olgularda $37,0 \pm 2,6$ cm, BGT'si olan olgularda $35,8 \pm 2,0$, normal olgularda ise $34,1 \pm 2,5$ cm idi. DM'si ve BGT'si olan olguların ortalama boyun çevresi değerleri normal olgulara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (sırasıyla $p < 0,01$ ve $p = 0,02$). Korelasyon testleri sonucunda boyun çevresi ile HbA1c ve fruktozamin değerleri arasında orta dereceli ilişki saptandı. HbA1c ($r = 0,32, p < 0,05$) ve fruktozamin ($r = 0,33, p < 0,05$)

SONUÇ: Standart antropometrik ölçümlere ek olarak boyun çevresindeki artışı glukoz metabolizma bozukluğunun habercisi olabileceği kanaatindeyiz.

P187

METABOLİK SENDROM-ANTIOKSIDAN DÜZEYİ İLİŞKİSİ

İsmail Hakkı Kalkan, Ömer Önder Savaş, T. Tanju Yılmaz, Murat Süher

SB Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Metabolik sendrom saptanmış olan olgularla, normal olgular arasında antioksidan özelliği bulunan vitamin A, vitamin E ve glutatyon (GSH) düzeyleri açısından fark olup olmadığını tespit etmeyi amaçladık.

MATERYAL VE METOD: Ekim 2005-Mayıs 2006 tarihleri arasında, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi iç hastalıkları polikliniğine başvuran ve metabolik sendrom saptanmış 47 olgu ile, metabolik sendromu olmayan 34 normal olgu çalışmaya dahil edildi. Metabolik sendrom tanısı NCEP-ATP III kriterlerine göre kondu. Serum Vit A düzeyi normal aralığı (1.05-2.45 $\mu\text{mol/l}$), serum Vit E düzeyi normal aralığı (11.6-46.4 $\mu\text{mol/l}$) olarak belirlendi. Bu olguların vitamin A, vitamin E düzeyleri Agilent 1100 cihazı ile ölçüldü. Olguların biyokimyasal parametreleri biyokimya laboratuvarında Olympus AV-2700 cihazı ile çalışıldı. Tüm olguların mikroeliza yöntemi ile GSH düzeyleri ölçüldü. Normal serum GSH düzeyi (4,7-8,9 μM) olarak belirlendi.

BULGULAR: Metabolik sendromu olan olguların ortalama vitamin E düzeyi $30,9 \pm 8,8$ $\mu\text{mol/l}$, vitamin A düzeyi $2,1 \pm 0,6$ $\mu\text{mol/l}$, GSH düzeyi ise $4,5 \pm 1,7$ μM idi. Normal olguların ise ortalama vitamin E düzeyi $28,3 \pm 6,0$ $\mu\text{mol/l}$, vitamin A düzeyi $1,7 \pm 0,4$ $\mu\text{mol/l}$, GSH düzeyi ise $7,2 \pm 2,1$ μM idi. Metabolik sendromu olan olgularla normal olgular arasında vitamin A ve GSH değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (sırasıyla $p < 0,05$ ve $p < 0,01$). Vitamin E düzeyi açısından 2 grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0,1$).

SONUÇ: Çalışmamız sonucunda; metabolik sendromu olan olgularda elde edilen düşük GSH ve yüksek vitamin A düzeyleri antioksidan düzeylerinde saptanan değişikliklerin metabolik sendrom patogenezi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir

P188

TİP 2 DİABETES MELLİTUS'LU HASTALARDA NONALKOLİK YAĞLI KARACİĞER HASTALIĞI VE METABOLİK GÖSTERGELER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Muharrem Koçar, Seda Akkaya Özdiç, Ahmet Akın, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Diyabetes Mellitus (DM) tüm dünyada sıklığı giderek artan, çeşitli organ ve sistemlerde komplikasyonlara neden olan kronik bir hastalıktır. Tip 2 DM yaylılık, diyabet ve komplikasyonlarına bağlı morbidite ve mortalite de artmaktadır. Tip 2 diyabet, obezite ve dislipidemi ile birliktedir. Diyabetli hastalarda çoğunlukla gözlenen karaciğer komplikasyonu hepatosteatozdur. NAYKH sık görülen bir karaciğer hastalığıdır. Obezite ve tip 2 diyabetin sıklığı arttıkça bu hastalığın sıklığı da artmaya devam edecektir.

YÖNTEM VE GEREÇ: Çalışmamızda tip 2 DM hastalarında, ultrasonografik olarak NAYKH sıklığını ve metabolik parametrelerle ilişkisini incelenmeyi amaçladık. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi, 2. İç Hastalıkları polikliniğine başvuran tip 2 diyabetli 152 hasta çalışmaya alındı. Tüm hastalardan ayrıntılı anamnez alındı. Hastalar, NAYKH tanısı konmadan önce diğer olası karaciğer hastalıklarını dışlamak amacıyla klinik ve laboratuvar yönden değerlendirildi. Boy, kilo, beden-kitle indeksi (BKİ) ölçümü yapıldı. Tüm hastalardan bir gecelik açlığı takiben sabah istirahat halinde biyokimyasal tetkikler için venöz kan örnekleri alındı. Alman kan örneklerinde rutin biyokimyasal parametrelere bakıldı. Üre, kreatinin, ALT, AST, direkt-indirekt bilirubin, ALP, GGT, total kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, trigliserit, açlık kan şekeri, HbA1c düzeyi ölçümleri yapıldı. Hastaların sabah spot idrarında, mikroalbumin, mikroalbumin kreatinin oranlarına bakıldı.

BULGULAR: Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak tip 2 diyabetli hastaların %73'ünde (%53.94 grade 1, %19.23 grade 2) hepatosteatoz saptadık. Normal ve hepatosteatozu olan hastaların değerleri karşılaştırıldığında HbA1c, HDL, BKİ ve mikroalbuminüri açısından anlamlı farklılıklar olduğu görüldü. Hepatosteatozu olmayan grupta HbA1c, HDL, BKİ ve mikroalbuminüri ortalama değerleri sırasıyla $7,97 \pm 2,02, 53 \pm 10,69, 28,65 \pm 5,95$ ve $49,82 \pm 97,21$ iken hepatosteatozu olan grupta bu değerler $8,76 \pm 2,1, 3,48, 93 \pm 10,75, 32,16 \pm 5,33$ ve $96,05 \pm 139,39$ olarak hesaplandı. Hepatosteatoz derecesi ile HDL, BKİ ve mikroalbuminüri arasında anlamlı korelasyon saptandı.

SONUÇ: Hepatosteatoz, tip 2 diyabetli hastalarda normal popülasyondan daha sık rastlanan bir hastalıktır. NAYKH'nın ileri dönem riskleri göz önüne alındığında, tip 2 diyabetli hastalar yağlı karaciğer hastalığı yönünden yakından takip edilmeli ve eşlik eden metabolik faktörler tedavi edilmelidir.

Tablo.

	Normal	Hepatosteatoz	p
Yaş	56±9,57	54,14±9,94	>0.05
Diyabet yaşı (ay)	82,1±94,17	76,08±74,64	>0.05
HbA1c	7,97±2,02	8,76±2,13	<0.05
Total kolesterol	202,9±40,05	203,16±46,49	>0.05
Trigliserid	163±101,39	192,67±109	>0.05
HDL	53±10,69	48,93±10,75	<0.05
LDL	116,65±30,85	117,31±40,75	>0.05
AST	18,5±5,9	23,75±14,14	<0.05
ALT	19,67±8,68	31,69±26,61	<0.05
GGT	23,02±15,64	35,61±22,7	<0.05
ALP	171,95±100,48	146,74±84,56	>0.05
BKİ	28,65±5,95	32,16±5,33	<0.05
Mikroalbuminüri	49,82±97,21	96,05±139,39	<0.05

P189

DİRENÇLİ HİPERTANSYONUN VÜCUT KİTLE İNDEKSİ İLE İLİŞKİSİ

Mustafa Temizel, Fahri Karamahmutoğlu, Yasemin Şahinkaya, Yücel Arman, Ertan Cevizci, Meral Mert, Ali Çetin Ölek

Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Hipertansif hastaların bir kısmında antihipertansif tedaviye rağmen kan basınçları yüksek seyretmektedir ve bu durum birçok sebebe bağlı olabilir. Çalışmamızda vücut kitle indeksi ile dirençli hipertansiyon arasındaki ilişkiyi araştırmayı planladık.

METOD: Çalışmaya Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. İç Hastalıkları Polikliniğine müracaat eden ardışık 400 hipertansif hasta alındı. Bir diüretik içeren ve maksimal dozlarda en az 3 ay süre ile uygun 3 ilaçlı tedavi rejimine rağmen bir haftalık sabah-akşam takiplerde kan basınçları 140/90 mmHg'nin altına düşmeyen hastalar dirençli hipertansiyon kabul edilmiştir. Tüm hastalarda vücut kitle indeksi bakıldı ve dirençli hipertansiyonu olanlar ile olmayanlar arasındaki kıyaslama T-testi ile yapıldı.

BULGULAR: Çalışmada 114'ü (%28.5) erkek, 286'sı (%71.5) kadın toplam 400 hasta değerlendirildi. Erkek hastalarda ortalama yaş $59,5 \pm 11,40$, hipertansiyon süresi $6,57 \pm 5,35$ yıl ve vücut kitle indeksi $28,15 \pm 4,13$ olup kadın hastalarda ortalama yaş $57,68 \pm 10,29$, hipertansiyon süresi $7,75 \pm 5,88$ ve vücut kitle indeksi $30,86 \pm 5,48$ tespit edildi (Tablo-1). Çalışmaya alınan hastalardan 12'si erkek 49'u kadın toplam 61 kişi dirençli hipertansiyon olarak değerlendirildi. Dirençli hipertansiyonu olan hastalarda vücut kitle indeksi $32,16 \pm 3,56$, olmayanlarda ise $29,71 \pm 3,42$ bulundu. Sonuçlar T-testi ile değerlendirildiğinde anlamlı fark tespit edildi ($t = 2,92$; $p = 0,005$). Ayrıca hastalar BMI açısından gruplara ayrıldığında dirençli hipertansiyonu olan hastaların %9,5'i normal kilolu, %33,3'i fazla kilolu, %46'sı obez ve %11,1'i morbid obez bulunmasına karşın dirençli olmayan grupta hastaların %15,7'si normal kilolu, %39,1'i fazla kilolu, %41,5'i obez ve %3,5'i morbid obez bulundu. Veriler ki-kare testi ile değerlendirildiğinde dirençli hipertansiyon olan grubun olmayana göre daha çok morbid obez ve obez olduğu görüldü ($\chi^2 = 8,48$; $p = 0,037$) (Tablo-2).

SONUÇ: Vücut kitle indeksi ile hipertansiyon tedavisine direnç arasında kuvvetli ilişki mevcuttur. Dirençli hipertansiyon tedavisine ne kadar zahmetli, pahalı olduğu ve iyi sonuçlarının az olduğu düşünüldüğünde, sadece obezitenin tedavisinin önemli bir kat daha artmaktadır.

Tablo 1.

	Erkek	Kadın
Ortalama Yaş	59.5 ± 11.40	57.68 ± 10.29,
Hipertansiyon süresi	6,57 ± 5,35	7.75 ± 5.88
Vücut Kitle İndeksi	28.15 ± 4.13	30.86 ± 5.48

Tablo 2.

	Normal kilolu	Fazla Kilolu	Obez	Morbid Obez
Refrakter Hipertansiyon	%9,5	%33,3	%44	%11,1
Nonrefrakter Hipertansiyon	%15,7	%39,1	%41,5	%3,5

P190

ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER İLE LİPİD PARAMETRELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Nadire Küçüköztaç, Özlem Barak Serkant, Tevfik Tanju Yılmaz, Murat Süher SB Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Obezite birçok ülkede giderek artmakta olan bir problem olup çeşitli kardiyovasküler risk faktörleri ile ilişkilidir. Total vücut yağı ve dağılımını ölçen çeşitli görüntüleme yöntemleri geliştirilmiş olmasına rağmen, basit antropometrik ölçüm yöntemleri klinik pratikte halen geçerliliğini korumaktadır.

MATERYAL-METOD: Bu çalışmanın amacı basit antropometrik ölçümlerle lipit parametrelerinin ilişkisini belirlemektir. Mayıs 2004- Mayıs 2007 tarihleri arasında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları servisinde yatarak takip edilmiş olan toplam 267 hasta (148'i kadın, 119'u erkek) çalışmaya alındı. Diyabet tanısı olanlar ve yatışından önce antilipidemik ilaç tedavisi alan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yaş, bel çevresi, bel kalça oranı (BKO), bel boy oranı, vücut yağ indeksi (VYI) ("Omron body fat monitor" ile bioimpedans analiz yöntemi kullanılmıştı), vücut kitle indeksi (VKI) ile total kolesterol (TK), düşük dansiteli lipoprotein (LDL), yüksek dansiteli lipoprotein (HDL), trigliserid (TG) parametreleri kaydedildi.

BULGULAR: VYI ile TK, LDL arasında; VKI, bel çevresi, bel boy oranı ile de TG arasında korelasyon vardı. Antropometrik ölçümlerle HDL arasında ise belirgin bir ilişki yoktu. Lipit profili içerisinde ise TG ile bel çevresi ve VKI arasında yakın bir ilişki görüldü ($p=0,015, p=0,010$).

SONUÇ: Kardiyovasküler hastalıklar açısından önemli bir risk faktörü olan dislipideminin tedavi maliyeti yüksektir. Bu nedenle VYI, VKI, bel çevresi ve bel boy oranı gibi antropometrik ölçüm yöntemleri kullanılarak erken tespit edilmesiyse diyet, egzersiz gibi basit ve ucuz yöntemlerle dislipideminin engellenebileceği düşünülmüştür.

P191

DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ VE HbA1c DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Gülden Bayrak, Özlem Barak Serkant, Tevfik Tanju Yılmaz, Murat Süher SB Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Bu çalışmada amaç; demir eksikliği anemisi ile HbA1c düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Ayrıca demir eksikliği anemisinin tedavisinden sonra HbA1c düzeyindeki değişimin de incelenmesi planlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Ocak 2004 - Eylül 2007 tarihleri arasında hastanemize başvuran demir eksikliği anemisi saptanan 65 olgu ve demir eksikliği anemisi olmayan 40 kontrol olgusu çalışmaya dahil edildi.

Olguların tam kan sayımları, serum demir (serum Fe), demir bağlama kapasiteleri (DBK), transferrin saturasyonları (TS), ferritin, HbA1c ve açlık kan glukozu düzeyleri kaydedildi. Anemili olguların tedavi başladıktan 6 ay sonraki kontrol hemogram, serum Fe, DBK, TS, serum ferritin ve HbA1c düzeyleri de belirlendi.

BULGULAR: Tedavi öncesinde kontrol grubuna göre demir eksikliği olan vaka grubunun Hb, Hct, MCV, MCH, MCHC, RBC, serum Fe, TS ve ferritin ortalamaları istatistiksel anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$). Ayrıca tedavi öncesinde vaka grubunun ortalama DBK ve eritrosit dağılım genişliği (RDW) düzeyleri kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti. ($p<0,001$). Vaka grubu içerisinde tedavi öncesine göre tedavi sonrasında Hb, Hct, MCV, MCH, RBC, serum Fe, TS ve ferritin ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı artışlar gözlemlendi ($p<0,001$). Tedavi öncesine göre tedavi sonrasında RDW ve trombosit hacim ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı azalma gözlemlendi ($p<0,05$). Ayrıca, tedavi öncesine göre tedavi sonrasında serum DBK ortalamasında da istatistiksel olarak anlamlı azalma gözlemlendi ($p<0,001$).

Tedavi öncesinde kontrol grubuna göre vaka grubunun HbA1c düzeyi istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Tedavi sonrasında kontrol grubuyla vaka grubuna ilişkin HbA1c ortalamaları istatistiksel olarak benzerdi ($p=0,641$). Vaka grubu içerisinde tedavi öncesine göre tedavi sonrasında HbA1c ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı azalma gözlemlendi ($p<0,001$).

SONUÇ: Demir eksikliği anemisinde HbA1c düzeyinde artış olmakta ve tedavi ile birlikte belirgin düşme ortaya çıkmaktadır. HbA1c'deki bu değişiklik demir eksikliği anemili olguların tedaviye cevap durumu değerlendirilmede ve takibinde diğer parametreler ile kullanılabilir. Diyabetik ve demir eksikliği anemisi olan olgularda ise HbA1c düzeyleri glisemik kontrolün takibi açısından yanıltıcı sonuçlara neden olabilir.

P192

ATORVASTATİNİN LENFOSİT ALT GURUPLARI VE MONOSİTLER İLE İNFLAMATUAR BELİRTEÇLER ÜZERİNE ETKİSİ

¹Gürhan Kadıköylü, ¹Hilal Bektaş Uysal, ²Çiğdem Yenisey, ¹İrfan Yavaşoğlu, ¹Zahit Bolaman

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı, Aydın, ²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Aydın

Kronik inflamasyon ateroskleroz ve komplikasyonlarının gelişiminde rol oynamaktadır. Hiperkolesterolemide kronik bir inflamasyon söz konusu olup kemokin ve sitokinlerin uyarılması, endotelial adezyon moleküllerinin artışı, lipoproteinler üzerindeki okside maddelere karşı ortaya çıkan immün reaksiyonlar meydana gelmektedir. Statinlerin hem lipit parametrelerini hem de antitrombotik, antiproliferatif ve endotel disfonksiyonlarını düzeltici etkileri ile ateroskleroz üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir. Bu prospektif çalışmada atorvastatinin hiperkolesterolemili hastalarda lipit parametreleri yanında lenfosit, monositler ile çeşitli inflamatuvar belirteçler üzerine etkisi araştırıldı. Çalışma Üniversite Proje fonundan (Proje no TF-7005) kısmen desteklendi. Sağlık Bakanlığı Merkez (2006/16638 karar) ve Tıp Fakültesi Merkez (2006/010-54) Etik Kurullarından onay alındı. Çalışmaya "Adult Treatment Panel for Third Report of the National Cholesterol Education Program" ölçütlerine uygun 40 (14 erkek, yaş ortalaması 47±9) hiperko-

lesterolemi hastası alındı. Sekonder hiperkolesterolemi, gebelik, laktasyon, akut koroner sendrom, böbrek yetersizliği, malignite, akut/kronik enfeksiyon ve inflamasyon, diyabetes mellitus, kanamaya yatkınlık, karaciğer fonksiyon bozukluğu dışlama kriterleriydi. Hastalara 12 hafta boyunca atorvastatin günde 20 mg başlandı. Tedavi öncesinde ve sonunda tam kan, sedimantasyon hızı, high-sensitive C-reaktif protein (hs-CRP), lipit parametreleri, fibrinojen, AST, ALT, CK-MB, flow-cytometry ile CD-3,4,5,8,14,16,19,40,45,ELISA ile interleükin (IL)-1,6,18, interferon gama (IFN-γ), tumor necrosis factor-α (TNF-α), intercellular adhesion molecule-1 (ICAM-1), soluble CD-40,vascular cell adhesion molecule-1 (VCAM-1) düzeyleri değerlendirildi. Sonuçlar two-paired student-t testi ile karşılaştırıldı, $p<0.05$ değerler anlamlı kabul edildi. Tedavi sırasında önemli bir yan etki gözlemlenmedi. Atorvastatin tedavisi sonunda total kolesterol ($p<0.001$), düşük dansiteli-lipoprotein kolesterol ($p<0.001$), trigliserit ($p=0.006$), çok düşük dansiteli-lipoprotein kolesterol ($p=0.012$), yüksek dansiteli-lipoprotein kolesterol ($p<0.001$) değerlerini anlamlı derecede düşürdü. Hematoloji olarak mutlak lenfosit ($p=0.003$) ve trombosit ($p=0.001$) sayılarını azaltırken monosit sayısını arttırdı ($p=0.002$). Fibrinojen, sedimantasyon hızı, AST, hs-CRP düzeylerini etkilemezken ($p>0.05$), ALT düzeyini arttırdı ($p=0.041$). Flow-cytometry'de yalnızca lenfositlerdeki CD-14 ($p=0.015$) ve CD-19 ($p=0.039$) ekspresyonunu azalttı. Atorvastatin TNF-α ($p<0.001$), sCD-40 ($p<0.001$), ICAM-1 ($p<0.001$), IL-18 ($p=0.024$) düzeylerini azaltırken IL-1,6 ve VCAM-1,IFN-γ düzeylerini değiştirmedi. Sonuç olarak bu çalışmada atorvastatinin lipit parametrelerine olumlu etkileri yanında bu etkilerinden bağımsız olarak trombosit sayısını azaltarak antitrombotik, inflamatuvar belirteçleri azaltarak anti-inflamatuvar etkinlik sağlayarak ateroskleroz üzerinde olumlu etkisi saptanmıştır.

Tablo.

Parametreler	Atorvastatin öncesi	Atorvastatin sonrası	p değeri
Total kolesterol (mg/dl)	257.7 ± 33.5	200.2 ± 45.3	<0.001
DDL-K (mg/dl)	174.3 ± 27.1	129.6 ± 37.7	<0.001
Trigliserit (mg/dl)	171.7 ± 74.1	135.7 ± 59.1	0.006
ÇDL-K (mg/dl)	33.4 ± 15.1	27 ± 11.7	0.012
YDL-K (mg/dl)	49.8 ± 8.9	43.7 ± 9.6	<0.001
Hemoglobin düzeyi (g/dl)	13.9 ± 1.5	13.7 ± 1.5	>0.05
Lenfosit sayısı (/mm ³)	2620 ± 713	2318 ± 777	0.003
Monosit sayısı (/mm ³)	398 ± 149	468 ± 162	0.002
Lökosit sayısı (/mm ³)	7732 ± 2056	7513 ± 1642	>0.05
Trombosit sayısı (/mm ³)	283.000 ± 64534	260.050 ± 6052	0.001
CD-3 (%)	68±15	63±20	>0.05
CD-4 (%)	41±11	39±12	>0.05
CD-5 (%)	63±20	64±18	>0.05
CD-8 (%)	27±9	28±9	>0.05
Lenfosit CD-14 (%)	3.8±3	2.8±2.5	0.015
Monosit CD-14 (%)	89±9	87±10	>0.05
CD-16 (%)	24±7	24±10	>0.05
CD-19 (%)	14±8	11±5	0.039
Lenfosit CD-40 (%)	47±12	45±17	>0.05
Monosit CD-40 (%)	88±8	86±15	>0.05
Lenfosit CD-45 (%)	97±10	98±5	>0.05
Monosit CD-45 (%)	99±3	98±4	>0.05
AST (IU/L)	21±5.3	21.5±6.4	>0.05
ALT (IU/L)	21.5±8	25.2±13	0.041
CK (IU/L)	97±39	104±70.3	>0.05
Fibrinojen (mg/dl)	311.3±75	316±72	>0.05
Sedimantasyon hızı (mm/s)	24±9	24.4±10.4	>0.05
hs-CRP (mg/dl)	0.35±0.3	0.33±0.3	>0.05
IL-1 (pg/ml)	12±7	17±36	>0.05
IL-6 (pg/ml)	7±4.4	5.4±6.2	>0.05
IL-18 (pg/ml)	643.3±657	408±110	0.024
IFN-γ (pg/ml)	6±3.3	5±5.4	>0.05
TNF-α (pg/ml)	34.07±12.1	23.7±12	<0.001
sCD-40 (ng/ml)	7.06±2.4	4.63±1.9	<0.001
ICAM-1 (ng/ml)	517.2±87.1	428.2±100.8	<0.001
VCAM-1 (ng/ml)	971.7±261.5	954.7±351	>0.05



P193

İNFEKTİF ENDOKARDİTLİ OLGUDA SAPTANAN DİFFÜZ NEKROTİZAN KRESENTİK GLOMERÜLONEFRİT/OLGU SUNUMU

Engin Sennaroğlu, Sibel Bakırcı, Hasan Tunca, Çağın Üreyen, Berçem Ayçiçek Doğan, Gamze Dam, Saadet Akdur Hasa

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: İlah edilemeyen ateş ve kardiyak üfürümü olan her olguda İ. E ekarte edilmelidir. İ. E olgularında sık rastlanan renal bulgular hematuri, proteinüri, glomerulopati, renal enfarkt, akut diffüz glomerulonefrit ve nadiren de olsa diffüz nekrotizan kresentik glomerulonefrit saptanabilir.

OLGU: 49 yaşında erkek hasta, ateş yüksekliği nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Dış merkezde Kalp Kapak Hastalığı tanısı konmuş. Yapılan EKO'sunda ef: %65, AY (2^o-3^o), dilate sol ventrikül, asendan aortta anevrizmatik dilatasyon (5.9 cm) saptanmış. Eş zamanlı olarak böbrek fonksiyon testlerinde bozukluk olması nedeniyle diyaliz alınmış. Yapılan fizik muayenesinde patolojik olarak: Ateş: 38 °C, aort ağzında belirgin olmak üzere tüm odaklarda 2/6^osistolik üfürüm, splenomegali, alt ekstremitelerin ön yüzünde, peteşyal döküntüleri tespit edildi. Hemogram değerlerinde; lökositoz-mikrositer anemi (wbc: 11.900K/uL, Hb: 9 g/dl, Htc: 26.6 %, MCV: 78 fl) biyokimyasal parametrelerinde ise böbrek yetmezliği ile uyumlu sonuçlar görüldü (üre: 114mg/dl, cr: 7.28 mg/dl Na: 125mmol/L, T. Ca: 6.85 mg/dl, İ. Ca: 3.9 mg/dl, T. Prot: 53 g/L Alb: 19 g/L). Anemi parametreleri incelendiğinde demir ve folik asit eksikliği saptandı (Serum demir: 7 ug/Gl, SDBK: 143 ug/dl Ferritin: 867,6 ng/ml, Vitb12: 822 pg/ml, folik asit: 2 ng/ml). Böbrek yetmezliği etiyolojisi açısından istenen tetkiklerde mikroskopik hematuri, kompleman seviyelerinde düşüş, sedimentasyonda yükseklik ve hiperparatiroidi saptandı. (PTH: 19,01 pmol /L, fosfor: 4.9 mg/dl, C3: 0,51 g/L, C4: 0.14 g/L, 24 saatlik idrarda protein: 472 mg ESH: 66 mm/h, ASO: 289IU/mL, CRP: 119mg/L, tam idrar tetkikinde; bol eritrosit görüldü). Yapılan Abdominal ultrasonografide; splenomegali (135 mm) ve böbrek boyutları ile grade-2 parankim ekusunda artış saptandı. Olası Konnektif doku hastalıkları yönünden istenen otoimmün marker sonuçları negatif olarak sonuçlandı. Poliklonal gamopati (IgG: 21.6,IgM: 3.39,IgA: 2.4) saptanan hastanın vaskülit açısından yapılan göz dibi muayenesi doğal görüldü. Bacak önyüzünden alınan punch biyopsisi; süperfisyal perivasküler dermatitis olarak sonuçlanan hastanın olası konnektif doku hastalıkları yönünden yapılan böbrek biyopsisi; diffüz nekrotizan kresentik glomerulonefrit (DNKGN) olarak raporlandı. İmmunofloresan incelemede C3,IgG, IgA, IgM fibrin, kappa, lambda ve amloid depolanması mevcut degildi. Hastada öncelikle İE ve buna sekonder glomerulopati patolojileri açısından hasta takibe alındı. İstenen 3 kan kültürünün 2' sinde D grubu (non-enterokok) streptokok üredi. Tekrarlanan EKO'sunda: eski EKO suna ek olarak aort kapağında vejetasyon görüldü. Bu semptom ve bulgular dahilinde hastaya İE ve buna sekonder olabilecek DNKGN tanısı konuldu.

TARTIŞMA: İE hastalığının neden olabileceği nefropati tablosu, DNKGN şeklinde görülebilir. Gerek literatürde ve tablonun nadiren bildirilmiş olması gerekse de bu durumun İE hastalığının prognozunu ve tedavi planını değiştirmesi nedeniyle, olgumuz sunuma değer bulunmuştur.

P194

YÜKSEK ATEŞLE BAŞVURAN PLEVRAL EFFÜZYONLU HASTADA MULTİPLE MYELOM OLGUSU

Engin Sennaroğlu, Narin Nasıroğlu, Fatih Yıldız, Sibel Bakırcı, Savaş Cumali Efe, Hasan Tunca, Saadet Akdur Hasa

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Dahiliye Kliniği

Kliniğimize yüksek ateşle başvuran ve başvurmadan önce dış merkezde yapılan tetkiklerinde sağ akciğerde total plevral effüzyon saptanan 44 yaşındaki erkek hasta; tek taraflı total plevral effüzyon, anemi, ateş yüksekliği, total kalsiyum ve total protein yüksekliği, hipotalbünemi ve hematuri etiyolojisi nedeniyle kliniğimizde hospitalize edildi. Yapılan tetkikleri sonucu hastaya multiple myelom tanısı konuldu ve VAD protokolü başlandı.

Bu vaka plevral effüzyon ile başvuran hastada klinik ile uyumlu olduğu takdirde multiple myelom tanısının hatırlanması açısından ilginç bulunduğundan takdim edilmiştir.

P195

NORMOTANSİF BİREYLERDE 24 SAATLİK KAN BASINCI TAKİP SONUÇLARI

Hüseyin Cat, Tayyibe Saler, Sema Ucak, Ali Osman Öztürk, Banu Özulu, Okcan Başat, Tijen Yeşim Erdem, Yüksel Altuntaş

Şişli Etfal Hastanesi, 2. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Hipertansiyonun erken tanısı ve kontrol altına alınması hedef organ hasarlarının ve hayatı tehdit eden komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Ayaktan kan basıncı takibi (AKBT) gece, gündüz kan basıncı ve hipertansiyon pikleri ile ilgili bilgi vermektedir. Bu nedenle hastaların değerlendirilmesinde gittikçe daha sık istenmektedir. Kliniğimize bağlı hipertansiyon polikliniğine çeşitli klinik şikayetlerle başvuran, yapılan ölçümlerde ve hasta tarafından verilen bilgilerde kan basıncı $\leq 129/84$ mm/hg'den küçük bulunan hastaların 24 saatlik AKBT göre hipertansiyon olma olasılığını değerlendirdik.

MATERYAL-METOD: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hipertansiyon Polikliniğinden takipli, poliklinik ölçümleri ve hasta verilerine göre normotansif kabul edilen fakat klinik şüphe üzerine, 24 saatlik kan basıncı takibi yapılan, 143 hastanın dosyası retrospektif olarak değerlendirildi. Avrupa kardiyojoloji derneği (ESC), arteriyel hipertansiyon tedavisi 2007 klavuzuna göre, kan basıncının $\geq 130/80$ mm/hg olması hipertansiyon olarak değerlendirildi. 24 saatlik ortalama sistolik kan basıncı yanında gündüz 06-23 ve gece 23-06 saatleri arasındaki ortalama sistolik kan basıncılarına bakıldı.

Sonuçlar, Tablo 1 de görülmektedir.

Hipertansif hastaların 5 (%8) 'inde hipertansif retinopati ve microalbüminüri saptandı.

TARTIŞMA: Yukarıdaki veriler normotansif olarak bilinen bireylerin çoğunun sessiz seyreden potansiyel hipertansif hasta olduğunu ve hatta organ komplikasyonlarının başlamış olabileceğini göstermektedir. Burada hastanın hipertansiyon pikleri ile ilgili olabilecek şikayetlerinin değerlendirilmesi ve 24 saatlik

kan basıncı takibinin tanıdaki önemi görülmektedir. Özellikle gece ölçülen kan basıncının gündüze göre hedef değerin üzerinde seyretmesi non-dipper (gece ortalama sistolik kan basıncının gündüz ortalama sistolik kan basıncından en az %10 düşük olmaması) olarak değerlendirilmekte bu da ancak AKBT anlaşılabilirliktedir. AKBT muayene şartlarında ölçülene göre günlük yaşamla daha uyumlu kabul edilmekte ve bu çalışmamızın sonuçları bu görüşü desteklemektedir.

SONUÇ: AKBT hipertansiyon tanısı ve takibi için önemli ve güvenilir bir yöntem olup, özellikle şüpheli hipertansiyonlularda istenmelidir.

Tablo 1.

	Kadın	Erkek	Toplam
Hasta sayısı	92	51	143
Normotansif	65 (%70)	18 (%36)	83 (%58)
Hipertansif	27 (%30)	33 (%64)	60 (%42)

P196

DİPPER NON-DİPPER HİPERTANSİYONLU HASTALARIN TEDAVİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hüseyin Cat, Tayyibe Saler, Sema Ucak, Ali Osman Öztürk, Banu Özulu, Okcan Başat, Tijen Yeşim Erdem, Yüksel Altuntaş

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ VE GİRİŞ: Günümüzde hipertansiyonlu hastalarda kan basıncını 24 saat kontrol altına alacak tedaviler amaçlanmaktadır. Özellikle hipertansiyon pikleri, ani gelişen komplikasyonlar açısından önemli olup bunların engellenmesi için hastanın kan basıncının kontrol altında tutulması yanında gece kan basıncının gündüze göre de düşük seyretmesi (dipper) amaçlanmaktadır. Ayaktan kan basıncı takibi (AKBT) hipertansiyon tanı ve tedavisinde ideal bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmamızın amacı hipertansiyon polikliniğimizde takip edilen ve AKBT ile 24 saat izlenmiş, hipertansif hastalarımızın tedavilerinin dipper, non-dipper duruma göre analiz sonuçlarını göstermek.

MATERYAL-METOD: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hipertansiyon polikliniğinden takipli, AKBT ile 24 saatlik kan basıncı ölçülen 394 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların hepsi antihipertansif tedavi almaktaydı. Avrupa kardiyojoloji derneği (ESC), arteriyel hipertansiyon tedavisi 2007 klavuzuna göre, sistolik kan basıncının $\leq 129/84$ mm/hg olması regüle hipertansiyon olarak değerlendirildi. 24 saatlik kan basıncı takiplerinde; gündüz 06-23, gece 23-06 saatleri arasındaki ortalama sistolik kan basıncılarına bakıldı. 24 saatlik ortalama sistolik kan basıncı normal olan ve gece kan basıncı gündüz kan basıncına göre en az %10 düşük (dipper) veya yüksek (non-dipper) seyreden hipertansiyonlu hastalar oldukları tedavilere göre değerlendirildi.

Sonuçlar, Tablo 1.de görülmektedir.

TARTIŞMA: Hastaların önemli bir kısmında 24 saatlik kan basıncı normal görülmesine rağmen non-dipper durum sözkonusudur. ARB/Diüretik/KBK kombinasyonu kan basıncını 24 saat kontrol etmenin yanında gece de etkili olduğu ortaya çıkmaktadır. Monoterapi olarak beta blokerlerin ACE-i/KBK kombinasyonu ve ARB, KKB, ACE-i kullanımları daha etkili olduğu görülmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda non-dipper hastaların hedef organ hasarı ve akut kardiyovasküler komplikasyonlar açısından (akut miyokard infarktüsü, iskemik senkop, serebrovasküler olay...) daha yüksek risk taşıdıkları bilinmektedir. Bundan dolayı 24 saat etkili antihipertansif tedavi için (kronoterapi) ve özellikle non-dipper durumda ilacın verilmiş zamanının veya eklenecek tedavinin akşama kaydırılması önerilmektedir.

SONUÇ: 24 saatlik kan basıncı takibine göre dipper duruma en etkili tedavi ARB/Diüretik/KBK kombinasyonu, monoterapi olarak da beta blokerler daha etkin görülmektedir.

Tablo 1.

	Sayı	ARB/ Diüretik/ KKB		ACE- i/KBK		ACE-i/ Diüretik		ARB	KKB	ACE-i
		β-	β-	β-	β-					
Dipper	67 (%25)	11 (%52)	6 (%40)	14 (%34)	7 (%30)	4 (%23)	4 (%22)	1 (%11)		
Non-dipper	194 (%75)	10 (%48)	9 (%60)	15 (%56)	24 (%70)	13 (%77)	14 (%78)	8 (89)		
Toplam	261	21	15	29	31	17	18	9		

ARB: Angiotensin reseptör blokerleri, KKB: kalsiyum kanal blokerleri, β-: beta blokerler, ACE: angiotensin converting enzim inhibitörleri

P197

AKUT BATINI TAKLİT EDEN AKUT İNTERMITANT PORFİRİ: OLGU SUNUMU

Metin Caner

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Akut intermitant porfiri, nadir görülen otozomal dominant bir hastalıktır. Akut ataklar, nöropsikiyatrik ve nöroviseral fonksiyon bozuklukları ile karakterizedir. Akut intermitant porfiri, nöroviseral fonksiyon bozukluğuna bağlı olarak, sıklıkla cerrahi akut karın ağrısını bulgularını kontrol eder. burada bulantı,

kusma, karın ağrısı, iştahsızlık ve kabızlıkla cerrahi polikliniğine başvuran bir 22 yaşındaki kadın hasta sunuldu. kan sayımında lökositoz; biyokimyasal testlerinde inappropriate ADH sendromuna bağlı hiponatremi ve aşırı kusmaya bağlı hipopotasemi şeklinde kendini gösteren elektrolit dengesizliği saptandı. idrar tahlilinde piyüri ve bakteriyüri dışında özellik saptanmadı. Hastanın, abdomino-pelvik bilgisayarlı tomografisinde kolon segmentlerinde yaygın gaz distansiyonu görüldü. Bir süre sonra ateşsiz taşıkardı, borderline hipertansiyon (140/90mm/Hg)

ve ağlama atakları ile birlikte psikiyatrik belirtiler gelişti. Bunun üzerine yapılan 24 saatlik idrar tahliline porfobilinojen değerlerinin çok yüksek olduğu saptandı. Akut intermitan porfiri tanısı konulan hastaya yüksek yüksek karbonhidrat diyeti, chlorpromazin, narkotik analjezikler ve propranolol tedavisi uygulandı. taşıkardı ve hipertansiyon geriledi. Karın ağrısı azaldı. Ek olarak yapılan idrarda kalitatif porfobilinojen testi (Watson-Schwartz testi) pozitif bulundu. destek tedavisi ile tam iyileşmeyen hastanın takipleri sırasında bacak ve ayaklarında 5-6 gün sonra ise kollarında ağrı gelişti. Hastaya 6 gün süreyle IV heme arginin (3mg/kg/gün) verildi. Heme arginin verilmesindeki gecikme ilacın teminindeki güçlükten kaynaklandı. Heme arginin tedavisindeki sonra kol- bacak ağrıları ve güçsüzlüğü ile hafiflemiş olan karın ağrısı tamamen kayboldu. Daha sonra hastanın aile taramasına başlandı. Bu makalede, olgu ve literatür eşliğinde akut intermitan porfirinin özellikleri gözden geçirildi.

P198

KEIPERT SENDROMLU BİR OLGU'DA; MAKSİLLOFASİYAL MULTİDEDEKTÖR BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ GÖRÜNTÜLEME BULGULARI

¹Düzgün Yıldırım, ²Mehmet Burak Çıldağ, ¹Murat Uçar, ³Uğur Bozlar

¹Kasımpaşa Asker Hastanesi Radyoloji Bölümü, ²Aydın Devlet Hastanesi Radyoloji Bölümü, ³Gülhane Askeri Tıp Akademisi Radyoloji Anabilim Dalı

AMAÇ: Biz bu çalışma ile, çok nadir bir sendrom olan Keipert Sendromlu bir olgunun, maksillofasiyal multidektör bilgisayarlı tomografi görüntülerini (MDBT) kullanarak sunmaya çalıştık. Bu yeni tomografi teknolojisi ile, nadir karşılaşılan bu sendromun maksillofasiyal komponentlerinin üç boyutlu görüntüleri ile, radyolog için, indirekt yoldan da olsa inspeksiyon imkanı olduğunu göstermeyi amaçladık.

OLGU SUNUMU: Keipert sendromu; 1973 yılında tarif edilmiş olup, geniş terminal fanalıklar, sensorinöral işitme kaybı, hipertelorizm, geniş ve yüksek burun kökü, katlantılı üst dudak, derin filtrum ile karakterize bir sendromdur. Çok nadir olan bu sendrom ile uyumlu olgu sayısı 10'u geçmemektedir. Bizim olgumuzda da maksillofasiyal ve fallengeal bulguların tümü mevcut idi. Hastamızda, ses kalınlaşmış ve kabalasmıştı. Olgumuzda yarı damak, inmeme testi ve umbilikal herni nedeni ile multipl operasyon öyküsü ve son zamanlarda gelişmiş insülin intoleransı ve subklinik hipotiroidi destekleyen değerler saptanmıştı.

Olgumuz, dental-maksillofasiyal BT ile; 16 dedektörlü sistem ile değerlendirildi. Multiplanar ve üç-boyutlu görüntüler oluşturularak maksillofasiyal anatomi ve komponentler değerlendirildi.

SONUÇ: MDBT teknolojisi ile; çok yönlü grafler veya sadece aksial kesitler ile zaman kaybetmeksin, sendromların kemik ve yumuşak dokuları ilgilendiren anomalileri net olarak saptamanın yanında; üç-boyutlu görüntüler ile fenotipik nitelikleri de tanımayaya veya değerlendirmeye yararlı olacaktır. Bizim olgumuzun da özellikleri Keipert sendromunu desteklemekteydi. Tipik maksillofasiyal bulguların yanında; yanında kronik sol mastoidite ve sert damak defekti gibi patolojiler de reformat görüntülerin katkısı ile ayrıntılı olarak değerlendirilebilir.

P199

TEKRARLAYAN PAROTİT: OLGU SUNUMU

²Burak Çıldağ, ¹İrfan Yavaşoğlu

¹Jandarma Bölge Komutanlığı, Jandarma Dispanseri, İç Hastalıkları Bölümü, İstanbul, ²Jandarma Bölge Komutanlığı, Jandarma Dispanseri, Radyoloji Bölümü, İstanbul

Parotit tükürük bezi taşları, sjögren sendromu, enfeksiyonlar, sarkoidoz sebebi ile oluşabilir.

Tekrarlayan parotit (TP) ise etiyolojisi bilinmeyen, ancak immün ilişkiden sözedilen nadir bir durumdur. Ataklar tek ya da iki taraflı olabilir, genelde bir hafta sürer, yılda ortalama 10 dan fazla görülebilir. Burada TP tanısı koyduğumuz olguyu sunuyoruz.

Eller beş yaşında bayan olgu, son bir yıldır ataklar şeklinde solda ya da sağda kulaktan çeneğe yayılan şişlik, kızarıklık ve ateş yüksekliğinden yakınıyordu. Şikayeti 1 hafta kadar sürüyordu. Ondan fazla olduğunu belirtiyordu. Antibiyotik tedavileri almıştı. Hasta ağız ve göz kuruluğu tariflemiyordu. Sağda şişlik yakınması sırasındaki muayenesinde, parotis bölgesi eritemli ve ağrıydı. Shirmer testi negatifti. PPD 5 mm olarak değerlendirildi. Laboratuvar değerlendirmesinde atak anında sedimantasyonu 43mm/saat, amilaz 180 (normal değer: 25-100 IU/L) idi. Anti Ro ve La antikorları negatifti. Ultrasonografisinde (USG) sağ parotis bez boyutu artmış olup parankim inhomojen özellikteydi. Görünüm parotis enflemasyonu ile uyumluydu. Taş veya kanal dilatasyonu mevcut değildi. Kitle ayırt edilmemişti. Olgunun sialografisi normaldi. Diş bakışı olağan olarak değerlendirildi. Akciğer grafisi ve toraks tomografisi normaldi. Parotis bezi biyopsisinde nötrofil infiltrasyonu gözlemlendi. Hastada bulgular ile TP düşünüldü. Diklofenak sodyum 75 mg/gün başlandı. Ataklar sırasında steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçlar yeterlidir. Tanıda ilk basamakta USG yararlıdır.

P200

İZOLE SPLENİK SARKOİDOZ OLGUSU

¹Bilgivar Kaya, ¹Laika Karabulut, ¹Ferhan Mantar, ²Gönül Aykuter, ¹Şeyda Gülenay, ³Deniz Özcan, ³Sema Çekiç

¹SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. İç Hastalıkları Kliniği, ²SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği, ³SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

Sarkoidoz nonkazeifiye granülomlarla karakterize, etyolojisi bilinmeyen sistemik granümatöz bir hastalıktır. Sık olarak pulmoner sistem tutulur. Diğer organ tutulumları genellikle pulmoner tutulma ile birlikte olur. İzole dalak tutulması nadir görülen bir durum olup literatürde bildirilen 3 vaka vardır.

55 yaşında kadın hasta, karın sol üst kadranda şişkinlik hissi ile müraacaat etti. Yaklaşık 3 yıldan beri bu şikayeti olan hastanın batin ultrasonografisinde splenomegali, dalakta en büyüğü 15x12 mm çaplarında olan multipl hipoekoik solid lezyonlar saptanmış. Bu lezyonlar metastaz? olarak rapor edilen hasta ileri tetkik amacıyla yatırıldı.

Fizik muayenesinde traube kapalı, dalak palpe edilemedi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde: Sedimentasyon: 85 mm/saat, CRP: 12 (0-5), Ca: 9.8 mg/dl, brucella aglutinasyon testi (-), PPD: 8 mm (BCG: +). Quantiferon testi: Negatif, Tümör markerleri normal. Serum ACE düzeyi: 69 Ü/L (N: 8-52) 24 saatlik idrarda Ca: 91.2 mg (N: 100-300). Diğer laboratuvar tetkikleri normaldi. Torax HRCT normaldi. Batin MRI da dalakta mm den 1 cm ye kadar değişen boyutlarda ve diffüz tutulma gösteren multipl nodüller saptandı.

Kemik iliği biyopsisi ve oftalmolojik muayene normaldi. Hematoloji konsültasyonunda öncelikle splenik lenfoma düşünülerek splenektomi önerildi.

Ayrıntılı tanıda sarkoidoz, tüberküloz, lenfoma ön plana çıktı. Hematoloji uzmanının görüşü splenik lenfoma yönünde idi. Kemik iliği biyopsisinin de normal gelmesi ile histopatolojik inceleme için splenektomiye karar verildi. Patolojisi nonkazeifiye granümatöz splenit olarak geldi. Vaka izole splenik sarkoidoz olarak kabul edildi. Hastaya başka bir tedavi uygulanmadı. Asemptomatik olarak takibi sürmektedir.

P201

İNTRARENAL HEMODİNAMİK BOZUKLUĞU GÖSTERMEDE ANTROPOMETRİK PAREMETRELERİN YERİ

¹Nafiye Direktör, ¹Esin Beyan, ²Yusuf Aydın, ³Tağmaç Deren, ¹Merve Yılmaz, ²Dilek Berker, ²Tuncay Delibaşı, ²Serdar Güler, ³Suha Koperal, ¹Ekrem Abaylı

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği, ²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, ³Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Radyoloji Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Bel çevresi, kalça çevresi ve vücut kitle indeksi (VKI) gibi antropometrik yöntemler böbrek fonksiyon bozukluğu için risk faktörleridir. Son yıllarda renal doppler ultrasonografi (USG) kullanılarak hesaplanan rezistivite indeksi (RI) renal hemodinamik bozukluğunun göstergesi olarak kullanılmaktadır. Çalışmamızda bu antropometrik parametreler ile renal RI arasındaki ilişki araştırıldı.

MATERİYAL VE METOD: 62'si kadın, 39'u erkek toplam 101 tip 2 Diabetes Mellitus'lu (DM) hastanın doppler USG kullanılarak intrarenal RI değerlerine bakıldı. Hastalar intrarenal arterdeki RI değerlerine göre RI >0.70 ve RI <0.70 olmak üzere 2 gruba ayrıldı. RI 0.70'in üzerinde olan 56 hastanın 35'i kadın, 21'i erkek ve RI'si 0.70'in altında olan 45 hastanın 27'si kadın, 18'i erkekti. Hastaların bel çevresi, kalça çevresi ve VKI ölçüldü.

BULGULAR: Her iki grup arasında cinsiyet, yaş, hipertansiyon, hiperlipidemi öyküsü ve ilaç kullanımı bakımından istatistiksel açıdan fark yoktu. İntrarenal RI'si 0.70 üzerinde olan grupta VKI'si 29.60±5.06 ve bel çevresi 104.21±11.18 idi. RI'si 0.70 altında olan grupta VKI'si 28.70±4.37 ve bel çevresi 100.93±9.84 idi. Ancak iki grup arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı (p: 0.125 ve p: 0.349). RI'si 0.70 üzerinde olan grupta kalça çevresi 106.94±12.67 ve RI'si 0.70'in altındaki grupta 102.6±7.92 idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p: 0.48).

SONUÇ: Bel çevresi ve VKI'nin RI ile ilişkili olduğunu ve intrarenal hemodinamik bozukluğunu göstermede bel çevresinin, VKI'den daha anlamlı olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Çalışmamızda VKI ve bel çevresi ile RI arasında ilişki saptanamadı. Ancak kalça çevresi ile RI arasında pozitif korelasyon bulundu. Bu da bize intrarenal hemodinamik bozukluğu göstermede sadece bel çevresi ölçümünün değil, kalça çevresinin de önemli bir parametre olduğunu, bu nedenle bel çevresi ölçümünün yanısıra kalça çevresi ölçümünün de yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

P202

TIP 2 DİYABETLİ HASTALARDA PİOGLİTAZON TEDAVİSİNİN İNFLAMASYON BELİRTEÇLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

¹Serkan Ordu, ¹Enver Sinan Albayrak, ¹Ahmet Kaya, ³Ömer Yazgan, ¹Hakan Özhan, ²Adem Güngör, ¹Ayşegül Alçelik, ⁴Uğur Korkmaz

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, ⁴Düzce Atatürk Devlet Hastanesi İç Hastalıkları

METOD: Tip 2 diyabetes mellitus genellikle dislipidemi, hipertansiyon ve ateroskleroz ile birlikte olur. hsCRP bağımsız bir kardiyovasküler risk belirteçidir. Ürik asit mekanizması hala net olarak açıklanamamasına rağmen hipertansiyon, kalp yetersizliği ve diyabetli hastalarda önemli bir bağımsız risk faktörüdür. Pioglitazon insülin duyarlılaştırıcı olup monoterapi ve kombine tedavide kullanılabilen antidiyabetik bir ilaçtır. Bu çalışmada iç hastalıkları polikliniğine başvuran yaş ortalaması 48,8 (±9,1) olup, HbA1c'si 7'in üzerinde olan 36 hastada (kadın n: 17, erkek n: 19) altı aylık pioglitazon tedavisinin inflamasyon belirteçleri üzerine etkileri araştırıldı.

BULGULAR: Tip 2 diyabetli hastalarda 6 aylık pioglitazon tedavisi sonrasında hsCRP seviyelerinde düşme saptandı. Sedimentasyon değerlerinde tedavi öncesi ve sonrası herhangi bir değişiklik saptanmadı.



Ürik asit seviyelerinde ise tedavi sonrasında anlamlı derecede yükselme saptandı. Bakılan kan sayımı değerlerinde de lökosit sayımlarında düşme olmasına rağmen istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (tablo).

SONUÇ: Pioglitazonun glukoz kontrolü sağlamlasının yanında pleotropik etkilerinde mevcuttur. Hastalarda inflamasyon baskılanmasına yardımcı olarak kardiyovasküler risk prediktörü olan hsCRP seviyelerinde düşme sağlanmıştır. Bu etkileri sayesinde kardiyovasküler olaylardan korunmada yardımcı oldukları söylenebilir. Buna karşılık ürik asit seviyelerinin artması glitazon tedavisine bağlı gelişen kalp yetersizliği alevlenmesi gibi durumların bir göstergesi olabilir.

Tablo.

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	P değeri
WBC (1x1000)	7,92 (±2,5)	7,25 (±2,05)	P: 0,058
hsCRP (mg/dl)	12,1 (±18,4)	5,07 (±4,5)	P: 0,033
Ürik asit (mg/dl)	3,75 (±0,92)	4,16 (0,98)	P: 0,025
Sedimentasyon (mm)	17,4 (±27)	19,4 (±15)	P: 0,72

P203

TİP 2 DİYABETİ OLAN HASTALARDA PİOGLİTAZONE TEDAVİSİNİN ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ ÜZERİNE ETKİSİ

¹Serkan Ordu, ¹Enver Sinan Albayrak, ¹Ahmet Kaya, ³Hayriye Akyıldırım, ¹Mesut Aydın, ¹Ayşegül Alçelik, ¹Hakan Özhan, ²Uğur Korkmaz

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Düzce Atatürk Devlet Hastanesi İç Hastalıkları, ³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı

AMAÇ: Ortalama trombosit hacmi (Mean platelet volüm (OTH)) değerlerinin yükselmesi trombosit aktivasyonunun bir göstergesidir. Tip 2 diyabetes mellitüs olan hastalarda OTH değerleri sağlıklı bireylere göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Buda diyabeti olan hastalarda trombosit aktivasyonunu ve sonuç olarak artmış kardiyovasküler olayların altında yatan bir sebebidir. Ayrıca glukoz regülasyonu iyi olan ve HbA1c seviyesi 7'in altında olan diyabetik hastalarda kan şekeri regülasyonu kötü olan hastalara göre OTH değerleri daha düşük olarak saptanmıştır.

METOD: Çalışmamızda kan şekeri regülasyonu kötü olan diyabetik hastalarda 30 mg pioglitazon tedavisinin OTH üzerine etkisini araştırmayı hedefledik. Çalışmada iç hastalıkları polikliniğine başvuran ve HbA1c seviyesi 7 mg/dl'in üzerinde, ortalama yaşı 48 (± 9,1) olan 43 (kadın, n: 20, erkek, n: 23) tip 2 diyabeti olan hastaya 30 mg pioglitazon tedavisi verildi. 6 aylık takip sonrasında hastaların tedavi öncesi ve sonrası kan değerleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: 6 aylık tedavi sonrasında hastalarda kilo artışı olmasına rağmen istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. Açlık kan şekeri ve HbA1c seviyelerinde önemli derecede düşme saptandı. Yapılan kan sayımı sonuçlarında ise Hb düzeylerinde vücutta oluşan ödeme bağlı olarak azalma saptanırken, trombosit sayılarında azalma olmasına rağmen anlamlı seviyesine ulaşmadı. Lökosit (WBC) sayılarında tedavi azalma izlendi. Ortalama trombosit hacmi düzeylerinde ise tedavi ile herhangi bir değişiklik saptanmadı (Tablo).

SONUÇ: Bu çalışmada kan şekeri regülasyonu sağlanmasına rağmen trombosit sayılarında ve OTH değerlerinde düzelleme izlenmemiştir. Sonuç olarak pioglitazon tedavisinin trombosit aktivasyonunu önlemede herhangi bir etkisi saptanmamıştır.

Tablo.

	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	P değeri
Kilo (kg)	80,8 (±14,1)	81,9 (±14,1)	P: 0,186
Açlık Glukoz (mg/dl)	236,1 (±66,1)	165,7 (±52,9)	P<0,0001
HbA1c (mg/dl)	8,6 (±1,4)	6,68 (±1,2)	P<0,0001
Hemoglobin değeri (g/dl)	13,9 (±1,6)	13,2 (±1,25)	P<0,0001
WBC (1x10 ³)	7,99 (±2,4)	7,2 (±2,0)	P: 0,02
Trombosit sayısı (x10 ³)	266,0 (±74,6)	250,9 (±84,3)	P: 0,101
Ortalama trombosit hacmi (OTH) (fl)	10,81 (±1,08)	10,85 (±0,84)	P: 0,75

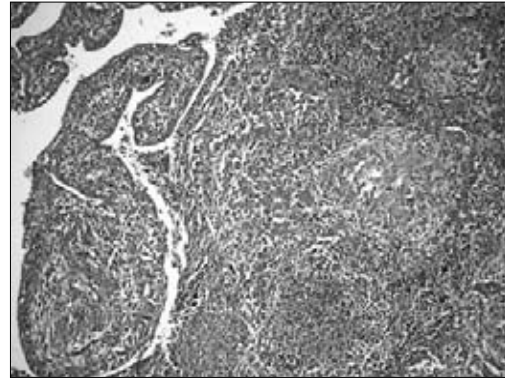
P204

GRANULOMATÖZ SALPENJİTLİ BİR HASTADA SALPENJEKTOMİ SONRASI TÜBERKÜLOZ MENENJİTİ

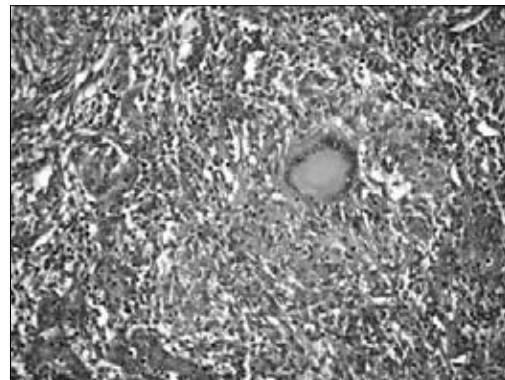
¹Seyit Mehmet Kayacan, ¹Sezai Vatanser, ²Atahan Çağatay, ¹Mustafa Akdemir, ²Aziz Ahmad Hamidi, ¹Suut Göktürk, ²Safiye Koçulu, ¹Hülya Doğru, ¹Aytaç Karadağ, ³Dilek Kayacan, ²Mahir Kapmaz, ¹Vakur Akkaya, ¹Osman Erk, ¹Şeref Demirel, ¹Kerim Güler

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Acil Dahiliye Birimi, İstanbul, ²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, ³Sağlık Bakanlığı, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ümraniye, İstanbul

Üç aydır overlerde kist nedeni ile bir kadın doğum merkezinde takip edilen 24 yaşında kadın hasta, 10 gün önce bilateral piyosalpinks tanısı ile opere edilerek bilateral parsiyel salpenjektomi yapılmış. Hastanın patoloji sonucu granulomatöz salpenjit olarak değerlendirilmiş. Postop. 3.gününde hastanın bulantı, kusma ve baş dönmesi başlamış. Daha sonra bilinç bulanıklığı ve yüksek ateşi üzerine başvurdu. Fizik muayenesinde şuuru kapalı idi, ağrılı uyarılarına elle lokalize ediyordu, bilateral ışık refleksi pozitif, pupiller izokorik, aksiller ölçülen vücut sıcaklığı: 38,5 oC, TA: 110/70mmHg, Nabız: 90/dakika ve ritmik, ense sertliği pozitif, Kernig ve Brudzinski pozitif saptandı. Batında yüzeysel ve derin palpasyonda hassasiyeti vardı, dinlemekle barsak seslerinde azalma vardı. Diğer sistem muayeneleri normal bulundu. Acilde yapılan kadın doğum konsültasyonu sonucu pelvik içi acil patoloji saptanmadı, batın USG'si normal bulundu. Yapılan lomber ponksiyonunda BOS'ta lenfosit pleositoz, belirgin hipoglikorasi ve protein yüksekliği saptandı. BOS Gram boyamasında mikroorganizma görülmedi, yapılan EZN boyamasında aside dirençli basil saptanmadı. BOS'te Brucella standart tüp aglutinasyon (Wright) testi negatif bulundu. BOS'un BACTEC ile tüberküloz kültürü yapıldı. Bu bulgular ile hastada genetal tüberküloz sonrası hematojen gelişen tüberküloz menenjit düşünüldüğü için izoniazid 300 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün, ethambutol 1500 mg/gün, pirazinamid 2gr/gün ve deksametazon 16 mg/gün başlandı. Tedavinin 3.gününde hastanın şuuru açık, oryantasyon ve kooperasyonu tam idi. Hastanın kan ve BOS kültürlerinde üreme olmadı. Ancak antitüberküloz tedavisine klinik yanıt veren hastanın patoloji preparatları yeniden değerlendirildi ve granulomatöz salpenjit olarak kabul edildi (Resim 1-2). Antitüberküloz ilaçlarına devam etmek üzere çıkarıldı.



Resim 1. Solda tuba lümenal yüzeyinde epitelde erozyon, sağ tarafta yoğun lenfositik infiltrasyonun eşlik ettiği granülom yapıları (H&E, X20)



Resim 2. Multinükleer dev hücre içeren granülom yapısı (H&E, X40)

P205

KRONİK MENENJİTİ TAKLİT EDEN İNTRAKRANYAL TÜMÖRLÜ OLGU

Bahadır Ceylan, Ayşe İnci, Muzaffer Fincancı

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Yapılan çalışmalarda beyin tümörlü olgularda BOS'ta pleositoz ve protein artışının bulunabileceği bildirilmiştir. Sfenoskippal bölgeden çıkan tümörlerin en sık rastlanan semptomları baş ağrısı ve genellikle nervus abduzens paralizisine bağlı olan çift görmedir. Bu yazıda baş ağrısı ve çift görme yakınmasıyla başvuran ve BOS bulguları nedeniyle menenjit taklit eden serebral tümör olgusu sunulmuştur.

OLGU: Seksen yaşındaki erkek hasta dört aydır devam eden baş ağrısı ve son bir haftadır ortaya çıkan çift görme yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenede sol gözde nervus abducens felci dışında patolojik bulgu yoktu. Ense sertliği yoktu; Kernig ve Brudzinski bulguları negatifti. Kan sayımında lökosit sayısı 10900/mm³ (nötrofil %88, lenfosit %7,4, monosit %3,8), hematokrit 31,8 ve trombosit sayısı 455 000/mm³ bulundu. Serum CRP (C reaktif protein) düzeyi 0,645 mg/dl (N: 0-0,8), saatlik sedimentasyon hızı 56 mm idi. Göz dibi incelemesinde papilla ödemi yoktu. Kontrastsız kranyal bilgisayarlı tomografi incelemesi normaldi. Lomber ponksiyon ile alınan beyin omurilik sıvısının (BOS) incelemesinde milimetreküp 130 hücre (%70 lenfosit, %30 nötrofil) sayıldı; glikoz 50 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri 125 mg/dl) ve protein 100 mg/dl bulundu. Bu bulgularla olguya günde 4 gram seftriakson tedavisi ve izoniazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutolden oluşan antitüberküloz tedavi ve günde 60 mg prednisolon tedavisi başlandı. BOS'un nonspesifik bakteriler, M. tuberculosis ve mantarlar için yapılan kültüründe üreme olmadı ve polimeraz zincir reaksiyonu ile Mycobacterium tuberculosis DNA negatif bulundu. Seftriakson tedavisi 10 gün verilerek kesildi ve prednisolonun 14.günden itibaren azaltılarak toplam 1,5 ay içinde kesilmesi planlandı. Olgunun baş ağrısı ve çift görme semptomlarının düzelmemesi üzerine tedavinin 20.gününde tekrarlanan lomber ponksiyonla elde edilen BOS'un incelenmesinde milimetreküp 250 hücre (%70 lenfosit ve %30 nötrofil) sayıldı; glikoz 50 mg/dl (eş zamanlı kan glikozu 110 mg/dl) ve protein 136 mg/dl bulundu. Kranyal NMR incelemesinde klivus düzeyinde ara sinyal intensitesinde kitle görünümü vardı. Hipofiz NMR incelemesinde klivus 1/3 distal kesiminde klivusu tamamen tutan; kemikte ekspansiyon ve destrüksiyona neden olan; yukarı doğru ilerleyerek suprasellar sistemayı oblitere eden kemik lezyonu görüldü. Radyolojik bulgular gözününe alındığında bu lezyonun yüksek olasılıkla kordoma veya kondrosarkom ve düşük olasılıkla malignite metastazı olabileceği düşünüldü. Bu tümörle ilgili cerrahi tedaviyi kabul etmeyen olgunun tüberküloz tedavisi kesildi.

Baş ağrısı ve altıncı kranyal sinir felci nedeniyle incelemeye alınan olgularda BOS'ta pleositoz ve protein artışı varlığında bunun mikrobiyolojik etkenlere bağlı olabileceği gibi hipofiz bölgesini ilgilendiren tümörlerde de görülebileceği akıld tutulmalı ve hipofiz bölgesinin ayrıntılı NMR incelemesi yapılmalıdır düşüncesindeyiz.



Resim. Olgunun başvurudaki akciğer grafisi

P206

PNÖMONİ TABLOSU İLE BAŞVURAN LEPTOSPIROZİS OLGUSU

¹Nurcan Özbaş, ²Bahadır Ceylan, ¹Osman Özdoğan, ¹Esmâ Gül Altun

¹SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, ²SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Leptospirozis infekte vahşi veya evcil hayvanların idrarının cilt veya müköz membranlara teması ile bulaşan spiroketal bir enfeksiyondur. Leptospiroziste akciğer tutulumu daha çok ağır leptospiroziste olmak üzere alveolar hemorajije bağlı olup en sık görülen radyografik bulgusu yama tarzında alveolar opasitelerdir. Bu yazıda pnömoni tablosu ile başvuran ve leptospirozise bağlı pnömoni tanısı konan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Kırkiki yaşındaki erkek olgu ateş, öksürük yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenede koltuk altından ölçülen vücut ısısı 39 °C ve sol akciğer 1/3 altta solunum seslerinde azalma dışında patolojik bulgu yoktu. Anamnezinde yaşadığı evde fare görüldüğü öğrenildi. Biyokimyasal incelemede üre 58 mg/dl (N: 13-43), kreatinin 1,1 mg/dl (N: 0,8-1,3), aspartat transaminaz (AST) 214 Ü/L (Normal: 0-35), alanin transaminaz (ALT) 108 Ü/L (Normal: 0-45), gamaglutamil transpeptidaz (GGT) 14 Ü/L (Normal: 0-55), alkanen fosfat (ALP) 47 Ü/L (Normal: 52-171), total bilirubin 0,9 mg/dl (Normal: 0,3-1,2), direkt bilirubin 0,2 (Normal: 0-0,2), albumin 2,7 (Normal: 3,5-5,2), kreatin kinaz (CK) 640 Ü/L (Normal: 0-171) ve idrar tetkikinde bilirubin +, hemoglobin +, lökosit + ve protein ++ bulundu. Tam kan sayımında lökosit sayısı 5400/mm³ (nötrofil %82,3, lenfosit %13,9, monosit %2,5, eosinofil %0,5), hematokrit 33,2 ve trombosit sayısı 73000/mm³ bulundu. Serum CRP (C reaktif protein) düzeyi 15 mg/dl (N: 0-0,8), saatlik sedimentasyon hızı 41 mm idi. Protrombin zamanı 12,7 sn (INR: 1,08, aktivite %87) 'di. Akciğer grafisinde sağ alt akciğerde diyafragma sınırını silen opasite görüldü. Batın ultrasonografisi normaldi. Bu bulgularla olguya pnömoni tanısıyla günde iki gram seftriakson tedavisi başlandı ve 10 gün devam edildi. Tedavinin ikinci gününden itibaren vücut ısısı normal sınırlara dönen olgunun tedavinin sekizinci gününde yapılan değerlendirmesinde serum CRP düzeyinin, trombosit sayısının ve idrar tetkiki bulgularının normale döndüğü ve önceki akciğer grafisinde görülen opasitenin kaybolduğu görüldü. Kan örneğinin direk mikroskopik incelemesinde Leptospira ile uyumlu bakteriler görülen ve ELİSA yöntemi ile kanda leptospira IgM antikorları pozitif bulunan olguya klinik bulgularla göz önüne alınarak leptospirozis tanısı kondu.

Pnömoni tablosu ile başvuran olgularda serum CK düzeylerinde yükselme, trombositopeni, transaminazlarda yükselme ve idrar tetkikinde anormallikler gibi bulgularla varsa leptospiroziste akla gelmelidir düşüncesindeyiz.

Tablo 1.

	Üre (mg/dl)	Kreatinin (mg/dl)	AST (Ü/L)	ALT (Ü/L)	Total bilirubin (mg/dl)	Direk bilirubin (mg/dl)	ALP (Ü/L)	GGT (Ü/L)	CK (Ü/L)
1.gün	58	1,1	214	108	0,9	0,2	47	14	640
8.gün	41	0,9	77	114			76	38	144

Tablo 2.

	Trombosit (/mm ³)	Lökosit (/mm ³)	PNL (%)	CRP (mg/dl)
1.gün	73000	5400	82,3	15
8.gün	421000	6600	69,9	0,654

P207

İNTERFERON TEDAVİSİ SIRASINDA İNSÜLİNE BAĞLI DİYABET GELİŞEN KRONİK HCV/HIV KOİNFEKSİYONLU OLGU

¹Bahadır Ceylan, ¹Gülşen Yörük, ²Ayşe Kubat Üzüm, ¹Muzaffer Fincancı, ²Burhan Bedir

¹SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, ²SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Kronik HCV enfeksiyonu tedavisinde kullanılan interferonun insüline bağlı diyabet gelişiminde dahil olmak üzere birçok otoimmün hastalığın gelişiminden sorumlu olabileceği bildirilmiştir. Literatürde kronik HCV enfeksiyonu nedeniyle pegileinterferon alan ve bu tedavi sırasında insüline bağlı diyabet gelişen az sayıda olgu bildirilmiştir. Kronik HCV enfeksiyonunun kendisinde tip 1 diyabete neden olabileceği bilinmektedir. Bu yazıda pegileinterferon ve ribavirin kombine tedavisi sırasında insüline bağlı diyabet gelişen kronik HCV/HIV koenfeksiyonlu bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Yirmidokuz yaşındaki bayan hasta üç gündür devam eden bulantı, kusma yakınmasıyla başvurdu. Olgunun öz geçmişinden 18 aydır edinsel immün yetmezlik sendromu ve kronik HCV enfeksiyonu nedeniyle takip edildiği ve dokuz aydır kronik HCV enfeksiyonu nedeniyle haftada 180 mikrogram pegileinterferon alfa-2a ve günde 1000 miligram ribavirin tedavisi aldığı öğrenildi. Olgunun tedavi öncesi PZR (polimeraz zincir reaksiyonu) ile HCV RNA titresi 2 396 000 İÜ/ml iken tedavinin üçüncü ayından itibaren üç ayda bir yapılan incelemelerde negatif bulunuyordu. Olgunun tedavi öncesi PZR yöntemi ile HIV RNA düzeyi 16900 kopya/ml ve CD4 pozitif lenfosit sayısı 385/mm³ iken tedavinin dokuzuncu ayında HIV RNA negatifti. Olgunun tedavi öncesi açlık kan şekeri 80 mg/dl idi ve birinci derece akrabalarında diyabet anamnezi yoktu. Olgunun boyu 1,66 metre ve vücut ağırlığı 58 kg olup fizik muayenede patolojik bulgu yoktu. Biyokimyasal değerlendirmede açlık kan şekeri 350 mg/dl, üre 58 mg/dl (N: 13-43), kreatinin 0,7 mg/dl (N: 0,8-1,3), aspartat transaminaz (AST) 38 Ü/L (Normal: 0-35), alanin transaminaz (ALT) 43 Ü/L (Normal: 0-45), C peptid 0,167 ng/ml (1,1-4,4) ve idrar tetkikinde protein ++, glikoz +++++, keton ++, Ph: 6,dansite 1030 bulundu. Olgu diyabete bağlı ketoasidoz kabul edilerek parenteral insülin ve sıvı infüzyonuyla tedaviye başlandı. Tedavinin üçüncü gününde idrar keton negatif bulundu ve yoğun insülin tedavisine geçildi. Olgunun bir ay ara verilen pegileinterferon ve ribavirin tedavisine tekrar başlanırlar 12 aya tamamlandı. Tedavi sonu HCV RNA negatif bulundu.

Bu olgu, tip 1 diyabet, kronik HCV enfeksiyonu ve interferon tedavisi kesin olarak ilişkilendirilemele birlikte interferon tedavisi alan kronik HCV enfeksiyonlu olgularda interferon ve kronik HCV enfeksiyonun otoimmün olayları tetikleyebilen olaylar olduğunu da göz önüne alarak olguların diyabet gelişimi açısından da takip edilmesi gerekebileceğini düşündürmüştür.

P208

BAKTERİYEL MENENJİTE BAĞLI MYELIT GELİŞEN OLGU

A. Cem Yardımcı, Bahadır Ceylan, Muzaffer Fincancı, Ayşe İnci, Didem Sarı

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Bakteriyel menenjitte bağlı myelit nadir görülen bir komplikasyon olup en sık paraplaj bulgusu ve medulla spinalisin nükleer manyetik rezonans (NMR) incelemesinde intramedüller yüksek sinyal intensitesi ile kendini gösterir. Bu yazıda bakteriyel menenjit sırasında paraplaj ile ortaya çıkan ve antibiyoterapi ve steroid tedavisi ile nörolojik fonksiyonlarda kısmi düzelmeye görülen bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Kırkdokuz yaşındaki erkek hasta bir gün önce başlayan şuur kaybı ve ateş şikayetleri ile getirildi. Fizik muayenede şuur kapalıydı, ense sertliği vardı; Kernig ve Brudzinski bulguları pozitif. Koltuk altından ölçülen vücut ısısı 39°C idi. Üst ekstremiteleri ağırlı uyarılarla hareket ettiriyordu ancak alt ekstremiteleri ağırlı uyarılarla hareketsizdi. Babinski bilateral lakayttı ve alt ekstremitelerde derin tendon refleksleri alınmıyordu. Biyokimyasal incelemede patolojik bulgu yoktu. Periferik kan sayımında lökosit sayısı 25900/mm³ (nötrofil %93, lenfosit %4 ve monosit %3) bulundu. Sedimentasyon hızı 99 mm/saat ve serum C-reaktif protein (CRP) düzeyi 18,5 mg/dl (normal 0-0,8mg/dl) idi. Beyin omurilik sıvısı (BOS)' un laboratuvar değerlendirmesinde glikoz 4 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri 97 mg/dl), protein 286 mg/dl ve milimetre küp 980 hücre (%95 nötrofil, %5 lenfosit) vardı. Bu bulgularla olguya seftriakson günde



4 gram dozunda olmak üzere başlandı. Antibiyoterapinin dördüncü gününden itibaren olgunun vücut ısısı normal sınırlara döndü ve şuuru açıldı. Tedavi öncesi alınan BOS'un Gram boyamasında bol lökosit görülürken kültüründe üreme olmadı. Olgunun bilinci açıldıktan sonra yapılan fizik muayenede her iki alt ekstremitede kas gücü 0/5'di ve torakal 8-10 seviyesine kadar çıkan hipoestezi vardı. Bunun üzerine yapılan torakal ve lomber spinal NMR incelemesinde üst torakal düzeyde sol medulla spinalis posterolateral kesiminde yaklaşık 1,5 cm uzunluğunda bir alanda hiperintensite izlendi ve tarif edilen alan diffüzyon ağırlıklı incelemede diffüzyon kısıtlaması ile uyumlu hiperintens sinyal özellikleri gösteriyordu (Şekil). Bu görüntüler myelitik uyumlu bulundu. Bu bulgularla olguda bakteriyel menenjitte bağlı myelit tablosu düşünüldüğü 20 gün boyunca günde bir gram metil prednisolon intravenöz yolla verildi. Steroid tedavisinin 20.gününde fizik muayenede alt ekstremitede derin tendon refleksleri alınabiliyordu ve kas gücü 3/5'di. Olgunun seftriakson tedavisi 30 güne tamamlanarak kesilirken metil prednisolon dozu 20.günden sonra günde 80 mg'a inildi ve her hafta 8 mg azaltılarak sonlandırıldı. Tedavinin 20.gününde çekilen torakal ve lomber NMR normaldi. Olgunun tedavi süresince serum CRP ve lökosit sayılarına ilişkin bilgiler Tabloda özetlenmiştir.

Bu olgu bakteriyel menenjit tanısı konulan ve parapleji olan olgularda myelit komplikasyonu gelişmiş olabileceğini düşünceler erken spinal NMR incelemesi yapılmasının erken tedavinin nörolojik sekelleri azaltıcı etkisinden dolayı önemli olduğunu göstermektedir düşüncesindedir.

Tablo.

	Lökosit (/mm ³)	Nötrofil (%)	CRP (mg/dl)
1.gün	14000	90	18
3.gün	12000	75	
4.gün	14700	72	2,2
11.gün	9300	70	0,8



Figür. Olgunun spinal NMR görüntüsü

P209

HATAY BÖLGESİNDE HEMODİYALİZ HASTALARINDA HEPATİT E VİRUS SIKLIĞI

¹Edip Uçar, ²Meryem Çetin, ¹Ceren Kuvandik, ¹Sema Asilyörük, ¹Murat Güllü, ¹Mehmet Rami Helvacı

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²MKÜ Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji, ³Kırınhan Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları

Ülkemizde Hepatit E Virus (HEV) enfeksiyonun sıklığı artmakta olup önemli bir problem haline gelmeye başlamıştır. Bu çalışmada hemodiyaliz hastalarında HEV sıklığının araştırılması ve anti-HEV antikor pozitif ve negatif hastaların, anti-hepatit C virus antikor (anti-HCV Ab) ile hepatit B yüzey antijeni (HBs Ag), ortalama yaş, hemodiyaliz süresi, trombosit, serum albümin (alb), alanin aminotransferaz (ALT), aspartat aminotransferaz (AST), düzeyleri ve kan nakli açısından ilişkisi araştırıldı.

Çalışmaya 92 hemodiyaliz hastası alındı. HCV antikorları ve HBsAg'leri IgG Enzyme ImmunoAssay (ELISA) ve biyokimyasal parametreler ise merkez laboratuvarında çalışıldı. HEV antikorları Anti-HEV IgG Enzyme ImmunoAssay (ELISA) testi ile çalışıldı.

Hastaların yaş ortalaması 55±11 (22-71) yıl ve hemodiyaliz süresi ise 66±18 ay idi. Anti-HEV IgG pozitifliği 19 (11 erkek ve 8 kadın) hemodiyaliz hastasında tespit edildi.

Anti-HEV antikor pozitif ve negatif bulunan hastaların ortalama yaş, hemodiyaliz süresi, trombosit, alb, ALT, AST düzeyleri, kan nakli ve istatistiksel değerlendirme sonuçları açısından anlamlı bir fark bulunmadı.

Ondokuz hastada (%20.65) anti-HEV IgG pozitifliği, 7 hastada (%7,6) anti HCV Ab pozitifliği ve 4 hastada (%4,3) HBs Ag pozitifliği tespit edildi. Anti-HEV IgG pozitifliği ile hemodiyaliz süresi arasında bir

ilişki saptanmamıştır. Anti-HEV IgG pozitifliği olanların 2'sinde anti HCV Ab'u pozitif, 1'inde anti HBs Ag pozitifliği tespit edilmiştir. Hemodiyalize alınan hastalarda HEV enfeksiyonun daha sık görülme nedeninin anlaşılabilmesi için kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu ayrıca genel hijyenik kurallara daha titiz uyulması gerektiğini göstermektedir.

P210

KENE ISIRMASININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE EGZERSİZİN ETKİSİ

¹İrfan Yavaşoğlu, ¹Erol Arslan, ²Mehmet Gök

¹Jandarma Bölge Komutanlığı, Jandarma Dispanseri, İç Hastalıkları Bölümü, İstanbul,

²Jandarma Bölge Komutanlığı, Jandarma Dispanseri, Biyokimya Bölümü, İstanbul

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hyalomma cinsi kenelerin vektörlüğü ile geçen Bunya virus ailesinin nairovirusleri neden olur. KKKA'da mortalite %2-30'dur. Ülkemizde kene ısırığı olguları artmakta olup 2 hafta süreyle klinik ve laboratuvar olarak transaminaz, kreatin fosfokinaz (CPK), laktik dehidrogenaz (LDH), lökosit, trombosit, koagülasyon tetkikleri ile takip edilmesi önerilir.

Bu çalışmada spor eğitimi sonrası kene ısırılan 33 erkek asker (ortalama yaş 22 ± 2) ısırıldığı gün ve 10 gün sonrası laboratuvar değerleri karşılaştırıldı. Klinik bulgular askerlerde takip edildi ve hiçbir askerde KKKA'nin klinik bulguları ortaya çıkmadı. İstatistiksel olarak two-paired student-t testi ile parametreler değerlendirildiğinde aspartat transaminaz (AST), alanin transaminaz (ALT), LDH, CPK, protrombin zamanı (PT), hemoglobin ve hematokrit düzeyleri, trombosit, lökosit ve mutlak lenfosit sayısı karşılaştırıldı. CPK, lökosit ve trombosit sayıları 10.gün sonunda istatistiksel olarak anlamlı derecede azalmıştı (p<0.001).

Sonuç olarak CPK, lökosit, trombosit sayılarının kene ısırılan askerlerde artış eksersizle ilişkili olarak değerlendirildi. Her ne kadar KKKA'nin klinik bulguları ortaya çıkmasa da laboratuvar değerlendirmeleri yanıltıcı olabilir, hastalar dikkatlice izlenmelidir.

Tablo.

Parametre	0.gün	10.gün	p değeri
AST (U/L)	23±1	22,5±1	>0.05
ALT (U/L)	20±0,5	20±1	>0.05
CPK (U/L)	262±137	176±42	<0.001
LDH (U/L)	327±74	324±75	>0.05
PT (sn)	13,62±0,59	13,65±0,56	>0.05
Trombosit sayısı (/mm ³)	234181±44123	215818±40012	<0.001
Mutlak lökosit sayısı (/mm ³)	7583±1693	6643±901	<0.001
Mutlak lenfosit sayısı (/mm ³)	3197±1443	2578±516	>0.05
Hemoglobin düzeyi (g/dl)	14,8±0,95	14,7±0,9	>0.05
Hematokrit düzeyi (%)	42,9±2,6	43±2,7	>0.05

P211

KIKUCHI FUJIMOTO HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

Derya Yavuz, Muzaffer Fincancı, Nevra Dursun

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Kikuchi Fujimoto Hastalığı (KFH) (Histiositik Nekrotizan Lenfadenit) daha çok genç kadınlarda görülen, servikal lenfadenopati ve ateş ile seyreden, nadir, idiopatik, kendiliğinden düzelen benign bir hastalıktır.

Patogeneze enfeksiyöz ajan ve/veya sistemik lupus erythematosus (SLE) gibi non-enfeksiyöz durumlar suçlanmaktadır. Lenfoma, tüberküloz adenit ve Kawasaki hastalığı ile karışabilir. Kesin tanı, lenf nodundan ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) veya ekzisyonel biyopsi ile konur.

OLGU: 36 yaşında kadın hasta 15 gündür süren, boyunda ağırlı şişlik ve ateş yakınması ile başvurdu. Ateşi 39°C, farensi hiperemik olan hastada bilateral servikal bölgede mobil, ağırlı, multipl lenfadenopatileri mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Laboratuvar bulgularında; lökosit: 3800/mm³, hemoglobin: 10.2 g/dl, hematokrit: %30.3, trombosit: 323 000/mm³, sedimentasyon: 87 mm/sa, ALT 90 U/L, AST 102 U/L, GGT IU/L 69, LDH 426 IU/L saptandı. Periferik yaymasında atipik lenfositler mevcuttu. İleri tetkiklerinde lenfoma tanısından uzaklaşıldı. Serolojik testlerinde Hbs Ag, Anti Hbc total, Anti HCV, Anti HIV negatifti. EBV, CMV, Toxoplasma, Brucella, Syfiliz enfeksiyonları ve tüberküloz açısından yapılan testler negatifti. ANA, AMA, Anti ds DNA negatifti. Boyun ultrasonografisinde sağ karotis bifurkasyonu hizasında 12x5 mm, sağda angularis mandibula hizasında 14x5 mm, sol internal juguler zincir hizasında en büyüğü 11x5 mm boyutlu hipoeoik, sol submandibuler bölgede 20x8 mm boyutlu lenfadenomegalisi tespit edildi.

Yapılan ekzisyonel biyopsinin histopatolojik incelemesinde histiositik nekrotizan lenfadenit (KFH) tanısı konuldu. Non steroid antiinflamatuar ilaç tedavisi ile hastanın ateşi düştü. Lökopenisi düzeldi, AST ve ALT değerleri normale döndü, lenfadenopatileri geriledi. Tanı sonrasında hasta gelişebilecek SLE açısından takibe alındı.

TARTIŞMA: Nadir görülmesi, tanıyı doğrulamak için spesifik belirti ve bulguların, serolojik testlerin olmaması tanıya güçlüğü neden olmaktadır. Tanı ekzisyonel lenf nodu biyopsisinin histopatolojik incelemesi ile konur. Spesifik patolojik özellikler, yama tarzında veya konflüan nekroz alanları, etkilenen bölgede

değişen miktarlarda nükleer debris, histiyosit agregatları, büyük transforme lenfositler (immünoblastlar) ve plazma hücrelerine benzer T hücrelerinin varlığı ile nötrofil ve eozinofillerin bulunmamasıdır. Nekrotik alanlarda CD68 (+) boyanan histiyositlerin birikimi tanıda yardımcıdır.

Servikal lenfadenopatilerin eşlik ettiği, nedeni bilinmeyen ateş olgularında, ayrıncı tanıda düşünülmesi gereken benign bir lenf nodu hastalığıdır. Tanısal olarak mutlaka lenf nodu biyopsisi uygulanması hastalığın doğru ve zamanında teşhis edilmesini sağlayacak, gereksiz ve uygunsuz tedavi uygulanmasını önleyecektir.

P212

ABORTUS NEDENİYLE YAPILAN ENDOMETRİYAL KÜRÜRETAJ İŞLEMİ SONRASI STREPTOKOKAL TOKSİK ŞOK SENDROMU GELİŞEN OLGU

¹Bahadır Ceylan, ¹Müdür Tanış, ²Zeynep Sarı, ²Esma Gül Altun

¹SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, *İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji*, ²SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, *İç Hastalıkları Kliniği*

Streptokokal toksik şok sendromu (STŞS) normalde steril olması gereken bir bölgeden A grubu beta hemolitik streptokokun izole edilmesi ve sistolik kan basıncının 90 mmHg veya daha az olması ile birlikte ciddi hastalığı gösteren klinik bulgulardan en az ikisinin bulunmasıyla karakterize bir sendromdur. Ciddi hastalığı gösteren klinik bulgular ise renal yetmezlik, karaciğer tutulumunu gösteren biyokimyasal bulgular, trombotik peni veya dissemine intravasküler koagülasyon, akut respiratuvar distress sendromu, generalize eritematöz döküntü ve yumuşak doku nekrozu olarak tanımlanmıştır. Literatürde postpartum dönemde gelişen STŞS olguları nadir olarak bildirilmiştir. Bu yazıda abortusu izleyerek yapılan endometriyal kürütaj işlemi sonrası gelişen STŞS olgusu sunulmuştur.

OLGU: Yirmidokuz yaşındaki kadın hasta genital akıntı, nefes darlığı ve ateş yakınmalarıyla başvurdu. Olgunun anamnezinden yedi haftalık gebe iken düşük gelişmesi üzerine dört gün önce kürütaj işlemi yapıldığı ve üç gündür beri 39°C'ye çıkan ateş ve genital akıntı yakınmasına bir gündür nefes darlığı yakınmasının eklendiği öğrenildi. Fizik muayenede sistolik kan basıncı 80 mmHg, diyastolik kan basıncı 50 mmHg ve kalp tepe atımı dakikada 110 bulundu. Her iki akciğer 1/2 bazalde kreptan raller vardı ve solunum sayısı dakikada 25 idi. Olgunun mukozaları siyanotikti ve cildi ıkerikti. Bunların dışındaki fizik muayene bulguları ve vücut ısısı normaldi. Farenks ve tonsiller normal görünümdeydi. Biyokimyasal incelemede üre 61 mg/dl (Normal: 13-43), kreatinin 1,4 mg/dl (Normal: 0,6-1,1), aspartat transaminaz 177 Ü/L (Normal: 0-31), alanin transaminaz 74 Ü/L (Normal: 0-34), total bilirubin 6,9 mg/dl (Normal: 0,3-1,2), direk bilirubin 3,3 mg/dl (Normal: 0-0,2), alkalen fosfataz 140 Ü/L (Normal: 50-162) ve gama glutamil transpeptidaz 48 Ü/L (Normal: 0-38) bulundu. Protrombin zamanı 16,2 sn (NR: 1,38), aktive parsiyel tromboplastin zamanı 38,3 sn (N: 21-36) ve D-dimer düzeyi 35,2 mg/LFEU (Normal: 0-0,5) idi. Periferik kanda lökosit sayısı 2300 /mm³, hematokrit %33,3 ve trombosit sayısı 21000 /mm³ bulundu. Saatlik sedimentasyon hızı 14 mm, serum sero-reaktif protein düzeyi 23,5 mg/dl idi. Olguya sepsis ve çoklu organ yetmezliği ön tanısıyla günde 3 gram dozunda meropenem tedavisi başlandı. Hipotansiyon nedeniyle başlanan %0,9 sodyum klorür ile volüm replasmanı ve dopamin infüzyonuna rağmen hipotansiyonu derinleşen olguda iki saat içinde solunum aresiti gelişti. Olgu yoğun bakım ünitesine alınarak ventilatör desteğine alındıktan bir saat sonra kaybedildi. İki adet kan kültüründe penisiline hassas *Streptococcus pyogenes* üredi.

Bu olgu bize endometriyal kürütaj işlemi sonrası gelişen sepsis ve çoklu organ yetmezliği tablolarından çok nadirde olsa *Streptococcus pyogenes*'inde sorumlu olabileceğini göstermiştir.

P213

PEGİLEİNERFERON VE RİBAVİRİN KOMBİNE TEDAVİSİ SIRASINDA NÖTROPENİ VE PNÖMONİ GELİŞEN VE NÖTROPENİSİ BEKLENENİN AKSİNE UZUN SÜRE DEVAM EDEN KRONİK HCV İNFEKSİYONLU OLGU

Bahadır Ceylan, Muzaffer Fincancı, Ayşe İnci

Sb İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Nötropeni kemik iliğinin baskılanmasına veya nötrofillerin splenomegali veya otoimmün olaylar sonucu periferik yıkımına bağlı olarak gelişebilir. Hepatit C virus (HCV) infeksiyonunun otoimmün olayları uyarak sitopeniye yol açabilen bir infeksiyon olduğu bilinmektedir. Kronik HCV infeksiyonu tedavisinde kullanılan interferon genellikle kemik iliği kök hücrelerini baskılayarak nötropeni yaptırdığı bilinmekle birlikte ayrıca otoimmün olaylarda tetikleyen bir etken olduğu öne sürülmektedir. Bu yazıda kronik HCV infeksiyonunun tedavisi için pegileinterferon ve ribavirin kullanırken nötropeni ve buna bağlı pnömoni gelişen ve HCV infeksiyonuna yönelik tedavinin kesilmesine rağmen nötropenisini beklenenin aksine uzun süre devam eden bir olgu sunulmuştur. Elliye yaşındaki kadın hasta öksürük ve ateş yakınmasıyla başvurdu. Olgunun öz geçmişinden kronik HCV infeksiyonu nedeniyle beş ay önce haftada 180 mikrogram dozunda pegileinterferon alfa-2a ve günde 1000 miligram dozunda ribavirinden oluşan kombine tedavi başlandı öğrenildi. Tedavi öncesi parametrelerden HCV RNA düzeyi 319000 IU/ml, serum alanin aminotransferaz düzeyi 127 Ü/L ve karaciğer biyopsisinde Knodell skoru 13 ve fibroz skoru 3 iken tedavinin üçüncü ayı sonundaki HCV RNA düzeyi 7190 IU/ml bulunmuştu. Fizik muayenede koltuk altından ölçülen vücut ısısının 39°C olması dışında patoloji yoktu. Periferik kan sayımında lökosit sayısı 1400/mm³, trombosit sayısı 85000/mm³ ve hematokrit %31,5 bulundu. Periferik kan formülünde nötrofil %7 (100/mm³), lenfosit %80 ve monosit %13 idi. Akciğer grafisinde sağ ¼ bazalde opasite görüldü. Batın ultrasonografisinde dalak boyutu 135 mm olup artmıştı. Bu bulgularla olguya nötropeni ve pnömoni tanısıyla günde 3 gram dozunda meropenem tedavisi başlandı ve tedaviye 14 gün devam edildi. Tedavinin üçüncü gününden itibaren vücut ısısı normal sınırlara dönen ve yakınmaları düzelen olgunun tedavinin yedinci gününde trombosit ve hematokrit düzeyleri de normale döndü. Tedavinin 10.gününde tekrarlanan akciğer grafisi normaldi. Yapılan kemik iliği biyopsisinde kemik iliği yaşa göre hiperselülerdi (selülerite %80), eritroid ve myeloid seride matürasyon sola kaymıştı ve bazı megakaryositlerde viral sitopatik etki ile uyumlu hiperkromatizm vardı. Olgunun interferon ve ribavirin tedavisinin kesilmesine rağmen takibinin 70.gününde mutlak nötrofil sayısı halen 100/mm³ düzeyinde seyretmekte ve takibine devam edilmektedir.

Bu olgu bize etyolojik faktörün interferon, ribavirin veya HCV infeksiyonu seçeneklerinden hangisi olduğu kesin olarak söylenememekle birlikte kemik iliği bulguları gözönünde nötropeninin nötrofillerin periferik yıkımına bağlı olabileceğini ve kronik HCV infeksiyonunun tedavisi sırasında gelişen nötropenin tedavinin kesilmesine rağmen uzun süre devam edebileceğini düşündürmüştür.

P214

HATAY BÖLGESİNDE TOPLUM KÖKENLİ İDRAR YOLU ENFEKSİYONLARINDA ETYOLOJİ VE ANTİMİKROBİYAL DİRENÇ

¹E dip Uçar, ²Meryem Çetin, ³Ceren Kuvandık, ¹Tuğba Yetim, ¹İsmail Tekiş, ¹Kazım Öztürk

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²MKÜ Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji, ³Kırkkhan Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları

Toplum kökenli idrar yolu enfeksiyonları, en sık görülen bakteriyel enfeksiyonlardan biri olup yaklaşık dünyada her yıl 250 milyon insanı etkilemekte ve antibiyotik reçetelenmesinde başlıca sebeplerindedir. İdrardan izole edilen bakteri spektrumlarının büyük oranda değişmemesine rağmen direnç paternlerinde ve duyarlılık profilinde değişiklik meydana gelmiştir.

Bu çalışmada, 2004 ve 2005 yıllarında Hatay bölgesinde toplum kökenli idrar yolu enfeksiyonlarının izole edilen türlerinin dağılımı ve antibiyotik duyarlılık paterninin belirlenmesi amaçlandı. Hastalarla ilgili bilgiler dosyalardan alındı. Sonuçların değerlendirilmesinde ki-kare testi ve fisher exact testi kullanıldı. 2004 yılında 1,498 ve 2005 yılında 1,954 hasta olmak üzere toplam 3,452 numune alındı. 2,104'ü (%60.9) kadın, 1,348'i (%39.1) erkekti ve alınan örneklerin 1,071'inde (%31) kültür pozitif idi. *Escherichia coli* prevalansı, kadınlarda (%47), erkeklerden (%35.9) daha yüksekti (P<0.05). Bununla birlikte *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.* and *Pseudomonas spp.* türleri erkeklerde (%19.0,%11.1 ve %7.9), kadınlardan daha (9.2,5.2 ve 2.6 %) sıklıkla (%P<0.05). Gram negatif basiller, idrar yolu enfeksiyonuna en sık (%69.2) neden olan patojenlerdi. İzole edilen türler içinde *E. coli* %45.1'ini, koagülaz (-) staf %15.5'ini ve *Klebsiella spp.* %10.9'u oluşturdu. Çalışma süresince üropatojen türlerin dağılımı açısından anlamlı bir farklılık yoktu. İzole edilen bakterilerin %28.3'ünü gram pozitif koklar oluşturdu. 2.yılın sonunda gentamisin, amikasin ve cefazolin karşı direnç artışı, ciprofloksacin, ofloksacin, levofloksacin ve co-trimoxazole karşı ise direnç azalması gözlemlendi. En düşük direnç cefuroxime için 2004'te (%26) ve 2005 yılında (%20.5) oranında *E. coli*'ye karşı idi, en yüksek direnç ise ampicilin ve amoksisilin-kluvanat için 2004'te (%81.3 ve %47.9), 2005'te ise (%61.3 ve %49.6) oranında idi.

Sonuç olarak bu çalışma antibiyotik kullanımı ile ilgili politikaların ve özellikle ampirik antibiyotik kullanımının, antimikrobiyal direnç süreyans çalışmalarına dayandırılarak yapılması gerektiğini göstermiştir.

P215

DEVLET HASTANESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINA VERİLEN AIDS/ HIV EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Günseli Turgut, ²Ayşegül Koç, ¹Ebru İpek

¹Yozgat Devlet Hastanesi, ²Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

AIDS, kişiyi hastalıklara karşı koruyan bağışıklık sisteminin zayıflamasından dolayı ortaya çıkan hastalıklar kombinasyonu için kullanılan tıbbi bir tanımdır. Bağışıklık yetmezliği, HIV in neden olduğu enfeksiyon sonrası ortaya çıkar. Bu virüs insanın bağışıklık sistemini bozarak, vücudun normalde dirençli olduğu birçok hastalığa karşı kendini koruyamamasına neden olur. Bağışıklığını kaybetmiş olan insan vücudu, herhangi bir basit solunum yolu enfeksiyonuna, mantar enfeksiyonlarına ve benzerlerine kolayca yenik düşebilmektedir. AIDS, HIV enfeksiyonunun son safhasıdır.

AIDS/ HIV insidans ve prevalansı giderek artmaktadır. Özellikle bu durum 2000'li yıllardan itibaren hızlı bir ivme kazanmıştır. Günümüzde AIDS tüm dünyayı etkileyen bir pandemi haline gelmiştir.

Ülkemizde de bu eğitim benzer şekildedir. Fakat hastalığa ilgili önyargılı sosyal tutumlar ve sağlık kayıt sistemindeki yetersizliklerden dolayı kesin rakamlara ulaşılamadığı düşünülmektedir. T. C. Sağlık Bakanlığı Aralık 2005 verilerine göre 2254 HIV/AIDS hastası vardır. Bunların 5881 AIDS basamağına ulaşmış, 1666 kişi ise HIV pozitifdir. Kişi virüsü eğer korunmasız yapılan cinsel temas ile aldı ise, hastalığın hiçbir belirtisi, bulgu vermeden ortalama 8-10 yıl gibi süre ile taşıyabilir. Ülkemizde yapılan araştırmalara göre sağlık çalışanlarının AIDS/ HIV konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Bu çalışmanın amacı Yozgat Devlet Hastanesinde sağlık çalışanlarının AIDS/ HIV ile ilgili bilgi düzeyini tanımlayıcı olarak belirlemek ve verilen eğitimin etkinliğini tespit etmektir.

2007 yılı Nisan-Mayıs aylarında araştırmacı tarafından hazırlanan değerlendirme formu hazırlanarak ulaşılabilen Yozgat Devlet Hastanesi sağlık çalışanlarına soru cevap şeklinde sorulmuş değerlendirme sonrasında konu ile ilgili eğitim veriler son değerlendirme yapılmıştır.

Tedavi edici sağlık hizmeti veren çalışanların AIDS/ HIV ile ilgili bilgi sahibi olmasının önem taşıdığı görülmüştür.

P216

BİR GRUP SAĞLIK ÇALIŞANINA VERİLEN KKKA EĞİTİMİNİN SONUÇLARI

¹Günseli Turgut, ²Ayşegül Koç, ³Sibel Karaca Sivrikaya

¹Yozgat Devlet Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Komitesi, ²Bozok Üniversitesi, ³Atatürk Üniversitesi

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) %5 civarında mortalitesi olan, bu güne kadar 30'un üzerinde ülkede tanımlanmış keneler aracılığı ile insanlara bulaşan ateş ve kanamalarını klinik tabloya hakim olduğu virüs etkenli bir hastalıktır. Riskli grupta hasta ile doğrudan veya hasta atıklarına dolaylı olarak temas eden sağlık çalışanları yer alır. KKKA'dan ölüm oranı ile ilgili literatürde %3-80 arasında değişen oranlar



bildirilmekte, Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de görülen vakalarda mortalite %5.7 bulunmuştur. Tedavinin esasını destek tedavisi oluşturmakla beraber korunma ve toplumsal bilinçlenmenin etkili olabileceği düşünülebilir.

Türkiye'de ilk defa 2002 yılının ilkbahar ve yaz aylarında başta Tokat, Sivas, Çorum, Amasya, Yozgat, Gümüşhane, Bayburt, Erzurum, Erzincan ve çevresi olmak üzere İç ve Doğu Anadolu Bölgelerinin kuzeyi ile Karadeniz Bölgesinin güney kesimlerini kapsayan geniş bir coğrafi alanda ve kene teması öyküsü olan, ateş ve kanama ile seyreden bir salgın dikkati çekmiş, 2003 yılında da hastalığın KKKA olduğu anlaşılmıştır. Hastalık her yıl Mayıs-Eylül ayları arasında görülmekte ve Temmuz ayında pik yapmaktadır. 2002 yılında başlayan salgın halen devam etmekte olup, Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre 2002-2006 yılları arasında laboratuvar olarak tanısı doğrulanmış toplam vaka sayısı 04.08.2006 tarihi itibarı ile 907'dir. Hastalık daha çok endemik bölgelerde yaşayan ve tarım ve hayvancılık işi ile uğraşan çiftçilerde görülür. Bölgedeki veteriner hekimler de riskli grup içinde yer alırlar.

Klinik olarak; ani başlayan ve 39-40 °C'ye çıkan ateş, halsizlik, kas ağrısı, baş ağrısı, yaygın vücut ağrısı, iştahsızlık, bazen bulantı, kusma ve ishal gibi belirtiler görülür. Bazı hastalarda konjunktival kızarıklık olabilir. Bazen hasta ilk şikayet olarak kanamalarla başvurabilir. Bunlar dişeti kanaması, burun kanaması, GIS kanama, genitouriner sistem kanamaları, beyin ve batin içi kanamalar şeklindedir. Hastalarda hepatomegali ve splenomegali olabilir. Şuur değişiklikleri, ajitasyon, konvülsiyon, ARDS, böbrek yetmezliği, DİK tablosu, koma ve ölüme kadar giden ağır tablolara neden olabilir.

Bu çalışmanın amacı Yozgat Devlet Hastanesinde sağlık çalışanlarının KKKA (Kırım Kongo Kanamalı Ateşi) ile ilgili bilgi düzeyini tanımlayıcı olarak belirlemek ve verilen eğitimin etkinliğini tespit etmektir.

2007 yılı Mayıs-Haziran aylarında araştırmacılar tarafından hazırlanan bilgi formu hazırlanarak Yozgat Devlet Hastanesi sağlık çalışanlarına uygulanmış yapılan değerlendirme sonrasında konu ile ilgili eğitim verilerek son test değerlendirme yapılmıştır.

Tedavi edici sağlık hizmeti veren çalışanların KKKA ile ilgili bilgi sahibi olmasının özellikle salgın bölgesi haline alan Yozgat'ta daha da önem taşıdığı görülmüştür.

P217

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN DİYABETİK HASTALARDA ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

¹Ümmügül Üyetürk, ¹Binnur Şengezer, ²Uğur Üyetürk

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat, ²Dr. Cevdet Aykan Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, Tokat

GİRİŞ VE AMAÇ: Diyabetteki hücresel bozukluklar, hiperglisemi, hiperlipidemi, asidoz ya da diyabetin uzun vadeli komplikasyonları defans mekanizmalarını bozmakta, böylece diyabetik hastalar sağlıklı bireylerden daha fazla enfeksiyon hastalıklarına maruz kalmaktadır. Özellikle üriner sistem enfeksiyonları sık görülmektedir. Bu çalışmada polikliniğimize başvuran diyabetik hastalardaki üriner sistem enfeksiyonlarının sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin araştırılması amaçlandı.

MATERYAL VE METOD: Polikliniğimize 1 Ağustos -30 Ekim 2007 tarihleri arasında başvuran diyabetik hastalar retrospektif olarak araştırıldı. Yaşları, cinsiyetleri, başvuru anında üriner sistem şikayetleri olup olmadığı, idrar kültür sonuçları kaydedildi.

BULGULAR: Toplam 199 diyabetik hastanın 171'inin (%85.92) üriner sistem açısından sorgulandığı, erkeklerden 46 (%97.9), kadınlardan 113 (%91.1) toplam 159 (%93) hastanın üriner sistem şikayeti olduğu bulundu. İdrar kültürü yapılan erkek hastaların 35'inde (%85.4) üreme olmadı, 3'ünde (%7.3) kontaminasyon, 3'ünde (%7.3) üreme olduğu, kadınlarda ise 81'inde (%71.1) üreme olmadığı, 18'inde (%15.8) kontaminasyon, 15'inde (%13.2) üreme olduğu saptandı. Üreme olan kültürler incelendiğinde en fazla E. coli 10 (%55.55) ve staphylococcus saprophyticus'un 6 (%33.33) üredığı görüldü. Üreme olan hastaların 16'sı (%88.88) genç yaş grubunda, diğerleri geriyatrik yaş grubundaydı. Üreme olan hastaların açlık kan şekerlerinin, HbA1c, LDL-Kolesterolinin ortalaması alındığında sırasıyla 204.40 mg/dl, 7.8,120.90 mg/dl olduğu bulundu. Cinsiyet açısından incelendiği zaman kültüründe üreme olanların %88.88'in kadın olduğu saptandı. Diyabetin regüle olmaması, lipid profilinin bozuk olması, kadın cinsiyet ve genç olmak üriner sistem enfeksiyon sıklığını arttırmaktadır sonucuna ulaşıldı.

SONUÇ: Üretranın daha uzun ve rectuma uzak olması, prostat sıvısının antibakteriyel özelliği, genital bölgenin kuru olması enfeksiyon açısından kadınlara göre erkeklerde koruyucu özellik oluşturmaktadır. Üriner sistem şikayeti nedeniyle idrar kültürü istenen 159 hastanın 21'inde (%13.5) kontaminasyon görüldü idrar kültürü verilen hastaların kültür verme kurallarına dikkat etmediğini, bu yüzden bu konuya önem verilmesi gerektiğini ve ancak 18 (%11.61) hastada üreme olması antibiyotik başlanırken kültür sonucunun önemini ortaya koymuştur.

Tablo 1.

Üriner şikayet	Cinsiyet		
	Erkek	Kadın	Toplam
Var	46 (97.9)	113 (91.1)	159 (93)
Yok	1 (2.1)	11 (8.9)	12 (7)
Toplam	47	124	171

Tablo 2.

Kültür sonucu	Cinsiyet		Toplam	Yaş Grupları		
	Erkek	Kadın		Genç	Geriyatrik	Toplam
	n %	n %	n %	n %	n %	n %
Üreme yok	35 (85.4)	81 (71.1)	116 (74.8)	96 (75)	20 (74.1)	116 (74.8)
kontaminasyon	3 (7.3)	18 (15.8)	21 (13.5)	16 (12.5)	5 (18.5)	21 (13.5)
Üreme var	3 (7.3)	15 (13.2)	18 (11.6)	16 (12.5)	2 (7.4)	18 (11.6)
Toplam	41	114	155	128	27	155

P218

AKUT TONSİLLOFARENJİTE BAĞLI SAFEN VEN YERİNDE GÖRÜLEN REKÜRREN SELÜLİT GELİŞİMİ

Hakan Cinemre, Feyzi Gökosmanoğlu, Cemil Bilir

Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

GİRİŞ: Akut tonsillofarenjit, tonsil ve farenksin eritem, eksüdatasyon veya sarımsı-beyaz membran ile karakterize akut enfeksiyondur. Her ne kadar S. pyogenes, akut tonsillofarenjite neden olan en sık bakteriyel etkensede, hastaların yalnızca %15'inde hastalığa yol açmaktadır. Akut tonsillofarenjit nadiren komplikasyon olarak selülit neden olmaktadır. Selülitin nadir bir formu da, koroner by-pass için greft olarak çıkarılan safen ven yerinde görülebilir. İnsizyon yerinde eritem, ödem ve hassasiyet ile karakterizedir. Bazı hastalarda aynı yerde selülit ataklarının tekrar ettiği belirtilmiştir. Etken genellikle grup A dışı beta hemolitik streptokoklar (grup C, G, B) olarak izole edilmektedir. Bizim olgumuzda ise koroner by-pass için greft olarak çıkarılan sol bacak safen ven yerinde tonsillofarenjit sonrası tekrarlayan selülit gelişmesi nedeniyle bu olguyu sunmayı uygun bulduk.

OLGU: 68 yaşında erkek hasta kliniğimize sol bacakta insizyon yeri boyunca kızarıklık, şişlik, ağrı, ateş şikayeti ile geldi. Hastanın bacak şikayetleri her boğaz ağrısından 3-5 gün sonra başladığı öğrenildi. T. A: 130/80 mmHg, nabız: 92 atım/dk, ateş: 38.7 idi. Fizik muayenede sol bacakta insizyon yerinde lokal hassasiyet, ağrı, eritem, ısı artışı ve şişlik vardı. Farenks hiperemik ve tonsiller üzerinde yamalı sarı-gri eksüda, uvulada belirgin ödem, büyümüş ve hassas ön servikal lenf nodları tespit edildi. Laboratuvar bulguları; WBC: 15.392/mm³ ve %94'ü parçali, sedim: 58mm/h, CRP: 26 mg/dl, boğaz sürüntü A grubu streptococcus üredi, kan kültüründe üreme olmadı. Hastada selülit, bu bulgular eşliğinde ve daha önceki klinik hikaye doğrultusunda tonsillofarenjite bağlı olabileceği düşünüldü.

SONUÇ: Selülit nedeniyle takip edilen hastalarda özellikle selülit enfeksiyonlarına zemin hazırlayan girişimler veya hastalıklar sonrası riskli bölgelerde rekürren selülit atağı geliyorsa primer kaynağın akut tonsillofarenjite bağlı olabileceği akıldaki tutulmalıdır. Bu nedenle hastalarda şikayet olmasa bile tanı ve takipler sırasında bütün sistemlerin ayrıntılı olarak muayenesi yapılmalıdır.

P219

ANKAFERD PROTEOMIX BESİN TAKVİYESİ VE ANKAFERD SIR KOZMETİK PREPARATIN İN VİTRO ANTI-MİKROBİYAL ETKİNLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

¹Nefise Akkoç, ¹Mustafa Akçelik, ²İbrahim C. Haznedaroğlu, ³Şerafettin Kirazlı, ³Hüseyin Cahit Fırat

¹Ankara Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji Bölümü, Ankara, ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bölümü, Ankara, ³Ankaferd İlaç Araştırma, İstanbul

Ankaferd Proteomix, besin takviyesi olarak ruhsatlanmıştır. Ankaferd Sır preparatı ise kozmetik solüsyon olarak ruhsat almıştır. Bu çalışmanın amacı, oral uygulanan Ankaferd proteomix'in antiinfektif etkinliğini topikal uygulanan Ankaferd Sır ile karşılaştırmaktır. Agar Kuyu difüzyon yöntemi kullanılarak yapılan denemeler sonucunda, Ankaferd Proteomix Şurup (Ankaferd Aromatik karışık bitki suyu) preparatının; Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Listeria innocua, Micrococcus luteus bakterilerine; Sacharomyces cerevisiae, Candida albicans Zygosacharomyces baillii mayalarına ve Monilia brunnea, Aspergillus flavus ve Aspergillus parasiticus küllerine karşı orta düzeyde; Klebsiella pneumonia, Streptococcus epidermidis, Streptococcus pneumonia, Streptococcus agalactiae, Staphylococcus carnosus, Salmonella enterica Serovar. Typhimurium ve Bacillus cereus'a karşı düşük düzeyde antimikrobiyal aktivite gösterdiği (mikroorganizma gelişimini engellediği) tespit edilmiştir. Bunun yanında söz konusu preparat, Enterococcus faecalis, Vibrio parahaemolyticus, Pediococcus pentasaceus, Lactobacillus sake ve Lactobacillus plantarum'a karşı antimikrobiyal aktivite göstermemiştir. Antimikrobiyal aktivite denemelerinde, gıda korumada etkin bir ajan olarak kullanılan nisin (bakteriyosin) preparatından yararlanılmıştır. Sonuçlar toplu olarak değerlendirildiğinde Ankaferd Proteomix Şurup (Ankaferd Aromatik karışık bitki suyu) preparatının nisinden çok daha yüksek ve geniş bir antibakteriyel etki spektrumuna sahip olduğu belirlenmiştir. Ankaferd Proteomix Şurup (Ankaferd Aromatik karışık bitki suyu) preparatının gıda bozulması ve gıda kökenli patojenlere karşı etkinlik göstermesi yanında özellikle fermente gıdalar ile vucuda alınan yararlı bakteriler (bazı türleri probiyotik olarak değerlendirilmektedir) Pediococcus pentasaceus, Lactobacillus sake ve Lactobacillus plantarum'a karşı etkinlik içermemesi de kullanımında önemli avantaj teşkil etmektedir. Agar Kuyu difüzyon yöntemi kullanılarak yapılan denemeler sonucunda, Sır (Ankaferd Kozmetik Yanık Solüsyonu) preparatının; Pseudomonas aeruginosa, Streptococcus pneumonia, Staphylococcus carnosus, Salmonella enterica Serovar. Typhimurium, Bacillus cereus, Vibrio parahaemolyticus, Escherichia coli, Listeria innocua ve Micrococcus luteus bakterilerine; Sacharomyces cerevisiae, Candida albicans, Zygosacharomyces baillii mayalarına ve Monilia brunnea, Aspergillus flavus

ve *Aspergillus parasiticus* küllerine karşı düşük düzeyde antimikrobiyel aktivite gösterdiği saptanmıştır. Ankaferd Proteomiks antimikrobiyel etkinlik açısından Ankaferd Sır (Ankaferd Kozmetik Yanık Solüsyonu) preparatına göre daha etkilidir. Doku koruyucu karakteri ön plana alınarak hazırlanan lokal topikal Ankaferd Sır preparatının bu özelliğinin sözkonusu farklılığı doğurduğu düşünülmüştür.

Tablo.

İndikatör Mikroorganizma	Ankaferd Proteomix Şurup* (Çap mm)		Suş Kaynağı**	Ortam***
	Ankaferd	Kontrol* (Nisin 600 IU/ml)		
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	++	-	NHL	LB
<i>Klebsiella pneumonia</i>	+	-	NHL	LB
<i>Streptococcus epidermidis</i>	+	-	NHL	NB
<i>Staphylococcus aureus</i>	++	++	NHL	NB
<i>Streptococcus pneumonia</i>	+	++	NHL	TSYB
<i>Streptococcus agalactiae</i>	+	++	NHL	NB
<i>Staphylococcus carnosus</i>	+	+	NHL	LB
<i>S. enterica Typhimurium</i>	+	-	NHL	LB
<i>Bacillus cereus</i>	+	+	NHL	LB
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	-	-	NHL	TSYB
<i>Escherichia coli</i>	++	-	NHL	LB
<i>Listeria innocua</i>	++	+	NHL	LB
<i>Enterococcus faecalis</i>	-	-	NHL	MRS
<i>Pediococcus pentasaceus</i>	-	+++	NHL	M17
<i>Lactobacillus sake</i>	-	++	NHL	MRS
<i>Lactobacillus plantarum</i>	-	+	NHL	MRS
<i>Micrococcus luteus</i>	++	++	NHL	LB
<i>Sacharomyces cerevisiae</i>	++	-	DSMZ	MEA
<i>Candida albicans</i>	++	-	DSMZ	MEA
<i>Zygosaccharomyces bailii</i>	++	-	DSMZ	MEA
<i>Monilia brunnea</i>	++	-	DSMZ	MEA
<i>A. flavus</i>	++	-	DSMZ	MEA
<i>A. parasiticus</i>	++	-	DSMZ	MEA

P220

HEMOSTATİK BİR AJAN OLAN ANKAFERD'İN ANTI-BAKTERİYEL ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

¹Zeynep Sarıbaş, ¹Burçin Şener, ²İbrahim C. Haznedaroğlu, ¹Gülşen Hasçelik, ³Şerafettin Kirazlı, ²Hakan Göker

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Bölümü, Ankara, ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bölümü, Ankara, ³Ankaferd İlaç Araştırma, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı hemostatik etkisi deneysel ve klinik çalışmalarla gösterilmiş bir ajan olan Ankaferd'in (Ankaferd Blood Stopper®) antibakteriyel etkisinin araştırılmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi'nde hastane enfeksiyonu etkeni olarak izole edilen metisilin dirençli *Staphylococcus aureus* (MRSA) (n=30), *Enterococcus* spp. (n=30), *Escherichia coli* (n=30), *Klebsiella* spp. (n=29), *Acinetobacter* spp. (n=30), *Pseudomonas* spp. (n=30) suşları çalışmaya dahil edildi. Ankaferd'in bu izolatlarla karşı antibakteriyel etkinliğini test etmek amacıyla agar kuyucuk difüzyon yöntemi kullanıldı. Bakteriler 0.5 McFarland bulanıklık standardına denk bulanıklıkta hazırlandıktan sonra 100µl alınarak; 4ml hacimdeki, %0.7 agar içeren yumuşak agar eklendi. Bu karışım Mueller-Hinton besiyerine döküldü. Her suş için bir besiyeri hazırlandı. Besiyerinde 8mm çaplı çukurlar açılarak, 100'er µl Ankaferd ve kontrol antibiyotigi eklendi. Kontrol antibiyotik olarak MRSA ve *Enterococcus* spp. için vankomisin; *E. coli*, *Klebsiella* spp., *Acinetobacter* spp. ve *Pseudomonas* spp. için imipenem kullanıldı. Bir gecelik inkübasyonu takiben, Ankaferd ve kontrol antibiyotigi için inhibisyon zon çapları ölçülerek antibakteriyel aktivite değerlendirildi.

SONUÇLAR: Ankaferd ve kontrol antibiyotigi ile elde edilen sonuçlar tabloda görülmektedir. Bu sonuçlara göre Ankaferd çalışmaya dahil edilen bakterilerin %92.8'inde >10 mm inhibisyon zon çapında belirgin antibakteriyel etkinlik göstermiştir (Tablo 1).

YORUM: Kontrol antibiyotikle kıyaslanarak yapılan bu çalışma sonuçlarına göre, Ankaferd Blood Stopper, hastane enfeksiyonlarına karşı antibakteriyel aktiviteye sahiptir. Bu doğrultuda yapılacak ek çalışmalarında; inhibisyon zon çaplarının ve kullanılan Ankaferd miktarının standardize edilmesi ve bu in vitro etkinin in vivo karşılıklarının test edilmesi gerekmektedir. Klinikte kanam ve enfeksiyon birlikte morbidite ve mortaliteye yol açabildiklerinden bu verilerin klinik karşılıklarının ortaya konması önem taşımaktadır.

Tablo 1.

	Ankaferd		Kontrol antibiyotik	
	≤10mm	>10mm	≤10mm	>10mm
Bakteri türü	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
MRSA	2 (6.7)	28 (93.3)	4 (13.3)	26 (86.7)
<i>Enterococcus</i> spp	0 (0)	30 (100.0)	3 (10.0)	27 (90.0)
<i>Escherichia coli</i>	2 (6.7)	28 (93.3)	0 (0)	30 (100.0)
<i>Klebsiella</i> spp	8 (27.6)	21 (72.4)	3 (10.3)	26 (89.7)
<i>Acinetobacter</i> spp	0 (0)	30 (100.0)	14 (46.7)	16 (53.3)
<i>Pseudomonas</i> spp	1 (3.3)	29 (96.7)	1 (3.3)	29 (96.7)

P221

HER SELÜLİT ATAĞI SONRASI GELİŞEN AKUT TONSİLLOFARENJİT

¹Feyzi Gökosmanoğlu, ¹Hakan Cinemre, ¹Cemil Bilir, ²Nermin Akdemir

¹Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, ²Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Selülit, subkutan dokuya yayılan derinin akut bir enfeksiyonudur. Selülitte, derinin derin dokuları inflamasyona katılır. *Streptococcus pyogenes* ve *Staphylococcus aureus* en sık etkenlerdir, diğer bakteriler daha az sıklıkla selülitin sorumludurlar. Akut tonsillofarenjit ise, tonsil ve farenksin eritem, ekssüdatyon veya membran ile karakterize akut enfeksiyonudur. Her ne kadar *S. pyogenes* akut tonsillofarenjite neden olan en sık bakteriyel etken olsa da, hastaların yalnızca yaklaşık %15'inde hastalığa yol açmaktadır. Selülit lenfatik yolla yayılma özelliği gösterdiğinden ciddi bir hastalıktır. Akut tonsillofarenjit nadiren komplikasyon olarak selülitte neden olmaktadır ancak selülit ise faranjit atağına neden olduğu bildirilmemiştir.

OLGU: 36 yaşında kadın hasta kliniğimize sol bacakta kızamıklık, şişlik, ağrı ve boğazda yanma, yutma sırasında ağrı, ateş şikayeti ile geldi. Hastanın bacak şikayetleri başladıktan 5 gün sonra boğaz şikayetlerinde başlamış. Hastanın benzer şikayetler ve klinik her yıl 2-3 defa olduğunu öğrendik. T. A: 120/70 mmHg, nabız: 82 atım/dk, ateş: 38.9 idi. Fizik muayenele sol bacakta lokal hassasiyet, ağrı, eritem, ateş ve şişme vardı. İnfeksiyonun olduğu bacakta kızamıklık, lokal ısı artışı ve ödemli bir infiltrasyon görüldü. Farenks hiperemik ve tonsiller üzerinde yamalı sarı-ğri eksüda, uvulada belirgin ödem, büyüme ve hassas ön servikal lenf nodları tesbit edildi. Laboratuvar bulguları; WBC: 16.387/mm³ ve %92'si parçali, sedim: 64 mm/s, CRP: 34 mg/dl, boğaz sürüntü ve kan kültüründe *Streptococcus pyogenes* üredi. Hastada bu bulgular eşliğinde selülitte bağlı akut tonsillofarenjit geliştiği düşünüldü.

SONUÇ: Selülit nedeniyle takip edilen hastalarda komplikasyon olarak boğaz enfeksiyonlarında gelişebileceği akıld tutulmalıdır. Hastalarda şikayet olmasa bile tanı ve takipler sırasında bütün sistemlerin ayrıntılı olarak muayenesi yapılmalıdır.

P222

KIRIM KONGA KANAMALI ATEŞİ HASTALIĞI İLE BİRLİKTE CANDİDA ENFEKSİYONU: 2 OLGU SUNUMU

¹A. Cem Yardımcı, ²Derya Yavuz, ¹Ferda Soysal, ¹Muzaffer Fincancı

¹SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, ²SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği

KKKA, kenelerle bulaşan, ateş ve hemorajilerle seyreden akut ve ciddi seyirli bir viral hastalıktır. İlk kez 1944'de Kırım'da tanımlanan ve etkeni Bunyaviridae genusundan Nairovirus ailesinin bir üyesi olan Kırım-Kongo hemorajik ateşi virusudur.

Bu iki KKKA lı olgu bildiririsinde candida enfeksiyonu ile hastalığın birlikteliğine dikkat çekilmiştir.

OLGULAR: Olgu 1: 23 yaşında kadın hasta, halsizlik, kırınglık, ateş, baş ağrısı, bulantı-kusma, karın ağrısı şikayeti ile özel bir hastanede yapılan gastroskopisinde Candida özeftajiti ve eroziv-kanamalı pangastirit tespit edilmesi üzerine tarafımıza başvuruyor. Fizik muayenele özellik yoktu. Timpanik ateş 39°C idi. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 13.7g/dl, lökosit 2800/mm³, trombosit 23000/mm³, AST 1020 U/L, ALT 480 U/L, LDH 561 IU/L, CK 101 U/L, GGT 230 IU/L, kanama profili normaldi. Hepatit markerları ve anti-HIV negatifti. 10 gün önce kene tarafından ısırılma öyküsü mevcuttu. Hastanın öykü, klinik ve laboratuvar bulgularıyla KKKA düşünüldü. Hastanın serum örnekleri İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne gönderildikten sonra oral Ribavirin tedavisine başlandı. Real time revers transcriptase PCR sonucu pozitif sonuçlandı. Tedavinin 3.günüde ateşi düştü. 10 güne tamamlanan tedavi sonrası karaciğer enzimlerinde düşme, bisitopenisinde düzelme ve candida özofajiti ile ilgili semptomları gerileyen hasta taburcu edildi. Olgu 2: 52 yaşında kadın hasta, üşüme, titreme ile yükselen ateş, sulu dışkılama yakınmaları nedeniyle başvurdu. 38,5 °C timpanik ateş ve yaygın eklem ağrıları mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 12,9gr/dL, lökosit 2800/mm³, trombosit 134000/mm³, AST 181 IU/L, ALT 102 IU/L, LDH 675 IU/L, GGT 67 IU/L, CK: 1111 IU/L idi. Tam idrar tetkikinde +++ hematüri dışında özellik yoktu. Kanama profili normaldi. 5 gün önce Amasya'da kene tarafından ısırılma öyküsü mevcuttu. Öykü ve fizik muayene bulgularıyla KKKA düşünülerek hastanın serum örnekleri İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne gönderildi. Oral Ribavirin tedavisine başlandı. Real time revers transcriptase PCR sonucu pozitif gelen hastanın 3.günden itibaren ateşi olmadı. Oral kandidiyazis gelişmesi üzerine oral antiseptik ve nistatin tedavisine başlandı. Lokal tedavi ile oral kandidiyazis lezyonları geriledi. Tedavinin 10.günüde karaciğer fonksiyon testleri, kanama profili, hemogramı normal sonuçlanan hasta taburcu edildi.



TARTIŞMA: Candida spp. sağlıklı bireylerin %25-50 sinde oral florada bulunmaktadır. Özellikle bu kolonizasyon şu durumlarda artar:

- 1- HIV ile enfekte hastalar ile AIDS hastalarında
- 2- Altta yatan bir hastalığı olmayan hastanede yatan hastalarda
- 3- Protez diş kullananlarda
- 4- Diabetik hastalarda

SONUÇ: İki olguda da hikaye ve klinik bulgularla KKKK tanısı konmuş, oral ve ösofajial candida enfeksiyonu tesbit edilmiştir. Yapılan literatür taramalarında candida ile KKKK ilişkisi saptanmadığından bu iki hastalığın birlikteliğine dikkat çekilmiştir.

P223

İDİOPATİK İNTRAKRANYAL HİPERTANSİYON İLE ORTAYA ÇIKAN BRUSELLOZ OLGUSU

¹Bahadır Ceylan, ¹Cem Yardımcı, ²Fatih Kuzu, ¹Muzaffer Fincancı

¹SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, ²SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Sistemik brusellozun klasik semptom ve bulguları ateş, gece terlemesi, lenfadenopati ve hepatosplenomegalidir. Brusellozda merkezi sinir sistemi tutulumuna olguların %5' inden azında rastlandığı bildirilmiştir. Nörobroselloz olgularında %4' ünün psödötümör benzeri klinikle kendini gösterebileceği bildirilmiştir. Bu yazıda idiyopatik intrakranyal hipertansiyon ile kendini gösteren bruselloz olgusu sunulmuştur.

Onsekiz yaşındaki kadın olgu baş ağrısı, vücut ağırlığında 15 kilogram kayıp ve çift görme yakınmalarıyla başvurdu. Olgunun kilo kaybı yakınması üç ay önce ve baş ağrısı ve çift görme yakınmaları bir ay önce başlamıştı. Fizik muayenede şuur açıktı, ense sertliği yoktu ve Kernig ve Brudzinski bulguları negatifti. Göz muayenesinde sağ gözde dışa bakışta kısıtlılık vardı ve sağ optik diskte papil ödem vardı. Koltuk altından ölçülen vücut ısısı 36.5°C idi. Biyokimyasal inceleme normaldi. Periferik kan sayımında lökosit 5300/mm³ (%50 nötrofil, %40 lenfosit, %8 monosit ve %2 eosinofil), serum C-reaktif protein düzeyi 1,55 mg/dl (normal 0-0,8 mg/dl) ve saatlik sedimentasyon hızı 50 mm bulundu. Kranyal, servikal, hipofiz ve orbita bölgelerinin nükleer manyetik rezonans (NMR) incelemelerinde patoloji bulunmadı. Kranyal NMR venografi incelemesi normaldi. Lomber ponsiyonda açılış basıncı 350 H₂O bulundu ve alınan BOS (beyin omurilik sıvısı) örneğinin biyokimyasal incelemesinde glikoz düzeyi 52 mg/dl (eş zamanlı kan glikoz düzeyi 119 mg/dl) ve protein düzeyi 24 mg/dl bulundu. BOS'ta mm³'de 12 lökosit vardı (10 lenfosit, 2 nötrofil). Kanda brucella tüp aglutinasyon testi (BTAT) 1/320 titrede pozitifken BOS'ta negatif bulundu. Kan kültüründe Brucella spp üredi. BOS kültüründe üreme olmadı. Olguya günde 4 gr seftriksion, günde 600 mg rifampisin ve günde 200 mg doksisisiklin tedavisi başlandı. Tedavinin onuncu gününden itibaren baş ağrısı ve çift görme yakınmaları düzeldi. Öndördüncü gün yapılan göz dibi incelemesi normaldi. Seftriksion tedavisine iki hafta devam edilerek kesilen hasta doksisisiklin ve rifampisin tedavisinin ikinci ayında olup halen takibine devam edilmektedir.

Bu olgu bize BOS'ta etken üretilmemekle veya etkene karşı antikorlar gösterilememekle birlikte kanda Brucella spp üretilmesi ve bruselloza yönelik tedavi ile semptomların gerilemesi nedeniyle bruselloza bağlı idiyopatik intrakranyal hipertansiyon tanısını düşündürmüştü ve BOS değişiklikleri ile giden psödötümör serberli olgularında brusellozunda akla gelmesi gereken tanılardan biri olması gerektiğini göstermiştir.

P224

MULTİORGAN TUTULUMLU BİR LEPTOSPIROZ OLGUSU

¹Seyit Mehmet Kayacan, ¹Sezai Vatanserver, ¹Muharrem Müftüoğlu, ²Mahir Kapmaz, ¹Aytaç Karadağ, ¹Esra Hatipoğlu, ¹Hande Mefkure Bektaş, ¹Tuğrul Elverdi, ³Erhan Teker, ¹Nilüfer Alpay, ¹Murat Köse, ⁴Hasan Nazik, ¹Vakur Akkaya, ¹Osman Erk, ¹Kerim Güler

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Acil Dahiliye Birimi, İstanbul, ²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, ³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, ⁴İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Leptospiroz, hematogen yol ile tüm vücuda yayılan akut bakteriyel bir enfeksiyondur. Subklinik formdan fatal sistemik forma kadar değişen klinik tablolar ile ortaya çıkabilir. Ağır leptospiroz olgularında altta yatan etken sıklıkla Leptospira icterohaemorrhagiae olup ikter, hepatik disfonksiyon ve renal disfonksiyon hemoraji ve kollaps ile karakterize bu tablo Weil hastalığı olarak bilinmektedir. Daha az sıklıkla görülmekle beraber leptospiroza bağlı olarak akut solunum yetersizliği ile karakterize pulmoner sendrom olarak tanımlanan akciğer tutulumu da görülebilmektedir. Burada renal ve hepatik disfonksiyon ile pulmoner sendrom gelişen bir Leptospiroz olgusu sunulacaktır.

OLGU: Kırk dört yaşında kadın hasta iki haftadır devam eden cilt ve göz akırlarında sararma, kaşıntı ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. İlaç kullanımı öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde ikter mevcut idi. Hepatosplenomegali ve kronik karaciğer hastalığı ile ilişkili periferik bulgusu yoktu. Dinlemekle her iki akciğerde solunum sesleri doğal olup PA akciğer grafide (Resim-1) özellik görülmedi. Tetkiklerinde kreatininin 0.2 mg/dl, AST: 1498 U/L, ALT: 1548 U/L, LDH: 627 U/L, CK: 10 U/L, ALP: 371 U/L, GGT: 35 U/L, total bilirubin: 30.30 mg/dl, direkt bilirubin: 24.01 mg/dl, PT: 19.5", aPTT: 44.8", INR: 1.62 idi. Batın ultrasonografisinde safra yollarında dilatasyon görülmedi ve karaciğer boyut ve parankim ekojenitesi doğaldı. HBsAg (-), Anti-HCV (-), Anti-HBcIgM (-), Anti-HAV IgM (-), HCV-RNA ve otoimmün hepatit markerleri negatif bulundu. Takipleri esasına AST ve ALT'de kısmi gerileme olmasına rağmen hiperbilirubinemi sebat etti. PT ve aPTT'de uzama görülmedi. Spot idrar tahlilinde 3 (+) proteinüri ve hematüri gelişti. Spot idrarda nefrotik düzeyde proteinüri (4 g/gün) saptandı. İkter, hepatik ve renal disfonksiyon gelişen hastada leptospiroz açısından seroloji, karanlık saha mikroskopisi ve kültür gönderildi. Yatışının yedinci gününde pürülan balgam ve nefes darlığı gelişti. Akut solunum yetersizliği gelişen hastada sO₂: %84-86 idi. PA akciğer grafide yeni gelişen bilateral akciğerlerde infiltrasyon (Resim-2) görüldü. Pnömoni tanısı ile ampicilin-sulbaktam 4x2 gram başlandı. Leptospira IgM 3 (+) bulundu. Tablo ikterohemorajik leptospiroz ve leptospiroza bağlı pul-

moner sendrom olarak yorumlandı. Antibiyoterapi altında solunum sıkıntısı ve akciğerdeki infiltrasyonlar geriledi. İzleminde bilirubin, AST ve ALT'de tedrici düzelmeye görüldü. Antibiyoterapinin 13.gününde AST: 167 U/L, ALT: 172 U/L, total bilirubin: 9.64 mg/dl, direkt bilirubin: 7.78 mg/dl oldu. İdrar tahlilinde hematüri ve proteinüri geriledi. Ampicilin-sulbaktam 21 güne tamamlanarak kesildi.

Leptospiroz çok çeşitli semptom ve bulgulara neden olabilmektedir. Multiorgan yetmezliğine neden Weil hastalığı gibi ciddi klinik tablolar gelişebilir. İkter, renal ve hepatik disfonksiyon varlığında leptospiroz akla gelebilecek tanılardan biridir. Erken tanı ve tedavi ile iyi sonuçlar elde edilebilir.



Resim 1.



Resim 2.

P225

GEBELİKTE PARVOVİRUS İNFEKSİYONUNA BAĞLI KEMİK İLİĞİ APLAZİSİ

¹Seyit Mehmet Kayacan, ¹Sezai Vatanserver, ¹Aytaç Karadağ, ²Mahir Kapmaz, ¹Muharrem Müftüoğlu, ¹Esra Hatipoğlu, ¹Hande Mefkure Bektaş, ¹Nilüfer Alpay, ¹Tuğrul Elverdi, ¹Murat Köse, ³Hasan Nazik, ²Deniz Turan, ¹Vakur Akkaya, ¹Osman Erk, ¹Kerim Güler

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Acil Dahiliye Birimi, İstanbul, ²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, ³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Parvovirus B19 tüm dünyada yaygın olarak görülen, eritema infeksiyozum, artropati, aplastik kriz, kronik persistan anemi ve fetal enfeksiyona yol açabilen bir enfeksiyon etkenidir. Genç erişkinlerde seroprevalans oranı %40-60'dır. Gebelikte parvovirus B19 enfeksiyon sıklığı %0.25-1 arasıdır, ancak olguların büyük bir kısmı tespit edilememektedir. Parvovirus B19 transplental yolla fetusa geçerek fetusa etkileyebilir. Fetal enfeksiyon riski maternal enfeksiyonun oluştuğu gebelik haftasına bağlıdır. Maternal enfeksiyonun 9-16 haftalarda ortaya çıkması halinde fetal risk en yüksek düzeydedir. Serolojik tetstler maternal enfeksiyonun saptanmasında kullanılabilir. Serum IgM testi yüksek duyarlık ve özgüllüğe sahiptir. Viral DNA tespiti kronik enfeksiyon gelişen kişilerde persistan viremiyi saptamak amacıyla kullanılabilir. Burada gebeliğin 14.haftasında, pansitopeni ve akut hepatit ile prezente olan bir olgu sunulacaktır.

OLGU: Otuz dört yaşında, 14 haftalık gebeye yaygın vücut ağrısı, halsizlik ve son 3 gündür olan ve ara ara ortaya çıkan yüksek ateş nedeniyle başvurdu. Soluktu. Ateş 38.3 °C ölçüldü. Ateş odacı saptanamadı, hemokültür ve idrar kültüründe üreme olmadı. Tetkiklerinde lökosit 1500/mm³, nötrofil 900/mm³, lenfosit 500/mm³, hemoglobin 8.5 g/dl, trombosit 89.000/mm³ AST: 92 U/L, ALT: 62 U/L, LDH: 968 U/L, CK: 477 U/L, hemostaz parametreleri normaldi. İzleminde AST: 450 U/L, ALT: 365 U/L'ye yükseldi. Retikülosit %0.8 idi. Periferik yaymasında toksik granülasyon dışında özellik yoktu. Hashimoto tiroiditine yönelik levotiroksin dışında ilaç kullanımı öyküsü mevcut değildi. Öyküsünde bağ doku hastalığı açısından her hangi bir özellik yoktu. ANA, anti-DNA ve Anti-ENA (ekstrakte edilebilir nükleer antijenlere karşı antikorlar) negatif bulundu. Viral serolojisinde HBsAg (-), anti-HCV (-), anti-HIV (-), anti-CMV IgM (-), anti-CMV IgG (+), anti-EBV IgM (-) bulundu. Antiparvovirus IgM (+) ve IgG (-) bulunması üzerine mevcut tablo parvovirus enfeksiyonu ile ilişkilendirildi. Polimeraz zincir reaksiyonu ile periferik kanda parvovirus DNA (2.830.000 kopya/ml (2500-25.000.000)) saptandı. Takiplerinde pansitopeninin düzeldiği ve AST, ALT ve LDH'nin gerilediği görüldü. İki hafta sonra yapılan tetkiklerinde lökosit 7700/mm³, nötrofil 5600/mm³, lenfosit 1200/mm³, Hb: 8.3 g/dl, trombosit 525000/mm³, AST 40 U/L, ALT 57 U/L, LDH 693 U/L, parvovirus IgM

(+), IgG (+) idi. Fetal iyilik halinin değerlendirilmesi için 16.haftada yapılan ultrasonografide patolojik bulgu görülmedi. Şu anda 20 haftalık gebe olan hastanın takipleri devam etmekte olup fetal patoloji saptanmamıştır.

Gebelikte görülen Parvovirus B19 enfeksiyonunun prognozu iyidir. Parvovirus enfeksiyonuna bağlı fetal anomaliler nadir görülür. Fetal anemi ve hidrops fetalis ile uyumlu bulgu olmadığı takdirde invaziv prenatal tanı yöntemlerine gerek yoktur. Ultrasonografi ile takip yapılabilir.

P226

TEDAVİ ALTINDAYKEN KISA SÜREDE PROGRESYON GÖSTEREN, BASİT PARSİYEL NÖBETİN EŞLİK ETTİĞİ KRANIAL TUTULUMLU AKUT LENFBLASTİK LÖSEMİLİ OLGU

¹Emel Gönüllü, ¹Pınar Tarkun, ¹Abdullah Hacıhanefioğlu, ¹İlhan Dolayışık

¹Kocaeli Üniversitesi Erişkin Hematoloji Bölümü, ²Kocaeli Üniversitesi İç Hastalıkları Bölümü

ÖZET: Akut lenfoblastik lösemide santral sinir sistemi tutulumu iyi tanımlanmış bir durumdur. Burada tedaviyle hematolojik remisyona girmesine rağmen kraniyal milimetrik boyuttaki kitlesi üç hafta içinde 2,5 cm ye ulaşan ve basit parsiyel nöbete neden olan kronik miyeloid lösemi blastik fazdaki (akut lenfoblastik lösemi) olgu sunulacaktır.

OLGU: Yirmiiç yaşında erkek hasta mide ağrısı yakınmasıyla bir merkeze başvurmuş. Fizik muayenede splenomegali, hemogramında lökositoz saptanmış ve hematoloji kliniğine yönlendirilmiş. Hastanın periferik yaymasında nötrofil seri elemanları ağırlıkta olup, özellikle parçalı, band, metamyelosit ve miyelosit gibi hücrelerle beraber %2 oranında blast görülmüş. Yani hastanın periferik kan yayması kronik faz kronik miyeloid lösemi ile uyumluymuş. Periferik kandan gönderilen t (9; 22) pozitif olarak saptanmış. Hastaya imatinib mesilat 400 mg/gün dozunda başlanmış. Hastada 1 ay sonra imatinib tedavisiyle hematolojik remisyona sağlanmış. Tanıdan üç ay sonra hasta ateş, kilo kaybı, şiddetli kas ve eklem ağrıları yakınmalarıyla Hematoloji Bölümüne başvurdu. Yapılan hemogram normaldi. Hasta servise yatırıldı. Enfeksiyon açısından değerlendirildi. Fizik muayenede enfeksiyon odağı bulunmadığı gibi boğaz, kan ve idrar kültürlerinde mikroorganizma üremesi olmadı. Fakat günler içinde trombositopeni belirdi ve trombosit sayısı 80.000 / μ l ye kadar düştü. Kemik iliği aspirasyonu, biyopsisi, kemik iliğinden akım sitometrik tetkik gönderildi. RT-PCR ile bcr-abl pozitif saptandı. Kemik iliği aspirasyonunda tüm alanlarda baskın karakterde, %70 oranında, dar sitoplazmalı blastik infiltrasyon görüldü. CD 34 (+), Tdt (+), MPO (-), CD10 (+), CD19 (+), CD22 (+). Hastada kronik miyeloid lösemi, B-akut lenfoblastik lösemi transformasyonu düşünüldü. CALGB kemoterapi protokolü, remisyona indüksiyon fazi başlandı. İmatinib mesilat tedavisine devam edildi. Tedavi devam ederken hastanın baş ağrısı, dengesini sağlayamama, kaslarda güçsüzlük, özellikle sağ kol ve bacakta uyuşma, karıncalanma yakınmaları başladı. Hastanın kas gücü 5/5 idi ve nörolojik defisiti yoktu. Kranial MR yapıldı. Kranial MR da sol parietal lobda ve her iki frontal lobda kortikal-subkortikal alanda milimetrik boyutlu hiperintens fokal lezyonlar ile birlikte infiltrasyonla uyumlu bulundu. İntratekal sitarabin ve metotreksat uygulandı. Beyin-omurilik sıvısı sitolojik incelemesinde atipik hücre saptanmadı. Remisyona indüksiyon tedavisi sonrası kemik iliği değerlendirilmesinde hematolojik remisyona görüldü. Hasta aniden sağ kolda kasılmalar şeklinde basit parsiyel nöbet geçirdi. Motor nöbet geçirmesinin frontal lobdaki tutulumla bağlı olabileceği düşünüldü. Nöbet sırasında EEG yapıldı fakat eşlik eden patolojik EEG bulgusu saptanmadı. Önceki MR dan 3 hafta sonra epilepsi nöbeti görüldükten hemen sonra acil Kranial MR çekildi, sol parietal lobdaki milimetrik kitlenin 2.5 cm boyutuna ulaştığı saptandı.

P227

HEMATOLOJİK MALIGN HASTALIKLARDA GÖRÜLEN CİLT LEZYONLARI VE İKİ OLGU SUNUMU

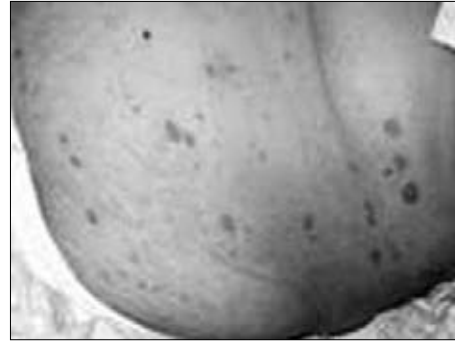
¹Emel Gönüllü, ¹Pınar Tarkun, ¹Abdullah Hacıhanefioğlu, ²Gülhan Özkanlı

¹Kocaeli Üniversitesi Erişkin Hematoloji Bölümü, ²Kocaeli Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Hematolojik hastalıklarda değişik cilt döküntüleri görülür. Bunların bazıları her hastalık gurubunda görülebilen özel olmayan döküntülerle beraber bazen bizim burada sunacağımız iki hastada olduğu gibi daha özellikli olmaktadır. Burada Sweet's sendromu ve leukemia cutisli iki hasta sunulacaktır. Sweet's sendromu ateşin eşlik ettiği, ağrılı, dermiste yoğun nötrofil infiltrasyonla karakterize lezyonlardır. İdyopatik görülmele beraber bu lezyonu mevcut kişilerde özellikle hematolojik malignite dışlanmalıdır. Akut miyeloblastik lösemi, miyelodisplastik sendrom, lenfoproliferatif hastalıklar ve miyelomla beraber görülebilmektedir. Leukemia cutis lösemisinin özel bir lezyonudur ve ciltte lösemik hücrelerin infiltrasyonu ile karakterizedir. Lösemisinin tüm tipleri cilde yayılabilir. Klinik görünüm değişmekle beraber en sık eritematöz papül ve nodüller şeklinde görülür. Kesin tanı için histopatolojik inceleme gereklidir.



Figür 1. Sweet's sendromlu hasta



Figür 2. Leukemia cutisli hasta

P228

INTERFERON TEDAVİSİ SIRASINDA GELİŞEN TROMBOSİTOPENİSİ STEROİDLE TEDAVİ EDİLEN KRONİK HBV İNFEKSİYONLU OLGU

Cem Yardımcı, Didem Sarı, Bahadır Ceylan, Muzaffer Fincancı, Ayşe İnci

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

İnterferon alan olgularda hafif-orta derecede trombositopeni genellikle beklenen bir bulgu olup kemik iliği kök hücrelerinin baskılanmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu olgularda ağır trombositopeni ve hemorajik diyatez ise nadir rastlanan bir durumdur ve literatürde genellikle otoimmün trombositopenik purpuraya bağlanmıştır. Bu yazıda interferon tedavisine başlandıktan 45 gün sonra ciddi trombositopeniye bağlı hemorajik diyatez gelişen ve trombositopenisi interferonun kesilmesine ve trombosit transfüzyonlarına rağmen düzelmeyip steroid tedavisi ile düzelmeye başlayan bir olgu sunulmuştur.

Ellü yaşındaki kadın hastaya kronik HBV enfeksiyonu nedeniyle pegileinterferon alfa-2b haftada bir 120 mikrogram dozunda başlandı. Hastanın tedavi öncesi HBV DNA düzeyi polimeraz zincir reaksiyonu yöntemiyle 100 000 000 kopya/ml, HBeAg negatif ve karaciğer biyopsisinde Knodell skoru 10 ve fibroz skoru 1 idi. Tedavi öncesi trombosit sayısı 245000/mm³ bulundu. Olgu tedavinin 45.gününde cilt döküntüsü yakınmasıyla başvurdu. Fizik muayenede karın cildi ve ekstremitelerde peteşi tarzında döküntüler dışında patoloji yoktu. Periferik kan sayımında lökosit 3570/mm³ (nötrofil %55, lenfosit %40, monosit %5), hematokrit %44 ve trombosit sayısı 14000/mm³ bulundu. Olguda interferon tedavisinin kesilmesine ve trombosit transfüzyonlarına rağmen trombosit sayısında 14 gün boyunca değişim olmadı ve vajinal kanama gelişti. Bunun üzerine günde 80 mg prednizolon ve 100 mg lamivudine oluşan tedavi başlandı ve prednizolon tedavisi azaltılarak iki ay sonra kesildi. Prednizolon tedavisinin dördüncü gününden itibaren trombosit sayıları artarak 15.günde 100000/mm³ sınırına ulaştı ve vajinal kanama durdu.

Bu olgu bize interferon tedavisi alırken ciddi trombositopeni ve hemorajik komplikasyon gelişen olgularda özellikle interferonun kesilmesine ve trombosit transfüzyonlarına da yanıt yoksa otoimmün etyolojinin söz konusu olabileceğini ve steroid tedavisinin trombositopeni tedavisinde etkin olabileceğini düşündürmüştür.

P229

KRONİK MYELOİD LÖSEMİLİ GENÇ BİR BAYANDA GEBELİK GELİŞİMİ VE TEDAVİSİ

Orhan Ayyıldız, Abdullah Altıntaş

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı, Diyarbakır

27 yaşında ve 1.5 yıldan beri Kronik miyeloid lösemi (KML) nedeniyle İmatinib tedavisi alan hasta 8 ay önce yine gebe kalmış ancak 8 haftalıkken spontan abortusla sonuçlanmıştı. O dönemde hasta bize bunu sadece olay olup bittikten sonra bildirmişti. Bu gebelikten 5 ay sonra tekrar hamile kalan hasta bize başvurduğunda 10 haftalık gebeliği vardı. İmatinibin gebelikte kullanımı henüz tam olarak bilinmediğinden imatinib kullanımını kestik. Hematolojik tam remisyonda olan hastayı izleme aldık. 2 hafta içinde lökosit sayısı artmaya başlayan hasta yakın takibe alındığında 20 gün içinde hızlı lökosit artışı (100.000'i geçmişti) olduğu gözlemlendi. Hastaya İnterferon tedavisi 3 MÜ haftada 5 gün başlandı, İFN'a istenilen yanıt alınmayınca hastaya santral venöz kateter takılarak lökoferez haftada 2 kez eklendi. İFN+Lökoferez ile 2 ay kadar izlenen hastanın İFN'a toleransı çok düşüktü ve ısrarla İFN'u kesmek istiyordu. Ancak 2.ayın sonunda genel durum bozulması, ateş, titreme şikayetiyle gelen hasta yatırıldı. Yapılan incelemede sağ atriumda trombüs gözlemlendi. Kalp damar cerrahisi tarafından opere edilen hasta post operatif 5.günde sepsis ve multiorgan yetmezliği nedeniyle kaybedildi. Bugüne kadar KML ve gebelik tedavisinde Hidroküsiire güvensiz bulunmuş, İmatinible ilgili birkaç vaka rapor edilmişse de henüz gebelikte güvenli kullanımına izin yoktur. Bu vakayı sunmamızdaki amaç KML tedavisinde devrim yaratan İmatinib varlığında gebe KML hastasına yaklaşımı tartışmaktır.



P230

İZOLE FAKTÖR V EKSİKLİĞİ: OLGU SUNUMU

Ömer Aydın Yıldırım, Mesut Ayer, Fatih Yılmaz, Hayriye Esra Ataoğlu, Mazhar Müslüm Tuna, Levent Ümit Temiz, Mustafa Yenigün

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: İzole faktör V eksikliği nadir rastlanan otozomal resesif geçişli bir koagülopatidir. Öwren hastalığı yada parahemofili olarak bilinmektedir. İnsidansı milyonda bir olarak bildirilmektedir. Homozigotlar belirgin kanamalarla seyredirken, heterozigotlar herhangi bir belirti veremeyebilir. Tanısı uzamış protrombin zamanı, aPT ile faktör V düzeyinin eksikliği ve inhibitör etkililerin olmaması ile konulur. Öncesinde bulgusu olmayan ve menoraji ile başlayan faktör V eksikliği tanısı alan hafif seyirli bir olguyu sunduk.

OLGU: 25 yaşında bayan hasta. 4 aydır devam eden menometroraji nedeniyle tetkik edilen hastanın, protrombin zamanı ve aktive parsiyel trombolastin zamanı uzamış saptanması üzerine hematoloji polikliniğimize sevk edilmiş. Özgeçmişinde sık sık vücutta ekimozlar olması ve uzamış burun kanaması öyküsü mevcuttu, soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede belirgin özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde: Hb: 12,45 g/dl, hct: 38 %, Lökosit: 5800 /uL, Plt: 333000/ uL, MCV: 87 fl, PT: 20.2 sn, aPTT: 44.2 sn, fibrinojen: 195.9mg/dl, kanama zamanı: 3.5 dk, sedimantasyon: 13mm/saat, AST: 23 U/L, ALT: 20 U/L, LDH: 150 U/L, T. Bil: 0.79 g/dl, saptandı. Üre, kreatinin, ürik asit, albumin, globulin, elektrolitler, demir, ferritin, B12, folik asit, Alp, GGT normal sınırlarda saptandı. Hepatit markerları, ANA, antidsDNA, ENA profili negatif saptandı. Hastanın istenen koagülasyon faktör düzeylerinde: faktör II: %108 (N: %70-120), faktör V: %22 (N: %70-120), faktör VII: %207 (N: %60-150), faktör IX: %140 (N: %50-150), faktör X: %86 (N: %70-120) saptandı. Yapılan karışım çalışmasında: başlangıç hasta aPTT: 43.3sn PT: 16.5sn, normal aPTT: 37.9sn PT: 12.3sn, karışım: hasta+normal aPTT: 36.5sn PT: 12.6sn, inkubasyon sonrası 2.saat: hasta+normal aPTT: 42.8sn PT: 14.9sn normal aPTT: 37.1sn PT: 12sn olarak saptandı. Sonuçlar faktör V eksikliği yönündeydi ve inhibitör etki görülmemiştir. Hastaya faktör V eksikliği tanısı kondu. Hastanın adet düzenliliği jinekoloji önerisiyle oral kontraseptif tedavisiyle kısmen düzeldi ve hematoloji polikliniğinden takibe devam etmektedir.

TARTIŞMA: Faktör V eksikliği klinik olarak perinatal ciddi kanamalardan asemptomatik vakalara kadar çok çeşitli durumlarla ortaya çıkabilir. Nadir görülme sebebi hastalığın bir çok vakada bulgu vermeden seyretmesi nedeniyedir. Uzamış protrombin zamanı ve aktive parsiyel trombolastin zamanı testleri olan vakalarda faktör eksiklikleri akla gelmelidir. Tedavisinde ciddi kanamalı vakalarda taze donmuş plazma verilmelidir. Hedef faktör düzeyi %25 üzerinde olmalıdır. Hastalara preoperatif ve postoperatif, gebelik boyunca ve doğumda, dış tedavi sırasında plazma verilmesi gerekebilir. Bilinen homozigot hastanın eşi heterozigot olabileceği için faktör düzeyleri bakılmalı, hastalar hematoloji poliklinikleri olan merkezlere yönlendirilmesi önerilmelidir.

P231

RENDU OSLER WEBER SENDROMLU İKİ OLGU

Mustafa Ünübol, İrfan Yavaşoğlu, Gürhan Kadıköylü, Zahit Bolaman

Anadn Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Hematoloji Bilim Dalı, Aydın

Hereditör hemorajik telenjektazi olarak bilinen Rendu Osler Weber sendromu tüm sistemlerde ortaya çıkabilen damarsal malformasyonlar ile karakterize otozomal dominant geçişli bir hastalıktır. Deri, muköz membranlar sıklıkla etkilenirken, daha az oranda, akciğer, karaciğer, beyin gibi solid organlarda telenjektazi görülebilir. En sık semptom burun kanaması ve anemidir. Birinci olgu olan 60 yaşında bayan hastada tekrarlayan burun kanaması yakınması vardı. Özgeçmişinde bu nedenle iki kez burun ameliyatı olmuştu. Soygeçmişinde ablasında da aynı yakınma vardı. Fizik muayenesinde solukluk, farekste bir, dilde iki, her iki el parmak uçlarında toplam sekiz adet 0.5x0.5 cm çaplı telenjektazileri vardı. Laboratuvar değerlendirmesinde hemoglobin 7.8 g/dl, hematokrit %25.9, ortalama eritrosit hacmi 67 fl, serum demiri 10 µg/dl, serum demir bağlama kapasitesi 221 µg/dl, demir saturasyonu %4 ve ferritin 5 ng/dl idi. Çekilen spiral toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer alt lob laterobazal segmentte spiral yarıçaplı plevraya komşu yaklaşık 2 cm çapında arteriyo-venöz malformasyon gözlemlendi. Hastaya oral demir ve etinil östrodiol tedavisi başlandı. İkinci olgu 52 yaşında erkek hastadada da tekrarlayan burun kanaması yakınması vardı. Soygeçmişinde annesinde aynı yakınma olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde solukluk, farekste, yüzde, dilde her iki el ve ayak parmak uçlarında en büyüğü 1.5x1.5 cm çaplarında çok sayıda telenjektazileri vardı. Laboratuvar değerlendirmesinde hemoglobin 5.1 g/dl, hematokrit %16.7, ortalama eritrosit hacmi 64 fl, serum demiri 6 µg/dl, serum demir bağlama kapasitesi 225 µg/dl, demir saturasyonu %6 ve ferritin 2 ng/dl idi. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde gastrik ve duodenal telenjektazileri saptandı. Kranial magnetik rezonans görüntülemesi ve spiral toraks bilgisayarlı tomografisi normaldi. Hastaya oral demir tedavisi ve burun kanamaları olduğunda kullanılmak üzere lokal olarak transaminik asit uygulaması önerildi. Tekrarlayan burun kanamaları ve demir eksikliği anemili hastalarda vücudun çeşitli bölgelerinde telenjektazi saptanırsa Rendu Osler Weber sendromu düşünülmelidir.

P232

SİTUS TOTALİS İNVERSUSLU OLGUDA YAYGIN BÜYÜK B HÜCRELİ HODGKIN DIŞI LENFOMA

Bilal Acar, İrfan Yavaşoğlu, Gürhan Kadıköylü, Zahit Bolaman

Anadn Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Hematoloji Bilim Dalı, Aydın

Situs inversus totalis (SİT) vücuttaki tüm organların tamamen ayna misali yer değiştirmesi ile kendini gösteren nadir kongenital anomali. Çeşitli olgu sunumlarında özellikle gastrointestinal sistem kanserleri ve nadiren akciğer kanserleri ile birlikte rapor edilse de prekanseröz bir durum olarak görülmemektedir. Literatürde SİT ile lenfoma birlikteliği bir olguda vardır. Kirkyedi yaşında erkek hasta boyunda şişlik ve zayıflama nedeniyle başvurduğunda yapılan fizik muayenesinde kalp tepe atımının sağda olduğu, sol servikal bölgede paket yapmış 3x3 cm boyutlarında, bilateral aksiler ve inguinal yaklaşık 2x2 cm boyutlarında multipl lenfadenopatiler saptandı. Tanısal görüntülemeleri sırasında akciğer grafisinde kalp

gölgesi sağda idi. Tomografik değerlendirmelerinde dalak sağda ve karaciğer solda idi. Servikal lenf bezinden yapılan biyopsi sonucu CD 20 pozitif diffüz büyük B hücreli hodgkin dışı lenfoma tanısı koyuldu. Hasta Ann Arbor evrelemesine göre Evre III-B'de idi ve IPI skoru 2 idi. Hastaya R-CHOP tedavisi başlandı ve şu anda tedavisi sürmektedir. SİT ve lenfoma birlikteliği rastlantısal olabileceği gibi genetik faktörlerin rolü olabilir.

P233

2007 YILI MULTİPL MYELOM OLGULARIMIZA GENEL BAKIŞ

Alper Sonkaya, Seydahmet Akın, Başak Boynueğri, Seda Özdiñç Akkaya, Heves Sürmeli, Elif Yıldız, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

ÖZET: Multiple myelom (MM) sık görülen bir plazma hücreli neoplazmidir. 2007 yılında kliniğimize başvuran ve yeni tanı alan 10 MM olgusunu incelediğimizde hepsinde anemi ve sedimantasyon yüksekliği, %50'sinde hiperkalsemi mevcuttu. Olguların 6'sı kemik ağrısı, 2'si böbrek yetmezliği, biri hiperkalsemi bulguları ve biri ise sadece anemi semptomları ile kliniğimize başvurdu. Olgularımızın 9'u sekreter, biri ise non sekreter tipte idi, serum immün elektroforezleri incelendiğinde 7'sinin Ig G lambda, birinin ise Ig A lambda ve 2 tanesinin Ig A kappa tipinde olduğu görüldü.

GİRİŞ: Multipl Myelom (MM) kemik iliğinde plazma hücrelerinin monoklonal habis proliferasyonu ile karakterize ve kemik iliği yetmezliği yapan sık görülen bir plazma hücreli neoplazmidir. Erkek/kadın oranı 3/2 olup, orta ileri yaşlarda görülür ve insidansı 0,003 /tür (). Başlıca belirti ve bulguları yüksek sedimantasyon (%80) yaygın iskelet lezyonları, kemik ağrısı ve kırıklar (%70), anemi (%65), hiperkalsemi, böbrek yetmezliği, immün yetersizlik, infeksiyonlara eğilim, phtlaşma bozuklukları ve nörolojik bozukluklardır. Düşük tümör yükü olan hastalarda ortalama yaşam süresi 5,5 yıl, yüksek tümör kitlesi hastalarda ise 1 yıldır. Tedavide kemoterapi, radyoterapi ve uygun hastalarda allojenik kemik iliği transplantasyonu yapılabılır.

OLGULAR: Hastalarımızın 8'i bayan (%80) olup yaş ortalaması 56±13 bulundu. En sık rastlanan yakınma halsizlik ve kemik ağrısıydı (%60). İki hasta böbrek yetmezliğinin klinik bulgularıyla başvurdu (%20). Bir hastada başağrısı, kaşıntı ve kabızlık gibi hiperkalsemi bulguları mevcuttu. Olgularımızın tamamında anemi mevcut olup 3'ünde ileri (Hb<8,5gr/dl) düzeydeydi. Altı hastanın (%60) sedimantasyonu 100mm/saat'in üzerinde olup 4 (%40) hastanın ise 60-100mm/saat seviyesindeydi. Ortalama globulin düzeyi 4,5±2,2mg/dl. Kalsiyum düzeyi yüksek olan 3 olgu da kemik tutulumu olan olgulardı. Olguların 4'ünde (%40) periferik yaymada plazma hücreleri görüldü. Kemik iliği değerlendirmelerinin 9'unda anlamli plazma hücre artışı saptandı. Serum ve idrar immün elektroforezi sonuçlarına göre 7 (%70) olgu Ig G lambda, 1 (%10) olgu Ig A lambda ve 1 (%10) olgu da Ig A kappa MM tanısı kondu. Olguların 4 (%40) 'ünde radyolojik kemik tutulumu saptandı. Böbrek yetmezliği saptanan iki olgu hemodiyaliz programına alındı. Tüm olgulara klasik VAD protolü uygulandı, takipleri halen devam etmektedir.

TARTIŞMA: MM ortalama yaşam süresi uzayan toplumda giderek artan sıklıkta görülen ve değişik klinik bulgularla prezente olan bir hematolojik hastalıktır. Olgularımız literatürdeki sıklığı yakın oranlarda klinik yakınmalarla başvurmuş olup kemik ağrısı ve sedimantasyon yüksekliği olan olgularda MM yönünden dikkatli olunması gerektiğini göstermektedir. İki olgumuzda olduğu gibi böbrek yetmezliğiyle gelen hastalarda kalsiyum veya globulin yüksek ise etyolojide MM akılda tutulmalıdır. Olgularımızdaki kadın oranının yüksek olması olgu sayısı azlığına bağlanabilir.

Tablo.

	ESH yüksekliği	Hiperkalsemi	Globulin yüksekliği	Böbrek yetmezliği	Anemi
Erkek (n=2)	2		1	-	2
Kadın (n=8)	8	2	8	2	8

P234

RİTUKSİMAB TEDAVİSİNE YANIT VEREN BİR EVANS SENDROMU OLGUSU

Seda Akkaya Özdiñç, Muharrem Koçar, Ahmet Akın, Nazlı Taşdemir, Mustafa Yaylacı, Elif Birtaş Ateşoğlu

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Evans sendromu, idiyopatik trombositopenik purpurayla (ITP) aynı anda bulunan sıcak antikorlara bağlı otoimmün hemolitik anemiyle karakterize, etyolojisi bilinmeyen bir hastalıktır. Tedavi seçenekleri arasında steroid, intravenöz immunglobulin (IVIG) ve splenektomi yer alır. Yanıtız olgularda rituksimab tedavisi ile başarılı sonuçlar gözlenmiştir.

OLGU: Onsekiz yaşında bayan hasta, halsizlik, nefes darlığı, yüzde ve gözlerde sararma ile başvurdu. Genel durumu orta, cilt ve skleralar ikterik idi. Fizik muayenesinde tüm kardiyak odaklarda 3/6 sistolik üfürüm olup, dalak 2 cm kot altını geçiyordu. Tetkiklerinde Hgb 6.4 mg/dl, Hct 19, MCV 95 fl, Plt 22000, total bilirubin 12 mg/dl, indirekt bilirubin 11 mg/dl, LDH >2000 U/L, düzeltilmiş retikülosit ve ferritini yüksek, folik asit, vitamin B12, albumin, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Makrositer anemiye eşlik eden indirekt bilirubinemi, LDH yüksekliği, periferik yaymasında parçalanmış eritrositler görüldü üzerine hemolitik anemi düşünüldü. Direkt Coombs pozitif saptandı. Antinükleer antikorları negatif idi. İnfeksiyon ve lenfoma ile uyumlu bir bulgu yoktu. Kemik iliği biopsisinde eritroid ve megakaryositler seride artış ile hafif hipersellülerite izlendi. Otoimmün hemolitik anemi ile ITP birlikteliği olması üzerine Evans sendromu düşünüldü. 1mg/kg steroid tedavisi başlandı. Takiplerinde Hgb ile trombosit sayıları yükselen hastanın LDH ve bilirubin değerleri geriledi. Bir ay sonraki kontrollerinde steroide dirençli anemi ve trombositopenisi olması üzerine intravenöz immunglobulin sonrası splenektomi uygulandı. İki ay

sonra trombositopenisi tekrarlaması üzerine Rituksimab verildi. Halen trombosit ve Hgb düzeyleri normal sınırlarda takip edilmektedir.

SONUÇ: Literatürde steroid, IVIG ve splenektomiye yanıtız durumlarda rituksimab ile başarılı tedavi edilen Evans Sendromlu olgular bildirilmiştir. İTP'ye eşlik eden otoimmün hemolitik anemilerde Evans sendromunu göz önünde bulundurmak ve tedaviye dirençli durumlarda rituksimab tedavisini hatırlatmak için vakamızı sunmayı uygun bulduk.

P235

HETEROZİGOT FAKTÖR V LEİDEN MUTASYONLU OLGUDA ORAL KONTRASEPTİF KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN TRANSVERS SİGMOİD SİNUS TROMBOZU

Seda Akkaya Özdiñç, Muharrem Koçar, Ahmet Akın, Başak Boynueğri, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Ülkemizde en sık rastlanan herediter trombofilik nedeni Aktive Protein C rezistansıdır. Aktive Protein C rezistansının en sık sebebi ise Faktör V Leiden mutasyonudur. Homozigot Faktör V Leiden varlığı tromboz riskini 80 kat artırırken heterozigot formu 3-7 kat artırır. Heterozigot olgular çoğu zaman semptom vermezken ilave risk faktörleri ile (oral kontraseptif kullanımı, ileri yaş, cerrahi girişim vb.) tromboz riski artar.

OLGU: Ondokuz yaşında bayan hastanın bir aydır süren şiddetli; uyukudan uyandıran; ıstık, koku ve stresle artmayan; şakaklardan başlayıp ensese yayılan baş ağrısı oluyormuş. Çeşitli ağrı kesiciler kullanmasına rağmen şikayetleri gerilemeyince tarafımıza başvurdu. Hasta 6 aydır oral kontraseptif ilaç kullanıyormuş. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, Ateş: 36 °C, Kan basıncı: 120/80 mm/Hg, Nabız: 100/dk saptandı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Göz dibi muayenesi normal, ense sertliği yoktu. Tetkiklerinde Hb 13 g/dl, Hct %35, MCV 85, Plt 384000, sedimantasyonu, karaciğer, böbrek fonksiyon testleri, vitamin B12 ve folik asit normaldi. Ağrının sürekli olması, dış uyaranlarla değişiklik göstermemesi, bilateral olması nedeniyle migrenden uzaklaşdı. Küme ve gerilim tipi başağrılar dışlandı. Ateşi, ense sertliği olmayan hastanın göz dibinde papilla ödemi yoktu. Trigeminal nevralsi ile uyumlu trase boyunca şiddetli ataklar halinde gelen ağrı tariflemiyordu. Diğer organik nedenleri ayırt etmek için çekilen kraniyal MR sonucunda dural sinuslar içerisinde T1, T2 ağırlıklı sekanslarda hipertensiyon izlenen trombüs, sağ transvers sigmoid sinus trombozu ile uyumlu görünüm mevcuttu. Bunun üzerine çekilen kraniyal MR anjiyografisinde sağ transvers sinüste dolum defekti vardı ve tromboz ile uyumlu olarak değerlendirildi. Trombofilik yapan nedenler araştırıldı. Beşçet hastalığı ile uyumlu bulgu yoktu. Antikardiyolipin antikorları ve antinükleer antikor negatif geldi. Faktör V G1691A (Leiden) heterozigot mutasyonu saptandı. Oral kontraseptif kesilerek tromboz için kumadin başlandı. Bir ay sonraki kontrollerinde şikayetleri gerileyen hasta takibe alındı.

SONUÇ: Literatürde transvers sigmoid sinus trombozuna eşlik eden protrombin gen mutasyonu ile Protein C eksikliği olan vakalar mevcuttur. Oral kontraseptif ilaç kullanımı sırasında tromboz görülen hastalarda ülkemizde de sık görülen heterozigot Faktör V Leiden mutasyonu olabileceğini hatırlatmak için bu olguyu sunmaya karar verdik.

P236

ORAK HÜCRELİ ANEMİLİ HASTALARDA ESER ELEMENTLERİN ÜRİNER ATILIMI

¹Edip Uçar, ¹Can Hüzmeli, ²M. Kemal Sangün, ³Edip Gali, ¹Vedia Gül Değirmenci, ¹Kazım Öztürk

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²MKÜ Tıp Fakültesi Fen-Edebiyat Fak. Kimya Bölümü, ³Antakya Devlet Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Uzmanı

Orak hücreli anemi ülkemizde en sık Hatay bölgesinde görülmektedir. Eser elementlerin eksikliğine bağlı erkeklerde hipogonadizm, gelişme geriliği, hiperamonyakemi, gece körlüğü, saç ve tırnaklarda gelişim defekti, bağışıklık sisteminde bozukluklar geliştiği gösterilmiştir. Eser elementlerin düşüklüğü alım azlığı, emilim bozukluğu, kullanım defekti veya idrarda anormal atılımına bağlı gelişebilir. Orak hücreli anemilerde böbreklerde birçok patolojik değişiklik geliştiği gösterilmiştir. Bu çalışmada böbrek fonksiyonları normal olan orak hücreli anemili hastalarda eser elementlerden kobalt (Co), bakır (Cu), demir (Fe), selenyum (Se), çinko (Zn) 'in idrardaki atılımlarını incelemeyi amaçladık.

Çalışmaya yaş ortalaması 29±13 yıl olan 46 hasta (22 bayan, 24 erkek) hasta ile yaş ve cinsiyet uyumlu 50 (24 bayan, 26 erkek) sağlıklı kontrol grubu alındı. Çalışmaya alınan tüm olgulara 24 saatlik idrar biriktirildi. İdrarda Co, Cu, Fe, Se, Zn düzeyleri Varian® Liberty Series II atomik emisyon spektrometri cihazında çalışıldı.

Orak hücreli anemi grubunda 24 saatlik idrar ortalama Co, Cu, Fe, Se, Zn düzeyleri sırasıyla 0,003±0,002, 0,038±0,037, 0,268±0,26, 0,143±0,08, 0,298±0,22mg/L bulunurken sağlıklı kontrol grubunda sırasıyla 0,003±0,002, 0,031±0,06, 0,029±0,04, 0,114±0,08, 0,4±0,3mg/L bulundu. Yapılan istatistiksel karşılaştırmada orak hücreli anemili hastalarda idrarda Fe atılımı fazla iken (p=0,003), Zn atılımı azlığı (p=0,042) anlamlı bulundu. Co, Cu, Se atılım açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı.

Sonuç olarak orak hücreli anemili hastalarda sık kan transfüzyonuna bağlı aşırı Fe yüküne bağlı atılım artışı, diğer eser elementlerin atılımının değişmediği görüldü.

P237

DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİNDE NADİR BİR SEBEP

Edip Uçar, Murat Güllü, Can Hüzmeli, Vedia Gül Değirmenci, Atılma Görgel

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Herediter hemorajik telanjiektazi (HHT), diğer adıyla osler weber rendu sendromu en sık görülen herediter vasküler hastalıktır. Her ay 3 defadan fazla spontan epistaksis, mukokutanöz telanjiektaziler

ve aile öyküsü olması tanı triadını oluşturur. Otozomal dominant geçişli, ailesel, sistemik, fibromuskuler bir displazidir. Sıklığı 1-2/100000 olarak bildirilmektedir. Yeni doğan ve çocukluk döneminde erkeklerde, erişkin dönemde ise 3.-4.dekatlarda kadınlarda sık saptanır.

OLGU: 82 yaşında, bayan hasta, burun kanaması, nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Eforla beraber olan göğüs ağrısı ve nefes darlığı son 1 aydır olmaya başlamış. Burun kanamaları çocukluğundan beri, her gün oluyormuş. Bu şikayetlerle polikliniğimize başvuran hasta demir eksikliği anemisi ön tanısı ile yatırıldı. Fizik bakışında; konjunktivaları ve cilt soluktu. Dudaklarda, dilde ve parmak uçlarında yaygın telanjiektazileri görüldü. Kalp dinlemekle tüm odaklarda işitilen 1/6 sistolik üfürümü mevcuttu. Akciğer ve batin muayenesi doğaldı.

Öyküsünde çocukluğundan itibaren sık sık tekrarlayan burun kanaması şikayeti varmış. Bu nedenle birkaç kere ikinci basamak sağlık kurumuna başvurmuş. Yaklaşık 2 yıl önce demir eksikliği anemisi nedeniyle hastaneye yatan hastaya 2 ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapılmış. Aynı zamanda hastanın babasında ve erkek kardeşinde benzer semptomlar varmış (burun kanaması, dudaklarda ve el-ayak parmak uçlarında telanjiektaziler).

Laboratuvar değerleri; Lökosit: 8400/mm³, Beyaz küre: 3200000/mm³, Hemoglobin: 5,1 g/dL, Hematokrit: %17, Ortalama Eritrosit Hacmi: 54 fl, Trombosit: 363000/mm³, Demir: 11 ug/dL, Serum Demir Bağlama Kapasitesi: 380 ug/dL, Ferritin: 2,1 ng/mL, Sedimantasyon: 70 mm/saat, Vitamin B12: 186 mg/dL diğer biyokimyasal tetkikleri ve tiroid fonksiyon testleri normaldi. Gaytada gizli kan negatifti.

Burun kanaması nedeniyle kulak burun boğaz kliniğince konsulte edilen hastada bilateral kisselebach plexusta epistaksise bağlı kurutlar görüldü. Dermatoloji ile konsulte edilen hastaya herediter hemorajik telanjiektazi (HHT) tanısı kondu. Hastada arteriyovenöz malformasyon (AVM) araştırılmak üzere serebral, toraks, batin tomografileri çekildi. Herhangi bir AVM tespit edilemedi. Yapılan gastroskopide mide ve duodenumda multiple telanjiektazileri görüldü.

Hastaya bu bulgularla HHT tanısı konuldu. Hastaya ileri yaşlı olduğu için 2 ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu ve parenteral demir replasmanı yapıldı. Tedavileri sonrası hasta takiplere gelmek üzere taburcu edildi. Aynı zamanda aile bireyleri kontrol amacıyla polikliniğe çağrıldı.

SONUÇ: Nadir görülmesine rağmen demir eksikliği anemisi nedeni olarak HHT ayırıcı tanısı içerisinde düşünülmemelidir. Dudaklarda, dilde, parmak uçlarında telanjiektazisi olan, epistaksis ve aile öyküsü olan hastalarda HHT akla gelmelidir.

P238

AKUT BİFENOTİPİK LÖSEMİ: OLGU SUNUMU

¹Ömür Volkan, ¹Emre Emre, ¹Taflan Salepçi, ²Elif Birtaş Ateşoğlu, ²Dilek Argon, ¹Fatih Yavuz Erkal, ¹Derya Öztas Güler, ¹Eyüp Özpolat, ¹Sibel Yılmaz Öner, ¹Alperen Mengi, ¹Fuat Aydınli, ¹Ali Yayla

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Dahiliye Kliniği, ²Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği

OLGU: 52 yaşında erkek hasta halsizlik, nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile başka bir sağlık kuruluşunun göğüs hastalıkları kliniğinde takip edilmekteymiş. Hastaya temmuz 2007'de tüberküloz düşünülerek anti-tüberküloz tedavi başlanmış. Yan etkileri nedeni ile tüberküloz tedavisi kesilen hastanın bakılan hemogramında pansitopeni saptanması üzerine kurumumuza yönlendirilmiş. Fizik muayenesinde akciğerde bilateral bazal bölgelerde ral dışında özellik yoktu. Laboratuvar bulgularında WBC: 1.9 10⁹/uL, Hb: 7.3g/dl, Hct: 25 %, MCV: 99.2fl, PLT: 82 10³/uL, sedimantasyon: 130mm/saat, CRP: 192 mg/L, albumin: 2.4g/dl, globulin: 4.7g/dl tespit edildi. Batın ultrasonografisinde hepatosplenomegali (karaciğer cranio-caudal uzunluğu 162mm, dalak cranio-caudal uzunluğu 128mm) tespit edilen hastanın periferik yaymasında granulositer seriye ait blastlar görülmesi üzerine kemik iliği biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucunda blastların, CD45+, CD19+, CD22+, CD20 (-/+), CD2+, CD5+, CD7+, CD13+, CD34+, CD16/56+ immüfenotipi ile karakterize olduğu saptandı. WHO 2001,'acute leukemia of ambiguous lineage' kriterleri göz önüne alındığında olgunun, gerek B lenfoid (CD22 (+2), CD 19 (+1) = 3) gerek T lenfoid (CD5 (+1), CD2 (+1), CD7 (+0.5) = 2.5) seride seri spesifitesi için eşik değeri, '2'yi aştığı görüldü. Bunun sonucunda hastaya akut bifenotipik lösemi tanısı konuldu. Tanı konulduktan bir gün sonra nötropeniye (NE#: 0.3 10³/uL) giren hastanın ateşi çıktı ve sağ tarafa belirgin güç kaybı tespit edildi. Çekilen beyin tomografisinde akut dönemde olduğu için iskemik alan tespit edilemedi ancak nöroloji tarafından iskemik serebrovasküler olay olarak kabul edildi. Genel durumu hızla kötüleşen hasta febril nötropeninin eşlik ettiği serebrovasküler olay nedeni ile kemoterapi uygulanmadan iki gün içinde kaybedildi.

TARTIŞMA: Akut lösemilerin az bir bölümü hem myeloid serinin hem de lenfosit serinin özelliklerini taşımaktadırlar. Daha da nadir olarak hem B hem de T lenfoid fenotipi içeren lösemiler de görülebilmektedir. Bu yüzden bu grup akut lösemilere karşılık seri, hibrid yada akut bifenotipik lösemiler de denir. Çeşitli kaynaklarda lösemiler içindeki oranı %1- %5 arasında değişmektedir.

Ortaya çıkış bulguları akut myeloid lösemieye benzer şekilde derecesine bağlı olarak anemi, trombositopeni ve nötropenidir. Yüksek oranda sitogenetik anomaliler vardır. Prognoz bütün tipler için kötü olmakla beraber tedavi agresif kemoterapi ve allojenik kök hücre nakli yada olog kök hücre naklidir. ALL yada AML'ye yönelik tedavi stratejilerine bağlı olarak myeloid yada lenfosit seriden birisi gerileyip diğeri baskınlaşabilir ve tedavide diğer tarafa kaymayı gerektirebilir. Pratikte çok sık karşılaşılmayan bir lösemi olgusu olduğu için vakamızı olgu sunumu olarak yayınlamayı uygun bulduk.

Tablo 1. Bifenotipik akut lösemi değerlendirme sistemi

PUAN	B-lenfoid serisi	T-lenfoid serisi	Myeloid seri
2	CD79A (mb-1) CD22, cyt IgM	CD3, Anti-TCR	Anti-MPO
1	CD19, CD10, CD20	CD2, CD5, CD8, CD10	CD13, CD33, CD65, CD117
0.5	TdT, CD24	TdT, CD7, CD1a	CD14, CD15, CD11b, CD11c, CD64

Her iki ayrı hücre serisinden gelen skor toplamı ikiden fazla olursa bifenotipik akut lösemi tanımı kullanılır



P239

PLEVRAL EFFÜZYONLA SEYREDEN PRİMER PULMONER MALT LENFOMA OLGUSU

¹Çiğdem Usul Afşar, ²Ümmügül Üyetürk

¹SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği, ²Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: MALT lenfomalar genellikle mideye görülmekle birlikte tükrük bezleri, tiroid, deri, orbita, akciğer, meme, prostat, böbrek gibi çeşitli bölgelerde mide dışı yerleşim de gösterebilmektedir. MALT lenfoma öncesinde sıklıkla, lenfoid doku oluşumu ile sonuçlanan kronik iltihabi bir olay vardır. Sitolojik olarak düşük dereceli lenfoid tümörler olan MALT lenfomaların mukozal lenfoid folliküllerin marjinal zon B hücre kompartmanından kaynaklandığı düşünülmektedir. Primer pulmoner lenfomalar oldukça nadirdir ve akciğer malignitelerinin %1'inden, tüm ektranodal lenfomaların ise %10'undan azını oluştururlar.

OLGU: 40 yaşında erkek hasta öksürük, göğüs batma hissi, kilo kaybı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın şikayetleri yaklaşık 1 ay kadar önce başlamıştı ve hastada plevral efüzyon saptanmıştı. Pnömoni ve ampiyem tanısı ile 3 hafta kadar antibiyoterapi gören hastanın akciğer grafisinde sol sinüs kapalı, sol diyafragma sınırı net seçilemiyor, solda hava sıvı seviyesi içeren visseral plevra hattı, sol akciğerde alt zonda nonhomojen infiltrasyon alanı, solda 2. ve 3. ön kot seviyesinde homojen yakın dansite artışı saptandı. Hastanın 1 ay önce tespit edilmiş tip 2 DM'ü mevcuttu ve 50 paket/yılı sigara kullanımını vardı. Fizik muayenesinde sol akciğerde orta-alt zonlara dek solunum sesleri alınamıyordu ve sağ akciğer bazalde de solunum sesleri azalmıştı. S1 sert, mitral odakta belirgin 2/6 sistolik suflı mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde ise bir özellik yoktu. Lenfadenopatisi yoktu. Laboratuvar: sedim: 97/h; WBC: 10800/mm³; Hb: 12,1 g/dL; Htc: %37,3; PLT: 338000/mm³; TİT: normal ve biyokimyasında bir özellik yoktu. Solunum fonksiyon testinde obstrüktif patern vardı. Torasentezi efüzyonunda idi. Hastanın bronkopskisinde sol alt lob girişi rektifiye ve ödemli, bazal girişleri de rektifiye ve ödemli, superior segmentini 2 subsegmentini ayıran mukozal ödemli, düzensiz, subsegment ağızları ileri derecede daralmış saptandı ve sol alt lob superiorından alınan biyopsi lenfopitelial lezyonla karakterize atipik lenfoid proliferasyon ve CD 45 ve CD 20 yaygın pozitif, bcl-2 yaygın pozitif saptandı. Bulgular marginal zone B hücreli MALT tipte lenfoma ile uyumlu idi.

SONUÇ: Akciğer MALT lenfomasında en sık radyolojik bulgu olarak pulmoner kitle veya kitle görünümü- lü konsolidasyon alanları saptanır. Ayrıca daha az oranda plevral kalınlaşma ve efüzyon, lenfadenopati, retiküler gölgeler ve fibrozis saptanır. MALT lenfomaların prognozu hakim olan hücre tipine ve hastalığın evresine bağlıdır. Düşük dereceli MALT lenfomaların çoğu yavaş seyirlidir ve genellikle tanı anında lokalize hastalık olarak saptanırlar. Olgumuzda teşhis ettiğimiz MALT lenfoma akciğerde efüzyon ile ortaya çıkmış ve düşük dereceli lenfomadan yüksek dereceliye transformasyon ve nüks olasılığı nedeniyle olguların dikkatli takibi gereklidir. Hastamız da onkolojide sevk edilmiştir.

P240

B12 YETERSİZLİĞİNDE REPLASMAN ORAL MI?., PARENTERAL MI? OLMALI

¹Hakan Cinemre, ¹Feyzi Gökosmanoğlu, ¹Cemil Bilir, ²Nermin Akdemir

¹Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, düzce, ²Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

AMAÇ: B12 vitamini eksikliği hematolojik, gastrointestinal, nörolojik ve psikiyatrik pek çok bozukluğa yol açtığı bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda, B12 yetmezliği prevalansı 65 yaş üstü kişilerin yaklaşık %40'ında olduğunu göstermektedir. İleri yaşlarda B12 eksikliği mide asidinin azalması, besin emilim yetersizliğinin kaybı ve yetersiz vitamin alımına bağlı daha sık olarak görülmektedir. İleri yaşlarda B12 eksikliği (B12 düzeyi 193 pg/mL ↓) tespit edilen hastalarda oral ve parenteral B12 vitamini replasmanı sonrası serum B12 düzeylerinin karşılaştırılması.

METOD: Hastanemiz iç hastalıkları kliniğine gelen ve 65 yaş üzerindeki hastalar retrospektif olarak tarandı. B12 yetmezliği tespit edilen 135 hasta ve takiplerinde kontrol kan B12 düzeyine bakılanlar çalışmaya alındı. Hastalardan 55'ine oral (1mg/gün siyanokobalamin), 80'ine parenteral B12 (1000 mcg/ay siyanokobalamin) vitamini verildiği tespit edildi.

BULGULAR: Oral tedavi alan hastalardan 2'sinde serum B12 düzeyinde yükselme olmadığı gözlemlendi. Bu hastalardan sadece 1'inde antiparietal hücre antikoru (+) olarak tespit edildi. Oral tedavi ile hastaların %96,37'sinde, parenteral tedavi alan hastaların %100'ünde serum B12 düzeyi normal seviyeye ulaştığı görüldü.

SONUÇ: İleri yaşlarda B12 yetersizliği olan hastalarda oral B12 replasmanı ile yeterli serum düzeyine ulaşılabilir. Bu nedenle ileri yaşlarda tespit edilen B12 yetersizliğinde ömür boyu invaziv (parenteral) tedavi yerine non-invaziv (oral) tedavi ile daha konforlu ve aynı zamanda daha az komplikasyonlar gelişmesi nedeni ile bu hastalarda oral replasman tedavide uyumu artırılabilir.

P241

LÖSEMİK PLEVRAL, PERİKARDİYAL VE PERİTON İNFİLTRASYONU

¹Feyzi Gökosmanoğlu, ¹Hakan Cinemre, ¹Cemil Bilir, ²Mustafa Eroğlu

¹Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, düzce, ²Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Düzce

GİRİŞ: Kronik Lenfositler Lösemi kan, kemik iliği, lenf nodu ve dalakta proliferasyon özelliği olmayan olgun lenfositlerin artışı ile ortaya çıkan bir hastalıktır. KLL oluşumunda B lenfositlerin malign dönüşümü uğramasının rol oynadığına inanılmaktadır. Fakat %1'inden daha azı T-lenfositlerden kaynaklanabilmektedir. Hemen tüm hematolojik maligniteye sahip olgularda hastalıkların bir döneminde plevral, perikardiyal ve peritoneal efüzyonlar (assit) gelişmektedir. Bu hastalarda gelişen efüzyonların ayrıca tanısında primer hastalığın progresyonu, sekonder malignite gelişimi, ilaç veya radyoterapi reaksiyonu, alttı yatan enfeksiyon, otoimmün sebepler akıldan tutulmalıdır. KLL'de nadiren bu efüzyonlara neden olmaktadır.

OLGU: 72 yaşında erkek hasta halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı, çarpıntı, göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetleri ile kliniğimize geldi. TA: 100/70 mmHg, nabız: 100 atım/dk, SS: 22/dk, Ateş: 37,5 idi. Fizik muayenede sol akciğer bazalde solunum sesleri alınamadı, kardiyak sesler derinden geliyordu ve başka bir özellik yoktu muayenede. Laboratuvar bulgular; WBC: 36.214/mm³ ve %82'si lenfomononükleer hücre, Hgb: 10 gr/dl, PLT: 124.000, Ultrasonografik incelemede plevral, abdominal mayi ile uyumlu ve Ekografik olarak perikardiyal 1.2 cm'lik efüzyon tespit edildi. Periferik yaymada %80-90 olgun lenfositler ve yaygın basket cell görüldü. Torasentez mayi efüzyonla uyumlu, %75-80 oranında atipik olgun lenfositler görüldü, ARB ve tbc kültürde üreme olmadı. Kemik iliği aspirasyonu ve biyopsi KLL ile uyumlu, sitogenetik aneulide CD19 ve CD20 (+) hücreler görüldü. Torasentez mayi ve assitten parasentez ile elde edilen sıvıların immünohistokimyasal analizi lösemik hücreler ile uyumlu idi.

SONUÇ: Malign efüzyonlar, efüzyon vasfında ve nedenleri arasında enfeksiyonlardan sonra ikinci sıraya almaktadır. En sık akciğer, meme, lenfoma ve Gis malignitelerindendir, diğer tümörlerin hiçbirisi tek başına malign efüzyonların %1'inden fazlasını meydana getirmez. Hematolojik malignitelerde efüzyon nadiren görülse de mutlaka akıldan tutulmalı çünkü malign bir efüzyonun varlığının saptanması tedavi ve prognoz açısından büyük önem arz eder.

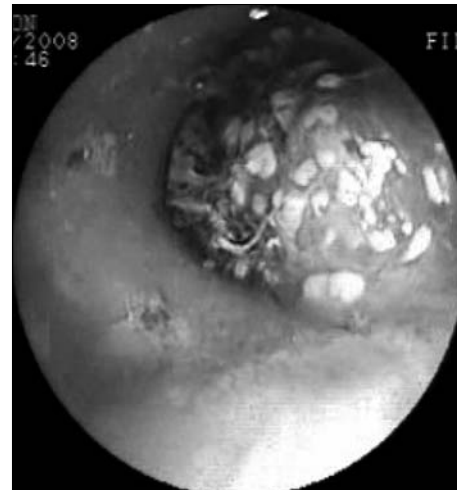
P242

KRİTİK KANAMALARIN KONTROLÜNDE ANKAFERD BLOOD STOPPER (ABS) UYGULAMALARI

¹Mehmet Turgut, ²Sinan Arslan, ³Nüket Çelebi, ³Ferda Pamuk, ⁵İbrahim C. Haznedaroğlu, ⁴Sabri Demircan, ⁶Alper Aktaş, ⁵Şiay Kalan, ⁵Hakan Göker, ⁵Enver Atalar, ⁷Şerafettin Kirazlı, ⁷Hüseyin Cahit Fırat

¹Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bölümü, Samsun, ²Derince Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Kocaeli, ³Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Samsun, ⁴Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Bölümü, Samsun, ⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Bilimler Bölümü, Ankara, ⁶Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ankara, ⁷Ankaferd İlaç Şirketi Araştırma Geliştirme Bölümü, İstanbul

Kazanılmış ve/veya kalıtsal hemorajik diyetle varlığında gelişen kanamalar kritik kanamalar olup ciddi morbidite ve/veya mortalite ile seyredebilirler. Ankaferd Blood Stopper (ABS), özgül bir hemostatik protein ağı ve vital eritroid agregasyonu oluşturarak fizyolojik bir enkapsüle yapı içinde prokoagulan etki gösterdiğinden hemorajik diyetle varlığında oluşan kritik kanamalarda etkindir. Bu raporda, standart antihemorajik yöntemlerle kontrol altına alınamamış kritik kanamaların Ankaferd ile topikal kontrolüne ilişkin hasta örnekleri sunulmaktadır. Renal yetmezlikte primer hemostaz bozukluğu (üremiye bağlı trombosit ve endotel disfonksiyonu, kronik diyaliz programında sekonder hemostaz ve fibrinolitik bozukluğu), lokal topikal ABS uygulamasıyla kontrolü, 69 yaşında bir erkek hastada gözlenmiştir. Bu hastada sağ juguler kateter girişi yerine cilt ve cilt altı dokuya, sağ koldaki çok odaklı kanama alanlarına ABS 1 ml uygulandı. Uygulama sonrası kanamanın tam olarak durduğu görüldü. Hepatik yetmezlik ve hipersplenizm sonucunda koagülasyon faktör eksikliğine bağlı sekonder hemostaz bozukluğu (yüksek INR) ve trombositopeniye bağlı primer hemostaz bozukluğu zemininde infekte dişe yapılan dental cerrahi girişimi sonrası gelişen kanamanın cerrahi topikal ABS uygulamasıyla kontrolü, 54 yaşında bir bayan hastada gözlenmiştir. Tip II von Willebrand hastalığında vWF eksikliğine bağlı trombosit adezyon bozukluğu ile birlikte düşük faktör VIII düzeyleriyle ilişkili kombine (primer+sekonder) hemostaz bozukluğunda gelişen kanamanın cerrahi topikal ABS uygulamasıyla kontrolü, 42 yaşında bir bayan hastada gözlenmiştir. Dolaşım yetmezliği ve ritim bozukluğu nedeniyle, warfarinle kronik antikoagülasyon sonucunda sekonder hemostaz bozuk hastada pace maker implantasyonu yapılmış alanda vasküler doku hasarına sekonder gelişen kanamanın lokal ABS uygulamasıyla kontrolü, 65 yaşında bir erkek hastada gözlenmiştir. Koroner arter hastalığı nedeniyle koroner anjiyografi yapılan ve LAD'de gürülen ciddi darlık nedeniyle intrakoronar tPA uygulanarak sistemik hiperfibrinolitik gelişmesi sonrası heparinize edilerek sekonder hemostaz bozulan hastada kasıtkı girişim alanında gelişen arteriyel kanamanın lokal ABS uygulamasıyla kontrolü, 52 yaşında bir erkek hastada gözlenmiştir. Akciğer tümörünün damar invazyonuna bağlı anatomik bütünlüğün bozulmasına sekonder akut solunum yetmezliği geliştiren masif öldürücü akciğer kanamasının bronkoskopik lokal ABS uygulamasıyla kontrolü, 62 yaşında bir erkek hastada gözlenmiştir. Hemoptizi şikayetiyle başvuran bu hastanın toraks BT incelemesinde sağ akciğer alt lobta kitle saptanmış, bronkopskopi sırasında masif kanama ortaya çıkmıştır. Aspirasyon sonrası sağ akciğer alt lobunu tama yakın oblitere eden vejetan kitleye (skuamöz hücreli kanser) kanama belirlenmiştir. Hastanın oksijen saturasyonu düşük ve kanama kontrol altına alınamayacak ciddi olduğundan 2 ml ABS uygulanmasından sonra kanama derhal durmuştur.



Figür. Akciğer tümöründe kanamanın ABS ile kontrolü

P243**REAKTİF TROMBOSİTOZ NEDEYLE VERİLEN ENOXAPARİNE BAĞLI KANAMA**

Hakan Cinemre, Feyzi Gökosmanoğlu, Cemil Bilir

Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

GİRİŞ: Reaktif trombositoz nedenleri; enfeksiyon %31, postsplenektomi ve hiposplenizm %19, travma %14, enfeksiyon dışı inflamasyon %9, kan kaybı %6, "rebound trombositoz" %3, idiyopatik %4. Reaktif trombositozun patogenezinde başta trombopoetin gibi büyüme faktörleri, IL-6 ve TNF- α gibi sitokinler sorumlu tutulur. IL-13, IL-11, GM-CSF ve eritropoetin üzerinde de durulmuştur. Sitokinlerin rolü postsplenektomi trombositozu için de geçerlidir. Olgumuz postsplenektomi sonrası trombositoz nedeniyle tek doz enoxaparin verilmesi nedeniyle masif kanama gelişen bu olguyu sunmayı uygun bulduk.

OLGU: 27 yaşında kadın hasta splenektomi sonrası trombositoz nedeniyle enoxaparin 0.4 ml 1x1 verilmiş ve takiplerde hastanın GİS, üriner, genital ve yüzeysel kanamaları başlaması nedeniyle üniversitemiz acil kliniğine geldi. Hasta tarafımızla trombositoz ve kanama nedeniyle konsulte edildi. Hastanın postoperatif birinci hafta WBC: 21.378/mm³, HGB: 9.9 mg/dl, PLT: 976.000 idi. Hastanın enoxaparin, NSAİD ve aspirin kesildi. Eritrosit ve taze donmuş plazma (PT-INR: 3.4), PPI, transaminik asit, K-vit. verildi. Takiplerde hastanın kanaması durdu, trombositoz 4 haftada geriledi.

SONUÇ: Genelde, reaktif trombositozlarda trombosit fonksiyon testleri normaldir. Miyeloproliferatif hastalıkların aksine, klinikte tromboza eğilim yok denecek kadar seyrekir. Kanamaya eğilim ise hiç görülmez. Bu nedenle reaktif trombositozlarda profilaktik heparin ve aspirin tedavisinin yeri yoktur. Ancak unutulmaması gereken çok önemli bir konu ise β -talassemia major, β -talassemia intermedia ve α -talassemia (Hb H hastalığı) da tanımlanan venöz tromboembolizmle kendini gösteren kronik hiperkoagülabilite durumudur.

P244**PARANEOPLASTİK SENDROM: TÜKRÜK AMİLAZI SALGILAYAN MULTİPL MYELOM**¹Nuri Nazif Altınır, ¹Fusun Topçugil, ¹Nazım Ekin, ²Kadriye Bahriye Payzin, ¹Bülent Sözen, ¹Sakine Leyla Aslan¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir, ²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İzmir

Genellikle epitelyal kökenli tümörler ektopik amilaz salgılayan, az sayıda multipl myeloma da bildirilmiştir. Tükürük amilazı artışı, yaygın ekstra medüller tutulum, yoğun kemik yıkımı ve kötü prognoz amilaz salgılayan multipl myelomanın genel özellikleridir. Yaygın sırt ve bel ağrıları olan, 55 yaşında erkek hastada üre, kreatinin yüksekliği, hiperkalsemi, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 76/saat, abdominal BT'de karaciğerde 2,5x1,5 cm boyutunda hiperdens nodül, tüm kemik yapılarında litik lezyonlar, L3 vertebrada yükseklik kaybı, MRG'de lomber vertebralarda düzleşme, tüm vertebral korpuslarında hiperintens heterojen medüller sinyal değişikliği saptandı. Multipl myelom, myelom böbreği ön tanıları ile yatırıldı. Muayenesinde her iki alt ekstremitede 3/5 kuvvet kaybı dışında bulguları normaldi. BUN 31 mg/dl, kreatinin 3.2 mg/dl, Ca 10.3mg/dl, amilaz 109 U/L, ürik asit 8 mg/dl, ESR 121 mm/saat, lökosit 8590/mm³, hematokrit %23.8, Hgb 7.9 g/dl, trombosit 350000/mm³, idrarda protein 15.8 g/24 saat saptandı. Takipte Ca 15.2 mg/dl'e çıkması üzerine aredia (pamidronat disodium) 90 mg verildi, takipte Ca değerleri geriledi. Serum protein elektroforezinde, albumin 3.4 (3.2-5), alfa-1 0.3 (0.1-0.4), alfa-2 1.3 (0.6-1.0), beta 0.5 (0.6-1.3), gamma 2.2 (0.7-1.5); serum immünoelektroforezinde, kappamonoklonal gamapati gözlemlendi, kapaman ağır zincir karşılığı gözlenmedi; idrar immünoelektroforezinde ise serbest monoklonal kappam hafif zincir atılımı gözlemlendi. Kemik iliği aspirasyon /biopsisinde plazma hücrelerinde %80 artış saptandı. Multipl myelom tanısı konulan hastaya lomber bölgeye 10 kür RT verildi. 3 kür vinkristin, doksorubisin, deksametazon kombinasyonu (VAD) tedavisi sonrası KİT planlandı. 2. Kürün 18. gününde karın ağrısı, bulantı, kusma ile acil servise başvurdu. Muayenesinde vücut sıcaklığı 38.6 °C, sol supraklavikuler bölgede 5x5 cm boyutlarında kitle, epigastrik bölgede derin palpasyondaki hassasiyet saptandı. Lökosit 9510/mm³, Hgb 9 g/dl, ALT 23 U/L, AST 41 U/L, t. bilirubin 0.59 mg/dl, GGT 75 U/L, amilaz: 2149 U/L, BUN 21 mg/dl, kreatinin 1.4 mg/dl, LDH 1346 U/L ölçüldü. Batın USG'sinde ve ayakta direkt batın grafisinde acil patoloji saptanmadı. Akut pankreatit düşünülerek oral alımı kesilip, parenteral sıvı ve 3. kuşak sefalosporin başlandı. Sol supraklavikuler kitleden alınan ince iğne aspirasyon materyalinin sitolojisinde plazmositom tespit edildi. Ateşi düşen, karın ağrısı geçen hastanın elektif batın USG'de safra kesesi lümeninde multipl taş ekosu saptandı. Kliniği düzelen ancak amilaz değerleri progressif artan (sırasıyla 3110-3912-4534-6408-7939 U/L) hastanın batın MRG'de pankreas normal kalınlıkta olup pankreatiti düşündürcek bulgu saptanmaması ve MR Kolanjiyografiye koledok, her iki hepatik kanal ve ana hepatik kanal normal genişlikte ve morfolojide, pankreatik kanal, koledok duodenuma normal olarak görülmesi, istenen serum lipaz düzeyi 36 U/L (normal<60) ölçülmesi üzerine akut pankreatitten uzaklaşıldı. İstenilen 24 saatlik idrarda amilaz düzeyi yüksek (5947 U/24h) (96-400 U/24h) olarak ölçülmesi nedeniyle makroamilazemide de uzaklaşıldı. Parotis muayenesinde parotitis ile uyumlu klinik saptanmadı. İstenen parotis bezi USG'de her iki parotid bez iç yapısı homojen, ekojenitesi olağan olarak değerlendirildi. Bu hastada multipl myelomun amilaz sentezlediği düşünülerek tükürük amilaz ve pankreatik amilaz ayırımı için kan alındı ve amilaz: 10340 (28-100) U/L, pankreatik amilaz: 262 (11-54) U/L olarak ölçüldü. Amilaz yüksekliği multipl myeloma sekonder kabul edilen hastada VAD protokolüne yanıt alamadığı düşünülerek bortezomib (velcade), deksametazon protokolü başlandı. Amilaz değerleri 1193 U/L'e kadar gerileyen hastanın genel durumu kötüleşti, hemodiyalize alındı, destek tedavisine ve amilaz değerlerinin düşmesine rağmen hasta kaybedildi. Amilaz düzeyleri tedaviye yanıtla azalıp, relapslarla artarak hastalık aktivitesi indeksi olabildi ve ek prognostik bilgi sağlayabilirdi.

P245**UTERUS TUTULUMU İLE SEYREDEN HIV POZİTİF BURKİTT LENFOMALI BİR OLGU**¹Osman Erinc, ⁴Evrin Oskay, ¹Hasan Tahsin Özpolat, ¹Sami Evirgen, ²Aziz Ahmad Hamidi, ¹Reyhan Küçükkaya Diz, ²Halit Özsüt, ³Mehmet Ağan, ¹Meliha Nalçacı¹Istanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı, ²Istanbul Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Istanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, ⁴Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Burkitt lenfoma, B lenfositlerinden kaynaklanan, hızlı ilerleyen ve eğer tedavi edilmezse hızlı ölüme sonuçlanan bir hastalıktır. Uterusun malign lenfomasi nadir görülen bir hastalıktır ve özellikle Burkitt lenfomanın uterus tutulumu son derece nadirdir. Çoğunlukla, anormal vajinal kanama veya görünümlerde saptanan kitle imajı ile kendini gösterir. Burkitt lenfomalar, HIV ile ilişkili Hodgkin dışı lenfomaların %20-40' ını kapsamaktadır. Burada endometrium küretaj materyali incelemesinde Burkitt lenfoma tanısı konan ve HIV pozitifliği saptanan bir olguyu sunduk.

OLGU: 38 yaşındaki evli bir kadın hasta vücutta yaygın ağrı, halsizlik, adet süresinin uzaması ve kanama miktarının fazlalığı yakınması ile başvurdu. Fizik muayenede solukluk dışında bulgu saptanmadı. Hemogramda lökosit 4800/mm³, hemoglobin 5.2g/dl, hematokrit %16, trombosit 365000 /mm³ MCV 82.3 fl, MCHC 32.3 g/dl saptanan hastanın biyokimyasında kreatinin 0.4 mg/dl, potasyum 4.0 mmol/l, LDH 688 U/l, ürik asit 1.7 mg/dl, ferritin 94,57 ng/ml saptandı. Boyun ultrasonografisinde bilateral submandibuler gland etrafında en büyüğü 20x7 mm boyutunda multipl, hipoekojen reaktif lenfadenopatiler; inguinal ultrasonografide en büyüğü 30x7 mm boyutunda bilateral lenfadenomegaliler saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografide bilateral multipl aksiller lenfadenopatiler saptanan hastanın batın bilgisayarlı tomografisinde karaciğerde 6 adet metastaz ile uyumlu lezyon görüldü. Menometrorajisi nedeniyle yapılan endometrial küretaj materyali mikroskopik inceleme sonucunda CD20 (+), CD3 (-), CD30 (-), bcl-2 (-), CD10 (+) ve ki-67 proliferasyon indeksi %95 üzerinde, Burkitt Lenfoma ile uyumlu olarak yüksek gradeli B hücreli diffüz habis lenfoma saptandı. Kemik iliği biyopsisinde orta derecede retikülün, hafif kollajen lif artışı, lenfoma ile uyumlu infiltrasyon gösteren hipersellüler kemik iliği saptandı. Viral serolojisinde anti-HIV pozitif saptanması üzerine istenen Western-Blot doğrulama testi sonucu da pozitif saptandı. Hyper-CVAD 1. siklus tedavisi tekrarlandı. Hastanın CD4 lenfosit sayısı <200/mm³, HIV-1 RNA viral yükü 6430 kopya/ml saptanıp antiviral tedavi olarak lamivudin + zidovudin tb ve lopinavir tb başlandı. Birinci siklus sonrasında kemik iliği remisyonunda bulundu. Hasta Hyper-CVAD 2. siklus tedavisini almak üzere servisinde yatmaktadır.

SONUÇ: Özellikle eşlik eden lenfadenopati benzeri bulgular varlığında anormal vajinal kanama mutlaka dikkate alınmalıdır. Burkitt lenfomanın endometrium tutulumu son derece nadir olmasına rağmen akla gelmelidir. Ayrıca Burkitt lenfoma tanısı konan bir hastada immun-supresyon yapacak nedenler de araştırılmalıdır.

P246**AKUT PROMYELOİTİK LÖSEMİ TANILI HASTADA ALL-TRANS RETİNOİK ASİT KULLANIMINA BAĞLI HİPERTRİGLİSERİDEMİ**¹Osman Erinc, ²Evrin Oskay, ¹Hasan Tahsin Özpolat, ¹Sami Evirgen, ¹Reyhan Küçükkaya Diz, ¹Meliha Nalçacı¹Istanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı, ²Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: All-trans retinoik asit (ATRA), akut promyelositik lösemisinin (APL) tedavisinde başarıyla kullanılmaktadır. Nadir yan etkilerinden birisi hipertrigliseridemi. Hipertrigliseridemiye bağlı akut pankreatit gelişimi de önemli yan etkilerinden birisidir. Burada dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) ile prezente olup APL tanısı konan bir hastada ATRA kullanımına bağlı hipertrigliseridemi olgusunu sunduk.

OLGU: Önceden bilinen bir hastalığı olmayan 28 yaşında kadın hasta bacaklarında kendiliğinden morluklar oluşması şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede kol ve bacaklarında yaygın ekimozlar, kosta altı 2 cm hepatomegali saptandı. Hemogramda Hb düzeyi 11.4 g/dl, lökosit sayısı 5600/mm³, trombosit sayısı 7000/mm³, MCV: 82 fl saptanıp yapılan periferik yayması atipik hücrelerden zengin saptandı. Kreatinin 0.7 mg/dl, potasyum 4.3 mmol/l, LDH 757 U/L, ürik asit 2.2 mg/dl, PT ve aPTT uzamış, fibrinojen düzeyi düşük, D-dimer düzeyi yüksekti. Kemik iliği aspirasyonunda promyelositler %90 oranında görüldü. Sitogenetik incelemede t (15; 17) pozitif saptandı. DIC ile prezente AML-M3 tanısı ile DIC tedavisi yapılan hastaya PETHEMA protokolü (idarubisin + ATRA 45 mg/m²) başlandı. Uygulanan tedavilerle DIC tablosu gerileyen, genel durumu düzelen hastanın ATRA tedavisinin birinci haftasında trigliserit düzeyi 931 mg/dl, total kolesterol 465 mg/dl, HDL 18 mg/dl, LDL 257 mg/dl, VLDL 190 mg/dl saptandı. Hastaya fenofibrat tedavisi uygulandı. Fenofibrat ile 430 mg/dl düzeyine kadar gerileyen trigliserit düzeyi birkaç gün içinde tekrar yükselme eğilimine girdi. Tedaviye atorvastatin 40 mg ve so-mon ba-ı-ği ya-ğı kon-sant-re-si 1000 mg eklendi. Hipertrigliseridemiye bağlı olası bir akut pankreatit yönünden yakın takip edildi. Bu yönden herhangi bir semptom veya laboratuvar bulgusu olmadı. İdarubisin ve ATRA tedavisinin 35.gününde kemik iliği aspirasyonu değerlendirilen hasta remisyonunda olduğu görüldü. Hastaya ATRA tedavisi sonlandırıldı. Trigliserit düzeyi 2660 mg/dl, total kolesterol düzeyi 370 mg/dl, VLDL düzeyi 321 mg/dl düzeyine kadar yükselmiş olan hastanın fenofibrat 267 mg, atorvastatin 40 mg ve so-mon ba-ı-ği ya-ğı kon-sant-re-si 1000 mg tedavisine devam edildi. ATRA tedavisinin sonlandırılmasının ardından birkaç gün içinde trigliserit 125 mg/dl, kolesterol 118 mg/dl düzeyine kadar geriledi. Antihiperlipidemik tedavisi kesildi. Hasta tedavisinin devamı amacıyla servisimize izlenmektedir.

SONUÇ: ATRA, akut promyelositik lösemi tedavisinde çok başarılı sonuçlar doğurmuştur. Ancak yan etkileri yakından takip edilmesi gereken bir ilaçtır. Lipid profili üzerine olumsuz etkisi nedeniyle ATRA tedavisi başlanacak bir hastanın bazal lipid profili görülmeli ve tedavi boyunca takip edilmelidir. Özellikle hipertrigliseridemiye bağlı akut pankreatit gelişimi riski açısından dikkatli olunmalıdır.



P247

NASAL TİP EKSTRANODAL NK/T HÜCRELİ LENFOMALI BİR OLGU

¹Hasan Tahsin Özpolat, ¹Osman Erinc, ¹Sami Evirgen, ¹Reyhan Küçükaya Diz, ²Öner Doğan, ²Nesimi Büyükbabani, ¹Meliha Nalçacı

¹Istanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı, ²Istanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Ekstranodal NK/T hücreli lenfoma ön planda nasal bölge, paranasal sinüsler ve yüzün orta hat yapılarını, daha seyrek olarak da deri, yumuşak dokular, gastrointestinal sistem ve diğer bölgeleri tutabilen özel bir tür ekstranodal lenfomadır. CD56 pozitifliği ve EBV genomunu içermesi önemli özellikleridir. Görülme sıklığı batı ülkelerinde tüm lenfomaların %1'inin altındadır. Ortalama yaş 45-50 arasındadır. Belirgin bir erkek baskınlığı gözlenir. (E/K: 0,7-4).

OLGU: Onaltı yaşında erkek hastaya 1 ay önce burunda şişlik şikayetiyle nonspesifik antibiyoterapi başlanmış. Şikayetlerinin devam etmesi üzerine yapılan endoskopik biyopsi sonucu yaygın nekrotizan doku olarak bildirilmiştir. Daha sonra burun yüzeyinde etrafi eritemli ve ödemli, krutulu ülseratif, kötü kokulu lezyon gelişmiş. Paranasal sinüs BT'sinde sağ zigomatik kemik komşuluğunda yumuşak doku kalınlığında artış saptanan hasta ileri tetkik için yatırıldı. Fizik muayenesinde burun kökünde sol gözü kapatacak şekilde ödemli, nekrotik geniş cilt lezyonu saptandı. Diğer dahili sistem muayene bulguları normal bulundu. B semptomu olmayan hastanın kan sayımı, sedimentasyon, LDH düzeyi normal sınırlar içinde idi. Tekrarlanan biyopsi bulguları ekstranodal NK/T hücreli lenfoma nazal tip ile uyumlu bulundu. Evreleme amacıyla bilgisayarlı tomografik tetkikleri ve kemik iliği biyopsisi yapıldı. Yüksek doz kemoterapi ve kemik iliği transplantasyonu planlanan hastaya Dexa-BEAM protokolü başlandı. Tedavi başladıktan sonra yüzdeki ödem geriledi. Halen tedavisi devam ediliyor.

SONUÇ: Nasal tip ekstranodal NK/T hücreli lenfoma nadir görülen ve tanısı zor konulan bir hastalıktır. Ayırıcı tanısında en önemli yanlıgı noktası lenfoma infiltrasyonunu nekrotik iltihap olarak yorumlamaktır. Ayırıcı tanıda Wegener granülomatozu, squamoz hücreli karsinom düşünülmelidir. Lenfoma tanısı için yeterli özelliklerin bulunmadığı biopsilerde biopsi tekrarımdan kaçınılmalıdır. Prognoz kötü olduğu için yoğun kemoterapi şemaları seçilmelidir.

P248

KEMİK VE KEMİK İLİĞİ TUTULUMU İLE PREZENTE OLAN NODÜLER SKLEROZ TİP HODGKİN HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

¹Sami Evirgen, ¹Fatih Tufan, ¹Abdullah Özkök, ¹Hasan Tahsin Özpolat, ¹Osman Erinc, ²Mesut Bulakçı, ¹Mustafa Yenerel, ¹Meliha Nalçacı

¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı, ²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı

GİRİŞ: Hodgkin hastalığı, özellikle servikal ve mediastinal bölgenin lenf düğümü tutulumu ile prezente olan sistemik bir hastalıktır. Kemik tutulumu ile ortaya çıkması nadirdir. Kemik tutulumlu vakaların çoğu evreleme esnasında fark edilir. İlerlemiş Hodgkin hastalarında kemik tutulumu %10-20, tanı esnasında ise kemik tutulumu %2'den az olarak bildirilmiştir. Nodüler skleroz tip en sık kemik tutulumu ile birlikte olan Hodgkin lenfoma formudur. Burada kemik tutulumu ile ortaya çıkan bir Hodgkin hastalığı olgusu sunuldu.

OLGU: 37 yaşında erkek hasta bir ayda 15 kg kilo kaybı, kaşıntı ve özellikle hareketle artan bel ve bacak ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede servikal mikrolenadenopati, aksiller ve inguinal 0.5-3 cm poladenopati, sağ kaçada aktif ve pasif hareketlerle ortaya çıkan şiddetli ağrı ve kısıtlılık mevcuttu. Sedimentasyon ve CRP yüksekliği saptanan hastanın Hb: 11.4 g/dl, Htc: %34.4, MCV: 90.2 fl, lökosit: 16200/mm³, Neu: 13800/mm³, PLT: 555000/mm³, AST: 57 U/L, ALT: 95 U/L, ALP: 481 U/L, GGT: 50 U/L, LDH: 594 U/L bulundu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde mediastende en büyüğü 35 mm'ye varan lenfadenopatiler (LAP), sağ akciğerde subpleval-pleval milimetrik nodüller saptandı. Batın bilgisayarlı tomografisinde paraaortik, parakaval, ve bilateral parailiak, en büyüğü paraaortik bölgede 33 mm'ye varan konglomere LAP izlendi. Bel ağrılarını nedeni ile çekilen sakroiliak manyetik rezonans görüntülemesinde (MR) sağda komşuluğunda gluteus maximus kaslarına invazyon gösteren, subkutan yağ dokuya doğru protrüde olan heterojen kontrast tutan, düzensiz kontürlü, yaklaşık 6x6.5 cm lik kitle lezyon, lumbospondil MR'da torakal ve lomber vertebralarda ve sağ iliac kemikte yaygın lezyonlar saptandı. Tüm vücut kemik sintigrafisinde alt lomber vertebrada L4/L5 vertebra seviyesine uyan alanda lineer tarzda ve sağ sakroiliak eklemden fokal aktivite artışı izlendi. Sağ inguinal ekzisyonel lenf düğümü biyopsisi nodüler sklerozan tip Hodgkin lenfoma ile uyumlu bulundu. Kemik iliği biyopsisi yaygın yoğun fibrotik/sklerotik ve fokal nekrobiyotik değişiklikler gösteren kemik iliğinden Hodgkin lenfoma ile uyumlu atipik hücreler içeren hiperseüler kemik iliği olarak rapor edildi. ABVD (adriablastin, bleomisin, vinblastin ve deticene) protokolü 6 kür uygulandı. Bu tedavi altında lezyonlarında kısmi regresyon gelişen hasta Dexa-BEAM protokolü ile olog kemik iliği nakline hazırlanmasına karar verildi.

SONUÇ: Lenfoma seyrinde kemik tutulumu en fazla diffüz B hücreli non-Hodgkin lenfomada görülür. Hodgkin hastalığında kemik tutulumu genellikle ileri evre hastalarda hastalık seyrinde görüldüğü nadiren hastalar lenf düğümü ve kemik tutulumu veya izole kemik tutulumu ile başvurabilirler. Ayırıcı tanıda osteomyelit, primer kemik tümörleri, metastatik tümörler ve langerhans hücreli histiositoz yer alır. Konstitüsyonel semptomlar ile birlikte soliter veya multifokal kemik tutulumu ile başvuran olgularda ayırıcı tanıda Hodgkin hastalığı da akıldan tutulmalıdır.

P249

KEMİK İLİĞİ TUTULUMU VE ANTİFOSFOLİPİD ANTİKOR POZİTİFLİĞİ İLE SEYREDEN T HÜCRELERİNDEN ZENGİN DİFFÜZ BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMALI BİR OLGU

¹Hasan Tahsin Özpolat, ¹Osman Erinc, ¹Sami Evirgen, ¹Banu Avcioglu, ²Öner Doğan, ¹Akif Selim Yavuz, ¹Yüksel Pekçelen

¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı, ²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: T hücrelerinden zengin diffüz büyük B hücreli lenfoma lenfomaların nadir bir varyantıdır. Antifosfolipid sendromu ise arterial ve venöz trombozlar tekrarlayan düşükler ve trombositopeniyle seyredir. Primer yada diğer hastalıkların seyrinde sekonder olarak görülür. T hücrelerinden zengin diffüz büyük B hücreli lenfoma ve sekonder antifosfolipid antikor pozitifliği ile seyreden bir olgu sunuldu.

OLGU: 56 yaşında kadın, daha önce bilinen hastalığı yokken 2 aydır devam eden boyun şişliği, yüksek ateş, gece terlemesi nedeniyle yatırıldı. Fizik muayenesinde sağ supraklavikuler bölgede 2x2, bilateral aksiller bölgede 2x2 cm boyutunda mobil, ağrısız lenfadenopati, 2 cm splenomegali saptandı. Kan sayımında lökosit 1200/mm³, nötrofil 0/mm³, lenfosit 500/mm³, monosit 700/mm³, trombosit 48000/mm³, LDH 856 IU/L, Ürik asit 3,9 mg/dl, PT 40 sn, aPTT 55 sn, INR 4,1 IU, d dimer 2204 mcg/L, fibrinojen 655 mg/dl, fibrin yıkım ürünleri 200 U/L, CRP 199 mg/L, sedimentasyon 75 mm/sa, protein elektroforezinde M-spike 0,15 g/dl, serumda Ig M tipi monoklonal gammopati, idrarda kappa tipi serbest hafif zincir saptandı. Kemik iliği aspirasyonunda %9 oranında atipik hücreler görüldü. PT ve aPTT değerlerinde uzamamanın devam etmesi üzerine karışım testinde düzelme görüldü. Serolojik tetkiklerinde lupus antikoagulanı pozitif, anti-nükleer antikor negatif, coombs testi pozitif, antikardiyolipin Ig M > 100 MPLU/L, anti kardiyolipin Ig G (-) tespit edildi. SLE açısından istenen özgün otoantikolar negatif sonuçlandı. Toraks ve batın tomografisinde patolojik boyutta lenfadenopati görüldü, dalak boyutunda artış görüldü. Takiplerinde supraklavikuler ve aksiller lenfadenopatileri ve dalak boyutunda regresyon görüldü. Lenfadenopatilerin kaybolması üzerine tanısal amaçlı ekzisyonel biyopsi yapılmadı. İnce iğne aspirasyon biyopsisinde immunoblastik hücre proliferasyonu gösteren lenfoid doku olarak değerlendirildi. Panisitopenisinin sebat etmesi üzerine kemik iliği biyopsisi yapıldı. Biyopsisi T hücrelerinden zengin diffüz büyük B hücreli lenfoma olarak değerlendirildi. Tablo T hücrelerinden zengin diffüz büyük B hücreli lenfoma ve sekonder antifosfolipid antikor pozitifliği olarak yorumlandı. Hasta halen servisimizde yatmaktadır.

SONUÇ: T hücrelerinden zengin diffüz büyük B hücreli lenfoma Hodgkin lenfomayla benzerlikler taşır. En önemlisi de reaktif T hücreleri ve histositlerin varlığıdır. Hodgkin lenfomadan farklı olarak hastalarda karaciğer ve dalak tutulumu ön planda olmak üzere disseminasyon sık görülür ve yine farklı olarak kötü prognoza sahiptir. Antifosfolipid antikorları ile lenfomalar arasındaki ilişki tam olarak ortaya konmamakla beraber antifosfolipid antikor pozitifliği kötü prognoz ile ilişkilidir. Tedavi yanıtından bağımsız olarak kemoradyoterapi alan hastalarda antifosfolipid antikorları kaybolmaktadır. Antifosfolipid antikorları tedavi yanıtını izlemeye uygun bir parametre değildir.

P250

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI ZEMİNİNDE GELİŞEN AKCİĞER MALT LENFOMASI: OLGU SUNUMU

¹Ömer Kaya, ¹Hande Bektaş, ¹Akif Selim Yavuz, ¹Yüksel Pekçelen, ²Öner Doğan

¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıklar Anabilim Dalı, ²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: MALT Lenfoması, Hodgkin dışı lenfomanın (HDL) nadir görülen bir alt grubudur (%1). Otoimmün hastalıklar (Hashimoto tiroiditi, romatoid artrit, sistemik skleroz), inatçı enfeksiyonlar (tüberküloz, H. pylori), sigara kullanımı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), AIDS ve dağılmamış lenfomaları zemininde gelişebilir. Yavaş seyirli olduğu için genellikle uzun süre lokal kalma eğilimindedir. En sık gastrointestinal sistemde daha sonra da akciğerde görülür. Primer akciğer HDL'nin üçte ikisini oluşturur. Akciğer tutulumunda radyolojik olarak soliter nodül, multipl nodüller, hava bronkogramı ile beraber multiple yama tarzında konsolidasyon, bilateral diffüz konsolidasyon, segmental veya lobar atelektazi veya heterojen mozaik görünüm tespit edilebilir. Burada izole akciğer tutulumu olan bir MALT lenfoması olgusu bildirildi.

OLGU: Altmış dört yaşında kadın hasta ateş, öksürük, balgam ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. On beş yıldır Hashimoto tiroiditi ve on yıldır KOAH tanısı ile takip edilmekteydi. Özgeçmişinde 15 yıl önce geçirilmiş akciğer tüberkülozu, major depresyon ve bir yıl önce tespit edilmiş hipertansiyonu mevcuttu. Otuz paket/yıl sigara anamnezi vardı ve 10 yıldır kullanmıyordu. İn hale beta agonist, L-tiroksin ve anjiyotensin reseptör blokleri kullanılmaktaydı. Fizik muayenede akciğerlerde yer yer ral ve ronküs tespit edildi. PA akciğer grafisinde sağ alt bölümde 3x4 cm boyutlarında heterojen opasite saptandı. KOAH infektif atak düşünümlere antibiyoterapi başlandı. Ayırıcı tanı için çekilen toraks BT'de sağ akciğer alt lob superior segmentte düzensiz sınırlı 4x3 cm boyutlarında kitlesel nodüler dansite ile birlikte en büyüğü 1.5x1 cm boyutlarında yaygın subpleval nodüler dansiteler saptandı. Ön planda metastatik nodül olarak düşünüldü. Bronkospiside endobronşiyal kitleye rastlanmadı. BAL ile alınan örneklerde sitolojik inceleme normal bulundu. Akciğer transtoraksik ince iğne aspirasyon biyopsisinde yoğun lenfoid infiltrasyon saptandı. Ayırıcı tanıda lenfoma, lenfositik interstisyel pnömöni ve kollajen vasküler hastalıkların akciğer tutulumu düşünüldü. Tüm vücut PET incelenmesinde sağ ve sol akciğerde multipl tutulum alanları görüldü. Açık akciğer biyopsisi sonucunda akciğer parankimini büyük ölçüde ortadan kaldıran nodüler-diffüz karakterde MALT lenfoma infiltrasyonu tespit edildi. Kemik iliği biyopsisi ve batın BT normal bulundu. 21 günde bir 6 kür R-CVP (Rituximab, siklofosfamid, vinkristin ve prednizolon) uygulandı. Kontrol BT'sinde sağ akciğer alt lobta 1 cm nodüler dansite ve daha önce var olan lezyonların yerinde fibrotik sekel değişiklikler saptandı. Komplet remisyona olarak değerlendirildi. Tedavisiz izlenmesine karar verilerek poliklinik takibine alındı.

SONUÇ: Akciğerde tek veya multipl kiteller ile başvuran hastalarda primer veya metastatik akciğer kanseri ve tüberküloz gibi başta gelen nedenlerin yanında izole akciğer tutulumlu lenfomalar da akla getirilmelidir

P251**MİYELOFİBROZLU BİR HASTADA POLİMİKROBİYAL ETKENE BAĞLI DALAK ABSESİ VE PULMONER EMBOLİ**

Yeliz Kömürçü, Erman Öztürk, Emre Tekgündüz, Gülsüm Pamuk, Burhan Turgut, Muzaffer Demir

Trakya Üniversitesi Hematoloji Bilim Dalı

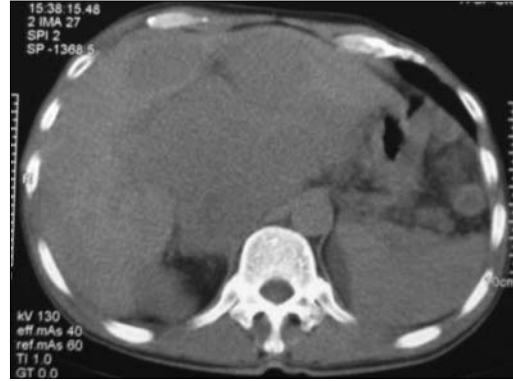
GİRİŞ: Miyelofibrozu hastaların temel sorunlarından biri dalağın aşırı büyümesi ile birlikte, kanama, tromboz ve enfeksiyona yatkınlığın olmasıdır. Hastalığın tedavisi yanında ortaya çıkan komplikasyonların tedavileri bazen sorunlar yaratmakta ve kolay karar verilememektedir. Esansiyel trombositoz seyriden miyelofibroza dönüşmüş dev splenomegalisi olan ve dalakta multipl polimikrobiyal abseleri olan ve hastalık seyriden submasif pulmoner embolisi saptanan bir olgu sunulmaktadır. Çoklu sistem etkilenmesi, farklı morbidite ve mortalite oranları olan hastalık tablolarının bir arada olması karmaşık bir genel iç hastalıkları sorunu oluşturması nedeniyle değerlendirilmesi uygun görülmüştür.

OLGU: 61 yaşında esansiyel trombositoz tanısıyla takip edilen kadın hastanın seyriden miyelofibrozu tanısı konmuş ve hidroksiüre ile izlenmekte iken, sol üst kadranda ağrı yakınması ile acile başvurdu. Fizik muayenede 38,7°C ateş, dev ve ağrılı dalak dışında bir bulgu saptanmadı. Kan tetkiklerinde Hb: 9,1 gr, Htc: %27,MCV: 107 fl, lökosit 20500/mm³,trombosit 549000/mm³ saptandı. Yapılan batın ultrasonografik görüntülemde 20 cm ölçülen dalakta 64x40x38 mm boyutlarında hematomla uyumlu lezyon görüldü. Hastanın karın ağrısının giderek artması nedeniyle birkaç gün arayla bakılan kontrol batın USG'de hematoma boyutunda artma tespit edildi. Hastane yatışı esnasında pulmoner emboli geçiren hastaya Enoxaparin sodyum 0.6 cc 2x1 başlandı. Sonrasında Coumadin®'ize edilen hastanın tedavisi sırasında pulmoner emboli ile beraber portal ven, ana, sağ, sol dalı ve konfluensi ile superior mezenterik vende trombus gelişti. Enoxaparin tedavisine devam edildi. Ateş yüksekliği devam eden ve USG'de dalak lezyonunda abse formasyonu görülmesi üzerine hastaya girişimsel radyoloji ile görüştürülerek BT eşliğinde hematoma drenajı yapıldı. Drenajından alınan örnekte E. coli ve E. faecium üredi. 6 hafta Teikoplanin ve İmipenem tedavisi verilen hastanın absesi klinik ve radyolojik olarak düzeldi.

SONUÇ: Dalak abselerinde altta yatan bir hastalığın varlığı görülmektedir ve genelde tek patojene bağlı gelişmektedir. Esansiyel trombositemi kemik iliği fibrozu ve splenomegali ile seyredilebilmekte, kanama ve trombozlara zemin hazırlamaktadır. Dev dalak boyutları dışında kanama ve tromboza eğilimde bu hastada dalak hematomu ile abse oluşumunu kolaylaştırmıştır. Dalak abseleri tek patojene bağlı görülürken olgumuzda iki patojen etken olmuştur. Dalak abselerinin tedavisi esas olarak cerrahi olmasına karşın hastanın pulmoner emboli ve mezenterik vende trombozu göz önüne alınarak cerrahi yerine perkutan drenaj tedavisi ve antibiyotik tercih edilerek başarı ile tedavi edilmiştir.



Figür 1. Üst batın BT



Figür 2. Üst batın BT

P252**HİPERKALSEMİ VE RADYOLOJİK OLARAK METASTATİK KARACİĞER İLE PREZENTE OLAN NON HODGKİN LENFOMA OLGUSU**

Muharrem Koçar, Seda Akkaya Özdiç, Başak Boynueğri, Erman Özdemir, Nazlı Taştan, Ahmet Akın, Rahmi İrmak

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Hodgkin dışı lenfomaların (HDL) semptom ve bulguları tümörün ilk lokalizasyonu ve tümörün proliferasyon hızı ile ilişkilidir. Bu nedenle HDL'lar klinik olarak sessiz, agresif ve çok agresif olarak gruplandırılabilir. En sık görülen HDL tipi diffüz büyük hücreli lenfomalar olup HDL'ların %25-40'ını oluşturur. Ekstranodal lenfomalar çoğu kez nodal tutulumla birlikte. Agresif lenfomalarda karaciğer kitle lezyonları sessiz lenfomalara göre daha siktir. Primer karaciğer lenfomaları oldukça nadirdir ve genellikle agresif lenfomalar ile ilişkilidir.

OLGU: Halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, sık idrara çıkma, karında şişlik ve ağrı şikayetleri nedeniyle başvuran 58 yaşındaki erkek hastanın yapılan fizik muayenesinde batında açıklığı yukarı bakan, pozisyonla yer değiştiren matite ve kot altı 4 cm, ağrısız, künt kenarlı, düzgün kontürlü hepatomegali tespit edildi. Yapılan tetkiklerinde Hgb 12 g/dl, MCV 89 fl, trombosit 229000, lökosit 14300, sedimentasyon 82 mm/saat, üre 114 mg/dl, kreatinin 2.2 mg/dl, AST 80 U/l, ALT 37 U/l, albumin 3.1 g/dl, globülin 3.4 g/dl, LDH 1863 U/l, kalsiyum 14.8 mg/dl, parathormon normal düzeyde bulundu. Ultrasonografisinde batın içi yaygın mayi, metastatik karaciğer? saptanması üzerine yapılan batın tomografisinde de metastatik karaciğer ile uyumlu görüntü ve en büyüğü 5 cm çapa ulaşan multiple konglomere LAP izlendi. Üst ve alt GİS endoskopisi normal bulunan hastaya hiperkalsemisi yönelik olarak IV sıvı ve furosemid uygulanmasına rağmen kalsiyum düzeyi 12 mg/dl'nin altına indirilemedi. IV sıvı tedavisi sonrasında kreatinin düzeyi 1.2 mg/dl'ye düşürüldükten sonra zoledronik asit verildi. Zoledronik asit sonrası kalsiyum seviyesinde gerileme olmaması üzerine hemodiyaliz uygulandı. Kalsiyum seviyesi normal düzeye gerileyen hastanın yapılan karaciğer biyopsisinde CD 20 pozitif, diffüz büyük b hücreli lenfoma tanısı konuldu. Hastaya R-CHOP kemoterapi protokolü uygulanarak takibe alındı.

SONUÇ: Malignitelere bağlı olarak gelişen hiperkalsemi primer hiperparatiroididen sonra en sık görülen hiperkalsemi nedenidir ve hastanede yatan popülasyonda görülen hiperkalseminin en sık nedenidir. Lenfomalarda çeşitli mekanizmalarla hiperkalsemi gelişebilmektedir. Bu mekanizmaların başında 1 alfa hidroksilaz aktivitesindeki artış, ektopik parathormon salınımı, lokal osteolitik etki gelmektedir. Karaciğerdeki metastatik tutulum ile uyumlu görünüm ve hiperkalsemi ile seyreden olguların ayırıcı tanısında solid tümörlerin yanında lenfomaların da düşünülmesi gerektiğini vurgulamak için bu olguyu sunmaya karar verdik.

P253**TROMBOTİK TROMBOSİTEMİK PURPURA (TTP) OLARAK BAŞLAYAN İKİ SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS OLGUSU**

¹Fatih Yıldız, ²Pınar Kum, ¹Gökhan Morgül, ³Eren Erken, ⁴Birol Güvenç

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, ²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Onkoloji Bilim Dalı, Adana, ³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana, ⁴Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Adana

GİRİŞ: Trombotik trombositopenik purpura (TTP) nadir, fatal seyreden bir hastalıktır. Ateş, nörolojik bozukluklar, renal yetmezlik, mikroanjiopatik hemolitik anemi, trombositopeni ile karakterizedir. Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), sebebi bilinmeyen cilt, eklem, böbrek, plevra, perikard, hematolojik, nörolojik sistem gibi bir çok doku ve organı tutan, değişik bulgularla seyir eden otoimmün, sistemik kronik, inflamatuvar bir hastalıktır. TTP, SLE gibi otoimmün hastalıklarla birlikte olabilir. TTP'in pentadından ateş, santral sinir sistemi bulguları, böbrek fonksiyon bozuklukları ve trombositopeni SLE'de de sık görülmektedir.

TTP kliniği ile başvuran iki hastanın takibinde SLE tanısı konması nedeniyle TTP ve SLE birlikteliğini tartışmayı uygun gördük.

OLGU 1: 43 yaşında bayan hastada mikroanjiopatik hemolitik anemi, trombositopeni, üremi, periferik yaymada eritrositlerde fragmentasyon ve LDH yüksekliği tespit edildi. Hasta TTP olarak değerlendirilerek plazmaferez başlandı. ANA, anti-DNA ve direkt coombs pozitif saptanan hastada SLE düşünüldü. Tedavisine plazmaferez ile birlikte kombine kortikosteroid (1mg/kg) eklendi. Toplam 5 kez plazmaferez işlemine yapılan hasta tedaviye yanıt vermedi ve kaybedildi. Laboratuvar sonuçları tablo 1'de gösterilmiştir.

OLGU 2: 18 yaşında erkek hastada mikroanjiopatik hemolitik anemi, trombositopeni, üremi ve şuur bozukluğu, LDH yüksekliği ve periferik yaymada eritrositlerde fragmentasyon saptandı. Bu bulgularla TTP olarak değerlendirildi. Tedavisine plazmaferez ile birlikte kombine kortikosteroid (1mg/kg) başlandı. Takibinde ANA, anti-DNA ve direkt coombs pozitif saptanan hastaya SLE tanısı kondu. Toplam 9 işlem gerçekleştirildi. Kısmi yanıt alınan hastanın şuur bozukluğu düzeldi ancak, kendisi ve ailesi tarafından tedavinin devamı kabul edilmedi ve taburcu oldu. 2 ay sonra benzer klinikle tekrar başvuran hasta kaybedildi. Laboratuvar sonuçları tablo 1'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA: TTP primer (idiyopatik) ve sekonder nedenlere bağlı olarak gelişebilir. Patogenezde çeşitli mekanizmalar suçlanmakla birlikte mekanizma tam olarak bilinmemektedir. Hastalığın klasik pentad bulunduğunda tanı koymak zor değildir. Ancak, TTP'de görülen ateş, santral sinir sistemi bulguları, böbrek fonksiyon bozuklukları ve trombositopeni SLE'de de sık görülmektedir. TTP klasik pentadın aynı anda görülmediği hastalarda, benzer bulgular veren SLE gibi hastalıklarla karışabilmektedir. TTP'de SLE'li hastalar bildirildiği gibi literatürde SLE'li hastalarda TTP birlikteliği de bildirilmiştir. Bizim vakalarda olduğu gibi bu iki hastalığın birlikteliği kombine tedavi yapılmasına rağmen tedaviye yanıt güçleştirmektedir.

SONUÇ: TTP tedaviye rağmen mortalitesi hala yüksektir (%10-20). Ortak semptom ve bulgular bizim hastalarımızda olduğu gibi SLE ve diğer bazı sistemik hastalıklarla birlikte görülmektedir. Hastalar yakın takip edilmelidir. TTP'de sekonder nedenler mutlaka araştırılmalı ve altta yatan hastalığın tedavisi yapılmalıdır.



Tablo.

Tetkikler	Olgu1 (T. Ö)	Olgu1 (T. S)	Olgu2 (T. Ö)	Olgu2 (T. S)
WBC (x10 ⁹ /L)	8,2	8,3	4,8	11,3
Htc (%)	30	27	22	26
Hgb (g/dl)	10	9	7,8	8,7
PLT (x10 ⁹ /L)	6	1,7	3	67
ESR (mm/h)	5	8	2	2
CRP (mg/L)	85	27	3	3,8
AST (U/L)	105	117	30	179
ALT (U/L)	33	74	14	17
T. bilirubin (mg/dL)	4,4	7	1,6	0,4
D. bilirubin (mg/dL)	0,6	0,7	0,6	0,11
Sodyum (mmol/L)	136	139	140	141
Potasyum mmol/L)	4,6	4,5	5,17	3,5
Ferritin (ng/mL)	1867	1280	387	300
LDH (U/L)	3886	1750	1675	512
T. protein (g/dL)	5,6	6	7,2	6,2
Albumin (g/dL)	3,6	4	3,5	3,8
Bun (mg/dL)	48	46	17	36
Kreatinin (mg/dL)	2	1,7	1,9	0,9
ANA	+++	*	+++	*
Anti-DNA	++	*	+	*
D. Coombs	+++	*	++	*

P254

TEKRARLAYAN GEBELİK KAYIPLARINDA FAKTÖR V LEİDEN 1691 G>A VE METİLENTETRAHİDROFOLAT REDÜKTAZ 677 C>T GEN MUTASYONLARI

¹Banu Yıldız, ²Mustafa Yıldız, ¹Ömür Volkan, ¹Nazire Aladağ

¹Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. İç Hastalıkları Kliniği, ²Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

Metilentetrahidrofolat redüktaz (MTHFR) ve Faktör V Leiden, tekrarlayan gebelik kayıpları ve vasküler tromboz ile ilişkili, fonksiyonel genetik polimorfizmlerdir. Tekrarlayan gebelik kayıpları üreme çağındaki kadınların yaklaşık %2'sini etkilemesine rağmen yarısından fazlasında etyolojik bir faktör ortaya konamamaktadır. Trombofil olarak adlandırılan ve tekrarlayan gebelik komplikasyonlarına neden olabilen kalıtsal pıhtılaşma bozukluğu nedenleri arasında protein C, protein S, antitrombin III eksikliği; aktive protein C rezistansı; Faktör V Leiden 1691 G>A ve MTHFR 677 C>T gen mutasyonları yer alabilmektedir. İlk trimesterde 3 düşük anamnezli olan 35 yaşındaki hasta tekrarlayan düşük nedeni araştırılması nedeni ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayene, hemogram ve biyokimyasal tetkiklerinde herhangi bir anormallik saptanmadı. Ekokardiyografi, jinekolojik USG ve alt ekstremiteler venöz Doppler USG'si normal olarak değerlendirildi. Tiroid fonksiyon testleri, Antikardiyolipin antikor IgM (<2.0 gpl/ml), Antikardiyolipin antikor IgG (<2.0 gpl/ml), Lupus antikoagulan (negatif), Antinükleer antikor IFA (negatif), Anti-ds DNA (0.70 IU/ml), Protein C aktivitesi (%103.00), Protein S aktivitesi (%96.00), Antitrombin III (%97), Rubella IgG (pozitif), HbsAg (negatif) ve VDRL (negatif) testleri normal olarak geldi. Sitogenetik incelemede sayısal ve yapısal kromozom anomalisi saptanmadı. Hastadan izole edilen DNA örneğinde FV Leiden Heterozigot 1691 G>A ve MTHFR Heterozigot 677 C>T mutasyonu saptandı. Hasta Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği kontrolünde gebelik planlanarak, asetilsalisilik asit 100 mg ve düşük molekül ağırlıklı heparin (anoxaparin sodyum 0.6 ml) tedavisi ile takibe alındı. Sonuç olarak tekrarlayan gebelik kayıpları olan hastalarda FV Leiden ve MTHFR mutasyonlarının varlığı dikkatli bir şekilde araştırılmalıdır.

P255

GASTROİNTESTİNAL TRAKTUSUN PRİMER HODGKİN DIŞI LENFOMASI

Yaşar Çolak, Fatih Tufan, Gülistan Bahat Öztürk, Bülent Saka, Nilgün Erten, M. Akif Karan, Cemil Taşçıoğlu

¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Tüm gastrointestinal sistem (GİS) tümörlerinin %5-10'unu primer gastrointestinal lenfomalar oluşturur. GİS lenfomalarının da tamamına yakını Hodgkin dışı lenfoma (HDL) 'ler oluşturmaktadır. HDL'ler içinde primer GİS tutulumu %4-20 oranındadır. Başvuru sırasında en sık şikayetler karın ağrısı, iştahsızlık, terleme, diyare ve kilo kaybıdır. Burada kliniğimize karın ağrısı, kilo kaybı, ishal ve terleme şikayetleri ile başvuran primer GİS tutulumlu mantle cell lenfoma (MCL) olgusunu sunacağız.

OLGU: 65 yaşındaki erkek hastanın 5 ay önce karın ağrısı, ishal ve terleme şikayetleri başlamış. Bu şikayetlerine kilo kaybı (4 ayda 12 kilogram) eklenmesi üzerine tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde iskemik kalp hastalığı nedeni ile geçirilmiş CABG ve geçirilmiş kolelitomik dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde de solukluk dışında belirgin özellik saptanmadı. Tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı: 32 mm/saat, CRP: 65 mg/l, hgb: 8 g/dl, lökosit: 5500/mm3, trombosit: 225000/mm3, total protein: 5,7 g/dl,

albumin: 3,1 g/dl, gamaglobülin: 0,61 g/dl, demir: 20 ug/dl, total demir bağlama kapasitesi: 290 ug/dl, ferritin: 55 ng/ml saptandı. Diğer biyokimik tetkikleri, idrar tetkiki, elektrokardiyogram ve teleröntgenogram normal sınırlarda saptandı. Demir eksikliğine yönelik gastroskopi ve kolonoskopi planlandı. Gastrokopsinde, mide korpus ve duodenum 3.kısımda polipoid, yüzeysel ülser lezyonlar görüldü. Kolonoskopi de tüm kolonda yer yer polipoid lezyonlar saptandı. Patolojik incelemelerde lezyonların CD-20 (+), MCL ile uyumlu olduğu saptandı. Batın ve pelvik BT'de kolonda yer yer duvar kalınlaşmaları dışında batın içinde en büyüğü 30 mm olarak ölçülen çok sayıda lenf nodu saptandı. Batın içinde ek özellik saptanmadı. Toraks BT'de belirgin özellik saptanmadı. Servikal ultrasonografide özellik saptanmadı. Kemik iliği aspirasyon ve biyopsisinde belirgin özellik saptanmadı. İnce barsak tutulumunun değerlendirilmesi amacı ile yapılan kapsül endoskopisinde, gastrokopi ve kolonoskopi saptanan lezyonlar dışında jejunum ve ileumda da benzer görünümde polipoid kütle lezyonlar görüldü. Mide, duodenum, jejunum, ileum, kolon ve rektum tutulumu gösterilen ve bunun dışında organ tutulumu saptanmayan hasta gastrointestinal traktusun primer HDL'si olarak kabul edildi. İskemik kalp hastalığı olan olgunun yapılan ekokardiyografisinde ejeksiyon fraksiyonu %59 saptanması üzerine R-CHOP (rituximab, siklofosamid, adriablastin, vinkristin ve prednisolon) kemoterapisi planlandı. Kemoterapi öncesi bakılan viral serolojide HbsAg pozitif saptanması üzerine oral lamivudin 100 mg tablet 1x1 başlandı. Sonrasında kemoterapiye başlanan hastada iki kür tedavi süresince herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmadı. Genel durumu düzelen ve şikayetleri gerileyen hasta poliklinikten takip edilmek üzere servisimizden çıkarıldı.

SONUÇ: Hodgkin dışı lenfoma nadir olarak izole gastrointestinal traktus tutulumu gibi atipik tablo- larla prezante olabilir.

P256

BİRİNCİ DERECE AKRABADAN KAN TRANSFÜZYONUNA BAĞLI FATAL SEYREDEN GRAFT VERSUS HOST HASTALIĞI (GVHH)

Tuncay Şahutoğlu, H. Tahsin Özpolat, Fatih Tufan, Abdullah Şumnu, Osman Erinç, Yusuf Kayar

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

GİRİŞ: Graft versus host hastalığı (GVHH) genellikle allojenik kemik iliği nakli sonrası görülen ciddi bir komplikasyon olmakla birlikte, özellikle yakın akrabalarından taze kan transfüzyonuna bağlı olarak sağlıklı bireylerde de görülebilmektedir.

OLGU: Elli sekiz yaşındaki erkek hasta acil polikliniğimize kol ve bacaklarda şişlik, vücutta yaygın kızamık, dil ve damakta şişlik, nefes darlığı ve hırıltılı solunum nedeniyle başvurdu. 3,5 yıl önce yüksekten düşme sonucu gelişen çene eklemi osteoartrozu nedeniyle başvurusundan 20 gün önce temporomandibuler eklemeye yönelik ameliyat yapılmış. Postop dönemde anemisi nedeniyle kızından bir ünite kan alınarak hastaya transfüze edilmiş ve bir hafta sonra öksürük ve el ve ayaklarında şişlik gelişmiş. Başvurduğu hastanede antibiyoterapi başlanmış, birkaç gün sonra vücudunda kızamık ve sarılık gelişmiş. HBV, HCV, EBV, CMV ve Parovirüs B19 etkenlerine yönelik serolojik tetkikler negatif bulunmuş ve antibiyotikler kesilmiş. Transaminaz ve kolestat enzimleri 5 kat ve LDH değeri 2 kat yüksek, lökosit 5600/mm3, hemoglobin: 11,8 gr/dL, hematokrit: %35, trombosit: 114000/mm3 saptanmış. Üç gün sonra ise lökosit: 2250/mm3, trombosit: 68000/mm3 bulunmuş. Tarafımıza başvurmadan üç gün önce kol ve bacaklarındaki şişlik, vücudundaki yaygın kızamıklığı ve sarılığı giderek artmış, dil ve damakta şişlik ve nefes darlığı şikayetleri de eklenmiş. Muayenesinde şuru açtı, hafif pretibial ödemi, ikteri ve vücutta yaygın deriden kabark olmayan, basmakla solmayan, birleşme eğilimi gösteren eritemli lezyonları dikkatli kekti. Kan basıncı normaldi, taşikardi ve taşipnesi, akciğer oskültasyonunda bilateral yaygın raller ve ekspirasyonda uzama dışında fizik muayenesi normaldi. Tetkiklerinde lökosit 500/mm3, nötrofil 0/mm3, lenfosit 500/mm3, hemoglobin 10,5 gr/dL, hematokrit %31, trombosit 31000/mm3, glukoza 135 mg/dL, BUN 25 mg/dL, kreatinin 0,5 mg/dL, Na 117 mEq/L, K 5,0 mEq/L, Cl 92 mEq/L, Ca 6,2 mg/dL, P 1,6 mg/dL, albumin 2,5 g/dL, ALP 260 IU/L, AST 29 IU/L, ALT 139 IU/L, LDH 446 IU/L, GGT 471 IU/L, total bilirubin 6 mg/dL, direkt bilirubin 3,3 mg/dL, CRP 168 mg/dL saptandı. Deriden alınan punch biyopsisi akut GVH grade II olarak sonuçlandı. Üç gün aralıklı olarak günde 1 gram metilprednizolon ve idame olarak 40 mg/gün metilprednizolon, filgrastim, bronkodilatör ve maske oksijen tedavisi uygulandı. Takibinde febril nötropeni kliniği gelişti ve Sefepim 2x2 gr tedavisi başlandı. Genel durumu giderek kötüleşen hasta entübe edilerek yoğun bakım ünitesine alındı ancak 2 gün sonra vefat etti.

SONUÇ: Bu vakadake benzer anamnez ve fizik muayene bulguları ile başvuran bir hastada akut graft versus host hastalığını düşünmek gerekir. Tanı konulmasından daha da önemlisi mortalitesi %90'a aşan bu komplikasyonun sıklığının azaltılması için transfüzyon endikasyonunun iyi belirlenmesi ve yakın akrabalar arasında kan alışverişinin yapılmaması gerektiğini düşünmekteyiz.

P257

HODGKİN DIŞI LENFOMANIN KARACİĞER TUTULUMUNA BAĞLI PRESİNÜZİDAL PORTAL HİPERTANSİYON

¹Tuncay Şahutoğlu, ¹Emre Yılmaz, ¹Tuğrul Elverdi, ¹Fatih Tufan, ¹F. Necati Avşar, ²Brahim Altun, ³H. Gamze Çelik, ¹Yaşar Çolak, ¹Cemil Taşçıoğlu

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Istanbul Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, ³Istanbul Üniversitesi, Kardiyoloji Enstitüsü

GİRİŞ: Hodgkin dışı lenfoma birçok klinik tablo ile karşımıza çıkabilir. Karaciğer tutulumu sonucunda hepatit, kolestat veya portal hipertansiyon oluşabilir. Burada karaciğer infiltrasyonuna bağlı presinüzoidal portal hipertansiyon saptanan bir Hodgkin dışı lenfoma olgusu sunuldu.

OLGU: Kırk yedi yaşında, halsizlik, kilo kaybı, karın şişliği, gece terlemesi ve ateş yakınmaları ile başvurdu. Özgeçmişinde hepatit B taşıyıcılığı dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde yaygın ağrısız sert kıvamda lenfadenomegali, hepatosplenomegali ve asit vardı; kronik karaciğer hastalığının periferik bulguları yoktu. Tetkiklerinde lökosit 43800/mm3, trombosit 884000/mm3, hemoglobin 8.1 gr/dl, hematokrit %25, MCV 86 fl, nötrofil 23000/mm3, lenfosit 18000/mm3, sedimentasyonu 101 mm/saat, kreatinin 0.6 mg/dl, BUN 11 mg/dl, ALP 182 U/L, AST 16 U/L, ALT 8 U/L, LDH 622 U/L, total bilirubin 0.2 mg/dl, total protein 3.3g/dL, albumin 1.4 g/dL, gammaglobulin 1g/dL saptandı. Protrombin zamanı ve parsiyel trombotik zamanı normaldi. Asit analizi portal hipertansif tipteydi ve asidin sitolojik incelemesinde atipik

hücre görülmedi. Batın bilgisayarlı tomografisinde paraaortik konglomere lenf düğümleri ve hepatosplenomegali tespit edildi, portal ve hepatic venleri açıldı. Kemik iliği ve inguinal lenf düğümü biyopsilerinde CD5 (-), CD20 (+) ve bcl-1 (+) mantle hücreli lenfoma infiltrasyonu saptandı. Gastroskopolisinde özefagus varisleri saptanan hastada portal hipertansiyonun etiyolojisini belirlemek için karaciğer biyopsisi yapıldı ve karaciğerde yaygın lenfoma infiltrasyonu saptandı. Hepatit B taşıyıcılığı nedeniyle kemoterapi öncesinde 100 mg/gün lamuvidin profilaksisi başlandı. Üç kür CEOP (siklofosamid, adriablastin, vinkristin ve prednisolon) tedavisi sonrası hepatosplenomegali ve lenfadenopatileri gerilemedi, asidi ve inguinale kadar uzanan splenomegali nedeni ile hastanın belirgin solunum sıkıntısı gelişti. Hastanın semptomlarını ve tümör yükünü azaltmak için splenektomi yapıldı. Operasyondan bir hafta sonra 380C'yi aşan ateşi çıktı, asit incelemesi eksiada karakterinde lenfosit ağırlıklı olarak sonuçlandı. Hemokültür, idrar kültürü ve asit kültürleri steril kaldı. Antibiyoterapiye rağmen asit hücre sayısı kontrolünde artış saptandı ve asit sitolojisinde büyük oranda atipik lenfositler tespit edildi. Sağ plevrada daha belirgin efüzyonu gelişti ve plevra mayinin sitolojik incelemesinde atipik lenfositler belirlendi. Ateşin hastalık ateşi olduğu düşünüldü. Üç kür daha CEOP verilmesine rağmen progresyon olması nedeniyle bu tedaviye refrakter kabul edilerek rituximab, bortezomib ve dexametazon protokolü başlandı. İlk kür sonrası ateşi, asiti ve plevral efüzyonu geriledi ve ayakta poliklinik takibine alındı.

SONUÇ: Hodgkin dışı lenfomanın karaciğer infiltrasyonu portal hipertansiyon nedenleri arasındadır. Lenfomasi olan hastalarda asit geliştiğinde lenfomanın karaciğer tutulumuna bağlı presinüzoidal portal hipertansiyon ve lenfomanın periton tutulumu akla getirilmelidir.

P258

MERKEZİ SİNİR SİSTEMİ TUTULUMU İLE PREZENTE OLAN NADİR BİR MULTİPL MİYELOMA OLGUSU

¹Ayşe Nur Tufan, ¹Ramazan Kurt, ¹Resul Kahraman, ³Tülay Özçelik, ²Sevgi Kalayoğlu Beşişik, ²Deniz Sargın

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı, ³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Multipl miyelomda nörolojik komplikasyonlar sıklıkla görülebilir. Ayırıcı tanıda periferik nöropatiler, spinal radikulopatiler, spinal kord kompresyonu, metabolik ensefalopatiler ve merkezi sinir sistemi enfeksiyonları yer alır. Merkezi sinir sistemi infiltrasyonu, diğer malignitelerde daha sık görülürken multipl miyelomda nadirdir. Burada leptomeningeal ve serebellar parenkimal infiltrasyonu olan bir olgu sunuldu.

OLGU: Elli beş yaşında kadın hasta çift görme ve görmede bulanıklık şikayeti ile başvurdu. On yıl önce multipl miyelom (immunglobulin D kappa tipi) tanısı konulan ve kemoterapiye kısmi yanıtı olan hastaya tanı sonrası birinci yılında yüksek doz melfalan protokolü ile olog kök hücre nakli yapılmış. Nakil sonrası dördüncü yılında kemik iliği tekrar infiltre bulunan hastaya kemoterapi ve radyoterapi protokolü başlanmış. Nakil sonrası 10. yılında bortezomib+siklofosamid+deksametazon tedavi protokolü ile takip edilirken kemik iliği tedaviye yanıtı olan hasta yukarıda bahsedilen şikayetlerinin gelişmesi üzerine başvurdu. Kemik iliğinde plazma hücre infiltrasyonu %10'dan az olan hastanın metabolik parametrelerinde patolojik bir özellik yoktu. Çekilen kranyal manyetik rezonans görüntülemesinde leptomeningeal myelomatosis ve serebellar hemisferde myelom tutulumu ile uyumlu patolojik kontrast tutulumu saptandı. Alınan beyin omurilik sıvısında yoğun plazma hücre infiltrasyonu izlendi. Hastaya intratekal metotrexate+deksametazon tedavi protokolü ve radyoterapi başlandı. Bu tedavilerle şikayetleri kısmen geriledi ve poliklinik takibine alındı.

SONUÇ: Burada kemik iliği remisyondayken nadir görülen bir ekstrapredüller tutulum ile prezente olan multipl miyelom vakası sunulmuştur. Merkezi sinir sistemi bulguları ile başvuran multipl miyelom hastalarında ayırıcı tanıda öncelikle enfeksiyon hastalıkları düşünülmeli, ancak kemik iliği remisyonunda dahi olsa hastalığın merkezi sinir sistemi tutulumunun da söz konusu olabileceği akılda tutulmalıdır.

P259

EDİNSEL İHTİYOZİS İLE PREZENTE OLAN BİR HODGKIN DIŞI LENFOMA: OLGU SUNUMU

¹Ayşe Nur Tufan, ³Emine Nur Rıfaioğlu, ⁴Tülay Özçelik, ²Sevgi Kalayoğlu Beşişik, ²Deniz Sargın

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı, ³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, ⁴Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Edinsel ihtiyozis hematolojik malignitelere, sarkoidoz ve hipotiroidizm gibi bazı sistemik hastalıklara eşlik edebilen bir cilt bulgusudur. Burada yaygın cilt kuruluğu ile başvuran ve Hodgkin dışı lenfoma tanısı konan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Elli dört yaşında kadın hasta tüm vücutta yaygın kuruluk, ateş ve sol bacak şişliği ile başvurdu. On beş yıldır cilt tarzında cilt döküntüleri olan hastaya başvurusundan üç yıl önce mikozis fungoides tanısı konularak Psoralen+ultraviyole A tedavisi uygulanmış ve remisyonunda izlenmekteymiş. Başvurusundan iki ay önce özellikle akşam saatlerinde çıkan ateşi ve halsizliği, daha sonra da sol bacak şişliği ve yaygın cilt kuruluğu belirmiş. Dermatoloji konsültasyonunda mevcut cilt bulguları mycosis fungoides ile uyumlu bulunmadı. Yapılan cilt biyopsisinde hafif hiperkeratoz, papiller dermiste seyrek melanofajlar izlendi. Sol bacak şişliği için yapılan ultrasonografide inguinal alanda yüzeysel ve derin patolojik boyutta heterojen hipoeoik multipl lenfadenomegali saptandı. Inguinal alandan yapılan ekzisyonel lenf düğümü biyopsisi sonucu CD 30 (+) anaplastik büyük hücreli lenfoma olarak bulundu. Görüntülemelerinde sol juguler, supraklavikuler, paraaortokaval, sol inguinal, bilateral common iliak zincirlerde multipl lenfadenopati tespit edildi. Yapılan kemik iliği biyopsisi normosellüler saptandı. Hasta aldığı kemoterapi protokolleri sonrası kısa sürede nüks etti. Tanı sonrası dokuzuncu ayda BEAM hazırlama rejimi ile olog kemik iliği nakli yapılan hasta nakil sonrası birinci haftasında septik şok tablosu ile kaybedildi.

SONUÇ: Edinsel ihtiyozis, sistemik bir hastalığın bulgusu olabilir. Bu bulgu basit bir cilt bulgusu olarak yorumlanmamalı, alatta yatan ciddi sistemik hastalıklar söz konusu olabileceği için dikkatli ve geniş bir değerlendirme yapılmalıdır.

P260

BİLATERAL ATİPİK MİYELOMATÖZ PLEVRAL EFFÜZYON OLGUSU

¹Ayşe Nur Tufan, ¹Fatih Tufan, ³Tülay Özçelik, ²Sevgi Kalayoğlu Beşişik, ²Deniz Sargın

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı, ³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Multipl miyelom (MM) 'da plevral efüzyon (PE) %6 oranında görülür. Etiyoloji multifaktördür ve MM infiltrasyonuna bağlı PE oldukça nadir görülür (< %1). Olguların %80'i IgA tipi miyelomdur. Multipl miyelomda intraplevral kemoterapi literatürde bir kaç olgu ile sınırlıdır. Burada intraplevral kemoterapi de uygulanan bilateral miyelomatöz PE olgusu sunuldu.

OLGU: Kırkbeş yaşında kadın hasta nefes darlığı ve kilo kaybı şikayeti ile başvurdu. Başvurusundan iki yıl önce nefrotik sendrom kliniği ile yatırılarak tetkik edilmiş ve o dönemde böbrek biyopsisi ve laboratuvar değerleri ile amiloidoz dahil olmak üzere her hangi bir etiyoloji saptanamamış. Hastaya 1 mg/kg/gün metilprednisolon başlanılarak takibe alınmış. Takibinin 13. ayında protein elektroforezinde 1.37 g/dl M-bandi saptanan hastanın kemik iliği biyopsisinde yama tarzı ve interstiyel karakterde atipik plazma hücre infiltrasyonu saptanmış. Yapılan değerlendirmesinde evre IIA IgA kappa tipi MM tanısı konulan hastaya uzun süre steroid tedavisi öyküsü nedeniyle bortezomib ve siklofosamid tedavisi başlanmış. Beşinci kür tamamlanan ve kemik iliği tedaviye kısmi yanıtı olan, proteinürisi olmayan hasta nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Yapılan değerlendirmesinde solda transuda vasfında PE saptandı. Kliniğinde böbrek, karaciğer veya kalp yetersizliği tablosu yoktu. Spesifik ve nonspesifik mikrobiyolojik etken tespit edilemedi. Sitolojik incelemede özellik saptanmadı. Diüretik ve albümin desteğine rağmen efüzyon kontrol edilemediği için boşaltıcı torasentez ve sonunda talk plörodezis uygulandı. Takibinde sağ tarafta eksiada vasfında PE gelişti. Yapılan sitolojik değerlendirmede yoğun plazma hücre infiltrasyonu görüldü. Hipotansiyona eğilimi olan hastanın yapılan ekokardiyografisinde minimal perikardiyal efüzyon ve kardiyak amiloidoz ile uyumlu infiltratif kardiyomyopati tespit edildi. Soldaki efüzyondan da plörodezis sonrası tekrarladığı görüldü. Yapılan plevra biyopsisinde amiloidoz infiltrasyonu saptanmadı. Hastanın sırasıyla sağ ve sol tarafta toraks tüpü ile drenaj ihtiyacı oldu. Kemoterapi protokolü devam eden hastanın sekizinci kür bortezomib tedavisi 1-4-8-11.günlerde iki eşit doza bölünmek üzere intraplevral olarak uygulandı. Bu tedaviler sonrası hastanın PE'de %80'e yakın gerileme ve belirgin klinik rahatlama oldu. Ancak klinik takipte kısa süre içinde efüzyonları tekrarlayan hasta tedaviye cevapsız ekstrapredüller tutulumlu multipl miyelom vakası olarak kaybedildi.

SONUÇ: Nefrotik sendrom izole veya MM ile birlikte olan primer amiloidozda sık görülen bir başvuru şeklidir. Ancak başlangıçta tanı konamayabilir. Transuda vasfında PE primer amiloidoz seyriinde de görülebilir de burada tekrarlayan ve takibinde sitolojik pozitif bulunan PE nedeniyle miyelomatöz infiltrasyon düşünüldü. Intraplevral kemoterapi MM'de sayılı olguda kullanılmıştır ve başlangıçta yanıt alındığı bildirilmiştir. Ancak ekstrapredüller tutulum MM için başlı başına bir kötü prognoz göstergesidir.

P261

LENFOPROLİFERATİF HASTALIK GİBİ PREZENTE OLAN SİSTEMİK MASTOSİTOZ OLGUSU

¹Tuncay Şahutoğlu, ¹Emre Yılmaz, ¹Tuğrul Elverdi, ¹F. Necati Avşar, ²İbrahim Altun, ³H. Gamze Çelik, ¹Fatih Tufan, ¹Yaşar Çolak, ¹Cemil Taşçıoğlu

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ³İstanbul Üniversitesi Haseki Kardiyoloji Enstitüsü

GİRİŞ: Sistemik mastositoz, mast hücreleri ve öncülerinin klonal bir hastalığıdır. Klinik bulguları bu hücrelerin kemik iliği, cilt, gastrointestinal kanal, karaciğer ve dalak gibi organları infiltre etmesine bağlı ortaya çıkar. Genellikle kaşıntı, allanma, karın ağrısı ve ishal gibi semptomlarla ortaya çıksa da bazen burada sıklıkla olduğu gibi lenfoproliferatif hastalıklar taklit edebilir.

OLGU: Önceden bilinen bir hastalığı olmayan 74 yaşında kadın hasta 1 ay önce başlayan 380C'yi bulan ateş, halsizlik, kilo kaybı ve yaygın vücut ağrıları ile başvurdu. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, deri katlanma bölgelerinde deriden kabarkı oldukça geniş, mor renkli plakları, hepatosplenomegali dışında bir patoloji yoktu. Laboratuvar incelemesinde sedimentasyon: 91 mm/saat, lökosit: 5300/mm3, nötrofil: 3700/mm3, lenfosit: 800/mm3, hemoglobin: 9.1 gr/dl, hematokrit: %30, MCV: 69 fl, BUN: 15 mg/dL, kreatinin: 0.7 mg/dL, ürik asit: 7.2 mg/dL, Na: 138 mmol/L, K: 3.6 mmol/L, Cl: 100 mmol/L, Ca: 9.1 mg/dL, P: 3 mg/dL, ALP: 1064 U/L, GGT 54 U/L, AST: 9 U/L, ALT: 5 U/L, LDH: 310 U/L, total protein: 6.9 g/dL, albümin: 2.28 g/dL, gammaglobulin: 1.88 g/dL, demir: 16 /dL, TDBK: 140 ug/dL, Ferritin: 604 ng/mL, TSH: 0.237 mIU/L, VitB12: 1439 pg/ml, Folat: 7.6 ng/ml, iPTH: 63 pg/ml saptandı. Batın BT'de hepatomegali, splenomegali, dalak parankiminde yama tarzında multiple hipodens lezyonlar, batın içinde yaygın yaklaşık 1 cm boyunda lenfadenopati saptandı. Toraks BT'de prevasiküler, paratrakeal, prekarinal, subkarinal en büyüğü kısa aksı 1.5 cm olan lenf nodları izlenmiş. Kemik iliği biyopsisinde CD68, CD117 ve triptaz pozitif boyanan yaygın nodüler infiltrasyon gösteren neoplastik mast hücreleri saptandı. Tüm vücut kemik sintigrafisinde dejeneratif değişiklikler dışında patoloji saptanmadı. Deri lezyonlarından alınan biyopside mast hücre infiltrasyonu belirlendi. Bu bulgularla hasta sistemik mastositoz olarak değerlendirildi ve kemoterapisi için hematoloji polikliniğine yönlendirildi.

SONUÇ: Genellikle lenfoproliferatif hastalıkların başvuru tablosu olan lenfadenopati ve hepatosplenomegalinin ayırıcı tanısında sistemik mastositoz da yer alır. Kaşıntı, döküntü, allanma, karın ağrısı ve ishal gibi semptomların varlığı sistemik mastositozu düşündürmelidir.



P262

GERİATRİK HASTADA İSİM BENZERLİĞİ NEDENİYLE YANLIŞ İLAÇ KULLANIMINA BAĞLI HİPOGLİSEMİ: OLGU SUNUMU

Fatih Tufan, Ahmet Ekmekçi, Suut Göktürk, Mustafa Akdemir, Ercan Bıçakçı, Mehmet Beşiroğlu, Timur Selçuk Akpınar

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Yaşlı hastalarda hipoglisemi adrenerjik belirtilerden çok nöroglikopenik bulgularla ortaya çıkabilir ve birçok nörolojik tablodan biri ile kendini gösterebilir. Yaşlı hastaların genellikle çok sayıda ilaç kullanmaları nedeniyle ayırıcı tanıda ilaç yan etkileri her zaman akılda bulundurulmalı ve ilaç anamnezi ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Konfüzyonla acil servislere başvuran hastalarda hipoglisemi çok önemli yer tutar ve tedavi ile çok hızlı düzeldiği ve erken müdahale gerektirdiği için ayırıcı tanıda en başta akla getirilmesi gereken durumdur. Burada konfüzyon tablosu ile başvuran ve hipoglisemisi tespit edilen diyabetik olmayan bir yaşlı hasta sunuldu.

OLGU: Yetmiş altı yaşındaki erkek hasta konfüzyon tablosu ile başvurdu. Hipertansiyon ve benign pozisyonel vertigo hikayesi mevcuttu. Diabetes mellitus anamnezi yoktu. Fizik muayenesinde şuuru kapalı idi, diğer sistem muayenelerinde patolojik özellik yoktu. Bakılan kapiller kan şekeri 30 mg/dl bulundu. Başlanan %20 dextroz tedavisi sonrasında şuuru hızla düzeldi. Ancak %20 dextroz kesildikten kısa süre sonra yeniden konfüzyonu gelişti, hipoglisemisi tespit edildi ve yine %20 dextroz tedavisi ile şuuru düzeldi. Hasta ve yakınları (iki oğlu) ayrıntılı olarak sorgulandığı halde herhangi bir oral antidiyabetik veya insülin kullanımı olmadığı öğrenildi. Eşinin diyabetik olduğu öğrenildi ancak hasta yakınlarının ilaçlarının ayrı tutulduğu ve kesinlikle eşinin ilaçlarını kullanmadığı söylendi. Diğer laboratuvar incelemelerinde patolojik bulgu saptanmadı (elektrolitleri, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlardaydı). C-peptid ve insülin düzeyleri yüksek bulundu. Parenteral glukoz desteği ancak 24 saat sonunda kesilebildi ve daha sonraki takiplerinde kan şekeri değerleri normal sınırlarda seyretti. Hastanın çıkış işlemleri sırasında gelen üçüncü oğlu yeniden ilaç anamnezi açısından sorgulandığında hastanın benign pozisyonel vertigo nedeniyle Betaserc (betahistin) isimli ilacı kullandığı ve bu ilacı bittiği için aynı ilaç olduğunu düşündükleri ve eşinin kullanmakta olduğu Betanorm (gliclazid) isimli ilacı verdiklerini ifade etti.

SONUÇ: Hipoglisemi özellikle yaşlı hastalarda atipik prezentasyonlar ile ortaya çıkabilir. Yaşlı hastalarda ilaç yan etkileri özellikle ön planda akılda tutulması gerekli olan durumlardır. Hasta ve yakınlarının ilaçları ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Bu olguda olduğu gibi hasta veya yakınları tarafından isim benzerliği olan ilaçlar aynı ilaç sanılıp istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Hipoglisemi konfüzyon ile başvuran hastalarda öncelikli olarak düşünülüp tedavi edildiğinde yüz güldürücü sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir. Ancak tanı ve/veya tedavide geç kalındığında kalıcı sekillere yol açabilir.

P263

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ'NDE TEDAVİ GÖREN GERİATRİK HASTA GRUBUNUN TANI VE YATIŞ SÜRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ümmügül Üyetürk, Yeliz Bilir

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Ülkemizde sağlık alanındaki gelişmeler ve yaşam koşullarındaki iyileşmeler sonucu yaşlı nüfus artmaktadır. Yaşlanmayla oluşan morfolojik ve fizyolojik değişimler sonucu organlar ve sistemler etkilenmekte, kronik hastalıklar ve bunların akut alevlenmelerine maruziyet artmaktadır. Geriatrik hasta grubunda bu yüzden hastaneye yatarak tedavi gereksinimi olmakta ve yatış süreleri uzamaktadır. Bu çalışmada hastanemizde tedavi gören geriatrik hastaların hastaneye yatış tanıları ve yatış süreleri ile geriatrik olmayan hastalar arasında fark olup olmadığının araştırılması amaçlandı.

MATERYAL VE METOD: Hastanemizde 1 Ocak- 30 Haziran 2008 tarihleri arasında yatarak tedavi gören hastalar retrospektif olarak araştırıldı. Hastaların yatış tanıları ve süreleri kaydedildi. Veriler SPSS programında ki-kare ve p-student testi kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR: Hastanemizde yatarak tedavi gören toplam 218 hastanın 83'ü (%38.07) geriatrik yaş grubundaydı. Bu yaş grubundaki hastaların 37'si (%44.6) erkek, 46'sı (%55.4) kadındı.

Geriatrik grupta 47 (%56.6) hastayla hipertansiyon (HT), 44 (%53) hastayla diabetes mellitus (DM), 22 (%26.5) hastayla koroner arter hastalığı, 21 (%25.3) hastayla böbrek hastalığı, 14 (%16.9) hastayla kronik obstruktif akciğer hastalığının (KOAH) en sık rastlanılan yatış tanıları olduğu saptandı. Geriatrik grup ile diğer grubun yatış tanıları karşılaştırıldığı zaman HT, KOAH ve koroner arter hastalığının geriatrik hasta grubunda daha fazla görüldüğü, DM ve böbrek hastalığı açısından ise gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmadığı tespit edildi.

Yatış süreleri incelendiği zaman geriatrik yaş grubunun yatış süresinin 13.46 ± 7.97 gün, geriatrik olmayan yaş grubunun ise 12.23 ± 9.98 gün olduğu, aralarında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı bulundu.

SONUÇ: Yaşlanma, önüne geçilmesi mümkün olmayan biyolojik, kronolojik ve sosyal bir olgudur. Bu yüzden geriatrik grubun özellikle kronik hastalıklarıyla yaşamlarını rahat olarak devam ettirmeleri ve hastaneye yatış oranlarını azaltmak için düzenli takipleri, hasta ve yakınlarının eğitimi gereklidir. Ayrıca kronik hastalıklarıyla uğraşan, bellek ve algılama sorunları olan geriatrik hastalara psikolojik desteğinin sağlanması önemlidir.

Tablo.

		Geriatrik olmayan grup		Geriatrik grup		χ^2	p
		n	%	n	%		
Hipertansiyon	yok	71	52.6	39	47	0.646	0.422
	var	64	47.4	44	53		
Diyabetes mellitus	yok	81	60	36	43.4	5.714	0.017
	var	54	40	47	56.6		
Koroner arter hastalığı	yok	103	76.3	62	74.7	0.071	0.789
	var	32	23.7	21	25.3		
Kronik obstruktif akciğer hastalığı	yok	128	94.8	69	83.1	8.058	0.005
	var	7	5.2	14	16.9		
Böbrek hastalığı	yok	122	90.4	61	73.5	10.862	0.001
	var	13	10.4	22	26.5		

P264

HASTANEMİZ İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ'NDE TEDAVİ GÖREN GERİATRİK HASTALARIN GENEL ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ümmügül Üyetürk, Yeliz Bilir, Akın Bilir

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat Merkez 1 Nolu Bağlar Sağlık Ocağı

GİRİŞ VE AMAÇ: Tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ve koruyucu hekimlik uygulamalarıyla insanların yaşam süreleri tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de uzamıştır. Buna bağlı kronik hastalıkların artmasıyla sık, uzun süreli hastaneye yatma gereksinimi ve mortalitede artma görülmektedir. Bu açıdan hastanemizde tedavi gören geriatrik hastaların genel özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

MATERYAL VE METOD: Hastanemiz iç hastalıkları kliniğine 10 Ocak-30 Haziran 2008 tarihleri arasında tedavi gören hastalar retrospektif olarak araştırıldı. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, taburcu şekilleri kaydedildi. Hastalar geriatrik ve geriatrik olmayan şeklinde iki gruba ayrıldı. Veriler SPSS istatistik programında ki-kare ve p-student test kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 218 hasta alındı. Bu hastaların 83'ü (%38.07) geriatrik yaş grubunda, 135'i (%61.93) geriatrik olmayan yaş grubundaydı.

Geriatrik yaş grubunda 83 (%38.07) hastanın 37'si (%44.6) erkek, 46'sı (%55.4) kadındı. Geriatrik olmayan yaş grubundaki 135 (%61.03) hastanın 52'si (%38.5) erkek, 83'ü (%61.5) kadındı. Her iki grup arasında istatistiksel olarak cinsiyet yönünden önemli fark olmamakla birlikte, genç grupta kadınların oranının erkeklerle göre daha yüksek olduğu ve yaşın artmasıyla birlikte bu oranın birbirine yaklaştığı bulundu.

Taburcu şekilleri açısından geriatrik grupta 51 (%61.4) hastanın iyileştiği, 14 (%16.9) hastanın haliyle, 9 (%10.8) hastanın sevk edildiği, 6 (%7.2) hastanın başka bölüme devredildiği, 3 (%3.6) hastanın exitus olduğu, genç grupta ise 102 (%75.6) hastanın iyileştiği, 13 (%9.6) hastanın haliyle, 17 (%12.6) hastanın sevk edildiği, 2 (%1.5) hastanın başka bölüme devredildiği, 1 (%0.7) hastanın exitus olduğu görüldü. Genç grupta iyileşme oranının yüksek, geriatrik grupta düşük olduğu bulundu.

SONUÇ: Hastanede tedavi gören geriatrik hastalar yüksek orandaydı. Bu hastaların daha fazla multidisipliner bir yaklaşım ve tedaviye gereksinimleri mevcuttu. Bu hastalarda hastaneye yatma oranını ve tedavi maliyetlerini azaltmak amacıyla hasta ve yakınlarına verilen eğitim artırılmalıdır. Takipleri, tedavileri daha düzenli yapılmalıdır.

Tablo.

Taburcu şekli	Geriatrik olmayan grup		Geriatrik grup		χ^2	p
	n	%	n	%		
İyileşme	102	75.6	51	61.4	10.484	0.033
Haliyle	13	9.6	14	16.9		
Sevk	17	12.6	9	10.8		
Başka bölüme devir	2	1.5	6	7.2		
Exitus	1	0.7	3	3.6		
Toplam	135	100	83	100		

P265
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN GERİATRİK DİYABETES MELLİTUSLU HASTALARA EŞLİK EDEN HASTALIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Ümmügül Üyetürk, ¹Binnur Şengezer, ²Çiğdem Usul Afşar

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tokat, ²SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Yaşlanma ile ilişkili bir hastalık olan diyabetes mellitus (DM) ve glikoz intoleransının prevalansı yaş ilerledikçe artmaktadır. Ayrıca yaşlılarda DM genellikle fark edilmemekte ve hastaların çoğunda teşhis edilmemektedir. Eşlik eden hastalıklar takip ve tedavide zorluklara neden olmaktadır. Bu çalışmada polikliniğimize başvuran diyabetik hastalarda geriatrik yaş grubunda bulunanların ve bu gruptakilere eşlik eden hastalıkların sıklığının araştırılması amaçlandı.

MATERYAL VE METOD: İç hastalıkları polikliniğimize 1 Ağustos -31 Ekim 2007 tarihleri arasında başvuran diyabetik hastalar retrospektif olarak araştırıldı. DM tanısı alanların yaşları ve ek hastalıkları kaydedildi. Veriler istatistiksel olarak SPSS programı kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 199 hastanın 38'i (%19.09) geriatrik grupta, 161'i (%80.91) geriatrik olmayan gruptaydı. Geriatrik grupta en fazla 29 (%76.3) hastayla hipertansiyon (HT), 7 (%18.4) hastayla hiperlipidemi (HL), 4 (%10.5) hastayla konjestif kalp yetmezliği, 3 (%7.9) hastayla osteoporoz, 2 (%5.3) hastayla koroner arter hastalığı (KAH) ve hipertiroidi eşlik etmekteydi. İstatistiksel olarak sadece KKY'nin geriatrik grupta, geriatrik olmayan gruba göre anlamlı olarak daha fazla görüldüğü saptandı.

SONUÇ: Yaşlanmayla meydana gelen anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişimlere bağlı olarak işitme ve görme duyuları, söyleneni almayabilme yetenekleri azalmış olabilir. Buna bağlı olarak vücutlarındaki değişimleri tam algılayamazlar veya algıladıklarında ise hastalık olarak değerlendiremeyebilirler. Bu çalışmada geriatrik diyabetik grupta olması muhtemel hastalıkların oranlarının düşük bulunması, geriatrik grupta ek hastalıkların özellikle şikayet vermedikçe sorgulanmadığı sonucuna ulaştırıldı. Yaşlanma sürecinde görülen hastalıklar açısından hastalar şikayet vermese bile özellikle diyabet ve olası komplikasyonları açısından sorgulanmalı, tahlil ve periyodik muayeneleri ihmal edilmemelidir.

Tablo.

	Yaş grupları			χ	p
	Geriatrik grup Geriatrik olmayan grup Toplam				
	n (%)	n (%)	n (%)		
Hipertansiyon				2.133	0.144
Yok	9 (23.7)	61 (37.9)	70 (35.2)		
Var	29 (76.3)	100 (62.1)	129 (64.8)		
Hiperlipidemi				0.097	0.755
Yok	31 (81.6)	125 (77.6)	156 (78.4)		
Var	7 (18.4)	36 (22.4)	43 (21.6)		
Koroner arter hastalığı				-	1.000
Yok	36 (94.7)	150 (93.8)	186 (93.9)		
Var	2 (5.3)	10 (6.3)	12 (6.1)		
Konjestif kalp yetmezliği				-	0.013*
Yok	34 (89.5)	159 (98.8)	193 (97)		
Var	4 (10.5)	2 (1.2)	6 (3)		
Hipertiroidi				-	0.650
Yok	36 (94.7)	155 (96.3)	191 (96)		
Var	2 (5.3)	6 (3.7)	8 (4)		
Osteoporoz				-	0.085
Yok	35 (92.1)	158 (98.1)	193 (97)		
Var	3 (7.9)	3 (1.9)	6 (3)		

P266
BAKİMEVİNDE KALAN YAŞLI POPÜLASYONDA ANEMİ İLE KOGNİTİF FONKSİYONLAR VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

M. Hakan Terekeci, Yaşar Küçükardalı, Yalçın Önem, Burak Şahan, Alev Akyol Erikçi, Özkan Sayan, Selim Nalbant, Cihan Top, Çağatay Öktenli
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi

AMAÇ: Çalışmamızda yaşlı popülasyonda aneminin kognitif fonksiyonlar ve günlük yaşam aktivitesi üzerine olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Toplam 180 geriatrik hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalarla yüzyüze görüşülerek günlük yaşam aktiviteleri ve kognitif fonksiyonları değerlendirildi. Kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi için Folstein'in minimal durum değerlendirme testi uygulandı. Çalışmamızdaki popülasyonda yaş aralığı 65 ile 91 arasında olup ortalama yaş 71,5±5,1 idi. Çalışma grubu olguların 54'ü (%30) anemik olarak saptandı.

SONUÇLAR: Çalışma grubunun temel parametreleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Anemik grupta hemoglobin konsantrasyonu ortalama 10,4 gr/dl iken bu değer anemisi olmayan grupta 13,6 gr/dl olarak bulundu. Albümin, vücut kitle indeksi, minimal durum değerlendirilmesi ve günlük yaşam aktivitesi skorları anemisi olan grupta anemisi olmayanlara göre daha düşüktü ve bu düşüklük istatistiksel olarak anlamlıydı. Anemik grup olgular banyo yapma (p=0.03), giyinme (p=0.02), dışkılama (p=0.009) ve mobilite (p=0.015) açısından anemisi olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha bağımlıydılar. İdrar-dışkı kontinansı (p=0.27) ve beslenme (p=0.22) parametreleri açısından anemik ve nonanemik gruplar arasında farklılık bulunmadı. Olguların %10'unun serum albümin konsantrasyonu 3,5 gr/l'ten altındaydı.

TARTIŞMA: Anemisi olan grup günlük aktivitelerini gerçekleştirme anlamında nonanemik grup ile karşılaştırıldığında daha bağımlı olduğu tespit edildi. Minimal durum skorları nonanemik gruba göre anemik grupta daha düşüktü. Aneminin tedavi edilmesiyse klinik sonuçlarda, fonksiyonel bağımlılıkta ve kognitif durumda düzelmeye sağlanabilir. İleri yaşta sık karşılaşılan ve üstesinden gelinmesi çok da kolay olmayan bu fonksiyon kayıplarının düzeltilmesi için sadece aneminin düzeltilmesinin ciddi katkısı olabilir. Bu düşüncemizin desteklenebilmesi için yeni prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1.

	Anemik	Non-anemik	P değeri
Hasta Sayısı	54	126	
Hemoglobin (g/dl)	10.4±1.6	13.6±0.9	0.0001
Albumin (mg/ dl)	3.7±0.5	4.1±0.3	0.001
Ortalama yaş, yıl	76.0±11.7	72.5±15.2	0.117
Kilo (kg)	57.9±11.4	63.9±13.5	0.005
BMI (kg / m2)	18.5±9.2	23.2±5.8	0.001
Ortalama MMSE	17.9±6.4	21.7±6.7	0.002
Ortalama ADL	6.8±4.3	9.3±3.7	0.0001
2 veya daha fazla Komorbidite	66 %	46 %	0.001

P267
HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA ALBÜMİN, HEMOGLOBİN, BMI, KOGNİTİF VE FONKSİYONEL PERFORMANS

Yalçın Önem, M. Hakan Terekeci, Yaşar Küçükardalı, Burak Şahan, Emrullah Solmazgöl, Serkan Çelik, Hakan Demirci, Mehmet Güney Şenol, Selim Nalbant, Özkan Sayan, Cihan Top, Çağatay Öktenli

GATA Haydarpaşa Eğt. Hst. İç Hastalıkları

ÖZET: Bu çalışmanın amacı, yaşlı popülasyonda kognitif ve fonksiyonel performans ile bazı biyokimyasal parametreler arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Bu amaçla biz, 5 huzurevinde yaşayan 180 yaşlının günlük yaşam aktiviteleri (GYA), Mini Mental Test (MMT) ile vücut ağırlığı, yaş, hemoglobin, albümin ve sodyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırdık. Yüz yüze görüşmeler ve anket GYA'ya değerlendirmek için yapıldı. Kognitif fonksiyonu değerlendirmek için MMT'yi kullandık. Çalışılan 180 yaşlının ortalaması 71,5±5,1 (65-91) idi. Yaşlıların 112'si (%62,2) kadın, 68'i (%37,8) erkekti ve %25'inde herhangi bir hastalık tespit edilmedi. Ancak 17'si (%9,4) yatağa bağımlıydı. GYA ile hemoglobin, albümin, vücut ağırlığı, kognitif fonksiyon parametreleri arasında pozitif ilişki, GYA ile yaş ve sodyum arasında negatif ilişki vardı. Kognitif fonksiyonlar ve hemoglobin, vücut ağırlığı, GYA arasında pozitif ilişki; kognitif fonksiyonlar ile sodyum arasında negatif ilişki vardı. Anemiyi gösteren hemoglobin konsantrasyonları yaşlıların %30'unda gözlemlendi. Yine yaşlıların %3,9'unda hiponatremi, %26,7'sinde hipernatremi vardı. Bütünüyle bakıldığında, yaşlılarda kognitif ve fiziksel fonksiyon skorları ile hemoglobin ve albümin düzeyleri arasında pozitif ilişki vardı. Bu sonuçlar göstermektedir ki, yaşlı popülasyonda hemoglobin ve albümin düzeylerinin düzeltilmesi, kognitif ve fiziksel fonksiyon statüsünü iyileştirebilir.

P268

PREGABALİN'E BAĞLI BİR ERİTEMA MULTİFORME OLGUSU

¹Seyit Mehmet Kayacan, ¹Sezai Vatandaş, ²İbrahim Altun, ¹Mustafa Akdemir, ³Zeynep Topkarcı, ¹Suut Göktürk, ⁴Dilek Kayacan, ¹Hülya Doğru, ¹Tuğrul Elverdi, ²Nihat Polat, ¹Aytaç Karadağ, ¹Murat Köse, ¹Osman Erk, ¹Vakur Akkaya, ¹Kerim Güler

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Acil Dahiliye Birimi, İstanbul, ²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, ³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, ⁴Sağlık Bakanlığı, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

Eritema multiforme (EM), Stevens-Johnson sendromu (SJS) ve Toksik Epidermal Nekroliz içiçe geçmiş, birbirlerinden ayırt edilmeleri güç olan, morbidite ve mortalitenin yüksek olduğu mukokutanöz hastalıklardır. Üçünün de etyolojisinde genellikle infeksiyon (özellikle Herpes Simpleks) ve ilaçlar (özellikle penisilin, sulfonamid) yer alır. Burada nöropatik ağrı nedeniyle kullanılan bir antiepileptik drog olan Pregabaline bağlı bir EM olgusu sunulacaktır.

OLGU: Ellibir yaşında bir kadın hasta, tüm vücutta yaygın döküntü, kızamıklık ve kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Bir hafta önce nöropatik ağrı tanısı ile Pregabalin tedavisi başlanmış. Fizik muayenesinde tüm vücutta yaygın, makulopapüler döküntü ve yer yer büllöz lezyonlar vardı (Resim 1-2). Tüm laboratuvar bulguları normaldi. Dermatoloji ile konsulte edilerek "punch" biyopsi yapıldı. Stevens-Johnson sendromu olarak değerlendirilerek kortikosteroid tedavisi (80 mg/gün) başlandı. Islak pansuman uygulandı. Biyopsi sonucu EM olarak geldi. Tedavinin 10.gününde lezyonlar belirgin olarak gerilediği için steroid azaltılarak kesildi.



Resim 1. Makulopapüler döküntü ve yer yer büllöz lezyonlar



Resim 2. Makulopapüler döküntü ve yer yer büllöz lezyonlar

P269

SİPROFLOKSASİN'E BAĞLI BİR TOKSİK EPİDERMAL NEKROLİZ OLGUSU

¹Seyit Mehmet Kayacan, ¹Sezai Vatandaş, ¹Mustafa Akdemir, ²Zeynep Topkarcı, ¹Hülya Doğru, ¹Suut Göktürk, ¹Tuğrul Elverdi, ³İbrahim Altun, ¹Aytaç Karadağ, ¹Murat Köse, ¹Nihat Polat, ⁴Umut Karabulut, ¹Vakur Akkaya, ¹Osman Erk, ¹Kerim Güler

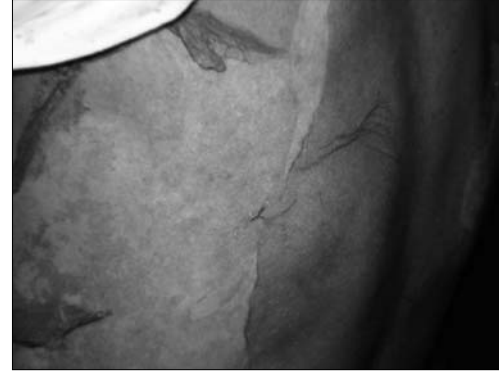
¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Acil Dahiliye Birimi, İstanbul, ²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, ³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, ⁴İstanbul Üniversitesi, Kardiyoloji Enstitüsü, İstanbul

Toksik Epidermal Nekroliz (TEN), Eritema multiforme (EM) ve Stevens-Johnson sendromu (SJS) içiçe geçmiş, birbirlerinden ayırt edilmeleri güç olan, morbidite ve mortalitenin yüksek olduğu mukokutanöz hastalıklardır. Burada siprofloksasine bağlı bir TEN olgusu sunulacaktır. OLGU: Kırkbeş yaşında kadın hasta titreme ile yükselen ateş ve vücutta yaygın döküntü şikayeti ile başvurdu. On gün önce üriner infeksiyon tanısı konarak siprofloksasin tedavisi başlanmış. Ancak tedavinin 5.gününde yaygın deride döküntüsü

ve soyulmalar ortaya çıkmış. Genel durumu kötü, dinamik, pasif postürde ve koopereydi. Tüm vücutta yaygın morumsu renkli eritema multiforme lezyonları, oral mukozada erozyon ve hemorajik krutlar, sırtta yaygın erode alanları ve Nikolsky belirtisi pozitif saptandı (Resim-1,2). Fizik muayenesinde bir özellik yoktu. Siprofloksasine bağlı TEN düşünüldü. Prednizolon 1 mg/kg/gün başlandı. Yaklaşık %20 oranında yanık yüzeyi vardı. İzlemi süresince ciltteki seröz sıztıdan dolayı hipopotasemi (1.8 mmol/l), hipokalsemi (7.9 mg/dl) ve hipofosfatemi (0.6 mg/dl) gelişti. Hipokalemiye bağlanan ve replasmanla gerileyen kuadrupleji gözlemlendi. Sıvı (6 lt/gün) ve elektrolit replasmanı ile topikal antibiyotikli pansuman uygulandı. Serum potasyum, kalsiyum ve fosfor düşüklüğü replasmanla düzeldi. İkinci hafta sonunda lezyonlar belirgin olarak geriledi (Resim-3).



Resim 1. Oral mukozada erozyon ve hemorajik krutlar



Resim 2. Morumsu renkli eritema multiforme lezyonları, sırtta yaygın erode alanlar, pozitif Nikolsky belirtisi



Resim 3. Tedavinin 2. haftasında lezyonların görünümü

P270

RETROPERİTONEAL FİBRÖSİS İLE BAŞVURAN OLGU SUNUMU

Maksude Hanedar, Emel Tatlı, Fuat Şar, Hayriye Esra Ataoğlu

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Retroperitonda aşın fibroz doku oluşumu ile karakterizedir. 4-5.lomber vertebraının önünde oluşur. Fibroz doku retroperitoneal organlarda özellikle üreterlerde obstruksiyona yol açabilir. Vakaların 2/3 ünü oluşturan idiyopatik retroperitoneal fibrosisin (RPF) immünsupresyona olan cevabı ve immün hastalıklarla birlikteliği sebebi ile otoimmüniteye bağlı olduğu düşünülmektedir. Vakaların 1/3'ü sekonderdir. Malinite, ilaçlar, aort anevrizması ve bazı infeksiyonlar sebep olmaktadır. Yıllık insidansı 1/200.000-1/500.000dir. Semptom ve bulgular nonspesifiktir. Tanı esas olarak biyopsi ile konur. BT ve MR ile boyutları değerlendirilir. Takip ve tedavideki amaç renal fonksiyonların korunması, morbiditenin azaltılması, inflamatuvar prosesin suprese edilmesidir.

OLGU: 47 yaşında erkek hasta, 15 gündür sol bacağına ağrı, şişlik, yürümede zorluk şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde 5 yıldır diyabet ve koroner arter hastalığı mevcut. Alışkanlıklarında 40 paket yıl sigara içimi vardı. Kullandığı ilaçlar insülin lispro, metoprolol, fosinopril, atorvastatin, salisilat idi.

FİZİK MUAYENE: Batın her iki alt kadranda palpasyonla hassasiyet, sol alt ekstremitede şişlik, sert gode bırakmayan ödem ve renk değişikliği, palpasyonla ağrı mevcut idi. Skrotal ödemi vardı. Sol tibialis anterior ve sol dorsalis pedis nabızları zayıf alınıyor, diğer periferik nabızlar palpe ediliyordu. Kan tetkiklerinde HbA1c: 10.2 olması dışında patoloji yoktu. Alt ekstremitelerde derin ven trombozu ön tanısıyla yapılan dopler USG'de yüzeyel ve derin venler normal, sol bacakta cilt ve ciltaltı ödem izlendi. Abdominal aort anjiyo ve tüm batın BT'de abdominal aortada renal arter çıkışlarının yaklaşık 3cm distalinden itibaren kalibrasyonda en dar yerinde 1cm'ye kadar olan azalma izlendi. Bu seviyeden itibaren aorta çevresinde en kalın yerinde 2cm'ye ulaşan abdominal aort distali, bilateral ana iliak arterleri, bilateral eksternal, internal iliak bifurkasyonları çepeçevre saran yumuşak doku kitlesi izlendi. Görünüm RPF ile uyumlu olarak değerlendirildi. RPF etyolojisindeki otoimmün hastalıklar ve maligniteyi araştırmak amacıyla bakılan otoimmün ve tümör belirteçleri negatif bulundu. Görüntüleme ve endoskopik tetkiklerde malignite saptanmadı. RPF etyolojisinde beta blokerlerin olması nedeniyle hastanın koroner arter hastalığı için kullandığı metoprolol tedavisi kesildi. Hastaya 1mg/kg metil prednizolon tedavisi başlandı. Tedaviden 4 hafta sonra hastanın şikayetleri geriledi. Tedaviye Azathioprine eklendi. Tedavinin 2.ayında yapılan batın MR tedavinin başlangıcındaki MR ile karşılaştırıldığında tarif edilen yumuşak doku lezyonlarında belirgin regresyon izlendi.

TARTIŞMA: Derin ven trombozu ön tanısıyla tetkik edilen hastada retroperitoneal fibrosis tespit edildi. Biz de malignite ve otoimmün hastalıkları ekarte ettikten sonra retroperitoneal fibrosis gelişimini hastanın koroner kalp hastalığı nedeniyle kullandığı metoprolole bağladık.

P271

ÜLSERATİF KOLİTLİ HASTALARDA SERUM BASİC-FGF DÜZEYLERİ

¹Göksal Keskin, ²Ali İnal, ²Uğur Muşabak, ²Aysel Pekel, ³Mehmet Cindoruk, ¹Lale Özışık, ²Ali Şengül

¹SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji- İmmünoloji Kliniği, ²Gülhane Askeri Tıp Akademisi İmmünoloji Kliniği, ³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

İnflamatuar barsak hastalıklarında (İBH), lokal inflamatuar reaksiyonlara yol açan kompleks immün mekanizmalar çok açık değildir. Yakın zamanda yapılan çalışmalar, İBH'nin immünregülasyon bozukluğu sonucu oluştuğunu göstermektedir. Bazı bulgular, otoimmün komponent içeren bir primer otoimmünolojik mekanizmanın hastalığın temelini oluşturduğunu göstermektedir. Basic fibroblast growth factor (bFGF), fibroblast ve endotel hücrelerini de içine alan birçok hücre için güçlü mitojendir. Biz bu çalışmada, ülsereatif kolit (ÜK) tanısı alan hastalarda, ELISA yöntemiyle serum bFGF düzeylerini ölçtük ve bunun diğer akut faz reaktanlarıyla ilişkisini araştırdık.

Çalışmaya, ÜK tanısı olan 30 hasta (9 kadın, 21 erkek; ortalama yaş 42,6 ± 12,3 yıl) ve 10 sağlıklı kontrol (3 kadın, 7 erkek; ortalama yaş 35,8 ± 5,2 yıl) dahil edilmiştir. Klinik ve laboratuvar olarak hastaların 17'si aktif, 13'ü inaktifti.

Serum bFGF seviyeleri, ÜK'li hastalarda 128,2 ± 94,5 ng/ml ve sağlıklı kontrollerde 57 ± 19 ng/ml idi. Serum bFGF düzeyleri sağlıklı kontrollere göre anlamlı şekilde yüksek tesbit edilmiştir (p<0.01). Serum bFGF seviyeleri, aktif ÜK'li hastalarda (185,2 ± 80 ng/ml), inaktif ÜK'li hastalara (42,7 ± 16,6 ng/ml) ve sağlıklı kontrollere göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır (sırası ile p<0.001 ve p<0.001). Aktif ÜK'li hastaların serum bFGF düzeyleri, serum CRP ve ESR düzeyleri ile korelasyon göstermiştir.

Sonuç olarak, serum bFGF düzeyi ÜK hastalarında alevlenme ve remisyon dönemlerini göstermekte faydalı olabilir.

P272

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA PLAZMA GHRELİN DÜZEYLERİ

¹Göksal Keskin, ²Ali İnal, ¹Ozan Baysal, ¹Gülşen Duman, ¹Aşkın Güngüneş, ²Rahşan Ilıkı, ¹Lale Özışık

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji- İmmünoloji Kliniği, ²Gülhane Askeri Tıp Akademisi İmmünoloji Kliniği

Ailevi Akdeniz Ateşi; tekrarlayan ateş epizodları, artrit, peritonit ve plörit gibi klinik bulgularla kendini gösteren ailesel bir hastalıktır. Hastalığın inflamatuar temelini anlaşılmasına yönelik pekçok çalışma yapılmıştır. Ghrelin öncelikle midede üretilen bir peptid olarak tanımlanmıştır. Bu peptidin immün sistem üzerinde birçok düzenleyici etkileri olduğu bildirilmektedir. Keza anti inflamatuar etkisi olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Fakat Ailevi akdeniz ateşi hastalığındaki rolü üzerinde çalışma yoktur. Bu nedenle biz FMP'li hastalarda plazma ghrelin düzeylerinin aktivitedeki önemini araştırdık.

Çalışmaya 37 Ailevi Akdeniz Ateşli hasta ve 10 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Kontrollerin 5'i erkek, 5'i bayandı ve ortalama yaşları 35,4 ± 5,6 yıl olarak hesaplanmıştır. Hastaların 21'i aktif dönemde idi. Bunların 10'u bayan, 11'i erkekti ve ortalama yaşları 31,0 ± 5,4 yıl, hastalık süreleri ise 7,2 ± 3,3 yıl idi. 16 hasta inaktif dönemdeydi. Bunların 7'si kadın, 9'u erkekti. Ortalama yaşları 33,0 ± 6 yıl, hastalık süreleri ise 8,7 ± 3,2 yıl olarak hesaplandı. Plazma ghrelin düzeyleri 12 saatlik açlıktan sonra ELISA yöntemiyle ölçüldü.

Ailevi Akdeniz Ateşli hastalarda ortalama plazma ghrelin düzeyleri 158,4 ± 52,9 pg/ml, sağlıklı kontrollerde 56,7 ± 7,5 pg/ml bulundu. Aktif hastalarda ortalama plazma ghrelin düzeyleri 190,5 ± 49,4 pg/ml, inaktif hastalarda ise 116,2 ± 11,7 pg/ml hesaplandı. Plazma ghrelin düzeyleri Ailevi Akdeniz Ateşli hastalardan sağlıklı kontrollerden anlamlı derecede yüksek bulundu (p<0.001). Aktif dönemde olan hastalarda, aktif dönemde olmayanlara ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptandı (sırası ile p<0.001 ve p<0.001). Ailevi Akdeniz Ateşli inaktif hastalarda da sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p<0.001).

Sonuç olarak plazma ghrelin ölçümleri, hem aktif hem de inaktif dönemdeki Ailevi Akdeniz Ateşli hastalarda yüksek saptanmıştır. Bu ghrelinin ailevi akdeniz ateşi hastalığı patogenezinde rol oynayabileceğini gösterir.

P273

SEBEBİ BİLİNMEYEN ATEŞ NEDENİYLE TETKİK EDİLEN İLAÇ HİPERSENSİTİVİTE SENDROMU TANISAL ALAN OLGU SUNUMU

Ercan Bıçakçı, Rıza Atas, Fatih Tufan, Yücel Aydın, Abdullah Özkök

Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: İlaç hipersensitivite sendromu (İHS) bazı ilaçların kullanımı sırasında ortaya çıkan ateş, lenfadenopati, deri lezyonları ve iç organ tutulumu ile karakterize, mortalitesi yüksek bir tablodur. Aromatik yapıdaki antiepileptikler önemli sebepleri arasındadır. Tablo infeksiyonlar, konnektif doku hastalıkları ve maliniterle ile ayrıntı tanyaya girer. Burada sebebi bilinmeyen ateş nedeniyle tarafımıza sevk edilen İHS tanısı alan ve 60 mg/gün metilprednizolon tedavisi ile başlanıp, kademeli bir şekilde azaltılarak 1 aylık sürede tamamen iyileşmiş bir olgu sunulmuştur.

OLGU: 72 yaşında erkek hasta iskemik kalp hastalığı ve hipertansiyon tanısı mevcut. Ateş, yaygın makülopapüler döküntü, lökositoz, eosinofili, kolestatik hepatit ile prezente oldu. Özel bir hastanede ateş nedeni ile ampirik olarak bir hafta ceftriakson+ levofloksasin tedavisi almış. Batın ve toraks bilgisayarlı tomografisinde patolojik boyutlarda olmayan yaygın lenfadenopatiler saptanmış. Ekokardiyografisinde özellik saptanmamış. Antibiyoterapiye cevap alınmamış ve hastanın genel durumu giderek bozulmuş. Tarafımıza sevk edildi. Hastanın hikayesi derinleştirildiğinde 20 gün önce başağrısı ve baş dönmesi ile başvurduğu özel bir hastanenin nöroloji polikliniğinde valproik asit tedavisi başladığı hastanın bu tedaviyi bir hafta kullandığı ve daha sonra kendiliğinden bıraktığı öğrenildi. Deri biyopsisi alındı. İHS tanısı ile metilprednizolon tedavisi başlandı. 2-3 gün içerisinde kliniğinde belirgin gerileme oldu. 1 ay içerisinde klinik ve laboratuvarı tamamen düzeldi.

SONUÇ: İHS tanısı klinik özelliklere göre konur. Genellikle ilk semptom 38-40 co civarında ateştir. Bundan sonra tabloya deri lezyonları eklenir. En sık yaygın, kaşıntılı makülopapüler tip reaksiyon oluşur. Ağrılı, lokalize veya yaygın lenfadenopati sıklıkla görülür. İç organ tutulumlarının başında hepatit gelir. Diğer iç organ tutulumları arasında interstisyel nefrit, pnömöni ve kemik iliği süpresyonu gelmektedir. Lökositoz, lenfositoz, bazen atipik lenfositler ve eosinofili en sık görülen hematolojik değişikliklerdir.

İHS tedavisinde ilk yapılması gereken şüpheli ilacı en kısa zamanda kesmektir. Bazı olgularda ilacın sonlandırılması reaksiyonu geriletmeye yetmeyebilir. Sistemik steroid veya diğer immunsupresif ilaçlara başlamak gerekebilir.

İHS, antiepileptik kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek nadir fakat şiddetli bir reaksiyondur. Antiepileptiklerin yanı sıra sulfonamidler, dapson, minosiklin, allopurinol, terbinafin, azatioprin, trimetoprim-sulfometeksazol gibi ilaçlarda aynı tabloya neden olabilir. Ateş ve deri döküntüsü tablosu ile başvuran hastalarda ilaç anemnezini iyi alınmalıdır. Klinik ve laboratuvar olarak İHS ile uyumlu bulunan hastalarda şüpheli ilaç kesilmelidir. Şiddetli reaksiyonlarda zaman kaybedilmeden kortikosteroid

P274

KONJENİTAL FAKTÖR X EKSİKLİĞİ; OLGU SUNUMU

¹Suut Göktürk, ¹Fatih Tufan, ¹Erdal Kara, ¹Kadri Atay, ¹Ömer Kara, ¹Mehmet Seyit Kayacan, ²Sedat Umur

Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

GİRİŞ: Faktör X koagülasyon kaskadının ortak yolunun ilk enzimi olarak önemli bir role sahiptir. Faktör X eksikliği nadir görülen kalıtsal koagülasyon bozukluklarından biridir ve O. resesif olarak aktanılır. Klinik olarak değişik kanama tabloları ile prezante olabilir. Homozigot faktör X eksikliği 1: 1.000.000 sıklıkta görülür. Ağır faktör X eksikliği (faktör X düzeyi < %1) genellikle umbilikal kord kanaması, mss kanamaları ve hemartroz gibi tablolara hayatın erken dönemlerinde başvurur. Daha hafif eksiklikleri olan hastalar (orta derecede eksiklik: faktör X düzeyi %1-5 olanlar) daha ileri yaşlarda travma sonrası kanama veya menoraji gibi tablolara başvurabilir. Heterozigotlar genellikle asemptomatikdir. Edinsel faktör X eksikliği nadirdir ve alta yatan en sık neden primer amiloidozdur. Primer amiloidozlu olguların %8.7'sinde faktör X eksikliği görülür. Tedavisinde genellikle taze dondurulmuş plazma kullanılır.

OLGU: Otuz yedi yaşında, kadın, eritrosit suspansiyonu ile replasman gerektiren menoraji nedeniyle başvurdu. Hikayesinde 8 yaşında travma sonrası skalp hematoma gelişmiş, 12 yaşındayken diş çekimi sonrası uzun süren kanaması olmuş, adetleri bir haftadan uzun sürüyormuş, iki kez normal doğum yapmış ve her ikisinde de 7 ünite eritrosit suspansiyonu ile replasman gerektiren ciddi kanamaları olmuş. Özgeçmiş ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Akriba evliliği mevcut idi. İlaç kullanımı yüküseli yoktu. Fizik muayenesinde solukluğu mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde Hb 7,7 g/dl, Hct %24, eritrosit 4x10⁶/mm³, trombosit 244.000/mm³, lökosit 7800/mm³, MCV 62,8, MCH 19,8, RDW %19,8, PT 29,4" (12,7") sn, aPTT 48,3" (29") sn, INR 2,76, kreatinin 0,5 mg/dl, AST 13 U/L, ALT 5 U/L, demir 10 mcg/dl, TDBK 507 mcg/dl, ferritin 2,8 ng/ml, TSH 1.327 mIU/L olarak tespit edildi. Tam idrar tahlilinde mikroskopik hematüri dışında patolojik bulgu tespit edilmedi. Konjenital faktör eksikliğine bağlı kanama diyatezi düşünülen hastanın bakılan faktör düzeylerinden faktör X seviyesi %5 (tekrarında %4 bulundu), diğerleri normal düzeylerde bulundu. Hastanın kanama bulgularının çocukluğundan beri olması nedeniyle konjenital faktör X eksikliği düşünüldü. Edinsel faktör X eksikliğinden karaciğer fonksiyon bozukluğu, primer amiloidoz, -ilaç kullanımı ve malignite açısından değerlendirildi, bu etyolojiler açısından herhangi bir bulgu saptanmadı. Demir replasmanı başlanarak poliklinik takibine alındı.

SONUÇ: Hafif-orta derecedeki eksiklikli olan hastalar erişkin dönemde travma, doğum veya cerrahi işlem sonrası uzun süren kanama veya meno-metroraji tablosu ile başvurabilirler. O. resesif kalıtıldığı için kadın bireylerde de görülebilmesi ve akraba evliliği ile sıklığının artması diğer konjenital faktör eksiklikleri olan hemofili A ve B ile ayırıcı tanıda önemlidir. PT ile birlikte aPTT'nin uzun olması tanıyı destekler. Konjenital faktör X eksikliği tanısı için edinsel faktör X eksikliği nedenleri dışlanmalıdır.



P275

KARPAL TÜNEL SENDROMU'LU HASTADA DEV HÜCRELİ TENDON TÜMÖRÜ: OLGU SUNUMU

¹Suut Göktürk, ¹Fatih Tufan, ¹Murat Köse, ¹Aytaç Karadağ, ¹Sami Evirgen, ¹Mehmet Seyit Kayacan, ²Burhan Özalp, ³Selim Bakan

¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rek. Cerrahi Anabilim Dalı, ³Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Karpal tünelde median sinirin kompresyonu çok sık olarak meydana gelmektedir. Kanal bölgesinde mikrotravmalar, kanal hacminin deforme olması, daralması yada kanal içindeki muhtevanın artmasına sebep olan her patolojik olay bu duruma neden olabilir. Karpal tünel sendromu (KTS) denen bu patoloji en sık görülen tuzak nöropatisidir. En çok orta yaşlı kadınlarda rastlanır. KTS genellikle idiyopatikdir. Sistemik nedenler ya tuzak bölgesindeki anatomik deformasyonu artırarak veya o bölgenin hacmini azaltabilecek patolojik metaryel birikimine yol açarak sinirin lokalize sıkışmasını kolaylaştırır. Örneğin romatoid artrit eklemi deforme ederek, miksedem, akromegali ve amiloidoz hastalığı özgü metaryelin tünel içinde birikmesi ile kanalda hacim daralması yaparak sinir sıkışmasına yol açarlar. Sistemik nedenlerden bazıları ise tuzak bölgesi üzerinde etkili olmaz diyabetiklerde olduğu gibi sinir metabolizması üzerindeki olumsuz etkilerle tuzak nöropatisinin ortaya çıkmasını kolaylaştırır. Nadir olarak görülen nedenlerden biri de tuzak bölgesinde lokalize yer kaplayıcı lezyonların direkt olarak sinir basısına yol açması ile olur.

OLGU: Elli iki yaşında erkek hasta son bir yıldır olan sol el bileği şişliği ve yaklaşık üç aydır olan sol elde uyuşma, ağrı ve sol bilekte şişlik şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve hiperkolesterolemi mevcuttu, soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sol el palmar bölge proksimalinde mobil, ağrısız, yaklaşık 2 cm lik kitle palpe edildi. Laboratuvar incelemelerinde lökosit 5200/mcl, hb 15 g/dl, hct %45, trombosit 279000/mcl, glukoz 86 mg/dl, kreatinin 1.0 mg/dl, ALT/AST 29/24 U/l, kolesterol 205 mg/dl, LDL kolesterol 145 mg/dl, sedimentasyon 15 mm/saat bulundu. EMG'si solunda median sinir motor ve duysal liflerini tutan bilek kanalı sendromu ile uyumlu bulundu. Sol el bileği MR görüntülemesinde sol superfisyal tendonlardan kaynaklanan, çevre dokulara yayılımı olmayan kitle lezyon tespit edildi. Kitlenin ekzisyonel biyopsisi sonucunda dev hücreli tendon tümörü (lokalize tip) saptandı. Üç ay sonraki poliklinik kontrolünde hastanın uyuşma ve şişlik şikayetleri tamamen düzelmisti ve rekürrens lehine bir bulgusu yoktu.

SONUÇ: Pigmente villonodüler sinovit olarak da bilinen dev hücreli tümör, eldeki ikinci en sık rastlanan tümördür, eklem veya tendon kılıfının sinovial zarlarından kaynaklanır. Makroskopik olarak sarı-kahverengi renklidir ve mikroskopik olarak çok nukleuslu dev hücreler ihtiva eder. Elde olduğu zaman daima benign ve genellikle asemptomatikdir, ancak çevre kemiklere baskı sonucu kemik rezorpsiyonu yapabilir. Dev hücreli tümörler nörovasküler yapıların etrafını sarabilir veya tendon kılıfları boyunca ilerleyebilirler. Tedavi cerrahi olup tümör ve berberindeki sinoviumun ekzisyonuyladır. Karpal tünel sendromu saptanan hastalarda sistemik nedenlerle birlikte yer kaplayıcı lezyonlar da düşünülmeli ve dikkatli bir fizik muayene ile taniya yaklaşılabileceği unutulmamalıdır.

P276

OPERASYONA GİRECEK HASTALARIN DİYABET VE HİPERTANSİYON YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLME SONUÇLARI

Seydahmet Akın, Seda Özdiñç Akkaya, Başak Boynueğri, Adem Ertürk, Esmâ Türkmen, Alper Sonkaya, Başak Özdiñç Akkaya, Muharrem Koçar, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

ÖZET: Elektif cerrahi uygulanacak hastaların preoperatif dönemde değerlendirilmesi perop ve postop komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Kırk yaş üstü hastalarda diyabet (DM) ve hipertansiyon (HT) en sık rastlanan hastalıkların başında gelmektedir. Polikliniğimizde değerlendirilen 930 hastada HT sıklığı %28 (n=259), DM sıklığı %11 (n=102) olarak bulundu. Hipertansif hastaların %54'ü, diyabetiklerin %6'sı hastalıklarının farkında değildi. Başvuran hastaların 123'ü (%13) kontrolsüz hipertansiyon ve diyabet nedeniyle operasyona verilemedi. Bu sonuç bölgemizde DM ve HT tedavisinde genel durumumuzun iyi olmadığını göstermektedir.

GİRİŞ VE OLGULAR: Hastanemizde 40 yaş üstü hastalarda rutin olarak preoperatif dahili değerlendirme yapılmaktadır. Rutin tetkikler ve muayene sonrası uygun olgular onay verilerek polikliniğine yönlendirilmektedir. Muayeneler preop risk belirlemede, cerrahinin kısa ve uzun dönem başarısında önemli rol oynamaktadır. Hastaların dahili açıdan optimal koşullarda operasyona verilmeleri perop ve postop komplikasyonların engellenmesi yoluyla hospitalizasyon süresinin kısalmasını sağlamaktadır.

Preop polikliniğimize Ocak-Haziran 2008 tarihleri arasında başvuran 492 (%52) kadın ve 438 (%48) erkek, yaş ortalaması 56,84±18,7 olan toplam 930 hasta değerlendirildi. Kardiyovasküler veya solunum sistemi hastalığı anamnezi olan hastalar değerlendirilmeye alınmadı. Hastaların 259 (%28) 'unda hipertansiyon (TA>140/90mmHg) bulundu. Hastaların 142 (%15) 'i HT farkında değildiler. Tedavi altında olan hipertansif hastanın 158'i (HT li hastaların %61'i) hedef değerlerde değildi. Altmış (%60) kadın ve 42 (%40) erkek toplam 102 (%11) hasta ise diyabetik bulundu. Hastaların 6'sı yeni tanı aldı. DM'li hastaların 24 (%23) 'ü tedavi hedeflerinin uzağındaydı. Hastaların 99 (%10) 'u kontrolsüz hipertansiyon, 24 (%2) 'ü ise kontrolsüz diyabet nedeniyle operasyon onayı verilemedi.

TARTIŞMA: Hipertansiyon ve Diyabet toplumda en sık rastlanan yüksek morbidite ve mortaliteye sebep olan, kardiyovasküler hastalıklarla biriktelik gösteren sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Non-kardiyak cerrahi uygulanacak hastalarda DM ve HT operasyonda gecikme sebeplerinin başında gelmektedir. Hasta grubumuzda hipertansiyon en sık operasyon etelene sebebi olarak öne çıkmıştır. Hastaların genellikle asemptomatik oluşu nedeniyle 40 yaşa kadar tanı almayan hasta oranının çok yüksek oluşu düşündürücüdür. Hastalarımızdaki DM sıklığı ülkemiz ortalamasına yakın bulundu. Hastaların %25'inin kötü glisemik kontrol nedeniyle operasyona verilememesi saptadığımız diğer önemli sonuçtur. Bu sonuçlar bize HT ve DM'nin 40 yaş üstü popülasyonda oldukça sık rastlandığını ve önemli oranda hastada hedeflere ulaşamadığımızı göstermektedir. Çok sayıda hastanın muayene esnasında yeni tanı olması da toplum sağlığı taramamızın kabul edilemez düzeylerde olduğunu göstermektedir. Sonuçlarımız ülkemiz profilini göstermesi açısından örnek oluşturabilir.

P277

SPONDILOARTROPATİ ZEMİNİNDE GELİŞEN ENFEKTİF ENDOKARDİTE SEKONDER SEPTİK ARTRİT VE OSTEOMYELITİLE SEYREDEN BİR OLGU

Seda Akkaya Özdiñç, Muharrem Koçar, Ahmet Akın, Erman Özdemir, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Enfektif endokardit kalbin endotel ve endokard tabakalarının enfeksiyonuna bağlı olarak vejetasyonlar, sistemik enfeksiyon bulguları ve embolik olaylar ile biçimlenen bir antitedir. Altı haftadan uzun süren subakut endokardit, özellikle bozuk kalp kapakları üzerinde daha düşük virulanslı mikroorganizmalara bağlı meydana gelir.

OLGU: Bir ay önce halsizlik, ateş, kilo kaybı ile başvuran hastanın ağrı kesicilere yanıt vermeyen, yaygın eklem ağrıları mevcuttu. Bir hafta önce sağ dizinde şişlik, ısı artışı ve ağrı başlamış. Diz hareketinde kısıtlılık oluyormuş. Bir saat kadar süren hareket etmekte azalan bel ağrısı olan hastanın fizik muayenesinde; Ateş: 39 0C, kan basıncı: 120/80 mm/Hg nabız: 100 /dk saptandı. Dinlemekle aort odacığında belirgin 3/6 sistolik üfürüm mevcut olup dalak 3 cm kot altını geçiyordu. Sol dizde artrit bulguları mevcuttu. Hg: 9 g/dl, hemotokrit: %29, trombosit: 540000, MCV: 82 fl, lökosit: 16700, albumin: 3.2 g/dl saptandı. Tam idrar tetkiki, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. C reaktif protein 64, sedimentasyon 100 mm/saat, romatoid faktörü, antinükleer antikor, Gruber-Widal, Rose Bengal, PPD negatifti. İnflamatuvar tipte bel ağrısı olması üzerine çekilen sakroiliak tomografisinde bilateral grade 2 sakroileit saptandı. Takiplerinde sağ dizindeki şişliği gerileyen hastanın bir hafta sonra sol ayak bileğindeki artrit meydana geldi. Yapılan eklem ponskiyonunda lökosit sayısı 100000 ve polimorf nüveli lökosit hakimiyetinde olması üzerine septik artrit tanısı kondu. Eklem sıvısında stafillokok aureus üredi. Antibiyoterapi ile artrit geriyen hastanın sol ikinci kostokondil eklemine şişlik oluştu. Çekilen toraks tomografisinde aynı lokalizasyonda osteomyelit uyuşu görülmüştü. Transtorasik ekokardiyografisinde (EKO) ikinci derece aort yetersizliği tespit edildi. Transözofageal EKO'sunda aort kapağında 4 mm vejetasyon mevcuttu. Subakut bakteriyel endokardit tanısı konularak uygun antibiyoterapi başlandı. Takiplerinde CRP, sedimentasyon düzeyleri ile artrit bulguları geriledi.

SONUÇ: Literatürde endokarditle ilişkili septik artrit görülen olgulara rastladık. Endokarditle ilişkili vertebral osteomyelitli olgular da bildirilmiştir. Bizim hastamızda hem septik artrit hem de osteomyelit görülmüş olup; endokardit, ankilozan spondilit zemininde gelişen aort yetersizliğine bağlıydı. Bu olgu ile ankilozan spondilit zemininde septik artrit ile birlikte olan subakut bakteriyel endokardit görülebileceğini hatırlatmak istedik.

P278

FATAL SEYİRLİ BİR VİTAMİN D İNTOKSİKASYONU OLGU SUNUMU

Seydahmet Akın, Seda Özdiñç Akkaya, Başak Boynueğri, Adem Ertürk, Elif Yıldız, Muharrem Koçar, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

ÖZET: D Vitamini veya kalsitriol serum kalsiyum ve fosfor regulasyonunu sağlayıp kemik mineralizasyonunda önemli role sahip steroid yapıda bir hormondur. Raşitizm, osteomalazi ve kronik böbrek yetmezliğinde yaygın olarak kullanılan D Vitamini ve analogları gerekli endikasyonlarda dikkatli kullanılmalıdır. Klinikte ağır seyirli intoksikasyonlara neden olabilmektedir. Kliniğimizde Akut böbrek yetmezliği ve dirençli hiperkalsemi nedeniyle yatırap agresif tedaviye rağmen kaybettiğimiz D vitamini intoksikasyonu olgusunu sunuyoruz.

GİRİŞ VE OLGU: Otuzbeş yaşında bayan hasta bulantı, kusma yakınmalarıyla acil servise kabul edildi. Yedi yıldır hipertansif olup 1 yıldır romatoid artrit tanısıyla takip edilmekte olan hasta 1 ay önce lomber disk hernisi nedeniyle opere olmuş. Peop dönemde ağrıları için NSAID ve kalsitriol başlanmış. Postop oral alımı bozulmuş hasta üre ve kreatinin yükselmesi nedeniyle hastanemize yönlendirilmiş. Fizik muayenede genel durum kötü, şuur bulanık, dil paslı bulundu. Solunum sesleri bilateral kaba, bazalarda krepan raller saptandı. TA: 180/110mmHg, nabız 88/dk ritmik, apeks 5.IKA'da okültasyonda S1 sert bulundu. Karaciğer 3 cm kot altında palpabl, pretibial ++ simetrik ödem mevcuttu. Laboratuvar bulgularında BUN 66mg/dl, kreatinin 7mg/dl, Hb 8gr/dl, kalsiyum 13,7mg/dl (8,2-10,4), albumin 3gr/dl elektrolitler ve transaminazlar normal sedimentasyon 85/saat bulundu. Batın ultrasonunda hepatosplenomegali, Akciğer grafisinde her iki kostofrenik sinüs kapalı bulundu. serum fosfor ve alkalen fosfatata normaldi. Alınan kan gazında kompanse metabolik asidoz saptanarak oligürük akut böbrek yetmezliği tanısıyla hemodiyalize alındı. Parathormon 10pg/ml (15-65) düşük bulundu. Hastanın hiperkalsemisi hidrasyon, steroid ve düşük kalsiyumlu hemodiyaliz tedavisine rağmen devam etti. Göz dibi ve nörolojik değerlendirme normaldi. Malign hiperkalsemi yönünden tetkikleri normal bulundu. Merkez sinir sistemi enfeksiyonu yönünden BOS bulguları anlamlı bulunmadı. Kliniği giderek bozulan hastanın solunum sıkıntısı gelişti, delirium ve metabolik asidoz tablosuyla yoğun bakım ünitesine devredildi.

TARTIŞMA: D vitamini tedavisi esnasında bildirilen intoksikasyon olguları çocukluk çağında yüksek doz uygulamayla ilgilidir. Erşkinlerde ise daha çok renal fonksiyonların bozuk olduğu dehidrate hastalarda intoksikasyon söz konusudur. Klinik tablo olgumuzda olduğu gibi bulantı, kusma, polidipsi, bilinç bozuklukları şeklindedir. Hiperkalseminin sebep olduğu polidipsi, poliüri ve halsizlik diğer bulgulardandır. Belirgin böbrek yetmezliği olmayan ancak diyabet ve kollagen dokü hastalıkları gibi nefropati zeminli olgulara başlanacak Vit D tedavisine araya giren dehidratasyona sekonder gelişebilecek akut böbrek yetmezliği nedeniyle intoksikasyona yol açabilmektedir. Literatürde mortaliteyle sonuçlanan olgular bildirilmiştir. Komorbid hastalıklarda D vit tedavisi zorunluysa yakın takip yapılmalı, dehidratasyondan sakınılmalı, renal fonksiyonlar ve kalsiyum düzeyleri monitorize edilmelidir.

P279**AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ OLAN HASTALARDA ORTALAMA PLATELET VOLÜMÜ**

Erkan Çoban, Haydar Adanır

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, Antalya

AMAÇ: Platelet aktivasyonu ve agregasyonundaki artış ateroskleroz patogenezinde önemli bir rol oynamaktadır. Platelet aktivasyonu artmış platelet volümü ile birliktelik göstermektedir. Ortalama platelet volümü (OPV) platelet fonksiyonlarının bir göstergesi olup, artmış OPV düzeyleri aterotrombotik olaylar için bir risk belirteci/faktörü olarak kabul edilmektedir. Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) otozomal resesif geçiş gösteren tekrarlayan ateş ve serözit ataklarıyla karakterize bir hastalıktır. Yakın zamanda yapılan bazı çalışmalarda AAA'nın artmış ateroskleroz riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bundan dolayı bu çalışmada AAA'sı olan bir hasta grubunda OPV düzeylerini değerlendirmeye amaçladık.

HASTALAR VE METOD: Çalışmaya AAA'sı olan 35 hasta ile kontrol grubu olarak yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi benzer 35 sağlıklı kişi alındı.

SONUÇLAR: Metabolik parametreler ve kan basınçları açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu ($p > 0.05$). AAA grubundaki OPV düzeyleri sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti (8.6 ± 0.9 fl karşı 7.8 ± 0.5 fl, $p = 0.001$). OPV düzeyleri kolşisin tedavisinin süresi ile negatif korelasyon gösterirken ($r = -0.40, p = 0.017$), tanısız gecikme süresi ile pozitif korelasyon gösteriyordu ($r = 0.58, p = 0.001$).

TARTIŞMA: Çalışmamız kesitsel bir çalışma olup, AAA'sı olan hastaların artmış platelet aktivasyonuna sahip olabileceğini göstermektedir. Artmış platelet aktivasyonu, bu hastalarda bildirilen artmış ateroskleroz riskine katkıda bulunuyor olabilir. Erken tanı ve düzenli kolşisin tedavisi, AAA'sı olan hastalarda artmış platelet aktivasyonunun azaltılmasında bir rol oynayabilir. Bu konuda daha geniş hasta serilerinde yeni çalışmaların yapılması uygun olacaktır.

P280**OTOİMMÜN TİROİDİT VE SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS İLE BİRLİKTE GÖRÜLEN MULTİPL SKLEROZ OLGUSU**

Seda Akkaya Özdiç, Nazlı Taşdemir, Muharrem Koçar, Ahmet Akın, Mustafa Yaylacı, Demet Ataman Taşan

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Multipl skleroz, relaps ve remisyonlarla seyreden, santral sinir sisteminde (SSS) ak maddeyi tutan, patogenezinde çevresel, genetik ve otoimmünitenin rol aldığı demyelinizan bir hastalıktır. Nörolojik semptomlarla seyreden ataklar ve MR görüntülemeye MS plaklarının görülmesi ile tanı konur. Sistemik lupus eritematozus (SLE) gibi 20-40 yaş arası genç bayan hastalarda sık görülür. Hastalar sıklıkla ekstremitelerde güçsüzlük, motor fonksiyon kaybı, kranial sinir tutulumları, optik nörit ve serebellar bulgularla başvurur.

OLGU: Ondokuz yaşında bayan hasta, üç yıl önce yürüyememe, sağ gözde görme kaybıyla başvurduğunda servikal ve kranial MR'ında MS ile uyumlu plakları görülmesi üzerine MS tanısı olarak tedavi almış. Ara ara nörolojik semptomlarla seyreden atakları devam eden hasta altı ay önce proksimal interfalangeal eklemlerinde ağrı ve şişlik, son bir aydır da yanaklarda kızarıklık olması üzerine başvurdu. Fizik muayenesinde yüzünde nazolabial olukları tutmayan, güneşe çıkmakla artan kızarıklık ve ödem mevcuttu. Her iki proksimal interfalangeal eklemlerinde artrit mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Tetkiklerinde lökosit 1900, lenfosit 300, trombosit 80000, Hgb 10g/dl, Hct: %30, MCV 80fl, vitamin B12, folik asit, ferritin normal, 24 saatlik idrarda idrar proteini 307 mg/gün idi. Periferik yaymasında lenfopeni ve trombositopeni saptandı. TSH 18uIU/mL, serbest T3 ve T4 normal, antitiroglobulin >4000 IU/ml, anti TPO >6000 IU/ml olup tiroid ultrasonografisinde tiroitit ile uyumluydu. Antinükleer antikor ve antidsDNA pozitif, antiRo ve antiLa negatifti. Akciğer grafisinde bilateral pleval efüzyonu mevcuttu. Malar raş, fotosensitivite, oral aft, serözit, artrit, hematolojik tutulum, antinükleer antikor ve anti dsDNA pozitifliği ile SLE tanısı kondu. Çekilen kranial MR'ında MS ile uyumlu plaklar dışında lupusun vaskülitik tutulumuna benzer bulguya rastlanmadı. Pulse steroid, immunsupresif tedavi ve tiroid replasmanı başlandı. Tedaviyle kliniği düzelen hasta takibe alındı.

SONUÇ: Literatürde MS'a eşlik eden otoimmün tiroitit, romatoid artrit, sjögren, antifosfolipid sendrom, SLE gibi otoimmün hastalıklara rastladık. MS'un otoimmün hastalıklarla beraber görülebileceğini hatırlatmak ve bizim olgumuzdaki gibi tanı anında rastlanmasa da bulguların sonradan da ortaya çıkabileceğini vurgulamak istedik.

P281**SİSTEMİK KAPİLLER KAÇIŞ SENDROMU OLGUSU**

Gökçen Gökcan, Pınar Demir, Cüneyt Müderrisoğlu, Akif Acay, Hayri Polat

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET: Sistemik kapiller kaçış sendromu (SCLS) plazmanın %10-70'inin geçici ekstravazasyonu nedeniyle hemokonsantrasyon, tekrarlayan ciddi hipotansiyon, generalize ödem ataklarıyla seyreden nadir bir hastalıktır.

OLGU SUNUMU: 31 yaşında bayan hasta, son 5 gündür belginin hale gelen tüm vücutta ağrı, baygınlık hissi şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 4 yıl önce başvurduğu üniversite hastanesinde genitoüriner sistem enfeksiyonuna bağlı sepsis tedavisi vardı. Yakınlarından alınan anamneze göre o dönemde hastanın tüm vücudunda şişlik mevcuttu. Fizik muayenede genel durum orta, şuur açık, TA: 80/40 mmHg, NDS: 120/da, ats: 36,8 derece idi. S1,S2 ritmik, taşikardik olup, ek ses, üfürüm yoktu. Diğer sistem muayenelerinde özellik saptanmadı. Hastanın hemogram, sedimentasyon ve CRP değerleri normaldi. Biyokimya analizinde albumin: 3,1 g/dl saptanması dışında özellik yoktu. Tiroid fonksiyon testleri normaldi. Tam idrar tahlili normaldi ve gaitada gizli kan testi negatifti. EKG'de sinus taşikardisi, PA Akciğer grafi'de bilateral pleval efüzyon saptandı. Ekokardiyografide EF %70,hafif perikardiyal efüzyon

(0,4 cm) mevcuttu. Batın US'de alt kadranlarda barsak ansları arasında serbest sıvı ile uyumlu aneokik alanlar tespit edildi. Takiplerimiz sırasında ilk 3 gün içinde giderek artan generalize ödem meydana geldi. Hastanın tansiyonunun alınmaması nedeniyle dopamin perfüzyonu başlandı. Hemogram kontrolünde WBC: 21.900/mm³'e yükseldi. Hastamızın özgeçmişinde ürosepis anamnezi olduğundan ve benzer bir durum yaşandığından enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istendi. İmipenem 4*500 mg başlandı, kültürlerinde üreme olmadı. Hastamızın yaygın ödemi, hipoproteinemi, hipotansiyon, hemokonsantrasyonu mevcut olduğundan ve çok tablosunu açıklayacak patoloji bulunamadığından SCLS düşünüldü. Teofilin, terbutalin, prednisolon, furosemid başlandı. Yatışının 6.günü ödemleri gerileyen hastamızın 8 kg kaybettiği saptandı ve tansiyonu 110/70 mmHg'ye yükseldi. Kontrol hemogramında WBC: 7100/mm³'e geriledi. Kollagen doku hastalığı açısından istenilen markerlarda özellik saptanmadı. Paraproteinemi açısından immunglobulin düzeyleri ve serum immünfiksasyon elektroforezi normaldi. Protein elektroforezinde hipalbuminemi saptandı. C3-C4 düzeyi normaldi. Anjionörotik ödem ekarte etmek için istenen C1 inaktivatör düzeyi normal, İnterlökin 2 düzeyi 5'in altında saptandı. Albumin düzeyi 4.3g/dl'ye yükseldi. Teofilin 300 mg¹*1,terbutalin 5 mg¹*1,metilprednisolon 24 mg (azalan dozlarda) başlanarak tedavi edildi. Tartışma; SCLS kapiller hiperpermeabilite nedeniyle ciddi hipovolemi epizodları ile karakterize idiopatik bir hastalıktır. İntravasküler sıvı ve proteinin ekstravasküler boşluğa yer değiştirmesiyle generalizeödem, hipalbuminemi, hemokonsantrasyon, pleval ve perikardiyal efüzyon, muskuler kompartmanda belginin büyüme saptanabilir. Ayrıca tanıda C1 esterez inhibitör eksikliği, adrenal yetersizlik ve multiple myelom araştırılmalıdır. Olgumuz teofilin, terbutalin, steroid ve loop diüretikle etkin şekilde tedavi oldu.

P282**ANTİBİYOTİĞE (PİPERASİLİN/TAZOBAKTAM) BAĞLI NADİR BİR KOMPLİKASYON: İNATÇI HİPOPOTASEMİ**¹Süheyla Uzun Kaya, ¹Süleyman Yüce, ¹Ümmügül Üyetürk, ¹Türker Taşlıyurt, ²Şener Barut, ¹Faruk Kutlutürk¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

AMAÇ: Hipopotasemi, klinikte sık rastlanılan elektrolit bozukluklarından biridir. Hipopotasemiye neden olan etkenlerin çeşitliliği (hastalık, ilaç, vs) ayrı tanıyı zorlaştırmaktadır. Hipopotasemiye neden olduğu bilinen ilaçlar içinde şimdiye kadar bildirilmemiş olan Piperasilin-Tazobaktam'a bağlı inatçı bir hipopotasemi olgusunu sunmaktayız.

OLGU: H. T. 83 yaşında erkek hasta, sol kalça revizyon artroplastisi sonrası insizyon bölgesinde akıntı olması ve uygulanan antibiyoterapiye rağmen gerileme olmaması nedeniyle ortopedi kliniğinde protezi çıkarılmış ve alınan kültürde Acinetobacter ve P. Aeroginosa üremesi üzerine Enfeksiyon Hastalıklarının önerisiyle hastaya postoperatif 3.gün Piperasilin-Tazobaktam (Tazocin®) 3 x 4.5 gr/ gün başlanılmıştı. Bilinen herhangi bir hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü olmayan hastanın potasyum değeri düşük seyretmesi üzerine potasyum replasmanı yapılmış, buna rağmen 2 hafta boyunca hipopotaseminin devam etmesi üzerine danışılmıştı. Hastanın antibiyoterapi öncesi yapılan tetkiklerinde elektrolitler dahil diğer biyokimyasal ve hormon parametrelerinde, kalsiyum ve albumin düşüklüğü hariç, özellik olmadığı saptandı (Glukoz: 112 mg/dl, Kre: 0.8 mg/dl, BUN: 11.8 mg/dl, Ürik asit: 3.5 mg/dl, Na: 140 mEq/ L, K: 3.9 mEq/ L, Cl: 105 mEq/L, Ca: 7.1 mg/dl, P: 3.8 mg/dl, Mg: 1.9 mg/dl, AST: 32 U/L, ALT: 7 U/L, ALP: 144 U/L, GGT 37 U/L, LDH: 431 U/L; T. Prot: 6.5 gr/dl, Albumin: 2.6 gr/dl). Hastanın yatışından itibaren tüm tetkikleri geriyeye dönük olarak incelendiğinde Piperasilin- Tazobaktam tedavisi başlandıktan sonra potasyum değerlerinin düşmeye başladığı tespit edildi. Piperasilin-Tazobaktam öncesi 3.9 mEq/L olan K düzeyi, ilaç başlanmasını takiben günlük 40-80 mEq/L replasman yapılmasına rağmen 2.8- 3.3 mEq/L arasında seyrettiği gözlemlendi. Düzenli olarak K replasmanı IV ve oral yoldan yapıldığı halde 2 hafta boyunca da hipopotasemi devam etti. Hipopotasemiye neden olabilecek ek hastalıklar gözden geçirilip, verilen ilaçlar ve sıvı tedavileri değerlendirildi, hormon tetkikleri planlandı ancak Piperasilin- Tazobaktam kullanımı dışında hipopotasemiye açıklayacak bir patolojiye rastlanılmadı. Postoperatif 23.günde antibiyotik, Enfeksiyon Hastalıklarına danışılarak kesilip tedaviye Ciprofloksasin ile devam edildi. Piperasilin-Tazobaktam tedavisi kesildikten sonra replasman yapılmamasına rağmen hastanın potasyum değerleri hızla düzelp normal aralıktaki seyretti.

TARTIŞMA: Potasyum rezervi düşük olan hastalarda Piperasilin-Tazobaktam tedavisinin hipopotasemiye neden olabileceği daha önceden bildirilmiştir. Bu vaka sunumunda herhangi bir hastalığı olmayan, diüretik tedavisi kullanılmayan, normopotasemik hastalarda Piperasilin-Tazobaktam tedavisinin hipopotasemiye neden olabileceği ve tedavi sırasında sık elektrolit takibinin yapılması gerektiği gösterilmiştir.

P283**DİRENÇLİ HİPOKALSEMİ VE HİPOKALEMİ... HİPOMAGNEZEMİYE Mİ BAĞLI?**

Hakan Cınemre, Feyzi Gökosmanoğlu, Cemil Bilir, Muhittin Pekuz

Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

GİRİŞ: İlaç kullanımına bağlı sıvı-elektrolit bozukluğu sıkça karşılaşılan sorunlardandır. Steroid ve metotreksate kullanımına bağlı hipokalemi ve hipokalsemi gelişmektedir. İlaç kullanımına bağlı olarak gelişen sıvı-elektrolit bozukluklarında, ilacın kesilmesi ve yerine koyma tedavisiyle sıvı-elektrolit bozuklukları çok hızlı düzelmektedir.

OLGU: 46 yaşında kadın hasta 10 yıldır psöriyazis nedeniyle dermatoloji kliniği tarafından takip edilmektedir. Hastanın takiplerinde, hastalığının aktivasyonuna bağlı tüm vücutta yaygın kızarıklık, ısı artışı olması nedeniyle generalize püstüller psöriyazis tanısı konulmuş. Tedavide oral steroid ve metotreksate verilmiş, tedavinin ilk haftasında bulantı, kusma, halsizlik, yorgunluk, ellerinde ve ayaklarında uyuşma, şişkinlik nedeniyle dermatoloji kliniğine gelen hastada hipokalemi ve hipokalsemi tespit edilmesinden dolayı hasta tarafımızla konsulte edildi. Fizik muayenede bütün vücutta yaygın şiş, kızamık, ısı artışı ve batında hafif diltandü saptandı. Laboratuvar bulguları; WBC: 4.140/mm³, CRP: 5.9 (0-0.5), Sedim: 35mm/h, K: 2.1 mmol/l (3.4-5.4), Ca: 7.02 mg/dl (8.4-9.7) idi. Tedavide ilaçlar kesilerek kalsiyum ve potasyum desteği yapıldı ancak klinik takiplerde hipokalemi ve hipokalsemi replasman tedavisine cevap vermedi.



Takiplerde hastada Mg eksikliğinin (Mg: 1.2 mg/dl (1.7-2.5)) tespit edildi, tedaviye oral Mg replasmanında eklenmesiyle hipokalemi ve hipokalsemi replasman ile normal seviyelere ulaştı.

SONUÇ: Kliniklerde hipomagnezemi genelde fark edilmez ve gözden kaçır. Eksiklik hipokalemi ve hipokalsemi ile sonuçlanabilir. Tedaviye dirençli veya nedeni açıklanamayan hipokalsemi ve hipokalemi olgularında kan Mg düzeyine bakılmalı ve tedavide mutlaka diğer elektrolitlerle birlikte replase edilmelidir.

P284

ATIPIK LOKALİZASYONLU CASTLEMAN HASTALIĞI OLGUSU

¹Gökçen Gökcan, ¹Çiğdem Usul Afşar, ¹Pınar Demir, ¹Cüneyt Müderrisoğlu, ¹Hayri Polat, ²Şefika Aksoy, ³Zuhal Gücin

¹SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Dahiliye Kliniği, ²SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ³SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü

ÖZET: Castleman hastalığı nadir, değişik klinik ve morfolojik varyantlarla ortaya çıkan bir hastalıktır. Histolojik olarak hiyalin vasküler (%90), plazma hücreli (%10) ve mikst tipleri tanımlanmıştır. Burada aksiller lenf nodu biopsisi sonrası tanısı konulan hiyalin vasküler tip Castleman olgusu sunmayı amaçladık.

OLGU: 20 yaşında bayan hasta, bir haftadır farketmediği sağ koltuk altında kitle şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede, sağ aksillada yaklaşık 1,5*1,5 cm boyutlarında ağrısız, düzgün sınırlı, immobil, iki adet lenfadenomegali (LAM) dışında özellik saptanmadı. Kan sayımı ve saatlik sedimentasyon değeri normaldi. Biyokimyasal verilerde özellik saptanmadı. PA akciğer grafisi ve batın US'de özellik yoktu. Sağ aksiller US'de 25*8 mm ve 15*15 mm boyutlarında iki adet hipoeoik, düzgün sınırlı, yağ hilusu kaybolmuş LAM izlendi. Bu bölgeden alınan eksizyonel lenf nodu biyopsi sonucu hiyalin vasküler tip Castleman hastalığı ile uyumlu bulundu. İki ay sonra kontrole çağrılan hastada nüks saptanmadı. Hasta halen polikliniğimizden takiplidir.

TARTIŞMA: Castleman hastalığı atipik lenfoproliferatif hastalık grubundandır. Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, immün değişimle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hastalığın lokalize ve multisentrik olmak üzere iki formu vardır. Lokalize formda ortalama yaş 23 olup, premalign potansiyel nadirdir. 5 yıllık yaşam süresi %100'dür. Cerrahi ile kalıcı kür sağlanır ve sistemik semptomların kaybolduğu görülür. Olgumuz 20 yaşındaydı ve sistemik semptomları mevcut değildi. Multisentrik formda ise ortalama yaş 56 olup premalign potansiyel sıkıdır; ortalama yaşam süresi 26 ay ve mortalite %50'dir. Cerrahi endike değildir. Bunlarda Kaposi Sarkomu, B hücre neoplazmaları, Multipl Myeloma riski yüksektir. Yalnızca kemoterapi ve/veya steroid tedavisiyle semptomların azaltılması sağlanır. Hiyalin vasküler tip plazmasellüler tipe göre 10 kat daha sık görülür; genellikle mediastende lokalize (%52) olup boyun, aksilla, retroperitoneal bölge, mezenter ve pelvis yerleşimli de olabilir. Hiyalin vasküler tip çoğunlukla asemptomatik seyredir. Ancak bazen lenf nodu basısına bağlı olarak ağrı gelişebilir. Hastamızda ise belirgin bir klinik bulgu yoktu. Plazmasellüler tip daha seyrek görülür, multisentrik formu daha sıkıdır. Anemi, lökopeni, hipalbuminemi, poliklonal hipergammaglobulinemi saptanabilir. Malign dejenerasyon plazmasellüler alt grubun multisentrik formunda oldukça sık olup sadece kemoterapi önerilmekle birlikte, steroidle beraber radyoterapi de verilebilmektedir. Ortalama yaşam süresi 26 aydır. Malignite riski nedeniyle yakın takip gereklidir. Hiyalin vasküler tipin tedavisinde ilk seçenek komplet rezeksiyondur. Multifokal formunda nadiren malignite gelişebilir. Olgumuzda 2 adet lokalize lenf nodu olması nedeniyle sadece komplet cerrahi rezeksiyon uygulandı.

Sonuç olarak Castleman hastalığı, özellikle hyalin vasküler tip asemptomatik seyretmesi nedeniyle ayırıcı tanısı zor bir hastalıktır. LAM saptanan olgularda Castleman hastalığı mutlaka akla gelmelidir.

P285

LENFADENOPATİ İLE PREZENTE OLAN AMİLOİDOZİS

¹Hilal Tunçer Yılmaz, ¹İrmak Sayın, ¹Ali Kemal Oğuz, ¹Ayla San, ¹Halil Değertekin

¹Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Nefroloji Bilim Dalı, ³Gastroenteroloji Bilim Dalı

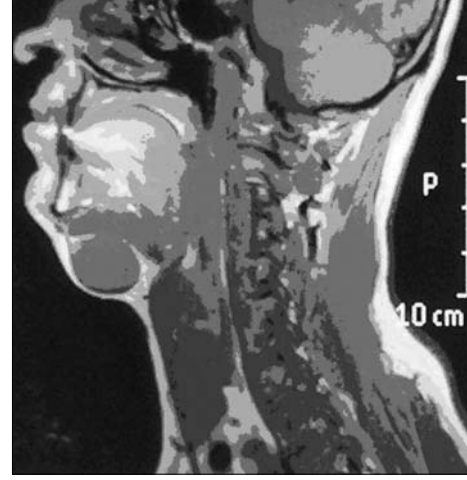
GİRİŞ: Amiloidozis; doku ve organlarda hücrelerarasında 'amiloid' adı verilen anormal proteinöz madenin depolanması ile oluşan hastalıktır. Primer amiloidoz B-hücre diskrazilerinin neden olduğu AL amiloidoz tanınır ve sistemik amiloidozun en sık formudur. Sekonder (reaktif) amiloidoz ise karaciğerden sentezlenen 'serum amiloid-A proteini, SAA' birikimi sonucu oluşur ve AA tipi amiloidoz olarak bilinir. Sekonder amiloidoz nedenleri arasında; romatoid artrit (en sık), skleroderma, dermatomyozit, bronşiektazi, kronik osteomyelit, ailevi akdeniz ateşi, tüberküloz, sarkoidoz, subakut bakteriyel endokardit gibi inflamatuvar ve enfeksiyöz hastalıklar sayılabilir.

OLGU: 38 yaşında erkek hasta ishal ve bacaklarda şişlik yakınması ile hastanemize başvurdu. İlk olarak 10 yıl önce submental bölgede şişlik şikayeti başladı, daha sonra benzer şişliklerin boyunda da belirmesi üzerine servikal lenf nodundan biyopsi alındığı ve histopatolojik incelemede amiloidoz saptandığı öğrenildi. Kliniğimize başvurusunda 2 yıldır devam eden ishal olması nedeni ile yapılan rektal biyopside; amiloid pozitif rektal mukozaya ve immünohistokimyasal olarak AA amiloid pozitif olarak bulundu. Fizik muayenede submental bölgede 4-5 cm tek (resim 1), posterior servikalde 1-2 cm boyutlarında birden çok ve anterior servikalde 3-4 cm çaplı konglomere lenf nodları (resim 2), 3+ pretibial ödem mevcuttu. AA tipi amiloidozisi olan hastanın etiyolojisini saptamak üzere yapılan tetkiklerinde sedimentasyon, CRP, LDL ve kolesterol yüksek, albümin düşük olarak bulundu. 24 saatlik idrarında protein atılımı 4,9 g/gün olarak hesaplandı. Romatolojik belirteçler ve tümör markerları negatif. FMF gen testinde M694V +/- olarak bulundu. Hastanın proteinürüsünün böbrek tutulumuna, ishalinin gastrointestinal tutulumuna ve boynundaki lenfadenopatilerinin de lenf nodu tutulumuna bağlı olduğu düşünüldü.

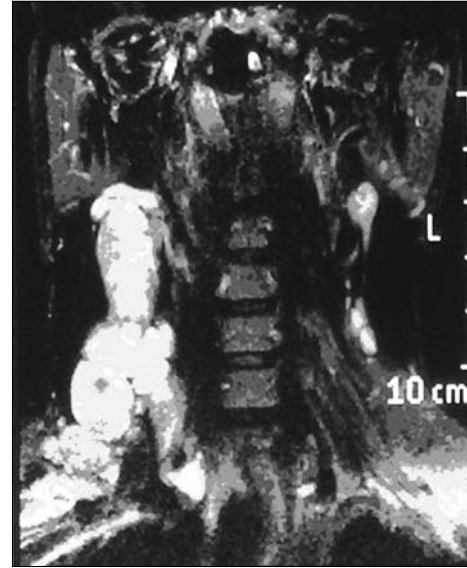
TARTIŞMA: Amiloid depolanmasının AA amiloidozda AL amiloidoza göre daha sınırlı olması beklenir ve genelde birikim böbreklerden başlar. Diğer beklenen tutulum yerleri; karaciğer, dalak, lenf nodu, adrenal bez ve tiroiddir. Vakamızın doktora ilk başvuru şikayeti boyunda lenfadenopati olması atipik bir amiloidozis prezentasyonu olarak değerlendirilebilir.

Hastada her ne kadar etiyolojisini açıklayacak bulgulara rastlanmasa da biyopsi sonucunun da doğruladığı üzere AA tipi amiloidozis bulunmaktadı. AA tipi amiloidoz ailevi akdeniz ateşinin genetik olarak

belirlenmiş bir sonucudur. Ailevi akdeniz ateşi fenotip 1'de tablo klasik klinik ile seyredir. Fenotip 2'de ise amiloidozis diğer klinik belirtiler olmadan hastalığın ilk ve tek bulgusu olabilir. Ailevi akdeniz ateşi düşünlene ancak genetik analizinde şu ana kadar saptanmış bir mutasyon belirlenememiş hastalarda tanı reddedilemez. Bu nedenle hastamız M694V +/- gen testi sonucu ile halen ailevi akdeniz ateşi tanısı almaya adaydır.



Figür 1. Nazofarengial MR sagittal kesit, submental LAP



Figür 2. Nazofarengial MR koronal kesit, sağ servikal konglomere LAP

P286

KIKUCHI FUJIMOTO HASTALIĞI VE GUILLIAN BARRE SENDROMUNUN BİRLİKTE GÖRÜLDÜĞÜ BİR OLGU SUNUMU

¹Şimal Köksal, ¹Birgül Öneç, ¹Selma Karaahmetoğlu Özkan, ¹Ayla Yıldız Savaş, ¹Erdal Eskiöğlü

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Kikuchi Fujimoto hastalığı (KFH), servikal hassas lenf nodları, orta düzeyde ateş ve gece terlemesi ile karakterize, kendini sınırlayan, nadir görülen benign bir hastalıktır. Etiyolojide viral ve otoimmün sebepler suçlanmaktadır. Guillian Barre sendromu (GBS) da benzer etiyolojik faktörler sonucu oluşmaktadır. Bildiğimiz kadarı ile literatürde ilk vaka olan, GBS ile komplike olmuş bir KFH olgusunu sunuyoruz.

OLGU: Yetmiş yaşında bayan hasta, yüksek ateş, splenomegali, servikal ve aksiller lenfadenopatiler (LAP) nedeni ile başka bir merkezde araştırılmış ve servikal lenf nodundan yapılan eksizyonel biyopsi ile KFH tanısı almış. Semptomatik tedavi önerilerek taburcu edilmiş. 1,5 ay sonra semptomları halen devam etmekte olan hasta, üst ekstremitelerden başlayıp alt ekstremitelere yayılan güç kaybı nedeni ile acil servisimize başvurdu. Fizik muayenede servikal ve aksiller, en büyüğü 2x2 cm olan, ağrısız, sert lenfadenopatiler, kot altında 5 cm palpe edilen splenomegali ve simetrik, üst ekstremitelerde daha belirgin güç kaybı mevcuttu. Hasta yatağa bağımlı durumdaydı. Lomber ponksiyonda BOS protein düzeyinde artış (105 mg/dl) ve EMG'de yaygın, demiyelinizan ağırlıklı, mikst tip, sensörimotor, periferik nöropati saptanması üzerine GBS tanısı konuldu. Viral etiyoloji saptanamayan, tomografilerinde mediastinal ya da abdominal LAP olmayan ve lenfoma ayırıcı tanısı için yapılan kemik iliği biyopsisi normal bulunan hastada GBS'yi açıklayacak başka bir etiyoloji bulunamadı. Antinükleer antikor (ANA) periferik (++) boyanan, anti ds DNA'sı (-) olan hasta, GBS tedavisi için 7 seans plazmaferezle alındı. 7.seans sonrasında motor defisitte belirgin azalma gözlemlendi ve hasta yardımla yürüyebilir hale geldi.

TARTIŞMA: Lenfadenopatilerin nadir bir nedeni olan KFH'nin SLE, Still hastalığı, polimiyozit, ve antitofosfolipit sendromla birlikteliğine dair birkaç yayın vardır. Etiyolojisindeki viral ajanların ortak oluşu

ve otoimmün hastalıklarla olabilen beraberlikleri, KFH ve GBS'de ortak bir etyoloji olabileceğini düşündürmektedir. Lenfoproliferatif hastalıkların myelin kılıflara yönelik otoimmün bir cevabı tetikleyebildiği de bilinmektedir. GBS'nin lenfomalar ve Castleman hastalığı ile birlikteliği bildirilmiş olmasına rağmen, araştırmalarımızda GBS ile KFH birlikteliği literatürdeki ilk vakadır. GBS kliniği ile başlayan, beraberinde LAP'ları olan hastalarda, malign lenfoproliferatif hastalıklardan ekarte edilmesi gerekmektedir birlikte, KFH birlikteliğinin de akla gelmesi gerektiği düşünülmektedir.

P287

TİP 2 DİYABETİK HASTALARDA CERRAHİNİN OSTEOPROTEGERİN, İNTERLÖKİN 6 VE ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ (MPV) ÜZERİNE ETKİSİ

M. Hakan Terekeci, Cihan Top, Fevzi Demirel, Burak Şahan, Alev Akyol Erikçi, Özkan Sarayan, İlker Sücüllü, Ali Filiz, Osman Metin İpcioğlu, Çağatay Öktenli
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi

GİRİŞ: Osteoprotegerin tümör nekrozis faktör süperailisinin üyesi olan bir glikoprotein olarak tanımlanmıştır. Son dönemde yapılan çalışmalarda ateroskleroz ve diyabetin mikrovasküler komplikasyonlarıyla ilişkisi olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. İnterlökin 6 immünite ve inflamasyonda önemli role sahiptir. Cerrahi sonrasında hem sağlıklı hem de diyabetik kişilerde İnterlökin 6 seviyeleri belirgin şekilde artmaktadır. Son dönemde üzerinde fazlaca çalışma yapılan MPV'nin miyokard enfarktüsü, diyabet ve ateroskleroz gelişimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bizler bu çalışmada tip 2 diyabetik hastalarda cerrahinin osteoprotegerin, İnterlökin 6 ve mean platelet volüm (MPV) üzerine olan etkisini ve bunlar arasındaki ilişkiyi araştırmayı hedefledik.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi servisine başvuran hastalar arasından safra kesesi operasyonu planlanan 25 diyabetik hasta (yaşları 60.2 ± 12.4) ve 14 non-diyabetik kontrol vakası (yaşları 57.4 ± 16.8) dahil edildi. Operasyonun 24 saat öncesi ve sonrasında tüm hastalarda interlökin 6, serum osteoprotegerin ve MPV değerlerine bakıldı.

SONUÇLAR: Hastaların bazı parametreleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Çalışma ve kontrol grubu hastalar arasında yaş (60.2 ± 12.4 vs. 57.4 ± 16.8, p>0.05), BMI (29.5 ± 5.1 kg/m² vs. 27.7 ± 5.4 kg/m², p>0.05) ve trombosit sayısı (245.3 ± 71.0 x 10³/ml vs 238.9 ± 62.8 x 10³/ml, p>0.05) açısından istatistiksel fark yoktu. Çalışma ve kontrol grubu hastalar arasında serum insülin (12.2 ± 7.4 µU/mL vs 5.9 ± 2.7 µU/mL, p<0.01) ve HOMA skoru (4.5 ± 3.0 vs 1.3 ± 0.6, p<0.001) arasında istatistiksel açıdan farklılık vardı.

Çalışmamızda diyabetik grupta operasyon öncesi ve sonrası serum interlökin-6 (9.6 ± 12.4 vs 122.1 ± 148.7 pg/ml, p<0.05) ve osteoprotegerin (24.1 ± 9.1 vs 31.3 ± 17.3 pg/ml, p<0.01) düzeyleri arasında istatistiksel farklılık saptandı. Operasyon öncesi ve sonrası MPV düzeyleri arasında farklılık bulunmadı (8.5 ± 1.3 vs 8.8 ± 1.3 fl, p>0.05). Aynı şekilde kontrol grubunda operasyon öncesi ve sonrası serum interlökin-6 (6.7 ± 6.9 vs 38.4 ± 41.8 pg/ml, p<0.05) ve osteoprotegerin (19.7 ± 7.6 vs 23.7 ± 7.3 pg/ml, p<0.01) düzeyleri arasında farklılık bulundu. Bu grupta MPV açısından operasyon öncesinde ve sonrasında farklılık yoktu (8.6 ± 0.9 vs 9.2 ± 1.4 fl, p>0.05). Çalışmamızda operasyon sonrası MPV ile interlökin 6 arasında belirgin korelasyon bulduk (r=0.42, p<0.01).

TARTIŞMA: Bu sonuçlar bize cerrahinin neden olduğu trombosit morfolojisi değişikliği ile proinflamatuar durumun birlikteliğini göstermesi açısından önemlidir. Bu durum diyabetik hastalarda cerrahi sonrasında gelişen vasküler komplikasyonların oluşumunda önemli rol oynuyor olabilir. Diyabetin mikrovasküler komplikasyonlarıyla ilişkisi olduğu bilinen osteoprotegerin düzeyinin diyabetik hastalarda kontrol grubuna oranla daha çok artması da bu süreçte katkıda bulunuyor olabilir.

Tablo 1.

	Diyabetik (n=25)	Nondiyabetik (n=14)	P-değeri
Yaş (yıl)	60.2 ± 12.4	57.4 ± 16.8	NS
BMI (kg/m ²)	29.2 ± 5.1	27.7 ± 5.8	NS
Serum açlık glukozu (mg/dl)	143.2 ± 42.2	90.1 ± 9.4	p<0.001
HbA1C (%)	7.3 ± 1.8	5.4 ± 0.4	p<0.001
İnsülin (µU/ml)	12.2 ± 7.4	5.9 ± 2.7	p<0.01
C-Peptid (ng/ml)	6.4 ± 1.4	1.7 ± 0.8	p<0.001
HOMA-IR	4.5 ± 3.0	1.3 ± 0.6	p<0.001
Trigliserid (mg/dl)	158.2 ± 47.4	109.0 ± 35.0	p=0.0008
hs-CRP (mg/L)	12.1 ± 21.5	1.4 ± 0.9	p=0.02
Trombosit Sayısı (x10 ³ /ml)	245.3 ± 71.0	238.9 ± 62.8	NS

P288

SVO'DA METABOLİK SENDROM

İ.Ö. Öztop Çakmak, N. İşık, Ö. Arıcı, F. Candan, İ. Aydın Cantürk, N. Yıldız, A. Oğuz

¹Istanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, ²Istanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Metabolik sendrom insülin direnci ve abdominal obezite ile ilişkili olan kardiyovasküler ve metabolik risk faktörlerinin oluşturduğu sık görülen bir tablodur. Metabolik sendromlu hastalarda Tip 2 diyabet ve aterosklerotik damar komplikasyonları riski artmıştır. Son zamanlarda Metabolik sendrom, akut strok (özellikle iskemik) için de bir risk faktörü olarak görülmektedir. Bu çalışma akut strok nedeniyle hastaneye başvuran hastalardaki MetS sıklığını belirlemek amacıyla yapıldı.

METOD: Hastanemiz Nöroloji kliniğinde akut hemorajik ya da iskemik serebrovasküler olay nedeniyle izlenen 100 hasta (55 kadın, 45 erkek) retrospektif olarak değerlendirildi. İskemik ya da hemorajik strok kraniyal görüntüleme (kraniyal BT ve/veya MR) ile saptandı. Metabolik sendrom parametreleri Amerikan Üçüncü Erşkin Tedavi Paneli (ATPIII) kriterlerine göre tanımlandı.

SONUÇLAR: Ortalama yaşı 67.1 (21- 94) olan hastaların 81'inde iskemik strok, 19'unda hemorajik strok saptandı. Tüm hastaların %75'inde hipertansiyon, %77'inde disglisemi, %23'ünde trigliserid yüksekliği, %59'unda HDL düşüklüğü bulundu. 100 hastanın 14'ünde 4 metabolik sendrom parametresi, 35'inde 3 parametre, 37'sinde 2 parametre bulunurken sadece 14 hastada tek parametrenin varlığı görüldü. Hastaların cinsiyetine göre metabolik sendrom parametrelerinin varlığı incelendiğinde erkek ve kadın hastalarda hipertansiyon, disglisemi, trigliserit yüksekliği, HDL düşüklüğü sırasıyla 39; 34; 12; 22 ve 49; 44; 13; 37 hastada bulundu. Erkek hastaların 5'inde 4 metabolik sendrom parametresi, 15'inde 3 parametre, 18'inde 2 parametre, 7 hastada tek parametrenin varlığı görüldü. Kadın hastaların 9'unda metabolik sendromun 4 parametresi, 20'sinde 3 parametre, 19'unda 2 parametre, 7 hastada tek parametrenin varlığı görüldü. İskemik stroklu 81 hastanın (47 kadın, 34 erkek) 70'inde hipertansiyon, 61'inde disglisemi, 18'inde trigliserid yüksekliği, 51'inde HDL düşüklüğü saptanırken 19 hemorajik strok hastasının (7 kadın, 12 erkek) 18'inde hipertansiyon, 16'sında disglisemi, 7'inde trigliserit yüksekliği, 6'sında HDL düşüklüğü görüldü.

YORUM: Metabolik sendrom parametrelerinin iskemik strok hastalarında çok yüksek oranda bulunması strok önleme stratejileri içinde metabolik sendrom ile mücadelenin önemini ve gerekliliğini ortaya koymaktadır.

P289

MİXT TİP HİPERBİLİRUBİNEMİ (GİLBERT VE ROTOR SENDROMU BİRLİKTELİĞİ)

Derya Yıldırım, Oylum Ekiztaş, Ayla Yıldız Savaş, Nujen Çolak, Selma Karaahmetoğlu Özkan, Erdal Eskioğlu

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Gilbert Sendromu herediter, bilirubinün hepatik uptake bozukluğu ile giden histopatolojik incelemede karaciğer dokusunun normal olarak izlendiği, benign seyreden unkonjuge hiperbilirubinemi nedenidir. Dünyada en sık görülen herediter hiperbilirubinemi nedenidir, sıklığı %5-10'dur. Rotor sendromu da herediter, hepatositlerden atılım bozukluğuyla gelişen konjuge hiperbilirubineminin izlendiği ve karaciğer histopatolojisinin normal gözlemlendiği benign sarılık nedenlerindedir. Alt solumun yolu enfeksiyonu tanısı ile başlayan, tetkiklerinde konjuge ve unkonjuge hiperbilirubinemi saptanan ve mixed tip herediter hiperbilirubinemi tespit ettığımız bir olguyu sunuyoruz.

OLGU: 25 yaşında erkek hasta sarılık, öksürük ve balgam şikayetleriyle yatırıldı. Çocukluk çağından beri olan özellikle açlık ve enfeksiyonlarla tetiklenen aile öyküsünün de eşlik ettiği sarılığının olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde ateş, sağ akciğer bazalinde ral ve sarılık mevcuttu. Akciğer grafisinde sağ bazalde infiltrasyon görüldü. Tetkiklerinde lökositoz saptandı. AST, ALT, ALP, GGT değerleri normal; total bilirubini: 4.7 direkt bilirubini: 3.7 olarak saptandı. Alt solumun yolu enfeksiyonu nedeniyle tedavisi verildi. Hastada diğer konjuge ve unkonjuge hiperbilirubinemi yapacak nedenler araştırıldı ve sonucunda herediter hiperbilirubinemi sendromları dışındaki hastalıklar ekarte edildi. Konjuge bilirubin yüksekliği ile giden herediter hastalıklar olan Dubin Johnson ve Rotor sendromu ayırıcı tanısı için 24 saatlik idrarda koproporfirin düzeyleri gönderildi, koproporfirin I düzeyi normal olmasıyla Dubin-Johnson sendromu dışlandı. Rotor sendromunu doğrulamak amacıyla Tc99m HIDA ile karaciğer- safra yolları sintigrafisi yapıldı. Sintigrafide safra yolları ve safra kesesi vizualize edilemedi. Gilbert Sendromunu doğrulamak amacıyla ise açlık testi ve devamında fenobarbital testi yapıldı. Hastaya 3 gün düşük kalorili diyet verildi. Total bilirubin değeri 8.3 konjuge bilirubin değeri 3.3 e kadar yükseldi. Testin sonunda verilen fenobarbitalle birlikte bu değerlerin 4,1 ve 1,2'ye gerilediği görüldü. Sonuçta hastaya, Gilbert ve Rotor sendromu birlikteliğiyle giden mixed tip herediter hiperbilirubinemi tanısı konuldu.

SONUÇ: Konjenital Hiperbilirubinemi tablolarından benign seyirli unkonjuge hiperbilirubinemiyle prezente olan Gilbert sendromu insidental olarak saptandı. Direkt bilirubin yüksekliğiyle seyreden Rotor sendromu ise nadir görülmele birlikte kolestat tablosu ile karışması açısından önemlidir. Yapılan yayınlarda mixed tip hiperbilirubinemi vakalarında Gilbert ve Dubin-Johnson sendromu birlikteliği gösterilmiştir. Bizim vakamız Gilbert sendromuna eşlik eden Rotor sendromunun tespit edildiği ilk vakadır. Bizim vakamız; rekürren, benign karakterde, karaciğer fonksiyon testleri ve kolestat parametrelerinin normal olduğu mixed tip hiperbilirubinemi saptanan vakaların hiperbilirubinemiye yol açan herediter sendromların birlikteliğinin düşünülmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.



P290

KAVERNÖZ SİNÜSDE KİTLE İLE ORTAYA ÇIKAN MULTİPLE MYELOMA OLGUSU

Mehbare Gülhan, Birgül Öneç, Derya Yıldırım, Ayla Yıldız Savaş, Selma Karaahmetoğlu Özkan, Erdal Eskioğlu

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği

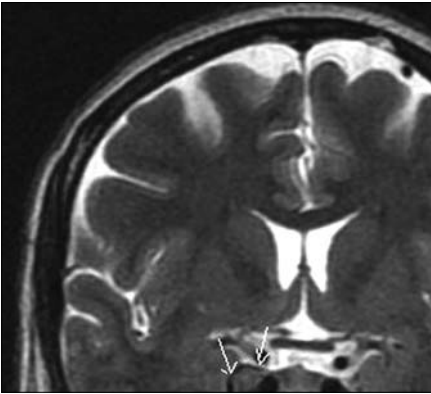
GİRİŞ: Multiple myelom (MM) seyrek görülen bir hematolojik malignite olmamasına rağmen intrakranial tutulum beklenen bir bulgu değildir. Kavernöz sinüs tutulumu ise çok daha nadirdir. Kavernöz sinüs sendromu (KSS) nedenleri arasında da MM çok nadir rastlanan bir etyolojisi olduğundan kavernöz sinüs tutulumuyla başvuran hastaların tanısı gecikebilir. Sistemik MM'a ait semptomları olmaksızın kavernöz sinüs yerleşimli kitlenin sebep olduğu baş ağrısı, diplopi, ptosis ve oftalmopleji ile başvuran ve MM tanısı alan bir vakayı sunuyoruz.

OLGU: Kırkı yaşında kadın hasta baş ağrısı, çift görme ve ardından sağ tarafta günler içinde gelişen göz kapağında düşüklük şikayetleri nedeniyle servise yatırıldı. Fizik muayenede sağ gözde ptosis, midriyazis, aşağı, yukarı ve içe bakış kısıtlılığı saptanırken fundus muayenesi normal bulundu. Laboratuvar incelemelerinden üre değeri normalken kreatinin değerinin orantısız yüksek oluşu (sırasıyla 28 ve 4.66 mg/dl) dikkat çekiyordu. Serum total protein düzeyi 84, serum albumin düzeyi 32 g/L saptandı. Hemoglobin ve platelet düzeylerinin düşük olduğu, eritrosit sedimentasyon hızı 120 mm/saat iken CRP'sinin normal olduğu görüldü. Çekilen kranial MR'da sağ kavernöz sinüste lateral duvarda minimal ekspansiyona yol açan 6x8 mm boyutlarında yumuşak doku kitlesi saptandı. Periferik yaymasında rulo formasyonu ve birkaç atipik plazma hücreleri görülen hastanın protein elektroforezinde $\beta 2$ bandında monoklonal pik ve IgA düzeylerinde artış gözlemlendi. Yapılan kemik iliği biyopsisinde ilik mesafesinin hemen tamamını kaplayan atipik plazma hücreleri gözlemlendi. Kavernöz sinüsdeki kitlenin milimetrik boyutu ve operasyonun riskleri nedeniyle biyopsi yapılamadı. MM kabul edilen hastaya kemoterapi başlandı ve ilk kürün sonunda göz semptom ve bulgularının tamamen ortadan kalktığı görüldü. Hastada IgA seviyelerinin düşmesi ile birlikte üre düzeyinde yükselme kreatinin düzeyinde ise gerileme olduğu görüldü ve baştaki orantısız düzeylerin IgA ile ürenin etkileşiminden kaynaklandığı ortaya kondu.

TARTIŞMA: Kavernöz sinüsde tümörler sık olmakla beraber bunlar daha çok baş boyun kanserlerinin yayımları ve o bölge yapılarının primer tümörleridir. MM tüm KSS vakalarının %4'ünden azında neden olarak gösterilmiştir. Literatürde MM'un nörooftalmik tutulumunun kavernöz sinüste gros kitle, intrakranial kitle ya da hiperviskositöze bağlı örnekleri belirtilmiştir. Bizim vakamızda olduğu gibi kavernöz sinüs lezyonunun neden olduğu ptosis ve oftalmopleji ile ortaya çıkan ve MM tanısı alan olgu nadirdir. KSS ile başvuran hastalarda MM akla getirildiği takdirde erken tanı ve tedavi ile prognoz olumlu yönde etkilenecektir. Sonuç olarak MM'lı olguların KSS ile prezente olabileceği klinisyenlerce göz önünde tutulmalıdır.



Resim 1. Hastanın başvuru anındaki ptosis görüntüsü



Resim 2. Sağ kavernöz sinüsdeki kitlenin T2 sekansta koronal kesit görünümü

P291

NADİR BİR SEKONDER OSTEOPOROZ NEDENİ: OSTEOGENEZİS İMPERFEKTA

¹Funda Pepedil, ²Mine Durusu Tanrıöver, ²Gülay Sain Güven

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Ünitesi

Osteogenesis Imperfekta (OI), kemik kütlelerinde azalma ile karakterize genetik bir hastalıktır. Küçük travmalarla, hatta travma olmaksızın kırıklara sebep olduğundan "kırılgan kemik hastalığı" olarak da adlandırılır. Klinik spektrum oldukça geniştir: bazı hastalar perinatal dönemde kaybedilirken, bazıları da prematür ya da ağır postmenopozal osteoporoz olarak karşımıza çıkabilir. Bugüne kadar OI ile ilişkili 200'den fazla gen mutasyonu tanımlanmıştır. Bu mutasyonlar çoğunlukla tip 1 kollajende moleküler bo-

zulüğe sebep olmaktadır. Hastalığın 4 tipi vardır (Tablo 1). Tip 1 OI en hafif seyirli olan formudur. Tip 1 OI'lı hastalarda puberte sonrası kırık sıklığı giderek azalır. Erişkin yaşta kliniğimize başvuran osteogenesis imperfekta bir olguyu nadir bir sekonder osteoporoz nedeni olarak sunuyoruz.

OLGU SUNUMU: 48 yaşında erkek hasta sırt ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Geçmiş öyküsü sorgulandığında 2 aylıkken multipl kırıklara olması nedeni ile osteogenesis imperfekta tanısı konulmuş olduğu öğrenildi. 21 yaşına kadar yaklaşık 20 kez kırık nedeni ile tedavi görmüş olan hasta bu dönemde ortopedi bölümünde izlenmiş, 21 yaşından sonra sadece 3 kez kırık nedeni ile hastaneye başvurmuş ve herhangi bir bölüm tarafından takip edilmemiştir. Aile öyküsü sorgulandığında 7 yaşındaki kız çocuğuna da 1 aylıkken osteogenesis imperfekta tanısı konulduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde boyu 155 cm, vücut ağırlığı 70 kg olan hastanın hafif skolyozu dışında patolojik bulgusu yoktu. Skleralar normal görünümdeydi ve işitme kaybı yoktu. Vertebra graflerinde hafif skolyoz ve belirgin osteoporozu vardı. Kemik mineral yoğunluğu T skoru L1- L4 için -5.14 ve femur boynu için -3.73 (Tablo 2), serum Ca: 10.4 mg/dL, albumin: 4.9 g/dL, P: 3.3mg/dL, ALP: 95 U/L, iPTH: 34 pg/mL, 25-OH-vitamin D: 31 mcg/L, 24 saatlik idrarda kalsiyum atılımı: 259 mg/gün olarak bulundu. Osteogenesis imperfektaya sekonder osteoporozu olduğu düşünülen hastaya kalsiyum, D vitamini ve haftalık alendronat içeren medikal tedaviyi başlandı. Öte yandan bir fabrikada işçi olarak çalıştığı ve zaman zaman ağır yük kaldırmak zorunda olduğu öğrenildi, hasta ve çalışmakta olduğu kurum kırılğan kemik hastalığı konusunda bilgilendirildi ve önlemlerin alınması konusunda uyarıldı. Mevcut sırt ağrısının skolyozu sekonder olduğu düşünüldü ve fizik tedavi egzersizleri önerildi.

TARTIŞMA: Osteogenesis imperfekta, erişkin yaş grubunda nadir görülen bir sekonder osteoporoz nedenidir. Kırılgan kemikler ve aile öyküsü varlığı tanı için yeterlidir. Mavi skleralar, dentinogenesis imperfekta ya da işitme kaybı da hastalığa eşlik edebilir. Bu olguların klinikte erken farkedilmesi çevresel risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasını, böylece osteoporoz ile ilişkili morbiditenin azaltılmasını sağlayacak ve indeks vakaların çocukları için prenatal tanıyı mümkün kılacaktır.

Tablo 1. Osteogenesis Imperfekta'nın Sınıflaması

Tip	Kemik kırılğanlığı	Mavi sklere	Dentinogenesis imperfekta	İşitme kaybı	Kalıtım
I	Hafif	+	±	Çoğunda var	OD
II	Çok ağır	+	±	Bilinmiyor	S, nadiren OR
III	Ağır	Yenidoğanda mavi	±	Yüksek insidans	OD, nadiren OR
IV	Değişken	-	±	Yüksek insidans	OD

OD: Otozomal dominant, S: Sporadik OR: Otozomal resesif

Tablo 2. Dual Enerji X ray Absorbsiyometri ile Kemik Mineral Yoğunluğu

Bölge	KMY (g/cm ²)	t skoru değeri
L ₁	0.421	-5.34
L ₂	0.505	-5.35
L ₃	0.536	-5.15
L ₄	0.615	-4.82
L ₁ -L ₄	0.525	-5.14
Femur boynu	0.569	-3.73
Femur total	0.733	-2.61

P292

BİREYLER ARASI TERAPÖTİK VARFARİN DOZUNA ETKİ EDEN GENETİK VE NONGENETİK FAKTÖRLER

¹Nujen Çolak, ¹Erdal Eskioğlu, ²Mehmet Bozkurt, ¹Ayla Yıldız

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği, ²Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Kardiyoloji Kliniği

GİRİŞ: Varfarin venöz tromboembolik hastalıkların tedavisinde en yaygın kullanılan oral antikoagülandır. Terapötik indeksinin dar olması, bireyler arası doz-yanıt değişkenliği, ilaçlar ve diyet ile etkileşimi, tedavi monitörizasyonu gerektirmesi, ciddi yan etkileri gibi problemler varfarin tedavisini kısıtlamaktadır. Varfarin doz-yanıt ilişkisine etki eden genetik ve nongenetik faktörlerin belirlenmesi başlangıç ve idame dozlarının ayarlanmasına yardımcı algoritmaların geliştirilmesine, hedef INR düzeyine daha çabuk ulaşılmasına, yan etkilerin önlenmesine yardımcı olabilir.

METOD: Hastanemiz polikliniklerine kontrol amaçlı başvuran ve varfarine bağlı kanama öyküsü olmayan, terapötik INR aralığındaki 90 hastanın doz şemalarına göre günlük ortalama varfarin dozları ile sitokrom P-450-2C9 (CYP2C9) gen polimorfizmleri, yaş, cinsiyet, vücut yüzey alanı (VYA), eşlik eden komorbid hastalıkları gibi özellikleri arasındaki ilişki prospektif olarak değerlendirildi.

SONUÇLAR: Hastaların en sık atrial fibrilasyon (%36.7) nedeniyle varfarin kullanılmaktaydı. Ortalama INR değerleri 2.3±0.7 ve varfarin dozları 4.74±1.88 mg/gündü. Kadın hastalar (n=46) ortalama 4.29±1.7 mg/gün, erkekler (n=44) 5.21±1.96 mg/gün varfarin kullanıyordu. VYA'ya göre günlük varfarin dozlarına kadınlarda 2.5 mg/m²/gün, erkeklerde 2.77 mg/m²/gündü (p=0.21). Hastaların yaş ortalaması 60.6 idi ve 65 yaş altı hastaların (n=55) varfarin dozu 5.21±1.8 mg/günken, 65 yaş üzerindeki (n=35) 4.01±1.7 mg/gündü (p=0.03). Altmış beş yaş üzerindekilerde terapötik varfarin dozu %23 azalmıştı. Hastalarda en sık hipertansiyon (%51) eşlik ediyordu. Eşlik eden komorbid hastalığı olmayanların varfarin dozu 2.7±0.5mg/günken, 3 hastalığı olanlarınki 2.4±0.7 mg/gündü (p=0.62). Eşlik eden komorbid hastalık sayısı 50 yaş üzeri her dekatta yaklaşık 1 birim artıyordu. CYP2C9 allellerinin dağılımı wild-type (*1*1) için %74, varyantlar (*1*2 ve *1*3) için %25.6 idi. Allel dağılımları normal popülasyona uygundu. Wild-type bireylerin (n=67) ortalama varfarin dozu 4.9±1.9 mg/günken, varyantların (n=23) 4.2±1.5 mg/gündü (p=0.1). Varyant genotipi olma, varfarin dozu ihtiyacını %14.2 azaltmaktaydı. Wild-

type ve 65 yaş altındaki hastaların dozu 5.46±1.8 mg/gün; 65 yaş üzeri varyantların dozu 3.69±1.2 mg/gündü (p<0.1). Hem varyant hem 65 yaş üzeri olma, varfarin dozunu %32.4 azaltmıştı.

TARTIŞMA: Sonuçlarımız varfarinin terapötik dozunu etkileyen en önemli faktörlerin yaş ve CYP2C9 polimorfizmi olduğunu göstermiştir. Kadın ve erkek cinsiyet arasındaki doz farkının, vücut yüzey alanına göre düzeltilmediğinde kaybolması, cinsiyetin değil VYA'nın doz ilişkisini etkilediğini göstermiştir. Eşlik eden komorbid hastalıkların, ciddi hepatik yetmezlik veya malabsorbsiyon olmadığı sürece, terapötik varfarin dozuna yaşa bağlı indirekt etki ettikleri düşünüldü. Bu bulgular, özellikle yaşlı ve varyant genotipik özelliklerdeki bireylerin başlangıç ve idame varfarin dozlarının daha düşük tutulması gerektiğini desteklemektedir.

Tablo 1. Hastaya ait özellikler ile CYP2C) genotipine göre terapötik varfarin dozu

	WILD-TYPE		VARYANT	
	n (%)	Varfarin Dozu (mg/gün)	n (%)	Varfarin Dozu (mg/gün)
Cinsiyet				
Kadın	31 (%34,4)	4,64±1,8	15 (%16,7)	3,56±0,9
Erkek	36 (%40)	5,15±2,0	8 (%8,9)	5,5±1,6
Yaş				
<65 yaş	40 (%44,4)	5,46±1,8	15 (%16,7)	4,54±1,6
>65 yaş	27 (%30)	4,1±1,8	8 (%8,9)	3,09±1,2
Varfarin endikasyonu^[1]				
Atrial Fibrilasyon	24 (%26,7)	4,6±1,7	9 (%10)	3,7±0,75
Prostetik kalp kapağı	17 (%18,9)	5,1±2,1	9 (%10)	4,42±1,9
Serebrovasküler olay	13 (%14,4)	5,04±2,4	1 (%1,1)	3,75±0,0
Derin ven trombozu	3 (%3,3)	5,62±1,6	2 (%2,2)	4,58±0,5
Pulmoner emboli	7 (%7,8)	5,17±2,3	1 (%1,1)	5,00±0,0
Diğer ^[2]	3 (%3,3)	3,98±1,6	1 (%1,1)	3,57±0,0
Tedavi süresi				
3 hafta-3 ay	15 (%16,7)	5,17±1,8	5 (%5,6)	4,87±1,5
3 ay-6 ay	6 (%6,7)	4,89±0,8	2 (%2,2)	4,04±0,1
6 ay-1 sene	13 (%14,4)	±	3 (%3,3)	4,24±0,7
>1 sene	33 (%36,7)	±	13 (%14,4)	4,03±1,7
#Komorbid hastalık^[3]				
Yok	8 (%8,9)	5,13±0,9	7 (%7,8)	4,12±0,7
1	28 (%31,1)	4,87±2,0	13 (%14,4)	4,23±1,6
2	23 (%25,6)	4,98±2,3	1 (%1,1)	5,00±0,0
3	8 (%8,9)	4,67±1,4	2 (%2,2)	3,12±0,88
Vücut yüzey alanı (m²)				
INR	1,82±0,322,26±0,7		2,43±0,91,78±0,2	

[1] Birden fazla endikasyonu olanlarda, en yüksek tedavi yoğunluğu gerektiren baz alınmıştır.

[2] Koroner by-pass, malinite, periferik arter hastalığı, hematolojik nedenler

[3] Hipertansiyon, diyabet, serebrovasküler, kardiyak, malinite, renal, hepatik, anemi, tiroid, kronik akciğer hastalığı[4]Du-Bois formülü; (m²) = (Ağırlık (kg)^{0.425} x Boy (cm)^{0.725}) x 0.007184

P293

CASTLEMAN HASTALIĞI; DEV LENF NODU HİPERPLAZİSİ

Feyzi Gökosmanoğlu, Hakan Cinemre, Cemil Bilir, Muhittin Pekuz, Mehmet Turgut, Selahattin Yıldız

Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

GİRİŞ: Castleman hastalığı lenfoid dokunun nadir rastlanan bir hastalığıdır. Angiofolliküler lenf nodu hiperplazisi veya dev lenf nodu hiperplazisi olarak da adlandırılır. Klinik olarak soliter ve multisentrik olmak üzere iki farklı formda görülür. Soliter tip; yaygın olarak mediastende yerleşen bir kitle şeklinde görülür. Fakat daha nadiren boyun, aksilla, mezenter, retroperiton, retropankreasda da lokalize olabilir. Olguların %90'ını oluşturan hyalen vasküler tip bazı semptomları ile karşımıza çıkabilir, ancak genellikle asemptomatik olarak rutin göğüs grafilerinde saptanır. Ancak %10 olguda karşılaşılan plazma hücreli tipte ise periferik lenfadenopati, ateş, halsizlik, anemi, eritrosit sedimentasyon hızında artma, hiperglobulinemi, hipalbuminemi, yükselmiş alkalen fosfataz konsantrasyonu görülebilir.

OLGU: 64 yaşında kadın hasta iç hastalıkları kliniğimize halsizlik, yorgunluk, boyunda şişlik, ateş ve üşüme titreme şikayetleri nedeniyle geldi. Fizik muayenede; T. A. 135/80, Ateş: 38.2 C idi. Servikal ve postaurikuler 2x3 cm boyutlarında 2 tane mobil, yumşak lenf nodu palpe edildi, diğer sistemler doğaldı. Laboratuvar bulguları; WBC: 10.33 /mm³ %60.6'sı lenfomononükleer hücre, HGB: 8.4 gr/dl, MCV: 74 fl, PLT: 234.000, Sedim: 84 mm/h, CRP: 8.08 mg/dl (0-0.5), Balgam ARB (-), Brusella anti-coombs (-), kan kültüründe üreme (-) olmadı. Abd. USG'de hafif karaciğer ve dalakta büyüme var. Abd. BT'de paraaortik, iliak bölgede en büyüğü 3x4 cm multiple lenfadenopati saptandı. Servikal lenf nodu eksizyonel olarak çıkarıldı, histopatolojik olarak biyopsinin fibröz kapsül altında, lenf nodu yapısında folliküler hiperplazi içeren, folliküllerin germinal merkezlerinde hyalinizasyon gösteren bir yapı ve interstisyumda fibrozis ve vaskülarizasyon görülmüştür olup bu bulgular doğrultusunda "Castleman Hastalığı" ile uyumlu idi.

SONUÇ: Castleman hastalığının otoimmün bir hastalık, immün yetersizlik hastalığı, ya da otonom lenfoproliferatif bir bozukluk olup olmadığı tartışılmalı olmakla birlikte sistemik bulgularla seyreden olgularda %20-30 oranında artmış malignite riski vardır. Bu nedenle lenfadenopati tesbit edilen ve sistemik semptomları olan hastalardan lenf nodu biyopsisi yapılarak vakaların yakın takip edilmesini öneriyoruz.

P294

NEKROTİZAN LENFADENİT: TÜBERKÜLOZ DEĞİL KİKUCHİ-FUJIMOTO

¹Ayman Abudalal, ¹Funda Pepedil, ¹Canan Aycan, ²Serdar Balci, ³Gülşay Sain Güven

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Ünitesi

"Kikuchi-Fujimoto Hastalığı (KFH) " nadir görülen benign bir lenfadenopati nedenidir. Etiyolojisi net olmamakla birlikte T hücreleri ve histiyositler tarafından enfeksiyöz bir ajana karşı oluşturulan immüno-lojik yanıtın rol oynadığı düşünülmektedir. Hastalar en çok servikal lenfadenopati ve ateşle başvururlar. Daha nadir olarak halsizlik, artralji, döküntü, kilo kaybı, gece terlemesi, hepatosplenomegali, göğüs ya da karın ağrısı görülebilir. Lököpeni, anemi, sedim yüksekliği klinik tabloya eşlik edebilir. Benzer yakınmalarla kendini gösterebilen lenfoma gibi daha ciddi hastalıklar ile ayırıcı tanısının yapılabilmesi için lenf nodunun histopatolojik olarak incelenmesi gereklidir. Kesin tanı ancak deneyimli bir patolojisyene konulabilmektedir. Kliniğimizde kikuchi hastalığı tanısı ile takip edilmekte olan bir olguyu nadir görülen bir lenfadenopati nedeni olarak sunuyoruz.

OLGU SUNUMU: 28 yaşında erkek hasta sırt ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. 1.5 yıl önce servikal bölgede şişlik ve ateş nedeniyle başka merkezde eksizyonel lenf nodu biyopsisi yapıldığı öğrenildi. Biyopsi sonucu nekrotizan granülatöz iltihap olarak rapor edildiği için hastaya tüberküloz lenfadeniti tanısı ile anti-tüberküloz tedavisi başlanmış, izleminde karaciğer fonksiyon testlerinin bozulması nedeniyle tedaviye devam edilememiş. Tedavisiz takip edilirken şikayetleri kendiliğinden gerileyen hastanın tüm yakınmaları yaklaşık 3 ay içerisinde kaybolmuş. Merkeze başvurduğundan 3 ay öncesine kadar herhangi bir şikayeti yok iken, 3 ay önce kollarında ve bacaklarında döküntüleri başlamış, takip eden 1 ay içerisinde döküntüleri kendiliğinden kaybolurken boyundaki şişlikleri yeniden başlamış, eşlik eden sırt ağrısı da olması nedeniyle ile hasta kliniğimize başvurmuş. Gelişinde genel durumu iyi, vücut ısısı 36.7°C, nabız 80/dk, kan basıncı 110/80 mmHg idi. Fizik muayenesi boyunca saptanan yaklaşık 3 cm lenfadenopati dışında normal sınırlardaydı, hepatosplenomegali yoktu. Hb: 14.7 gr/dl, Hct: %42.8, trombosit: 225000/mm³, lökosit: 8200/mm³, sedimantasyon 2 mm/h olarak bulundu, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Serum otoimmün belirteçleri, viral serolojisi ve PPD testi negatifti. Dış merkezde servikal lenf nodundan daha önce yapılmış olan eksizyonel biyopsi preparatları tekrar değerlendirildi: Nekrotizan granülatöz lenfadenit, kikuchi hastalığı ile uyumlu bulundu. İzleminde sırt ağrısı azalan ve ek bulgusu olmayan hastanın konservatif izlemi planlandı.

TARTIŞMA: Histiyositik Nekrotizan Lenfadenit" adıyla da bilinmekte olan KFH benign ve çoğunlukla kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır, ancak lenfoma ya da tüberküloz lenfadeniti gibi ciddi hastalıklardan kesin olarak ayırılması gereklidir. Deneyimsiz gözler tarafından hastalık tanısı kolayca atlanabilir ve hastalar gereksiz yere toksitesi oldukça yüksek tedaviler almak zorunda kalabilirler. Bu nedenle ateş ve lenfadenopati ile kliniğe başvuran hastalarda kikuchi hastalığı akılda tutulmalıdır.

P295

KANAMA DİYATEZİNDEN HEKİM NE KADAR SORUMLU?

¹Tolga Taymaz, ²Seyit Mehmet Kayacan, ²Sezai Vatanserver, ²Kerim Güler

¹Amerikan Hastanesi, Acil Servis Birimi, Nişantaşı, İstanbul, ²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Acil Dahiliye Birimi, İstanbul

Yaşlılarda ilaç yan etkileri büyük ölçüde "polifarmasi" ve ilaçlar hakkında bilgi verilmemesi ve ilaç yazıldıktan sonra takip yapılmaması gibi sağlık profesyonellerine bağlı hatalardan kaynaklanır ve önlenilebilir niteliktedir.

Sebebi ne olursa olsun ilaç kullanım hataları hem yaşlıya uygulanan tedaviden istenilen sonuçların alınmasını engellemekte, hem de sağlık kurumlarının gereksiz şekilde kullanılmasına yol açmakta, sonuçta bu durum zaten zorlu olan sağlık bakım sistemimize daha da yük getirmektedir.

OLGU: Elli dokuz yaşında erkek hasta acil servisimize beş gün önce dis etlerinde kanama, üç gün önce idrar renginde koyulaşma ve makattan kan gelme şikayeti ile başvurdu. Genel durumu iyi, aktif, koopere, bilinci açıktı. Ateş 37.5° C idi. TA: 170/110, NDS: 80, farinks ve oral kavite muayenesinde dişetlerinde kan pıhtıları görüldü. Geldiğinde bir kez daha dış etlerinde aktif kanama oldu. Tüm sistem muayeneleri normaldi. Amlodipin 5 mg, lrbesartan/ hidroklortiyazid 150/12.5 mg ve Salmeterol/ Flutikazon kullandığını söyledi. Hemogram normal, aPTT: 177" (referans değerler 31-40 ve kontrol plazma 33"), protrombin zamanı >120" (kontrol plazma 12"), protrombin aktivitesi < %10 (normal: %65-100), INR > 12, D-Dimer 0.41, fibrinogen 9.4 g/l (normal: 2-4), sedimantasyon 50 mm/saat idi. Tam idrar tahlihide bol eritrosit vardı. Biyokimya değerleri normaldi. İki adet taze donmuş plazma (TDP) verildi. Yirmi gün önce, ilaçlarının yeniden yazılması esnasında Amlodipin 5 mg yerine Kumadin 5 mg yazıldığı ve hastanın o günden beri, Kumadin kullandığı, tansiyonunun yükselme eğiliminde olması üzerine Amlodipin dozunu arttırmak adına Kumadin dozunu 10 mg'a çıkardığı öğrenildi. Karışım testi yapıldı. Faktör eksikliği saptandı. Kumadinin kesildi. 8 saat arayla 3 amp K vitamini ve 4 ünite TDP uygulandı. Onaltı saat sonra aPTT 115", protrombin zamanı 45.3", INR 4.68, protrombin aktivitesi %14.9'a geriledi. Otuzaltı saat sonra da aPTT 67.6", protrombin zamanı 38.9", INR 2.95, protrombin aktivitesi %20.1 oldu. Kanamalar durdu, idrar rengi açıldı ve 3.günde çıkarıldı.

Hasta sayısının yüksekliği veya iş yoğunluğu, bazılarının sonucunu asla öğrenemediğimiz önemli hatalara yol açabilmektedir. Bu noktada iyi bir anamnez ve öznel bir kontrol hayatı kurtarıcı olabilmektedir. Özellikle belli yaşın üzerindeki hastalarda sık rastlanan polifarmasi ve takibin iyi yapılmaması da istenmeyen durumlara yol açmayı kolaylaştırmaktadır.



P296

AFGANİSTAN'DA YAPTIĞIMIZ SAĞLIK TARAMASI VE MUAYENELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Tolga Taymaz, ²Erhan Sayalı, ³Berrin Karadağ

¹Amerikan Hastanesi, Acil Servis Birimi, Nişantaşı, İstanbul, ²Sağlık Bakanlığı, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, ³Sağlık Bakanlığı, Şişli Etfal Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Tarihte çok sayıda istilaya uğramış, özellikle 1979'dan sonra savaş ve karışıklık yaşamış olan Afganistan, sağlık şartları açısından şu anda dünyada en kötü durumda olan ülkelerden biridir. Doğumdaki yaşam beklentisi 42.5 yıl, doğum hızı 47.3/1000, bebek ölüm hızı dünyadaki en yüksek oran olan 166/1000, okuryazarlık oranı 15 yaş ve üstünde %29 dur.

1 dahiliye uzmanı-geriatrişt, 2 aile hekimi, 1 göz hastalıkları uzmanı, 1 dermatolog, 1 ürolog, 1 genel cerrah, 1 pediatrist, 1 odyolog, 1 ebe-hemşire, 1 anestezi teknisyeni ve 1 eğitimciden oluşan grubumuzla 30 Mayıs 2008-10 Haziran 2008 tarihleri arasında TC Dışişleri Bakanlığı, TİKA (Türkiye İşbirliği ve Kalkınma İdaresi) ve Afganistan Sağlık Bakanlığı'nın bilgisi dahilinde sağlık taraması, muayene ve incelemelerde bulduk.

Çoğunluğu Türkiye'nin yardımlarıyla yapılan Kabil'deki Atatürk Çocuk Hastanesi'nde, Bagrami Türk Afgan Dostluk Kliniği'nde, Türkiye'nin yeniden yapılandırma projesinde rol aldığı Vardak'taki poliklinikte, ülkenin kuzeyinde Mezar-ı Şerif Devlet ve Eğitim Hastanesinde, kuzeybatıda Şibirgan'daki Türk Afgan Dostluk Hastanesi'nde, Şibirgan'ın periferinde, çölde yaşayan Kureysi Kabilesi'nde çalışmalarımızı gerçekleştirdik. Ayrıca Kabil'de Fransız Hastanesi ve Emniyet Hastanesinde incelemelerde bulduk. Yaklaşık 1 ton ilaç, tıbbi malzeme, giysi ve oyuncakçı yanımızda götürerek ihtiyaç sahibi kişi ve hastanelere dağıttık. Tablo oldukça üzücüydü. Aslında iyi eğitilmiş ve bilgili çok sayıda doktor olmasına rağmen, teknolojik olarak son derece kötüydü. Psikosomatik rahatsızlıklar belki de dünyada görülebilecek en yüksek düzeyde idi. Bazı hastanelerde ücretsiz ve özel eczanelerde ücretli ilaçlar bulunmakta idi ancak içerikleri etken madde açısından şüpheli idi. Acil servislerde EKG, kardiyak enzimler, kan gazı, monitör, ventilatör ve defibrilatör bulunmuyordu. Hijyenden bahsetmek mümkün değildi. Ultrasonografi vardı ancak doppler yapılamıyordu. İnvazif kardiyojloji ve diyaliz de yoktu. Sadece Kabil'de 1 patoloji vardı. Ülke genelinde yaygın bir sorun olan uyuşturucunun kötü sonuçları nedeniyle bir "ilaç bağımlılığı merkezi" Mezar-ı Şerif Devlet Hastanesi bünyesinde bulunuyordu. Kabil'de sadece özel muayenehanelerde BT yapılabiliyor, bunlar da okunmak için İran'a gönderiliyordu. Hemen herkes diz, bel ve mide ağrısından yakınıyordu. Çok sayıda Hepatit B taşıyıcısı ve hastası gördük. Halkın neredeyse tümü Leishmaniozis geçirmişti. Obezite nadirdi. 17 doğum sık rastlanan bir durum olup buna bağlı anemi sıkı. İleri evrede tiroid hastası çoktu. Ülkenin çok büyük bir kısmında kanalizasyon yoktu. Su bulmak çok zordu. Yerin 300-400 metre altından tuzlu su çıkarılabildiği belirtildi. Bu süre içinde baktığımız hastalar, ayrıca çalıştığımız sağlık ocağı-poliklinik ve hastaneler konusundaki eksikleri ve yazdığımız raporları Afganistan ve Türkiye'de ilgili makamlarla paylaştık. Bazı doktorların Türkiye'de eğitim hastanelerinde 3 ay çalışmaları ve bilgi-becerilerini artırmaları konusunda anlaşma sağladık.

P297

VARFARİNE BAĞLI KANAMA KOMPLİKASYONLARI İLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA MORTALİTE VE MORBİDİTEYE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

¹Ayla Yıldız, ¹Erdal Eskioglu, ¹Nujen Çolak, ¹Selma Karaahmetoğlu Özkan, ²Mehmet Bozkurt, ³Ercüment Beyhun

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği, ²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Kardiyoloji Kliniği, ³Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

GRİŞ: Kanama, varfarin tedavisinin en önemli komplikasyonudur. Varfarin alan hastalarda majör kanama riski yılda %2-3 oranındadır[1]. Minör, hayatı tehdit eden ve fatal kanamalarla birlikte bu oran değişik kaynaklarda %20'ye kadar çıkabilmektedir[2]. Bu çalışmada varfarine bağlı kanama olayları ile acile başvuran hastaların demografik özelliklerini tanımlamak, kanama oluşumuna ve ciddiyetine etki eden faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

METOD: Nisan 2007-Nisan 2008 tarihleri arasında acil servise başvuran hastaların kanama anındaki demografik özellikleri ve klinik seyirleri prospektif olarak değerlendirilmiştir.

SONUÇLAR: Bir yıl içinde varfarine bağlı kanamalarla acile başvuran 87 kadın ve 94 erkek (n=181) hastanın yaş ortalaması 65.5±12.8'di. Kanamaların %59.6'sı majör, %34.8'i hayatı tehdit eden (HTE), %5.6'sı fatal nitelikteydi. Majör kanamalar kadınlarda (60/108, %55.5); HTE ve fatal kanamalar erkeklerde (46/73, %63) daha sıkı. Fatal kanamalı hastaların yaş ortalaması 72.4'tü. Hastaların %28.1'nin gelişim INR değeri >10'du; bu hastalar en çok HTE grubundaydı ve 2.65±0.8 mg/m2/gün varfarin kullanıyorlardı. Prostetik kalp kapağı en sık varfarin endikasyonuydu (%28,7) ve HTE kanamaların en sık nedeniydi ve diğer endikasyonlara göre en yüksek (2.74±0.9 mg/m2/gün) varfarin dozunu kullanıyorlardı. İkinci sırada olan atrial fibrilasyon (%27.6) en sık majör kanama nedeniydi. Kanayan hastaların %90'i rutin tedavilerinde varfarinle beraber en az bir ilaç kullanıyorken, %49.1'i son 10 gün içerisinde NSAID (%42.6) ve antibiyotikler (%34.8) başta olmak üzere rutin dışı ilaç kullanmıştı. Hastaların %84.5'inde eşlik eden en az bir komorbid hastalık bulunuyordu. Tüm kanamalı hastalarda en sık hipertansiyon eşlik ediyorken, diyabet daha ciddi kanamalılarla eşlik etmekteydi. En sık kanama odağı gastrointestinal sistemdi (GIS, %); Fatal kanamaların %60'ı, hayatı tehdit edenlerin %80.9'u GIS'dendi. En fatal kanamalar ise santral sinir sistemi kanamalarıydı (%66.7). Majör kanamaların çoğuysa (%37) genitouriner odaklıydı. GIS kanamalı hastaların çoğu erkekti (%46.9) ve bu hastalarda morbidite daha yüksekti. Öyküsünde aspirin (n=30/58) ve NSAID (n=22/38) kullanımı olan, geçirilmiş kanama öyküsü olan (13/21) hastaların çoğu GIS kanama geçirmişti.

TARTIŞMA: Sonuçlarımız varfarine bağlı kanamaların mortalite ve morbiditesinin; 65 yaş üzerinde, erkek cinsiyette, INR>10 değerlerinde, yüksek yoğunluklu tedavi alanlarda, diyabeti ve hipertansiyonu olanlarda, bir yıldan uzun süredir varfarin kullanımlarında, intrakranial ve GIS'den kanayanlarda arttığını göstermiştir. GIS kanamaları için ise erkek cinsiyet, aspirin ve NSAID kullanımının risk faktörü olduğu görülmektedir. Varfarinin bilinen ilüserojenik etkisi olmadığı için GIS kanamalarının ve rekürren GIS kanamaların, aspirin ve NSAID ile ilişkili olduğu ve varfarin kullanımının, bunların indüklediği kanamaları ağırlaştırdığını düşünebiliriz.

Tablo 1. Kanama şekline göre hasta özelliklerinin dağılımı

	Majör[1]	HTE [2]	Fatal [3]
	n (%)	n (%)	n (%)
Cinsiyet Erkek/Kadın	48 (26,5) 60 (33,1)	41 (22,7) 22 (12,2)	5 (2,8) 5 (2,8)
Yaş <65	39 (21,5)	28 (15,5)	3 (1,7)
>65	69 (38,1)	35 (19,3)	7 (3,7)
Varfarin Endikasyonu			
Atrial fibrilasyon	33 (66,0)	16 (32,0)	1 (2,0)
Prostetik kapak hastalıkları	28 (53,8)	22 (42,3)	2 (3,8)
Serebrovasküler Olay	21 (63,6)	9 (27,3)	3 (9,1)
Derin ven trombozu	12 (70,6)	4 (23,5)	1 (5,9)
Pulmoner Emboli	5 (45,5)	6 (54,5)	0 (0,0)
Diğer*	9 (50,0)	6 (33,3)	3 (16,7)
Komorbid hastalıklar			
Yok	15 (8,2)	11 (6,0)	2 (1,1)
Hipertansiyon	58 (31,9)	27 (14,8)	5 (2,7)
Kalp yetmezliği	25 (13,7)	16 (8,8)	2 (1,1)
Diyabet	13 (7,5)	18 (9,9)	3 (1,65)
Serebrovasküler Hastalık	14 (7,7)	8 (4,4)	0
Kullanım süresi			
<3ay	33 (18,3)	12 (6,6)	6 (3,4)
3ay-1sene	31 (17,1)	15 (8,3)	3 (1,7)
>1sene	44 (24,2)	36 (19,8)	1 (0,6)
Kanamaya yeri			
Deri/müköz membranlar	32 (94,1)	2 (5,9)	0 (0,0)
Gastrointestinal Sistem	24 (29,6)	51 (63,0)	6 (7,4)
Genitouriner Sistem	40 (93,0)	3 (7,0)	0 (0,0)
Santral Sinir Sistemi	0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)
Diğer	12 (60,0)	6 (30,0)	2 (10,0)
INR<10 olanlar	89 (49,1)	34 (18,8)	7 (3,9)
INR>10 olanlar	19 (10,5)	29 (16,0)	3 (1,7)
Yaş	65,3±12,5	64,7±13,4	72,4±10,0
Vücut yüzey alanı	1,71±0,17	1,75±0,16	1,82±0,16
Varfarin dozu (mg/gün)	4,3±1,3	4,5±1,6	3,9±1,2
Gelişim Hematokrit #	32,4±6,6	18,9±4,8	26,5±10,2

[1] Majör kanama: Hastanede yatış, <2ünite kan transfüzyonu, ileri tetkik gerektiren kanama

[2]Hayati tehdit eden kanama: ≥3 ünite kan transfüzyonu, cerrahi, anjio gerektiren; sekel bırakan; kardiyopulmoner arreste neden olan; sistolik kan basıncı<90mmHg veya Htc %<20olan

[3]Fatal kanama: Ekitus ile sonuçlanan kanamalar*Koronar by-pass, malinite, periferik arter hastalığı, hematolojik nedenler

Tablo 2. Gastrointestinal sistem kanamalarının özellikleri

	Gastrointestinal Sistem Kanaması (n=81)		Diğer Kanama Odakları (n=100)		Toplam
	Majör* (n=24)	HTE+Fatal** (n=57)	Majör* (n=84)	HTE+Fatal** (n=16)	
Kadın	12	19	48	8	87
Erkek	12	38	36	8	94
Aspirin kullanımı	4	26	28	0	58
NSAID kullanımı	7	15	12	4	38
Alkol kullanımı	0	3	5	0	8
Diyet Değişikliği	1	1	3	0	5
Geçirilmiş kanama öyküsü	4	9	6	2	21

*Majör kanama (Hastanede yatış, <2ünite kan transfüzyonu, ileri tetkik gerektiren) **Hayati tehdit eden/Fatal kanama; ≥3 ünite kan transfüzyonu, cerrahi, anjio gerektiren, sekel bırakan veya kardiyopulmoner arreste neden olan, exitus ile sonuçlanan

P298**ANTİFOSFOLİPİD SENDROM VE İDİOPATİK MYELOFİBROZ BİRLİKTELİĞİ (OLGU SUNUMU)**

Yaşar Çolak, Fatih Tufan, Gülistan Bahat Öztürk, Bülent Saka, Nilgün Erten, M. Akif Karan, Cemil Taşçıoğlu

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: İdiyopatik myelofibrosis (İMF) kronik myeloproliferatif bir hastalıktır. İMF, kemik iliği fibrozisi, ekstremitelerde hematopoez ve kanda dolaşan periferik lökoeritroblastik hücreler ile karakterize bir hematopoietik kök hücre hastalığıdır ve sıklıkla 50 yaşın üzerindeki kişilerde görülür. Antifosfolipid sendrom (APS), vasküler tromboz veya tekrarlayan düşüklük ve lupus antikoagulan antikorları (LAA) veya yüksek titrede antikardiyolipin antikorlarının varlığının en az 12 hafta arayla, 2 ya da daha çok kez gösterilebildiği bir bozukluktur. Burada, oldukça nadir görülen APS ve İMF'li olgumuzu sunacağız.

OLGU: Elli dokuz yaşında kadın hasta 3 yıldır olan karında şişkinlik, halsizlik ve kilo kaybı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde, ilki 19 yaşında olmak üzere 18 adet düşük (canlı doğum yok), düşüklükler 8-16 haftalık vardı. Fizik muayenesinde hafif solukluk, 4 cm hepatomegali ve alt sınırlı umbilikus 2 cm üzerinde olan masif splenomegali saptandı. Tetkiklerinde ESH 45 mm/saat, lökosit 7100/mm³, hct: %30,5, LDH 985 U/L, aPTT 43", ANA pozitif (1/160-homojen), anti-kardiyolipin IgM>100 MPLU/ml (12 hafta sonraki kontrol tetkiki >100), anti-kardiyolipin IgG 17 GPLU/ml (12 hafta sonraki kontrol tetkiki 42), RF 155 IU/ml, ANCA (-), direkt ve indirekt Coombs (+), LAA pozitif saptandı. Diğer biyopsimik tetkiklerinde patolojik bulgu yoktu. Anemi, hepatosplenomegali ve LDH yüksekliği olması nedeni ile yapılan periferik yayması lökoeritroblastozis ile uyumlu bulundu. Kemik iliği biyopsisi myelofibroz ile uyumluydu. Tekrarlayan düşük öyküsünün olması, LAA ve antikardiyolipin antikorlarının 12 hafta arayla yapılan kontrollerinin de yüksek titrede pozitif olması nedeni ile APS ve İMF tanısı konuldu. Aspirin 300 mg/gün başlanan hasta hematoloji polikliniğinden takibe alındı.

SONUÇ: Olgumuzda klinik myelofibroz ile uyumlu olmakla birlikte özgeçmişinden yola çıkılarak yapılan tetkikler sonucunda AFS tanısı konmuştur. Klinik bulgular bizi bir tanıya yönlendirmiş olsa dahi anamnezin ayrıntılı bir şekilde alınması ve önemli noktaların irdelenmesinin dahili nosyon açısından önemi unutulmamalıdır.

P299**"BUDD-CHİARI TAŞI" NIN ALTINDAN AMİLOİDOZ ÇIKTI**

¹Serta Kılınçalp, ¹Funda Pepedil, ¹Mustafa Kemal Kılıç, ²Gülay Sain Güven

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Ünitesi

Primer sistemik amiloidoz (AL amiloidoz), immünglobülin hafif zincirlerinden oluşan fibrillerin hücre dışında depolanmasıyla karakterize klonal bir plazma hücre hastalığıdır. Dokularda amiloid fibrillerin birikimi pek çok organda fonksiyon bozukluğuna yol açar. En sık böbrekler, kalp ve periferik etkenlerdir. Karaciğer de amiloid depolanmasının yoğun olarak izlendiği organlardan biridir, ancak bu tutulum nadiren klinik bulgulara sebep olur.

OLGU SUNUMU: 69 yaşında erkek hasta, istemsiz kilo kaybı (15 kg / 1 yıl) ve karın ağrısı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede karaciğer büyümüş ve sert olarak ele geliyordu. Kan biyokimyasında karaciğer testlerinin bozulmuş olduğu görüldü: ALT: 57, AST: 80, GGT: 2049, ALP: 1656 U/L, total bilirubin: 3.07 mg/dL. Hemogram, sedimantasyon, koagülasyon parametreleri ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlar içerisindeydi. Abdominal ultrasonografide hepatomegali (23 cm) ve splenomegali vardı, karaciğer parankimi heterojen görünümdeydi. Portal sistem doppler ile değerlendirildi: normal hepatic venöz yapıların vena kava ile birleşimi görüntülenemedi. Budd-Chiari sendromu düşünülen hastaya etiyolojinin aydınlatılması için karaciğer biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede hepatic amiloidoz saptandı. Kemik iliği biyopsisinde amiloid pozitif bulundu ve plazma hücre oranında artış (%10) mevcuttu. Kemik iliğinden yapılan immünohistokimyasal çalışmada AA amiloid negatif bulundu. Serum serbest lamda hafif zincirinde artış (>277 mg/dL) ve 24 saatlik idrarda 0.6 gr/gün proteinüri olduğu görüldü. Kardiyak tutulum açısından yapılan ekokardiyografi normal sınırlardaydı. Bu bulgularla primer sistemik amiloidoz düşünüldü ve hastaya melfalan/steroid ile medikal tedavisi başlandı, sonrasında yaşadığı yere daha yakın bir merkezde takip edilmek üzere kendi isteği ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: Primer amiloidozda yoğun amiloid depolarına rağmen karaciğer tutulumu genellikle bulgu vermeden ilerler ve hastaların karaciğer fonksiyonlarında bozulma ile karşımıza çıkması son derece nadirdir. Hastalık prognozu oldukça kötüdür, ancak yine de erken teşhis ve uygun tedaviden fayda sağlanabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle kliniği açıklanamayan karaciğer fonksiyon bozukluğu ile başvuran hastalarda amiloidoz akla gelmelidir.

P300**PANTOPRAZOLE BAĞLI TROMBOSİTOPENİ: OLGU SUNUMU**

¹Uğur Korkmaz, ¹Aytekin Alçelik, ¹Mustafa Eroğlu, ²Gökhan Dindar, ²Hakan Cinemre

¹Düzce Atatürk Devlet Hastanesi İç Hastalıkları, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları

GİRİŞ: Trombositopeni, kemik iliğinde trombosit yapımında yetersizlik, splenomegali, trombosit yıkımında artış ve masif kan transfüzyonuna bağlı dilüsyonel trombosit düşmesi gibi 4 ana nedenle meydana gelir. Bunların içinde ilaçların neden olduğu vakalar %1'lik kısmı oluşturmaktadır. Proton pompa inhibitörlerinin (PPI) trombositopeni yaptıklarına dair birkaç vaka sunumu haricinde veri yoktur. Biz pantoprazole bağlı trombositopeni geliştiğini düşündüğümüz bir vakayı sunduk.

OLGU: Doksan sekiz yaşında erkek hasta 3 gündür devam eden melena ve hematemez yakınması nedeniyle takibe alındı. Mukozalarda belirgin solukluk, tansiyon 80/60 mmHg ve nabız: 110 atım/dk olması haricinde patolojik bir muayene bulgusu yoktu. Ek hastalığı bulunmayan hastaya 80 mg bolus pantoprazol yapıldıktan sonra 8 mg/saat pantoprazol infüzyonu başlandı. Başvuru anında hemoglobin: 5.06 g/dl, lökosit: 10600/mm³, trombosit: 255000/mm³, kan üre azotu: 104 mg/dl, kreatinin: 1.62 mg/dl, glukoz:

123 mg/dl, transaminaz düzeyleri ALT: 22 U/L, AST: 29 U/L olarak tespit edildi. Hastaya 3 ünite eritrosit süspansiyonu verilmesi sonrası hemoglobinin: 8.46 g/dl, lökosit: 22700/mm³, trombosit: 160.000/mm³ olarak ölçüldü. Gastrointestinal sistem kanaması açısından stabil olduğu düşünülen hastanın takiplerinde 2.gün trombosit: 129.000/mm³, 3.gün 77.500/mm³, 4.gün 54.100/mm³ olarak ölçülmesi üzerine pantoprazol infüzyonu kesilerek takibe alındı. İlaçın kesilmesinden 2 gün sonra trombosit sayısı: 76200/mm³, 3.gün 106.000/mm³, 4.gün 267.000/mm³ ölçüldü. Hasta famotidin tedavisi ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: PPI'leri dünyada yaygın olarak kullanılan ajanlardır. Uzun yıllar kullanımları esnasında önemli bir yan etkiye rastlanmamıştır. Bizim hastamızda meydana gelen trombositopeni pantoprazole ilişkiliendirilmiştir. Bu nedenle trombositopeni tespit edilen hastalarda PPI'lerinde sorumlu ajanlar olabileceğinin akılda tutulması gerektiğini düşünüyoruz.

P301**MİTRAL ANÜLOPLASTİ SONRASI İNTRAVASKÜLER HEMOLİZ**

Tuğrul Elverdi, Tuncay Şahutoğlu, Cemil Taşçıoğlu

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi

GİRİŞ: Kalp kapak replasmanı sonrası intravasküler hemoliz sık görüldüğü olmakla birlikte sadece kapak şekil ve fonksiyon bozukluğu ile ilişkili ve anüloplasti sonrası intravasküler hemoliz ancak vaka düzeyinde bildirilmektedir.

OLGU: 74 yaşında erkek hasta bacaklarda ve karında şişlik ile başvurdu. Mart 2008'de 3 damar hastalığına yönelik koroner bypass ve ağır mitral yetersizliğine yönelik mitral anüloplasti uygulanmış. Operasyon sonrası kalp yetersizliği semptomlarında belirginleşme sonucu yapılan tetkiklerinde derin anemi saptanmış (Hb: 6.5). Sık eritrosit transfüzyonu ve diüretik tedavi ile geçici düzelmeye sağlanmış. EKDO mitral yetersizliğinin devam ettiği görülmüş. Kolonoskopi ve gastroskopide kanama odağı saptanmamış. Mayıs 2008'de İTF Genel Dahiliye'de yapılan tetkiklerinde LDH>2000 ve haptoglobinin düşük saptanması üzerine İTF Genel Dahiliye Servisine yatırıldı. Mitral odakta 4 (+) pansistolik jet üfürümü mevcuttu. Sarılık, splenomegali yoktu. MCV: 80, B12 düşük, LDH>2000, hafif indirekt bilirubin yüksekliği, retikülositopeni, haptoglobinin düşük, hemosiderinüri ve kreatini: 2.5 saptandı. Periferik yaymada birkaç şistosit ve birkaç sferosit mevcuttu. Demir, TDBK, ferritin, folat, eritropoietin normal, Coombs negatif, ozmotik frajilité testi pozitif saptandı. LDH yüksekliği sebebiyle hemolitik anemi, haptoglobinin düşüklüğü, hemosiderinüri sebebiyle intravasküler hemoliz ve şistosit varlığı sebebiyle anjiyolitik hemolitik anemi düşünüldü. B12 eksikliğinin hemolize ve retikülositopeniye katkıda bulunduğu ama aneminin tek sebebi olmadığı düşünüldü. KBYnin ve elasi herediter sferositozun da anemiye katkıda bulunduğu düşünüldü. Kardiyoloji ile konsülte edildi; hemolizin anüloplasti ile ilişkili olmadığı ama anüloplasti sonrası daralan mitral alandan artmış gradyente bağlı artan kan türbülansın hemoliz yapabileceği belirtildi. B12, folat ve demir başlandı. Hb: 7.5 civarında seyrettiği için mitral valv replasmanı yapılmak üzere kalp damar cerrahisine yönlendirildi.

TARTIŞMA: Mitral anüloplasti kronik intravasküler hemolitik sebepleri arasında yer almamakla beraber endokard hasarı ve türbülansın arttığı her türlü kalp olayında makroanjiyopatiye bağlı hemolizin olabileceği unutulmamalıdır. Şistosit varlığı, haptoglobinin düşüklüğü, hemosiderinüri ve retikülositoz anjiyopati ve hemoliz konusunda yönlendirici olacak basit laboratuvar parametreleridir.

P302**CİVA ZEHİRLENMESİ: AYNI ZEHİR, FARKLI KLİNİK TABLORAR**

¹Mukaddes Tozlu, ¹Ali Alkan, ²Songül Yalçın, ³Gülay Sain Güven, ³Gül Öz, ⁴Bülent Altun, ²Tümay Sözen

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı, ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Dahiliye Ünitesi, ⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Ünitesi

GİRİŞ: Cıva oda sıcaklığında uçucu, solunum yoluyla absorbe olan sıvı bir metaldir. Tüm doku ve organlarda depolanabilir. Cıva zehirlenmesi ile başvuran bir ailenin iki bireyinin semptom ve bulguları sunuyorumuz.

OLGU 1: 42 yaşında bayan hasta el ve ayaklarda hiperemi, yüzde göz çevresinde ödem yakınmasıyla hastanemize başvurdu. Fizik muayenesinde kan basıncı 140/90 mmHg, pretibial ödemi olan hastanın, 3 ay önce çocuklarının okuldan eve getirdiği cıva şişesini kırdığı, dökülen cıvayı elleriyle toplamaya çalıştığı, sonrasında gelişen ateş, halsizlik, ellerde ve yüzde kızarıklık, iştahsızlık şikayetleriyle başvurduğu hastanede cıva intoksikasyonu tanısıyla hospitalize edilip 2,3-dimerkaptos-1-propanesulfonik asid (DMPS) tedavisi uygulandığı öğrenildi. BUN ve kreatinin düzeyleri normaldi. Kolesterol: 701 mg/dl, Trigliserid: 473 mg/dl, LDL: 531 mg/dl, Albümin: 1.93 g/dl, 24 saatlik idrarda 2.9 gr protein saptandı. Renal biyopsi Membranöz glomerulopatiyle uyumlu geldi. Cıva düzeyi 24 saatlik idrarda: 73 mcg/L (0.1-20), serumda: 54 mcg/L (0.6-59) olarak saptandı. DMPS ve 2,3-dimerkaptosüksinik asid (DMSA) tedavisi verildi. Tedavi sonrası proteinüride azalma gözlemlendi.

OLGU 2: Hastanın 19 yaşındaki erkek çocuğu da halsizlik, ağır kuruluğu, ellerde kaşıntı, fotofobi, uykusuzluk, kalça ve bacaklarında yaygın ağrı şikayetleri ile başvurdu. Cıva intoksikasyonu tanısıyla hospitalize edildiği, DMPS tedavisi aldığı öğrenildi. Kan basıncı 140/90 mmHg, Nabız: 108/dk, ciltte her iki el sırtı hiperemik, ekstremite uçları soluk, sağ skapula ve sternum üzerinde, ayak lateralinde maküler, kırmızı-pembe renkli erüpsiyonlar, her iki bacakta ve üst ekstremite proksimal kaslarda spontan ve perküsyonla tetiklenen myokimiler tespit edildi. BUN ve kreatinin normaldi. 24 saatlik idrarda 871 mg/gün proteinüri tespit edildi. Cıva düzeyi 24 saatlik idrarda 15, serumda 34 mcg/L olarak saptandı. İğne EMG çalışmasında gözlenen myokimik boşalımlar periferik sinir etkileni ile uyumlu bulundu. Şelasyon amaçlı DMPS ve DMSA, taşikardi ve hipertansiyon nedeniyle beta bloker başlandı. Tedavi sonrası 10.günde fotofobi, uykusuzluk ve terleme şikayetleri geçti. 24 saatlik idrar cıva düzeyi düştü. Genel durumu iyi olan, ağrıları azalan hastada myokimiler düzeldi.

TARTIŞMA: Cıva zehirlenmesi çok farklı belirti ve bulgularla (öksürük, ateş, tremor, gingivitis, konuşma düzensizlikleri, el yazısında değişiklik, uykusuzluk, halsizlik, irritasyon, depresyon, konfüzyon, polinöropati, taşikardi, kan basıncı yüksekliği, aritmi, faskikülasyonlar, myalji, myoklonus) seyredebilir. Cıva buharı inhale edildiğinde interstisyel pnömöniye, böbreklerde depolanarak nefrotik sendrom ve tübüler disfonksiyona neden olabilir. Klinisyenler cıva zehirlenmesinin farklı yüzlerini akıllarında tutmalıdır.



P303

KRİPTOJENİK DEKOMPANSE KARACİĞER SİROZU İLE İLİŞKİLİ İGA NEFROPATİSİ

Ömer Celal Elçioğlu, Rıza Ataş, Timur Selçuk Akpınar

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Kronik karaciğer hastalığında, özellikle alkolik karaciğer hastalığı ve viral hepatitlerin neden olduğu, renal glomeruler değişikliklerin görülmesi bilinen bir durumdur. Karaciğer sirozunun bir komplikasyonu olarak İGA nefropatisi ilk olarak 1970'li yıllarda tanımlanmıştır. Bu nefropatinin İGA içeren immunkomplekslerin birikimi sonucu oluştuğu bilinmektedir. Ancak patogenezi tam anlaşılamamıştır. Bu yazıda kriptojenik dekompanse karaciğer sirozu ile birlikte İGA nefropatisine bağlı kronik böbrek yetersizliği tanısı konan genç bir erkek olgu bildirildi. Olgu: Bir senedir olan karın ağrısı, karında şişlik, baş ağrısı yakınmalarıyla kliniğimize başvuran 24 yaşında erkek hastanın öyküsünde bekligidenden itibaren gelişme geriliği olduğu, dokuz yaşında geçirdiği bir ateşli hastalık nedeniyle 10 gün kadar hastanede yattığı, o zamanki tetkiklerinde anemi, lökopeni, Retikülosit: %0,8, kreatinin: 1,7 mg/dl olarak saptandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde hipertansiyon, 3 cm splenomegali ve asit saptandı. Boyu 148 cm, kilosu 43 kg idi. Sekonder seks karakterleri gelişmişti. Asit tetkikinde serum-asit albumin farkı: 2,8 g/dl olup portal hipertansif tipte asit olarak değerlendirildi. Üst GİS endoskopisinde grade II özofagus varisleri saptandı. Diüretik tedavile asiti azaldı ve ödemi kayboldu. 24 saatlik idrarda protein miktarı 1,5 gr, kreatinin klirensi: 31 cm³/dakika olarak saptandı. Kronik karaciğer hastalığında görülen hipogonadizm ile uyumlu olmayan bir hipogonadotropik hipogonadizm tablosu (LH: 48,3 (1,7-8,6) mIU/ml FSH: 73 (1,5-12,4) mIU/ml) saptandı. Sitogenetik incelemede normal 46,XY karyotipi saptandı. 24 saatlik idrar bakır miktarı 264 ug/24h (0-100), seruloplazmin: 41 (26-63) mg/dl direkt Coombs: negatif, haptoglobulin düzeyi <8 (30-200) mg/dl saptandı. Göz muayenesinde grade III hipertansif retinopati saptandı. Kaiser-Fleischer halkası ve vaskülitte ait bulgu görülmedi. Kranial MR'da bazal ganglionlarda patoloji saptanmadı. Kronik karaciğer hastalığı çocukluğundan beri süregeldiğinden ve beraberinde kronik böbrek yetersizliği olduğundan etyolojide metabolik bir hastalık olabileceği düşünülerek yapılan karaciğer biopsisinin sonucu inaktif siroz olarak geldi. Hipertansiyon ve 1.5 g/gün proteinürisi olan hastada kronik böbrek yetersizliğinin etyolojisini aydınlatmak amacıyla yapılan böbrek biyopsisinde global ve segmenter glomerül sklerozu içeren mezangiyoproliferatif glomerulopati (İGA Nefropatisi) ve nefroskleroz saptandı. Elektron mikroskopisi sonucunda metabolik hastalık lehine bulgu saptanmadı. Hepatik viral seroloji ve otoimmün seroloji negatif geldi. Çekilen MR kolanjyoportografide siroz etyolojisine yönelik bir patoloji saptanmadı. Tüm tetkikler sonucunda siroz etyolojisine yönelik bulgu saptanmadı. Sonuç: Kronik karaciğer hastalığının etyolojisi ne olursa olsun beraberinde görülen böbrek yetersizliğinin etyolojisinde İGA nefropatisi olma olasılığının çok yüksek olduğu unutulmamalıdır. Böylece böbrek biyopsisi yapılmadan da hastalar izlenebilir.

P304

KARADENİZ DELİBALI ALIMINA BAĞLI ATRİYOVENTRİKÜLER BLOK OLGUSU

¹Nihat Polat, ¹İbrahim Altun, ²Sezai Vatansever, ²Seyit Mehmet Kayacan, ²Mustafa Akdemir, ²Hülya Doğru, ¹Hüseyin Ofaz, ²Kerim Güler

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, ²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Türkiye'de özellikle Doğu Karadeniz Bölgesi'nde halk arasında "delibal" olarak bilinen bal tüketimi sonrası baş dönmesi, hipotansiyon, bradikardi ile sonuçlanan intoksikasyon vakaları bildirilmiştir. Bu intoksikasyonlardan "grayanotoksin" adlı toksinin sorumlu olduğu bilinmektedir. Olgumuzda Artvin yöresinde elde edilen balın alımı sonrası gelişen atrioventriküler blok ile başvuran hasta sunulmuştur.

OLGU: Kırksekiz yaşında erkek hasta, acil polikliniğimize yakınları tarafından bilinç bulanıklığı, bulantı, terleme, konuşma bozukluğu ve yürüyememe şikayetleri ile getirildi. Hastanın daha önce bilinen herhangi bir kalp hastalığı yoktu. Hastanın öyküsünde Artvin yöresinden getirilmiş olan baldan altı çay kaşığı yedikten sonra bu şikayetlerin başladığı anlaşıldı. Hastanın fizik muayenesinde şuru konfü, kooperasyon ve oryantasyon kısıtlıydı. Hastanın kan basıncı ölçülemedi, nabız dakika sayısı 41/dk olarak ölçüldü. Soğuk ve terli olan hasta hemen monitorize edildi ve damar yolu açıldı. Hastaya bolus izotonik NaCl infüzyonu başlandı. Çekilen EKG'de A-V tam blok ve nodal ritim tespit edildi. Hastaya 2 mg atropin yapıldı. Atropin sonrası hastanın nabız dakika sayısı 135/dk sinüs ritmi olarak saptandı. Kan basıncı 110/70 mmHg oldu. Hastanın şikayetleri geriledi. Hastanın tam kan sayımında ve biyokimyasal parametrelerinde bir patoloji tespit edilmedi. Takiplerinde ritim sorunu olmayan ve sinüs ritmi olarak devam eden hasta taburcu edildi.

Karadeniz delibal zehirlenmesi, atrioventriküler blok nedenleri arasında nadir bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle Doğu Karadeniz Bölgesi'nde üretilen bu baldaki grayanotoksin 1 (andromedotoksin) adlı bir toksin ile meydana gelmektedir. Bu bal, Ericaceae familyasına ait Rhododendron cinsi bitkilerin üyelerinden (R. luteum ve R. ponticum) ülkemizin kuzey bölgelerinde üretilir. Hastaların acile başvuru şikayetleri genellikle bulantı, kusma, başdönmesi, terleme ve fenalık hissidir. Bu hastalarda toksine bağlı şiddetli bradikardi ve hipotansiyon meydana gelmektedir. Hastalarda EKG bulgusu olarak sinusal bradikardi, atrioventriküler tam blok veya nodal ritim saptanabilmektedir. Literatür taramalarına göre erken teşhis sonrası, hidrasyon, atropin tedavisi ve 24 saatlik izlem sonrası hastalarda "pacemaker" ihtiyacı olmamaktadır ve şifa ile taburcu edilmektedir. Böylece hastaların erken fark edilip müdahale edilmesi hayati önem arz etmektedir.

P305

KOLŞİSİN AŞIRI DOZ ALIMINA BAĞLI TOKSİSİTE OLGUSU

¹Sezai Vatansever, ¹Seyit Mehmet Kayacan, ¹Aytaç Karadağ, ²Erhan Teker, ¹Timur Selçuk Akpınar, ¹Kerim Güler

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, ²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Kolşisin 'colchicum autumnale' bitkisinde elde edilen bir alkaloiddir. Ailevi akdeniz ateşi (AAA) ataklarının önlenmesi ve amiloid profilaksisinde, akut gut atağı, Behçet hastalığı ve inflamatuvar barsak hastalıklarının tedavisinde kullanılmaktadır. İlacın terapötik dozuyla toksik dozu birbirine çok yakındır. Kolşisin akut, subakut ve kronik toksisiteye yol açabilmektedir. Burada pansitopeni, yaygın damar içi pıhtılaşması, akut pankreatit ve ileus tabloları ile prezante olan bir kolşisin toksisitesi olgusu sunulacaktır.

OLGU: Sekiz yıldan beri AAA tanısıyla takip altında olan ve kolşisin kullanan 37 yaşındaki kadın hasta, karın ağrısı yakınması ile toplam 80 adet kolşisin aldıktan sonra gelişen şuur kapanması ile acil dahiliye polikliniğimize başvurdu. Takipleri süresince transaminaz değerlerinde artma, INR değerinde yükselme olması ve ayrıca letal dozda kolşisin kullanması üzerine reanimasyon ünitesine yönlendirilmiş. Reanimasyon ünitesinde yaygın damar içi pıhtılaşması gelişmesi ve solunum sıkıntısı olması üzerine hasta mekanik ventilatöre bağlanmış. İki gün reanimasyon ünitesinde kalmış; genel durumunun düzelmesi üzerine servisimize yatırılan hastanın fizik muayenesinde batın bombe görünümünde, tüm kadranslarda hassasiyet ve hipertimpanizm saptandı. Gaz-gaita çıkışı olmayan hastanın diğer sistem muayeneleri normaldi. Lökosit: 1400/mm³, nötrofil 700/mm³, trombosit 10000/mm³, Hb: 8.8 g/dl, LDH 4881 U/l, CK 2243 U/l, C-reaktif protein 152 mg/l, amilaz 346 U/l, transaminaz değerleri üç kat yüksek, hipokalsemi ve hipopotasemi saptandı. Tam idrar tetkikinde hematüri ve proteinüri gözlemlendi. Takiplerinde "rebound" lökositoz gelişti; klinik ve laboratuvar olarak düzelen hasta taburcu edildi.

Sonuç olarak; kolşisin gibi terapötik dozu ile toksik dozu birbirine yakın olan ilacın dikkatli kullanılması gerektiği, yoğun bakım izlemi gerektirecek kadar ciddi durumlara yol açabileceği vurgulanmak istenmiştir.