

P001**FAVİZME BAĞLI AKUT BÖBREK YETERSİZLİĞİ, İKİ OLGU SUNUMU**

Mehmet Fırat

Silifke Devlet Hastanesi

AMAÇ: G6PD enzimi, eritrositleri oksidatif streslerden koruyan bir enzimdir. G6PD enzim eksikliği olan hastalarda herhangi bir oksidatif stres, eritrositlerde hemolize yol açar. Çoğunlukla hafif semptomlarla atlatılan bu durum, nadiren akut böbrek yetersizliği yapacak kadar ağır seyredir. Hastanemize son beş yıl içinde taze bakla yemenin ardından akut böbrek yetersizliği gelişerek gelen iki olgu nedeniyle, akut böbrek yetersizliğinin ender bir nedeni olarak favizmi hatırlatmak istedim.

OLGU SUNUMU 1: R.S., 45 y., erkek, 18/4/2002'de taze bakla yedikten bir gün sonra, karın ağrısı, halsizlik, koyu idrar nedeniyle baş vurdu. F.M'de KB: 130/90 mmHg, N: 92/dk A: 36.8 derece, LAB: Hb: 4.8 gr/dl., Hct: 13, Beyaz küre: 15400/mm3, nötrofil: 12600/mm3, eritrosit: 1.3 milyon/mm3, retikülosit: 192000/mm3, PY: anizositoz, poikilositoz, eritrosit fragmentasyonu, şistositler, makrositler, çekirdekli eritrositler, Howell-Jolly cisimcikleri görüldü. BUN: 209 mg/dl, Cr: 13 mg/dl, total bil.: 12, 6 mg/dl, direkt bil.: 0.56 mg/dl, Na: 130 mEq/Lt, K: 4.2 mEq/Lt, ALT: 100U/Lt, AST: 76U/Lt, GGT: 76 U/Lt, LDH: 1600 U/Lt, bulundu. Kan G6PD enzim düzeyi 1.49 U/gr Hb (4.60-13.90) olarak geldi. Yatışının ikinci günü Hb 4.1'e, Hct 11'e düştü. Retikülosit 19.3'e, kreatinin 17.1'e yükseldi. Anüri gelişti. Hemodiyalize alındı. İki ünite kan verildi. Birinci hafta 4 kez, ikinci hafta 3 kez, üçüncü hafta 2 kez ve dördüncü hafta bir kez hemodiyaliz yapıldı. İdrar miktarı 7000 cc/gün'e kadar çıkıp normale döndü. Bir hafta sonunda Cr: 2.3 mg/dl, BUN: 33 mg/dl bulundu. Takiplerinde böbrek fonksiyonları tamamen normale döndü (Ocak 2007'de Cr: 1.2 mg/dl, BUN: 31 mg/dl olarak bulundu)

OLGU SUNUMU 2: F.A., 74 y., bayan, 18/4/2007'de halsizlik ve koyu idrar nedeniyle başvurdu. 2gün önce taze bakla yediği ve bundan 12 saat sonra yakınmalarının başladığı öğrenildi. 2 yıl önce toksik nodüller goiter nedeniyle opere olduğu ve bir ay önceki kontrolunda T3, T4 seviyelerinin normal olduğu ve cr: 0.6 mg/dl ve BUN: 23 mg/dl, Hb: 14.2 mg/dl, Hct: 43 olduğu öğrenildi. K.B.170/95 mmHg, N: 90 /dk, Hb: 7.5 mg/dl, Hct: %23, Trombosit 185000/mm3, P.Y'da normokrom, anizositoz poikilositoz, şistositler ve normositler görüldü. BUN: 74.4 mg/dl, Cr: 2.35 mg/dl, AST: 74.U/Lt, alt: 18.1 U/Lt, LDH: 1384 U/Lt, Tot.bil: 11.42 mg/dl, d.bil: 1.09 mg/dl, idrar: 8-10 BK, 10-15 KK, bol ürat ve granüler silendir. Kan G6PD düzeyi 3.40 U/g Hb (4.60-13.50) . İdrar miktarı, yattığı gün 450 cc oldu. Kontrollu mayı yüklemesi yapıldı. 2. gün 400 cc 3. gün 650 cc 4.gün 900cc idrar gözlemlendi. 2 Ü Torbada taze kan verildi. 1. hafta sonunda 5500 cc idrar oluştu ve BUN: 28.8 ve Cr: 0.54 mg/dl, LDH: 736 U/Lt, total bilirubin: 1.43 ve direkt bilirubin 0.3 mg/dl, Na: 134.4 ve K: 3.21 Meq/l değerlerde olduğu görüldü. Hastada diyaliz gerekmedi ve şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Favizm, bakla yenmesinden sonra, G6PD enzim eksikliği olan bireylerin yaklaşık %20'sinde oluşan bir hemolitik anemi şeklindedir. Hemoliz nadiren hemodiyaliz gerektirecek kadar ağır seyredebilir.

P002**FARKLI BEDEN KİTLE İNDEKSİ DEĞERLERİNE SAHİP KRONİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA SOL VENTRİKÜL DUVAR KALINLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**¹Mustafa Yıldız, ²Hakan Kaptanoğulları, ¹Dilek Aygın, ¹Selen Şen,¹Funda Akduran, ¹Ayşe Sayan¹Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Kardiyoloji ve İç Hastalıkları Polikliniği, ²İstanbul Medikare Diyaliz Merkezi

AMAÇ: Artmış mortalite ve morbidite ile ilişkili olan sol ventrikül hipertrofisi üremik hastalarda oldukça sık görülmektedir. Prevalansı bütün dünyada giderek artan ve birçok ülkede epidemik boyutlara ulaşan bir sağlık sorunu haline gelen obezitede de ekokardiyografik olarak sol ventrikül hipertrofisi görülebilmektedir. Uluslararası klavuz komiteleri bel çevresi ve beden-kitle indeksi (BKİ) değerlerine göre farklı obezite düzeyleri tanımlamıştır. Bu çalışmada amaç; farklı BKİ değerlerine sahip kronik hemodiyaliz hastalarında sol ventrikül duvar kalınlık değerlerinin karşılaştırılmasıdır.

MATERYAL VE METOD: Çeşitli antihipertansif ilaçlarla (kalsiyum kanal blokleri, beta blokleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü, anjiyotensin reseptör blokleri, diüretik) kan basınçları kontrol altında tutulan ve düzenli hemodiyaliz programına dahil olan toplam 116 hasta çalışmaya dahil edildi.

Hastalar BKİ [BKİ = Vücut ağırlığı (kg) / Boy (m) 2] değerlerine göre iki gruba ayrıldı: Grup I: BKİ ≤ 24.9 kg/m² (n=52) , Grup II: BKİ > 25 kg/m² (n=64) .

Hastaların ekokardiyografik ölçümleri deneyimli bir kardiyolog tarafından yapıldı. Atriyal fibrilasyon, geçirilmiş miyokard infarktüsü, ciddi kapak hastalığı ve morbid obezite (BKİ < 40 kg/m²) tanısı konulan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Nabız basıncı = Sistolik kan basıncı – diastolik kan basıncı,

Ortalama kan basıncı = [Sistolik kan basıncı + 2 X diastolik kan basıncı] / 3

formülleri ile hesaplandı.

BULGULAR: Grup I'de interventriküler septum kalınlığı, sol ventrikül arka duvar kalınlığı, sol ventrikül sistol sonu çapı ve sol ventrikül diastol sonu çapı Grup I'den daha yüksekti (sırası ile p<0.001, p=0.001, p<0.001, p<0.001) (Tablo I) . Sol ventrikül duvar kalınlıkları (interventriküler septum ve arka duvar) ile sistolik kan basıncı ve ortalam kan basıncı arasında pozitif yönde korelasyon saptandı (Tablo II) .

SONUÇ: BKİ değerlerindeki artış, aritmi sıklığında artışla birlikte olduğu bilinen sol ventrikül duvar kalınlıklarındaki artışla ilişkilidir. BKİ değerleri yüksek olan hemodiyaliz hastaları kardiyak aritmiler açısından daha dikkatli bir şekilde izlenmelidir.

Tablo I. Grupların yaş, hemodinamik ve ekokardiyografik değerleri

	Grup I	Grup II	P
Yaş (yıl)	56.5 ± 14.0	58.9 ± 9.9	0.29
Sistolik KB (mmHg)	129.80 ± 21.55	129.53 ± 21.33	0.94
Diastolik KB (mmHg)	76.15 ± 10.87	75.78 ± 9.22	0.84
Ortalama KB (mmHg)	93.93 ± 13.65	93.81 ± 12.47	0.96
Nabız basıncı (mmHg)	53.65 ± 14.55	54.21 ± 15.51	0.84
Nabız (atım/dak)	82.09 ± 17.90	79.28 ± 10.72	0.30
SV diastol sonu çapı (mm)	49.26 ± 3.48	51.87 ± 3.19	<0.001
SV sistol sonu çapı (mm)	30.13 ± 5.62	34.37 ± 4.06	<0.001
Ejeksiyon fraksiyon (EF, %)	59.51 ± 8.67	57.01 ± 4.95	0.05
İnterventriküler septum (mm)	11.75 ± 1.23	12.50 ± 0.93	<0.001
SV arka duvar (mm)	11.99 ± 1.17	12.66 ± 1.00	0.001
Mitral E velosite (m/sn)	0.84 ± 0.18	0.79 ± 0.16	0.10
Mitral A velosite (m/sn)	0.76 ± 0.14	0.80 ± 0.14	0.21
Deselerasyon zamanı (sn)	294.90 ± 12.12	284.35 ± 52.53	0.37

KB: Kan basıncı, SV: Sol ventrikül,

Tablo II. Sol ventrikül duvar kalınlıkları ile ilişkili parametreler

	P	R
İVS-Sistolik KB	0.01	0.23
İVS-Ortalama KB	0.02	0.21
Arka duvar-Sistolik KB	0.01	0.22
Arka duvar -Ortalama KB	0.01	0.22

KB: Kan basıncı, İVS: İnterventriküler septum

P003**TİROTOKSİK HİPOKALEMİK PERİYODİK PARALİZİ: HİPOKALEMİNİN AZ GÖRÜLEN BİR NEDENİ**¹Erkan Sengül, ²Alev Selek, ²Gökhan Erbağ, ²Ayla Dişi Erdoğan,¹Ahmet Yılmaz¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, ²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GRİŞ: Tirotoksik, hipokalemik periyodik paralizi, hipopotasemi ile birlikte özellikle proksimal kaslarda güçsüzlüğe yol açan, daha çok uzak doğu asya toplumlarında görülen bir hastalıktır. Türk toplumunda nadir olarak gelişmektedir. Literatürde, Türkiye'den sadece iki olgu bildirilmiştir.

OLGU: 34 yaşında bir erkek hasta, gece saat 02'de özellikle kol ve bacaklarda gelişen güçsüzlük şikayeti ile acil polikliniğe başvurdu. Hastanın yaklaşık bir aydan beri devam eden aşırı terleme ve sinirlilik dışında öz ve soy geçimisinde özellik yoktu. Fizik muayenede, bilinç açıktı. Kan basıncı 110/70 mmHg, nabız 110/dakika/ritmik, solunum sayısı 20/dakika idi. Nörolojik muayenede; üst ekstremitelerde proksimalde 3/5 ve distalde 4/5 güç kaybı saptandı. Alt ekstremitelerde ise proksimalde 2/5 ve distalde 3/5 güç kaybı tespit edildi. Derin tendon refleksleri azalmıştı. Duyu ve kranial sinir muayeneleri normaldi. Tiroid non-palpabildi ve eksoftalmus yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde, serum potasyum düzeyi 1.6 mmol/L, glukoz düzeyi 227 mg/dl idi. Diğer biyokimyasal incelemeler ve arter kan gazı analizi normal olarak saptandı. Spot idrarda ölçülen potasyum düzeyi 17 mmol/L olarak bulundu. Ekokardiyografide sinus taşikardisi, U dalgası ve T dalgasında düzleşme gibi hipokalemi bulguları saptandı. Hasta monitörize edildi ve damar yolu ile 20 mmol/saat dozunda potasyum klorür verilmeye başlandı. 2 saat sonraki ölçümde potasyum düzeyinin 1.7 mmol/L olduğu görüldü. Hastaya potasyum replasmanı ile birlikte bir nonselektif bir beta bloker olan propranolol 40 mg dozunda ağızdan verildi. 2 saat sonra ölçülen potasyum 3.4 mmol/L olarak bulundu. Potasyum tedavisi sonlandırıldı. Hastanın muayenesinde kas gücünün tamamen normale döndüğü saptandı. Daha sonraki tetkiklerde, Tiroidi uyarcı hormonun (TSH) 0.004 mIU/mL (0.4-4.0 mIU/mL) ve serbest tiroksin (sT4) düzeyinin 6 ng/dl'in (0.8-1.9 ng/dL) üzerinde olduğu görüldü. Tiroid otoantikörleri ve radyolojik görüntüleme incelemeleri sonuçları ile hastaya Graves hastalığı tanısı kondu ve antitiroid ilaçlar ile tedavi edildi. Hastanın takibinde yeni bir atak görülmeydi.

SONUÇ: Bu olgu birkaç yönü ile dikkat çekmektedir. Tirotoksik, hipokalemik periyodik paralizi sık görülen bir hastalık değildir. Tanınmaması yanlış tedavilerin uygulanmasına ve hastanın morbiditesinde artışa yol açabilir. Bu nedenle, tanının kısa sürede konulup tedavi edilmesi gerekir. Tedavi potasyum replasmanı yanında sempatik hiperaktiviteyi azaltmak için beta blokerleri de içermelidir.

P004

FARKLI CİNSİYETTEKİ HEMODİYALİZ HASTALARINDA P DALGA DİSPERSİYONU ÜZERİNE ETKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Mustafa Yıldız, ²Hakan Kaptanoğulları, ¹Funda Akduran, ¹Dilek Aygın, ¹Ayşe Sayan, ¹Selen Şen

¹Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Kardiyoloji ve İç Hastalıkları Polikliniği, ²İstanbul Medikare Diyaliz Merkezi

AMAÇ: Kronik hemodiyaliz hastalarında, mortalite açısından bağımsız bir risk faktörü olan, atriyal fibrilasyon sıklığının artmış olduğu bilinmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda oniki kanal EKG'de saptanan P dalgası dispersiyonunun atriyal fibrilasyon belirtici olduğu gösterilmiştir. P dalga dispersiyonu, maksimum ve minimum P dalga süreleri arasındaki farkı belirtir ve maksimum P dalga süresi atriyal aktivasyonun süresiyle uyumlu elektrokardiyografik belirteçlerdendir. Bu çalışmanın amacı düzenli hemodiyalize giren farklı cinsiyetteki kronik böbrek yetmezlikli hastalarda P dalga dispersiyonu üzerine etkili faktörleri belirlemektir.

MATERYAL VE METOD: Düzenli hemodiyalize giren toplam 116 (58 erkek, 58 kadın) kronik böbrek yetmezlikli hasta çalışmaya dahil edildi. Bütün katılımcıların supin pozisyonda 12-kanallı yüzey EKG'leri çekildi. P dalga süreleri hesaplanıp maksimum ve minimum P dalga süreleri arasındaki fark P dalga dispersiyonu olarak belirlendi. Elde edilen sonuçlar independent sample t test ile değerlendirildi. İlişkiler Pearson testiyle hesaplandı. P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Atriyal fibrilasyon, geçirilmiş miyokard infarktüsü ve ciddi kapak hastalığı tanısı konulan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Nabız basıncı = Sistolik kan basıncı – diastolik kan basıncı,
Ortalama kan basıncı = [Sistolik kan basıncı + 2 X diastolik kan basıncı] / 3
formülleri ile hesaplandı.

BULGULAR: İki grup arasında P dalga dispersiyonu açısından anlamlı bir fark saptanmazken; beden-kitle indeksi kadın grubunda daha yüksekti (sırası ile p=0.77, p=0.02) (Tablo I). P dalga dispersiyonu ile yaş, beden-kitle indeksi, hemodinamik ve ekokardiyografik parametreler arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0.05).

SONUÇ: Düzenli hemodiyalize giren farklı cinsiyetteki kronik böbrek yetmezlikli hastalarda benzer P dalga dispersiyonu değerleri saptanmıştır. Bu durumda tüm kronik hemodiyaliz hastaları atriyal aritmiler açısından yakından takip edilmelidir.

Tablo I. Grupların yaş, antropometrik, hemodinamik ve ekokardiyografik değerler açısından karşılaştırılması

	Kadın	Erkek	P
Yaş (yıl)	57.7 ± 11.8	58.0 ± 12.2	0.90
Beden-kitle indeksi (kg/m ²)	26.80 ± 5.31	24.69 ± 4.26	0.02
Sistolik KB (mmHg)	128.62 ± 22.51	130.68 ± 20.24	0.60
Diastolik KB (mmHg)	75.34 ± 10.63	76.55 ± 9.28	0.51
Ortalama KB (mmHg)	93.18 ± 13.94	94.55 ± 11.97	0.57
Nabız basıncı (mmHg)	53.79 ± 15.08	54.13 ± 15.10	0.90
Nabız (atım/dak)	81.94 ± 12.78	79.23 ± 15.95	0.32
SV diastol sonu çapı (mm)	50.51 ± 2.94	50.89 ± 4.10	0.56
SV sistol sonu çapı (mm)	32.96 ± 4.72	31.98 ± 5.72	0.31
Ejeksiyon fraksiyon (EF, %)	57.41 ± 6.66	58.86 ± 7.21	0.26
İnterventriküler septum (mm)	12.19 ± 1.06	12.14 ± 1.20	0.80
SV arka duvar (mm)	12.36 ± 1.06	12.36 ± 1.20	1.00
Sol atriyum genişliği (mm)	39.94 ± 3.40	39.84 ± 3.23	0.86
P dalga dispersiyonu (msn)	52.41 ± 24.77	52.73 ± 21.84	0.94

KB: Kan basıncı, SV: Sol ventrikül

P005

DÜZENLİ HEMODİYALİZE GİREN KRONİK BÖBREK YETMEZLİKLİ HASTALARDA SOL VENTRİKÜL HİPERTROFİSİ İLE İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Mustafa Yıldız, ²Hakan Kaptanoğulları, ¹Dilek Aygın, ¹Funda Akduran, ¹Ayşe Sayan, ¹Selen Şen

¹Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Kardiyoloji ve İç Hastalıkları Kliniği, ²İstanbul Medikare Diyaliz Merkezi

AMAÇ: Son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda mortalitenin önemli bir kısmı kardiyovasküler nedenlere bağlıdır. Artmış mortalite ve morbidite ile ilişkili olan sol ventrikül hipertrofisi (SVH) üremik hastalarda oldukça sık görülmektedir. SVH, sol ventrikül esnekliğinin azalmasına ve miyokard oksijen tüketiminin artmasına neden olur. Bu çalışmada düzenli hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezlikli hastalarda SVH sıklığı ve SVH'ni etkileyen risk faktörleri incelenmiştir.

MATERYAL VE METOD: Düzenli hemodiyaliz programına dahil olan 50 SVH'li ve 50 SVH'siz, toplam 100 kronik böbrek yetmezlikli hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ekokardiyografik ölçümleri deneyimli bir kardiyolog tarafından yapıldı. İnterventriküler septum ve arka duvar kalınlıklarının >11 mm olması SVH olarak tanımlandı. Atriyal fibrilasyon, geçirilmiş miyokard infarktüsü ve ciddi kapak hastalığı tanısı konulan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Nabız basıncı = Sistolik kan basıncı – diastolik kan basıncı,
Ortalama kan basıncı = [Sistolik kan basıncı + 2 X diastolik kan basıncı] / 3

formülleri ile hesaplandı. Elde edilen sonuçlar independent sample t test ile değerlendirildi. İlişkiler Pearson testiyle hesaplandı. P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: SVH (+) olan grupta diastolik kan basıncı SVH (-) olan gruptan daha yüksekti (p=0.03) (Tablo I). SVH ile diastolik kan basıncı arasında pozitif yönde ilişki saptandı (p=0.03, r=0.20).

SONUÇ: Mevcut çalışmada düzenli hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezlikli hastalarda SVH için en önemli risk faktörü diastolik kan basıncı bulunmuştur. Dolayısı ile diyaliz hastalarında SVH'nin geriletilmesinde diastolik kan basıncının kontrol altında tutulması oldukça önemlidir.

Tablo I. Grupların yaş, hemodinamik ve ekokardiyografik değerleri

	SVH (-)	SVH (+)	p
Yaş (yıl)	56.1 ± 13.2	60.6 ± 10.2	0.06
Beden-kitle indeksi (kg/m ²)	25.14 ± 5.06	26.69 ± 4.96	0.12
Sistolik KB (mmHg)	126.80 ± 20.24	132.80 ± 22.94	0.16
Diastolik KB (mmHg)	73.40 ± 10.42	77.60 ± 9.59	0.03
Ortalama KB (mmHg)	91.16 ± 12.95	95.89 ± 13.12	0.07
Nabız basıncı (mmHg)	53.40 ± 13.64	55.80 ± 16.67	0.43
Nabız (atım/dak)	81.04 ± 15.04	81.00 ± 14.82	0.98
SV diastol sonu çapı (mm)	50.92 ± 4.49	50.54 ± 2.50	0.60
SV sistol sonu çapı (mm)	31.68 ± 6.46	33.32 ± 4.03	0.13
Ejeksiyon fraksiyon (EF, %)	58.36 ± 8.29	58.40 ± 5.11	0.97
Sol atriyum genişliği (mm)	40.06 ± 3.93	39.94 ± 2.22	0.85
Pulmoner akım hızı (m/sn)	0.97 ± 0.16	0.94 ± 0.15	0.38
Aort akım hızı (m/sn)	1.33 ± 0.34	1.34 ± 0.31	0.94

KB: Kan basıncı, SV: Sol ventrikül, SVH: Sol ventrikül hipertrofisi

P006

BİR ANTİOKSİDAN OLAN CAFFEİC ACİD PHENETHYL ESTERİN KONTRAST NEFROPATİDE KORUYUCULUĞU

¹Mehmet Çölbay, ¹Şeref Yüksel, ¹Özcan Karaman, ¹İhsan Uslan, ²Murat Yağmurca, ¹Gürsel Acartürk, ³Orhan Baş, ³Oğuz Aslan Özen

¹AKÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²AKÜ Tıp Fakültesi Histoloji-Embriyoloji Anabilim Dalı, ³AKÜ Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı

GİRİŞ: Tanı ve tedavi amaçlı yapılan kontrastlı işlemlerin sayısı artmaktadır. Daha çok riskli gruplarda işlem sonrasında kontrast nefropati gelişebilmektedir. Kontrast nefropati için profilaktik olarak; iso-osmolar non-iyonik kontrast maddelerin kullanılması, işlemten önce hidrasyon ve beraberinde N-asetilsistein (NAC) uygulanması önerilmektedir. Çalışmamızda kontrast öncesi profilaktik olarak caffeic acid phenethyl ester (CAPE) veya NAC uygulanmasının böbrekler üzerine olan etkileri araştırıldı.

MATERYAL VE METOD: Sprague Dawley sıçanlar rastgele her grupta 7 tane olacak şekilde 6 gruba ayrıldı. Grup 1'e sadece %0.9 normal izotonik, Grup 2'ye sadece kontrast madde, Grup 3'e CAPE + kontrast madde, Grup 4'e NAC + kontrast madde, Grup 5'e sadece CAPE, Grup 6'ya sadece NAC verildi. CAPE veya NAC; 7 gün, günde bir kez uygulandı. Kontrast madde, uygulamanın 4. günü verildi. Yedinci günün sonunda fareler sakrifiye edildi. Böbrek dokusunda malondialdehit (MDA) düzeyi, glutatyon peroksidaz (GSH-Px), süperoksit dismutaz (SOD), katalaz enzim aktiviteleri ölçüldü. Böbrek dokusu kesitleri ışık mikroskopisiyle incelenip hasar yaygınlığına ve tutulumuna göre derecelendirildi.

SONUÇLAR: Grup 1'e göre Grup 2'nin kreatinin değeri anlamlı olarak yüksekti. Grup 3 ve 4'ün kreatinin düzeyleri Grup 2'den anlamlı olarak daha düşüktü. Grup 4'ün kreatinin düzeyi Grup 3'den anlamlı olarak daha yüksekti. MDA düzeyi Grup 2'de yüksekti. Grup 3 ve 4'ün MDA düzeyleri, Grup 2'ye göre anlamlı olarak düşük saptandı. Böbrek dokusunda SOD, CAT ve GSH-Px aktiviteleri Grup 2'de diğer tüm gruplara göre anlamlı olarak düşük idi. Grup 3 ve Grup 4'teki histolojik hasar skorları Grup 1, 5 ve 6'dan yüksek olmakla birlikte, koruma yapılmaksızın kontrast verilen Grup 2'nin hasar skorundan anlamlı olarak düşük saptandı.

TARTIŞMA: Çalışmamızda CAPE ve NAC uygulanan gruplarda kontrast sonrası böbrek fonksiyonlarının bozulma ilimiydi. Kontrasta bağlı hasar CAPE veya NAC'ın oksidan antioksidan sistem üzerine olan olumlu etkilerinden dolayı önlenmiş olabilir. Sonuçta; CAPE, NAC'a kıyasla kontrast sonrası böbreğin yapı ve fonksiyonlarını daha iyi korumaktadır. Özellikle riskli hastalarda kontrastlı işlemler öncesinde CAPE kullanımı incelenmelidir.

P007

HEMODİYALİZ HASTASI VE HUZURSUZ BACAK SENDROMU

¹Hüseyin Atlı, ¹Mehmet Çölbay, ²Serap Demir, ²Şeref Yüksel,

¹Gürsel Acartürk, ³Bumin Değirmenci, ⁴Mehmet Melek, ⁵Tülay Köken,

¹İhsan Uslan, ¹Özcan Karaman

¹AKÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²AKÜ Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, ³AKÜ Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, ⁴AKÜ Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ⁵AKÜ Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı

AMAÇ: Huzursuz Bacak Sendromu (HBS), özellikle geceleri uyku sırasında ortaya çıkan bacaklarda huzursuzluk hissi, ağrı, kramp ve istem dışı bacak hareketleri ve bunlara bağlı uyku bozukluklarıyla karakterize bir durumdur. Genel popülasyonun %5-10'unda görülebilen HBS hemodiyaliz (HD) hastalarının %80'inin yaşadığı rahatsız edici bir durumdur. Yaşlanmayla ve HD süresiyle birlikte sıklığı artmaktadır. Sık görülmesine rağmen bu sendromun sebepleri henüz belirlenmiş değildir. Bu çalışmada HD hastalarında sık görülen vasküler patolojiler, otonom disfonksiyon, artmış oksidatif stresin HBS ile ilişkileri değerlendirildi.

GEREÇ VE YÖNTEM: Uluslararası HBS Çalışma Grubu'nun HBS minimal kriterlerini karşılayan ve onamı alınan 25 hasta "HBS grubu" olarak, bu grup ile benzer demografik özelliklere sahip fakat HBS olmayan 25 HD hastası "kontrol grubu" olarak belirlendi. Tüm hastaların sosyodemografik özellikleri kaydedildi, serumda oksidatif stres göstergeleri olan malondialdehid (MDA) ve sülfidril (SH) düzeyleri çalışıldı. 24 saatlik holter ile kalp hızı değişkenliği belirlendi. Alt ekstremitte vasküler yapıları; alt ekstremitte Doppler ultrasonografi ile incelendi.

BULGULAR: HBS grubunun yaş ortalaması 48.9±14.6 (14 kadın, 11 erkek), kontrol grubunun yaş ortalaması 44.6±16.1 (13 kadın, 12 erkek) idi. İki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından fark yoktu. Tibialis posterior arter ve tibialis anterior arter kan akım hızlarının HBS grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak azalmış oldukları görüldü. Genel kalp hızı değişkenliği açısından gruplar arasında fark tesbit edilmedi. HBS grubunda ve kontrol grubunda ortalama MDA ve SH düzeyleri arasında anlamlı fark görülmüdü. HBS olma ile diğer parametrelerin ilişkisi araştırıldığında HBS ile sadece hemoglobin, sodyum düzeyi ile tibialis anterior ve posteriordaki akım hızları arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Fakat sadece hemoglobinin HBS üzerine bağımsız etmen olduğu belirlendi.

TARTIŞMA: Çalışmamızda HD hastalarında sıkça görülen ve mortaliteyle ilişkili olan HBS'nin vasküler patolojiler, otonom disfonksiyon, artmış oksidatif stresle ilişkisini araştırdık. HBS olma ile alt ekstremitte kan akım hızları, oksidatif stres parametreleri ve KHD arasında bir ilişki saptamadık. Ancak, sadece aneminin HBS üzerinde bağımsız etmen olduğunu bulduk. Fakat hasta sayımızın azlığı göz önüne alınmalı ve daha geniş hasta popülasyonlarında bu çalışma tekrarlanmalıdır.

SONUÇ: HD hastalarında aneminin etkin tedavisi HBS üzerine de olumlu etki yapacaktır.

P008

BÖBREK BİYOPSİSİ İLE TANI KONULMUŞ SARKOİDOZ OLGUSU

¹Serdar Kurnaz, ¹İlhan Gökçek, ¹Mustafa Tuğrul, ¹Emel Tatlı, ¹Süleyman Coşgun, ¹Fuat Şar, ²Rümeysa Kazancıoğlu, ²Savaş Öztürk

¹Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi 5. Dahiliye Kliniği, ²Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

Sarkoidoz birçok organ sisteminde kazeifiye olmayan granülom bulunması ile karakterize, sebebi bilinmeyen bir hastalıktır. Birçok organ sistemlerinin tutulumuna bağlı olarak farklı klinik tablolara yol açabilmektedir. Burada böbrek biopsisi ile tanı konulmuş bir sarkoidoz olgusu sunulmaktadır. 54 yaşında kadın hasta, kilo kaybı ve bel ağrısı şikayeti ile başvurmuş. Hasta son 1 yılda 15 kg kaybetmişti. Son 3 aydır mekanik karakterde bel ağrısı da olması üzerine interne edildi. Öz-soy geçmişi ve alışkanlıklarında özellik yoktu. Fizik muayenesinde TA: 120/70 mmHg, her iki akciğer bazalinde minimal kreptan ral mevcuttu. Hastanın laboratuvar değerleri tablo 1de verilmiştir. 24 saatlik idrarda protein: 598 mg/gün, klirens: 49, 2ml/dk, Bence jones proteini yoktu. Periferik yayma kronik hastalık anemisi ile uyumlu idi. Protein elektroforezinde gama globulin düzeyi artmış fakat gama piki yoktu. PA akciğer grafisinde her iki hilere bölgede akciğere dıştan bası görünümü mevcuttu. SFT de FEV1: 1, 33lt -FVC: 2, 21lt-FE1/FVC: %60 saptandı. Toraks HRCT'de; bilateral yaygın buzlu cam görünümü, sağ alt lobda sol linguler segment düzeyinde mikronodüler görünüm, aksiyel interstisyumda kalınlaşmalarla birlikte retikülönodüler görünümünün eşlik ettiği sekel fibrotik değişiklik alanları bulundu. Gastroskopisinde antral eroziv gastrit dışında patoloji saptanmadı. Alınan mukozal biopsiler aktif kronik gastritle uyumlu geldi, Kongo negatif idi. Bakılan ACE düzeyi 165 IU, 25 hidroksi D vitamini düzeyi 15, 7 ug/l, 24 saatlik idrarda Ca atılımı artmış (689 mg/gün) ve iPTH azalmış (<3 pg/ml) saptandı. PPD testi anejik idi. Klinik ve laboratuvar veriler ışığında sarkoidoz ön tanısıyla yapılan minor tükürük bezi biopsisi negatif gelmesi üzerine hastaya böbrek biopsisi yapılmasına karar verildi. Alınan materyalin patoloji incelemesinde non nekrotizan granülomlar içeren tubulointerstisyel nefrit saptanması üzerine hastaya sarkoidoz tanısı konularak 1 mg/kg dozda steroid başlandı ve hasta poliklinikinden takip edilerek üzere taburcu edildi. TARTIŞMA: Sarkoidoz sistemik bir hastalıktır, nadir de olsa renal tutulumla seyredebilir. Tipik bir olguda sarkoidoz tanısı, klinik, radyografik ve histolojik bulguların kombinasyonu ile konur. Sarkoidozun kesin tanısını koymak için granülomatöz inflamatuvar sürecin biopsi kanıtı şarttır. Akciğerler sıklıkla tutulduğu için en çok biyopsi alınan bölgelerdir. Daha seyrek biyopsi bölgeleri hilere lenf nodları, cilt lezyonları, konjunktiva, dudak, dalak, intraabdominal lenf nodları, kas, tükürük bezlerinden, üst solunum yollarından, kardiyak veya böbrekden biyopsi alınır. Bizim hastamızda da hiperkalsemi, azotemi, akciğer tutulumu olması nedeniyle sarkoidoz ön tanısıyla bakılan ACE düzeyi, iPTH, D vitamini düzeyi, 24 saatlik idrarda Ca düzeyi ve toraks HRCT incelemesi sarkoidoz ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın akciğer ve böbrek tutulumu olması nedeniyle öncelikle bronkoskopi yapılması planlandı fakat hasta ancak böbrek biyopsisini kabul ettiği için, yapılan biyopsi ile sarkoidoz tanısı konuldu.

Tablo 1.

Glukoz: 76 mg/dl	ALT: 17 U/l	Wbc: 7, 03 10 ³ /mkl
Üre: 61 mg/dl	AST: 21 U/l	Hgb: 12 gr/dl
Kreatinin: 1, 72 mg/dl	GGT: 15 U/l	Hct: 36 %
Na: 138 mmol/l	T.kolesterol: 147 mg/dl	MCV: 82
K: 4, 39 mmol/l	T.protein: 6, 2 g/dl	Plt: 289 ⁺ 103/mikl
Ca: 12 mg/dl	Albumin: 3, 3 g/dl	TİT: ph: 5, protein (-), D: 1020, her
Fosfor: 3, 3 mg/dl	Globulin: 2, 9 g/dl	sahada 3-4 lokosit-nadir eritrosit

P009

TEKRARLANAN PCR ANALİZİ İLE TÜBERKÜLOZ PLÖREZİ TANISI KONAN BİR PERİTON DİYALİZİ OLGUSU

¹Erkan Sengül, ²Murat Sayan, ³Ayla Dişçi Erdoğan, ³Gökhan Erbağ, ¹Ahmet Yılmaz

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, ²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, ³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Tüberküloz insidansı genel popülasyona göre son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda artmıştır. Üremide, T lenfosit fonksiyonu genellikle bozulmuştur. Bu hastalarda yüksek oranda (%32-40)

intradermal antijenlere karşı aneri vardır. Hücrel bağışıklıktaki azalma antijen sunan hücrelerdeki defektleri ile ilişkili olabilir. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan hastalarda öksürük, ateş, balgam gibi klasik tüberküloz semptomları görülmeyebilir. Polimeraz zincir reaksiyonu (PCR), tüberküloz tanısı koymak için duyarlılığı yüksek, hızlı sonuç veren bir yöntemdir. Burada, plevral effüzyon nedeniyle incelenen, diğer nedenlerin dışlandı; tüberküloz tanısının plevral sıvıda ve balgamda aside dirençli bakterinin (ARB) direkt mikroskopi ve klasik kültür ile konamadığı; sonuç olarak tekrarlanan PCR ile tüberküloz tanısının konduğu bir periton diyaliz hastası sunulmuştur.

OLGU: 55 yaşında, 6 yıldan beri hipertansiyona bağlı KBY olan ve sürekli ayakta periton diyalizi tedavisi yapılan bir erkek hasta nefes darlığı ve halsizlik şikayeti ile başvurdu. Şikayetin 3 haftadan beri var olduğu, zamanla arttığı öğrenildi. Son bir ayda 5 kg kilo kaybı mevcuttu. Ateş, öksürük, balgam, yakın zamanda geçirilmiş bir akciğer enfeksiyonu yoktu. Fiziki muayenede, kan basıncı 110/70 mmHg, nabız 81/dk/ritmik, solunum sayısı 22/dakika idi. Sol hemitoraksta orta zonlardan itibaren solunum sesleri alınmadı ve perküsyonda matite saptandı. Sağ akciğer bazalinde plevral sürtünme sesi duyuldu. Laboratuvar incelemelerinde; BUN: 69 mg/dl, kreatinin: 12.8 mg/dl, sodyum: 143 mEq/L, potasyum: 4.6 mEq/L, kalsiyum: 9.3 mg/dl, fosfor: 4.5 mg/dl, PTH: 76 pgr/ml, albumin: 4.1 gr/dl, hemoglobin: 10.8 gr/dl, hematokrit: %30.7, lokosit: 9500 mm³, sedimentasyon: 114 mm/saat, CRP: 5.09 mg/dl idi. Akciğer grafisinde sol hemitoraksta orta zonlara kadar effüzyon ve sağ hemitoraksta kostodiafragmatik sinüsün kapalı olduğu görüldü. Hastanın kardiyolojik muayene ve ekokardiyografik incelemelerinde kalp yeter-sizliği saptanmadı. Hastaya torasentez yapıldı. Alınan örnek hemorajik idi ve incelemeler sonucu sıvının eksiüda vasfında olduğu tespit edildi. Sitolojik ve mikrobiyolojik incelemelerde malignite ve enfeksiyonu destekleyen bulgu yoktu. Plevral sıvını direkt ARB incelemesi, tüberküloz kültür ve PCR analizleri negatif idi ve Adenozin deaminaz: 19 I/L (0-40) bulundu. PPD testi anejik idi.

Yapılan tüm tetkiklere rağmen effüzyonu açıklayacak bir bulgu elde edilmedi. Diyaliz yetersizliğini dışlamak için hasta hemodiyalize alındı. Ancak bir ay sonrasında effüzyonda azalma olmadı. Plevral sıvının yeniden incelenmesinde ARB negatif idi. Ancak PCR ile

Mikobakterium tüberkülozis DNA'sı nükleik asit amplifikasyonu ile elde edildi ve hastaya tüberküloz tanısı kondu.

SONUÇ: Üremik hastalarda tüberkülozun insidansının yüksek olduğu, tipik semptomlarının görülmeyebileceği; klasik yöntemler ile tanı konamayabileceği ve PCR ile yeniden incelenmenin kesin tanı için önemli olduğu görülmektedir.

P010

İTERNAL JUGULER VENE KALICI HEMODİYALİZ KATATERİ YERLEŞTİRİLMESİ SIRASINDA GELİŞEN BRAKIAL PLEKSUS ZEDELENMESİ

¹Erkan Sengül, ²Erkan Dervişoğlu, ²Ayla Dişçi Erdoğan, ²Gökhan Erbağ, ¹Ahmet Yılmaz

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, ²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Hemodiyaliz hastalarında vasküler erişimi sağlamak için santral ven kataterizasyonu sıklıkla gerekmektedir. Hemotoraks, pnömotoraks, hava embolisi, ven rüptürü, arter pnksiyonu erken dönem komplikasyonlar olarak gelişebilmektedir. Kataterizasyon ile ilişkili brakial pleksus hasarı nadir görülen bir komplikasyondur. Burada sağ internal juguler vene kalıcı tüneli hemodiyaliz katateri yerleştirilmesine bağlı olarak brakial pleksus hasarı gelişen bir olgu sunulmuştur.

OLGU: 71 yaşında erkek hasta, bulantı, kusma ve halsizlik şikayeti ile acil polikliniğe başvurdu. Hastanın yaklaşık 20 yıldan beri tip 2 diabetes mellitus tanısı olduğu öğrenildi. Fizik muayenede, kan basıncı: 140/80 mmHg, nabız: 110/dakika/aritmik, solunum sayısı: 20/dakika idi. Bilateral akciğer alt zonlarda solunum sesleri azalmıştı. Kalp sesleri aritmikti ve taşikardi mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde, glukoz: 226 mg/dl, üre: 230 mg/dl, kreatinin: 4.3 mg/dl, sodyum: 131 mEq/L, potasyum: 7.5 mEq/L, kalsiyum: 8.8 mg/dl idi. Elektrokarđiyografide: atrial fibrilasyon ve hiperkalemi bulguları saptandı. Hastanın mevcut klinik ve laboratuvar verileri ile hemodiyalize alınmasına karar verildi. Sağ taraftan internal juguler vene kalıcı tüneli hemodiyaliz katateri yerleştirmek için, önce lokal anestezi yapıldı. Daha sonra tek bir girişimle vene girildikten sonra klavuz tel ilerletildi. Tünel oluşturulduktan sonra katater vene yerleştirildi. İşlem sırasında hematoma, kanama gibi komplikasyonlar olmadı. Ancak, hasta sağ kolunda güçsüzlük geliştiğini belirtti. Nörolojik muayenede, sağ kolda kas gücünün 0/5 olduğu görüldü. Diğer ekstremitelerde herhangi bir kas gücü kaybı yoktu. Duyu ve sebrellar sistem muayeneleri normal olarak saptandı. Beyin tomografisinde güç kaybını açıklayacak patoloji saptanmadı. Elektromiyografide, sağ tarafta brakial pleksus patolojisi ile uyumlu bulgular tespit edildi. Hastanın izleminde 10 gün içinde kas gücü kademeli olarak artarak normale döndü.

SONUÇ: Santral ven kataterizasyonu sonrasında tek taraflı motor güç kaybı gelişen olgularda nörolojik tablonun brakial pleksus hasarı ile ilişkili olabileceği düşünülmelidir.

P011

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ İLE BERABER OLAN PORFİRİA'LI OLGU SUNUMU

İdris İnce, Evrim Akşanlı, Mehtap Navdar Başaran, Meryem Tahmaz, Aysegül Zobi, Kemal Serez, A. Kadir Ergen, A. Baki Kumbasar

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Porfirialar, hem biyosentezindeki özel enzimlerin edinsel veya kalıtsal eksiklikleri ile oluşan ve nadir görülen hastalıklardır. Semptomları ve belirtileri spesifik olmadığı için tanı sıklıkla gecikir. Tanı koyma da en önemli yaklaşım hastalığın aklıda tutulmasıdır. Bu yazıda kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan vakamızda literatür verileri altında Porfiria hastalığının özelliklerini tartışmaya çalıştık.

OLGU: 20 yaşında bayan hasta, 1 aydan beri aralıklı karın ağrısı olan hasta konvülsiyon ile başvurdu. Özgeçmişinde ve soy geçmişi de özellik olmayan hastanın fizik muayene de batında yaygın hassasiyet, hipertansiyon ve taşikardi (TA: 160/120 mmHg, Nb: 140/dk) saptandı. Genel cerrahi ve kadın doğum konsültasyonunda patoloji saptanmadı. Tetkiklerinde Üre: 27, Kreatinin: 1.3, Na: 131, K: 3.1, Cl: 90, Ca: 9.6, Pi: 4, Mg: 1.4, ALT: 132, AST: 144, T.protein: 6.9, Albumin: 3.6, Globulin: 3.3, WBC: 4800, Hgb: 9.9, Hct: 29.5, MCV: 72, Plt: 228000, 24 saatlik idrar da GFR: 33.6 ml/dk, Mikroalbuminüri: 65 mg/dl, Total porfirin: 5315.68 mg/gün, ALA: 21.30 mg/gün (0-7 mg/gün), Porfobilinojen: 32.90 mg/gün (0-2 mg/gün), Uroporfirin I-III: 5073 mg/gün (0-25 mg/gün), Koproporfirin I: 69 mg/gün (0-25 mg/gün), Koproporfirin III: 107 mg/gün (0-75 mg/gün) dü. Tüm batın USG ve Renal dopler USG de sağ böbrek boyutları 9.5x6 cm, parenkim ekojenitesi artmış, sol böbrek 8x3 cm olup parenkim kalınlığı azalmıştır. En büyüğü 20

mm çapında multipl perirenal ve parenkimal kistler izlenmiştir. Bilateral renal arterler aort ayrımından itibaren izlenmemiştir. Bilateral renal parenkim vaskülarite azalmıştır. Statik böbrek sintigrafisi DTPA incelemesinde sağ böbrek şekil, büyüklük, fonksiyon ve doku kapasitesi normaldir. Sol böbrek izlenmemiştir. DMSA incelemesinde sağ böbrek korteksi üst polden incelenmiştir. Sol böbrek izlenmemiştir. Batın BT de sağ böbrek de 1 adet yaklaşık 2.5 cm'lik kist, kompansatuar boyut artışı, pelvikalektazi yok, sol böbrek multikistik-atrofik olarak raporlandı. Hastaya mevcut bulgularla Porfiriya ile birlikte KBY (Multikistik – atrofik böbrek) tanısı konulmuştur. Hastaya i.v glukoz infüzyonu, Tramadol caps, Nifedipine 30 mg tb tedavisi verildi.

TARTIŞMA: Porfiriya hastalığının üç temel özelliği vardır: 1) Fotodermatit (Işığa hassasiyet ve buna bağlı kızarıklıklar), 2) Nöropsikiyatrik şikayetler, 3) Karın ağrısı atakları. Hastamızda karın ağrısı atağı ile beraber nörolojik bulgu olarak konvulziyon, otonomik disfonksiyon olarak hipertansiyon ve taşikardi tesbit edilmiştir. Porfiriya hepatic veya eritropoetik porfiriya olmak üzere iki gruba ayrılır. Porfiriya hastalığının tanısında plazma, idrar ve gaita da ki porfirinlerin düzeyleri kullanılır. Bununla beraber, kesin tanı için özel enzim eksikliği veya gen hasarının tanımlanmasının gerektiği unutulmamalıdır. Hastamızda idrar porfirin atılımı düzeyleri yüksek saptanmıştır. Hastalığın tedavisinde i.v hem ve glukoz infüzyonu, narkotik analjezikler, beta-karoten, fenotiazinler, kullanılmaktadır.

P012

SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ TANILI BİR HASTADA İYATROJENİK HİPERKALSEMİYE BAĞLI AKUT PANKREATİT.

¹Zeynep Yılmaz, ²Can Sevinç, ¹Ferhan Aytağ, ¹Funda Türkmen, ²Ali Özdemir

¹S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 5. İç Hastalıkları Kliniği, ²S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. İç Hastalıkları Kliniği

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tanılı kronik hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda hiperkalsemi farklı etyolojik faktörlerle gelişebilir. En sık nedeni iatrojenik hiperkalsemidir. Akut pankreatit hiperkalseminin, nadir bir komplikasyondur. Kliniğimize şuur bulanıklığı, kusma, bulantı, karın ağrısı ile başvuran kadın hastaya yüksek serum kalsiyum, amilaz, lipaz değerleri ile birlikte akut pankreatit tanısı konuldu. Olgu hiperkalsemiye bağlı akut pankreatit yönünden irdelendi.

OLGU: SDBY'li 78 yaşındaki kadın hasta, bulantı, kusma, karın ağrısı, şuur bulanıklığı şikayetleri ile acil polikliniğimize başvurdu. Anamnez alınamıyacak kadar kooperasyon bozukluğu olan hastanın yakınları, şikayetlerinin bir hafta önce başladığını belirtiyorlardı. Fizik muayenede hasta uykuya eğilimliydi, sesi ve ağırlı uyarılara yanıt veriyordu... Dil, orofarenks ileri derecede dehidrate görünmüyordu. Kan basıncı 130/80 mmHg, nabız 86/dk, ritmik. Batın yaygın olarak hassasdı, defans, rebound yoktu. Biyokimyasal ve hematolojik parametreleri Tablo-1'de, izlenen olguda, iyonize Ca 2.5mmol/L, albümine göre düzeltilmiş Ca 16.5 mg/dl, P 4.5 saplandı. Direkt batın grafisinde yoğun gaz gölgeleri, batın US'de grade 1 hepatostatoz, safra kesesi ve safra yolları doğal, pankreas korpus ve kuyruğunda boyut artışı izlendi. Acil CT ve MR kolangiografik tetkikler pankreatit ile uyumluydu. Hiperkalsemi ve akut pankreatit tanısı ile yatırıldı. Soy geçmişinde özellikli tesbit edilmeyen hastanın 60 yıldır romatoid artrit, 12 yıldır DM tip 2 tanılı olduğu, 3 yıldır kronik hemodiyaliz tedavisi gördüğü öğrenildi. Son bir yıldır diyaliz Ca düzeyinin 1.75mmol/L olduğu, 6gr/gün Ca'lu P bağlayıcı ve Aktif D vitamini kullandığı öğrenildi. İmmünoelektroforez, tiroid testleri 1-25 (OH) 2 kolekalsiferol düzeyi, kemik sintigrafisi normal bulundu. Düşük Ca'lu diyaliz ile diyaliz tedavisini takiben 45mg /gün 2 doz pamidronat uygulandı, birlikte sevelamer, antibiotik, H2 reseptör blokleri, somatostatin, kristalize insülin uygulanan hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: SDBY'li hastalarda hiperkalsemi farklı etyolojik faktörlerle gelişebilir. Hiperparatiroidi, malignite, granülomatöz hastalık, hipertiroidi, alüminyum oksidasyon gibi faktörlerin yanı sıra en sık neden iatrojenik hiperkalsemidir. Bu hastalarda kalsiyum (Ca) ve fosfor (P) değerleri dikkatli bir şekilde monitörize edilmeyen, Ca'lu P bağlayıcılarla birlikte aktif D vitamini, yüksek Ca'lu diyaliz kullanımı ciddi hiperkalsemiye neden olabilir. Olgumuzda diğer nedenler elimine edildikten sonra iatrojenik hiperkalsemi tanısı konulmuştur. Akut pankreatit hiperkalseminin, nadir bir komplikasyondur. SDBY'de hiperkalsemi tedavisinde pamidronat etkilidir. SDBY'de hastalar hiperkalsemi riski altında olup, Ca, P, CA-P çarpımları i-PTH periyodik izlenmelidir

P013

ATORVASTATİN KULLANAN BİR HASTADA AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ GELİŞİMİ

Mehmet Yıldız, Neyran Umay, Mutlu Demiral, Halime Küçükyılmaz, Nevzat İlman

Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Statin grubu ilaçların en ciddi yan etkileri karaciğer (KC) ve kas hücrelerinde yıkımdır. Kas üzerindeki etkileri miyozitis ve rabdomyoliz, orta derecede kreatin fosfokinaz (CK) yükseliği, myalji (yüksek veya normal CK değerleriyle), kas krampları, kas güçsüzlüğü ve ilaç alımını takiben dirençli myalji ve CK yüksekliğidir. Statine bağlı gelişen rabdomyoliz riskini artıran faktörler KC ve böbrek fonksiyonlarındaki bozukluklar, hipotiroidizm, DM, ilaç etkileşimidir. (özellikle statinlerin metabolize olduğu CYP3A4 sistemi inhibe eden ilaçlarla) OLGU: 70 yaşında bayan hasta halsizlik, kas güçsüzlüğü, yaygın ağrı şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde DM, HT, subklinik hipotiroidisi olan hastanın almakta olduğu ilaçlar atorvastatin, asetilsalisilik asit, glimepirid ve telmisartandı. Hastada KCTF bozukluğuyla (AST: 111 ALT: 52) beraber CK yüksekliğine (CK: 1915) neden olabilecek olası nedenler araştırıldı. Atorvastatin 40 mg kullanım öyküsünün ve ek hastalıklarının olması üzerine statine bağlı rabdomyoliz ve akut böbrek yetmezliği (ÜRE: 142 Cre: 6.8 Myoglobülinüri (+)) geliştiği düşünüldü. Nefrolojiye danışıldı ve rutin dializ programına alındı.

TARTIŞMA: Statinlerle ilgili olarak American College of Cardiology tarafından 4 sendrom tanımlanmıştır: 1. Statin miyopatisi 2. Myalji: CK elevasyonu olmadan kas güçsüzlüğü, yaygın ağrı ile karakterizedir 3. Myozit: CK elevasyonu ve klinik 4. Rabdomyoliz: CK normal değerinin on katından fazla artması ve myoglobülinüriye bağlı akut böbrek yetmezliği gelişimi

FDA Kasım 1997'den Mart 2000'e kadar 601 statine bağlı rabdomyoliz vakasını tanımlamıştır. Bunların %36'sından simvastatin, %32'sinden cerivastatin, %12'sinden atorvastatin, %12'sinden pravastatin, %7'sinden lovastatin, %2'sinden fluvastatin sorumludur. Statin kullanımı sonucu rabdomyoliz riskini artıran faktörler volüm dağılımını etkileyenler (vücut ağırlığı ve cinsiyet), ilaç metabolizmasını etkileyenler, kullanılan statin dozu ve lipofilitesi, yaş, debilite, hipotiroidizm, DM ve diğerleridir. (elektrolit bozukluğu, major travma, defektif lipit metabolizması, hipotermi, metabolik asidoz, hipoksi, viral enfeksiyonlar, ilaç bağımlılığı) İlaç etkileşimi statin metabolizmasını yavaşlatarak rabdomyoliz riskini artırır. Lovastatin, simvastatin ve atorvastatin CYP3A4 sistemi ile metabolize olur ve bu sistemi inhibe eden ilaçlar toksisiteyi artırır. Bazı ilaçlar da potent myotoksiktir ve bunlarla statin kombinasyonu riski artırır. Bunlar gemfibrozil,

bezofibrat, siklosporin, eritromisin, verapamil, mifepradil, itrakanazol ve nefazododone. Myotoksiste ile ilgili diğer ilaçlar kortikosteroidler, Beta blokör, diüretikler, simetidin, teofilin, terbutalin, barbitürat ve kolşinsindir. Myalji ve kas krampları olan hastada normal CK seviyeleri varsa tedavinin devamı hastanın semptomlarını tolere edemediğine bağlıdır. CK seviyeleri normalin 10 katı üzerine çıktıysa rabdomyoliz ve akut böbrek yetmezliği yönünden hastanede yatırılarak izlenmelidir.

P014

RENAL TRANSPLANTLI BİR HASTADA TACROLİMUS KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN HİPEROSMOLAR HİPERGLİSEMİK SENDROM

Mustafa Keleş, Ramazan Çetinkaya, Abdullah Uyanık, Habib Bilen, Raşan Yıldırım, Habib Emre, Dilara Bayraktutan

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Tacrolimus, böbrek nakilli hastalarda kullanılan vazgeçilmez bir immünsüpresif ilaçtır. Güçlü immünsüpresyonunun yanında diabetojenik etkisi de vardır. Bu etki kortikosteroidlerle kullanıldığında daha da artmaktadır. Daha önce diabet tanısı alınmış bir hastamızda Tacrolimus kullanımına bağlı hiperosmolar hiperglisemik sendrom (HHS) gelişmesi sebebiyle vakamızı yayınlamayı uygun bulduk.

OLGU: 40 yaşında erkek hasta. Son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle hastaya 3 ay önce hastanemizde renal transplantasyon yapılmış. Halsizlik, yorgunluk ve iştahsızlık şikayetiyle acil kliniğimize başvuran hastanın fizik muayenesinde; TA: 110/70 mmHg, cilt turgor tonusu azalmış, cilt ve dudaklar kuru idi. Bakılan periferik venöz basınç: 1-2 cm-su olarak ölçüldü. Ürogramında, ; glukoz: +4, keton: +1 olarak geldi. Biyokimyasal tetkiklerinde; glukoz: 1262 mg/dl, BUN: 66 mg/dl, Cr: 3.2 mg/dl olarak geldi. Kan gazında Ph: 7.30, bikarbonat: 15 mEq/L olarak ölçüldü. Anamnezinde diabetes mellitus hikayesi yoktu. Daha önce çalışılan kan şekerlerinin normal olduğu tespit edildi. Hastaya parenteral mai infüzyonu ve insülin başlandı, kan şekeri 300 mg/dl'nin altına düşene, Günde dört kez yapılan insülin tedavisi başlandı, daha sonrada karışım insüline (Mixtard 30) geçildi. Vücut ağırlığı 45 kg olan hastanın 36 ünite/gün mixtard insülin ile kan şekerleri regüle oldu. Hasta 4 mg/gün tacrolimus, 15 mg/gün prednizolon kullanmaktaydı. Tacrolimus kesilerek siklosporin A (CsA) başlandı. 200 mg/gün ile siklosporin ilaç düzeyi istenilen seviyede tutuldu. CsA kullanımına başlandıktan sonra insülin ihtiyacı 16 Ü/gün düzeyine düştü. Takibinde hastanın insülin tedavisi, dozu azaltılarak kesildi, hastanın kan şekerleri diabet diyeti ile regüle oldu.

SONUÇ: Tacrolimus kullanan hastaların kan şekeri düzeyleri yakın takip edilmeli, diabetojenik etkisi aklından çıkartılmamalı ve serum glukoz düzeyine göre endikasyon varsa uygun olan antihiperglisemik ajan başlanmalı. Gerekirse Tacrolimus kesilip, CsA ve mTOR inhibitörleriyle değiştirilmeli.

P015

BİR HATIRLATMA: TÜBERKÜLOZ PERİTONİTİ

Mustafa Keleş, Ramazan Çetinkaya, Abdullah Uyanık, Belma Çankaya, Hamdullah Uyanık, Raşan Yıldırım, Meral Türkmen

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Sürekli ayakta periton diyalizi (SAPD) yapan bir hastamızda, tüberküloz peritoniti gelişmesi sebebiyle bir hatırlatma babından vakamızı yayınlamayı uygun gördük.

OLGU: 42 yaşında erkek hasta. SAPD peritonit tanısı ile servisimize yatırıldı. Kültürleri alınarak seftazimid ve sefazolin sodium ile tedaviye başlandı. Periton maisesinden gönderilen kültürlerde üreme olmadı, gram yaymada mikroorganizma görülmedi. Yatış beyaz küresi 700/1000 ml olarak devam etti. Tedavini 4. gününde periton maisesinde beyaz küre 700-1000/ml olarak devam etti. Tedavini 4. gününde periton maisesinden kültürleri tekrarlandı, Tbc basili için Erlich Zihl Nelson ile ARB arandı. Tedaviye vankomisin eklendi. Hastanın kontrol kültürlerinde üreme olmadı, Tbc basili gözlenmedi. Vankomisin tedavisine rağmen beyaz kürede düşme olmadı, 700-800/ml olarak sebat etti. Yattığı süre içinde hastanın 39 OC'ye varan ateşleri olmaya başladı. Tüm kültürleri alındı, ampirik olarak tedaviye sulperazon eklendi. Yapılan fizik muayenesinde ateş dışında müsbet bir bulgu yoktu. Yatış CRP değeri 16 mg/dl olarak geldi. Brucella: negatif olarak geldi. PPD testi: negatif olarak değerlendirildi. Lenfoma şüphesiyle toraks ve batın bilgisayarlı tomografisi çekildi, lenfoma lehine bir bulgu saptanmadı. Hastanın ateşi subfebril devam etmesi ve periton maisesinde beyaz küre düşmemesi üzerine tedavinin 10. gününde hastanın periton kateteri çekildi. CRP değeri 11'e kadar geriledi, ara ara subfebril ateşleri devam etti. Yatışının 8. haftasında periton maisesinden gönderilen TBC kültüründe üreme olması sebebiyle hastaya 4'ü Anti-Tbc tedavi başlandı, hastanın ateşi düştü, CRP normale geldi ve genel durum düzeldi.

SONUÇ: Kültür negatif peritonitlerde ve tedaviye cevap alınmadığı durumlarda, Tbc peritonit aklından çıkartılmamalı. Kültür sonucu geç gelmesi sebebiyle gerekirse ampirik olarak anti-tbc tedavinin başlanması düşünülmelidir.

P016

OPTİK SİNİR RELAPSI VE PARSİYEL RETİNAL VEN TIKANIKLIĞI İLE BAŞVURAN BİR NON-HODGKIN LENFOMA OLGUSU

²Orhan Ateş, ¹Mustafa Keleş, ¹ Habib Bilen, ¹ İlhami Kiki, ³ Ahmet Hacımüftüoğlu, ¹ Bülent Albayrak

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji

GİRİŞ: Kliniğimizde takip ettiğimiz bir diffüz büyük hücreli Non-Hodgkin Lenfoma (NHL) olgusunda remisyon sonrası relaps bölgesi olarak sağ göz optik sinir infiltrasyonu ve inkomplet retinal ven dal tıkanıklığı (RVDT) bildirildi. Tanının gecikmesine bağlı olarak tedavideki gecikmenin, artmış morbidite ve mortalite oranı ile ilişkili olmasının yanı sıra nadir görülen bir olgu olması nedeniyle etiyolojide hatırlamak açısından olguyu sunmayı uygun bulduk.

OLGU: 28 yaşında erkek hasta İç Hastalıkları Bölümüne sağ gözde vizyon kaybı şikayetiyle başvurdu. Yaklaşık 8 ay önce yapılan endoskopide midede kitte tespit edilerek biyopsi alındığı, biyopsi sonucunda diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı konulduğu ve kemoterapi başlandığı öğrenildi. Evre IV olarak kabul edilen hastaya CHOP kemoterapi protokolü uygulanmış. Tedavi sonrası tüm klinik yakınmaları düzelen hastanın 4. kemoterapiden sonra tekrarlanan endoskopi ve tüm vücut bilgisayarlı tomografilerinde (BT)

herhangi bir patolojik bulguya rastlanmamış. Toplam 6 kür kemoterapi uygulanan hastanın son tedavisinden yaklaşık 1 ay sonra sağ gözünde bulanık görme şikayeti başlamış. Bu şikayeti 4 gün boyunca devam eden ve 4. gün sonunda tam görme kaybı gelişen hasta kliniğimize başvurmuş ve yatırılmış. Fizik muayenesinde sağ gözde ışık refleksi negatifliği dışında herhangi bir patolojik bulguya rastlanılmadı. Laboratuvar incelemelerde tüm hematolojik ve biyokimyasal parametreler normal bulundu. Tekrarlanan beyin BT ve magnetik rezonans görüntüleme (MRG) ve tüm batın BT tetkiklerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın fundoskopik incelemesinde papillanın kabarık ve infiltrat görünümünde olduğu, optik disk önümü olduğu, proksimalindeki venüllerde dilatasyon ve tortuosite artışının yanı sıra optik disk etrafında hemorajiler olduğu rapor edildi. Anjiyografi de sağ göz inkomplet retinal ven dal tikanıklığı ile uyumlu görüntü mevcuttu. Orbital MRG'de bilateral optik sinirlerin normal olduğu rapor edildi. Hastaya orbital B-scan ultrason çekildi. Bilateral santral retinal arter komşuluğunda 5 mm ebatlı hipoeoik alanlar izlendi. Hastaya 250 mg/gün metilprednizolon tedavisi başlandı ve daha sonra doz azaltılarak kesildi. Vizyonu düzelmeyen hastanın kliniğe yatışının 10. gününde yumuşak damak paralizisi ve sol hemiparezi gelişti. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı ve beyin omirilik sıvısı sitolojisinde malign hücre görüldü. İntratekal metotrexate ve eşzamanlı kraniyospinal radyoterapi uygulanan hastanın hemiparezi ve yumuşak damak paralizisi tamamen düzeldi.

TARTIŞMA: Sonuç olarak nadir görülen bir relaps bölgesi olarak optik sinir tutulumunun belirlendiği bu olgu bize NHL olgularında MSS infiltrasyonu riskini gösterecek güvenilir bir göstergeye ihtiyaç olduğunu ve özellikle ileri evre ve yüksek LDH düzeyi olan genç hastalarda MSS profilaksisinin etkin bir şekilde uygulanmasının gerekli olduğunu düşündürdü.

P017

AKUT BÖBREK YETERSİZLİĞİ, METABOLİK ALKALOZ VE DİAFRAGMA HERNİSİ STRONGULASYONU BİRLİKTELİĞİ

Ali Tamer, Kazım Karaaslan, Mustafa Tahtacı, Murat Bozgeyik, Neriman Şengül

ABÜ İzzet Baysal Tıp Fakültesi

Biz bu sunumda transdiyafragmatik herni strangulasyonu zemininde ABY ve metabolik alkaloz gelişen olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU: 49 yaşında erkek hasta son bir haftadır devam eden yaygın karın karın ağrısı, bulantı ve gaita çıkışı olmaması şikayetiyle acil polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde son 2 gündür olmayan ve 1 haftada 1-2 kez kusma yakınması, 1 haftadır gaz gaita çıkaramadığı ve 2 gündür çevresiyale iletişiminin azaldığı saptandı. Fizik muayenede ateş: 36.7°C, tansiyon: 90/60 mmHg, nabız: 98/dk, sol: 22/dk bilinç açık uykuya meyilli, deri turgor tonusu azalmış, sol akciğer sinus kapalı idi. Batında periton irritasyonu bulgusu saptanmadı. Kan biyokimya değerleri; Hb: 15.4 g/dl, Lökosit: 13.470 /mm³, Trombosit: 273000 /mm³, üre: 268 mg/dl, kreatinin: 6.1 mg/dl, Na: 129 meq/dl, K: 4.6 meq/dl, Cl: 55 meq/dl, Ca: 6.8 mg/dl, Fosfor: 14.3 mg/dl, albümin 3, 9 gr/dl, ALT 29 U/L, AST 36 U/L, ALP 91 U/L, kan gazı; PH: 7.53, PCo₂: 63 mm/hg, PO₂: 59 mm/hg, HCO₃: 52.6 mmol/L olarak tespit edildi. PA akciğer grafisinde sol diyafragmada elevasyon, sol akciğer kostofrenik sinus kapalı, ayakta direk batın grafisinde hava sıvı seviyeleri olduğu saptandı. Tüm batın ultrasonografik değerlendirmede safra kesesinde safra çamuru, peristaltizmi artmış barsak ansları, sol AC de plevral effüzyon dışında özellikli saptanmadı. Olguya ileus ön tanısıyla genel cerrahi değerlendirildi. Hasta akut böbrek yetmezliği nedeniyle acil hemodiyaliz uygulanarak yoğun bakıma alındı. Nazogastrik aspirasyonda 3190 cc/gün mayı geldiği tespit edilen hasta, parenteral sıvı replasmanı ve Diyaliz tedavisi uygulandı. PA akciğer grafi ve fizik muayene bulgusu nedeniyle yapılan Toraks tomografisi incelemesinde sol akciğer alt lobda subsegmenter atelektazi diyafragmada fokal yükselme, parialit ileus lehine intestinal hava sıvı seviyeleri ve dilatasyon saptandı. Yoğun bakımda yatışının üçüncü gününde ileus tablosunun devam etmesi nedeniyle genel cerrahi tarafından diyagnostik operasyonu alınan hastada eksplorasyonda omentumun ve jejunumun sol diyafragmada bulunan yaklaşık 3 cm'lik defektten toraksa herniye olduğu ve strangüle olduğu gözlemlendi. Diyafragma hernisi ve ince barsak strangulasyonu nedeniyle segmenter ince barsak rezeksiyonu ve diyafragma hernisi onarımı yapıldı. Postoperatif takiplerinde genel durumu ve böbrek fonksiyon testleri (Üre: 19 mg/dl, kreatinin: 0.6 mg/dl, Na: 136 meq/dl K: 4 meq/dl, Cl: 106 meq/dl, Ca: 8.2 mg/dl, Fosfor: 3.7 mg/dl) ve kan gazı (PH: 7.43, PCo₂: 38 mm/hg, PO₂: 86 mm/hg, HCO₃: 25 mmol/l) düzelen hasta salıh ile taburcu edildi.

SONUÇ: Bulantı kusma yakınması ve aşırı bikarbonat replasmanı uygulaması olmaksızın metabolik alkaloz, ABY ve ileus tablosu birlikteliği olan olgulara, gastrik içeriğin değerlendirilmesi ve toraks tomografisi normal olarak değerlendirilse bile diyafragma herni strangulasyonu olabileceği ayrıncı tanıda dikkate alınmalıdır.

P018

ERKEN MOLAR GEBELİKTE NEFROTİK PROTEİNÜRİ İLE PREZENTE OLAN HASTADA RENAL BİOPSİ GEREKLİLİĞİ

¹Bülent Huddam, ²Rengin Elsürer, ²Barış Afşar, ²Siren Sezer, ²Fatma Nurhan Özdemir

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

GİRİŞ: Normal gebelik süresince idrarda protein miktarı 200-300 mg/24h civarındadır. Gebelikteki proteinüri artışı yaygın olmamakla birlikte önemsiz yüksekliklerden nefrotik miktarlara kadar geniş bir aralığı olabilir. Gebelikte nefrotik sendrom çok nadirdir ve insidansı tüm gebeliklerde %0, 012-0, 025 arasında değişir. En sık neden preeklampsia ile birlikte olan preeklampatik nefropatidir. Ancak erken gebelikte nefrotik proteinüri ve hipertansiyon renal kaynaklı nedenleri preeklampsiden daha çok düşündürür. Mol gebeliklerin %12'sinde preeklampatik belirtiler görülür. Şimdiye kadar mol gebeliklerle bildirilmiş çok az nefrotik sendrom olgusu vardır.

OLGU: 19 yaşında bayan hasta, 15 gündür devam eden bulantı-kusma, ellerde-ayaklarda şişme ve lekelenme tarzında olan vaginal kanama yakınması ile başvuruyor. Medikal öyküsünde bilinen sistemik hastalığı yok. Fizik muayede; Kan Basıncı: 120/80 mmHg, Nabız: 72 atım/dakika, Vücut Sıcaklığı: 36, 4°C, Solunum Sayısı: 18/dakika idi. Bilateral +++ pretibial ödem mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvarında; Hemoglobin: 11, 1 g/dl, Lökosit: 6420/uL, Platelet: 146000/uL, BUN: 19 mg/dl, Kreatinin: 0, 57 mg/dl, Sodyum: 137 mmol/L, Potasyum: 4, 6 mmol/L, Albümin: 3, 5 g/dl, CRP: 2, 6 mg/dl, Eritrosit Sedimentasyon Hızı: 32mm/h, Tam idrar tetkikinde: 300 mg/dl protein saptandı. 24 saatlik idrar proteini: 8145 mg/24h. Yapılan abdominal USG'de endometrium kalınlığında artış, endometrial kavitede hiperkojenite ve içerisinde multipl milimetrik çaplı kistik alanlar saptandı ve βHCG: 225000 mIU/ml bulunması üzerine mol gebelik tanısı ile hastaya probe küretaj yapıldı. Küretaj sonrası 7. günde bakılan

βHCG: 14957 mIU/ml, 14. günde βHCG: 3304, 45 mIU/ml, 21. günde βHCG: 2563, 71 mIU/ml olarak bulundu. Küretajdan üç hafta sonra bakılan 24 saatlik idrar tetkikinde protein: 202, 4 mg/24h, idrar kreatinini: 0, 73g/24h bulundu. Kan kreatinini: 0, 6 mg/dl, 6. ayda bakılan βHCG: 1, 3 mIU/ml ve 24 saatlik idrar proteini: 103 mg/24h idi. Bu bulgularla hastadaki mevcut nefrotik sendrom tablosunun mol gebeliğe bağlı olduğu düşünüldü ve hastaya renal biyopsi yapıldı.

TARTIŞMA: Gestasyonel trofoblastik hastalık, plasentadan köken alan hastalıklar spektrumunu içerir. Mol hidatiform, invaziv mol, gestasyonel koryokarsinomlar ve plasental site trofoblastik tümörler gibi bir çok olayı içerir. Mol gebeliklerin %12'sinde preeklampatik belirtiler görülür. Mol gebelik ile birlikte nefrotik proteinüri ilişkisi tam olarak bilinmemektedir ve yeterli sayıda vaka olmadığı için bu tür hastalarda proteinüri döneminde renal biyopsi gerekliliği de tartışmalıdır.

P019

YENİ TANI KONAN SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİNDE ANEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif Yıldız, Zeki Aydın, Heves Sürmeli, Didem Aydın, Ahmet Akın, Mustafa Yayıncı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan hastalarda menapoz öncesi kadınlarda Hb < 11 gr/dl (Hct < 33%) ve yetişkin erkekler ile menapoz sonrası kadınlarda Hb < 12 gr/dl (Hct < 36%) ise anemiden bahsedilir ve nedene yönelik araştırma yapılmalıdır. Yeni tespit son dönem böbrek yetmezliği tanısı konarak acil diyalize alındığı hastalarda anemi değerlendirilmesi yapılmıştır.

MATERYAL VE METOD: Çalışmamıza hastanemiz acil dahiliye polikliniğine başvuran, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tanısı koyarak, acil hemodiyaliz uygulanan 62 hasta (34 K, 28 E) alındı. Hastaların Hb, Hct, transferin saturasyonu (Tfsat), ferritin, folat, vitamin B12, CRP, parathormon (PTH) ve albumin değerleri kaydedildi.

SONUÇLAR: Hastaların ortalama yaşları 58.5±16.5 yıl idi. Ortalama Hb 8.8±2.1 gr/dl, Hct %26.6±6.0, MCV 84.2±4.1 fL, ferritin düzeyi 412 ± 350 ug/d saptandı. Tfsat' un %20' nin altında olanlarda anemiyemi demir eksikliğinin katkısı olduğu kabul edildi. Hastaların yarısının TF sat değeri %20' nin altında idi. Hastalar, grup 1; Tfsat %20' nin altı ve grup 2; Tfsat %20' nin üzeri olmak üzere iki gruba ayrıldı. G grup 1 ve 2 arasında MCV ve ferritin değerleri arasında fark yoktu. Grup 1' de ortalama Hb 10.3±0.7 gr/dl, Hct %31±2.0, grup 2' de ise Hb 7.8±0.6 gr/dl, Hct %23.7±1.7 olarak saptandı.

TARTIŞMA: Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda aneminin en önemli nedeni eritropoetin (EPO) eksikliğidir. Glomerul filtrasyon hızı %35-40' ın altına indikten sonra giderek derinleşen anemi ortaya çıkar. Aneminin erken tedavisi SDBY' e ilerleme sürecini geciktirebilir. Hedef Hb (11-12 gr/dl) değerlerine ulaşmak için eritropoetin ve demir tedavisi ile birlikte kaliteli diyaliz yapmak, gizli enfeksiyon gibi inflammatuar nedenleri tespit edip tedavi etmek ve malnütrisyonu erken tespit ederek gerekli önlemleri almak önemlidir. Ferritin akut faz reaktanı olduğundan SDBY' de düzeyi yüksektir. Demir eksikliği anemisinde Tfsat ile beraber değerlendirilmesi daha uygundur. Çalışmamızda farklı olarak Tfsat yüksek olan grupta aneminin daha derin olduğunu saptadık.

P020

SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİNDE ANEMİNİN DERECEŚİ İLE DİĞER BİYOKİMYASAL PARAMETRELER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Zeki Aydın, Elif Yıldız, Ahmet Akın, Didem Aydın, Muharrem Koçar, Mustafa Yayıncı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan hastalarda glomeruler filtrasyon hızı (GFH) %35-40' a düştikten sonra anemi ortaya çıkmakta ve GFH azaldıkça anemi derinleşmektedir. Başta eritropoetin (EPO) eksikliği olmak üzere bir çok faktör aneminin ortaya çıkmasını yol açmaktadır. Çalışmamızda son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tanısı konulan hastalardaki aneminin derecesi ile diğer biyokimyasal parametreler arasındaki ilişki araştırılmıştır.

MATERYAL VE METOD: Çalışmamıza hastanemiz acil dahiliye polikliniğine başvuran, SDBY tanısı koyarak, acil hemodiyaliz uygulanan 62 hasta (34 K, 28 E) alındı. Hastaların Hb, Hct, üre, kreatinin, kalsiyum (Ca), fosfor (P), albumin, total kolesterol, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve ferritin değerleri kaydedildi. Hastalar Hb değerlerine göre iki gruba ayrıldı (Grup 1; Hb 9 gr/dl' nin altı (ileri anemi), Grup 2; Hb 9 gr/dl ve üstü (hafif anemi)).

SONUÇLAR: Hastaların ortalama yaşları 58.5±16.5 yıl idi. Grup 1' de ortalama değerler; üre 278±85 mg/dl, kreatinin 10±4.2 mg/dl, albumin 2.9±0.4 gr/dl, total kolesterol 117±25.5 mg/dl, P 6.9±2.7 mg/dl, Ca 7.8±1.5 mg/dl ve ferritin 588.5±481 ug/d olarak saptandı. Grup 2' de ise ortalama değerler; üre 209±57 mg/dl, kreatinin 7.4±2.9 mg/dl, albumin 3.3±0.5 gr/dl, total kolesterol 151±20.2 mg/dl, P 5.8±1.5 mg/dl, Ca 8.3±1.0 mg/dl ve ferritin 357±316 ug/d idi. Hb düzeyi ile; albumin, Ca ve total kolesterol düzeyi arasında pozitif korelasyon, üre, kreatinin, P, ESH ve ferritin düzeyleri arasında negatif korelasyon saptandı.

TARTIŞMA: Kronik böbrek yetmezliğinde eritropoetin eksikliği yanında, demir eksikliği, üremik inhibitörler, malnütrisyon, gizli enfeksiyon gibi inflammatuar süreçler aneminin etiyopatogenezinde rol oynamaktadır. Çalışmamızda anemi derinleştiğikçe kolesterol ve albumin düzeyleri azalmaktadır, bu parametrelerin azalmasının malnütrisyonla ilgili olduğunu, ayrıca aneminin derinleştiğikçe sedimentasyon ve ferritin gibi akut faz reaktanlarının artmasının inflammasyon ile ilgili olduğunu düşünmekteyiz. Mevcut çalışmalarda olduğu gibi çalışmamızda da fosfor ve parathormon' un üremik inhibitörler gibi davranıp aneminin derinleşmesine katkıda bulunduğu sonuçlarına varılmıştır.

P021

BİR HATIRLATMA: AŞIRI EGZERSİZE BAĞLI RABDOMYOLİZ

¹Mustafa Eren, ²Mustafa Keleş, ²Abdullah Uyanık, ²Ramazan Çetinkaya

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Nefroloji Bilim Dalı

AMAÇ: Rabdomiyoliz çizgili kasların travmatik veya nontravmatik nedenlerle yıkıma uğraması ve içeriğinin kan dolaşımına katılması sonucu oluşan klinik durumdur. Biz bu bildiri ile aşırı egzersizle rabdomiyoliz oluşabileceğini hatırlatmak istedik.

OLGU: 22 yaşında, Erzurum ilinde askerlik yapmakta olan hastanın, son 2 haftadır bel ve bacaklarında ağrı şikayeti başlamış. Son 1 haftadır çok yoğun egzersiz ve çalışma temposu içinde bulunan hastanın bel ve bacak ağrısı iyice artmış. Hasta 2 gündür kusma nedeni ile yemek yiyememiş. Kas ağrılarıyla beraber şiddetli halsizliği ve sonrasında da şuur bulanıklığı oluşmuş. Hastada hipoglisemi saptanmış ve dextroz infüzyonu ile şuur açılmış. Hasta acil serviste değerlendirildi. Şiddetli bel ve bacak ağrısı nedeni ile zorlukla ayakta durabilen ancak yürüyemeyen hastanın laboratuvar bulgularından CK: 4300 U/L CKMB: 84 U/L AST: 137 U/L ALT: 72 U/L LDH: 1520 U/L ve idrarda keton>80... saptanması üzerine "Rabdomiyozis ve açlığı bağlı hipoglisemi" ön tanıları ile Nefroloji servisine yatırıldı. Hastaya oral ve intravenöz hidrasyon yapılarak takip edildi. Takip eden günlerde hastanın CK, LDH, AST, ALT seviyeleri hızla azaldı (Tablo 1). Bununla eş zamanlı olarak hastanın bel ve bacak ağrısı azaldı ve kusması tekrarlamadı. Tekrarlayan hipoglisemi atağı olmayan hastanın troid fonksiyon testleri normal sınırlarda saptandı. Kortizol: 6... saptanan hastaya synacten uyarı testi yapıldı, testin 60., 90., ve 120. dakikalarında kortizol >20... saptandı ve yeterli kortizol yanıtı olduğu belirlendi. Hastanın servismizdeki 15 günlük tedavi süreci boyunca akut renal yetersizlik, hiperpotasemi gibi ek problemi olmadı ve şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Aşırı egzersiz nadiren de olsa rabdomiyolizle sonuçlanabilmektedir. Hafif kas ağrıları ve CK yüksekliği ile seyredebileceği gibi akut renal yetersizlik, hiperpotasemi, aritmi ile de seyredebileceğinden rabdomiyozis daima akıldan tutulmalıdır.

Tablo .

	CK	AST	LDH	KREATİNİN	BUN	Ü.A.	K
1.gün	4360	132	1392	1.2	21	12	4.3
3.gün	3910	130	1275	1.0	11	10.6	3.5
7.gün	1949	119	1097	0.9	9	5.2	3.5
12.gün	604	85	918	0.8	11	4.2	3.6

P022

KRONİK RENAL YETMEZLİK VE SOSYAL PROBLEMLER

¹Ümmügül Üyetürk, ²Çiğdem Usul Afşar, ³Emine Uyar

¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği, ³Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodializ Ünitesi

GİRİŞ: Kronik renal yetmezlik hastaların yaşam kalitelerini etkileyen ve beraberinde pek çok sosyal problemi de getiren bir hastalıktır. Çalışmamızda Ocak 2007'de Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemodializ ünitesinde dialize giren hastaların yaşadıkları sosyal problemleri (mesleki ve ailevi) ve bu hastaların organ bağışı konusundaki duyarlılıklarını araştırmayı hedefledik.

OLGU: Yaşları 22-95 arasında değişen ve haftada 3 kere hemodialize giren 44 KRY hastası çalışmaya alındı. Hastalar 30 erkek ve 14 bayandan oluşmaktaydı. Hasta grubu 32 evli, 9 bekar ve 3 boşanmış (2 kadın ve 1 erkek hasta dialize girmeye başladıktan sonra eşlerinden boşanmış) kişiden oluşmaktaydı. Hastaların dialize girme nedenleri arasında en büyük grubu hipertansiyon ve diyabet oluşturmaktaydı. (Tablo 1) Hasta grubu 31 çalışan ve 13 ev hanımından oluşmaktaydı. Hasta grubundan 19 hasta dializ tedavisi sırasında işlerinden ayrıldı, 3 hasta dializ tedavisi sonrası emekli oldu, 1 hasta meslek değişikliği yaptı ve kalan 8 hasta ise eski mesleklerine devam etti. Hastaların dialize giriş süreleri 1ay ile 21 yıl arasında değişmekteydi. Hastalar organ bağışlama istekleri konusunda sorgulandıklarında; sadece yaşları 34 ve 44 olan ilkökul mezunu 2 erkek hastanın organ bağışında bulunduğu ve bunu çevrelerine önermedikleri öğrenildi. Diğer 42 hasta organ bağışında bulunmamış ve bunu çevrelerine önermemişti. Hastalardan 14 tanesi dialize giriş sebebinin biliyor, 30 tanesi ise niçin dialize girdiğini bilmiyordu.

SONUÇ: Gelişmekte olan bir ülke olan ülkemizde KRY beraberinde maddi ve manevi yükler getiren bir hastalıktır. Çalışmaya alınan hastaların dializ sonrası bir kısmının mesleki, bir kısmının ise ailevi problemleri ortaya çıkmış olup, eğitim düzeyi düşük sadece 2 hastanın organ bağışı konusunda duyarlı olduğunu saptamak günümüz Türkiye'sinde oldukça ilginçtir.

Tablo .

KRY Nedeni	Hasta sayısı
Hipertansiyon	27
Diyabet	8
Nefrit	3
Amiloidoz	2
Polikistik Böbrek	1
Vezikouretral Reflü	1
Nefrotik Sendrom	1
Kontrast Madde Kullanımı	1

P023

PERİTON DİYALİZ KATATERİNE BAĞLI CANDIDA SAKE PERİTONİTİ

Abdulkadir Küçükbayrak, Ertuğrul Güçlü, Mustafa Yıldırım, Davut Özdemir, Zeki Soypaçacı

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ: Fungal peritonit; sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) programında olan kronik böbrek yetmezlikli (KBY) hastalarda nadir görülen ancak fatal sonuçlanabilen bir komplikasyondur. Literatürde

daha önce yayınlandığını tespit etmediğimiz, peritoneal katateri çekilmesi sonrası gelişen Candida sake peritonitini sunuyoruz.

OLGU: 41 yaşında erkek hasta, üç gündür olan ateş, halsizlik ve çıkarılan peritoneal katater yerinden akıntı şikayetiyle başvurdu. Hastanın özgeçmiş sorgulamasında diyabet, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği ve konjestif kalp yetmezliği olduğu öğrenildi. Hastanın kronik böbrek yetmezliği tanısı ile 3 ay öncesine kadar sürekli ayaktan periton diyalizi programına alındığı ancak tekrarlayan peritonit olduğu için periton kataterinin çıkarıldığı ve femoral kataterden diyalize alındığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; ateş 38 OC, eski periton katater giriş yerinde pürülan akıntı, femoral katater yerinden seröz akıntı tespit edildi. Laboratuvar incelemesinde; beyaz küre, sedimentasyon 83 mm/h, C-reaktif protein 21.49 mg/dl sayısı 27700/mm olarak tespit edildi. Alınan periton katater yeri sürüntü gram boyamada pürülan özellikte görüldü ancak kültürde üreme olmadı. Kan kültüründe Klebsiella pneumoniae üreyen hastaya imipenem 2x 250mg tedavisi başlandı. Tedavinin 8. gününde hastada ateş yanıtı alınmadı ve yapılan batın ultrasonografisinde; eski peritoneal katater giriş yeri cilt, cilt altı dokudan başlayıp batın içine uzanan enfekte fistül traktı ile bu traktın ortasında 11x10mm boyutlarında yabancı cisim veya kalıfıye granülasyon dokusu ile uyumlu görünüm izlendi. Hastaya yapılan cerrahi müdahale sırasında batında eski periton kataterine ait olduğu düşünülen katater kılıfı görüldü. Operasyon sırasında elde edilen katater kılıfı etrafındaki pürülan materyalin gram boyamasında bol lökosit ve maya hücreleri görüldü. Bakteri kültüründe üreme olmazken sabouraud dekstroza maya üremesi oldu. Direk gram boyamasında maya hücreleri görüldü. Üreyen mikrorganizma Api ID 32C (Bio-Merieux, Fransa) ile Candida sake olarak tanımlandı. CLSI kriterlerine göre disk difüzyon yöntemi ile antibiyogram yapıldı. Flukonazol, amfoterisin B, 5-flusitozin ve itraconazol duyarlı olarak bulundu. Flukonazol 1x200mg başlanan hastanın tedavisinin üçüncü gününde ateşinin düştüğü görüldü. Kontrollerinde sorun yaşanmadı.

SONUÇ: SAPD uygulanan hastalarda peritonit gelişiminde Candida sake' ninde etken olabileceği unutulmamalıdır.

P024

ÜST EKSTREMİTE KLAUDİKASYOSU VE TAKAYASU ARTERİTİ

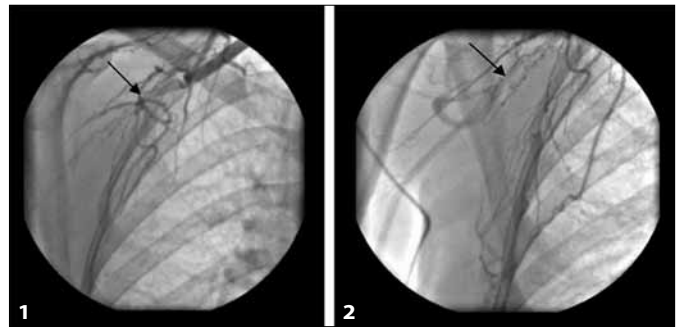
¹Mustafa Yıldız, ²Banu Şahin Yıldız, ³Muharrem Koçar, ¹Funda Akduran

¹Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Kardiyoloji ve İç Hastalıkları Polikliniği, ²Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, ³Dr. Lütü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

Takayasu arteriti, başlıca aort ve majör dallarını tutup kadınlarda daha sık görülen, granümatöz inflamasyonla seyreden bir vaskülitir. Bu yazıda, sağ üst ekstremité kladikasyonu ve anjiyografide aksiller arter tutulumu ile seyreden bir Takayasu arteriti vakası incelenmiştir.

İki yıldır sağ kolunda kısa süreli hareket sonrası güçsüzlük, yorgunluk (kladikasyo) tarifleyen 39 yaşındaki kadın hastanın yapılan muayenesinde sağ brakial, radial ve ulnar arterlerde nabız alınamıyordu, sağ supraklavikuler bölgede üfürüm mevcuttu, sağ kolda tansiyon arteriyel alınamazken sol kolda 110/70 mmHg idi. Diğer fizik muayene bulguları normaldi. Sedimentasyon hızı (29 mm/1 saat) dışında tüm laboratuvar bulguları normaldi. Antinükleer antikor (ANA) negatifti. Posteroanterior akciğer grafisi ve elektrokardiyogramda patoloji saptanmadı. Transtoraks ekokardiyografide hafif derecede aort regürjitasyonu; sağ üst ekstremité Doppler ultrasonografide sağ aksiller, brakial, radial ve ulnar arterlerde ters akım kaybı, bifazik akım paterni ve akım hızlarında azalma tesbit edildi. Karotis-vertebral Doppler ultrasonografide karotis arterlerde intimal kalınlaşma izlendi. Olgunun anjiyografisinde sağ aksiller arterde total darlık mevcut olup, darlığın distal kollateral damarlar vasıtası ile izlenebiliyordu (Şekil 1, 2). Koroner anjiyografide koroner arterler normal olarak görüldü. American College of Rheumatology kriterlerine göre Takayasu arteriti tanısı konulan hastaya 3 ay süreyle oral prednizon 1 mg/kg/gün başlandı; takibinde kolda yorgunluk şikayeti devam eden ve sedimentasyon hızındaki (30 mm/1 saat) yükseklik devam eden hastaya metoteksat (10 mg/hafta) tedavisi ilave edildi. Hasta mevcut tedavi rejimi ile takibe alındı.

Kısa süreli hareket sonrası kollarında güçsüzlük, yorgunluk gibi şikayetlerle gelen genç kadın hastalarda Takayasu arteriti de ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmeli ve tedavi rejimi güncel literatür eşliğinde gözden geçirilmelidir.



Şekil 1, 2.

P025

OSTEOPOROZ İÇİN RISK FAKTÖRÜ; GASTREKTOMİ, 4 OLGU SUNUMU

Hakan Cinemre, Cemil Bilir, Feyzi Gökosmanoğlu, Mustafa Çalışkan

Düzce Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Osteoporoz mineralizasyonun normal olması ile osteomalaziden ayrılan, kemik yoğunluğunda azalma karakterize bir kemik patolojisidir. Daha çok kadınlarda tanı alan bu durum kemik yoğunluğu ölçümünün yaygınlaşması nedeniyle erkek popülasyonunu da tehdit eden bir sorun olduğu anlaşılmıştır. Osteoporoz erkeklerde daha görülmekle beraber mortalite ve morbiditesi bu cinsten daha fazladır. Prevalansı erkeklerde tam bilinmemekle beraber Amerika'da yaklaşık 1,5 milyon osteoporotik, 13 milyon osteopenik erkek mevcuttur.

Erkeklerde osteoporoz için başlıca risk faktörleri; Yaş, kırık öyküsü, hipogonadizm, ilaç (steroidler), gastrektomi, hipertiroidi, peptik ülser, romatoid atrit, hipertansiyon, kronik akciğer hastalığıdır. Ayrıca

tiazid grubu diüretik kullanımı, aşırı alkol alımı, kilo kaybı ve osteoartrit osteoporoz için risk faktörü oluşturmaktadır.

OLGU: İÇ hastalıkları polikliniğimize Hipertansiyon regülasyonu için başvuran 4 erkek hastanın özgeçmişlerinde ülser nedeniyle total gastrektomi (Billroth 2) öyküsü olması nedeniyle kemik yoğunluk ölçümleri (BMD) istendi. Hastaların osteoporoz için ilave risk faktörü ve olası ilaç kullanımı öyküleri yoktu. Vücut kitle indeksleri 23-25 arasında olup vakaların BMD değerleri tablo 1. de verildi.

Gastrektomi mide adenokarsinomu veya diğer malignetelerinde uygulanmakta iken proton pompa inhibitörleri öncesinde mide ülseri nedeniyle çok sık kullanılmış bir prosedürdür. Gastrektomi sonrası osteoporozun etyopatogenezi tam anlaşılmassa da kalsiyum ve 25 (OH) D vitaminin emiliminde azalma, PTH da ve 1.25 (OH) D vitaminin de artma olası mekanizmalardır. Erkeklerde osteoporozların %40-60 ı kırıkla tanı alırken, osteoporozun en sık nedenleri glukokortikoid kullanımı ve hipogonadizmdir. Bir çalışmada gecikmiş puberte hikayesi olanlarda osteoporoz daha fazla saptanmış. Testosteron azlığı ve kortikosteroid kullanımında direkt kemik dansitesinde azalmaya yol açar. Hafif orta alkol alımı dansitede artma ile ilişkili iken fazla alım BMD de azalma yapar.

Bizim olgularımızda ilk dekad da osteopeni ikinci dekad da ise osteoporoz saptanmıştır. Bu hastalarda yaşla beraber operasyon sonrası tedavisiz geçen süre riski belirleyen en önemli faktörlerdir. Çalışmalarda 60 yaş sonrası osteoporotik erkeklerde yıllık kırık riski %23 saptanmıştır. Tedavide bifosfanatların kullanımı tartışılmalı olmakla beraber Kalsiyum + D vitamin preparatları na ilave Bifosfanatlar önerilmektedir.

Önermiş gastrektomili hastalara yaştan bağımsız olarak operasyondan ilk 5-10 yıl içinde BMD ölçümü yapılmasıdır.Bu süre kadınlarda ve osteoporoz için ilave risk faktörü olan hastalarda 5 yılı geçmemelidir.

Tablo .

Hasta	Yaş	Ap spine	Sol Femur	Post op.Süre
Erkek	53	-2, 2	-2, 8	18 yıl
Erkek	57	-2, 4	-2, 7	20 yıl
Erkek	68	-1, 9	-2, 6	12 yıl
Erkek	60	-0.6	-1, 2	8 yıl

P026

NON-STERÖİD ANTI-İNFLAMATUVAR İLAÇLAR TNF-ALFA SEVİYESİNİ YÜKSELTİR Mİ?

¹Selim Nalbant, ¹Burak Şahan, ¹Mustafa Kaplan, ¹Eylem Çağiltay,

²İbrahim Akmaz

¹GATA Haydarpaşa İç Hastalıkları Servisi, ²GATA Haydarpaşa Ortopedi Servisi

GİRİŞ: Non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) sıklıkla reçete edilen ve yan etkileri hakkında birçok spekülasyon yapılan bir ilaç grubudur. Bu yan etkilerin nasıl oluştuğu hakkında kesin mekanizma halen bilinmemektedir. Önceki çalışmamızda Tumor necrosis factor alpha (TNF-alfa) adlı sitokin muhtemelen bu yan etkilerin bir kısmından sorumlu olduğunu saptadık. Yaptığımız bu çalışma, NSAİİ kullanan Osteoartrit hastalarında NSAİİ lerin, TNF-alfa seviyeleri üzerindeki muhtemel etkilerinin saptanması amacıyla dizayn edilmiştir.

MATERYAL VE METOD: Üç NSAİİ; diklofenak sodyum (100 mg), indometazin (25 mg) ve nabumeton (500mg) çalışmamıza alındı. Her NSAİİ grubu için başkabilir inflamatuvar hastalığı olmayan yirmi adet osteoartrit hastası, hastanemizin polikliniklerinden seçildi. Bu hastaların kan örnekleri NSAİİ oral olarak verilmeden (0. saat) ve NSAİİ verildikten sonra (birinci ve altıncı saatlerde) alındı. Laboratuvar standartlarına göre Eritrosit Sedimentasyon Hızı (ESH) 20 mm/saatten fazla olan veya C-reactif protein 7 mg/dl den fazla olan hastalar veya diğer herhangi bir anti-inflamatuvar ilaç kullanan hastalar çalışmaya alınmadı.

SONUÇ: Tüm hasta gruplarında (diklofenak, indometazin and nabumetone) çalışmanın başlangıcında, ilaçlar verilmeden önce TNF-alfa seviyesi 16.6) . NSAİİ ler verildikten bir saat±16.7 ve 29.3±20.1 ve 27.6± (26.2 sonra, diklofenak ve nabumetone gruplarında artmış TNF-alfa seviyeleri 27.9) elde edildi. Diklofenak grubuna zıt olarak, ±52.4 ve 35.7± (55.4 nabumetone grubunda TNF-alfa seviyesindeki artış istatistiksel olarak anlamlı değildi. (p>0.05) . Fakat ilaçlar verildikten 6 saat sonra, TNF-alfa seviyeleri sadece nabumetone grubunda başlangıçtaki seviyelerine indi. Diklofenak grubundaki TNF-alfa seviyelerinde de 142.2) saptandı. Bu sonuca zıt+altıncı saatte anlamlı yükselme (101.9 olarak, indometazin and nabumetone gruplarında istatistiksel olarak 15.9) saptandı.±34.6 and 30.2±anlamlı olmayan bir yükselme (39.6

TARTIŞMA: Bu çalışmada TNF-alfa seviyelerinin NSAİİ alınından sonra artabildiği gösterilmiştir. TNF-alfa sadece inflamasyonda değil, insulin direnci vb birçok konuda da temel bir sitokindir. Örneğin çalışmamıza NSAİİ olan; herhangi bir nedenle alınan TNF-alfa seviyeleri, hem istenmeyen sonuçlara hem de inflamasyonun yönünde değişmeye neden olabilir. Bu nedenle yapılacak ileri çalışmaların desteği ile, NSAİİ tedavilerinin sitokinler üzerindeki etkilerini bilmek, eğer NSAİİ'ler sitokinler üzerinde gerçekten değişiklik yapıyorsa, çok önemli olabilir.

P027

BEHÇET ÜVEİTLİ HASTALARDA SİTOKİN PROFİLİ

¹Selim Nalbant, ²Murat Durna, ²Dilaver Erşanlı, ¹Burak Şahan, ¹Mustafa Kaplan, ³Özlem Karabudak, ²Melih Ünal, ¹Eylem Çağiltay

¹GATA Haydarpaşa İç Hastalıkları Servisi, ²GATA Haydarpaşa Göz Hastalıkları Servisi, ³GATA Haydarpaşa Dermatoloji Servisi

GİRİŞ: Sitokinlerin rolünün daha iyi bilinmesi ile, Behçet üveitinin immunopatogenezinin anlaşılmasında ve daha etkin tedavilerin oluşturulmasında kullanacağımız yeni ipuçları bulunabilir. Bu nedenle, yaptığımız çalışmamızda Behçet Üveitli hastalardaki sitokin profilinin) ve lokalα (Interlökin-2-4-6-8) , tümör nekrozis faktör alfa (TNF- büyüme faktörü, vasküler endotelial growth factor (VEGF) , göz tutulmuş olmayan Behçet hastalardaki durumu ve üveit olan ancak hastalığı Behçet hastalığına bağlı olmayan hastalardaki durumunun karşılaştırılması hedeflenmiştir.

MATERYAL VE METOD: Uluslararası Behçet Çalışma Grubu Kriterini sağlayan, Behçet Üveitli yirmi hasta (E/K oranı: 12/8, ortalama yaş: 32.90±3.09) ve Behçet hastalığı olan ve üveiti olmayan yirmi hasta (E/K

oranı: 10/10, ortalama yaş: 31.95±3.45) , çalışmaya alındı. Yirmi tane de, Üveiti olan ancak üveiti Behçet hastalığına bağlı olmayan hasta (E/K oranı: 11/9, ortalama yaş: 38.21±3.21) çalışmaya alındı. Bu grupta, aktif üveit %30 ve artrit %35 oranında görülmektedir. Serumdaki sitokinler (Interlökin-2-4-6-8 (IL-2-4-6-8) , tümör nekrozis faktör alfa) ve lokal büyüme faktörü, (vasküler endotelial growth factorα (TNF-, VEGF) sandwich ELISA kitleri ile ölçüldü.

SONUÇLAR: IL-2 hariç tüm sitokinlerin seviyesi, üveiti olmayan Behçet 9.35, ±4.97 and 17.03±5.58 vs 13.19±Hastalarında en yüksek (14.28 p>8.22, ±9.20 and 13.46±8.99 vs 11.63±0.05) ve IL-6 (11.02 p>0.05). Her iki sitokin de Behçet kaynaklı olmayan üveitli hastalarda en yüksek idi. Sitokinlerin bu şekilde olma eğilimine rağmen; sadece üç sitokinin seviyesi (TNF-α, IL-8 ve IL-4) kontrol grubundan anlamlı ölçüde farklı idi. TNF-α seviyeleri Behçet Üveitli hastalarda, üveiti olmayan Behçet hastalarıyla kıyaslandığında anlamlı 25.15, p±12 vs 66.21±ölçüde düştü. (19.73<0.05) ve IL-8 67.50, p±74.28 vs 169.22± (137.31<25.80 vs±0.05) and IL-4 (63.58 11.58). İlginç olarak, IL-2 ve IL-6 seviyeleri tüm gruplarda±81.44 istatistiksel olarak benzer saptandı. VEGF seviyeleri, çalışma ve kontrol grupları arasında hiçbir anlamlı değişiklik göstermedi. Bununla birlikte, sitokinlere zıt olarak, sadece VEGF seviyeleri üveitin aktivitesi ile ilişkili olarak saptandı (p<0.05).

TARTIŞMA: Behçet üveiti, destrüktif oküler yıkıma neden olmakta ve sıklıkla konvansiyonel kortikosterod tedavisine dirençli olmaktadır. Çalışmadaki sonuçlarımız Behçet üveitli hastalarda, üveit inflamasyonunun neden sıklıkla ciddi ve tıbbi tedaviyle kontrol edilmesi zor olduğunu açıklayabilir. Ayrıca; Behçet üveitinde rol aldığı raporlarda bildirilmiş farklı immün etkenlerle ilgili bilgilerimizle tutarlı bir şekilde; Behçet üveitinin alta yatan immünopatogenezinin, endojen üveitin diğer nedenlerinden daha farklı olduğu sonucuna varılabilir.

P028

POLİMİYOZİT SEYRİNDE GÖRÜLEN AMA-M2 POZİTİFLİĞİ: VAKA SUNUMU

Engin Sennaroğlu, Gamze Gedik, Hasan Tunca, Saadet Akdur, Yüksel Ürün, Berçem Ayçiçek, Hulki Genç

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Polimiyozit (PM) subakut veya kronik başlangıç gösteren, insi ilerleyen proksimal kaslarda simetrik tutulum ve kas güçsüzlüğü yapan idiyopatik yangısal miyozit hastalıklarının bir formudur. PM başka otoimmün patolojiler ve maligniteler ile birliktelik gösterebilir.

OLGU: 19 yaşında bayan hasta 7 hafta önce kol ve bacaklarda güçsüzlük, sağlarını tarayamama, ateş, titreme, yutkunmada güçlük ve parmak uçlarında soğuk ile temasta gelişen morluk şikayetleri ile dahiliye polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde; periorbital ödem, oral aft, her iki diz ve ayak bileklerinde şişlik ve basmakla hassasiyet ve eklem hareketlerinin minimal kısıtlı olduğu belirlendi. Laboratuvar incelemelerinde patolojik olarak; Hb: 10,6 mg/dl MCV: 67, AST: 262 (0-40 U/L), ALT: 109 (0-50 U/L), LDH: 613 (125-243 U/L), CK: 3194 (25-200 U/L), CK-MB: 130 (0-25 U/L) olarak saptandı Hastanın sedimentasyon, CRP, İmmünglobin düzeyleri normal sınırlardaydı. Yapılan serolojik değerlendirmede; Akut Hepatit paneli (anti HAV IgM, Hbs Ag, anti Hbc IgM, anti HCV), HIV, TORCH, Rose –Bengal, Gruber-Widal negatifti. Olası bağ doku hastalıkları ayırıcı tanısı yönünden istenen otoimmün antikorlardan ANA benekli paternde, üç pozitif ve anti-AMA-M2 pozitif, olarak saptandı. Mevcut klinik ve laboratuvar bulgular ile PM düşünülen hastaya yapılan elektromiyografi PM ile uyumlu olarak saptandı.Hastanın kas biyopsisi PM ile uyumlu gelmedi. Aynı zamanda karaciğer enzimlerinde yükseklik ve anti-AMA-M2 pozitifliği olan hastaya primer biliyer siroz (PBS) açısından karaciğer biyopsisi yapıldı ancak spesifik patoloji saptanmadı. Hastaya anti-AMA-M2 pozitif PM tanısı ile steroid tedavisi başlandı takiplerinde klinik ve laboratuvar olarak düzleme tespit edilmesi üzerine hasta takibe alındı.

TARTIŞMA: Anti-AMA-M2 PBS için oldukça duyarlı bir test olup hastaların %90'ından fazlasında pozitif olarak saptanır. Başta Sjögren hastalığı olmak üzere çeşitli otoimmün hastalıklarda daha az sıklıkla Anti-AMA-M2 pozitifliğine rastlanabilmektedir. Yine PM ve PBS beraberliği literatürde oldukça nadirde olsa bildirilmektedir. Ancak bizim olgumuzda da olduğu üzere PBS olmaksızın Anti-AMA-M2 pozitifliği ve PM birlikteliği literatürde daha önce bildirilmemiştir. Bu özellikleri nedeniyle olgumuz sunuma değer görülmüştür.

P029

LİBMAN SACK'S ENDOKARDİTİ VE EŞLİK EDEN PULMONER HİPERTANSİYON OLGUSU

¹Fatih Yılmaz, ¹Bilger Çavuş, ¹Hayriye Esra Ataoğlu, ¹Mesut Ayer, ²Süleyman Ahabab, ¹Gülınar Gülaçtı, ¹Faik Çetin, ¹Levent Ümit Temiz, ¹Mustafa Yenigün

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. İç Hastalıkları Kliniği, ²Sakarya Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Sistemik lupus eritematosus (SLE) çoğunlukla kadınlarda görülen otoimmün, etyolojisi aydınlatılmamış bir hastalıktır.Tanı, spesifik kriterler ve otoantikorların gösterilmesi ile konulur. SLE'de kardiyak tutulum %30-50 oranında saptanır. En sık perikardit olmak üzere miyokardit ve endokardit görülür. Endokard tutulumu genellikle mitral yetersizliğe yol açar.Bu vaka ile SLE seyrinde seyrek rastlanan Libman Sack's endokarditi ve buna bağlı pulmoner hipertansiyonu sunmayı amaçladık.

OLGU: 41 yaşında bayan hasta.Bir aydır başlayan ve giderek artan halsizlik, efor intoleransı, ağızda yaralar, yüzde kelebek tarzı döküntü şikayetleri ile başvurdu.Fizik muayenede, sağ akciğer alt zonda inspiratuar ronküsler mevcut, bilateral sinüsler kapalı idi. Kardiyak muayenede tansiyon: 120/80 mmHg, nabız: 114/dk, ateş 37,8°C, apikal sistolik üfürüm saptandı.Laboratuvar tetkiklerinde mikrositer anemi, antinükleer antikor diffüz homojen pozitif (ANA, İFA-Hep2 kullanıldı, 1/160 titrasyonda pozitif) , antikardiyolipin antikor (ACA) , lupus antikoagulan (LA) ve direkt coombs (+) bulundu.Periferik yaymada atipik hücre görülmedi. Bakteriyolojik testler; Rose bengal, Wright testleri ve hepatit markerleri (HbsAg, AntiHCV) negatif saptandı. Ekokardiyografide; EF %65, mitral kapak üzerinde 1,6x0,7 mm boyutlarında vegetan kitle, doppler USG ile ileri mitral yetersizliği görüldü ve pulmoner hipertansiyon saptandı. (Pulmoner arter peak sistolik basıncı=PAPSP: 60mmHg) Toraks CT de; kardiyomegali, bilateral akciğer alt loblarda parankimde fibroz bant ve bilateral serbest plevral efüzyon izlendi.Amerikan Romatoloji Koleji'nin kriterleri esas alınarak hastadaki cilt bulguları, oral aftöz lezyonlar, otoimmün hemolitik anemi, ANA pozitifliği ve mitral kapakta vegetan kitlenin görülmesi ile SLE tanısı konuldu. Ekokardiyografik incelemede, lupus endokarditinin bulgusu olan vegetan lezyon görülmesi üzerine 1 mg/kg metil prednizolon verildi.Tedavi altında bir ay sonraki kontrol ekokardiyografide mitral kapaktaki vegetan kitlenin boyutu küçüldü. (0,5x0,4 mm olarak ölçüldü) ve pulmoner arter basıncı geriledi. (PAPSP: 24 mmHg)

TARTIŞMA: SLE de Libman Sack's endokarditi %15-20 arasında bildirilmiştir. Aort ve mitral kapak yetersizliğine sebep olabilir. SLE'de pulmoner hipertansiyon sıklığı %3-5 olarak bildirilmiştir. Olgumuzda klinik tabloya neden olabilecek enfeksiyon, hematolojik hastalıklar, malignite ve diğer romatolojik hastalıklar, klinik ve laboratuvar bulguları ile ekarte edildi. Cilt bulguları, oral aftöz ülserler, anemi, ANA pozitifliği ve EKO'da mitral kapakta vejetan kitlenin görülmesi tanı koydurucu bulgulardır. SLE'de sıklıkla mitral kapakta görülen vejetan kiteller, mitral kapak yetersizliğine yol açmaktadır. Olgumuzda da SLE tanısı konulduktan sonra kortikosteroid tedavisi verilmiş ve kontrol EKO'da mitral kapaktaki lezyon küçülmüş ve pulmoner hipertansiyon gerilemiştir. Sonuç olarak, lupus endokarditinde steroid tedavisi klinik düzleşmenin sağlanmasında etkilidir.

P030

BEHÇET HASTALARINDA NOKTURNAL HİPERTANSİYON (İKİ OLGU SUNUMU)

¹Ender Hür, ²Gülşay Aşçı

¹Banaz Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, ²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Behçet hastalığı etiyopatogenezi kesin olarak bilinmeyen, oral aft ve genital ülserasyonların ön plan- da olduğu, kronik, tekrarlayan, vaskülitik bir hastalıktır. Bu hasta grubunda ortaya çıkan endotel hasarı ve hızlanmış aterosklerozun artmış kardiyovasküler morbiditeyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Normal popülasyonla karşılaştırıldığında, Behçet hastalarında nokturnal hipertansiyon varlığını gösteren az sayıda çalışma bulunmaktadır.

İki olgu sunumu ile Behçet hastalarında nokturnal hipertansiyona dikkat çekmeyi planladık.

OLGU 1: M.Ç, 65 yaşında bayan hasta. 22 yıl önce haftalarca süren yanak, dil, diş etlerinde ve genital bölgelerde olan derin ağrılı ülserler, özellikle diz ve ayak bileklerinde olan ağrı, şişlik, hareket kısıtlılığı şikâyetleri ve yapılan HLA B5 (+) HLA B27 (-) tetkikleri ile Behçet Hastalığı tanısı konularak medikal tedavi başlanmış. Hasta tedavi olarak Colchicine 0, 5 mg tb 1x1, Indomethacin 25 mg kapsül 2x1, Salicylazosulfapyridine 500 mg tb 3x1 kullanıyordu.

OLGU 2: NT, 42 yaşında erkek hasta. 20 yıldır ayda 1 kez tekrarlayan 3-4 gün süren ağız, yanak ve genital bölgede olan ülserler tarifliyordu. Sağ gözde görme keskinliğinde azalma, 1 yıldır üveit tanısı ile prednisolon 4 mg 1x1 tb ve Colchicine 0, 5 mg tb 1x1 kullanıyordu.

Her iki hasta da Banaz Devlet Hastanesi İç Hastalıkları polikliniğine özellikle geceleri ense kökünden başlayan ağrı şikâyetleriyle başvurmuş. Yapılan fizik bakıda patolojik bir bulgu tespit edilmedi. Rutin biyokimyasal tetkikleri, hemogram, eritrosit sedimentasyon hızları, PA Akciğer grafileri ve EKG'leri normal sınırlarda idi. Her iki hastanın anamnezinde, hipertansiyon ve iskemik kalp hastalığı öyküsü yoktu.

Her iki olgunun fizik bakıda arteriyel kan basınçları normal olmalarına karşın, 24 saat ambulatuvar kan basıncı ölçümlerinde nokturnal hipertansiyon tespit edildi (Tablo 1).

SONUÇ: Kardiyovasküler morbidite ve mortalite için bağımsız risk faktörü olan hipertansiyonun tanısı ve kontrolünün önem taşıdığı Behçet hastalarında nokturnal hipertansiyon görülebilmektedir. Bu nedenle kardiyovasküler risk faktörlerinin değerlendirilmesinde 24 saat ambulatuvar kan basıncı ölçümü de yararlı olabilir.

Tablo 1.

	Gündüz (mmHg)	Gece (mmHg)
Olgu 1	127±79 >140 (%0.07) >90 (%16)	133 ± 79 >120 (%81) >80 (%27)
Olgu 2	129±82 >140 (%10) >90 (%15)	121 ± 73 >120 (%45) >80 (%18)

P031

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARIN EBEVEYNLERİ ARASINDAKİ AKRABA EVLİLİĞİNİN KLİNİK VE LABORATUAR PARAMETRELER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

¹Kıvanç Cefle, ²Ayşe Cefle, ²Ayten Yazıcı, ²Alev Selek

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Genetik Bilim Dalı, ²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Akrale evliliğinin, poligenik ve multifaktöriyel etyoloji ile ortaya çıkan hastalıkların sıklığını arttırdığı bilinmektedir. Bu ilişki daha çok konjenital kalp hastalığı, dudak-damak yarığı gibi konjenital malformasyonlarda araştırılmıştır. Akrale evliliğinin erişkin yaşamda sık görülen diabetes mellitus, hipertansiyon gibi multifaktöriyel etyolojiye bağlı hastalıkların ortaya çıkışı üzerindeki etkisi ise bilinmemektedir. Romatoid artrit de bu gruptan bir hastalık olup ebeveynler arasındaki akraba evliliğinin hastalığın sıklığı ve şiddeti üzerindeki etkisine dair literatür bilgisi yoktur.

MATERYAL VE METOD: Bu çalışmada romatoid artritli 263 hastanın (K/E: 213/52, yaş: 51 ± 12 yıl) ebeveynleri arasındaki akraba evliliği (birinci kuzen olarak tanımlanan amca çocukları, teyze çocukları, hala-dayı çocukları şeklinde) sıklığı 99 (K/E: 58/41, yaş: 28 ± 6 yıl) sağlıklı kontrol ile karşılaştırılmıştır. Ayrıca romatoid artritli hastalar, ebeveynleri arasında akraba evliliği olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrıldıktan sonra, bu iki grup hastalığın başlangıç yaşı, romatoid faktör pozitifliği ve düzeyi, anti-CCP pozitifliği ve düzeyi, radyolojik olarak erozif değişikliklerin varlığı, anti-TNF ilaç kullanımı gibi parametreler açısından karşılaştırılmışlardır. Karşılaştırmalar Student t testi ve Fischer chi kare testi kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR: Romatoid artritli hastaların ebeveynleri arasında birinci kuzen evliliği sıklığı %8.3 (n=22), kontroller arasında ise %10 olarak bulunmuş (n=10) olup istatistik olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05). Ebeveynleri arasında birinci kuzen evliliği olan romatoid artritli hastalar, olmayanlarla hastalığın başlangıç yaşı, romatoid faktör pozitifliği ve düzeyi, anti-CCP pozitifliği ve düzeyi, radyolojik olarak erozif

değişikliklerin varlığı, anti-TNF ilaç kullanımı gibi parametreler açısından karşılaştırıldığında istatistik olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Akrale evliliği olan grupta başlangıç ve tanı yaşının, akraba evliliği olmayanlara göre (sırasıyla 37 ± 11'e karşılık 41 ± 12 yıl ve 39 ± 11 ve 44 ± 13 yıl) daha küçük olduğu dikkati çekmekle birlikte aradaki fark istatistik olarak anlamlı değildir (p>0.05).

SONUÇ: Bu çalışmada hasta ve kontrol grupları arasında ebeveynler arasında akraba evliliğinin sıklığı yönünden bir fark olmadığı ve akraba evliliğinin romatoid artritli yukarıda tanımlanan klinik ve laboratuvar parametreleri üzerinde istatistik olarak anlamlı etkisi olmadığı görülmüştür. Ancak ebeveynleri arasında akraba evliliği olan hastalarda hastalığın başlangıç yaşının daha erken olması daha geniş gruplarda çalışma yapılmasının gerekli olduğunu düşündürmektedir.

P032

ROMATİD ARTRİTLİ HASTALARDA SOL KALP DİYASTOLİK FONKSİYONLARI

¹Serkan Bulur, ²Selma Yazıcı, ³Elif Önder, ¹Serkan Ordu, ¹Hakan Özhan,

¹Mehmet Yazıcı, ²Safınaz Ataoğlu

¹Düzce Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Düzce, ²Düzce Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Düzce,

³Düzce Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, Düzce

AMAÇ: Romatoid Artrit'in (RA) hastalarda iskemik kalp hastalığı veya ateroskleroz için risk faktörleri olmadan da sol ventrikül diyalistik disfonksiyonu ve kalp yetmezliği riski artırmıştır. Çalışmamızda klinik kalp hastalığı bulgusu olmayan RA'lı hastaların sol ventrikül diyalistik fonksiyonlarını incelenmeyi ve diyalistik disfonksiyonun hastalık süresi ile ilişkisini göstermeyi amaçladık.

METOD: Çalışmaya yaş ortalamaları benzer olan RA'lı toplam 30 (25 kadın, 5 erkek) hasta ve 18 (10 erkek, 8 kadın) sağlıklı kontrol grubu alındı. Hastalık yaşı ortalama 4±4 yıl idi. Bütün hastalar ve kontrol grubu standart Doppler ekokardiyografik yöntemler ve TDI ile değerlendirildi.

BULGULAR: RA ve kontrol grubu sol atrium çapı (LAD) (p: 0,06), sol ventrikül çapı (LVSD ve LVDD) (p: 0,3 ve p: 0,6), ejeksiyon fraksiyonu (EF) (p: 0,3) ve A (p: 0,06) arasında fark yoktu. İki grup mitral E (p: 0,01), E/A (p: <0,001), DT (p: <0,001), IVRT (p: 0,001) ve mitral lateral anulus doku Doppler E' (p: <0,001), A' (p: 0,005) ve E'/A' (p: 0,008) arasında anlamlı oranda fark saptandı. RA'lı hastaların sol ventrikül arka duvar kalınlığı (PWT) (p: 0,009) ve septum kalınlığı (IVST) (p: 0,01) normal sınırlarda olmasına karşın kontrol grubundan anlamlı oranda yüksekti. ROC analizinde beş yıllık kestirim değeri sol ventrikül diyalistik disfonksiyonu gelişimini %36 duyarlılık ve %100 özgüllük ile tahmin ettirdi (Tablo 1).

SONUÇ: RA'lı hastalarda sol ventrikül diyalistik fonksiyonları bozulmaktadır ve bu bozulma özellikle hastalığın beşinci yılından sonra kaçınılmaz hale gelmektedir.

Tablo 1.

	RA (n: 30)	KONTROL (n: 18)	P DEĞERİ
YAŞ	55±10	51±9	NS
LAD (cm)	3,5±0,3	3,3±0,3	NS
IVST (cm)	1,0±0,1	0,9±0,1	0,010
PWT (cm)	1,0±0,1	0,9±0,1	0,009
E (m/s)	0,7±0,1	0,8±0,1	0,1
A (m/s)	0,8±0,1	0,6±0,1	NS
E/A	0,9±0,3	1,5±0,4	<0,001
E/ E'	6,9±2	5,7±1	0,05
DT (msn)	220±44	178±26	<0,001
RV Lateral anulus (S) (cm/sn)	9,3±2	9,4±1	NS
E' (cm/sn)	11±3	15±4	<0,001
A' (cm/sn)	10±2	8±2	0,005
LV E'/A'	1,0±0,4	2,3±1,0	0,008

P033

METOTREKSAT KULLANIMINA BAĞLI YAN ETKİLER: 2 OLGU SUNUMU

¹Çiğdem Usul Afsar, ¹Müzeyyen Beydoğan, ²Ümmügül Üyetürk,

¹Mehmet Uçucu, ¹Kezban Nur Pilancı, ¹Mecdi Ergüney

¹S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği, ²Tokat

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Metotreksat, günümüzde romatoid artrit tedavisinde yaygın kullanılan ve genellikle ilk başlanan ilaçtır. Bir folik asit antagonisti olup, DNA yapımını baskılar. Granülositlerin çeşitli fonksiyonlarını baskılayarak antiinflamatuvar etki gösterir. Metotreksat, haftada tek gün ve tercihen tek doz olarak alınır. Genellikle 3-6 haftada etkisinin görüldüğü bildirilmiştir. Başlangıç dozu haftada 7,5-10 mg'dır ve bu doz yeterli klinik yanıt alınıncaya kadar her ay 2,5-5 mg düzeyinde artırılır. Metotreksat kullanımı yaygınlaştıkça, yan etkilerinin eskiden korkulduğu kadar olmadığı anlaşılmıştır. Bu yan etkileri folik asit eksikliğine bağlı olanlar (bulantı, oral ülserler, kemik ilği basklanması), allerjik olanlar (akciğer toksitesi) ve çok nedenli olanlar (karaciğer fibrozu) olarak özetlemek mümkündür.

OLGU 1: 11 yıllık romatoid artrit öyküsü olan, metotreksat ve deltacortil tablet kullanan 65 yaşındaki bayan hasta, acil servismize karın ağrısı, bulantı, kusma yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenede TA: 110/80 mmHg, nabız: 80/dk, ritmikti. Bilinç açık, koopere olan hastanın solunum sesleri doğaldı. S1, S2 normal ve ritmikti. Batın sağ üst kadranda hassasiyeti mevcut olup, hepatomegalisi saptandı. Traube açığı ve splenomegalisi yoktu. Diğer sistem muayene bulguları doğaldı. Laboratuvar: WBC: 10800/mm3 Hct: %36,7 Hb: 13g/dl platelet: 177000/mm3 glukoz: 100 mg/dl üre: 38 mg/dl kreatinin: 1,1 mg/dl AST:

582 U/L ALT: 478 U/L GGT: 369 IU/L LDH: 407 IU/L total bilirubin: 3,97 mg/dl direkt bilirubin: 2,53mg/dl Na: 143 mmol/L K: 4,4 mmol/L TİT'de ++ bilirubin mevcuttu. Takiplerinde AST: 64 U/L ALT: 226 U/L LDH: 178 IU/L GGT: 342 IU/L olarak ölçüldü.

OLGU 2: 74 yaşında bayan hasta kliniğimize ağzı içi, bacaklarda ve sırtta olan yaralar nedeniyle başvurdu. Romatoid artrit tanısı olan ve bu nedenle metotreksat, daltacortil ve leflunomid tablet kullanan hastanın bir hafta önce şikayetleri başlamıştı. FM: TA: 120/60 mmHg, nabız: 76 /dk, ritmikti. Zayıf görünümde olan hastanın solukluk dışında muayene bulguları doğaldı. Laboratuvar: WBC: 400/mm³ nötrofil: %2,70 Hb: 10, 7 Hct: %32,2 platelet: 2000/mm³ glukoz: 142 mg/dl üre: 38 mg/dl kreatinin: 0,7 mg/dl AST: 65 U/L ALT: 66 U/L GGT: 149 IU/L total bilirubin: 1,85mg/dl direkt bilirubin: 1,21 mg/dl idi. PT: 16 sn APTT: 33,3 sn INR: 1,29 saptandı. Batın USG normaldi. Hastanın takiplerinde ilaçları kesildi. Tedavi sonrasında WBC: 8600/mm³ Hb: 9 mg/dl Hct: %26 platelet: 90000/mm³ oldu.

SONUÇ: Tedavi süresince özellikle başlangıçta her 4-6 haftada bir kan sayımı, transaminaz ve kreatinin kontrolü ve sonuçlara göre doz ayarlaması yan etkilerin takibinde önemlidir. Alkol alanlar, karaciğer ve böbrek fonksiyonları bozuk olan hastalarda metotreksat kullanılmamalıdır. Bu iki olgumuzu; çok sayıda hastanın kısa sürede muayenesinin yapıldığı devlet hastanelerinde romatoid artrit tedavisi esasında, metotreksat kullanımına bağlı karaciğer hasarı ve leflunomid ve metotreksata bağlı kemik iliği depresyonu gibi yan etkiler açısından dikkatli olmak gerektiğini vurgulamak için yayınlamayı uygun gördük.

P034

VAKALARIMIZDA TÜMÖR NEKROZ FAKTÖR ALFA (TNFα) BLOKERLERİNİN YAN ETKİ VE ETKİNLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Dilek Ün Oğuzhanasiltürk, ²M. Nergis Yanmaz, ³M. Orhan Berker, ¹Canan Berker, ¹Sevgi Atar, ³Duran Erol, ³Semih Kalyon, ³Hasret Erdem, ¹M. Hayri Özgüzel

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, ²Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ve Romatoloji, ³Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi V. Dahiliye Kliniği

AMAÇ: TNF α blokleri olan İnfliksımab, Etanercept ve Adalimumab ülkemizde romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS) ve psöriatik artrit tedavisinde kullanılmaktadır. Çalışmamızda anti-TNF alfa tedavisi alan hastalarımızı bu tedavilerin yan etkileri ve etkinlikleri açısından değerlendirdik.

Method: Romatoloji polikliniğinde takip edilmekte olup TNF α blokleri kullanmakta olan vakalar hasta dosyaları incelenerek ve son kontrol tarihlerinde yan etkiler ile fonksiyonel düzelme açısından sorgulanarak değerlendirildiler. Vakalarımızda TNF alfa bloker kullanımına Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının (SSYB) İlaç Kullanım Talimatnamesindeki bu tedavilerin kullanımına dair ilkeler esas alınarak başlandı. Ülkemizde kullanılan kılavuzla dayanılarak vakalar gizli ya da açık tüberküloz (TBC) varlığı yönünden vakalar tarandı ve gene bu kılavuzla göre profilaktik tedavi planlandı.

BULGULAR: Çalışmamızda 2003 ile 2007 yılları arasında Polikliniğimize başvuran 73 vaka değerlendirildi. Takip süresi 20 gün ile 39 ay arasında idi. Vakaların 40'ında İnfliksımab, 27'sinde Etanercept ve 6'sında Adalimumab kullanımı mevcuttu. Endikasyon nedenleri 27 vakada RA, 38 vakada AS, 1 vakada Behçet Üveiti (SSYB nin özel izniyle) ve 7 vakada Psöriatik Artrit idi. Vakaların 5'ine TBC profilaksisi başlanmadı; 53 vaka profilaksi aldı. Yan etkiler değerlendirildiğinde İnfliksımab kullanan 4 hastada yan etki nedeniyle tedavi kesildi. Vakaların 8'inde tedavinin kesilmesini gerektirmeyen diğer yan etkiler ortaya çıktı. Bir vaka ilk infüzyondan kısa bir süre sonra şiddetli öksürük şikayeti ile Göğüs Hastalıklarına sevk edildi ve kontrolden çıktı. Adalimumab kullanan vakalarda yan etki nedeniyle 2 vakada tedavi kesildi; 2 vakada tedavinin kesilmesini gerektirmeyen diğer yan etkiler saptandı. Etanercept kullanan vakalarda tedavi yan etki nedeniyle kesilmedi; 4 vakada diğer yan etkiler saptandı. İnfliksımab kullanan AS li 1 vakada ve Adalimumab kullanan 1 RA'lı vakada tedavi etkisizlik nedeniyle kesildi. Remicade kullanan 7 vaka, Etanercept kullanan 7 vaka kontrolden çıktı (1 vaka hariç diğer tüm vakalar Üniversite Polikliniklerinde takip edilen ve ilacını hastanemizden temin eden vakalardır.

SONUÇ: Çalışmamızda, özellikle İnfliksımab ve Etanercept vaka sayıları nedeniyle dikkate alındığında, yan etki nedeniyle tedavinin az sayıda vakada kesildiğini ve tedavinin kesilmesi ile yan etkilerin gerilediğini saptadık. Gene tedavinin etkinliği açısından değerlendirdiğimizde etkisizlik nedeniyle tedavinin kesildiği az sayıda vakamız bulunmaktadır.

P035

PULMONER HEMORAJİ İLE BAŞVURAN WEGENER GRANULOMATOZİSİ OLGUSU

¹Gürhan Şişman, ¹Mustafa Duran, ¹Süleyman Can, ¹Osman Özdoğan, ¹Esma Gül Altunoğlu, ²Bahadır Ceylan

¹Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. İç Hastalıkları Kliniği, ²Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Wegener granülomatozisi nekrotizan granülomatöz vaskülit ve glomerulonefritle karakterize nadir görülen bir kollajen doku hastalığıdır. Olguların 1/3'ünde pulmoner hemorajisi görüldüğü bildirilmiştir. Bu hastalıkta erken tanı ve tedavi prognoz üzerindeki olumlu etkisi nedeniyle çok önemlidir. Bu yazıda henüz immünpresif tedavi başlanmadan pulmoner hemorajisi nedeniyle kaybedilen Wegener granülomatozisi bir olgu sunulmuştur.

Kırk üç yaşındaki erkek olgu bir ay önce başlayan burun tıkanıklığı, sarı renkte burun akıntısı, öksürük ile ağzından gelmesi ve kilo kaybı şikayeti ile başvurdu. Olgunun bir aydır öksürükle birlikte özellikle sabahları bir yemek kaşığı kadar ağzından kırmızı renkte kanaması vardı ve bu süre içinde vücut ağırlığında 10 kg azalma olmuştu. Fizik muayenede sistolik kan basıncı 210 mmHg, diastolik kan basıncı 90 mmHg ve nabız dakika sayısı 104'üdü. Her iki akciğer 1/3 bazalde kreptan raller vardı ve solunum sayısı dakikada 25'di. Koltuk altından ölçülen vücut ısı 39 °C'di. Bunun dışında fizik muayene normaldi. Biyokimyasal incelemede ağık kan glikozu 166 mg/dl, serum üre 84 mg/dl, kreatinin 2,5 mg/dl, aspartat transaminaz 22 Ü/L, alanin transaminaz 53 Ü/L, laktat dehidrogenaz 257 Ü/L, alkalen fosfataz 343 Ü/L ve gama glutamil transpeptidaz 424 Ü/L bulundu. Protrombin zamanı ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı normaldi. Periferik kan sayımında lökosit 12400 /mm³, hematokrit %21, ortalama eritrosit volümü 80 ve trombosit sayısı 252.000 /mm³ bulundu. Saatlik sedimentasyon hızı 137 mm ve serum sero-reaktif protein düzeyi 5,3 mg/dl idi (normal 0-0,8). İdrar incelemesinde proteinüri vardı ve sedimentte bol eritrosit görüldü. Akciğer grafisinde her iki akciğerde bazallerde ve orta zonlarda yaygın konsolide alanlar vardı. Yüksek rezolüsyonlu toraks tomografisinde sağ akciğer üst lob anterior ve alt lob superiyor ve sol akciğer üst lob

anterior segmentlerde buzlu cam yoğunluğunda parenkimal dansite artış alanları vardı. Paranasal sinus bilgisayarlı tomografisinde her iki maksiller sinus tabanında mukozal kalınlaşma görüldü. Radioimmüne assay yöntemi ile C-ANCA (sitoplazmik paternde antinötrofil sitoplazmik antikor) 60Ü/ml (normal 0-5) ve P-ANCA (perinükleer paternde antinötrofilik sitoplazmik antikor) negatif bulundu. Antiglomeruler bazal membran antikoru ve antinükleer antikor negatifti. Olguya hematokrit değeri 21 iken üç günde yedi ünite transfüzyon yapılmasına rağmen hematokrit düzeyinde yükselme olmadı. Olgunun başvurusunun yedinci gününde dispne yakınması gelişti ve sistolik kan basıncı 70 mmHg ve diastolik kan basıncı 40 mmHg'ya düştü. Solunum arresti gelişen olgu yoğun bakımda ventilatör desteğine alındı. Olgu yoğun bakıma alındıktan oniki saat sonra kaybedildi.

Kronik açıklanamayan solunum sistemi semptom ve bulguları olan olgularda özellikle böbrek tutulumunu düşündüren bulgulara varsa Wegener granülomatozisinde akla gelmesi gereken tanılardan biri olmalıdır düşüncesindedir.

P036

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ (FMF) TANISI KONULAN HASTALARDA SAPTANAN GEN MUTASYONLARININ KLİNİK İLİŞKİSİ

¹İdris Şahin, ²İsmail Cem Yıldır, ²Fatma Sakıncı, ¹Süleyman Yüce, ²Muharem Ünal, ²Türker Taşlıyurt

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı, ²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Tokat Dr. Cevdet Aykan Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi

GİRİŞ: Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) 16. kromozomda yer alan MEFV genindeki mutasyon sonucu meydana gelen, organlarda amiloid birikimine yol açan otozomal resesif bir hastalıktır. Bazı gen mutasyonlarının daha ağır klinik tablolara yol açabilmektedir. Bu çalışmada bölgemizde FMF tanısı konulan hastalarda saptanan gen mutasyonlarının tipini ve bunların kliniği ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem ve gereçler: Çalışmaya, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ve Nefroloji Kliniklerine başvuran, klinik olarak FMF tanısı konulan 73 hasta dahil edildi. Hastalarda en sık rastlanan 10 mutasyon tarandı. Bu mutasyonların klinikle ilişkisi araştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya, yaş ortalaması 30±15 yıl (12-85 yıl) olan 73 hasta (42 kadın, 31 erkek) dahil edildi. Hastalarımızın 46'sında en sık görülen 10 mutasyon saptandı. Olgularımızda en sık görülen mutasyon M694V mutasyonu idi. Olguların %27'sinde M694V mutasyonu saptanırken; %14'ünde M680I, %3'ünde E148Q, V726A, R761H mutasyonu saptandı. Olgularımızın 14'ünde (%19) ise aynı anda 2 farklı mutasyon saptandı. Olgularımızın %38'inde ise sık görülen 10 mutasyondan hiçbirisini rastlanılmadı. Mutasyon saptanan olgularda böbrek tutulumu daha sık görülmekte idi (p=0.001). Özellikle M694V mutasyonu arasında belirgin bir ilişki göze çarpmaktaydı.

SONUÇ: Hastalarımızda en sık görülen mutasyon M694V idi ve böbrek tutulumu ile MEFV gen mutasyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Olgularımızın yaklaşık üçte birinde ise sık görülen MEFV gen mutasyonlarına rastlanılmadı.

P037

NON-HODGKIN LENFOMA İLE DERMATOMYOZİT BİRLİKTELİĞİ VE TEDAVİSİ

¹Oktay Bilgir, ²Ferda Bilgir, ¹Mehmet Çalan, ¹Pınar Öner, ¹Murat Akyol, ¹Elif Çelikkol

¹İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği, ²Buca Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Dermatomyozit kas güçsüzlüğü ve kas ağrısı ile seyreden cilt ve kas dokusunun inflamasyonudur. Dermatomyozit otoimmün bir hastalıktır fakat nedeni bilinmemektedir, ancak B hücrelerinin patofizyolojide yeri olduğu düşünülmektedir. Dermatomyozit çeşitli malign hastalıklarla birlikte görülebilir, en sık over, meme, kolon kanserleri, melanoma ve non hodgkin lenfoma ile birlikte görülmektedir.

65 yaşında erkek hasta kliniğimize boyunda yaygın şişlik, ağrı, yaygın kas güçsüzlüğü, kas ağrısı, halsizlik ve her iki üst göz kapaklarında döküntü yakınması ile başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde yaygın servikal lenfadenopatisi, splenomegalisi, bilateral üst göz kapaklarında minimal ödem ve heliotropik rash tesbit edildi. Hastanın rutin biyokimyasında LDH ve CK yüksekliği saptandı (LDH: 860 U/L, CK: 930 U/L). Hastanın bilgisayarlı incelemesinde servikal, paraaortik lenfadenopati ve splenomegali tesbit edildi. Hastadan servikal lenf biyopsisi ve cilt-kas biyopsisi yapıldı. Lenf biyopsisi sonucu foliküler non hodgkin lenfoma (CD 20 pozitif), cilt-kas biyopsisi sonucu ise dermatomyozit olarak rapor edildi.

Dermatomyozitin tedavisinde öncelikle 1 mg/kg/gün kortikosteroid kullanılmakta eğer yanıt alınmaz ise aztiopurin, metotreksat, siklofosfamid gibi ümmün süpresif ajanlar kullanılmakta. Son yayınlarda bu tedavilere refrakter dermatomyozitli hastalarda rituximab tedavisi ile başarılı sonuçlar bildirilmektedir. Bizim hastanın CD 20'i pozitif olduğu için NHL tedavisi için 21 günde bir 6 kür CHOP (siklofosfamid 750 mg/m², doksorubisin 50 mg/m², vinkristin 1.4 mg/m², prednisone 100 mg 1-5 gün) + Rituximab 375 mg/m² planlandı. Hastamıza dermatomyozit için spesifik bir tedavi planlanmadık, çünkü rituximab'ın dermatomyozit etki edebileceğini düşündük. Hasta ikinci kemoterapiden önce dermatomyozit açısından değerlendirildi. Hastanın kontrolünde kas güçsüzlüğü ve ağrı yakınması azalmıştı, CK değeri 715 U/L geriledi. Bu bulgular ile hastanın rituximab tedavisine yanıt verdiğini düşündük ve dermatomyozit için ek bir tedavi planlanmadık. 6 siklus kemoterapinin ardından hastanın tüm şikayetleri geçti. Kontrol bilgisayarlı tomografisinde patolojik lenfadenopati saptanmadı, CK ve LDH değerleri normale döndü. Hastada NHL nedeniyle 3 aylık kontrol programına alındı. Hastanın 4. kontrolünde bilgisayarlı tomografisinde servikal bölgede patolojik boyutta lenfadenopati tesbit edildi, bu bölgeden yapılan biyopside patoloji sonucu foliküler non hodgkin lenfoma olarak rapor edildi (CD 20 pozitif). Hastanın rutin biyokimyasında CK değerleri normal sınırlarda saptandı ve kas ağrısı, kas güçsüzlüğü yakınması yoktu. Hasta relaps olarak değerlendirildi ve ESHAP kemoterapisi planlandı.

Bu veriler altında dermatomyozitin tedavisinde rituximab'ın etkili olduğunu düşünmekteyiz.

P038

DÜŞÜK DOZ METHOTREXATE KULLANIMA BAĞLI PANSİTOPENİ

¹Seval Masatlioğlu Pehlevan, ²Refik Demirtunç, ²Gül Babacan Abanonu, ²Hilal Güner Üçün, ²Hicret Atasoy, ²Meral Uluköylü

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Arştırma Hastanesi, Romatoloji Polikliniği, ²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Arştırma Hastanesi, 3. İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Methotrexate (MTX) romatoloji pratiğinde sık kullanılan ve iyi tolere edilebilen bir ilaçtır. MTX kullanımına bağlı en ciddi yan etki pansitopenidir ve görülme sıklığı %1,4-1,7'dir. MTX tedavisine bağlı pansitopeni gelişmesindeki risk faktörleri ileri yaş, böbrek fonksiyonlarının bozulması, birlikte trimetoprim-sülfometaksazol veya penisilin kullanımı ve eritrosit ortalama hacminin artmasıdır. Bu bildiride; acil polikliniğinde, MTX kullanımına bağlı pansitopeni geliştiğini tespit ettiğimiz hastaları irdeledik.

OLGU 1: Altmış beş yaşında hasta, burun kanaması, ateş ve ağız yaraları şikâyetleriyle acil servise başvurdu. Fizik muayenede oral mukozit dışında patoloji saptanmadı. On altı gün önce romatoid artrit (RA) tanısı ile MTX 2,5 mgx4/hafta ve Folbiol tb 1x1 reçetelenmiş, ancak huzur evinde kalan hastaya ilacı her gün verilmiş. Lökopeni (1800/mm³), nötropeni (800/mm³), anemi (Hb: 9,4, Hct: %31, MCV: 72fl) ve trombositopeni (29000/ml) vardı. Sedimentasyon: 49 mm/saat, CRP: 7, 5, RF: 20 IU/ml, kreatinin: 0,9. MTX kullanımına bağlı pansitopeni tanısı konuldu. MTX kesildi, antibiyotik tedavisi ve granülosit stimulan faktör (G-CSF) 30 MÜ SC başlandı. Takip sırasında, oral lezyonları geriledi ve lökosit: 23800/ml, Hb: 10g/dl ve trombosit: 375000/ml oldu. Hasta romatoloji polikliniğinden takip edilmek üzere taburcu edildi.

OLGU 2: Otuz yaşında hasta; bulantı, kusma, ağız içi yaralar ve yüksek ateş nedeni ile başvurdu. Hastaya 4 hafta önce RA tanısı ile MTX 5 mg/hafta ve Folbiol tb 1x1 başlanmış. Üç yıldır kronik renal yetersizliği nedeni ile haftada 3 gün hemodiyaliz tedavisi almaktaydı. Lökopeni (2200/mm³), nötropeni (220/mm³), anemi (Hct: %28, MCV: 79) ve trombositopeni (59000/ml) vardı. Sedimentasyon: 77 mm/saat, CRP: 24 mg/dl, RF: 23 IU/ml, kreatinin: 3,2 mg/dl idi. MTX kullanımına bağlı pansitopeni tanısı konuldu. MTX kesildi. Geniş spektrumlu antibiyotik başlandı. Methotrexate düzeyi 0.11 Umol/l saptandı. Leucoverin 300 mg infüzyonu yapıldı. Bu tedavinin 10. gününde lökosit: 19000/ml ve trombosit: 118000/ml oldu. Hastanın ateşi düştü, lezyonları geriledi. Hasta ilaçsız olarak romatoloji polikliniğine başvurmak üzere taburcu edildi.

OLGU 3: Seksen yaşında hasta acil polikliniğine halsizlik, cilt döküntüsü ve ağız yarası şikâyetleri ile başvurdu. Üç yıl önce RA tanısı ile MTX 10 mg/hafta ve prednisolone 2,5 mg/gün başlanmış. Folik asit verilmemiş. Fizik muayenede solukluk ve oral mukozit dışında patoloji yoktu, ateş: 36,7 idi. Lökopeni (1000/mm³), nötropeni (500/mm³), anemi (Hct: %22, 6, MCV: 74) ve trombositopeni (6000/ml) vardı. Sed: 95 mm/saat, CRP: 12 mg/dl, RF: 208 IU/ml, kreatinin: 1, 5 idi. MTX kullanımına bağlı pansitopeni tanısı konuldu. MTX kesildi, antibiyotik tedavisi ve G-CSF 30 MÜ SC başlandı. Tedavinin 12. gününde lökosit: 13500/ml, Hct: %25 ve trombosit: 348000/ml di.

SONUÇ: Düşük doz MTX, kullanımından önce risk grupları dikkatle değerlendirilmeli ve ilaç kullanımı konusunda hasta uyumuna önem verilmelidir.

P039

SİSTEMİK SKLEROZİS TANISINDA GECİKME

¹Ali Akdoğan, ²Abdurrahman Şahin, ¹Umut Kalyoncu, ¹Ömer Karadağ, ¹Büyümin Kısacık, ¹Yüksel Maraş, ²Zehra Sabuncu, ¹Şule Apraş Bilgen, ¹İhsan Ertenli, ¹Sedat Kiraz, ¹Serhan Pişkinpaşa, ¹Meral Çalgüneri

¹Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Ünitesi, ²Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

AMAÇ: Sistemik sklerozisin tanısı kendine özgü cilt bulgularının ortaya çıkması durumunda oldukça kolaydır. Ancak hastalığın ilk bulguları diğer organ sistemlerinde ortaya çıkar ise tanıda güçlükler yaşanabilir. Bu çalışmada amaç sistemik sklerozis tanısında gecikme süresinin ve nedenlerinin belirlenmesidir.

YÖNTEM: Çalışma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Ünitesince izlenmekte olan 122 sistemik sklerozisli hasta (erkek: 15/kadın: 107) ile yapıldı. Hastaların klinik bilgilerine hastane dosya kayıtları incelenerek ulaşıldı. Hastalarda tanı gecikme Raynaud fenomeni dışı (RFD) ilk hastalık semptom veya bulgusunun ortaya çıkışı ve sistemik sklerozis tanısı konulması arasında geçen süre olarak hesaplandı.

SONUÇLAR: Hastaların %39'u diffüz sistemik sklerozis, %61'i limitli sistemik sklerozis tanısı ile izlenmekte idi. Hastalarda ortalama tanı yaşı 41±13 yaş, RFD ilk hastalık semptom veya bulgusunun ortaya çıkma yaşı 39±13 yaş olarak bulundu. Hastalarda RFD ilk semptom ve bulgular sırası ile: 96 (%79)'ında cilt bulguları, 15 (%12)'inde dijital ülserasyon, 5 (%4)'inde akciğer tutulumu, 5 (%4)'inde gastrointestinal tutulum ve 1 (%1)'inde kardiyak tutulumdu. 65 (%53) hastada tanı RFD semptomlarının ortaya çıkışı ile aynı yıl içinde konulmuştu. 57 (%47) hastada skleroderma tanısı konulmasında median 2 (aralık: 1-18) yıllık gecikme vardı. Diffüz ve limitli skleroderma hastaları arasında tanı gecikme olan hasta sayısı ya da süresi arasında fark yoktu (p>0.05). Cilt bulguları dışı semptomları olan hastalarda tanı gecikme olan hasta sayısı cilt bulguları olan hastalardaki kadardı (p>0.05). Raynaud fenomeni hastaların 118 (%97)'inde vardı. Raynaud fenomeni hastaların 78 (%66)'inde diğer semptomlar öncesinde, 28 (%24)'inde diğer semptomlar ile birlikte ve 12 (%10)'sinde diğer semptomlar sonrasında başlamıştı.

TARTIŞMA: Sistemik sklerozisli hastaların yaklaşık yarısında RFD semptomlarının ortaya çıkmasına karşın tanı konulmasında gecikme olmuştur. Hastaların hemen tümünde Raynaud fenomeni varlığı nedeni ile bu hasta grubunda kapilleroskopik inceleme yapılması tanıya doktora yardımcı olacaktır.

P040

SIK ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU NEDENİ: ÜRETRADA RİA

Mehmet Firat, M. Nebil Ağakadı

Silfke Devlet Hastanesi

GİRİŞ: Üretral taşlar, üriner sistem taşlarının %1'inden azını teşkil eder (1) ve sık üriner sistem enfeksiyonlarının önemli bir bölümünü oluşturur. Çoğunluğu erkeklerde, üretral darlık veya divertikül zemininde, enfeksiyon katkısıyla primer olarak veya mesane ve böbrekte oluşmuş taşların üretraya göçü ile sekonder olarak oluşur (2). Nadir olarak üretrada unutulmuş üretral stent, kateter, gazlı bez gibi yabancı cisimlere veya çoğunlukla psikiyatrik bozuklukları olan hastalarda erotik stimülasyon ve patolojik masturbasyon amacıyla kullanılan değişik cisimlere (elektrik kablolu, ataş, çakıl taşı, tükenmez kalem ucu, cımbız, kibrit çöpü, çengelli iğne, raptiye gibi) bağlı olarak üretrada sekonder taş oluşumları gözlenmektedir (3, 4, 5). Ancak üretraya konulmuş yedi yıl taşındıktan sonra, orada dev üretra taşı ve sık üriner enfeksiyona yol açan rahim içi araç (RİA) olgusuna literatürde rastlanmamıştır.

OLGU SUNUMU: 32 yaşında bayan hasta, dizüri, pollakiüri, ıkınma hissi ve son üç gündür idrar kaçırma yakınması ile başvurdu. 7 yıl önce rahimiçi araç taktırdıktan sonra yakınmalarının arttığı ve 3 yıl önce C/S ile doğum yaptığı öğrenildi. FM'de Kan basıncı 120/80 mmHg, nabız 80/dakika ritmik, supra pubik hassasiyet dışında özellik yoktu. Jinekolojik muayenede veziko-vajinal fistül saptanmadı. Böbrek fonksiyon testleri normaldi. İdrar mikroskopisinde bol lökosit, idrar kültüründe E.coli tespit edildi. Direkt üriner sistem grafisinde üretrada ve mesane içinde taş görünümü ile birlikte RİA vardı (Resim 1). IVP'de her iki böbrekte sızma normal, minimal kaliektazi gözlemlendi.

Hasta, üretrada taş ve yabancı cisim nedeniyle operasyona alındı ve ventral meatomi ile taşlaşmış yabancı cisim çıkarıldı. Çıkarılan cismin, T şeklindeki rahimiçi aracın etrafında taş oluşumu olduğu görüldü (Resim 2). Kontrolde hastada inkontinans bulguları gözlenmedi.

TARTIŞMA: Üretral yabancı cisimler, genellikle mental ve psikiyatrik sorunlu hastalarda veya üretrada unutulmuş tıbbi araçlara bağlı olarak görülür. Üretrada uzun süre kalanlar, sekonder taş oluşumuna yol açarlar. Üretraya RİA yerleştirilmesi ve bunun 7 yıl taşınarak taş oluşumuna yol açması oldukça ilginçtir. Sık üriner yakınmaları olan hastalarda, idrar tetkiki ve kültür yanında direkt üriner sistem grafileri ve ultrasonografi erken dönemde yararlı olur.



Resim 1. Çıkarılan taşın fotoğrafı.



Resim 2. Direkt üriner sistem grafisi: Direkt grafide yabancı cisim ve RİA görülmekte.

P041

UYGUNSUZ ADH SALINIMI VE PSEUDOİLEUS TABLOSUYLA TANI ALAN STRONGYLOİDES STERCORALİS ENFESTASYONU

Gökhan Dindar, Sevim Dindar, Elif Önder, Aytekin Alçelik, Adem Güngör, Necip Aytuğ

Düzce Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Strongyloides stercoralis enfestasyonu, asemptomatik eozinofiliden septik şoka kadar geniş bir klinik ile karşımıza çıkabilir. Özellikle tropikal bölgelerde ve gelişmekte olan ülkelerde endemiktir. Kliniğinde cilt reaksiyonları, gastrointestinal ve pulmoner semptomlar izlenir. Hücrel immünitinin bozulduğu durumlarda enfestasyon ve hiperenfeksiyon sendromu riski artar. Komplike olmayan strongyloidiasiste, gaytada rhabditiform larvaların görülmesi ya da serolojik yöntemlerle tanı konabilir. Nadir olarak Strongyloides stercoralis enfestasyonu ile birlikte uygunsuz ADH salınımı sendromu vakaları da bildirilmiştir.

OLGU: 65 yaşındaki erkek hasta 2 haftadır olan bulantı, kusma, karın ağrısı, kilo kaybı ve kabızlık nedeniyle başvurduğu devlet hastanesinden pseudoileus ve dirençli hiponatremi nedeniyle kliniğimize sevk edildi. Hastanın fizik muayenesinde epigastrik hassasiyet, periferik ödem, bilateral plevral effüzyon, hipoaktif barsak sesleri mevcuttu. Kronik inflammatuar demiyelinizasyon nöropati nedeniyle 5 yıldır 5 mg/gün prednizolon almaktaydı. Laboratuvarında; sodyum: 114, 6 mmol/L, albumin: 2,0 gr/dL, ALT: 30 U/L, AST: 15 U/L, T.Bil: 1,06 mg/dL, ALP: 152 U/L, GGT: 45 U/L, beyaz küre 7000/mm³ (%27 eozinofil) idi. Ultrasonografide hepatomegali (205 mm) mevcuttu. Ayakta direkt batın grafisinde ince barsak düzeyinde hava-sıvı seviyeleri izlendi. İdrar ve plazma ozmotik basıncının uygunsuz ADH sendromu ile uyumlu olan hastanın sodyum değerleri bulantı ve kusmanın durdurulmaması nedeniyle takipleri boyunca normalin alt seviyelerinde seyretti. Pilon obstrüksiyonu şüphesi ile yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopi-si sırasında duodenit ön tanısıyla alınan biyopsi örneklerinde mukozal epitelium içerisinde çok sayıda

Strongyloides stercoralis larvaları saptandı. Bunun ardından mide suyunda ve gaytasında da yoğun larva gözlemlendi. Hastaya ivermektin 200µg/kg tedavisinin 2 gün verilmesinin ardından gastrointestinal şikayetler ve hiponatremi hızla düzeldi. Uyumsuz ADH sendromu, yapabilecek altta yatan başka bir patoloji saptanamadığından ve literatürde de benzer nitelikte vakalar bulunduğundan dolayı Strongyloides stercoralis'e bağlanmıştır.

SONUÇ: Strongyloides stercoralis nadir bir enfestasyon olmakla birlikte immunsuprese hastalarda yüksek oranlarda mortaliteyle seyredir. Kortikosteroid kullanmakta olan asemptomatik ya da hafif seyirli strongyloidiasis vakalarında fatal hipereenfeksiyon gelişiminde potansiyel bir artış olabileceği bildirilmiştir. Immunsuprese hastalarda dirençli hiponatremi ve pilor obstrüksiyonunu taklit eden şiddetli gastrointestinal semptomları olan hastalarda Strongyloides stercoralis enfestasyonu göz ardı edilmemelidir.

P042

ORBİTAL SELÜLİT İLE ORTAYA ÇIKAN VE İNTRAKRANİYAL HEMORAJİ İLE KOMPLİKE OLAN BİR MUKORMUKOZ OLGUSU

¹Nilüfer Alpay, ¹Özer Taranoğlu, ¹Fatih Tufan, ²Aslı Karadeniz, ²Atahan Çağatay, ²Semra Çalangu

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

GİRİŞ: Mukormukoz, kontrolsüz diyabet hastaları başta olmak üzere immunsuprese hastalarda görülebilen, genellikle burun ve paranasal sinüsleri tutarak, koyu renkli nekrotik lezyonlara sebep olan tedavisz kaldığından fatal seyreden bir enfeksiyon hastalığıdır. Zigomycetes sınıfı funguslar (sıklıkla Rhizopus ve Rhizomucor türleri) enfeksiyon etkenidir. Bu yazıda enfeksiyon etkeni olarak nadir görülen Zigomycetes sınıfından Absidia corymbifera'nın sebep olduğu, alışılmadık şekilde orbital selülit ile ortaya çıkan fatal seyirli bir mukormukoz olgusu sunulmuştur.

OLGU: 64 yaşında erkek hasta, AML-M5 tanısı konduktan sonra başlanan düşük doz (2x19 mg) sitozin arabinozid tedavisinin 19. gününde öksürük, balgam miktarında artış ve ateş yakınması ile başvurdu. Sekiz yıldır kronik obstrüktif akciğer hastalığı olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde, ateş 38.4 °C, TA 140/80 mmHg, NDS 110/ritmik ölçüldü. Bilateral ekspirum süresi uzamıştı. Her iki akciğerde yer yer ronküsler duyuldu. Kan sayımı ve biyokimya tetkiklerindeki patolojik bulgular tablo 1'de görülmektedir. PA Akciğer grafisinde sağ parakardiyak alanda homojen olmayan dansite artışının görülmesi ile birlikte immunsuprese hastada pnömoni tanısıyla ampirik olarak piperasilin-tazobaktam 3x4.5 gr IV ve amikasin 1x1 gr IV tedavisi başlandı. Gereğinde eritrosit ve trombosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı. Balgam kültüründe üyeren nonfermentatif Gram-negatif çoğalma kültür antibiyogram duyarlılığına göre tedavisi moksifloksasin 1x400 mg IV şeklinde değiştirildi. Bu sırada sol gözde ortaya çıkan kızamıklık ve şişlik dakriyoadenit olarak değerlendirildi ve tedaviye ampicilin-sulbaktam 4x1gr IV eklendi (Resim 1a). Ateşin devam etmesi nedeniyle fungal enfeksiyon şüphesiyle çekilen toraks BT'de bilateral akciğer bazalinde segmenter alanlarda buzlu cam görünümü ve sol akciğer bazalinde 1, 5 cm'lik nodül saptandı. Önceki toraks BT'lerde böyle bir görünüm olmaması nedeniyle bulgular fungal akciğer enfeksiyonu lehine yorumlandı. 1mg/kg/gün amfoterisin B deoksikolat tedavisi başlandı. Sol gözde kızamıklık ve şişliğin giderek artması üzerine çekilen orbital MR'da orbital selülit, etmoid sinüslerde daha belirgin tüm paranasal sinüslerde duvar kalınlaşması saptandı. Kliniğin ortaya çıkmasından 3 gün sonra sol göz iç kantusundan spontan cerrah drenajı başladı ve ateş düştü (Resim 1b). Cerrah kültürlerinde üreme olmadı. Lokal anestezi altında intranasal alanda krutlar görüldü. Buradan alınan doku örneklerinde (Saboroud besiyerinde) küf üretmesi oldu. İdentifikasyon işlemleri sonucunda etkenin Absidia corymbifera olduğu belirlendi. Antifungal tedavi altında ateşi kontrol altına alınan ve genel durumu düzelen hasta ani gelişen sol frontotemporal bölge kanaması nedeniyle kaybedildi.

Tablo .

Lökosit (/mm ³)	500
Nötrofil (/mm ³)	0
Lenfosit (/mm ³)	500
Hgb (g/dl)	8, 5
MCV (fl)	90
Trombosit (/mm ³)	12000
ESH (mm/s)	120
CRP (mg/L)	333

Resim 1a 'da sol gözde ortaya çıkan, şişlik ve kızamıklık, **Resim 1b** 'de ise sol gözde iç kantustan spontan drenaj sonrasında oluşan doku defekti görülmüyor.



Resim 1. a, b.

P043

ROMATOİD ARTRİTLİ BİR OLGUDA FEMORAL BÖLGEDE STAPHYLOCOCCUS EPİDERMİDİS' E BAĞLI SUBFASİYAL ABSE

¹Aydın Mazlum, ²Bahadır Ceylan, ³Gürhan Şişman

¹Atlas Hastanesi İç Hastalıkları, ²Sb İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, ³S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

Staphylococcus epidermidis normal deri florasının üyesi olup etken olduğu enfeksiyonların çoğunun kateter veya protez ile ilişkili olduğu ve genellikle hastane enfeksiyonlarına neden olduğu bildirilmiştir. Kateter veya protezi olmayan ve altta yatan herhangi bir hastalığı bulunmayan olgularda gelişen toplum kökenli subfasiyal absde Staphylococcus epidermidis' in etken olması pek olası görülmemektedir.

Bu yazıda femoral bölgede Staphylococcus epidermidis' e bağlı subfasiyal apse gelişen romatoid artiritli bir olguyu sunduk.

Seksen yaşındaki kadın hasta 10 gün önce başlayan ateş, sağ uyluk bölgesinde şişlik, kızamıklık ve ağrı yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Olgu ateşinin günde iki defa titreme ile 39 °C' ye yükseldiğini ve sağ uyluk bölgesindeki şişliğin de 10 gün içinde giderek arttığını ifade ediyordu. Olgunun 40 yıldır nonsteroid antiinflatuvar ilaçlarla tedavi edilen romatoid artirit ve buna bağlı eklem deformiteleri ve yatağa bağımlılık öyküsü vardı. Fizik muayenede koltuk altından ölçülen vücut ısı 39 °C' di. Sağ femoral bölgenin üst 2/3' ünde ön ve sağ yanı kaplayan 30 x 30 cm boyutlarında sert, ağrılı, üzerindeki ciltte kızamıklık ve sıcaklık artışı bulunan kitle vardı. Her iki el metakarpfalangiyal ve proksimal interfalangiyal eklemlerde fleksiyon deformitesi ve ulnar deviasyon deformitesi mevcuttu. Dizlerde fleksiyon deformitesi ve pasif ve aktif hareketlerle ağrı vardı. Bunlar dışındaki fizik muayene bulguları normaldi. Kan sayımında lökosit 13400/mm³ (%83 nötrofil, %7 lenfosit), serum C-reaktif protein düzeyi 53,7 mg/L (normal: 0-8) ve sedimentasyon hızı 86 mm/saat bulundu. Diğer laboratuvar bulguları normaldi. Her iki dizin radyografisinde eklem aralıkları ileri derecede daralmıştı ve osteofit oluşumları mevcuttu. Sağ femoral bölgenin ultrasonografik incelemesinde kas dokusunun hemen üzerinde 20 x 17 cm boyutlarında içinde septalar bulunduran yoğun içerikli kistik lezyon görüldü. Abse ön tanısıyla uygulanan cerrahi girişimle fasya ile kas dokusu arasına yerleşmiş bulunan yaklaşık bir litre hacmindeki pürülan mayı boşaltıldı. Bu sıvının Gram boyamasında bol lökosit ve küme yapmış Gram pozitif koklar görüldü ve kültüründe metisiline hassas Staphylococcus epidermidis üretti. Olguya tedavi olarak günde 8 gram ampicilin sulbaktam intravenöz yolla 10 gün süreyle verildi. Olgunun vücut ısı antibiyotik tedavisinin başlamasından 24 saat sonra normal sınırlara döndü. Tedavinin dördüncü gününde kan sayımında lökosit 8000/mm³ (nötrofil %73, lenfosit %25) ve serum CRP düzeyi 15 mg/L bulundu.

Bu yazıda ekstremitelerdeki subfasiyal abselerde etken mikroorganizma olarak nadir görülmesi nedeniyle Staphylococcus epidermidis' e bağlı gelişen femoral subfasiyal abse olgusu sunuldu.

P044

PNÖMONİ TABLOSU İLE BAŞVURAN SAĞ KALP ENDOKARDİTİ

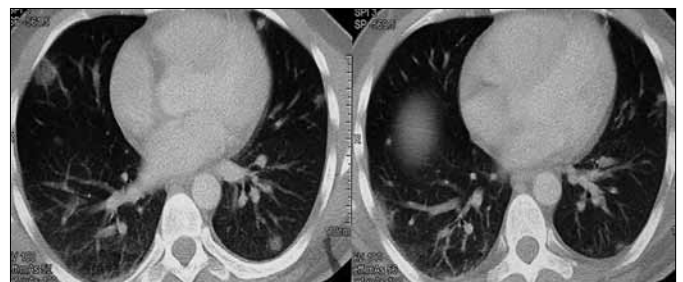
¹Ömer Celal Elçioğlu, ¹Fatih Tufan, ²Sibel Aydın

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

GİRİŞ: İnfektif endokardit (İE) genellikle sol kalp kapakçıklarının tutulumu ile birliktir. Sağ kalp endokarditi nadirdir ve sıklıkla intravenöz ilaç bağımlıların da görüldü. Kliniğinde sol kalp endokarditinden farklı olarak septik pulmoner emboliler görülebilir. Genellikle klasik sol kalp endokarditinin bulguları olan mitral veya aortik üfürüm, ateş, sırt ağrısı, hematüri ve subakut bakteriyel endokarditte görülen Janeway lezyonları, Osler nodülleri gibi periferik lezyonlar sağ kalp endokarditinde görülmez. Etken organizma sıklıkla stafilkokoklardır.

OLGU SUNUMU: 27 yaşında erkek hasta, ateş, halsizlik, kuru öksürük, nefes darlığı yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenesinde vücut sıcaklığı 40°C saptandı. Akciğerlerde dinlemekle solunum sesleri kabaalmıştı. Çekilen P-A akciğer grafisinde ve toraks bilgisayarlı tomografisinde (Resim 1) bilateral nodüler infiltrasyonlar saptandı. Atipik pnömoni ön tanısıyla ampirik olarak klaritromisin 2x500 mg parenteral olarak başlandı. Daha sonra anamnezi derinleştirildiğinde intravenöz ilaç bağımlılığının olduğu öğrenildi. Tetkiklerinde lökosit 34000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 70 mm/saat, hsCRP 57, 3 mg/L ve protein elektroforezinde poliklonal hipergammaglobulinemi saptandı. Hematüri ve proteinüri saptanmadı. Bu bulgularla akciğerlerdeki nodüler infiltrasyonların sağ kalp kaynaklı İE odağından kaynaklanan septik pulmoner emboliler olabileceği düşünülerek bir saat arayla dört şişe kan kültürü alındı. Yapılan transtoraksik ekokardiyografide (EKO) triküspit kapak anteriorunda 1 cm boyutunda vejetasyon görüldü ve sağ kalp İE tanısıyla klaritromisin kesilerek vankomisin ve rifampisin tedavisi başlandı. Kan kültüründe dört şişede metisiline duyarlı koagülaz-negatif stafilkokokların üretmesi üzerine antibiyotik tedavisi beşinci günde intravenöz sefazolin (4x2 gr) olarak değiştirildi. Şiddetli bel ağrısı nedeniyle spondilodiskitis olabileceği düşünülerek çekilen lumbosakral MRG'de patoloji saptanmadı. Takibinde İE tedavisiyle bel ağrısının da gerilediği gözlemlendi. Tedavinin üçüncü haftasında yapılan kontrol transtoraksik EKO'da vejetasyon görülmeydi. Klinik ve laboratuvar olarak düzelen hastanın tedavisi altı haftaya tamamlanarak sonlandırıldı.

TARTIŞMA: Septik pulmoner emboli gibi hayatı tehdit eden bir komplikasyonun sık görüldüğü sağ kalp İE'si erken tanınmadığı takdirde ölüme sonlanabilen bir tablodur. Burada özellikle intravenöz ilaç bağımlılığı gibi tanı için gerekli olan risk faktörlerinin sorgulanması son derece önemlidir. Anamnezin sağ kalp endokarditindeki önemini vurgulamak ve pnömoni kliniği ile başvuran intravenöz ilaç bağımlıların da bununla akla getirilmesini hatırlatmak amacıyla bu olguyu bildirmeyi uygun gördük.



Resim 1. Toraks bilgisayarlı tomografisinde septik pulmoner emboli odakları ile uyumlu nodüler görüntüler.

P045

CANDİDA ÖZEFAJİTİ OLGUSU

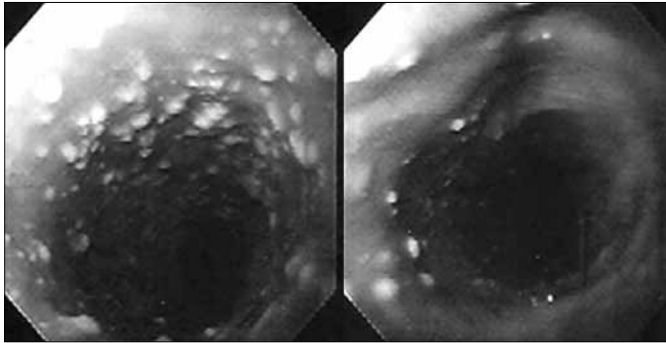
Gürhan Şişman, Mustafa Duran, Esmâ Gül Altunoğlu

Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Bu yazıda inhale steroid kullanan ve reflü özefajiti bulunan olguda kendini disfaji ve odinofaji ile gösteren bir Kandida özefajiti olgusunu sunduk.

OLGU: Elli altı yaşındaki bayan hasta halsizlik, göğüs ağrısı ile birlikte ağza ekşi su gelmesi, yutma güçlüğü ve yutarken göğüs ağrısı yakınmalarıyla başvurdu. Olgunun halsizlik ve ağza ekşi su gelmesi yakınmaları üç aydır; yutma güçlüğü ve yutarken ağrı yakınması ise üç haftadır vardı. Yutma güçlüğü sadece katı gıdalara karşı olurken yutarken ağrı yakınması hem sıvı hemde katı gıdalara karşı belirgindi. Yutarken ağrı yakınmasının asitli içecekler ve meyva suları ile belirginleştiğini belirtiyordu. Hastanın bazen yemek yemediği zamanlarda da göğsünde eforla ilgisiz 30-60 dakika süreli ağrıları oluyordu. Yediklerinin göğsün orta kısmından itibaren takılma hissi ve ağrı yakınmasına yol açtığını ifade ediyordu ve yutma güçlüğü her yemekten sonra muhakkak oluyordu. Olgunun özgeçmişinde iki yıldır tanı konmuş alerjik astımı mevcuttu ve bu nedenle inhaler steroid kullanıyordu. Fizik muayenede solunum sisteminin oskültasyonu muayenesinde ekspirasyonu uzundu bunun dışında anormallik yoktu. Olgunun koltuk altından ölçülen ateşi 36,6 °C'di. Laboratuvar incelemede serum üre, kreatinin, aspartat transaminaz, alanin transaminaz, alkalen fosfat, gama glutamil transpeptidaz, direkt bilirubin, indirek bilirubin, kalsiyum, fosfor, parathormon, B12, folik asit ve glikoz düzeyleri normaldi. Protrombin zamanı, aktive parsiyel tromboplastin zamanı ve kanama zamanı normaldi. Kan sayımında hematokrit: 36, hemoglobin 13 gr/dl, trombosit 225.000/mm³, lökosit sayısı 5400/mm³ bulundu. Saatlik sedimentasyon hızı 20 ve serum sero-reaktif protein düzeyi 0,5 mg/l'ti (normal: 0-8). Elektrokardiyografi normal sinus ritmi vardı. Akciğer grafisi normaldi. ELISA yöntemi ile ölçülen HBsAg, anti-HBs, anti-HIV ve anti-HCV negatifti. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde tüm özofagus boyunca yama şeklinde beyaz plak tarzı lezyonlar, diffüz mukozal hiperemi ve gastroözefagiyal reflü hastalığı vardı. Beyaz renkteki yama tarzı lezyonlardan fırça ile örnek alındı ve mikrobiyolojik inceleme yapıldı. Örneğin direkt Gram boyamasında maya ve psödomorf yapıları görüldü. Mantar ve nonspesifik bakteriler için yapılan kültürde mantar üremedi ve karışık bakteri üremesi oldu. Olguya inhale steroid tedavisi kesildikten sonra oral yolla günde 200mg flukonazol tedavisi 14 gün süreyle verildi. Semptomlar tedavinin yedinci gününde kaybolurken 14. günde yapılan kontrol endoskopisi normal bulundu.

SONUÇ: Sonuç olarak inhale steroid kullanan ve gastroözefagiyal reflü hastalığı olan hastalarda yutma güçlüğü ve ağrılı yutmanın nedeni olarak Kandida özefajitide akıldaki tutulmalıdır.



Olgunun özofagusunun endoskopi sırasında alınan görüntüleri

P046

STREPTOCOCCUS PYOGENES' E BAĞLI GELİŞEN VE CİLTTE HEMORAJİK BÜLLERLE SEYREDEN SEPSİS OLGUSU

¹Bahadır Ceylan, ²Yusuf Coşkun, ¹Muzaffer Fincancı, ³Serkan Uçkun, ³Cem Topuz, ³Galip Karabağ, ³Gülşen Teomete

¹S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji,

²S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları, ³S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon

Bu yazıda Streptococcus pyogenes'e bağlı olarak gelişen ve ciltte hemorajik büllerle seyreden sepsis olgusu sunulmuştur.

Elli beş yaşındaki bayan olgu yakınları tarafından şuur kaybı ve ateş yakınmasıyla acil polikliniğe getirildi. Olgu yalnız yaşadığı için ayrıntılı anamnez alınmadı. Yakınlarından bipolar bozukluk tanısıyla ilaç kullandığı öğrenildi. Fizik muayenede koltuk altından ölçülen vücut ısısı 39 °C idi. Olgunun şuru kapalıydı ve sadece ağırlı uyaranlara ekstremitelerini çekerek cevap veriyordu. Ense sertliği yoktu; Kernig ve Brudzinski bulguları negatifti. Nabız dakika sayısı 120, sistolik kan basıncı 100 mmHg ve diastolik kan basıncı 70 mmHg'di. Solunum yüzeyleydi ve solunum dakika sayısı 30'du. Her iki elde ve el parmaklarında daha yoğun olmak üzere, çene altında, göğüs ön yüzünde, sağ krus lateralinde, sağ diz arkasında ve sol krus alt ön yüzünde çapı 5-10 cm civarında çok sayıda bazı hemorajik karakterde büllöz lezyonlar ve alt ekstremitelerde ekimotik lezyonlar vardı. Farenks ve tonsiller normal görünümdeydi. Bunlar dışındaki fizik muayene bulguları normaldi. Olguda acil servise getirildikten 30 dakika sonra solunum arresti gelişince yoğun bakıma alınarak mekanik ventilasyon tedavisi alındı. Olguya sepsis şok tanısıyla meronem günde 3 gr ve vankomisin günde 2 gr dozunda tedavi başlandı. Biyokimyasal incelemede üre 343 mg/dl, kreatinin 4,68 mg/dl, aspartat transaminaz (AST) 291 Ü/L, alanin transaminaz 137 Ü/L, total bilirubin 0,8 mg/dl, indirek bilirubin 0,3 mg/dl, albumin 2,2 gr/dl, protrombin zamanı 16,6 sn (INR: 1,41) ve aPTT (aktive parsiyel tromboplastin zamanı) 30,4 sn bulundu. Kan sayımında lökosit 33100/mm³ (nötrofil %84, lenfosit %11), hematokrit %35 ve trombosit sayısı 88000/mm³ idi. Serum C-reaktif protein (CRP) düzeyi 30,9 mg/dl (normal: 0-0,8 mg/dl) ve sedimentasyon hızı 51 mm/saat'ti. Akciğer grafisi normaldi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer üst lob anterior ve orta lob lateral bölümlerde buzlu cam yoğunluğunda dansite artış alanları vardı. Olgunun trakeal aspiratının Gram boyamasında bol lökosit ve Gram pozitif koklar görüldü ve kültüründe A grubu beta hemolitik Streptokok üredi. Olgunun takibinde sistemik kan basıncı 24 saat sonra inotrop desteği olmaksızın normal sınırlara döndü. Vücut ısısı antibiyoterapinin başlamasıyla 48 saat

içinde normal sınırlara döndü ve şuur yedinci günde açıldı. Olgunun takibinde dördüncü günden itibaren her iki elde yaygın nekroz gelişti. Bu durum nekrotizan fasiit olarak değerlendirildi. Nekrotik dokuların debridmanı yapılarak sekonder iyileşmeye bırakıldı. Mekanik ventilasyon tedavisine 10 gün devam edildi. Antibiyotik tedavisine 10 gün devam edilerek kesildi. Olgunun takibindeki lökosit sayısı, trombosit sayısı, serum CRP, AST, ALT, üre ve kreatinin düzeylerine ilişkin değerler tabloda özetlenmiştir.

Sepsis olgularında ciltte yaygın büller görüldüğünde Streptococcus pyogenes'te akla gelmesi gereken etkenlerden biri olmalıdır düşüncesindeyiz.

Tablo .

	Lökosit (mm ³)	Nötrofil (%)	CRP (mg/dl)	Trombosit (mm ³)	Üre (mg/dl)	Kreatinin (mg/dl)	AST (Ü/L)	ALT (Ü/L)
1. gün	33100	84	30,9	88000	343	4,68	291	137
7. gün	13300	90	1,85	132000	93	1	64	74
13. gün	4300	52	1,12	159000	46	0,52	22	12

P047

MENENJİT SEMPTOMLARI İLE BAŞVURAN BRUSELLOZ OLGUSU

¹Bahadır Ceylan, ¹Muzaffer Fincancı, ²Yusuf Coşkun, ¹Rüçhan Ulutürk

¹S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji,

²S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

Sistemik bruselozun klasik semptom ve bulguları ateş, gece terlemesi, lenfadenopati ve hepatosplenomegalidir. Brusellozda merkezi sinir sistemi tutulumuna olguların %5' inden azında rastlandığı ve bunlarında 1/3' ünün tek başına menenjit sendromuyla karışmaya çıktığı bildirilmiştir. Merkezi sinir sistemi brusellozunun tanısı genelde BOS (beyin omurilik sıvısı) 'ta anti-brusella antikor titresi düşük olduğu için zordur. Bu yazıda menenjit semptomları ile başvuran ve kan kültüründe Brusella spp. üremesi nedeniyle merkezi sinir sisteminin brusella enfeksiyonu düşünülen bir olgu sunulmuştur.

Yirmibeş yaşındaki erkek olgu üç gün önce başlayan ateş, baş ağrısı, bulantı ve kusma yakınması ile başvurdu. Fizik muayenede şuur açık; ense sertliği vardı ve Kernig ve Brudzinski bulguları pozitif. Koltuk altından ölçülen vücut ısısı 38 °C'di. Bunlar dışındaki fizik muayene bulguları normaldi. Biyokimyasal incelemede alanin aminotransferaz 63 Ü/L (normal 0-45 Ü/L)'di. Serum üre, kreatinin, aspartat aminotransferaz (AST), gama glutamil transpeptidaz, alkalen fosfat, total bilirubin ve direkt bilirubin düzeyleri normaldi. İdrar sedimentinde patolojik bulgu yoktu. Periferik kan sayımında lökosit 6200/mm³, serum C-reaktif protein düzeyi 0,572 mg/dl (normal 0-0,8 mg/dl) ve sedimentasyon hızı 17 mm/saat bulundu. Periferik kan yaymasında nötrofil %35, lenfosit %45, eosinofil %3 ve monosit %15 bulundu. Akciğer grafisi normaldi. Olgunun merkezi sinir enfeksiyonu ön tanısıyla alınan BOS örneğinin biyokimyasal incelemesinde glikoz düzeyi 61 mg/dl (eş zamanlı alınan kanda glikoz düzeyi 92 mg/dl) ve protein düzeyi 64 mg/dl bulundu. BOS'ta 25 lökosit/mm³ sayıldı ve bunlarında %100' ü lenfosit. BOS'ta polimeraz zincir reaksiyonu yöntemi ile herpes simpleks virus tip 1 DNA ve Mycobacterium tuberculosis DNA negatifti. Olguya bakteriyel menenjit düşünülerek günde 4 gram dozunda olmak üzere seftriksion tedavisi başlandı. Olgunun yakınmaları yedinci günden itibaren kayboldu. Tedavinin beşinci gününde alınan BOS örneğinin biyokimyasal incelemesinde glikoz düzeyi 66 mg/dl (eş zamanlı olarak alınan kanda glikoz 89 mg/dl) ve protein düzeyi 36 mg/dl bulundu ve milimetreküp 50 lökosit (%100 lenfosit) sayıldı. Olgudan ilk başvuruğunda alınan kan kültürü örneğinden 10. günde Brucella spp. üredi. Bunun üzerine tekrar alınan BOS örneğinde brusella tüp aglutinasyon testi negatif sonuç verdi ve kültürde üreme olmadı. Kan örneğinde brusella tüp aglutinasyon testi 1/160 titrede pozitif bulundu. Bu bulgularla seftriksion tedavisine doksisiklin (günde 200 mg) ve rifampisin (günde 600 mg) eklenerek tedaviye altı hafta daha devam edildi.

Menenjit semptomlarıyla başvuran olgularda BOS'ta lenfosit ağırlıklı pleositoz ve protein artışı varlığında ülkemizde endemik bir enfeksiyon olan bruselloz da mutlaka akla gelmelidir düşüncesindeyiz.

P048

MEGALOBLASTİK ANEMİ, TROMBOSİTOPENİ İLE SEYREDEN WEİL HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

Fatih Yılmaz, Mesut Ayer, Hayriye Esra Ataoğlu, Mazhar Müslüm Tuna, Faik Çetin, Ömer Aydın Yıldırım, Levent Ümit Temiz, Mustafa Yenigün

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Leptospirozis leptospira cinsi spiroketler ile oluşan, ateş, sarılık, anemi, septisemi, hemorajik diyatez, hepatorenal yetmezlik ve ölüme sonuçlanabilen zoonotik enfeksiyon hastalığıdır. Weil hastalığı L. İcterohaemorrhagiae'nin etken olduğu, sarılık, renal yetersizlik ve hemorajik diyateze karakterize, şiddetli leptospirozis olgularında tanımlanmıştır. Megaloblastik anemi, sıklıkla Vitamin B12, folik asit eksikliğinden kaynaklanan, en sık pernisiyöz aneminin neden olduğu makrositer anemidir. Bu vakayı leptospirozis ile megaloblastik anemi birlikteliği nedeni ile sunmayı amaçladık.

OLGU: 77 yaşında erkek hasta, çiftçi, iki hafta öncesinde kanalizasyon temizleme hikayesi mevcut idi. Ateş, şuur bulanıklığı, sarılık, idrar renginde koyulaşma, idrar çıkışında azalma şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede; şuru letarjik, skleralarda ve tüm ciltte ikter, bilateral alt zonlarda krepan raller, TA: 90/60 mmHg, Nb: 110/dk, ateş: 38,5°C. Laboratuvar tetkiklerinde; Üre: 230 mg/dl, kreatinin: 3,9 mg/dl, ESR: 124 mm/saat, lökosit: 11200/mm³, Hb: 7,90 gr/dl, Hct: 22,60, MCV: 68,20 fL, RDW: 18,10, Platelet: 32,000/mm³ idi. Total bilirubin: 26,44 mg/dl, direkt bilirubin: 21,73 mg/dl, indirek bilirubin: 4,71 mg/dl, LDH: 1565, CK: 77, SGOT: 36, SGPT: 20, GGT: 39, ALP: 100 idi. Vitamin B12: 48 pg/ml (175-850 pg/ml), folik asit: 9,83 ng/ml, retikülosit: %6,32, haptogloblin: 2,6 (0,3-2), direkt ve indirek coombs testleri negatif idi. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Batın USG normal saptandı. Karanlık alan mikroskopisinde leptospira görüldü ve leptospira IgM +++++ idi. Toraks CT incelemesinde akciğer parankim alanlarında, bilateral alt lob bazal segmentlerde yaygın yama tarzı fibrozis alanları ve yer yer bal peteği görünümü, solda minimal pleural efüzyon vardı. Vitamin B12 düzeyi düşük olduğundan yapılan üst GIS endoskopi-

sinde özefagusda divertikül, alkalen reflü gastrit ve antrumda nodüler oluşum saptandı. Hastada sarılık, renal disfonksiyon, iktet ve bilinç bulanıklığı olması, leptospiraların karanlık sahada görülmesi, leptospira IgM antikorlarının müsbet olması ile Weil hastalığı tanısı konulup parenteral ampicilin-sulbaktam 1 gram 4x1 ve vitamin B12 tedavisi başlandı. Hastanın renal yetersizliği ve hiperbilirubinemi tedavinin üçüncü gününden itibaren düzelmeye başladı ve birinci haftada üre, kreatinin, bilirubin değerleri normal sınırlara indi, bilinci açıldı. Hastanın klinik bulguları ve laboratuvar parametreleri tedavinin ikinci haftasında düzeldi. Vitamin B12 tedavisi ile bir ay sonunda hemoglobin değerleri normale geldi.

SONUÇ: Leptospirozisli hastaların çoğu iyileşir. Mortalite yaşlı hastalar ve Weil hastalığı olanlarda en yüksektir. Renal yetersizlik ve hepatik disfonksiyon takiplerde iyi bir şekilde düzülür. Hastalığın seyrinde anemi ve trombositopeni görülür, ancak etyolojisi aydınlatılamamıştır. Vitamin B12 eksikliği ile ilişkisi net değildir. Weil hastalığı ile beraber megaloblastik anemi görülmesi nedeni ile bu vaka sunulmuştur.

P049

LİPOZOMAL AMFOTERİSİN B İLE BAŞARILI ŞEKİLDE TEDAVİ OLAN

A. Emre Yıldırım, **Selma Alagöz**, Ş. Sanem Akçayöz, Onur Eşbah, Z. Abidin Öztürk, Nazlı Kırnap, Yaşar Acar, Berrin Demirbaş, Gül Gürsoy
S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Visseral Leishmaniazis (VL) retiküloendotelial sistemi tutan, kronik progresif seyreden, mortalitesi yüksek bir enfeksiyon hastalığıdır. Kala-azar tedavisi 1990 yılına kadar pentavalan antimon bileşikleriyle sınırlı iken, son dekaratlarla yeni tedavi stratejileri ortaya konmuş ve amfoterisin B'nin lipid formülasyonlarının (lipozomal amfoterisin B) etkinliği kabul görmeye başlamıştır.

OLGU: Son 1 aydır nefes darlığı, halsizlik, karın ve bacaklarda şişlik şikayeti ile 57 yaşındaki erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Kilo kaybı olan hastanın daha öncesinden Tip 2 diabetes mellitus ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı mevcuttu. Muayenesinde ateşi 37, 4°, cilt ve mukozalarında solukluk, karaciğer medioklavikuler hat üzerinde kosta kavisinin altında 2cm palpable ve travbenin kapalı olması dışında patolojik bulguya rastlanılmadı. Hemogram incelemesinde; Hb: 7,4gr/dl, Htc: 21,5 % lökosit: 3100/mm³ trombosit: 278bin/mm³, sedimentasyon: 125 mm/saat olarak tespit edildi. Periferik yaymasında eritrosit serisinde hipokromi ve mikrozomi dışında tüm serilerin morfolojisi normal olarak değerlendirildi. Biyokimyasal parametrelerinde; Üre: 89 mg/dL, Cr: 1 mg/dL, Na: 120 mmol/L, K: 5 mmol/L, Cl: 94 mmol/L, total protein: 13,1 g/dL, albumin: 2,43 g/dL AST: 44U/L, ALT: 34U/L değerinde saptandı. Ultrasonografisinde karaciğer sağ lob uzun boyutu 182mm, dalak kraniokaudal boyutu 165mm olarak ölçüldü. Protein elektroforezi; albumin: %27, 7 (%58-70), α1 globulin: %4 (%1, 2-8), α2 globulin: %8 (%6-12), β globulin: %9,1 (%9-14), γ globulin: %51,2 (%8-17) poliklonal gammopati özelliğinde tespit edildi. Serum immünyüksiyon elektroforezi; IgG: 5360 mg/dL (650-1600), IgA: 270 mg/dL (45-380), IgM: 315 mg/dL (50-300) değerlerinde saptandı. Kemik iliği aspirasyon biopsisinde; plazma hücreleri ve monositler hücrelerde ılımlı bir artış, bir çok monositin sitoplazmasını dolduran ve ayrıca zeminde serbest şekilde bulunan parazit formu dikkati çekmekteydi. Parazitler nükleus ve kinoplast ile 'double dot' görünümü oluşturan dar sitoplazmalı leishmania özelliğinde değerlendirildi. Kan kültürleri NNN besiyerine ekildi ancak üreme olmadı. Leishmania parazitolojisi incelemesinde IFA 1/128 (<1/64) titre de pozitif olarak saptandı. Hasta kliniği, laboratuvar ve kemik iliği biopsisi ile tekrar değerlendirildiğinde, amastigot formlarının gösterilmesi ile Kala-azar tanısı kesin olarak konuldu. Hastaya 3mg/kg/gün dozunda (toplam 1680 mg) lipozomal amfoterisin B (AmBisome) 1-5, 14 ve 21. gün başarıyla verildi. Tedavinin 15. gününde genel durumu, anemisi ve lökopenisi düzeldi. Takiplerinde 2. ayında hepatosplenomegalisi kayboldu. Halen kliniğimize takip edilmektedir.

TARTIŞMA: Vakamızda visseral leishmania tedavisinde lipozomal amfoterisin B (AmBisome) tedavisini etkinliği ve güvenilirliği açıkça görülmüştür. Ülkemiz şartlarında pentavalan antimon bileşiklerini bulunmaması ve tedarik edilmesinin zor olduğundan dolayı, maliyeti yüksek olmasına rağmen lipozomal amfoterisin B tedavisi tercih edilebilir.

P050

YANIMDAKİ DÜŞMAN! DOKTORLAR İÇİN MESLEKİ RİSK: HEPATİT B

¹Nazan Karaoğlu, ²Arif Hakan Demirel, ²Ayşe Hilal Eskici, ²Ali Ulvi Öngören, ²Mehmet Ali Karaoğlu

¹Selçuk Üniversitesi Kampüs Sağlık Merkezi, Konya., ²S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara., ³Bilgi Hastanesi, Konya

AMAÇ: Tıp literatüründe Hepatit B ile diğer kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıklar yönünden sağlık çalışanlarının içinde bulundukları riskin büyüklüğüne ilişkin çok sayıda yayın mevcuttur. Bu çalışmalardan bir kısmına ne yazık ki bu riski daha iyi bilmesi gereken sağlık çalışanlarının bu konudaki ihmali gözler önüne sermektedir. Bu risk aynı zamanda sağlık çalışanlarından hastalara olan geçiş de kapsadığından hem sağlık çalışanlarının hem de sağlık hizmeti alanların prosedürlere uygun koruyucu önlemler almaları çok önemlidir. Türkiye Hepatit B açısından orta endemik bölgeler arasındadır ve bu nedenle de Türkiye'de sağlık çalışanları mesleki olarak risk altındadır. Bu çalışmanın amacı bu konuda tıbbi bilgiye sahip olan sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları meslek riski açısından durumlarını, buna karşı aldıkları önlemleri ve korunma yöntemlerine uymalarını değerlendirmektir.

METOD: Bu tanımlayıcı çalışmada %25 tesadüfi örnekleme ile belirli bir hafta süresince Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gece nöbetine kalan gönüllü doktorlara anket uygulandı. Bu anket kişisel bilgiler, vücut sıvıları ile mesleki maruziyet, korunma ve maruziyeti bildirme durumları ile Hepatit B'ye karşı aşı olup olmadıkları ile ilgili sorular içermekteydi.

BULGULAR: Bu çalışmaya 76'si erkek (%58, 9) ve 53'ü kadın (%41, 1) olmak üzere toplam 129 doktor katılıma gönüllü oldu. Bu doktorlar cerrahi ve dahili branşlar olmak üzere sınıflandığında 78'i (%60, 5) cerrahi branşta, 51'i (%39,5) dahili branşta çalışmaktaydı. Çalışmanın yapıldığı hastanenin bir eğitim hastanesi olması sebebiyle asistanlar ve uzmanlar nöbete kalmaktaydı. Çalışma grubundaki doktorların 93'ünü (%72, 1) asistanlar, 36'sını (%27,9) uzmanlar oluşturmıştı. Doktorların ortalama yaşı 30, 31±5, 62 yıl, meslekte geçirdikleri yıl ortalaması ise 5.74±5.86 yıl olarak belirlendi. Doktorların büyük kısmı (%88, 4, n=114) en azından bir kez vücut sıvıları ve kan ile mesleki maruziyet olduğunu belirtmişti. Bu mesleki maruziyet cerrahi branşlarda dahili branşlarda çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek iken (p<0, 05), Hepatit B enfeksiyonu geçirme ve Hepatit B'ye karşı aşılanma oranları açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu (p>0, 05). Hemen hemen çalışmaya katılanların tamamına yakını (%93,8, n=121) çalışırken eldiven giydiklerini ifade ederken %85,3'ü (n=114) aşı takvimine uygun şekilde Hepatit B aşısı olmuştu.

SONUÇ: Bu çalışma, çalışmadaki doktorların yüksek oranda vücut sıvıları ve kan ile teması içeren yaralanmalarla karşılaşmalarını göstermektedir. Çalışmadan çıkarılan iyi sonuç ise bu doktorların kendilerini ve hastalarını koruma önlemleri açısından dikkatli ve sorumlu davranıyor olmalarıdır.

P051

KÖR MUKOZA BİYOPSİSİ SAYESİNDE ERKEN TANI KONULAN VE TAM İYİLEŞEN BİR MUKORMİKOZİS OLGUSU

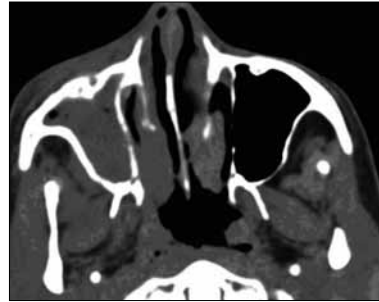
¹Serhan Vahit Pişkinpaşa, ¹Sibel Aşçıoğlu, ¹Selçuk Dağdelen, ⁴Burçe Mocan Özgen, ⁴Sevta Arıkan, ⁴Umut Akyol

¹Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Infeksiyon Hastalıkları Ünitesi, ⁴Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ⁵Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Ünitesi, ⁶Hacettepe Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı, ⁷Hacettepe Üniversitesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, ⁸Hacettepe Üniversitesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

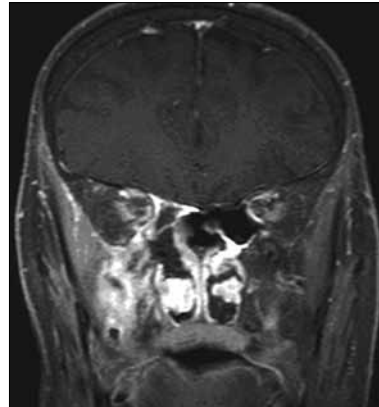
Mukormikozis diyabetik ketoasidoz, nötropeni, immünsupresif ilaç kullanımı gibi durumlarda ortaya çıkan nadir bir invazif fungal enfeksiyondur. Rinoserebral tutulum sıkıdır. Radyolojik olarak gösterilen kemik yapılarla destrüksiyon ve endoskopik olarak gösterilen doku nekrozu tanıya çok yardımcıdır.

OLGU: 40 yaşında bayan hasta sağ maksiller ve orbital bölgede şişlik, kızarıklık, başağrı şikayeti ile Hacettepe Üniversitesi Acil Servisine başvurdu. Onbeş gün önce dış merkezde sinüzit tanısı ile amoksisilin-klavulanat tedavisi başlanmasına rağmen şikayetleri ilerlemiş. Beş yıldır bilinen Diabetes Mellitus nedeni ile düzensiz glisemide ve metformin kullanmakta ve kontrole gitmemekteymiş. Fizik muayenesinde sağ maksiller ve orbital bölgede yaygın kızarıklık, şişlik ve ısı artışı mevcuttu. Işık refleksi bilateral doğal, kraniyal sinirler intakt olarak tespit edildi. Plazma glukozu 403 mg/dl, idrar ketonu 80, arteriyel kan gazında pH: 7.11, pCO₂: 7.4 mmHg, HCO₃: 2.3 mmol/L saptandı, diyabetik ketoasidoz tanısıyla uygun tedavi başlandı. Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ maksiller ve etmoid sinüslerde tama yakın havalanma kaybı, kemik yapıda erozyon saptanması üzerine invazif mantar enfeksiyonu ön tanısıyla hastaya lipozomal amfoterisin B başlandı. Orbitanın MR görüntülemesinde sağ paranasal sinüslerde yoğun protein içerikli sinyal değişikliği, sağ retromolar alanda inflamatuvar infiltrasyon ve milimetrik fokal apse saptandı. Tani ve tedavi amaçlı endoskopik sinüs cerrahisi yapıldı, sağ maksiller sinüsten püy aspire edildi, mukozal kalınlaşmalar görüldü, nekrotik mukoza saptanmadı. Bu nedenle KBB tarafından fungal enfeksiyon değil bakteriyel sinüzit düşünüldü ve mukozal biyopsi yapılmadı. Fakat hastanın öyküsü ve radyolojik bulgularının mukormikozis açısından çok anlamlı olması nedeniyle KBB bölümüyle tekrar değerlendirildi ve önceki endoskopide makroskopik bulgu olmamasına rağmen işlemi tekrarlanması ve sağlam görünen sinüs mukozasından kör biyopsi yapılması konusunda görüş birliğine varıldı. Biyopsi örneklerinin mikrobiyolojik incelemesinde mukormikozis ile uyumlu hifler görüldü. Sıkı glisemik kontrol ile antifungal tedaviye devam edilen hastanın haftalar içerisinde mevcut fizik muayene bulguları ortadan kayboldu, kontrol MR görüntülemesinde bulgulara düzelmeye saptandı. Yaklaşık 8 ay amfoterisin B tedavisi sonrasında radyolojik bulgularının da düzelmesiyle hasta tam olarak iyileşti kabul edilmiştir.

TARTIŞMA: Diyabetik hastalarda mukormikozis sıklıkla hızlı seyirli rinoserebral hastalığa neden olmaktadır. Önceleri hemen daima ölümlü sonuçlanan bu tabloda, günümüzde erken tanı, acil medikal ve cerrahi tedavilere rağmen mortalite ancak %40'lara düşürülebilmektedir. Erken dönemde tipik radyolojik ve endoskopik bulguların görülemeyeceği unutulmamalıdır. Erken tanı ve tedavinin oldukça kritik olması nedeniyle yüksek klinik şüphe varlığında endoskopide sinüs mukozası tam olarak normal görünse bile kör biyopsi mutlaka yapılmalıdır.



Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografi görüntülemesi: Sağ maksiller sinüste tama yakın havalanma kaybı, retroantral bölgede yumuşak doku kalınlaşması, premaksiller bölgede yumuşak doku kalınlaşması.



Orbita manyetik rezonans görüntülemesi: Retroantral ve mastikatör alanda kontrast tutulumu, retroantral doku içerisinde milimetrik fokal apse.

P052

KOLESTAZLA İLİŞKİLİ SEMPTOMLARI STEROİD TEDAVİSİ İLE DÜZELEN HEPATİT A VİRUSA BAĞLI KOLESTATİK HEPATİT OLGUSU

¹Aydın Mazlum, ²Bahadır Ceylan, ³Gürhan Şişman¹Atlas Hastanesi İç Hastalıkları, ²S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, ³S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

Kolestazla seyreden akut hepatit A virus enfeksiyonu bilirubin seviyelerinin > 10 mg olmasıyla birlikte ateş, kaşıntı, kilo kaybı ve diyare ile seyreden bir sendromdur. Bu hepatit formunda serum aminotransferaz seviyeleri düşükken alkalen fosfat (ALP) seviyelerinin yüksek seyrettiği bildirilmiştir. Literatürde kolestazla seyreden akut hepatit A virus enfeksiyonlarında kolestaza bağlı semptomların varlığında steroid tedavisinin semptomları gidermede yararlı olabileceği öne sürülmüştür. Bu yazıda kolestaza bağlı semptomların steroid tedavisi ile hızla gerileyen hepatit A virüsü bağlı kolestatik hepatitli bir olgu sunulmuştur.

Yirmiiki yaşında bayan hasta 1,5 ay önce başlayan halsizlik, bulantı, kilo kaybı (iki ayda 3 kilogram), ciltte sararma ve şiddetli kaşıntı yakınmasıyla başvurdu. Olgu bu yakınmalarla bir hastanede dört hafta süreyle yatırılarak incelenmiş ve akut hepatit A enfeksiyonu geçirdiği söylenmişti. Fizik muayenede cilt ikterikli ve kaşıntıyla bağlı cilt lezyonları vardı. Karaciğer midklavikuler hatta 3 cm palpe ediliyordu. Bunun dışındaki muayene bulguları normaldi. Biyokimyasal incelemede serum alanin aminotransferaz (ALT) 67 Ü/L (normal 0-30), aspartat aminotransferaz (AST) 93 Ü/L (0-31), total bilirubin 14,03 mg/dl, (normal 0,1-1,2), direk bilirubin 5,79 mg/dl (normal 0-0,3), albumin 3,57 gr/dl (normal 3,5-5), globulin 4,43 gr/dl (normal 2,3 - 3,5), ALP 1180 Ü/L (normal 80-360) ve gama glutamil transpeptidaz (GGT) 360 Ü/L (normal 7-30) bulundu. Protrombin zamanı 13 sn (INR 1, aktivite %100)'di. ELİSA yöntemi ile HBsAg, anti-HBs, anti-HBc total, anti-HBc IgM, anti-HCV negatif; anti HAV IgM pozitif. Batın ultrasonografisinde hepatomegali ve karaciğerde birinci derecede dansite artışı vardı. Hastaya şiddetli kaşıntılarına yönelik semptomatik amaçlı olarak günde 40 mg metil prednisolon tedavisi başlandı ve bir hafta bu dozda devam edildikten sonra üç hafta içinde kademeli olarak azaltılarak tedavi kesildi. Olgunun semptomları bir haftada kayboldu. Olgunun steroid tedavisinin başladığı günden itibaren takibindeki biyokimyasal verileri tabloda özetlenmiştir.

Bu olgu kolestazla seyreden akut hepatit A virus enfeksiyonlarında steroid tedavisinin kolestaza bağlı semptomları gidermede etkin bir yöntem olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo .

	AST (Ü/L)	ALT (Ü/L)	Total bilirubin (mg/dl)	Direk bilirubin (mg/dl)	ALP (Ü/L)	GGT (Ü/L)
Birinci gün	93	67	14	5,79	1180	360
Üçüncü gün			10,1	5,06		
Beşinci gün		81	8,8	5,8		
Yedinci gün		111	5,09	2,5		
Dokuzuncu gün		201	5,9	1,7	821	
24. gün		167	2,6	0,69		
40. gün		72	0,85	0,56		
60. gün		35	0,8	1,16	92	

P053

FASCIOLA HEPATICALI OLGU

¹Fusun Erdenen, ¹Yasin Kocaöz, ¹Selçuk Ergen, ²Bahadır Ceylan, ²Mazaffer Fincancı, ³Hande Yardımcı, ³İşıl Yalçın¹S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları, ²S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, ³S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji

Fasciola hepatica infestasyonunun klinik bulguları ateş, karın ağrısı, hepatomegali ve eozinofilidir. Kesin tanı parazit ve yumurtalarının safrada saptanması ile konur. Yumurtalar nadiren dışkıda bulunur, ancak yumurtaların görülmemesi teşhisi dışlamaz. Tanıda bir yöntem de parazit antikorlarının serolojik olarak kanda gösterilmesidir. Bu yazıda kolestaz enzimlerinde yükselme ve eozinofili nedeniyle incelenip serolojik yöntemle Fasciola hepatica infestasyonu tanısı konulan bir olgu sunuldu.

Yirmibeş yaşında erkek hasta bir ay önce başlayan karın ağrısı, ishal, halsizlik nedeniyle başvurdu. Günde 3-4 defa sulu, kanlı, müküsüz dışkılama öyküsü vardı. Fizik muayenede vücut ısısı 37,5° C' di, karaciğer midklavikuler hatta 3 cm palpe ediliyordu ve traube alanı kapalıydı. Biyokimyasal incelemede gama-glutamyl transpeptidaz 681 Ü/L (normal 0-55) ve alkalen fosfat 531 Ü/L (normal 52-171) bulundu. Serum aspartat transaminaz, alanin transaminaz, bilirubin, albumin, kreatinin düzeyleri ve protrombin zamanı normaldi. Kan sayımında lökosit 13200/mm³, serum C-reaktif protein 2,8 mg/dL, sedimentasyon hızı 40 mm/saat idi. Periferik kan yaymasında nötrofil %29, lenfosit %27, monosit %4 ve eozinofil %40 bulundu.

Batın ultrasonografisinde karaciğerde hypo-izoekoik, birleşmeye eğilimli nodüllere bağlı hererojenite vardı ve karaciğer longitudinal uzunluğu 162 mm, dalak boyutu 137 mm' di. Dinamik trifazik bilgisayarlı tomografide kövrülineer ve lineer hipodens çizgilenmelerle çok sayıda, en büyüklüğü 2-3 cm çapında çok sayıda hipodens nodüler lezyonlar görüldü. Lezyonlar kontrastsız kesitlerde hipodensite ve kontrast

madde verildikten sonra üç fazda da (hepatik arteriyel, portal venöz ve denge fazı) kontrastlanma göstermiyorlardı. Batın ve pelvis manyetik rezonans incelemesinde karaciğer içinde multifokal lokalizasyonda perfüzyon anomalisi ve konverjans gösteren safra yollarına ait kistik dilate görünüm saptandı. Manyetik rezonans kolanjiyopankreatikografi incelemesi normaldi.

ELİSA yöntemiyle Entamoeba histolytica, Toxocara canis ve indirekt hemaglutinasyon yöntemiyle Echinococcus granulosus antikorları negatif bulundu. Üç ayrı günde yapılan dışkı incelemesinde parazit ve parazit yumurtası görülmedi. Kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisinde eozinofil artışı dışında patoloji yoktu. Olgunun takibinde 37,5 °C' yi geçmeyen ateş ve dispepsi yakınması oldu. İndirekt floresan antikor yöntemiyle Fasciola hepatica antikor düzeyi 1/160 titrede pozitif bulununca tek doz 750 mg Triclabendazole oral yolla verildi. Olgunun tedavi sonrası bir ayda yakınmaları kayboldu; üç ayda ALP ve GGT düzeyleri normale indi ve altı ay sonra üst batın bilgisayarlı tomografisinde lezyonların kaybolduğu görüldü.

Karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk, eozinofili ve ateş yakınması olan olgularda Fasciola hepatica gibi karaciğeri tutan parazitler de akla gelmelidir düşüncesindeyiz.

Tablo .

	Mutlak eozinofil sayısı	AST (Ü/L) (normal 0-35)	ALT (Ü/L) (normal 0-45)	ALP (Ü/L)	GGT (Ü/L)
1. gün	5280	23	34	531	681
2. ay	4240	32	40	127	45
3. ay	1332	46	93	81	48
6. ay	400	17	18	56	27

P054

DAHİLİYE KLİNİKLERİNDE İZLENEN HASTANE İNFEKSİYONLARI VE İNFEKSİYON KONTROL ÖNLEMLERİNİN ÖNEMİ

Saniye Yıldırım, Seyhan Aktaş, Gürdal Yılmaz, İftihar Köksal, Halil Kavgacı

KTÜ Tıp Fak. Farabi Hastanesi, Trabzon

GİRİŞ: Hastalarda hastaneye başvurduktan 48-72 saat sonra gelişen ve başvuru anında inkübasyon döneminde olmayan veya taburcu olduktan sonra 10 gün içinde ortaya çıkan enfeksiyonlara hastane enfeksiyonları (HI) denir. Bu enfeksiyonlara bakıldığında ilk sırayı idrar yolu enfeksiyonları (İYE), bakteremiler, kateter enfeksiyonları, ve pnömoniler oluşturmaktadır. Bu çalışmada hastanemiz dahiliye kliniklerinde oluşan hastane enfeksiyonları ve etkenlerinin dağılımının irdelenmesi amaçlanmıştır.

METOD: Çalışma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesinde Ocak 2005- Aralık 2006 tarihleri arasında İnfeksiyon Kontrol Komitesi surveyans verilerine göre yapılmıştır.

Hastane Enfeksiyonu (HI) : Enfeksiyon sayısı/hasta yatış günüX1000formülleri kullanılarak hesaplanmıştır.

BULGULAR: Çalışmamızda, dahiliye kliniklerinde yatan hastalar 55292 yatış günü takip edildi. Toplam 217 HI tespit edilirken, HI hızı 3.9 bulundu. HI'lerin dağılımı incelendiğinde; 85 (%39.2) bakteremi, 69 (%31.8) İYE, 44 (%20.3) kateter, 7 (%3.2) pnömoni, 7 (%3.2) yumuşak doku ve 5 (%2.3) diğer enfeksiyonlar olarak saptandı. (Tablo 1)

Tablo 1:

Dahiliye klinikleri arasında HI'ler en sık KİT ünitesi ve Genel Dahiliye servislerinde görüldü. (Tablo 2)

Tablo 2:

Etkenlerin dağılımı incelendiğinde; Gram negatif mikroorganizmaların %72.7, Gram pozitifler %23.4, Funguslar ise %3.8 sıklıkta görüldü. Söz konusu olan servislerde yaptığımız el yıkamaya uyum gözlemleri çalışmalarında; el yıkama endikasyonlarında %8-26 arasında uyum tespit edildi. En çok el yıkama klinik endokrinoloji servisi iken en az el yıkama Genel Dahiliye servisinde saptandı. Sağlık çalışanlarından alınan el kültürlerinde ise %68 Gram negatif mikroorganizmalar üretti. Ayrıca, kateter uygulamalarında bariyer önlemlerine uyulmadığı, pansumanların uygun sürelerde ve uygun şekilde yapılmadığı, temizlik-dezenfeksiyon ilkelere yeterince uyulmadığı ve idrar torbalarının açık sistem olup hastane zeminine temas ettiği gözlemlendi.

SONUÇ: Hastanemiz Dahiliye kliniklerinde hastane enfeksiyon hızı dünya standartlarına göre yüksektir. Bu yükseklik özellikle immün yetmezlikli hastaların yattığı kliniklerde ön plana çıkmaktadır. Enfeksiyon Kontrol Komitesi olarak sebepler irdelendiğinde sağlık çalışanlarının hastane enfeksiyonu kontrol önlemlerine uymadığı saptanmıştır. Özellikle el yıkama oranları çok düşük bulunmuştur. Bu nedenle HI oranlarımızı azaltmak amacıyla eğitim çalışmaları planlanmıştır.

P055

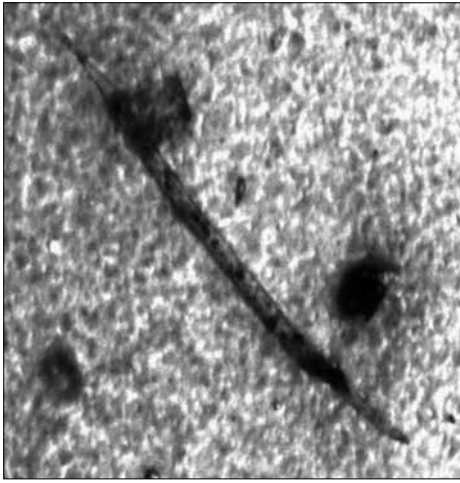
TÜRKİYE'NİN GÜNEYİNDEN BİR SKROTAL FİLARYAZİS OLGUSU

²Nursel Çalık Başaran, ²Sibel Aşçıoğlu, ³Ayşegül Taylan Özkan,¹Gülay Sain Güven¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Dahiliye Ünitesi, ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları Ünitesi, ³Refik Saydam Hıfızsızlıha Merkezi Parazitoloji Ünitesi

GİRİŞ: Filariasis, artropodlarla taşınan filarial nematodlar grubuna ait solucanların insan vücuduna girerek derin dokular, lenfatik sistem veya vücut boşluklarında yerleşmesi sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Sıklıkla kol, bacak, skrotum ve memeleri tutarak lenfanjit ve lenfadenit tablosuna yol açar. Filarial nematodlar tropikal bölgelerde endemik olarak görülmektedir. Ülkemizde Culex veya anofel tipi sivrisineklerle taşınan Wuchereria bancrofti ile bildirilen sporadik vakalar mevcuttur. Olgu Sunumu: Mersin'de

yaşayan 52 yaşında bir erkek hasta üç buçuk ay önce skrotumunun aniden şişmesi ve ağrı olması nedeniyle yaşadığı yerde doktora başvurmuş. Önceden bilinen herhangi bir hastalığı olmayan hastanın ateşi, skrotal bölgede ülser veya akıntı şikayetleri olmamış. Üşüme, titreme, gece terlemesi ve kasıklarında ağrısı yakınması olan hasta başka bir hastanede Üroloji ve Dermatoloji bölümleri tarafından değerlendirilmiş, skrotal abse tanısıyla antibiyotik tedavisi verilmiş. Hasta tedaviden fayda görmemesi üzerine hastanemize başvurdu. Fizik muayenede, skrotumun ileri derecede ödemli, hiperemik, skrotal derinin kalınlaşmış ve ısı artışının olduğu görüldü. Hastanın tam kan sayımı ve kan biyokimyası, alkalen fosfataz ve gama glutamil transferaz enzimlerindeki hafif düzeyde yükseklik dışında normal, eritrosit sedimentasyon hızı 60mm/st idi. Hastaya yapılan skrotal ultrasonografide hidrosel ile uyumlu görünüm vardı. Hastanın öyküsü sorgulandığında şikayetlerinin başlamasından yaklaşık üç ay önce Alanya'da ırmak kenarında otururken uyluğun iç yüzünü bir sivrisineğin ısırığı ve çok ağrısının olduğu öğrenildi. Hasta, fizik muayene ve şüpheli öyküsü nedeniyle filariasis ön tanısıyla tetkik edilmek üzere hospitalize edildi. Hastadan gece 2200, 2400, 0200, 0400 saatlerinde kalın damla, ince yayma ve serolojik test için kan örnekleri alındı. Örnekler Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Parazitoloji bölümü tarafından incelendiğinde mikrofilaryalar görüldü (Şekil1). Hastaya dietilkarbamezin tedavisi verilmesi planlandı ve hasta ilacını yurt dışından temin etmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA: Filariasis etkenlerinden önde gelen Wuchereria ve Brugia türleri başlıca Afrika ve güney Asya'da endemiktir ve milyonlarca insanı tehdit etmektedir. Bu vakada Akdeniz bölgesinden köken alan bir filariasis enfestasyonu anlatılmıştır. Enfeksiyonun seyri sırasında parazitin kandaki varlığı periyodiklik gösterdiğinden çoğu zaman gece saatlerinde alınan örneklerin mikroskopik olarak titizlikle incelenmesi sonucuyla tanı konulabilmektedir. Literatüre bakıldığında Türkiye'de 2006 ve 1986 yıllarında 2 Wuchereria enfeksiyonu ve 2003 yılında bir Onchocerca enfeksiyonu bildirilmiştir. Ülkemizde nadir görülen bir enfeksiyon olması nedeniyle akla gelmeyen filariasisin, açıklanamayan lenfodemi olan hastalarda düşünülmesi gerekmektedir. Halk sağlığı önlemi olarak da hastalığın kaynak bölgelerinin tespit edilip kontrolünün de sağlanması şarttır.



Şekil 1. Mikroflarya

P056

İMMUNOSUPRESİF BİR HASTADA AKCİĞER NOKARDİYOZO

¹Seyit Mehmet Kayacan, ¹Sezai Vatansever, ¹Ramazan Kurt, ¹Aytaç Karadağ, ²Sinan Varol, ¹Ayşe Serra Uçar, ³Deniz Bahar Akgün, ¹Mustafa Demirtürk, ¹Murat Köse, ¹Vakur Akkaya, ¹Osman Erk, ¹Kerim Güler

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Acil Dahiliye Birimi, İstanbul, ²Istanbul Üniversitesi, Kardiyoloji Enstitüsü, İstanbul, ³Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

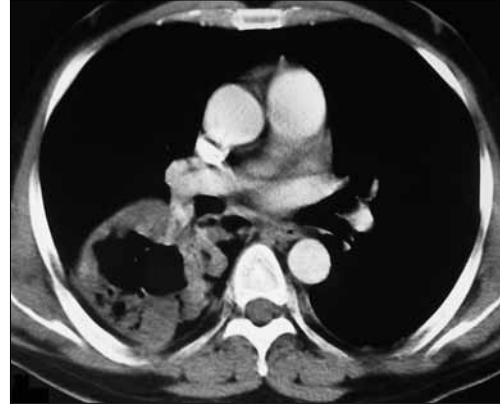
Pulmoner nokardiyoz, nadir görülen bakteriyel enfeksiyonlardan olup; özellikle hücreli immünitenin bozulduğu durumlarda görülür. Subakut ve asemptomatik seyir gösterdiği için asemptomatik olabileceği gibi, ateş ve kuru öksürükle de bulunabilir. Sıklıkla soliter pulmoner nodül görünümünde radyolojik imaj gösterir. Immunsuprese hastada nokardiyaya bağlı akciğer apsesi sunulacaktır.

OLGU: 29 yaşındaki erkek hasta, ateş yüksekliği, öksürük, halsizlik yakınmaları ile başvurdu. 6 aydan beri fokal segmental glomeruloskleroz tanısıyla 80 mg/gün metilprednisolon tedavisi kullanan hastada 18 gün önce ateş yüksekliği, öksürük yakınması ile gittiği sağlık merkezinde pnömoni teşhisi ile moksisfloksasin tedavisi başlandı. Yakınmaları geçmeyince acil polikliniğimize gelen hastanın fizik muayenesinde; ciltte steroid kullanımına bağlı akneiform lezyonlar, solunum sistemi muayenesinde vibrasyon torasik sağ orta-alt alanda artmış, aynı bölgede kaba krepatasyonlar ve ronküsler duyuldu. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Laboratuvar incelemelerinde lökosit 16100 µ/L, nötrofil 14200 µ/L, C-reaktif protein 229 mg/L, kreatinin 1.7 mg/dl, arter kan gazında pH 7.52, pCO2 32 mmHg, pO2 51 mmHg, sO2 %87, HCO3 29 mmol/L saptandı. Akciğer grafisinde sağda hava sıvı seviyelenmesi gösteren kavitasyon (Resim 1) saptanması üzerine akciğer apsesi düşünülerek çekilen toraks bilgisayarlı tomografide apse görünümünden ziyade kavite içinde enfeksiyon, hava bronkogramı (Resim 2) saptandı. Renal dozda piperasilin-tazobaktam tedavisi verilmeye başlandı. Balgam kültüründe nokardia kolonileri saptandı. Bronşial lavaj sıvısında ön planda nokardia düşündürülen PAS, EZN ve Gram (+) boyanma gösteren filamentöz yapılar görüldü. Ateşi kesilen, balgami azalan, öksürüğü devam eden hastada nefrotoksikite riski nedeniyle trimetoprim-sülfametoksazol tedavisi başlanmayıp, mevcut antibiyoterapi ile takip edilmesi planlandı. Halen tedavisine devam edilmektedir.

İmmünkompetan hastalarda nadir görülen enfeksiyon etkenlerinden olduğu için sunduğumuz vakada, özellikle uzun süreli öksürük, ateş yakınmaları olan immünkompetan hastalarda nokardia enfeksiyonu da düşünülmesi, fatal metastatik serebral apseler için incelemelerde bulunulması, prevansiyon olarak kaviter akciğer hastalığı olan immunsuprese insanların erken ayrırcı tanısıyla disseminasyonu sınırlama amacı güdülmelidir.



Akciğer grafisi



Toraks bilgisayarlı tomografi

P057

BİR KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ OLGUSU

¹Seyit Mehmet Kayacan, ¹Sezai Vatansever, ¹Ayşe Serra Uçar, ¹Ramazan Kurt, ¹Mustafa Demirtürk, ¹Osman Akgün, ¹Osman Erk, ¹Vakur Akkaya, ¹Aziz Hamidi, ³Dilek Kayacan, ¹Aytaç Karadağ, ¹Kerim Güler

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Acil Dahiliye Birimi, İstanbul, ²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, ³Sağlık Bakanlığı, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), Nairovirus grubundan viruslerden kaynaklanan akut başlangıçlı mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Kene ısırığı ve enfekte hayvan ya da kişinin salgıları ile temasta geçebilir. Burada ateş, bilinç bulanıklığı, purpura, lökopeni, trombopeni, hepatit, koagülasyon bozukluğu ve azot retansiyonu ile karakterize bir KKKA olgusu sunulacaktır.

OLGU: Altmışyedi yaşında, Sivas'lı erkek hasta ateş, uyuklama ve şuur bulanıklığı şikayeti ile başvurdu. Beş senedir diyabetik olan hastada ateş ve uykuya meyil nedeniyle beş gün önce pnömoni ve hiperglisemi tedavisine başlanmış. Lökopeni, trombositopeni ve AST, ALT yüksekliği görülünce ve genel durumu düzelmemeye tarafımıza yönlendirilmiş. Geldiğinde bilinci açıkta ama koopere değildi. Ağız içerisinde yaygın hemorajik buller, her iki alt ekstremite distalde peteşiyal döküntüler vardı, ateşi 39 °C idi. Lökosit: 2200/mm3, nötrofil: 1500/mm3, lenfosit: 500/mm3, trombosit: 11000/mm3, AST: 1751 IU/L, ALT: 589 IU/L, LDH: 2471 IU/L, GGT: 222 IU/L, kreatinin: 2.2 mg/dl, CRP: 127 mg/L, PT: 15.2", aPTT: 68.5", INR: 1.30 bulundu. Ön tanımlar sistemik viral enfeksiyon, DİK, sepsis ve yaşadığı coğrafi bölge itibarıyla Kırım Kongo kanamalı ateşiydi. Hemokültür ve idrar kültürü alındı. Trombosit süspansiyonu ve taze dondurulmuş plazma replasmanı başlandı. Hepatit belirteçleri negatifti. Periferik kan yaymasında bilobuler nötrofiller ve hafif granülasyon kaybı, tekli ve ikili trombositler görüldü. Ertesi gün AST: 3560 IU/L, ALT: 1068 IU/L, lökosit: 2300/mm3, trombosit: 9000/mm3 oldu. Başlangıçta kene ile temas hikayesi alınamamışken yakınları hastanın bir hafta önce kene tarafından ısırıldığını ancak hasta önemsemediği için kendilerinin de ancak yeni haberleri olduğunu belirttiler. Kan ve serum örnekleri alınarak empirik ribavirin (ilk gün 2000 mg, 2. gün 4x200 mg) başlandı. Tedavinin ikinci gününde hematüri ve melena başladı, bilinci kapandı. Bu arada PCR ile KKKA tanısı teyid edildi. CK: 70000 IU/l ve kreatinin 6.0 mg/dl oldu. Dördüncü günde alt GİS kanama nedeniyle kaybedildi.

Ülkemizde KKKA açısından riskli olan bölgelerde ateş, bilinç bulanıklığı, hemorajik diyetez, hepatit bulguları olan hastalarda bu hastalık mutlaka akla gelmelidir. Zira genellikle multisistem tutulum olmadan erken dönemde başlanacak ribavirin tedavisi hayat kurtarıcı olabilir.

P058

OLGU SUNUMU: IGA KAPPA MYELOM

Rahşan Gül, Fatma Alibaz Öner, Mehmet Emin Pişkinpaşa, Mecdi Ergüney

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Multipl myelom (MM), kemik iliği ve ekstraskeoz dokuların plazma hücreleriyle infiltrasyonuyla karakterize, neoplastik klonal bir hastalıktır. Immunglobulin (lg) yapacak tek bir klonun çoğalması, aynı yapıda tek bir lg üretimi, sekresyonuna yol açar. Bu tek tip lg 'M' proteini olarak isimlendirilir. Serum M komponenti hastaların %53 ünde IgG, %25 inde IgA, %1 inde IgD tipindedir. Nadir olarak birden fazla M proteini oluşur. En sık kombinasyon IgA ve IgG (%33), bunu IgM ve IgG (%24) izler.

OLGU SUNUMU: 63 yaşında erkek hasta; halsizlik, bel ağrısı yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenesinde; ateşi 37,2°C, tansiyonu 140/90 mm Hg, solunum sesleri 16/dk, nabız 60/dk, solunum sesleri doğaldı. S1, S2 ritmik, ek ses yoktu, batin muayenesinde özellik yoktu. Lokomotor sistem muayenesinde bilateral alt ekstremitelerde ağrı nedeniyle hareket kısıtlılığı mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde eritrosit sedimentasyon hızı 121 mm/saat, hemogloblin 9 gr/dl, hemotokrit %28, lökosit 4100/mm³, trombosit 205000/mm³, üre 60 mg/dl, kreatinin 1.8 mg/dl, kalsiyum 9, 3 mg/dl, total protein 10, 5 gr/dl, albumin 2.8 gr/dl, globulin 7.7 gr/dl. İdrarda bence jones proteini negatif idi. IgA 5250 mg/dl, IgG 283 mg/dl, IgM 141 mg/dl idi. Serum protein elektroforezinde monoklonal gamapati saptandı. Serum IgA ve kappa hafif zincir düzeyi yüksek saptandı. İdrar protein elektroforezinde kappa hafif zincir tespit edildi. Pelvis ve kafa grafilerinde zımba deliği şeklinde litik lezyonlar vardı. Kemik iliği biyopsisinde %22 IgA kappa klonalitesi taşıyan %22 plazma hücresi saptandı. Bir majör iki minör kriterle IgA kappa tipi multiple myelom tanısı kondu (Tablo1).

SONUÇ: MM sıklıkla 50-70 yaşları arasında görülür. 40 yaştan önce nadirdir. Ağrı, başlangıçtan itibaren en belirgin semptomdur. Litik kemik lezyonları veya osteopeniye bağlı kompresyon kırıkları ağrının nedenidir. Kilo kaybı, anemi, osteoporoz diğer sık görülen bulgulardır. Omurga en sık tutulum yeridir. Radyolojik olarak karakteristik olan litik kemik lezyonları keskin sınırlı, çoğul, zımba deliğine benzer görüntü verirler. Artmış kemik hücre yıkımı sonucu hiperkalsemi, hiperürisemi olabilir. Serum fosforu renal tutulum olmadığı sürece normal sınırlardadır. MM'lu hastalarda böbrek yetmezliğinin en sık sebebi myelom böbreği ve hiperkalsemidir. MM hastalarının %15 inde sekonder amiloidozis gelişebilir. MM da hiperviskozite sendromu; M proteininin fiziksel özelliğine bağlı olarak beyin, göz, böbrek, parmalarda kapiller kan dolaşımının engellenmesi, bu organlarda işlev bozukluğu olması ile ortaya çıkar. Hiperviskozite sendromu IgA tipi MM da ve/veya paraprotein konsantrasyonu 5gr/dl'nin üzerinde olanlarda daha sıktır. MM'un tedavisine ilk tercih melfalan + prednizolondur. Remisyona giren hastalarda alfa interferon kullanılır. Melfelana rezistan ise VAD (vinkristin, adriablastin ve deksametazone kombinasyonu) kullanılır. Vakamız; hem daha nadir görülen IgA/kappa tipi multipl myelom olgusu olması, hem de IgA düzeyi 5 gr/dl'nin üzerinde olmasına rağmen hiperviskozite sendromunun olmaması nedeniyle sunulmuştur.

Tablo .

Major kriterler

1. Doku biopsisinde plasmasitom tanısı
1. Kemik iliğinde %30 dan fazla plazma hücresi
2. Serum ve/veya idrarda protein elektroforezinde monoklonal gammopati (IgG>3, 5 gr/dl, IgA>2 gr/dl, idrarda bence-jones proteini>1 gr/gün

Minör kriterler

1. Kemik iliğinde plazma hücresinin %10-30 arasında olması
2. Monoklonal gammopati (IgG<3, 5 gr/dl, IgA<2 gr/dl)
3. Litik kemik lezyonları
4. Hipogamaglobulinemi

* Tanı için bir majör+ bir minör veya 3 minör gereklidir.

P059

GEÇİCİ İSKEMİK ATAĞA İLE TROMBOSİT HACMİNİN İLİŞKİSİ

¹Hakan Cinemre, ¹Feyzi Gökosmanoğlu, ¹Cemil Bilir, ¹Mustafa Çalışkan, ¹Yıldız Değirmenci

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

AMAÇ: Trombosit hacminin büyüklüğü geçici iskemik atak ve iskemik inme için ek bir risk faktörü olabilir. İskemik hastalıkların gelişimine neden olan birçok risk faktörleri dışında büyük trombosit volümleri de iskemik hastalık gelişimini artırabilir. Bu çalışmanın temel amacı ortalama trombosit hacminin (MPV) geçici iskemik atak ve sağlıklı kişiler arasındaki ilişkisinin değerlendirilmesidir.

MATERYAL VE METOD: Üniversitemiz acil birimine başvuran, nöroloji kliniği servisine geçici iskemik atak ötanisiyla yatırılan ve takiplerde geçici iskemik atak tanısı konulan 47 hasta, kalp ve sistemik hastalığı olmayan, herhangi bir iskemik hastalık geçirmeyen veya iskemik hastalık açısından bilinen bir risk faktörü bulunmayan sağlıklı 83 kişi çalışmaya alındı. Geçici iskemik atak tanılı hastalarında bilinen bir sistemik hastalığı yoktu, iskemik hastalıklar için risk faktörleri olan ve takiplerde ek hastalıkları tespit edilen hastalar çalışmadan çıkarıldı. Hastaların trombosit hacimleri, trombosit sayıları, yaş ve cinsiyetleri değerlendirildi. Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesi unpaired t testi kullanılarak yapıldı, testin güvenlik aralığı (95%confidence interval) ve anlamlılık p<0.05 idi.

BULGULAR: Bu çalışmada geçici iskemik atak tanısı alan hastalar ile kontrol grubu kişilerin ortalama trombosit sayıları, trombosit sayıları, yaş ve cinsiyet ile ilgili bilgileri tablo-1'de gösterilmiştir. Geçici iskemik atak tanılı hasta grubunun ortalama trombosit hacimleri (9.377±0.2051 fl) kontrol grubuna (8.726±0.1121 fl) göre ileri derecede anlamlı (p= 0.0029) bulundu. Geçici iskemik atak tanılı hasta grubunda trombosit sayıları (223.2 ± 10.39x10³/µl) ile kontrol grubunun trombosit sayılarına (233.3 ± 9.328x10³/µl) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık (p=0.4935) yoktu. Geçici iskemik ataklı hastaların yaş ortalaması 62.1±3.2, kontrol grubunu kişilerin yaş ortalaması 63.3±4.1 idi, geçici iskemik ataklı hastaların %46.98'i kadın, %53.01'i erkek ve kontrol grubunun %44.68'i kadın, %53.31'i erkekti, iki grup arasında yaş ve cinsiyet olarak istatistiksel anlamlı farklılık yoktu (p=0.46, p=0.63).

SONUÇ: Geçici iskemik atak tanısı konulan hastalarda ortalama trombosit hacmi kontrol grubuna göre daha yüksek saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Trombosit hacminin büyüklüğü iskemik serebrovasküler hastalıklar açısından ek bir risk faktörü olabilir.

Tablo 1. Geçici iskemik atak tanısı konulan hastalarla sağlıklı kontrol grubunun trombosit volümü, trombosit sayısı, yaş, cinsiyet özellikleri

	Geçici iskemik atak	Kontrol grubu	P değeri
MPV	9.377±0.2051 fl	8.726±0.1121 fl	0.0029
Trombosit sayısı	223.2 ± 10.39x10 ³ /µl	233.3 ± 9.328x10 ³ /µl	0.4935
Yaş	62.1±3.2	63.3±4.1	0.46
Cinsiyet	21 olgukadın (%46.98)	39 olgu kadın (%44.68)	0.63

P060

MAKSİLLER SİNÜSTE PLAZMOSİTOMLA SEYREDEN BİR NONSEKRETUVAR MULTİPLE MYELOM OLGUSU

¹Gülfidan Çakmak, ¹Mesut Ayer, ¹Mustafa Yenigün, ¹Melek Öktün, ¹Esra Ataoğlu, ¹Levent Ümit Temiz, ¹Zuhal Aydan Sağlam

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

66 yaşında, bayan hasta, göğüs ve tüm vücutta yaygın ağrı yakınması ile başvurdu. Fizik muayenesinde konjonktiva solukluğu ve dilde atrofi dışında belirgin bir özellik yoktu.

Laboratuvar tetkiklerinde; Hb: 10g/dl, Hct: 27%, MCV: 83 fl, trombosit: 193.000/mm³, sedimentasyon: 94 mm/saat, albümin: 3.78 mg/dl, globulin: 4.22 mg/dl, LDH: 1500 IU/l, diğer biyokimyasal parametrelerinde özellik yoktu. İdrar incelemesinde; dansite: 1030, proteinüri yok ve mikroskopisi normaldi.

Görüntüleme amacı ile yapılan incelemelerinde; bilgisayarlı toraks tomografisi normal idi, bilgisayarlı batin tomografisinde; görüntü alanına giren tüm vertebralarda, sakrumda ve iliac kanatlarda yaygın, litik karakterde, yer yer korteksi destrüktüre ederek kemigin dışına taşma gösteren metastatik yumuşak doku kitelleri saptandı.

Kemik iliği biyopsisinin incelenmesi ve immunhistokimyasal çalışma sonucunda saptanan bulgular Multipl Myelom Ig G Lambda ile uyumlu bulundu.

Yaygın kemik tutulumu ile beraber maksiller sinüste plazmositom olan multipl myelomlu vakamızı literatür eşliğinde sunmak istedik.

P061

FAKTÖR X EKSİKLİĞİ: OLGU SUNUMU

Cemal Bes, ¹Fatma Paksoy, Esat Namal, Turgay Ulaş, Emine Gültürk, Fatih Borlu

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Faktör X hemostazda intrinsek ve ekstrinsek yollardaki ortak bir proteaz olup K vitaminine bağlı bir pıhtılaşma faktörüdür. Faktör X eksikliği, pıhtılaşma faktörlerine bağlı defektler arasında en nadir görülenidir. Görülme sıklığı 1/500.000'den daha azdır. Cerrahi operasyon sonrası durdurulamayan kanama nedeniyle başvuran ve faktör X eksikliği tanısı koyduğumuz bir olguyu sunduk.

OLGU: 29 yaşında erkek hasta, inguinal herni operasyonu sonrası insizyon yerinden sızıntı şeklinde kanama olması ve kanamanın durdurulamaması üzerine hastanemize sevk edilmiş. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Fizik muayenede; soluk görünümü, TA: 100/60 mmHg, nabız: 100/dk, sağ inguinal bölgede insizyon yerinde 3-4 cm açıklık mevcut olup üzerinden sızıntı şeklinde kanama ve çevresinde ekimotik alan mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde hemogloblin: 9.0 g/dl, hemotokrit: 26.1 %, MCV: 89.3 fl (N: 80-99 fl), trombosit sayısı: 262000 /uL, lökosit: 6700 / uL, protrombin zamanı: >120 sn (N: 9.9-12.8 sn), aktive parsiyel tromboplastin zamanı: 95.1 sn (N: 26-40 sn), INR >10, kanama zamanı: 6 dk, fibrinojen: 758 mg/dL (N: 212-488 mg/dL) bulundu. Üre, kreatinin, karaciğer enzimleri, albumin, globulin, demir, ferritin, folik asit ve vitamin B12 düzeyleri normal bulundu. Üç kez bakılan gaitada sindirim testlerinde de bir özellik bulunmaması üzerine ön planda malabsorbsiyona bağlı K vitamini eksikliği düşünüldü. Yapılan mixing testten sonra koagülasyon parametreleri normale dönmesi üzerine koagülasyon faktör düzeyleri istendi. Faktör II: %109.3 (N: %70-120), Faktör V: %89.3 (N: %70-140), Faktör VII: %168.5 (N: %50-150), Faktör IX: > %152 (N: %50-150), Faktör X: %5, 2 (N: 70-120), von Willebrand Factor: %164.8 (N: %50-150) saptandı. Hastaya faktör X eksikliği tanısı kondu. Aile anamnezinin olmaması ve daha öncesine ait bir kanama diyetizi bulunmaması nedeniyle faktör X eksikliğinin akiz olduğu düşünüldü. Klinik ve laboratuvar bulguları düzelene kadar günlük taze donmuş plazma (TDP) tranfüzyonu yapıldı. Tekrar kanaması olmayan hasta poliklinik takibi önerisiyle taburcu edildi.

TARTIŞMA: Faktör X eksikliği nadir görülen bir hastalık olmasına rağmen protrombin zamanı ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı uzamış olan her hastada akla gelmelidir. Acil şartlarda TDP tedavisi başlanmalı. Yanıtsız hastalarda alternatif tedavi olarak protrombin kompleks konsantresi, insan faktör VIIa konsantresi ve K vitamini denenmelidir. Ülkemiz şartlarında faktör X düzeyi bakan merkez sayısı çok az olduğu için hastaların, tanı ve çeşitli tedavi seçeneklerinin verilebileceği bir hematoloji merkezine yönlendirilmesi uygun olacaktır.

P062

AKUT BRUSELLOZA BAĞLI FEBRİL NÖTROPENİ OLGUSU

¹Cemal Bes, ¹Emine Gültürk, ¹S. Kerem Okutur, ¹Fatma Paksoy, ²Melihat Cengiz, ¹Fatih Borlu

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği, ²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Büyük Enfeksiyon Kliniği

GİRİŞ: Febril nötropeni brusella enfeksiyonunun nadir görülen hematolojik komplikasyonlarından biridir. Pansitopeni ve febril nötropeni tablosuyla akut lökoze taklit eden atipik bir akut bruselloz olgusunu sunuyoruz.

OLGU: 29 yaşında erkek hasta, 2 haftadır devam eden halsizlik, kilo kaybı ve yüksek ateş şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik bulunmayan hastanın fizik muayenesinde soluk görünümü, TA'i 90/50 mmHg, nabız 110 /dk, ateş 39,3 °C, batında dalak kot altını 2 cm geçiyordu. Laboratuvar tetkiklerinde pansitopeni ve transaminazlarda yükseklik saptandı (Tablo 1). Batın USG'de

dalak 16 cm bulundu (splenomegali). Febril nötropeni ön tanısıyla kültürleri alındıktan sonra hastaya meropenem 1gr 3x1 IV tedavisi başlandı. Periferik yayma incelemesinde; anizopoikilositoz, hipokromi, nötrofil ve trombosit sayısı azalmış bulundu. Kemik iliği normoselülerdi ve atipik hücreye rastlanmadı. Bunun üzerine lökoz tanısından uzaklaşıldı. Hastanın ateşi antibiyoterapinin 5. gününde hala yüksek ve ondulan bir seyir gösterdiğinden anamnez derinleştirildi. Taze köy peyniri yeme alışkanlığı olduğu öğrenildi. İstenen brusella tüp aglütinasyon testi 1/2560'ta (++++) bulundu. Bunun üzerine hastaya, akut bruselloza bağlı febril nötropeni tanısı kondu ve meropenem stoplanarak doksisisiklin 200 mg/gün + streptomisin 1 gr/gün İM tedavisi başlandı. Bu tedavinin 4. gününde ateşi düştü ve tekrar yükselmedi. Kan kültüründe 10. cu günde Brusella Melitensis üredi. Tedavinin üçüncü haftasında tam kan sayımı ve biyokimya değerleri normal sınırlara geriledi (Tablo 2). Tedavisi ayaktan 6 haftaya tamamlanmak üzere taburcu edildi. Tedavi bitiminden 6 ay sonra kontrole geldiğinde gayet sağlıklıydı ve laboratuvar değerlerinde bir anormallik tespit edilmedi. Hasta 6 ayda bir poliklinik takibine alındı.

TARTIŞMA: Bruselloz ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkeler için önemli bir sağlık problemidir. Multisistemik bir hastalık olduğundan değişik semptom ve bulgularla karşımıza çıkabilir. Bruselloza bağlı kemik iliği supresyonu olağan bir hematolojik komplikasyon olmasına rağmen febril nötropeni çok nadir görülür. Sonuç olarak febril nötropenin etyolojisi araştırılırken bruselloza akla getirilmeli ve buna yönelik serolojik testler istenmelidir.

Tablo 1.

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası
Lökosit	1090 /uL (*N: 4500-10500 / uL)	5600 /uL
Nötrofil:	380 / uL	3350 /uL
Hemoglobin:	6,8 g /dl (N: 11.0-18 g /dl)	12,6 g /dl
Hematokrit %:	21,9 % (N: 35-60 %)	37,0 %
Trombosit:	96000 /uL (N: 150000-450000 /uL)	210000 uL

Tablo 2.

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası
Üre:	19 mg/dl (*N: 10-50 mg/dl)	10 mg /dl
Kreatinin:	0,6 mg /dl (N: 0-1, 5 mg /dl)	0,5 mg /dl
Aspartat Amino Transferaz (AST) :	126 U/l (N: 5-34 U/l)	30 U /l
Alanin Amino Transferaz (ALT) :	67 U/l (N: 0-55 U/l)	44 U /l
Lactat dehidrogenaz (LDH) :	597 U/L (N: 125-243 U/L)	235 U /l
Kalsiyum:	7.2 mg /dl (N: 8.0-10.4 mg /dl)	8.0 mg/dl
Protrombin zamanı:	14.5 /sn (N: 10-12.9)	12.5 /sn

P063**HODGKİN LENFOMA İLE OTO-İMMÜN HEPATİT VE LİKEN PLANUS BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU**

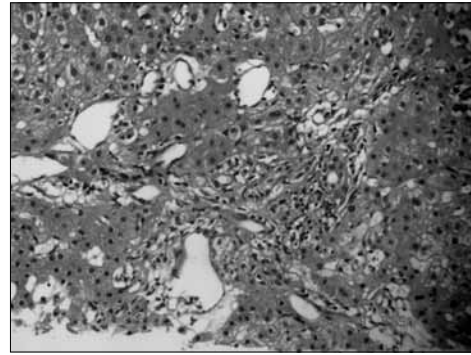
¹Zeki Aydın, ¹Ahmet Akın, ¹Didem Aydın, ¹Esmâ Türkmen, ¹Seda Akkaya, ¹Muharrem Koçar, ²Aylin Ege Gül, ¹Rahmi İrmak, ¹Mustafa Yaylacı

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Dahiliye Kliniği, ²Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

GİRİŞ: Hodgkin lenfoma, lenfatik sistemin monoklonal olarak gelişen malign bir hastalıktır. Malign lenfoma ile oto-immun hastalık birlikteliği nadir görülmektedir. Ve çoğu difüz large B cell lenfoma ile romatolojik hastalıkların birlikteliği şeklindedir. Tek başına veya diğer romatolojik hastalıklarla birlikte sjögren sendromu en sık görülen oto-immun hastalıktır.

OLGU: Yirmibeş yaşında erkek. Üç aydır devam eden halsizlik, gece terlemesi, kilo kaybı ve boynun sol ön tarafında şişlik şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede ağrısız, lastik kıvamında çok sayıda servikal lenfadenopati (LAP) 'ler palpe edildi. Yapılan boyun ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografide solda daha belirgin olmak üzere bilateral servikal zincir boyunca uzanan en büyüğü 4 cm çapa ulaşan multipl LAP pakeleri saptandı. Bunun üzerine yapılan LAP eksizyonel biyopsisi mikst sellüler Hodgkin lenfoma (HL) (Evre IIB) ile uyumlu bulundu. Evreleme amaçlı yapılan toraks ve batin BT'de 20 cm splenomegali dışında bir özellik saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde; Lökosit 3900, PNL %77, Lenfosit %12, Hb 11 gr/dl, trombosit: 78 000, ALT: 172 U/L, AST: 213 U/L, GGT: 126 U/L (N: 11-49), ALP: 200 U/L (N: 0-129), sedimantasyon 89 mm/sa saptanması üzerine bakılan HBsAg, anti HCV, Anti HAV IgM ve Anti HBC IgM (-) bulundu. ANA ve ASMA (+) saptanması ve transaminaz - kolestaz enzimlerinde yükseklik olması nedeniyle yapılan karaciğer perkutan ponsiyon biyopsisinde oto-immun hepatit (OIH) ile uyumlu bulgular (Resim 1) saptandı. Ciltteki kaşıntılı hiperpigmente lezyonlar (Resim 2) da diğer bir oto-immun hastalık olan liken planus (LP) olarak değerlendirildi. Hastaya HL tedavisi için radyoterapi, OIH tedavisi için ise oral kortikosteroid başlandı. Kortikosteroid tedavisinin 1. ayında karaciğer enzimlerinde düşme ve LP lezyonlarında gerileme gözlemlendi.

TARTIŞMA: Malign lenfomalarda oto-immun hastalıkların birlikteliği değişik serilerde %6-8 arasında bildirilmiştir. Büyük çoğunluğu 5. dekadteki kadın hastalar oluşturmaktadır. Non-hodgkin lenfoma (NHL) 'da sistemik oto-immun hastalık birlikteliği, Hodgkin lenfomadan daha sıktır. Hodgkin lenfomada başlıca oto-immunité gelişimi hastalığın tedavisinden sonra olmaktadır, NHL' da ise çoğunda lenfoma tanısından önce oto-immun hastalık vardır. Oto-immun hastalıkların lenfoproliferatif hastalıklardan predispoze ettiği düşünülmektedir. Otoimmuniteden T hücre fonksiyonlarının azalması sitotoksik T hücre aktivitesinin azalması, reed Stenberg hücrelerinden yada reaktif lenfoid / plazma hücre popülasyonundan otoantikör ve sitokin üretiminin artması sorumlu tutulmaktadır. Oto-immun tiroitid, HL ile en çok birlikte görülen oto-immun hastalıktır. Literatürde sadece bir bayan hastada NHL ve oto-immun hepatit birlikteliği ve başka bir hastada da liken planus NHL birlikteliği bildirilmiştir. Hodgkin lenfomada çok nadir olsa da iki ayrı oto-immun hastalığın birlikte olabileceğini vurgulamak için olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

**Resim 1. Karaciğer ponsiyon biyopsisi (HEX400).****Resim 2. Portal alanda iltihabi hücre infiltrasyonu, hafif fibroz ekspansiyon; sağ ön kolda hiperpigmente liken planus lezyonu.****P064****FENİTOİN TEDAVİSİNE BAĞLI TROMBOSİTOPENİ**

Fatih Yılmaz, Mesut Ayer, Hayriye Esra Ataoğlu, Süleyman Ahbab, Gülnar Gülaçtı, Faik Çetin, Levent Ümit Temiz, Mustafa Yenigün

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İlaç tedavisine bağlı hematolojik yan etkiler sık olarak görülmemektedir. Ancak ortaya çıkabilecek potansiyel riskler nedeniyle kan hücre sayılarındaki değişiklikler önem taşımaktadır. Spesifik olarak trombositopeni de kanama riskinin artmasına neden olmaktadır. Genellikle epilepside kullanılan fenitoin tedavisine bağlı trombositopeni nadir ancak hayatı tehdit edebilecek bir yan etki olması sebebi ile bu vakayı sunduk.

OLGU: 15 yaşında genç bayan hasta. Son 1, 5-2 aydır sabahları olan baş ağrısı, baş dönmesi şikayetlerinin olması nedeni nöroşirürji polikliniğinde görülmüş. Tetkik için kraniyal manyetik rezonans (MR) çekilmiş. MR incelemesinde intraventriküler yer kaplayan kitle saptanmış ve ileri tanı/tedavinin belirlenmesi için operasyon planlanarak nöroşirürji kliniğine yatırılmış. Yatış sırasında yapılan kan sayımı sonuçları normal saptandı. (Lökosit: 5300 /mm³ Hgb: 14, 0 gr/dl, Htc: 41,6 %, Plt: 353000 /mm³). Rutin biyokimyasal parametrelerinde patoloji saptanmadı. Özgeçmişinde ve soy geçmişi önemli özellik yok. Fizik muayene bulguları doğal, organomegali saptanmadı. Hastaya nöroşirürji servisinde, profilaksi amacıyla, fenitoin (Epdantoin tb 3x1) tedavisi başlanmış ve 2 hafta süreyle devam edilmiş. Hastanın, tedavi altında, operasyon öncesinde alınan kontrol kan sayımında trombosit sayısı 9000/mm³ (diğer sayımlar normal) olması nedeni ile konsülte edilmiş ve tetkik ve tedavi amacıyla iç hastalıkları servisine alınmıştır. Hastanın muayenesinde son günlerde, ara ara olan burun kanaması olduğu öğrenildi. Yapılan periferik yaymada trombosit sayısı 10.000/mm³ olarak değerlendirildi. Periferik yaymada atipik hücre görülmedi. Lökosit ve eritrosit morfolojisi doğaldı, fragmentasyon görünümü yoktu. Anti-trombosit antikor negatifti. HBV, HCV test sonuçları negatifti. Fizik muayene bulguları normal seyretti. Periferik dolaşım bozukluğu, varis, ödem gibi bulgular yoktu. Batin USG normal saptandı. Elde edilen bulgular sonucu hastada trombositopeni yapabilecek hematolojik ve immün nedenler dışlandı. Hipersplenizm bulguları görülmedi. Bu bulgular sonucu ilaca bağlı trombositopeni düşünüldü ve fenitoin dozu azaltılarak kesildi. Fenitoin kesildikten sonra trombosit değerleri artmaya başladı. 3. gün sonunda trombosit sayısı 63.000/mm³, birinci hafta sonunda 300.000/mm³ oldu. Herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve hasta operasyon için tekrar nöroşirürji servisine devredildi.

Bu tedaviyi almakta olan hastalarda kan sayımının takibi önemlidir. Trombositopeni, ilacın kemik iliği supresyonu ve/veya trombositlere karşı antikor oluşumu ile gelişmektedir. Tedavide öncelikle fenitoin tedavisi kesilir. Antikor aracıklı immün olaylarda tedavi olarak immunsupresif tedavi (steroid, IVIG vb.) tedavisi faydalıdır.

P065

KANSER TEDAVİSİ GÖREN OLGULARDA AKUT MYELOİD LÖSEMİ GELİŞİMİ HER ZAMAN İKİNCİL MİDİR?: 2 OLGU SUNUMU

¹Bermet Junushova, ¹Fahri Şahin, ²Nazan Özsan, ²Taner Akalin, ²Mine Hekimgil, ²Osman Zekioğlu, ³Canfeza Sezgin, ³Bülent Karabulut, ¹Güray Saydam

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı, ²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, ³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Bilim Dalı

Akut myeloid lösemi (AML), solid kanser tedavisi gören hastalarda, kemoterapi ve/veya radyoterapiyi takiben de belirli bir süre sonra gelişebilmektedir. Bu durumda, sitogenetik incelemelerde bazı anormalliklerin birincil AML'de daha belirgin olarak görülmesi, hem ayırım açısından hem de prognozu belirleme açısından katkıda bulunabilmektedir. Bu çalışmada, daha önceden solid organ kanseri tanısıyla izlenen ve tedavi/takip altında olan 2 olguda gelişen AML, literatür verileri eşliğinde tartışılmaktadır.

OLGU 1: MY, 46 yaşında bayan hasta, 1998 yılında meme kanseri nedeniyle sağ parsiyel mastektomi ve akabinde adjuvan kemoterapi ve radyoterapi ile tedavi edilmiş. Remisyonunda kabul edilerek 2004 yılına kadar tamoksifen ile tedavisi devam edilmiş. Ekim 2004'de karaciğerde infiltrasyonu saptanan olgu ikinci hat olarak karboplatin ve paklitaxel ile tedavi edilmiş. Remisyonunda izlenirken yaklaşık 1 yıl sonra, hemogram tetkikinde pansitopeni saptanmış. Kemik iliğinde blastik hücre infiltrasyonu saptanması üzerine yapılan akım sitometrisi ve immunohistokimyasal boyamalar akut myeloblastik lösemi tanısını doğrulamış. Sitozin arabinozid ve antrasiklin kombinasyonu ile tedavisi başlanan olgunun sitogenetik ve RT-PCR ile yapılan incelemelerde inversiyon 16 (inv 16) varlığı saptanmış. Remisyon indüksiyon tedavisinin 15. gününde yapılan kemik iliği kontrollerinde remisyon saptanan olguya ardışık olarak 3 kez yüksek doz sitozin arabinozidle konsolidasyon tedavisi yapılmış olup, halen remisyonunda idame tedavisi altında izlenmektedir.

OLGU 2: NK, 48 yaşında bayan hasta, 1986 yılında sinovyal sarkom nedeniyle opere olmuş ve radyoterapi uygulanmış. 2004 yılında sağ omuzundaki kitle nüksü olması üzerine tekrar kemoterapi ve radyoterapi uygulanmış. Ocak 2007'de yapılan hemogram tetkikinde pansitopeni tespit edilmiş, yapılan kemik iliği tetkikinde akut myeloblastik lösemi saptanmıştır. Sitozin arabinozid ve antrasiklin kombinasyonu ile tedavisi başlanan olgunun sitogenetik incelemelerinde normal karyotip saptanmıştır. Uzunamı nötropeni nedeniyle yapılan kemik iliği biyopsisinde blastik hücre oranlarının değişmediği ve lösemisinin aynen devam ettiği görülmüştür. Bunun üzerine hastaya daha yoğun kemoterapi önerilmiş, ancak hasta deneysel tedaviler için ayakta takip edilmek üzere taburcu olmayı tercih etmiştir. Halen refrakter lösemi tanısıyla ayakta takip edilmektedir.

Sonuç olarak; her iki olgumuzda birincil bir solid organ kanserinin takibi esnasında akut myeloid lösemi geliştirmiş olmasına rağmen, klinik gidişleri ve tedaviye yanıtları oldukça farklı olmuştur. Birinci olguda, iyi prognostik gösterge olarak inv16 varlığının saptanması ve kemoterapi esnasında erken yanıt alınması, löseminin de novo geliştiği fikrinin ortaya atulmasını sağlamıştır. İkincil kanser olarak akut lösemi gelişen olgularda sitogenetik inceleme hem tedaviye yanıt, hem de takip ve yaklaşım açısından oldukça önemlidir ve yapılmalıdır.

P066

PREKÜRSÖR B HÜCRELİ LENFBLASTİK LÖSEMİ/LENFOMA: YAYGIN KEMİK TUTULUMU VE DESTRÜKTİF ARTRİT

¹Kerem Okutur, ²Dilek Argon, ¹Cemal Bes, ¹Fatma Paksoy, ¹Fatih Borlu

¹Mazıdağı İlçe Hastanesi, İç Hastalıkları Polikliniği, Mardin, ²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Servisi, İstanbul, ³Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Polikliniği, İstanbul

GİRİŞ: Prekürsör B hücreli lenfoblastik lenfoma/lösemi (P-BLL); sıklıkla çocuk ve genç erişkinlerde görülen, agresif seyirli ve yüksek grade'li bir hematolojik malignensidir. Çoğunlukla karşımıza lösemi tablosu ile çıkarken %5-10'u lenfoma şeklinde ortaya çıkar. Histopatolojik olarak en sık diffüz büyük hücreli (%45), %10 oranında diffüz mikst tip, %12 oranında ise diffüz immünohistoblastik tipe rastlanır. Genellikle cilt ve lenf bezi tutulumuyla ortaya çıkmaktadır.

OLGU: 17 yaşında erkek hasta yaygın kemik ve eklem ağrıları ile başvurdu. Özgeçmiş, soygeçmiş, alışkanlıklarında herhangi bir özellik bulunmayan hastanın FM' sinde soluk, kaşektik görünüm, ateş 39°C, her iki alt ekstremitede kas atrofisi, diz, dirsek ve bileklerde şişlik, sağ diz ve ayak bileğinde ısı artışı mevcuttu. Kardiyovasküler ve solunum sistemi ile batin muayeneleri doğal, organomegali ve lenfadenopati yoktu. Tetkiklerinde WBC: 3500/mm³, hb: 10, 8 g/dl, hct: %34.3, platelet: 264.000/mm³, ESR: 115mm/saat, periferik yaymada nötrofil: %46, lenfosit: %47, monosit: %7. Biyokimyasal tetkiklerinde ALP: 193 U/L, Total protein: 7.4gr/dl, Albumin: 4.6 g/dl, Globulin: 2.8 g/dl, IgG: 1302 mg/dl, IgM: 22 mg/dl, IgA: 113 mg/dl, Ca: 11.7 mg/dl (N: 8-10.4), P: 3.6 mg/dl (N: 2.3-4.7), 25-OH-vit D: 18 ng/ml (N: 10-50), PTH: 22 pg/ml (N: 15-65) idi.

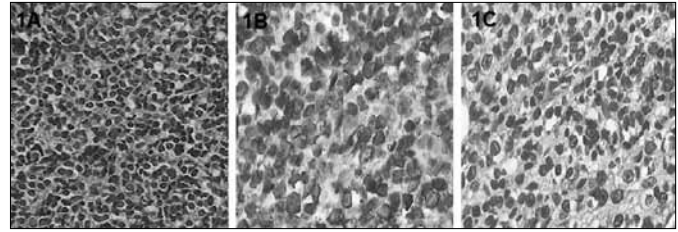
Kemik iliği biyopsisi ve femur suprakondiler alan ve medial malleoldan alınan kemik biyopsisi sonucu prekürsör B-hücreli lenfoblastik lenfoma/lösemi infiltrasyonu ile uyumlu küçük yuvarlak hücreli malign tümörü infiltrasyonu; CD3 (-), CD79a (-/+), CD20 (+), CD10 (+), CD99 (-), TdT (+); KI-67 ile proliferatif indeks %60-70 olarak bulundu (Resim 1A-C).

Radyolojik incelemelerde hastanın diz, ayak bileği, dirsek ve omuz eklemlerinde diafiz, metafiz ve epifizleri tutan litik lezyonlar, özellikle her iki diz ekleminde destrüksiyon, yaygın osteoporoz ve patolojik kırıklar bulunduğu görüldü (Resim 2A-C).

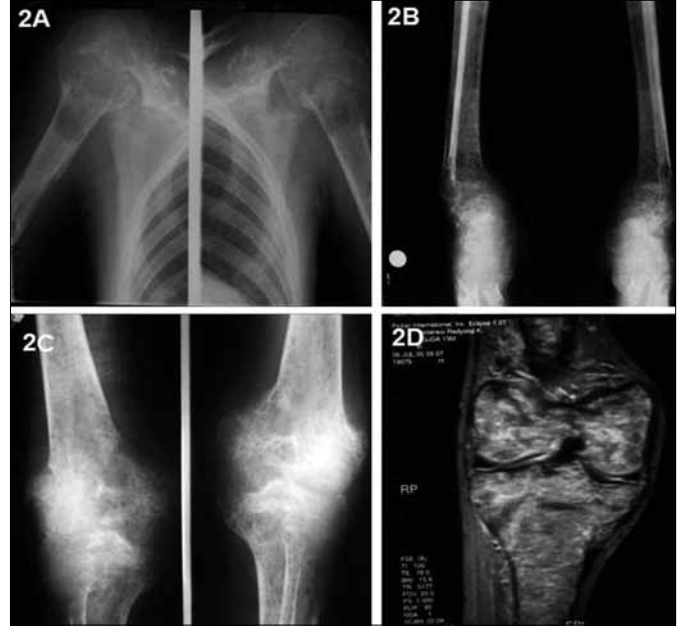
Sağ diz MR görüntülemesinde infiltrasyonu bağlı femur distalinde metafiz-epifiz kesimde femur shaft'ı ve epifiz arasında uyumsuzluk (epifizyoliz), femur diafizinde anteriora kayma ve medial menisküs dejenerasyon saptandı (Resim 2D).

Hastaya indüksiyon kemoterapisi olarak Hyper-CVAD rejimi başlandı. Yaygın kemik ağrıları büyük ölçüde azalan, artrit bulguları kaybolan ve remisyon giren hastaya hyper-CVAD B tedavisi başlandı. MSS profilaksisi için intratekal metotreksat uygulandı. Ancak hasta yatışının 8. haftasında sepsis nedeniyle kaybedildi.

SONUÇ: P-BLL'de kemik tutulumu nadirdir, literatürde yaygın kemik ve eklem tutulumuyla seyreden tek bir P-BLL vakası bildirilmiştir. Ayrıca tanıma mantile-cell lenfoma [TdT (+)'tir] ve Ewing sarkomu [CD79 (-), CD99 (+)'tir] düşünülmemelidir. Kemoterapiye cevabın iyi olması P-BLL'nin diğer agresif lenfomalardan ayırt edici bir özelliği olduğundan kesin ve hızlı tanı çok önemlidir. Bu nedenle, seyrek görülmesine karşın yaygın kemik lezyonları olan hastalarda P-BLL'nin da akıld tutulması gerektiğini düşünüyoruz.



Resim 1. Tümör hücrelerinin histolojik özellikleri: **A.** Nükleus konturları düzensiz, ince kromatinli, dar sitoplazmalı blastik hücreler (H&E, x200); **B.** CD20 (+) sitoplazmik membranöz boyanma (x400); **C.** TdT (+) nükleer boyanma (x400).



Resim 2. Kemik ve eklem tutulumunun radyolojik görünümü: **A.** Omuz eklemlerinde deformasyon; **B.** Her iki femurda litik lezyonlar, osteoporoz, diz eklemlerinde deformasyon; **C.** Diz eklemlerinde şiddetli destrüksiyon; **D.** Sağ diz MR görüntülemesinde blastik infiltrasyon.

P067

MULTIPLE MYELOMA BAĞLI MAKSİLLER TUTULUM SONRASI GELİŞEN AKUT LÖSEMİ; OLGU SUNUMU

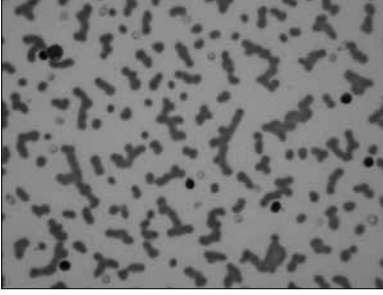
Feyzi Gökosmanoğlu, Hakan Cinemre, Cemil Bilir

Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Multiple myelom, immünglobulin sekrete eden plazma hücrelerinin malign bir klonunu meydana getiren, transformasyona uğramış B lenfoid progenitor hücrelerinin proliferasyonunun neden olduğu, kemik iliğini infiltre eden plazma hücrelerinden kaynaklanan, yaşlı popülasyonun neoplastik bir hastalığıdır. Multiple myelom (MM) tüm kemik tümörlerinin %27'sini oluşturur ve bu oran ile kemik en sık görülen malign tümördür. Lokalize ya da yaygın iskelet sistemi ağrılarının eşlik ettiği kemik tutulumları karakteristiktir. MM, genellikle kafatası, klavikula, vertebra, pelvis gibi yassı kemikleri tutar. MM'da oral bulguların ortaya çıkması, hastanın ileri dönemde olduğuna işaret eder.

60 yaşında kadın hasta molar diş bölgesinde şişlik, dişeti kanaması, çenede ağrı ve halsizlik şikâyetleri ile kliniğimize başvurdu. Olguya diş kliniğinde 1 haftalık antibiyotik verildi, ancak yanıt alınmadı. Muayenede; genel durumu orta, bilinç açık, koopere, konjunktivalar soluktu. Vital bulgular; TA: 110/60 mmHg, NB: 90 atım/dk, A: 36.4°C, oral mukozada ikinci molar diş bölgesinde kanamalı şişlik görüldü, diğer sistemler doğaldı. Laboratuvar; WBC: 11.2 mm³, PNL: %60.1 Lenfosit: %30, Monosit: %8.3, Eozinofil: %1.6, Bazofil: %0, RBC: 3.150.000 mm³, Hgb: 8.01 g/dl, Hct: 26.4, MCV: 79.2 fL, Trombosit: 110.000 mm³, Sedimentasyon 97mm/saat, Kreatinin: 1.3 mg/dl, ALT: 36 U/L, AST: 42 U/L, LDH: 510 U/L, T.Protein: 7.51 g/dl, Albümin: 2 gr/dl, Na: 132 mmol/L, K+: 5.30 mmol/L idi. Olgu kliniğimizde daha önce myeloma tanısı almıştı, ve melphalan ile prednizolon kemoterapisi verilmişti. Takiplerde olgunun molar diş bölgesinde şişlik, çenede ağrı gelişmesi nedeniyle kliniğimize geldi, oral bölgeden insizyonel biyopsi alındı. Biyopside, iri hiperkromatik, pleomorfik çekirdekli, eozinofilik sitoplazmalı hücreler ve immunohistokimyasal incelemelerde de tümoral infiltrasyonda yaygın CD-38 pozitifliği olan hücreler gözlemlendi, myelomun maksiller tutulumu olarak değerlendirildi. Diş merkezde lokal radyoterapi almak için olgu ileri bir merkeze gönderilmişti. Olgu oral tutulumdan 1 ay sonra burun ve dişeti kanamasıyla üniversitemiz acil birimine müracaat etti. Hemogramda; WBC: 28.2 mm³, PNL: %10, Lenfosit: %30, Monosit: %50, Eozinofil: %4.1, Bazofil: 5.9, RBC: 2.150.000 mm³, Hgb: 7.01 g/dl, Trombosit: 11.000 mm³ ve periferik yayma; silme plazma hücreleri olduğu görüldü (Resim 1), çevre kanı flow sitometrik inceleme ile bu hücrelerin plazma hücreleri olduğu görüldü. Olgunun sekonder plazma hücreli lösemi olduğu düşünüldü.

Sonuç olarak multiple myelomlu olgular oral mukozada ve çene kemikleri tutulumu ile gelebileceğinden hastaların muayenesinde oral mukozanın dikkatlice değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca oral tutulum hastalığın ileri evrelerinde görülmesi nedeniyle lösemiye dönüş açısından dikkatli olunmalı ve sekonder plazma hücreli lösemilerin tedavi cevabı çok düşük olması nedeniyle oral tutulumu olan olgular myelom evresinde hemen agresif tedaviye alınmalıdır.



Resim 1. Periferik yayma: Yaygın plazma hücreleri görülmekte.

P068

PAROKSİSMAL NOKTÜRNAL HEMOGLOBİNÜRİ, TALASEMİ TAŞIYICILIĞI VE B12 VİTAMİN EKSİKLİĞİ SAPTANAN BİR OLGU

Emel Gönüllü, Pınar Tarkun, Abdullah Hacıhanefioğlu

Kocaeli Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı

Son birkaç yıldır halsizlik, eforla beraber nefes darlığı, ara ara olan cilt renginde ve gözlerinde sararma yakınması olan 42 yaşında erkek hasta 2005 mayıs ayında hematoloji polikliniğine başvurmuş. Hastanın fizik muayenesi normal olarak değerlendirilmiş. Hastanın bu dönemde yapılan hemogramda Hb: 10.6 gr/dl MCV: 90 fl Lökosit sayısı: 6730 / μ l Trombosit: 224.000 / μ l saptanmış. Periferik yaymada polikromazik eritroid seri elemanları görülmüş ve başka atipik hücre görülmemiş. Ayrıca istenen diğer laboratuvar testlerinde indirekt bilirubin: 1.51 mg/dl LDH: 1255 tam idrar tetkikinde eritrosit tespit edilmiş. Hastada öntanı olarak hemolitik anemi ve dimorfik anemi düşünülerek ayrııcı tanı amaçlı Direkt Coombs, vitamin B12, folik asit düzeyi, ferritin ve glukoz 6 fosfat dehidrogenaz düzeyleri istenmiş. Vitamin B12 düzeyi düşük saptanırken diğer testler normalmiş. Hastaya 10 gün vitamin B12 intramüsküler olarak kullanması ve hemoglobin elektroforezi yaptırması önerilerek kontrole çağırılmış. 10 gün sonraki hemogram değerlerinde düzelle olmamış ve Hb A 2 değeri %4.1 olarak görülmüş. Hasta bundan yaklaşık iki yıl boyunca takiplere gelmemiş. Hasta uzun süreden sonra hematoloji polikliniğine aynı yakınmalarla başvurdu. Hemolitik aneminin nedeni olarak nadir görülmüşüne rağmen paroksizmal noktürnal hemoglobinüri (PNH) olabileceğini düşünülüp CD55 ve CD59 seviyeleri istendi ve diğer laboratuvar parametreleri de tekrarlandı. Bunların sonuçları eskilerine benziyordu fakat hasta önerilen şekilde vitamin B12 kullanmadığı için vitamin B12 seviyesi 150 nin altına düşmüştü. Flowsitometri ile CD 55 ve CD59 ekspresyonu görülmedi ve hastaya PNH tanısı kondu. Hastaya daha sonra tedavi olarak metil prednizolon ve danazol tedavileri başlandı. Fakat bu tedavilerle hemoglobin seviyesinde belirgin yükselme sağlanamadı.

Paroksizmal noktürnal hemoglobinüri kronik hemolitik anemi, trombotik epizotlar, pansitopeni ile karakterize nadir görülen kazanılmış hematopoetik kök hücre hastalığıdır. Eritrositlerdeki bir çok membran protein defektleri gözlenmiştir. (CD55, CD58, CD 59, CD 16, CD 14 gibi) Bu protein eksikliklerinde eritrositler kompleman aracılığı ile zedeleyici hale gelirler. Median survi tanıdan sonra 10 yıl olarak bildirilmiştir. Uygulanan tedaviler genelde desyalektik nitelikte ve kortikosteroid, danazol bazen eritropoetin kullanılabilmektedir.

P069

HABİTUEL ABORTUS NEDENİYLE TAKİP EDİLEN İKİ OLGUDA MTHFR DEFEKTİ: OLGU SUNUMU

Feyzi Gökosmanoğlu, Cemil Bilir, Hakan Cinemre, Mustafa Çalışkan

Düzce Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

Habituel abortus birbirini izleyen en az iki yada daha fazla gebeliğin 20. gebelik haftasından önce spontan olarak sonlanmasıdır. Habituel abortuslar, obstetrikte etyolojik ve prognostik faktör tayininde en yetersiz kalan konulardan biridir. Tekrarlayan düşüklere %68'inde neden idiopatikdir. Gebeliğin başarılı gidişatı için etkili bir uteroplazental dolaşım şarttır ve bu dolaşım hemostaz bozukluklarından etkilenebilir. Bu yüzden maternal trombofililer (Faktör V Leiden, MTHFR defekt, Faktör II mutasyonları, Protein C, Protein S eksiklikleri) obstetrik açıdan önemli patolojilerdir.

30 yaşında (I. trimestirde toplam 7 tane düşük), 28 yaşında (I. trimestirde toplam 5 tane düşük) kardeş iki olgumuz sürekli düşük yapmaları nedeniyle, kadın hastalıkları kliniğinden idiopatik spontan düşük etiyolojisinin dahili nedenlerinin taranması için iç hastalıkları kliniğimizle konsültasyonu istendi. Muayenede; iki olgu da normal olarak değerlendirildi, vital bulguları stabildi. Laboratuvar bulguları, kan sayımı, biyokimyasal parametreler ve hormonal parametreler normal sınırlarda idi. Homosistein 15 umol/L (5-12) 1. olguda, 16 umol/L 2. olguda ve her iki kardeşte de MTHFR C677T heterozigot olarak taşıyıcılığı tesbit edildi, diğer trombofilik nedenlerinde defekt saptanmadı. Her iki olguda gebeliklerinde folik asit ve enoxaparin verildi, 1. olgununun sorunsuz gebeliği oldu ve bir çocuk sahibi, 2. olgu ise 24 haftalık gebeliği sağlıklı bir şekilde devam etmekteydi.

Mutasyon metiltetrahidrofolat redüktaz (MTHFR) enzimini kodlayan gende 677. nükleotid olan Timidin yerine Sitozin gelmesi ile ortaya çıkar (C677T). Bu mutasyon sonucunda oluşan termolabil MTHFR enzimi hiperhomosisteinemiye, homosistein yüksekliği ise tromboz risk faktörü olarak belirtilmektedir. Hiperhomosisteinemi ile gebelik kaybı arasındaki ilişkinin tam mekanizması henüz bilinmemekte, fetusta yapısal ve nörolojik etkiler ya da etkilenmiş kadınlarda trombojenik potansiyelin artması ve tromboz oluşması gibi farklı mekanizmalar ortaya atılmaktadır. MTHFR eksikliği şiddetli hiperhomosisteinemi nedenidir ve bu mutasyon düşük folat seviyeleri ile seyredir, mental retardasyon, iskelet anomalileri, prematür vasküler hastalık ya da tromboz ile sonuçlanabilir. Kanda homosistein düzeyinin yükselmesi nöral tüp defekt, fetal kayıp, plasental abrupsiyon ve plasental enfarkt riskini artırır. Yapılan çalışmalar fetal kaybı olan kadınlarda kontrol grubuna göre homozigot MTHFR prevalansında sınırdan bir yükselme ve fetal kayıpta relatif bir risk artışı göstermiştir. Diyetle folat eklenmesinin gebelik kaybı riskini azaltıp azaltmadığı hala belirgin değildir.

Sonuç olarak habituel abortusların nadir sebeplerinden biride MTHFR defektli olabileceğidir ve tedavi de folik asit, enoxaparin verilmesi gebeliğin devamına olanak sağlayabilir.

P070

LOSARTANIN YENİ TANI HİPERTANSİYON HASTALARINDA TROMBOSİT AGREGASYONU VE HEMATOLOJİK PARAMETRELER ÜZERİNE ETKİSİ: KLİNİK ÇALIŞMA

İrfan Yavaşoğlu, Gürhan Kadıköylü, Mustafa Ünübol, Zahit Bolaman

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Anjiotensin II reseptör blokerlerinin (ARB) antihipertansif etkinliğine ek olarak ateroskleroz ve endotel proliferasyon üzerine olumlu etkileri vardır. ARB grubu ilaçların trombosit agregasyonu üzerine etkinliği tam olarak bilinmemektedir.

AMAÇ: ARB grubundaki losartanın in vivo olarak ADP, kollagen, epinefrin ve ristostetin ile trombosit agregasyonu ve hematolojik parametrelere etkisi bu çalışmada araştırıldı.

MATERYAL VE METOD: Yeni tanı konmuş 19 hipertansiyon hastasına (yaş ortalaması 55±7, 13'ü kadın) losartan 100 mg başlandı. Tedavi öncesi ve tedavinin 2. ayında ristostetin, epinefrin, kollagen, ADP ile trombosit agregasyonu (Chrono-log, 570 blood aggregation systems) ve tam kan parametreleri (Beckman Coulter) çalışıldı. Sitratlı tüplere 20 ml kan alındı. Trombositten zengin plazma (TZP) için 800 rpm de 10 dk santrifüj edildi. Her test için 450 mikrolitre TZP cam tüplere alındı ve TZP küvetine yerleştirildi. Plazması alınan kanlar 4000 rpm'de 10 dk santrifüj edilip trombositten fakir plazma (TFP) elde edildi. 450 mikrolitre TFP alınarak TFP küvetine yerleştirildi. ADP, epinefrin, kollagen 3 mikrolitre, ristostetin 4 mikrolitre ile çalışıldı. Sonuçlar SPSS 11.0 kullanılarak two-paired t testi ile karşılaştırıldı ve p<0.05 değerleri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Tedavi öncesi ADP, epinefrin, kollagen, ristostetin ile trombosit agregasyonu sırasıyla %82±20, %69±24, %93±15 ve %80±18 idi. Tedavi sonrası ise bu değerler sırasıyla %80±13, %63±20, %92±14 ve %63±25 idi. Losartan tedavisi sonrasında her ne kadar tüm parametreler ile trombosit agregasyonunda bir azalma saptandıysa da bu azalma yalnızca ristostetin ile anlamlıydı (p=0.042). Tedavi sonrasında hemoglobin düzeyleri 14±1.6 gr/dl'den 13.4±1.3 gr/dl'ye düşerken (p<0.001), trombosit ve lökosit sayıları ile platelet-crit, ortalama trombosit hacmi ve trombosit dağılım genişliği etkilenmedi (p>0.05).

SONUÇ: Losartan ristostetin ile oluşan trombosit agregasyonu ve hemoglobin düzeyini anlamlı derece azalttı. Losartanın antihipertansif etkisi yanında trombositler üzerindeki agregasyonu azaltıcı etkisi ilacın klinik kullanımında ek yarar sağlayabilir. Daha fazla hastayı içeren çalışmalar ile bu konuda ileri bilgiler elde edilebilir.

P071

NON-HODGKİN LENFOMALARDA YANDAŞ HASTALIK, ÖZ VE SOYGEÇMİŞTE KANSER YOĞUNLUĞU

Gürhan Kadıköylü, İrfan Yavaşoğlu, Mustafa Ünübol, Bilal Acar, Tamer Gün, Zahit Bolaman

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Malign hastalıklarda yandaş hastalıklar prognozu, tedavi ve sonuçlarını etkileyen en önemli faktörlerdir. Lenfomalarda öz ve soy geçmişte kanser yoğunluğunu belirlemesi hastalığın doğasını belirlemeye yardımcı olabilir.

AMAÇ: Bu çalışmada Non-Hodgkin lenfoma (NHL) tanılı hastalarda yandaş hastalıkların yaşam beklentisi üzerine etkisi yanı sıra öz ve soy geçmişte kanser yoğunluğunu araştırıldı.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya, yaş ortalaması 54±17 olan, 56'sı erkek, 96 NHL'li hasta alındı. Charlson yandaş hastalık indeksi (http://www.medalreg.com/qhc/medal/ch11_13/01-13-01-ver9.php3) kullanılarak yandaş hastalık ağırlık indeksi, yandaş durum-yaş ilişkisi ve 10 yıllık yaşam olasılığı araştırıldı.

BULGULAR: Özgeçmişlerinde 4 hastada (%4) kanser öyküsü varken (2 kolon, bir meme ve deri), soy geçmişte değerlendirilmesinde 16 hastanın (%17) arasında kanser öyküsü vardı. (6 akciğer, 4 meme, ikişer deri ve kolon, bir böbrek kanseri ve bir kronik lenfositik lösemi). Charlson yandaş hastalık ağırlık indeksi (Tablo) ortalama 2.5±1 (1-6), yandaş durum-yaş ilişkisi 3.7±1.7 (2-9), ölçülen 10 yıllık yaşam olasılığı %54±34 (0-90) idi.

SONUÇ: NHL'da Charlson yandaş hastalık indeksi hasta sayısını artırılarak NHL'da uluslararası prognostik belirteçler gibi prognoz belirteçleri, evre ve alt grupları da kullanılarak daha doğru yaşam beklentisi verebilir. Bunun yanı sıra hasta grubumuzda soygeçmişte kanser sıklığının yüksekliği de dikkat çekicidir.

Tablo .

Yandaş Hastalık	Ağırlık
Miyokard infarktüsü	1
Konjestif kalp yetmezliği	1
Periferik damar hastalığı	1
Serebrovasküler hastalık	1
Demans	1
Kronik akciğer hastalığı	1
Bağ doku hastalığı	1
Ülser	1
İlimli karaciğer hastalığı	1
Diabet	1
Hemipleji	2
Orta-ağır renal hastalık	2
Uç organ hasarı ile diabet	2
Tüm tümörler	2
Lösemi	2
Lenfoma	2
Orta-ağır karaciğer hastalığı	3
Metastatik solid tümör	6
AIDS	6

P072

MİYELOPROLİFERATİF HASTALIKLARDA QT DİSPERSİYONU

İrfan Yavaşoğlu, Gürhan Kadıköylü, Mustafa Ünübol, Bilal Acar, Tamer Gün, Zahit Bolaman

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Miyeloproliferatif hastalıklarda (MPH) kalp kapak lezyonları, ritm bozuklukları ve ani ölümler görülebilir. Yüzye EKG derivasyonları arasında, QT aralıkları birbirinden farklı olabilir. Derivasyonlar arası QT aralığı farklılığının repolarizasyon heterojenitesinin bir göstergesi olduğu, bunun da ventriküler aritmiler ve ani kalp ölümü için zemin hazırlayıcı elektrofizyolojik bir etken olduğu bilinmektedir.

AMAÇ: Bu çalışmada MPH'da QT dispersiyonunun araştırılması ve ani ölümler üzerinde rolü amaçlandı.

MATERYAL VE METOD: Bu çalışmaya yaş ortalaması 59±11 olan 19'ü kadın 35 MPH'lı hasta ile 55±13 olan 23'ü kadın toplam 41 sağlıklı birey alındı. Hastaların tanıları 19 esansiyel trombositemi, 6'şar polisitemia vera ve miyelofibrozis, 4 kronik miyelosit lösemi idi. QT ölçümünü etkileyebilecek EKG değişiklikleri olan, EKG'de 8 derivasyondan fazla ölçüm yapılmayan, bilinen kalp hastalığı olan, aritmi tehlikesi oluşturabilecek ilaç kullanımı olan kişiler çalışma dışı bırakıldı. Bireylerin QT dispersiyonları, kardiyak atım sayıları saptandı. Katılımcıların 12 derivasyonlu EKG'leri çekildi. EKG'ler, beş dakikalık bir dinlenme süresini takiben birey yatar pozisyonunda iken çekildi. EKG'lerde her bir derivasyonda birbirini izleyen üç kalp döngüsündeki QT aralığı ölçüldü. QT aralığı QRS kompleksinin başından T dalgasının bazal hatla birleştiği noktaya kadar büyüteç yardımıyla çalışmayı yürüten bir araştırmacı ve çalışmanın detayları hakkında bilgisi olmayan başka bir araştırmacı tarafından cetvelle ölçüldü. U dalgası varlığında, QT aralığı, T ve U dalgaları arasındaki eğrinin en alt ucunda sonlandırıldı. Her hastada QT aralığı hastanın kalp hızı dikkate alınarak Bazett formülü ($dQT = QT / \sqrt{R-R \text{ sn}}$) ile düzeltilerek düzeltilmiş QT (dQT) saptandı. dQT dispersiyonu, her hangi bir derivasyondaki en kısa dQT aralığı en uzun dQT aralığından çıkarak hesaplandı.

BULGULAR: MPH'lı hastaların dQT dispersiyonu ortalaması 60±20 milisaneye iken sağlıklı bireylerin 37±16 milisaneye idi ve anlamlı derecede uzundu ($p < 0.001$).

SONUÇ: MPH'da dQT dispersiyonunda anlamlı derecede uzama mevcuttur. dQT dispersiyonunda uzama ve MPH'larda ani ölüm geniş hasta grubunda araştırılmalıdır.

P073

İMMUN TROMBOSİTOPENİK PURPURALI OLGULARIMIZ

Zahit Bolaman, İrfan Yavaşoğlu, Mustafa Ünübol, Gürhan Kadıköylü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: İmmun trombositopenik purpura (İTP) deri ve mukozal kanamalarla seyreden, tanısı diğer trombositopenilerden dışlanarak konulabilen immün kökenli trombositopenidir.

AMAÇ: İTP olgularımızın özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL VE METOD: 2000-2007 tarihleri arasında takibimizdeki yaş ortalaması 42±20 olan 19'ü kadın, toplam 30 hasta değerlendirmeye alındı.

BULGULAR: Hastaların başlıca semptomları %40 peteşi, purpura, %20 kolay morarma ve burun kanaması, %13 gastrointestinal sistem kanaması idi Tanı anında ortalama trombosit sayısı $9000 \pm 4000/\text{mm}^3$ idi. Öykü, tedavi ve takiplerine göre 19 hasta akut, 7 kronik, 4 olgu refrakter olarak değerlendirildi. Hastaların %53'ü başlangıç tedavisi olarak steroid, %20'si steroid ve anti D, %7'si intravenöz gamaglobulin aldı. %27'sine splenektomi uygulandı. Dört refrakter olguya vinkristin, azatiyopurin, siklofosamid, mikofenolat mofetil, danazol tedavileri uygulandı. Bu dört refrakter hastanın ikisine anti-CD20 monoklonal antikor rituksimab verildi. Bunların birinde kısmi yanıt elde edilirken, diğerinde yoktu. Diğer bir hasta da helikobakter pilori eradikasyonu ile tam yanıt elde edildi.

SONUÇ: Hastalarımızda İTP'de ilk tedavide steroid etkili iken kronik-refrakter İTP'de immünsupresif ilaçlar kullanılmıştır.

P074

BİR PSÖDOTROMBOSİTOPENİ OLGUSU

¹Ahmet Yağbasan, ¹Ünsal Akçalı, ¹Mahmut Serbülen İbanoğlu,

²Tülay Özçelik, ²Vildan Özkocaman, ²Fahir Özkalemkas, ²Rıdvan Ali

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Psödotrombositopeni, genelde antikoagülanlı ortamda otomatik hücre sayım cihazları ile yapılan kan sayımı ölçümlerinde trombosit sayısının, gerçek değerinden daha düşük saptanması olarak tanımlanır. Yanlış ölçülen trombosit sayısı, gereksiz laboratuvar tetkiklerine, yanlış tanıya ve çoğu zaman gereksiz tedaviler yapılmasına veya bazı cerrahi girişimlerin gecikmesine neden olabilmektedir.

OLGU: Baş ağrısı, baş dönmesi, şikayetleri ile ilk olarak 2006 ocak ayında bir Sağlık Kuruluşuna başvuran 65 yaşındaki bayan hastanın yapılan tetkiklerinde intrakraniyal anevrizma saptanmış. Hasta aynı merkezde beyin cerrahisi uzmanı tarafından değerlendirilerek operasyonu planlanmıştır. Ancak yapılan periferik hemogramında trombosit değeri $6000/\text{mm}^3$ saptanmış ve 3 ünite trombosit süspansiyonu verilerek daha sonra operasyonun yapılması planlanmıştır. Transfüzyon sonrası trombosit değerleri yine düşük saptanan hasta ileri tetkik ve tedavi için Hematoloji Bilim Dalı polikliniğimize sevk edilmiştir. Ocak 2006 tarihinde polikliniğimize başvuran hastanın yapılan fizik muayenesinde herhangi bir hemorajik diyatez bulgusu saptanmadı ve normal olarak değerlendirildi. Otomatik cihazla yapılan kan sayımında lökosit $11200/\text{mm}^3$, Hb: 13 gr/dl, MCV 94 fl, trombosit değeri $16700/\text{mm}^3$ olarak belirlendi. Hastanın parmak ucu trombosit sayısı $500.000/\text{mm}^3$ olarak ölçüldü. Ethylene-diaminetetraacetic acid'li (EDTA) kandan yapılan periferik yaymasında orta alanlarda trombosit olmadığı, ancak yaymanın kenar kısımlarında yaygın trombosit yoğunluğu görüldü. Yine hastanın parmak ucundan yapılan periferik yaymasında trombosit sıklık ve kümeleşmesinin normal olduğu görüldü. Mevcut klinik ve laboratuvar bulguları ile hasta, EDTA'ya bağlı psödotrombositopeni olarak değerlendirildi. İlgili hekime, hastanın durumu izah eden, trombosit sayımının nasıl yapılması gerektiği bildiren ve opere olmasında hematolojik açıdan sakınca olmadığı belirten resmi belge düzenlendi. Ancak yaklaşık yedi ay sonra Eylül 2006'da hastanın polikliniğimize tekrar "trombositopeni etiyolojisi" değerlendirilmek üzere sevk edildiği görüldü. Hastanın verdiği bilgilere göre preoperatuvar hastayı değerlendiren anestezi hekiminin trombositopeni nedeniyle operasyonu onaylamaması sonucunda opere olamadığı öğrenildi. Hastanın durumunu anlatan ve hematolojik açıdan opere olmasında sakınca olmadığı belirtilen epikriz raporu tekrar düzenlendi.

SONUÇ: Trombositopeni ayırıcı tanısında, olgumuzda da görüldüğü gibi EDTA ve diğer antikoagülanlara bağlı psödotrombositopeniler göz önünde bulundurulmalıdır. Eğer hastada klinik ile uyumsuz trombositopeni ile karşılaşırsa antikoagülan kullanılmadan hazırlanan periferik yayma preparatları incelenmeli; direkt sayım yöntemiyle trombosit sayımı yapılmalı ve kanama zamanı ile kontrol edilmelidir. Bu olguyu sunmamızdaki amaç trombositopeni ile başvuran hastalarda basit bir periferik kan yayma preparatı ile bazen gereksiz iş gücü, para ve zaman kaybından kaçınılabileceğini hatırlatmaktır.

P075

MAKROSİTOZDA AYIRICI TANI: 196 OLGUNUN ETYOLOJİK DEĞERLENDİRİLMESİ

Vahap Aslan

Yunussemre Devlet Hastanesi Hematoloji Kliniği

AMAÇ: Ortalama eritrosit volümünün (OE=MCV) artması olarak tanımlanabilecek makrositoz, klinik uygulamalarda sık karşılaşılan bir sorundur. Hematolojik hastalıklar dışında da karşımıza çıkan makrositozun ayırıcı tanısının yapılmasında güçlükler yaşanabilmektedir. Bu çalışmada hematoloji polikliniğine başvuran ve makrositoz saptanan 196 olgu etyolojik açıdan değerlendirildi.

YÖNTEM: Haziran 2004- Haziran 2007 tarihleri arasında Eskişehir Yunussemre Devlet Hastanesi hematoloji polikliniğine başvuran ve MCV değeri 100 fl'nin üzerinde saptanan 196 hasta çalışmaya alındı. Tüm olgulardan kan sayımı 2 kez çalışıldı. Kan sayımı yanında periferik kan yaymasının mikroskopik incelenmesi, serum vitamin B12 ve folat düzeyi, tiroid hormonları, retikülosit sayısı, HBsAg, Anti-HCV, direkt anti-globulin testi, karaciğer fonksiyon testleri çalışıldı. Bu bulgularla tanı konulamayan olgulara kemik iliği biyopsi ve aspirasyonu, myelodisplastik sendrom (MDS) düşünülen olgularda ise ek olarak sitogenetik çalışma ve immünofenotipleme çalışıldı.

BULGULAR: Olguların MCV ortalaması 106, 4 fl bulundu. Çalışmaya alınan olgularda en sık karşılaşılan etyolojik neden vitamin B12 eksikliğine bağlı gelişen megaloblastik anemi saptandı. 196 olgunun 12-7'sinde (%64,7) vitamin B12 eksikliğine bağlı gelişen megaloblastik anemi saptanırken, 28 olguda (%14,2) kronik karaciğer parankim hastalığı, 18 olguda (%9,1) MDS saptandı. Sekiz (%4,0) olguda hipotiroidi, 4 olguda (%2,0) otoimmün hemolitik anemi, 2 olguda (%1,0) folik asit eksikliği, 2 olguda (%1,0) aplastik anemi saptandı. Makrositoz saptanan 7 olguda (%3,5) etyolojik faktör saptanamadı. MCV değeri vitamin B12 eksikliğine bağlı gelişen megaloblastik anemide 107,7 fl saptandı. Diğer hastalık gruplarında bu değer anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,01$). Serum LDH düzeyi ise vitamin B12 eksikliğinde 2894 U/L (N: 0-250 U/L) ile diğer gruplardan belirgin olarak yüksek bulundu ($p=0.0001$).

SONUÇ: Makrositoz nedeniyle incelenen olgularda en sık saptanan etyolojik neden vitamin B12 eksikliğine bağlı gelişen megaloblastik anemidir. Bu hastalarda serum LDH düzeyi belirgin olarak yüksek saptanmaktadır. MCV değeri yüksek saptanan hastalarda serum LDH değeri de yüksek saptanırsa ilk çalışılması gereken test serum vitamin B12 düzeyi olmalıdır. Makrositoz, kronik karaciğer parankim hastalığı ve hipotiroidi gibi hematoloji dışı hastalıklarda da sık olmamakla birlikte görülebilmektedir.

Tablo .

TANI	n	%	MCV
B12 eksikliği	127	64, 7	107
Kr.Karaciğer Hastalığı	28	14, 2	103
MDS	18	9, 1	104
Hipotiroidi	8	4	102
Hemolitik Anemi	4	2	106
Aplastik Anemi	2	1	101
Folik Asit Eksikliği	2	1	106
İdiopatik	7	3, 5	104

P076**GASTREKTOMİ UYGULANAN HASTALARDA GELİŞEN ANEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**¹Vahap Aslan, ²Hasan Yavuz¹Eskişehir Yunusmüre Devlet Hastanesi Hematoloji Kliniği, ²Eskişehir Yunusmüre Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

AMAÇ: Gastrektomi uygulanan hastalarda anemi klinik uygulamalarda sıkça karşılaşılan bir sorundur. Çalışmamızda gastrektomi uygulanan ve anemi saptanan hastalardaki etyolojik nedenler araştırıldı.

YÖNTEM: Çalışmaya anemi saptanan ve gastrektomi öyküsü olan 48 olgu alındı. Olgulardan kan sayımı, serum demiri, demir bağlama kapasitesi, %saturasyon, serum ferritin, folik asit ve vitamin B12 düzeyi, gaitada helicobacter pylori antijeni, vitamin B12 eksikliği saptanan olgularda anti-parietal hücre antikoru, tüm olgulara nazogastrik sonda takılarak mide pH ölçümü ve üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı.

SONUÇLAR: Çalışmaya alınan olguların yaş ortalaması 67, 5/yıl, erkek/kadın oranı ise 3 bulundu. Olguların hemoglobin değeri ortalaması 9,3 g/dl, MCV değeri ortalaması 72 fl, serum ferritin değeri ortalaması 8,2 ng/ml (N: kadınlarda 13-150 ng/ml, erkeklerde 30-400 ng/ml), serum vitamin B12 düzeyi ortalaması 296,8 pg/ml (N: 197-866 pg/ml) bulundu. Olguların 38 tanesinde (%79,1) izole demir eksikliği anemisi, 8 tanesinde (%16, 6) vitamin B12 eksikliğine bağlı megaloblastik anemi, 2 tanesinde ise (%4,1) demir eksikliği anemisi ve vitamin B12 eksikliğine bağlı megaloblastik anemi bulundu. Demir eksikliği anemisi saptanan 38 olgunun MCV değeri ortalaması 70,3 fl, vitamin B12 eksikliğine bağlı gelişen megaloblastik anemili olguların MCV değeri ortalaması 105,5 fl, demir eksikliği anemisi ile beraber B12 eksikliği saptanan olguların MCV değeri ortalaması ise 89,7 fl bulundu. Hastaların üst gastrointestinal sistem endoskopisinde ise hiçbir olguda malignensi saptanmadı. Üç olguda (%6,29) marjinal ülser bulundu. Olguların 32 tanesine (%66,6) çift kontrastlı kolon grafisi, 16 tanesine (%33,3) kolonoskopi uygulandı. Çift kontrastlı kolon grafisi uygulanan 3 olguda divertikülozis izlendi. Olguların tümüne gaitada helicobacter pylori antijeni çalışıldı. 48 olgunun 37 tanesine (%77,0) helicobacter pylori antijeni pozitif saptandı. Vitamin B12 eksikliği saptanan 10 olgunun hiçbir tanesinde antiparietal hücre antikoru saptanmadı. Nazogastrik sonda uygulanarak bakılan mide pH değeri ortalaması ise 6,5 bulundu.

SONUÇ: Gastrektomi uygulanan hastalarda anemi gelişebilmekte olup en sık rastlanan neden demir eksikliği anemisidir. Ancak vitamin B12 eksikliğine bağlı megaloblastik anemi de görülebilmektedir. Bu olgular belirli periyotlarda izlenmeli, özellikle proximal gastrektomi uygulanan hastalara profilaktik olarak vitamin B12 verilmelidir. Bu olgularda vitamin B12 eksikliği, muhtemelen intrinsik faktör eksikliğine bağlı gelişmekte, demir eksikliği anemisi ise hidroklorik asit salınımının azalmasına bağlı ortaya çıkan demir absorpsiyonunun azalması sonucu olmaktadır.

P077**HİPEREOSİNOFİLİK SENDROM İLE KAYBEDİLEN BİR OLGU**

Emel Gönüllü, Pınar Tarkun, Abdullah Hacıhanefioğlu

Kocaeli Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı

Hipereosinofilik sendrom ilk 1968 yılında terminolojik olarak kullanılan belirgin bir neden olmadan uzun süreli artmış eosinofil sayısı, doku hasarına neden olan, tedaviye iyi yanıt vermeyen, progresif gidis ve yüksek ölümlü oranıyla karakterize nadir bir durumdur. Burada tanı konulduktan bir yıl sonra kaybedilen bir olgu sunulacaktır.

38 yaşında erkek hasta 2005 yılında son bir haftadır olan karın ağrısı, kilo kaybı, ateş, öksürük ve nefes darlığı yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenede kot altında 3 cm ağrılı splenomegali ve solunum muayenesinde bilateral akciğer alanlarında kaba raller saptandı. Hemogramda lökosit sayısı: 135.000/µl eosinofil sayısı: 115.000/µl nötrofil sayısı: 10.900/µl Hb: 11.7 gr/dl Trombosit: 173.000/µl ve periferik yaymada tüm alanlarda yaygın atipik eosinofiller görüldü. Hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı ve tüm parankimi diffüz infiltrate eden matür görünümde eosinofilik lökositler ve eosinofilik promiyelositler görüldü ve kronik eosinofilik lösemi tanısı kondu. Hastaya 96 mg/gün metil prednizolon başlandı. Akciğer bilgisayarlı tomografide akciğerde buzlu cam görünümü ve yamalı tarzda infiltrasyon saptandı. Bu durum eosinofilik lösemi tutulumu olarak değerlendirildi. Hastadan sitogenetik analiz istendi ve normal saptandı. Kortikosteroid tedavile 1 ay içinde lökosit sayısı 26.600/µl ve eosinofil sayısı 19.400/µl seviyesine kadar geriledi ve fizik muayene akciğer seslerinde düzelmeye saptandı. Tanıdan 3 ay sonra sol omuz ve koltukaltında ağrı ve kızamıklık yakınmasıyla polikliniğe başvurdu. Acil üst ekstremiteler venöz doppler yapılarak sol subklavyen ven trombozu saptandı. Hemogram kontrollerinde pansitopeni saptanan hastada durumun hidroksiüreye bağlı gelişebileceği düşünülerek tedaviye interferon tedavisine devam etmeye karar verilerek günde 3 milyon ünite interferon alfa tedavisine başlandı. Hasta şiddetli karın ağrısı nedeniyle polikliniğe başvurduğunda yapılan acil batın doppler ultrasonografide vena kava inferior lümeni sağ atriuma açılmasına 4 cm kala 33.5x17 mm çapında trombüs ile tama yakın tıkalı saptandı. Antikoagülan tedavile trombüs boyutlarına küçülme saptandı. Fakat hasta 1 ay kadar sonra nefes darlığı yakınmalarıyla başvurduğunda acil polikliniğe muhtemel tekrar akciğer tutulumu ve solunum yetersizliği nedeniyle kaybedildiği öğrenildi.

SONUÇ: Bu hastamızda sitogenetik çalışma normal olduğu için imatinib mesilat tedavisi verilemedi oysa FIP1L1-PDGFR-α füzyon geni olan hastalar imatinib tedavisine iyi yanıt verirler. Potansiyel küratif tedavi allojenik kök hücre naklidir. Fakat hastamız bu tedavi seçeneği karar aşamasına gelinemeden kaybedilmiştir.

P078**SEKONDER MYELOMONOSİTİK LÖSEMİ: OLGU SUNUMU**¹Mustafa Tuğrul, ²Mesut Ayer, ¹İlhan Gökçek, ¹Serdar Kurnaz, ¹Ekmel Burak Özşenel, ¹Burcu Hacıoğlu, ¹Emel Tatlı, ¹Süleyman Coşgun, ¹Fuat Şar, ³Rümeza Kazancıoğlu¹Haseki Hastanesi 5. İç Hastalıkları, ²Haseki Hastanesi 4. İç Hastalıkları Kliniği, ³Haseki Hastanesi Nefroloji Kliniği

GİRİŞ: Lenfoma ve diğer solid tümörlerin tedavisinde alkileyici ajan kullananların %3-10 unda tedaviye bağlı Akut Myelositik Lösemi (AML) geliştiği bildirilmiştir. AML riski tedaviden 5-10 yıl sonra zirveye ulaşmaktadır. Hastalar, çoğunlukla AML oluşmadan önce bir myelodisplazi döneminden geçerler. Bu grup içinde sıkça rastlanılan kromozomal bozukluklar 5. ve 7. kromozom delesyonlarıdır. Bu tip AML genellikle standart tedavilere dirençlidir.

OLGU: G.G.60 yaşında kadın hasta halsizlik şikayetiyle tarafımıza başvurdu.

Hastanın öyküsünde Mart 2003 de sol over karsinosarkom Evre II A tanısıyla TAH+BSO+ total omentektomi yapılmış, sonrasında çekilen Batın BT de rest kitle tespit edilmesi üzerine Jinekolojik Onkoloji kliniğine refere edilmiş. Her kürde Siplatin, Doksorubisin ve Siklofosfamidten oluşan 6 kür kemoterapi (ilk kemoterapisi Nisan 2003 de, 6.kemoterapisi Ağustos 2003 de) verilmiş. Batın BT de kitlenin gerilediğinden görülmeksiz üzerine operasyon kararı alınarak Ağustos 2003 de sol adneksiyel alandan sarkomatöz malign kitlenin ekstirpasyonu yapılmış. Jinekolojik Onkoloji konseyinde 3 kür konsolidasyon kemoterapi önerilmiş. Her kürde Siplatin, Doksorubisin ve Siklofosfamidten oluşan 3 kür konsolidasyon kemoterapi Eylül 2003 de, 3. konsolidasyon kemoterapi Aralık 2003 de) verilmiş. Ocak 2004 de çekilen Batın BT normal olarak saptanmış ve daha sonraki yapılan takiplerinde hastalığına yönelik herhangi bir problemle karşılaşmamış.

Mart 2007 de halsizlik nedeniyle başvurduğu hekim tarafından lökositozu tesbit edilmesi üzerine enfeksiyon düşünülerek çeşitli antibiyotiklere başlanmış. Antibiyotiklere rağmen lökositozunda düzelmeye saptanmayan hasta Mayıs 2007 de tarafımıza yönlendirilmiş.

Lökositoz tetkik nedeniyle tarafımıza yönlendirilen hastanın periferik kan incelemesinde %80 blast görülmesi üzerine periferik kandan ve kemik iliğinden gönderilen flowsitometrik inceleme AML M4 ile uyumlu bulundu. Daha önceden toplam 6 kür kemoterapi alan ve en son kemoterapisinden 3.5 yıl sonra tarafımıza başvuran hastada kemoterapiye sekonder AML düşünüldü. Kemik iliğinden yapılan sitogenetik incelemede kompleks karyotip anomalileri tesbit edildi. Sekonder Myelomonositik Lösemi (AML M4) tanısı konulan hastanın yaşı, performans durumunun kötü olması, sitogenetik incelemede kompleks karyotip anomalileri tesbit edilmesi ve kemoterapiye sekonder malignite olması nedeniyle aylık subkutan düşük doz c-ARA tedavisi ile takibine karar verildi. Hasta halen hematoloji polikliniğinden takip edilmektedir.

SONUÇ: Kemoterapi tedavisinin doz ve süresini planlarken hastanın sağkalımı üzerine etkisi yanında neden olabileceği erken dönemdeki toksisite ve geç dönemdeki sekonder malignitelerde gök önüne alınmalıdır. Ayrıca herhangi bir hastalık nedeniyle kemoterapi alan hastaların takipleri sırasında ortaya çıkabilecek sekonder hematolojik malignitelerin erken tanınabilmesi için hematolojik yönde değerlendirilmeye gerektirir.

P079**TİPİK İNDOLENT SİSTEMİK MASTOSİTOZ VAKASI**¹Ethem Turgay Cerit, ²Pervin Topcuoğlu, ³Mutlu Arat¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı

40 yaşında kadın hasta, 15 yıldır önce gövde ön yüzünde birkaç adet kızamıklık şeklinde başlayıp zamanla tüm vücuda yayılan kaşıntılı lezyonları olan hasta kaşıntılı döküntü ve flushing şikayeti ile başvurdu. Hastaya antihistaminikler, sistemik steroid tedavi ve PUVA uygulanmış ancak fayda görmemiş. Hastanın FM'de tüm vücutta ciltte palpable makülopapüller yaygın döküntüleri vardı. (Resim 1) HSM ve LAP yoktu. Hafif eozinofili dışında kan tablosunda patolojisi yoktu. Cilt biyopsisinde CD117 (c-kit) ve mast cell triptaz ile spesifik boyanma gösteren mast hücre infiltrasyonu saptandı. Kemik iliği incelemede odaksal mast hücre toplulukları bulunduran normoselüler kemik iliği, %6 oranında mast hücreli bulunduran granülositer seri hakimiyeti gösteren normoselüler yama, mast cell triptaz ve c-kit pozitif saptandı. (Resim 2) Akım sitometrik incelemede kemik iliği örneğinde %11 lenfoid, %4 monosit, %73 myeloid seri hücreli, %9 eritroid seri hücreli, %4 blast, %0.1 oranında CD2 (+), CD117 (+), CD25 (+) hücre saptandı. Kemik iliğinden c kit mutasyonu gönderildi. Serum triptaz: 47.2 ng/ml (<13.5) saptandı. Toraks-abdomen BT'si normaldi. Kolonoskopik biyopsisinde mast hücre infiltrasyonu yoktu. Tüm vücut kemik sintigrafisinde her iki diz bölgesinde femur distali ve tibia proksimalinde normale göre hafif simetrik aktivite artışı, kemik grafisinde sol femur distal kesiminde minör seviyede osteoklastik odak saptandı. Kemik mineral dansitometrisinde femur boyun T skoru: -1.65, lomber vertebra T skoru: -3.71 (osteoporoz) olarak raporlandı. Hastanın patolojik kırık öyküsü yoktu. Cilt ve kemik iliğindeki mast hücre infiltratları, bunların CD2 ve CD 25 ekspresyonu ve serum triptaz düzeyinin 20 ng/ml'den yüksek olması nedeni ile sistemik mastositoz tanısı konuldu (Tablo 1). WHO sınıflamasına göre organomegali, organopati ve sitopenisinin olmaması, kemik iliği tutulumunun %6 düzeyinde olması nedeni ile tipik indolent sistemik mastositoz olarak değerlendirildi (Tablo 2). Hastanın kaşıntısının antihistaminik tedaviden fayda görmemiş olması ve iskelet sistemi tutulumunun olması nedeni ile hastaya haftada 3 gün, 3 mÜ IFN-α tedavisi başlandı. Hastanın osteoporozu olması nedeni ile steroid tedavisi düşünülmüştü.

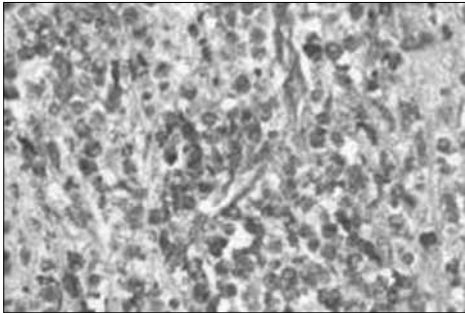
Tipik indolent sistemik mastositoz, mast hücre proliferatif hastalıkları içinde en sık formdur. Yavaş klinik seyir, cilt lezyonları, ciddi organomegali ve organopati olmaması ile karakterize bir formdur. Prognozu iyidir. Sıklıkla flushing ve abdominal kramp gibi semptomlar olur. Nadiren hipotansif epizodlar görülür. Kemik iliği infiltrasyonu oranları düşüktür. Mediyatör hedefli tedaviler (antihistaminik, hipotansif epizodlarda epinefrin) kullanılır. Cilt lezyonlarına PUVA (Psoralen-Ultraviole A) ile olumlu yanıt alınan hastalar vardır. Bizim vakamızda antihistaminik tedaviler, sistemik steroid tedavisi ve PUVA tedavisine rağmen semptomlar düzelmemiş olması ve kemik lezyonlarının olması nedeni ile IFN tedavisi başlanmıştır.

Tablo .

1- Kutanöz mastositoz	CM	- Ürtikeria pigmentoza (Makülopapüller kutanöz mastositoz) - Diffüz kutanöz mastositoz - Cilt mastositomasi
2- İndolent sistemik mastositoz	ISM	- Smoldering sistemik mastositoz - İzole kemik iliği mastositozu
3- Mast hücre dışı hematolojik serilerin klonal hastalığı ile ilişkili sistemik mastositoz	SM-AHNMD	- SM-ALL - SM-MDS - SM-MPD - SM-CMML - SM-NHL
4- Agresif sistemik mastositoz	ASM	- Eozinofili ile birlikte lenfadenopatif sistemik mastositoz
5- Mast hücre lösemisi	MCL	- Alösemik mast hücre lösemisi
6- Mast hücre sarkomu	MCS	
7- Ekstrakutanöz mastositoma		



Resim 1. Sistemik mastositozlu vakanın cilt lezyonları: Yaygın makülopapüler kaşıntılı lezyonlar.



Resim 2. Sistemik mastositozlu vakanın kemik iliği biyopsisi: Kemik iliği biyopsisi, toluidin boyası, mast hücre infiltratları

P080

KRONİK BÖBREK YETMEZLİKLİ YAŞLI BİR HASTADA MİNÖR TRAVMA SONRASI SPONTAN GELİŞEN GÖĞÜS DUVARI VE AKSİLLER HEMATOM

¹Fuat Erdem, ¹Mehmet Gündoğdu, ²Yusuf Bilen

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı, ²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Aspirin tikayıcı damarsal olaylara karşı artmış riskli hastalarda (akut miyokard enfarktüsü, stabil veya instabil anjina, iskemik inme, geçirilmiş miyokard enfarktüsü, serebral iskemik, periferik arter hastalığı veya atrila fibrilasyon gibi) koruyucu bir ajan olarak kullanılmaktadır. Biz burada minör künt travma sonrası kronik böbrek yetmezlikli (KBY) yaşlı bir hastada gelişen göğüs duvarı hematomunu takdim etmek istedik.

OLGU: Sağ göğüs duvarında ağrı ve ağrılı bölgede olan morarma şikayetiyle kliniğimize başvuran 70 yaşında bayan hasta. Yapılan fizik muayenesinde sağ göğüs duvarında 10 x 20 cm ebatlarında ağrılı ekimotik alan mevcuttu. Anamnezinde romatoid artrit (RA) bağlı eklem ağrıları nedeniyle günde 2 defa 500 mg Aspirin aldığı, 3 ay önce teşhis edilen evre 3 KBY ve kronik bronşiti dışında özellik yoktu. RA ve kronik bronşit için herhangi bir tedavi almamaktaydı. Hastanın biyokimyasal parametreleri ve kan sayımı kronik böbrek yetmezliği göz önünde bulundurulduğunda normal sınırlardaydı. Koagülasyon profilinde PT, PTT, Fibrinojen değerleri normaldi. Kanama zamanı değerlendirilmesinde; PFA-100 ile bakılan kollajen /epinefrin için trombosit fonksiyonları 182 sn (82-150) ve kollajen/ADP için 110 sn (62 - 100) ile normalden uzun olarak bulundu. Görüntüleme tekniği olarak manyetik rezonans kullanıldı. Sağ göğüs duvarında pektoral kas altında 17 x 13 cm'lik ve sağ aksiller fossada 8 x 7 cm'lik 2 adet hematom tespit edildi. Aspirin kesildi. Takibinde htc değerinde düşme ve hematomun çapında artış olması nedeniyle eritrosit ve trombosit süspansiyonları ile replasman yapıldı. Vital bulguları stabil seyreden hastanın 5. gün tekrarlanan kanama testleri normal sınırlardaydı.

TARTIŞMA: Yaşlılıkta cilt altı dokular zayıflayarak minimal dış travmalara karşı hassaslaşmaktadır. Buna ilaveten zayıflamış bağ doku spontan tamponad etkisini azaltarak hemostazi kötü yönde etkilemektedir. Bu faktörler sıklıkla gecikmiş ve gizli kanamaların oluşumuna katkıda bulunmaktadır. KBY'deki hemorajiye eğilimin başlıca sebebi trombosit fonksiyon bozukluğudur. Son dönem böbrek yetmezliğinde anemi, ilaçların yetersiz eliminasyonu, diyaliz, antikoagulan kullanımı gibi faktörlerde hemostazi negatif etkilemektedir. Her ne kadar aspirin inme gibi trombotik olaylarda ve kardiyovasküler hastalıklarda yaygın olarak kullanılsa da özellikle hemorajik serebrovasküler olaylarda mortaliteyi arttırdığına dair çalışmalar vardır.

Sunduğumuz vakadaki minör künt travma sonrası gelişen hematom, yaşlılıkta birlikte olan cilt altı bağdokusunda zayıflama, KBY ve anti trombosit ajan kullanımı gibi faktörlerin birleşimi sonucu ortaya çıkmıştır. Toplumdaki yaşlı kesimin çoğu anti trombositler tedavi almakta olduğundan dolayı benzer vakaların sayısının bildirilenlerden çok daha fazla olduğunu ve acil travmatoloji hekimleri, kardiyovasküler hastalıklar ile ilgili hekimler ve birincil tedaviyi vermekle yükümlü olan pratisyen hekimlerin bu muhtemel olaylar açısından dikkatli olmaları gerekir.

P081

TEŞHİS ANINDA MYELOFİBROZİSLİ BİR AKUT PROMYELOSİTER LÖSEMİ VAKASI

¹Fuat Erdem, ¹Mehmet Gündoğdu, ²Yusuf Bilen, ²Habib Emre

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı, ²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

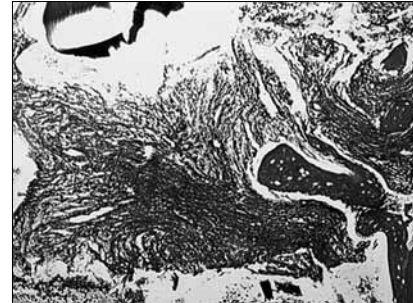
Şu ana kadar literatürde bildirilmiş olan myelofibrozisli akut promyelositer lösemi vakası 4 tanedir. Kliniğimize başvuran bir hastada yapılan tetkikler sonrasında akut promyelositer lösemi teşhisi alan hastada başvuru anında myelofibrozide olması ve bu birlikteliğin çok nadir görülen bir durum olması nedeniyle vaka olarak takdim etmek istedik.

OLGU: 33 yaşında erkek hasta kliniğimize dişeti kanaması, halsizlik, yorgunluk, sırt ağrısı ve alt ekstremitelerde noktasal peteşial döküntü şikayetleri ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sternal hassasiyet dışında tespit edilebilen bir organomegali veya lenfadenopatisi yoktu. I, Hgb: 8.7 g/dl, Htc: 25 %, µBakılan laboratuvar tetkiklerinde Bk: 1900 / l, olup koagülasyon profili dissemine intravaskülerµPlt: 20.000 / koagülopati ile uyumlu idi.

Hastaya yapılan kemik iliği aspirasyonunda promyelosit 40%, myeloblast 50%, lenfosit 10%olarak bulundu. Kemik iliği aspirasyonunun flowsitometrik incelemesinde CD 33: 98%pozitif, CD 13: 80%pozitif, CD 14: 25%pozitif ve Anti MPO: 55%pozitif olarak bulunurken, HLA DR negatif olarak tespit edildi. PML RARα için yapılan PT PCR müspet olarak tespit edildi. Hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı. Kemik iliği biyopsisinde diffüz myelofibroz olarak rapor edildi (Resim 1).

Hastaya GIMEMA AIDA protokolünce (All-trans retinoik asit ve Idarubicin dahil) kemoterapi uygulandı. İndüksiyon tedavisini takiben kemik iliği biyopsisi ve moleküler incelemeler indüksiyon tedavisinin 28. günü tekrarlandı. Kemik iliği aspirasyonunda %5' ten az oranda blast mevcut olan hastada PT-PCR ile bakılan PML RARα negatif olarak bulundu. Kemik iliğindeki myelofibrozise ortadan kalkmıştı.

Hastamıza teşhis anında myelofibrozis bulunmaktaydı. İndüksiyon tedavisini takiben ilk kontrolde hasta hematolojik ve moleküler remisyonu ulaştı. Kemik iliğindeki myelofibrozda bu ilk indüksiyon tedavisine cevap verdi. Hasta halen kliniğimizde takip ve tedavisini devam ettirmektedir. Bu vakayı nadir raslatılan bir durum olması nedeniyle sunmak istedik.



Resim 1. Diffüz myelofibrozisli kemik iliği biyopsisi

P082

MYELOMONOSİTİK LÖSEMİ (AML-M4) HASTASINDA GELİŞEN SWEET SENDROMU

¹Ekmel Burak Özşenel, ¹Özger Akarsu, ¹Serdar Kurnaz, ¹Mustafa Tuğrul,

²Mesut Ayer, ¹Fuat Şar, ³Savaş Öztürk, ¹Süleyman Coşgun,

³Rumeyza Kazancıoğlu

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. Dahiliye Kliniği, ²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Dahiliye Kliniği, ³Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

Sweet sendromu, etyolojisi bilinmeyen, nadir görülen, ağrılı eritematöz plaklarla karakterize akut seyirli bir dermatozdur. Hastalık bazen üst solunum yolu veya gastrointestinal sistem enfeksiyonlarını takiben veya akut myelositik lösemi başta olmak üzere hematolojik ve solid maligniteler, otoimmün hastalıklar, gebelik ve bazı ilaçların kullanımı ile birlikte görülebilir. Burada primer refrakter olarak kabul edilen bir myelomonositik lösemi hastasında gelişen sweet sendromundan bahsedilecektir. Halsizlik şikayetleriyle başvuran ve istenen hemogramında; anemisi, trombositopenisi ve lökositozu (WBC: 43.000) saptanarak servisimize yatırılan hastaya yapılan tetkikler sonucunda myelomonositik lösemi (AML-M4) tanısı konuldu. Hastaya hematoloji konsültasyonu yapılarak standart kemoterapi kürünün uygulanması (sitozin-arabinosid + daunorubisin – 3+7) planlandı. Kemoterapinin altıncı gününde kollarda ve yüzde belirgin olan ve iki gün içerisinde büllöz lezyonlar haline gelen döküntüler görüldü. Cildiye ile konsülte edilen hastadan sweet sendromu ön tanısıyla cilt biyopsisi yapıldı. Verilen steroid (prednol 80 mg) ve antihistaminik (feniramin ampul) tedavi ile lezyonları gerileyen hastanın biyopsisindeki kesitlerde nötrofillerden zengin diffüz dermatit görüldü fakat lösemik infiltrasyona rastlanmadı. Bu bulgular sweet sendromu ile uyumlu bulundu. Bu sonuçlarla hastada verilen kemoterapötik ajanlara bağlı gelişen sweet

sendromu olduğuna karar verildi. Hastanın takiplerinde yapılan kemik iliği biyopsisinde kemik iliğinin remisyona girmediği (blast oranı > %20) görüldü ve primer refrakter myelomonositik lösemi olarak kabul edildi. Hematoloji ile tekrar konsülte edilen hastaya FLAGIDA protokolü (fludarabin + sitozin-arabinosid + idarubisin) uygulanması planlandı. İlk FLAGIDA kürü ile remisyona giren hastanın ikinci kürü aldıktan sonra gelişen febril nötropenik atığa bağlı genel durumunun kötüleşmesi ve bilincinin kapanması üzerine yoğun bakım ünitesine alındı ve burada eks oldu. Paraneoplastik sweet sendromu başta myeloid lösemiler ve myelodisplastik sendrom olmak üzere sıklıkla hematolojik maligniteler ile birlikte görülmektedir. Tanı konulduğunda çoğu hasta nötrofilik olmakla beraber kemoterapi sonrası nötropenik dönemde de sweet sendromu görülen vakalar mevcuttur. Bu vaka primer refrakter myeloid lösemilerle, sweet sendromunun birlikte görülmesi arasında bir ilişki olabileceğini düşündürmüştür ve literatürde bu konudaki ilk vakadır.



Başlangıç dönemi lezyonlar



İlerlemiş lezyonlar

P083

POLİSİTEMİA VERA VE PANKREAS KARSİNOMU TANILARINI BİRARADA ALAN BİR OLGU

Burçak Evren Arın, Sema Karakuş, Neslihan Andıç, Gül İlhan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi.

GİRİŞ: Polisitemia Vera kronik myeloproliferatif hastalıklardan bir tanesi olup eritroid serinin klonal kontrolsüz çoğalması sonucu gelişir. Pankreas karsinomu ise solid bir organ malignitesi olup prognozu kötüdür. Bu iki farklı hastalığın beraber bulunma sıklığı ve bu birlikteliğin oluşturabileceği sonuçlar açısından literatürde bir veri bulunmamaktadır. Burada bu iki patolojinin birarada tanı konulduğu bir olgudan bahsedilecektir.

OLGU SUNUMU: 69 yaşında bir kadın hasta merkezimize halsizlik, iştahsızlık, altı ayda 3 kg kadar olan kilo kaybı, bulantı, sırt ağrısı ve mideye yanma/ekşime şikayetleriyle başvurdu. Geçirilmiş tromboemboli öyküsü ve hiperviskozite semptomu olmayan hastanın fizik muayenesinde epigastrik hassasiyet dışında pozitif bulgu mevcut değildi. İstenilen rutin tetkiklerinde Hb 19, 1 gr/dl, Hct %59, lökosit sayısı 12.200/µL, trombosit sayısı 413.000/µL, MCV 77 fL saptandı. Sedimentasyon ve CRP seviyeleri normal saptanan hastanın ferritin düzeyi 9 ng/mL (↓) bulundu. Genel Cerrahi bölümü tarafından istenilen tüm abdomen BT de çevre dokular ve damarlara invazyonu olmayan, pankreas kuyruk kesiminde 4x3 cm boyutunda öncelikle müsinöz kist adenokarsinoma ait olabilecek solid kitle lezyonu görüntüldü. Myeloproliferatif hastalıklarda sık görülen splenomegali çekilen BT de mevcut değildi. Preoperatif değerlendirme için hematokrit yüksekliği açısından bölümümüze yönlendirilen hastanın EPO düzeyi 10 mU/mL (4, 5-32, 9) idi, periferik yaymada myeloid öncül hücre ve atipik hücre görülmeyen hastanın SFT i normal sınırlar içerisindeydi ve hipoksisi yoktu. Sıntigrafik olarak hastada artmış eritrosit hacmi (42, 6 ml/kg) saptandı. PCR-RFLP ile yapılan JAK-2 mutasyon değerlendirmesi pozitif saptanan hastanın Ph kromozomu negatif geldi. Bu bulgularla polisitemia vera tanısı konulan hastaya aralıkli flebotomi uygulandı, hidroksiüre 2x5-00 mg dozunda başlandı. Peroperatif dönemde olabilecek komplikasyonlar hakkında bilgi verilen hasta ve yakını operasyonu istemediklerini belirttiler. Şu anda hasta iki ayı geçkin süredir hidroksiüre tedavisi ile izleniyor, Hct %45 e, lökosit sayısı 7850/µL, trombosit sayısı 273.000/µL e gerileyen hastanın halen tromboemboli ile uyumlu semptom ve bulgusu mevcut değil.

SONUÇ: Polisitemia Vera doğal olarak veya verilen mutajenik ilaçlarla akut lösemiye dönüşebilmesi ve oluşturduğu hiperviskoziteye bağlı komplikasyonlar nedeniyle önemli bir hastalıktır. Pankreas karsinomunda ise diğer adenokarsinomlarda olduğu gibi gezici tromboflebit oluşma riski yüksektir. Literatür tarandığında bu iki hastalığın birarada bulunduğu bir olgu sunumuna rastlanmamıştır. Ayrıca bizim hastamızda bu hastalıkların birlikte bulunmasına rağmen semptom veren bir tromboemboli gelişmemiş, hızlı tanı ve tedavi başlanması ile kan değerleri normale çekilmiştir.

P084

KLOROKİN KULLANIMINA BAĞLI REKÜRREN KEMİK İLİĞİ APLAZİSİ

¹Merve Yılmaz, ²Funda Ceran, ¹Esin Beyan

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği, ²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniği

Pansitopeni periferik kanda myeloid, eritroid ve megakaryositer seri elemanlarının azlığı ile karakterize bir tablodur. Klorokin kullanımına bağlı olarak pansitopeni gelişimi nadir olarak rapor edilmiştir. Bu sunumda bağ dokusu hastalığı nedeniyle kullanılan klorokine bağlı olarak 14 ay arayla iki ayrı kez pansitopeni gözlenen bir olgu anlatılmıştır. 21 yaşındaki bayan hasta dört yıldır mikst konnektif bağ dokusu hastalığı nedeniyle klorokin kullanmaktaydı. İlk olarak 2005 Aralık ayında lökosit 800/mm³, nötrofil 0/mm³, hemoglobin 10, 1 g/dl, trombosit 117.000/mm³, ateş 38, 4 °C olması nedeniyle pansitopeni ve febril nötropeni ön tanıları ile hastaneye yatırıldı. Hastanın almakta olduğu mevcut tedavisi kesilip antibiyotik tedavisi ve destekleyici tedavi başlandı. Kemik iliği biyopsisi hiposellüler olarak saptandı. İlaç öyküsü dışında diğer nedenlerin dışlanması üzerine hastaya üç gün pulse steroid tedavisi verildi. Takipte nötropenisinin düzelmemesi üzerine 18 gün G-CSF 30 milyon ünite/gün aldı. Sonrasında tam kan değerleri tamamen normale döndü ve bir yıl boyunca hiçbir ilaç tedavisi almadı. Hasta Şubat 2007'de öksürük, bulantı, kusma, baş dönmesi, ishal, boğaz ağrısı şikayetleriyle müraعات ettiğinde bir ay önce gittiği bir poliklinikte tekrar klorokin tedavisi başlandığı öğrenildi. Fizik muayenede genel durumu orta, nabız 120/dk, ateş 39, 9 °C idi. Dil ön kısmında aftöz lezyonlar mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde lökosit 600/mm³, nötrofil: 0/mm³, hemoglobin 10, 9 g/dl, trombosit 110.000/mm³ saptandı. Periferik yaymada atipik hücre gözlenmedi. Kemik iliği biyopsisinde kemik iliğinin büyük kısmını matür yağ dokusu oluşturmaktaydı, sellülerite %25 olarak saptandı ve kemik iliğinde myeloid seriyi ait hücreye rastlanmadı. Klorokin tedavisi kesilerek antibiyotik tedavisi, destekleyici tedavi, prednizolon 1 mg/kg/gün ve G-CSF 30 milyon ünite/gün başlandı. Tedavinin 17. gününde lökosit 3.600/mm³, nötrofil 2.200/mm³ oldu. Yedi günlük ateşsiz dönemi takiben antibiyotik tedavisi kesilerek prednizolon tedavisine devam etmek üzere taburcu edildi. Bir ay sonra yapılan tam kan sayımı tamamen normaldi ve yapılan kontrol kemik iliği biyopsisi de normal olarak saptandı. Pansitopeni çeşitli ilaçlara bağlı olarak görülebilmektedir. Diğer ilaçlarla olduğu gibi, kinin alan hastalarda da ilaç sonrası pansitopeni ve febril nötropeni atakları bildirilmiştir. Kinin kullanan hastalarda hasta serumlarında değişik kemik iliği seri elemanlarına karşı kinin ilişkili antikorların varlığının gösterilmesi, diğer ilaçlarda olduğu gibi kinin kullanımına bağlı olarak gelişen pansitopenide de birçok hücre serisi üzerindeki immün etkilerin rol oynadığını düşündürmektedir. Pansitopeni ile başvuran hastalarda ilaç kullanımı öyküsü mutlaka sorgulanmalı ve genellikle immün aracılı olarak gelişen bu tablonun geriye dönebilmesi için ilaç tedavisinin süratle kesilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

P085

BURUN KANAMASI NEDENİYLE BAŞVURAN AŞIRI TROMBOSİTOZLU OLGUDA DEMİR EKSİKLİĞİ VE ESANSİYEL TROMBOSİTOZ BİRLİKTELİĞİ

Taflan Salepci, Berkant Sönmez, Mesut Şeker, Ayhan Kaya, F. Yavuz Erkal, Derya Öztaş, Ömür Volkan, Ali Yayla

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Dahiliye Kliniği

OLGU: 43 yaşındaki erkek hasta dahiliye polikliniğine 4-5 aydır devam eden halsizlik, burun kanamaları şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde solukluk dışında özellik saptanmadı.

Tam kan sayımında lökosit sayısı 6500/mm³, hemoglobin değeri 7, 3 gr/dl, MCV: 64 fl, trombosit sayısı 3265000/mm³ bulundu. Periferik yaymasında %70 nötrofil, %23 lenfosit, %4 monosit, %3 eozinofil izlenirken, eritrositler hipokrom – mikrositer, trombositler bol miktardaydı. Laboratuvar LDH: 642, ferritin: 4,67 ng/ml (N: 30-400ng/dl) , kanama zamanı: 10dk dışında normaldi. Batın ultrasonografisi doğaldı. Demir eksikliği saptanan hastanın demir tedavisi ile Hgb ve ferritin değerlerinde yükselme olsa da, hastanın aşırı trombosit miktarlarında belirgin bir gerileme gözlemlenmedi. Trombositozun etyolojisi açısından demir eksikliği göze çarpmış olsa da, trombosit miktarının aşırı olması, kanama zamanının hafif yüksek olması ve burun kanamaları göz önünde bulundurulduğunda demir eksikliğinin bu hastadaki tabloyu tam olarak açıklayamayacağı düşünüldü. Kemik iliği biyopsisi yapıldı. Sonuç fibrozisin hafif, blast artışının minimal olduğu kronik myeloproliferatif hastalık ile uyumlu olarak geldi. Bunun yanında KML'yi ekrte etmek için gönderilen Bcr-Abl negatif olarak saptandı. Fibrozis derecesi, Hgb miktarı, eritroid seri morfolojisi, Bcr-Abl negatifliği göz önünde bulundurulduğunda myelofibrozis, polisitemia vera ve KML den uzaklaşıldı. Hastada esansiyel trombositoz nedeniyle trombosit fonksiyon bozukluğu olduğu ve buna bağlı burun kanamaları sonucunda demir eksikliği geliştiği düşünüldü. Demir tedavisine Hydroxiurea 500mg 2x1 eklenen hastanın takiplerinde trombosit miktarında belirgin bir düşme ile birlikte burun kanamalarında önemli oranda azalma gözlemlendi. Hasta halen mevcut tedavi ile polikliniğimizde takip edilmektedir.

TARTIŞMA: Esansiyel trombositoz multipotent bir kök hücreden kaynaklanan, klonal bir kronik myeloproliferatif bozukluktur. Trombosit sayısı reaktif trombositozların aksine genellikle 1000x10³/mm³'den fazladır ve fonksiyonları genellikle bozuktur. Hastamızda lokal bir patoloji tesbit edilmediği için burun kanamaları esansiyel trombositoza bağlı trombosit fonksiyon bozukluğuna bağlanmıştır. Esansiyel trombositoz tanısını konmadan önce başta demir eksikliği olmak üzere tüm reaktif trombositoz nedenleri ve diğer myeloproliferatif hastalıkları dışlanmalıdır. Bu hastada sekonder gelişen demir eksikliğinin varlığı trombositozu artırmış olabilir fakat bu kadar yüksek trombosit sayılarına esansiyel trombositozda sık rastlanmadığı için bu vaka sunulmuştur.

P086

KRONİK PRURİTİS VE DERİ TUTULUMU İLE PREZENTE OLAN HODGKİN HASTALIĞI OLGUSU

¹Cemal Bes, ¹Esat Namal, ²Aynur Türkyılmaz, ¹Emine Gültürk, ¹Selay Gündoğdu, ¹Fatih Borlu

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği, ²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

GİRİŞ: Hodgkin hastalığı lenfatik sistemin malign bir hastalığıdır. Hastalar genellikle ağrısız lenfadenopati ile başvururlar. Ekstralenfatik organ tutulumu nadirdir. Kronik kaşıntı yakınmasıyla başvuran; akciğer, karaciğer, dalak ve deri tutulumlu bir hodgkin hastalığı olgusunu sunuyoruz.

OLGU: 29 yaşında kadın hasta, kaşıntı, cilt lezyonları ve halsizlik şikayetiyle başvurdu. 1.5 yıldır bu şikayetleri olan hasta birçok kez cildiye ve psikiyatri polikliniklerine başvurmuş. Antihistaminik ve antidepresan tedaviye rağmen şikayetleri geçmemiş. Son 6 ayda mevcut şikayetlerine halsizlik ve sürekli uyku hali eklenmiş. Fizik muayenesinde soluk görünümü, tüm vücudunda deriden kabarıp, en büyüğü 2 cm çapında ülsere deri lezyonları mevcut, TA 110/70mmHg, nabız 86/dk, servikal bölgede en büyüğü 2 cm çapında 4 adet lenf ganglionu palpe edildi. Diğer sistem muayenelerinde bir özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde biokimya değerleri normal sınırlarda, tam kan sayımında WBC 14300, HGB 9,2g/dl, HCT %32,6, PLT 391000, MCV 60, 8 bulundu. P-A akciğer grafisinde her iki akciğerde yaygın multipl nodüler lezyon izlendi. Batın USG'de karaciğerde en büyüğü 14mm çapında, hipodens santrali ekojen 5 adet solid lezyon (metastaz?) görüldü. Boyun USG'de sağda en büyüğü 17x8 mm, solda en büyüğü 19x7 mm boyutlarında multipl lenfadenopati tespit edildi. Servikal lenf ganglionlarından iki kez İİAB yapılmasına rağmen patolojik tanıya gidilemediğinden eksizyonel biyopsi yapıldı. Biyopsinin sonucu mikst sellüler tip Hodgkin lenfoma ile uyumlu bulundu. Kemik iliği biyopsisinde iliğin malign hücrelerle infiltrate olduğu gözlemlendi. Deri biyopsisi Hodgkin lenfomanın deri tutulumu ile uyumlu geldi. Hastaya Hodgkin lenfoma mikst sellüler tip tanısı konularak ABDV protokolüyle kemoterapi başlandı. Kemoterapi verildikten sonra kaşıntısı tamamen geçti ve cilt lezyonları geriledi. 8 kür kemoterapi planlanan hasta kemoterapi kürlerine gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA: Hodgkin hastalığında deri belirtileri kaşıntı veya nonspesifik lezyonlar şeklindedir. Hastalığın ileri evrelerinde, %0.5 ile %7.5 oranında derinin habis hücrelerle infiltrasyonu görülür. Hodgkin hastalığına ait tipik bir deri lezyonu ve belirtisi olmadığından deri tutulumlu olgulara tanı geç konmaktadır. Sonuç olarak, nedeni bulunamayan cilt lezyonlarında Hodgkin hastalığı akla gelmeli; buna yönelik periferik lenf bezlerinin ve lenfatik organların dikkatli bir şekilde muayenesi yapılmalıdır.

P087

MEZENKİMAL KÖK HÜCRE TEDAVİSİN, BURGER HASTALIĞINDA YARA İYİLEŞMESİ VE YENİ DAMAR OLUŞUMU ÜZERİNE ETKİSİ

Ali Ünal, Leylagül Kaynar, Naci Emiroğulları, Fatih Kurnaz, Ertuğrul Mavili, Nevzat Özcan, Fevzi Altıntaş, Bülent Eser, Mustafa Çetin

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kemik iliği, Periferik kan kök hücre ve mezenkimal kök hücrelerin; vasküler endotelial hücrelere ve epidermal hücrelere dönüştüğü, vasküler yetersizliğe bağlı gelişen yaraların iyileşme hızını ve epidermis kalınlığını artırdığı gösterilmiştir. Tromboangiitis obliterans (Burger Hastalığı) küçük ve orta çaplı arter ve venleri tutan nonaterosklerotik, segmental, obliteratif bir damar hastalığıdır. Kök Hücre tedavileri, Burger hastalarında da denlenmektedir. Bu amaçla, Burger hastalığı tanısı ile takip edilen, cerrahi ve tıbbi tedavilere rağmen yara iyileşmesi sağlanamayan bir hastaya, Mezenkimal Kök Hücre tedavisi uygulanarak, yeni damar oluşumu ve klinik düzleme üzerindeki etkisi incelendi.

34 Yaşında erkek hasta. Altı yıl önce Burger Hastalığı tanısı konulmuş ve vasküler yetersizlik nedeniyle gelişen kangren sonucu 4 yıl önce sağ ayak 3, 4 ve 5. parmakları ile sol ayak 2. parmağı ampute edilmiştir. Tıbbi tedavi olarak aspirin, heparin ve dipridamol tedavisi verildi.

Ayrıca, her iki bacakta, Femoral ve popliteal arterlere By Pass operasyonu uygulandı. Bu tedavilere rağmen, klinik ve laboratuvar olarak yeterli sonuç alınamayan ve her iki ayakta ülserasyonları olan hastaya, bir yıl önce, sol bacak adaleleri içine, mezenkimal kök hücre tedavisi uygulandı. Mezenkimal kök hücreler, kemik iliğinden, ATİ teknoloji Laboratuvarında üretildi. Mezenkimal Kök Hücre tedavisi öncesi ve sonrası, klinik ve radyolojik bulgular karşılaştırıldı.

Mezenkimal kök hücre tedavisi uygulanan sol bacakta, yürüme ile gelişen ağrı ve krampların azaldığı ve ülserasyonların kaybolduğu tespit edildi. Anjiyografi ile kök hücre tedavisi uygulanan sol bacakta yeni damar oluşumları tespit edildi. Hastanın, sağ bacağına, ağrı ve yürüme gücünü devam ediyordu. Sonuç olarak; Mezenkimal kök hücre tedavisi, Burger hastalığında, bacaklarda yeni damar oluşumu ile birlikte, ülserlerin iyileşmesi ve semptomların düzelmesi yönünde etkin bir tedavi yöntemidir. Kök Hücre tedavisinde, kemik iliği veya periferik kan kök hücre yerine, mezenkimal kök hücrelerin kullanılması ile daha iyi sonuçlar alınacaktır.



Hücre Tedavisi Sonrası Anjiyografi: Hücre Tedavisi Uygulanan Sol Bacakta Yeni Damarlanma.



Ayak Ülserleri: Hücre Tedavisi Uygulanan Sol Ayakta Ülser İyileşmesi.

P088

ORTALAMA ERİTROSİT HACMİ İLE DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ İLİŞKİSİ

Zeki Aydın, Elif Yıldız, Heves Sürmeli, Ahmet Akın, Didem Aydın, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Demir Eksikliği anemisi (DEA) en sık görülen anemi olup, genellikle diyet eksikliklerine bağlıdır. DEA menstrüasyon ve gebeliğe bağlı demir depolarındaki azalma nedeniyle kadınlarda erkeklerle göre daha sıktır. Bu çalışmada MCV (Ortalama eritrosit hacmi) 'e göre değerlendirilme yapılmıştır.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya polikliniğimizde demir eksikliği anemisi tanısı alan toplam 102 hasta alındı (86 K, 16 E, ortalama yaş: 38,1±11,6 yıl). Anemik olan hastalardan transferin saturasyonu (Tfsat) %15' nin altı ve/veya ferritin düzeyi 10 ng/ml' nin altında olanlar demir eksikliği anemisi olarak kabul edildi. MCV değerlerine göre 3 gruba ayrıldı (Grup 1: MCV 70 fl'in altı, Grup 2: MCV 70-80 fl, grup 3: MCV 80 fl ve üzeri). Her 3 grupta tam kan sayımındaki eritrositler ile ilgili parametreler karşılaştırıldı.

SONUÇLAR: Tüm hastalar değerlendirildiğinde ortalama Hct %29,4±5,4; MCV 71 ±12,5 fl; transferin saturasyonu %5,8±6,3; ferritin 7,3±7,9 ng/ml; RDW %18,2±3,6; eritrosit sayısı 4,26±0,78 (x106 u/L) idi. MCV'ye göre oluşturulan gruplarda sırayla 50,38 ve 14 hasta mevcuttu. Her 3 grup arasında Hct, Hb, RDW, ferritin, Tfsat değerleri arasında fark yoktu. Eritrosit sayısı grup 1'de 4,44±0,74; grup 2'de 4,19±0,65; grup 3'de 3,78±1,05 (x106 u/L) saptandı ve MCV değeri arttıkça eritrosit sayısının anlamlı olarak azaldığı tespit edildi.

TARTIŞMA: Mikrositer anemiler genellikle demir eksikliği anemisi kabul edilip demir replasman tedavisi uygulanmaktadır. Çalışmamızda MCV' nin 70' in altında olduğu grupta eritrosit sayısı DEA' nin aksine normal idi. Bu grup içindeki 10 hastaya Hb elektroforezi yapıldı ve HbA2' nin %3.5' un üstünde olmasıyla talasemi minor tanısı kondu. Hemogramda demir eksikliği anemisinden farklı olarak eritrosit sayısı normal-yüksek, MCV çok düşük olan hastalarda mutlaka DEA ile birlikte talasemi minor olabileceği düşünülmelidir. Bu grup hastalarda demir depoları doldurulduktan sonra anemi düzelmemişse talasemi minor düşünülmeli, özellikle eritrosit sayısı yüksek, MCV çok düşük ve RDV' si normal olan hastalarda demir replasman tedavisine devam edilmemelidir, kesin tanı için gerekirse Hb elektroforezi yapılmalıdır.

P089

ASSİT İLE PREZENTE OLAN BURKİTT LENFOMA

Onur Kırkızlar, Sadrettin Erez, Şennur Köse, Zeynep Karaali, Şule Poturoğlu, Ümit Üre, Şencan Acar, M. Burak Aktuğlu, Taner Alioğlu, Mehmet Kendir

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

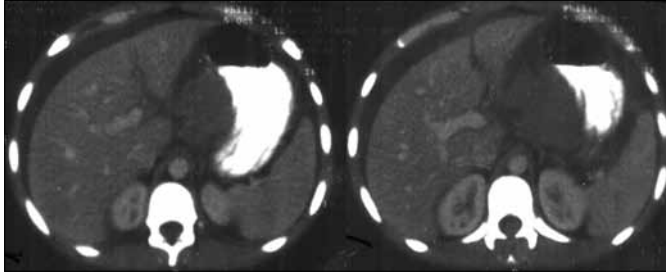
GİRİŞ: Burkitt lenfoma; B-lenfositlerin monoklonal, küçük çentiksiz hücreli neoplastik bir hastalığıdır. Endemik tip Burkitt lenfoma, hızlı ve ağrısız büyüyen yüz kemikleri, diş kaybı ya da lenf nodu büyümeleriyle prezente olur. Sporadik tip ise genellikle abdominal, özellikle distal ileum, çekum ve mezenter tutulumu ile görülür. Bazı hastalar hızlı tümöral büyümeye bağlı bası ve obstrüksiyon semptomları ile başvurabilir. Burada assit ve gastrointestinal sistem kanaması ile prezente olan Burkitt lenfoma olgusu sunulmuştur.

OLGU: 19 yaşında erkek hasta karın ağrısı, ateş ve kilo kaybı şikayetleri ile servise yatırıldı. Yapılan fizik muayenesinde anlamlı bir özellik saptanmadı. Ultrasonda batin içerisinde minimal asit mayi tespit edildi ancak parasetez ile mayi alınmadı. Internasyonu sırasında siyah renkli dışkılama tarif eden hastanın rektal tuşesinde melena saptandı. Gaitada gizli kan incelemesi müspet olan ve takiplerinde anlamlı hemogloblin düşmeleri izlenen hastaya gastroskopik inceleme yapıldı. Gastroskopide korpantral bileşkede malign görünümlü ülser saptanarak biyopsi alındı. Ancak biyopside sadece kronik nonspesifik inflamasyon saptandı. Batin BT incelemesinde ise antrumda lokalize 5x7 cm tümöral kitle (mide CA?) ve peritonitis karsinomatoza ile uyumlu görünüm izlendi. İlk başvurduğunda parasetez ile alınamayan minimal asit saptanmışken takiplerinde asit miktarında masif artış gözlemlendi. Parasetez yapıldı. Non portal tipte ve 35000/mm³ lökosit içeren asit mayi saptandı. Asit mayi yayma incelemesinde atipik görünümlü vakuollerden zengin bazofilik lenfositler görülmesi üzerine Burkitt lenfoma düşünülerek asit mayi sitolojisi, flowsitometri incelemesi ve kemik iliği aspirasyon/ biyopsisi yapıldı. Asit mayisi ve kemik iliğinde Burkitt lenfoma ile uyumlu atipik hücre infiltrasyonu izlendi. Hastaya Burkitt Lenfoma tanısı ile 6 kür HyperCVAD kemoterapi uygulandı. Kemoterapi sonrası kür sağlanan hastanın 1 yıllık takibinde relaps izlenmedi.

SONUÇ: Abdominal burkitt lenfomaları diğer gastrointestinal maligniteleri taklit edebilmektedir. Asit mayisi sitolojik ve sitogenetik incelemesi ise malignitelerin ayrırtı tanısında faydalı olmakta; aynı zamanda seçilmiş olgularda daha invaziv işlemlere gerek kalmadan tanıya yardımcı olabilmektedir.



Resim 1. Süperfisyal tromboflebit



Bilgisayarlı tomografi



Gastroskopi

P090

AKUT LENFBLASTİK LÖSEMİNİN ATİPİK PREZANTASYONU: GEZİCİ SÜPERFİSİYEL TROMBOFLEBİT

Abdulkadir Küçükbayrak, Rezan Gergin, Mustafa Yıldırım, Davut Özdemir, Ayşe Kavak

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ: Malignansiler ile hemorajik ve tromboembolik olaylar arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir. Yüksek oranda olmasa da lösemilerle, tromboembolik ve hemorajik olaylar arasında ilişki bulunmuştur. Bu yazıda gezici süperfisyal tromboflebit ile prezante olan akut lenfoblastik lösemi vakası sunuldu.

OLGU: Travma sonrası sağ ayak bileği yan bağları zedelenen 17 yaşındaki erkek hasta, yapılan tetkiklerinde ateş ve lökositöz tespit edilerek hastanemize yatırıldı. Hastanın yatışındaki vital bulguları; ateş 38.5 OC, nabız 88 atım/dakika, solunum sayısı 24/dakika, kan basıncı 120/80 mmHg idi.

Fizik muayenesinde; sağ bacak diz üstü iç yan bölgede, yukarı doğru uzanım gösteren lineer, ağrılı, hiperemik, endure, sınırları düzensiz, ısı artışı bulunan lezyonu fark edildi (Resim 1). Hastanın sorgulamasında bu lezyonun 2 gündür var olduğu öğrenildi. Lowenberg işareti ve Homans belirtisi negatif iken karaciğer kot altından ele geliyordu. Belirtilen bulgular dışında fizik muayenede bir özellik görülmedi. Hastanın yatışının ikinci günü sol bacak iç yan bölgede diğer bacakta benzer lezyon gelişti.

Hastanın yatışının ikinci günü sol bacak iç yan bölgede diğer bacakta benzer lezyon gelişti.

Özgeçmiş ve soy geçmişi sorgulamasında bir özellik yoktu

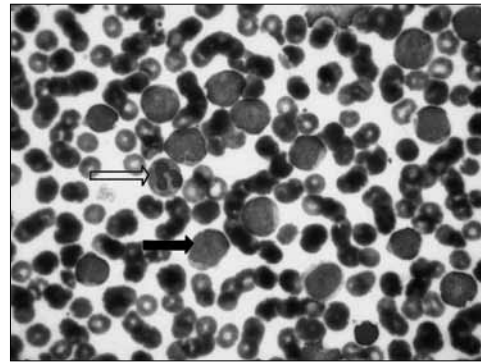
Laboratuvar bulgularında; beyaz küre 140.5/l, trombosit sayısı 104/l, hemoglobin 13.8 g/dl, sedimentasyon 24 mm/h, laktat dehidrogenaz (885 IU/l), C reaktif protein 41.2 mg/dl (0-4) idi. Antitrombin III ve fibrinogen düzeyleri normal olarak tespit edilirken, romatoid faktör negatif bulundu. Alınan idrar kültürü ve iki kan kültüründe üreme olmadı. Çekilen göğüs radyogramında patoloji görülmezken ayak röntgeninde yumuşak doku şişliği dışında bir bulgu saptanmadı.

Alt ekstremité doppler ultrasonografisinde; distal yüzeyel femoral vende parsiyel trombüs tespit edildi.

Hastanın yapılan periferik yaymasında %90 blast formunda lenfositler görüldü (Resim 2). İmmüno-nötiplleme sonucu B hücreli akut lenfoblastik lösemi (ALL) ile uyumlu bulundu. Yapılan kemik iliği biyopsisinde B hücreli ALL tanısı teyit edildi.

Hastaya gezici STF tanısı ile sulbaktam-ampisilin 4x1gr, naproksen sodyum 2x500 mg, soğuk kompres ve bacak elevasyonu tedavileri uygulandı. Bu tedavinin 3. gününde şikayetleri gerileyen ve ateşi düşen hastanın, 10. günde tromboflebit bulguları tamamen düzeldi.

SONUÇ: Gezici STF gelişen hastalar malignensi yönünden incelenirken ALL akıldaki tutulmalıdır.



Resim 2. Polimorfonükleer lökosit, Blast hücresi

P091

PLEVRAYI TUTAN GRANÜLOSİTİK SARKOM (KLOROMA) OLGUSU

İdris Ince, Meryem Tahmaz, Ümit Üre, A. Kadir Ergen, A. Baki Kumbasar
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Granülositik sarkom, lösemi hücrelerin oluşturduğu lokal kitle lezyonlarıdır. Granülositik sarkom aynı zamanda extramedüller myeloblastoma ya da Kloroma olarak da isimlendirilir. Vakamızda granülositik sarkom plevrayı nadir olarak tuttuğundan sunmayı uygun bulduk.

OLGU: 53 yaşında erkek hasta halsizlik, baş dönmesi, öksürük şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde özellik saptanmayan hastanın tetkiklerinde WBC: 16000 Hgb: 8.9 Hct: 25.6 MCV: 93 Plt: 64000 Glukoz: 134 Üre: 48 Kreatinin: 0.8 Ürik asit: 4.1 ALT: 43 AST: 27 LDH: 1441 Total bilirubin: 0.89 Total Protein: 7.6 Albumin: 3.7 Globulin: 3.9 Sedimentasyon: 140 Fe: 227 Fe bağlama kapasitesi: 260 Ferritin: 452 B12: 1548 Folik asit: 5.8 TSH: 0.005 FT4: 1.83 saptandı. Tiroid USG de Tiroid parenkimi heterojen yapıda, en büyüğü tiroid sol lop posteriorunda yerleşimli hipoeoik, kistik dejenere alanlar içeren birkaç adet solid nodül izlendi. Hipertroidi açısından hastaya Propylil tb 3x2 tedavisi başlandı. Periferik yayma değerlendirmesinde silme blast görüldü. Periferik kandan yapılan flow sitometri incelemesinde AML (M0? M1? M2?) ve kemik iliği aspirasyon değerlendirmesinde %76 blast FAB AML M2 tanısı konuldu. Kemik iliğinden yapılan sitogenetik analiz sonucunda 47, XY, +4, der (8), der (9), der (21) karyotip özelliği tesbit edilmiştir. (Kompleks karyotip özelliği). PA A.C grafide sağ akciğer üst zonda tabanı plevraya uzanan üçgen şeklinde opasite mevcuttu. Spiral Toraks BT de fibröz ve amfizematöz görünümde akciğer parankimi, sağ akciğer üst lop posterior segment periferinde plevrada yaklaşık 3 cm çapında fusiform görünümlü kalınlaşma saptandı. Göğüs hastalıkları tarafından yapılan İİAB patoloji sonucunda kemik iliğindeki blastlara benzer blastlar olduğu ve granülositik sarkom ile uyumlu olarak yorumlandı. Remisyon indüksiyon amacı ile iki kür 3+7 tedavi protokolü (idarubisin, 20 mg. 3gün; sitozin arabinozid, 170 mg, 7 gün) uygulandı. Tedavi sonrasında kontrol amacı ile çekilen P.A AC grafi ve toraks BT de opasitenin kaybolduğu saptanmıştır. 3+7 tedavi protokolünün yol açtığı nötropeni döneminde ateşi gelişen hastaya febril nötropeni tedavisi başlanmış olup, akciğer enfeksiyonun yol açtığı solunum yetmezliğinden kaybedilmiştir.

TARTIŞMA: Granülositik sarkom esasen myeloblastik lösemilerle ilişkili olmakla birlikte, diğer myeloproliferatif hastalıkların seyrinde bir komplikasyon olarak da görülebilmektedir. Granülositik sarkom löseminin relaps ya da remisyon sürecinde ortaya çıkabilmekle birlikte hastalığın tek prezentasyon bulgusu da olabilir. Bizim vakamız da da granülositik sarkom tanısı AML M2 ile eş zamanlı olarak konulmuştur. Granülositik sarkom en sık orbita ve santral sinir sistemi olmak üzere kemikleri, deriyi tutabilmektedir. Vakamız da plevra tutulumu da görülmüştür.

P092

SİSTEMİK MASTOSİTOZ: BİR OLGU SUNUMU

¹Didem Özdemir, ²Selçuk Dağdelen, ¹Kemal Ağbaht, ³Songül Şerefhanoglu, ³Salih Aksu, ⁴Sibel Ersoy Evans

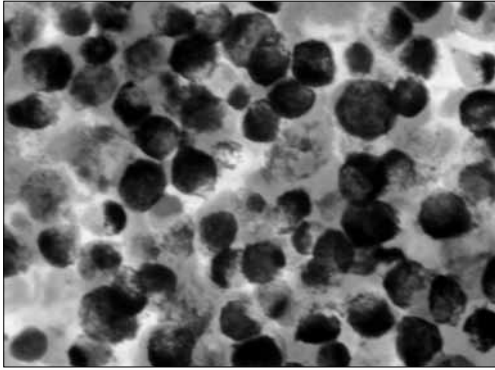
¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Ünitesi, ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Ünitesi, ⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

Mastositöz mast hücrelerinin değişik dokularda anormal proliferasyonu ile karakterize nadir görülen hematopoietik bir hastalıktır. Çoğunlukla deride mast hücre infiltrasyonu ile giden kütanöz mastositöz

şeklinde görülmekle birlikte bazı hastalarda ekstrakütanöz dokuları da tutabilir ve sistemik mastositöz adını alır.

OLGU: 52 yaşında bayan hasta başağrısı, bulantı, kusma, hipotansiyon ve bayılma atakları nedeniyle hastanemize başvurdu. Senkop öncesi ortaya çıkan, yüzdten başlayıp boynuna ve kollarına yayılan döküntüden şikayet etmekteydi. Hastanın bu senkop atakları sırasında ölçülen kan basıncı 50-70/20-40 mmHg arasında değişmekteydi. Son atağında şikayetlerine 39° C'ye ulaşan ateş eklenmişti. Dermatoloji kliniğine yatırılan hastanın yatışı sırasında 40° C'ye yükselen ateş, halsizlik, bulantı, kusması oldu. İzlenimde yüz boyun ve gövde ön yüzünde eritem gelişti. İntravenöz hidrasyon ile kan basıncı 50/25 mmHg'den 110/70 mmHg'ye yükseldi ve ateşi düştü. Sistemik mastositöz şüphesi nedeniyle yapılan kemik iliği aspirasyon yaymalarında %80 oranında mast hücreleri (Resim 1), biyopsisinde mast hücre infiltrasyonu ve c-kit mutasyonu saptandı. Atak esnasında gönderilen serum triptaz düzeyi >200 ng/ml (normal değer <11.5 ng/ml) idi. Hastaya 0.8 mg/kg/g kortikosteroid ve 300 mg/g siklosporin tedavisi başlandı. İki haftalık tedavi sonrası klinik olarak belirgin iyileşme sağlanan hastanın tekrarlanan kemik iliği aspirasyonunda mast hücre oranı 15%olarak saptandı ve üçüncü haftada ataksız olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA: Sistemik mastositöz tanısı için bazı kriterler belirlenmiştir. Majör kriter ekstrakütanöz dokularda mast hücre infiltrasyonu saptanmasıdır. Minör kriterler ise; atipik mast hücre morfolojisi; aberan mast hücre yüzey immünofenotipi; serum triptaz düzeyi >20 ng/ml ve periferik kan, kemik iliği veya lezyonda c-kit gen mutasyonunun saptanmasıdır. Tanı için 1 majör ve 1 minör veya 3 minör kriter gerekmektedir. Hastamız majör tanı kriterini (kemik iliğinde mast hücre infiltrasyonu) ve iki minör tanı kriterini karşılıyordu. Ataklar dışında herhangi bir deri lezyonu bulunmamaktaydı. Ataklar sırasında izlenen yaygın eritem ise histamin salınımına bağlı gelişen reaktif bir eritemdi. Bulantı, kusma, dispepsi, ishal, baş dönmesi, konfüzyon ve senkop sistemik mastositöz hastalarında görülebilecek belirtilerdir. Hastamızda bu belirti ve bulguların çoğu olmakla birlikte ayrıca son 2 atağında 39° C üzerinde ateş olduğu görüldü. Ateş, sistemik mastositöz ile birlikteliği nadiren bildirilmiş bir bulgudur. Sistemik mastositözün kesin ve etkin bir tedavisi olmamakla birlikte interferon alfa ve sistemik kortikosteroid kombinasyonu, kladribin ve imatinib en sık kullanılan ajanlardır. Literatürde bildirilen bir olguda olduğu gibi olgumuzda da kortikosteroid ve siklosporin başlangıç tedavisine çok iyi yanıt alındı. Ürtikeryal deri döküntüsü, flushing, hipotansiyon atakları, ateş ve nonspesifik semptomlarla gelen bir hastada sistemik mastositöz ön tanıda yer alması gereken nadir bir hastalıktır. Sistemik mastositözde siklosporin ve kortikosteroid kombinasyonu alternatif bir tedavi yöntemi olabilir.



Resim 1. Kemik iliği aspirasyon yaymalarında mast hücreleri

P093

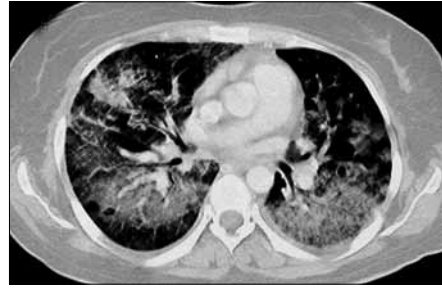
PNEUMOCYSTIS JIROVECI PNÖMONİSİNDE İNVAZİF OLMAYAN VENTİLASYON YÖNTEMLERİNİN ETKİNLİĞİ: OLGU BİLDİRİMİ

Muharrem Müftüoğlu, Erkan Arpacı, Hande Bektaş, Mehmet Beşiroğlu, Meliha Nalçacı, Sevgi Kalaylıoğlu Beşişik

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Pneumocystis jiroveci pnömonisi (PJP) özellikle T lenfosit bozukluklarının bulunduğu bağışıklık sorunu bulunan hastalarda görülen bir komplikasyondur. PJP'ye bağlı ağır hipoksemi ve mekanik ventilasyon ihtiyacı mortalite açısından bağımsız risk faktörleridir. Bu hastalarda invazif olmayan ventilasyon (İÖV) yöntemi ile iyi sonuçlar elde edilmiş; invazif yöntemle karşılaştırıldığında komplikasyon ve mortalite oranı daha düşük bildirilmiştir. Pozitif basınçlı İÖV yöntemlerinin kullanıldığı hastalarda mekanik ventilasyon gereksinimi daha az gelişmiştir. Bazı hematolojik hastalıkların tedavisinde kullanılan pürin analogları ve kortikosteroidler lenfopeniye yol açarak PJP riski oluşturmaktadır. Burada maske ile oksijen tedavisi altında hipoksemiye süren İÖV uygulanmasını takiben invazif ventilasyona gerek kalmadan izlenen iki PJP olgusu sunuldu. Olgu-1: 21 yaşında erkek. ALL tanısıyla kortikosteroid içeren tedavi protokolünün takiben 6-merkaptopürin tedavisi altında ateş nedeni ile değerlendirildi. Fizik muayenesinde (FM) ve akciğer radyografisinde (AC RG) enfeksiyon odağına yönlendirici bilgi elde edilmedi. Hasta nötropenik değildi, ağır lenfopenisi vardı. Piperasilin-tazobaktam 3x4.5gr başlandı. Antibakteriyel tedavinin 72. saatinde ateşin yüksek seyretmesi, taşipne ve iki taraflı inspiratuar raller gelişmesi üzerine yinelenen AC RG'de yaygın interstisyel infiltrasyon gözlemlendi. Bilgisayarlı tomografi ile görüntüleme iki taraflı buzlu cam görünümü izlendi. Serum LDH (2060U/L) ve CRP (301mg/dl) düzeyi yükselmisti. Ağır hipoksemi nedeniyle başlanan 6L/dk oksijen altında paO_2 49.5mmHg ve $paCO_2$ 28, 2mmHg bulundu. PJP ön tanısı ile trimetoprim (TM 10mg/kg) +sülfametoksazol (SMZ 50mg/kg) başlandı. Ciddi solunum sıkıntısı (daka solunum sayısı DSS: 44) nedeniyle İÖV yöntemlerinden "bilevel positive airway pressure" (BIPAP) ile solunum desteği sağlandı. DSS 23'e indi, paO_2 65 mmHg ve SO_2 %94'e ulaştı. Antimikrobiyal tedavinin 5.gününde ventilasyon desteği kaldırıldı, 13. gününde paO_2 %90'a yükseldi. Olgu-2: 55 yaşında erkek. Hodgkin lenfoma tanısı ile kortikosteroid içeren ikinci basamak tedaviyi takiben olog kök desteği ile yüksek doz kemoterapi sonrası nötropenik olmayan dönemde ateş ve dispne nedeniyle değerlendirildi. FM'de DSS: 40, iki taraflı yaygın inspiratuar raller tespit edildi. Bilgisayarlı tomografi ile görüntüleme yaygın buzlu cam görünümü izlendi. Serum LDH (1431U/L) ve CRP (260mg/dl) yükselmisti, 8L/dk oksijen altında paO_2 57mmHg, SO_2 %89 idi. PJP ön tanısı ile TM (10mg/kg) +SMZ (50mg/kg) başlandı. BIPAP ile solunum desteği sağlandı. Antimikrobiyal tedavinin 2. gününde paO_2 77mmHg'e yükseldi, 4.gününde ventilasyon desteği kesildi.

YORUM: BIPAP ile solunum işi azaltmakta solunum kasları dinlenmekte ve alveolar ventilasyon artması ile gaz alış veriş düzeltilmektedir. İÖV intübasyon ile ilişkili travma, nozokomial pnömoni, yaşam kalitesi idamesi, hastanede daha kısa süre kalış ve maliyetin düşük olması nedeni ile bazı durumlarda avantajlıdır.



Resim 1. Olgu 1: Tedavi öncesi toraks BT, bilateral buzlu cam görünümü.



Resim 2. Olgu 2: Tedavinin 15. günü toraks BT, bilateral infiltrasyonlarda belirgin azalma.

P094

NADİR BİR LENFOMA OLGUSU: T-HÜCRELİ İNTRAVASKÜLER LENFOMA

¹Seyit Mehmet Kayacan, ¹Sezai Vatansever, ¹Ramazan Kurt, ¹Aytaç Karadağ, ¹Ayşe Serra Uçar, ²Sinan Varol, ¹Mustafa Demirtürk, ¹Vakur Akkaya, ¹Osman Erk, ³Nesimi Büyükbabani, ⁴Can Baykal, ¹Kerim Güler

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

İntravasküler lenfoma (İVL) nadir görülen bir malinite olup, atipik lenfoid hücrelerin parenkim infiltrasyonu olmaksızın, kapiller, küçük ven ve arterlerde neoplastik proliferasyonu ile karakterizedir. Neoplastik lenfoid hücreler sıklıkla B ve nadiren T hücre kökenlidir. Deri en sık tutulan bölgelerden biri olup lezyon parlak veya nodül şeklinde olabilir. Merkezi sinir sistemini tutarak demans ve nörolojik defisite yol açabilir. Çok hızlı seyirli olup orbita, kalp, akciğer, pankreas, karaciğer, dalak, böbrek, sürrenal, genital organlar ve nadiren kemik iliği ve lenf düğümlerine de yayılabilir. Burada deri tutulumunun ön planda olduğu bir T-hücreli İVL olgusu sunulacaktır.

OLGU: Kırk yaşında bir erkek hasta yaklaşık üç aydır süren tekrarlayan ateş, deride döküntü ve skrotal şişlik yakınmaları ile başvurdu. Göğüs ve karın ön ve arka yüzünde, her iki üst ekstremitelerde deriden hafif kabarık, mor renkli, çok sayıda 1-2 cm çaplı, yuvarlak deri lezyonları vardı (Resim 1). Bilinci açık ve aktifti. Nörolojik muayenesi normaldi. Hepatosplenomegali yoktu. Sadece traube alanı lateralde kapalıydı. Kan sayımında pansitopeni vardı (Hb: 9.6 g/dl, Hct: %28, MCV: 90 fL, lökosit: 1900/mm³, nötrofil: 800/mm³, lenfosit: 600/mm³, trombosit: 81000/mm³). Skrotal şişlik nedeniyle yapılan ultrasonografide sol testiste hiperekojen 7x9 mm lezyon (infiltrasyon?) görüldü. Vücuttaki yaygın nodüler lezyonlardan alınan "punch" biyopsi örneğinde CD3 kuvvetli pozitif boyanan, endotel hücreleri ile çevrili neoplastik lenfoid hücreler saptandı. T hücreli intravasküler lenfoma olarak kabul edildi. Kemik iliği biyopsisinde neoplastik infiltrasyon görülmedi. Toraks ve batin tomografisinde lenfadenopati ve organomegaliye rastlanmadı. Gözde kızamık saptanması üzerine çekilen orbita BT'de sol orbitada ve rektus kasında infiltrasyon saptandı. Karnovski skoru <30 olan hastaya kemoterapi başlandı.



Resim 1. Batında deriden hafif kabarık, mor renkli, çok sayıda 1-2 cm çaplı, yuvarlak deri lezyonları.

P095**BLASTİK “MANTLE” HÜCRELİ LENFOMA-LÖSEMİ OLGUSUNDA LARİNGEAL TUTULUM İLE ORTAYA ÇIKAN DİSSEMİNE ASPERGİLLOZ**¹Ayşe Nur Tufan, ²A. Selim Yavuz, ³İsmet Arslan, ²Yüksel Pekçelen¹*İstanbul 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 Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı*

Aspergillus septali dallanan hif yapısı olan saprofitik bir küf mantarıdır. Sporlarının inhalasyonu sık olup nadiren invazif hastalığa yol açar. Paranasal sinüsler dahil üst solunum yolları, alt solunum yolları, orbita, dış kulak yolu, merkezi sinir sistemi, cilt, kemik, üriner sistem, sindirim sistemi, kardiyak veya vasküler protezler invazif aspergillozun görüldüğü yerlerdir. Immünpresif tedavi, nötropeni (<500/mm3), suprafizyolojik dozlarda kortikosteroid kullanımı, kronik granülematöz hastalık ve AIDS invazif aspergilloz için risk faktörüdür. Burada blastik mantle hücreli lenfoma-lösemi tanısı olup Rituksimab+hyper CVAD tedavi protokolü ile takip edilen ve nötropenik döneminde dissemine aspergillozu saptanan bir olgu sunuldu. 49 yaşında kadın hasta servikal ve aksiller lenfadenomegali tablosu ile başvurdu. Yapılan muayene ve laboratuvar tetkikleri sonucunda blastik mantle hücreli lenfoma-lösemi tanısı konuldu. Tedavi olarak uygulanan Rituksimab+hyper CVAD protokolünün 4. siklusunda febril nötropeni tanısı ile sefapezon-sulbaktam tedavisi başlandı. Bu tedavi altında ateşi düştü. Ancak nötropenisi devam ederken ses kısıklığı izleyen nefes darlığı ve yutma güçlüğü gelişti. Üst solunum yolları ve sindirim yollarına yönelik yapılan endoskopide özofagusta özelliği saptandı. Larinkste ileri derecede ödem, sol vokal kord paralizisi, bilateral vokal kordlardan aşağı doğru uzanan avasküler nekrotik lezyon görüldü. Genel anestezi altında alınan kültür ve biyopsi örneklerinde Aspergillus enfeksiyonu ile uyumlu bulgular saptandı. Hastanın antifungal tedavisinden önceki tubulopatiye bağlı replasman gerektiren hipotansiyonu olduğu için antifungal tedavi olarak kaspofungin seçildi. Bu tedavi altında nefes darlığı ve yutma güçlüğü büyük ölçüde geriledi. Endoskopide vokal kord paralizisi dışındaki lezyonların düzeldiği görüldü. Fungal enfeksiyonun yaygınlığını araştırmak amacıyla çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) bilateral akciğerde multiple milimetrik nodül ve bir adet fungus topu görünümü, batın BT' sinde dalak ve karaciğerde fungal enfeksiyonu ile uyumlu multiple hipodense lezyon saptandı. Fungal enfeksiyonlar hematolojik malignitesi bulunan hastalarda önemli morbidite ve mortalite nedenidir. En önemli risk faktörü uzamış nötropenidir. Larinks, invazif aspergillozun görüldüğü nadir yerler arasındadır. Uzamış nötropeni döneminde ses kısıklığı gelişen hastalarda fungal larinks enfeksiyonları aklıda tutulmalı; erken laringoskopik inceleme ve örneklem yapılmalı, örnekler mantar enfeksiyonu açısından uygun şekilde değerlendirilmelidir. Dissemine aspergilloz açısından klinik ve laboratuvar bulgusu olmasa da akciğer parenkimi, karaciğer ve dalak görüntülenmeli ve hızla tedavi başlanmalıdır.

P096**BİLATERAL PULMONER ASPERGİLLOMALI BİR AKUT MİYELOİD LÖSEMİ OLGUSUNDA BİLATERAL TORAKOSKOPİK REZEKSİYON**¹Önder Tonyalı, ¹Ayşe Nur Tufan, ²A. Selim Yavuz, ³Alper Tokar, ²Yüksel Pekçelen¹*İstanbul 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 Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı*

İnvazif pulmoner aspergilloz nötropenik hastalarda sık görülen, yüksek mortalite ve morbidite ile ilişkili bir enfeksiyondur. Aspergilloma varlığında en iyi tedavi şekli antifungal tedavi ile cerrahi rezeksiyonun kombine edilmesidir. Burada akut miyeloid lösemi tedavisi uygulanmakta iken bilateral invazif pulmoner aspergilloz enfeksiyonu gelişen ve 110 gün antifungal tedavi verildikten sonra bilateral torakoskopik rezeksiyon ile mantar topu kavitesinin çıkartıldığı bir olgu sunuldu. Akut miyeloid lösemi M2 tanısı ile takip edilen 23 yaşında kadın hasta iki kez 3 gün idarubicin ve 7 gün sitozin arabinosid olacak şekilde remisyona indüksiyon tedavisi aldı. Nötropeni döneminde ateşi oldu ve febril nötropeni protokolü uygulandı. Tedavi altında ateşi devam etti ve yakınmalarına öksürük ve nefes darlığı eklendi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) fungal akciğer enfeksiyonu ile uyumlu infiltratif lezyonlar tespit edildi. Lipozomal amfoterisin B ile antifungal tedavi başlandı. Ateş kontrol altına alındı. Nefes darlığı ve öksürük geriledi. Nötropeni düzeldi. Kemik iliği aspirasyonu incelemesinde remisyonda olduğu görüldü. Bilgisayarlı tomografi takiplerinde akciğer parankimindeki infiltrasyonlar kayboldu. Her iki akciğerde birer adet mantar topu şeklinde imajlar gelişti. Tedavi ile mantar topu kavitesinde küçülme durdu. Lipozomal amfoterisin B tedavisi 110 gün sonunda kesildi. Toplam 26200 mg (524 mg/kg) kümülatif dozda lipozomal amfoterisin B tedavisi uygulandı. Profilaktik olarak vorikonazol 200 mg tb 2x1 başlanarak iki ayrı seansta torakoskopik yolla sol üst lob apikoposterior segmentteki lezyona segmentektomi ve sağ üst lob posterior segmentteki lezyona “wedge” rezeksiyon uygulanarak lezyonlar çıkarıldı. Takibinde pnömotoraks dışında komplikasyon gelişmedi. Patolojik incelemede aspergillus hifleri görüldü. Kültürde aspergillus cinsi mantar üredi. Kontrol toraks BT'sinde akciğer parankiminde postoperatif sekel değişiklikler dışında patolojik bulgu saptanmadı. Remisyonda olan hastaya yüksek doz sitozin arabinosid ve daunorubisin içeren konsolidasyon tedavisi profilaktik vorikonazol tedavisi ile beraber verildi. Profilaktik vorikonazol tedavisi sorunsuz olarak 88. günde kesildi. Mantar enfeksiyonu nüks etmeyen hasta poliklinik kontrolüne gelmek üzere çıkartıldı. Aspergilloma, herhangi bir etyolojiden kaynaklanan pulmoner kaviter lezyonlarda gelişebilir. Aspergilloma oluştuğu zaman sistemik antifungal tedavi çoğunlukla yetersiz kalır, ağır fungal enfeksiyon nedeniyle kemoterapi gecikebilir veya hasta masif hemoptizi gibi ağır komplikasyonlarla kaybedilebilir. Torakoskopik yöntem komplikasyon olasılığı düşük bir cerrahi rezeksiyon işlemidir. Burada da sunulduğu gibi sistemik antifungal tedavi ve cerrahi rezeksiyonun kombinasyonu ile yüz güldürücü sonuçlar alınabilir.

P097**BEL AĞRISI VE AKUT BÖBREK YETERSİZLİĞİ İLE PREZANTE OLAN BİKLONAL MULTİPL MYELOM OLGUSU**¹Fatih Tufan, ¹Ramazan Kurt, ¹Mustafa Akdemir, ²Oktay Özkan, ²Alaattin Yıldız, ²Aydın Türkmen, ²Tevfik Ecder, ²Mehmet Şükrü Sever, ³Mustafa Yenerel¹*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı, ³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı*

Multipl myelom sırt ağrısı ve halsizlik gibi semptomlarla ortaya çıkabilir. Böbrek yetersizliği olguların dörtte birinde önemli bir komplikasyondur. Hastalıkta plazma hücreleri genellikle tek bir klonal kaynaklanmaktadır ancak nadiren de olsa biklonal veya poliklonal multipl myelom olguları ile karşılaşılabilir. Burada bel ağrısı nedeniyle nonsteroid antiinflamatuar (NSAİ) kullanan ve ardından akut böbrek yetersizliği nedeniyle incelenirken multipl myelom tanısı konulan bir olgu sunuldu. OLGU: Kırk yaşında erkek hasta mekanik karakterde bel ağrısı nedeniyle incelenirken lomber manyetik rezonans görüntülemesinde lomber herni tespit edilmesi üzerine günde iki kez parenteral diklofenak tedavisi başlanmış. Bu tedavi sonrasında ciddi bulantı-kusmalarla birlikte non-oligurik akut böbrek yetersizliği tespit edilen hastaya hemodiyaliz başlanmış ancak anüriye girmiş. Böbrek yetersizliğinin etyolojisini araştırmak için nefroloji kliniğimize yatırıldı. Laboratuvar incelemelerinde hiperkalsemi (11, 5 mg/dl) ve protein elektroforezinde 0.16 g M-spike tespit edildi. Kemik iliği aspirasyonunda %60 oranında plazma hücreleri görüldü. Böbrek yetersizliğinin uzaması nedeniyle ayrıntılı tanı için yapılan böbrek biyopsisinde tubulularda yoğun kappa tipi silendir birikimi saptandı, amloid birikimine rastlanmadı. Serum immunoelektroforezinde IgG kappa ve IgM lambda zinciri ve idrar immunoelektroforezinde kappa zinciri tespit edildi. Hastaya vinkristin, doksorubisin ve deksametazondan oluşan VAD protokolü uygulamaya başlandı. TARTIŞMA: Yaptığımız literatür araştırmasında IgG kappa ve IgM lambda tiplerini içeren biklonal myelom olgusuna rastlayamadık. Akut böbrek yetersizliğinin etiyolojisinde NSAİ' ler sıklıkla sorumlu olsa da yeni ortaya çıkan bel ağrısı ve akut böbrek yetersizliği ile başvuran olgularda multipl myelom her zaman ayrıntı tanıda düşünülmelidir.

P098**PRİMER OTOİMMÜN NÖTROPENİ OLGUSU**

Mehtap Navdar Başaran, Özlem Uysal Sönmez, Ümit Barboros Üre, Nilgün Sarı, Meryem Tahmaz, Ayşegül Zobi Akpolat, İsmail Cengiz, İdris Ince, Mustafa Kemal Serez, A. Kadir Ergen, A. Baki Kumbasar

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Nötropeni, nötrofil sayısının <1500/µl olması olup nötrofil üretiminin azalması veya nötrofil yıkımının artması ile oluşur.İmmün nötropeniler, hücre membran antijenlerine karşı oluşan antikorlardan dolayı periferik yıkımın artması sonucu düşük nötrofil sayısını içerirler. Antinötrofilik antikorlar splenik sekestrasyon veya doğrudan kompleman aracılıklı lizis yolu ile nötrofil yıkımına yol açarlar. İmmün nötropeniler, immün nötropeniler ve gerçek otoimmün formlar gibi durumları içerir.Otoimmün nötropeniler primer ve sekonder olarak sınıflandırılabilir.Birçok formunda kemikliği (Kİ) normosellüler yada hiposellülerdir. Nötrofiller normal yada düşük sayıda olmakla beraber ciddi klinik gidiş gösteren vakalarda maturasyon yemelisi/metamyeosit aşamasında durmuş yada Kİ hiposellülerdir.Primer otoimmün nötropenilerdeki otoantikorlar Human Neutrofil Antijenlere karşı gelişmiştir. Enfeksiyon riski nötropenin ciddiyeti yanı sıra adezyon, agregasyon kemotaksis, fagosit ve metabolik aktivasyon defektleri ile de ilgilidir.Bu belirlen nötropenisi olmadığı halde infektif diateze sahip hastalardaki durumu açıklayabilir.Biz sık enfeksiyon geçiren primer otoimmün nötropeni tanısı koyduğumuz olgumuzu sunmayı amaçladık.62 yaşında erkek hasta ağzıda yara, yüksek ateş, nefes darlığı şikayeti ile başvurdu.Ateş 38, 9°C Dudak kenarında, dil üzerinde aftoz, ülsere lezyonlar olup, farenks hiperemikti. Ac oskultasiyonunda; sağ alt zonda kaba raller duyuldu.Tetkiklerinde sedimantasyonu 60mm/h, CRP90, T.P5, 2gr/dl, Alb 3gr/dl, nötrofil 0-100 arasında idi.Febril nötropeni olarak değerlendirilen hastaya kültürler alındıktan sonra sefepim 2x2, amikasin 1x1, G-CSF 30mü başlandı.Oral lezyonlar, kandidiazis olarak değerlendirilerek oral flukanazol ve antiseptik gargara ilave edildi.Yüksek ateş ve nötropeniy neden olabileceği düşünülecek HIV başta olmak üzere istenilen enfeksiyöz markerler negatif geldi. Periferik yayma'da özellik saptanmadı. Kültürlerde patojen ajan saptanmayan, ARB ve Löwenstein geldii olan hastanın Kİ kültüründe üreme olmadı. Kİ incelemesinde normosellüler Kİ, myeloid seride olgunlaşma durması ve nötrofil yokluğu tespit edildi. Atipik hücre görülmedi.Otoimmün nötropeni ön tanısı ile istenilen antinötrofil antikor IgG tetkiki yüksek titrede pozitif tespit edildi. (%63 Normal <%10) 13.günde G-CSF'ye yanıt alınmaması nedeni stoplanarak Steroid başlandı. Sekonder nedenle otoimmün nötropeni yapabilecek maligniteler düşünülecek istenilen tümör markerleri normaldi.Tomografide özellik yoktu.RF, ANA, dsDNA.ENA Screen'in negatif olması ile hasta primer otoimmün nötropeni olarak değerlendirildi.Ateşi normale inenCRP ve sedimantasyonu gerileyen, nötropenisi devam eden hastanın ateşsiz 10.gündüne antibiyoterapisi kesilerek hematoloji polikliniğine yönlendirildi. Sonuç olarak sık enfeksiyon geçirme hikayesi olan hemogramında nötropeni tesbit edilen hastalarda eşlik eden hematolojik malignite, romatolojik hastalık yoksa otoimmün nötropeniler düşünülmelidir

P099**KANSER HASTALARINDA TAMAMLAYICI/ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMI VE YAŞAM KALİTESİ**¹İbrahim Yıldız, ²Mustafa Özgüroğlu¹*Kağıthane Devlet Hastanesi, ²Cerrahpaşa Tıp Fakültesi*

AMAC: Erşkin kanser hastalarında Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi (TAT) kullanımı araştırıldı. MATERYAL VE METOD: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji polikliniğinden izlenen 1060 hastaya 29 soruluk bir anket uygulandı. Ek olarak EORTC QLQ-C30 (Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi C30) anketini doktor yardımı olmadan cevaplamaları istendi.

BULGULAR: 428 hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların %77, 8'i kanser olduğunun farkındaydı. Tüm hastalar içerisinde %57'si (244 hasta) en az 1 çeşit TAT yöntemi kullanıcısıydı. Bitkisel ilaç kullananların %75'i (171 hasta) ısırgan otu ve tohumu kullanmaktaydı. Hastaların %54, 2 si bitkisel tedaviler, %13'ü

dini uygulamalar, %10'u multi-vitaminler ve antioksidanlar, %5' i yoga uygulayıcısıydı. Kullanıcıların %50'si (121 hasta) baharatçılardan, %30'u (71 hasta) doğadan toplayarak, %121 (27 hasta) eczanelerden bitkisel ilaçları temin etmiştir. TAT'lara harcanan aylık ortalama tutar 42 YTL olarak bulundu. Hastaları alternatif tedavi yöntemlerini kullanmaya sevk eden başlıca faktörler alternatif tedavilerin etkinliğine gerçekten inanma (82 hasta) ve yakın çevresindeki kişilerin etkisidir (74 hasta) . TAT kullanıcıların sadece %33'ü alternatif tedavi yöntemlerini kullanımından doktorunu haberdar etmiştir. Haberdar olan doktorların ise %41'i hastalara karşımamaktadır. Hastaların %25'i hiçbir zaman doktoruyla bu tedavileri konuşmadığını belirtmiştir

TAT kullanımı genç ve orta yaş grubu, erkek cinsiyet, 13 yıldan fazla eğitim, çalışıyor olma durumu, TAT'ları doktorla konuşma ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. EORTC QLQ-C30 anketine göre TAT kullanan ve kullanmayan hastalarda, sağlığın global değerlendirilmesi, sosyal, finansal, fiziksel, duygusal, rol ve semptomlara ait QLQ skorları (yaşam kalitesi) benzer bulunmuştur. Hastaların psikiyatriste başvuru oranı %14 ağrı kesici kullanımı ise %41 olarak bulundu.

SONUÇ: Hastalarımızın yarısından fazlası başta bitkisel tedavi olmak üzere alternatif tedavi yöntemlerini kullanmaktadır. Doktorların kanser tedavisini gören hastalarda alternatif tedavi kullanma sıklığının farkında olması, hastaları bu tedavilere yönlendiren faktörleri daha iyi anlaması gerekir. Ancak bu yolla ticari amaçlarla suistimal edilen hasta sayısı azalabilir

P100

PROSTAT KANSERLİ HASTADA TC99M MDP KEMİK SİNTİGRAFİSİNDE DEV MESANE

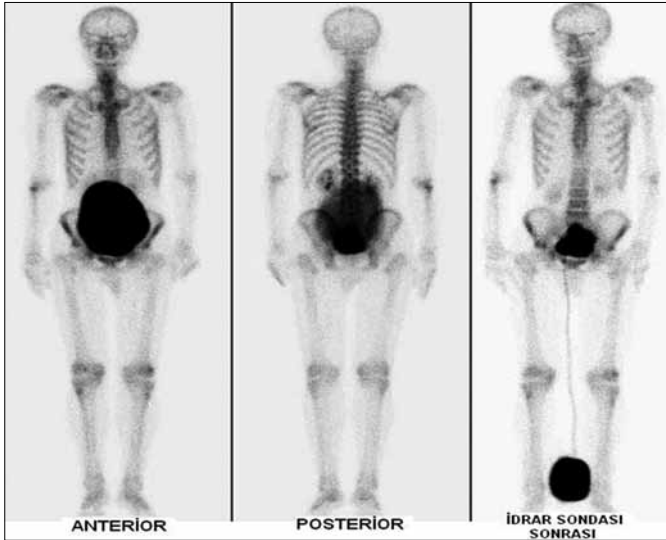
¹Melih Engin Erkan, ¹Huri Tilla İlçe, ¹Ayşe Nurdan Korkmaz, ²Ramazan Büyükkaya

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

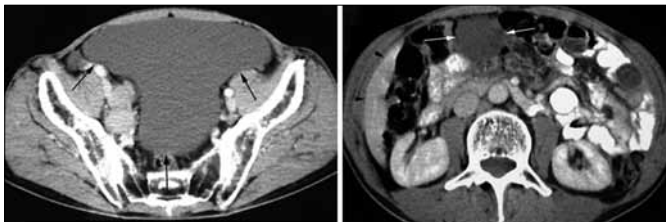
Normal mesane kapasitesi yaklaşık 600 ml ile sınırlıdır. Dev mesane prostat hiperplazilerinde obstrüktif paterne bağlı olarak izlenebilirken prostat adenokarsinomlarında sık karşılaşılan bir bulgu değildir.

68 yaşında prostat adenokarsinomu ve PSA değeri 150 ng/ml olan erkek hastaya tümör evrelemesi amacıyla Tc99m MDP kemik sintigrafisi yapıldı. Tüm vücut anterior görüntülerde daha belirgin olmak üzere, pelviste ve alt abdomende geniş bir alanda radyoaktivite tutulumu izlendi (Resim 1) . Bu görünümün üriner retansiyon ile ilgili olduğu düşünülerek olası bir metastazın gözden kaçmaması için hastaya idrar sondası takıldı. Mesane kateterizasyonundan sonra 4500 ml idrar toplandı fakat metastaz saptanmadı (Resim 1). Abdominal BT görüntülerinde sağ hipokondriuma kadar uzanan büyük flask bir mesane izlendi (Resim 2). Mesane tabanında invazyona bağlı kalınlaşma, prostatta soliter nodül ile orta derecede hipertrofi izlendi.

Prostat adenokanserlerinde genelde büyük mesaneye rastlanmamaktadır. Ancak bu ilginç vakada da görüldüğü gibi nadirde olsa (prostat hiperplazisindeki benzer şekilde) obstrüktif paterne bağlı olarak dev mesane gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıca dev mesanenin anteroposterior sintigrafik görüntülerde pelvis ve vertebra metastazlarını gizleyebileceği de unutulmamalıdır.



Resim 1.



Resim 2.

P101

35 YAŞ ÜZERİ HEMŞİRE VE EBELERDE MEME KANSERİ RİSKİ

¹Sakine Memiş, ¹Nevin Akdolun Balkaya, ¹Fatma Demirkıran, ¹Gonca Zor, ¹Özlem Çelik, ²Serdar Özbaş

¹Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu, ²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Anabilim Dalı

Meme kanseri dünyada ve ülkemizde kadınlarda görülen kanserler içinde ilk sırayı almakta ve kadınlarda kansere bağlı ölümlerin birinci nedenini oluşturmaktadır.

Bu çalışma 35 yaş üzeri hemşire/ebelerin meme kanseri belirtileri ve erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulamaları ile bireysel meme kanseri risklerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma, gerekli kurum izinleri alınarak, Aydın İl Merkezindeki Hastanelerde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 35 yaş üzeri 159 hemşire ve ebe ile yapılmıştır. Veriler soru formu ile yüz-yüze görüşülerek elde edilmiştir. Katılımcıların meme kanseri riskleri modifiye Gail modeline göre hesaplanmıştır. Sonuçların tanımlayıcı analizleri yapılmış ve istatistiksel değerlendirme amacıyla ki-kare testi uygulanmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması 40.70±4.45'tir. İş tecrübeleri ortalama 20.49±4.95 yıldır ve %73,6'sı ön-lisans mezunudur. Katılımcıların 2'inde kişisel kanser öyküsü ve 27'inde ailede meme/over kanseri öyküsü mevcuttur. Anketeye yanıt verenlerin %44,7'i meme kanseri risklerini düşük olarak algılamaktadırlar. Tüm katılımcıların 6'nın (%3.7) modifiye Gail modele göre meme kanseri risk puanları 1.70'den yüksek bulunmuştur. Katılımcıların %86, 8'i çok düzenli olmasa da kendi kendine meme muayenesi yaptıklarını ve %30, 2'i mamografi çektiklerini (31 tanesi bir kez) bildirmişlerdir. Katılımcıların 47'si (%29.5) dokuz meme kanseri belirtisinin tamamını bilirken, 3'ü (%1.8) hiçbir belirtiyi bilememiştir. Ayrıca %44.7'i mastit belirtilerini, %36.5'i ağrıyı, %41.5'i süt gelmesini ve %32.1'i meme boyutunda küçülme meme kanserinin belirtisi olarak cevaplandırmışlardır. Katılımcıların 11'i (%6.9) tüm risk faktörlerinin tamamını ve 25'i (%15.7) erken tanı ile ilgili soruların hepsini doğru olarak yanıtlamışlardır. Eğitimi ön-lisans ve altında olanlar ile lisans ve üzerinde olanların meme kanseri riski, erken tanı ve belirtilerine ait bilgileri arasında fark saptanmamıştır (p>0.05).

Bu anket çalışmasının sonuçları göstermiştir ki, katılımcılar meme kanseri risklerini düşük algılamakta, erken tanı yöntemlerini düzenli kullanmamakta ve meme kanserinin erken tanı metotları ile belirtileri yeterince bilmemektedirler.

P102

ANTRASİKLİNLERE BAĞLI EKSTRAVAZASYON VE CİDDİ SONUÇLARI: OLGU SUNUMU.

Zeki Aydın, Elif Yıldız, Ahmet Akın, Didem Aydın, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Ekstravazasyon yaranamaları; irrite edici kimyasal maddeler ve ilaçların interstisyel enjeksiyonu, çoğunlukla bu maddelerin IV verilmesi sırasında ortaya çıkar. İnjekte edilen materyalin toksisitesine, miktarına ve konsantrasyonuna bağlı olarak doku ölümü, nekroz ve ülserasyon ortaya çıkabilir. Ekstravazasyon yaranamalarına kalsiyum, potasyum gibi osmotik aktif ilaçlar, kotekolaminler gibi iskemiyi yaratan ilaçlar ve Doxorubicin gibi direkt hücre toksisitesine neden olan kemoterapik ajanlar yol açabilir.

OLGU: 66 yaşında bayan hasta. İki aydır devam eden boyunda şişlik, kilo kaybı, halsizlik terleme şikayetleri ile başvurdu. Sol servikal LAP eksizyonel biyopsisi ile Non-hodgkin Lenfoma (NHL) tanısı kondu. Evre 4 olan hastaya CHOP protokolü başlandı. İlk gün kolunda şişlik ve ağrı gözlemlendi, verilen IV tedavinin ekstravaze olduğu tespit edildi. Damar yolu çıkarılarak kol yüksek tutuldu, soğuk uygulama yapıldı. Bir hafta sonra kolda kızamık artışı, ağrı arttı ve ateş ortaya çıktı, bu sırada febril nötropeni tanısıyla Tazobaktam başlandı. Ateşleri devam eden hastada sıvının ekstravaze olduğu bölgede yara derinleşti, nekroz ve ülserasyon gelişti (Resim 1). Yapılan hemokültürde metisiline dirençli Stafilokok aureus üremesi üzerine tedaviye Teikoplanin eklendi. Hasta trombositopenik seyrettiği için geniş cerrahi debritleme yapılmadı, lokal yara bakımı uygulandı. Otuz beş gün sonra hastanın trombositlerinin yükselmesi üzerine geniş cerrahi debritleme yapıldı, sonrasında cilt greft uygulaması yapılabildi. Greft kaynadıktan sonra kalıcı santral kateterle kemoterapi uygulamasına devam edildi. Hasta 12 haftalık yatıştan sonra ayakta takip edilmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA: Doxorubicin, antrasiklin grubu antitümör antibiyotiktir. Antrasiklinler en sık ekstravazasyon yaranamasına yol açan kemoterapötik ajanlardır. Ekstravaze olduğunda DNA siklüsü ile kombine olarak nükleik asit sentezini inhibe ederek direkt hücreler toksik etkiye neden olur. Klinikte ağrılı subkutanöz reaksiyona neden olur. Sitotoksik etki ölü hücrelerin DNA kompleksinden salınan Doxorubicin'in serbestleşmesi ile devam eder. Bu nedenle lokal reaksiyon yayılarak ilerler ve giderek daha büyük. Olgumuzda da olduğu gibi ekstravazasyon basit bir endurasyondan ciddi nekroz-ülser, sonrasında da sepsise yol açabilmektedir. Mortaliteyi, hastanede yatış süresi ve maliyeti ciddi şekilde arttıran bu tip komplikasyonların ortaya çıkmaması için özellikle antrasiklin grubu kemoterapötik ajanları ve kliniklerde sık kullanılan potasyum, kalsiyum ve kotekolaminler gibi IV solüsyonların dikkatli uygulanmasını vurgulamak için olgumuzu sunmayı uygun bulduk



Resim 1. Sağ ön kolda belirgin nekrotik lezyonlar.

P103**AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ OLAN BİR HEMODİYALİZ HASTASINDA SAPTANAN PERİTONEAL MALİGN MEZOTELYOMA**

¹Erkan Sengül, ¹Erkan Dervişoğlu, ²Ayla Dişçi Erdoğan, ²Gökhan Erbağ, ¹Ahmet Yılmaz

¹Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, ²Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Ailesel Akdeniz ateşi (FMF), otozomal resesif geçiş gösteren kalıtsal bir hastalık olup daha çok Türklerde, Ermenilerde, Araplarda ve Yahudilerde görülmektedir. Hastalık, seröz membranların akut inflamasyon atakları ve böbreklerde amiloidoz insidansında artış ile karakterizedir. Hastalık ve buna bağlı komplikasyonlar genellikle kolşisin tedavisi ile kontrol edilebilmektedir. Malign mezotelyoma sıklıkla plevranın ve daha seyrek olarak periton, plevra ve tunika vaginalisin primer tümörüdür. Olguların çoğunda asbeste maruziyet vardır. Malign mezotelyoma, FMF'li hastalarda çok nadir görülen bir durumdur ve FMF ile ilişkisi şüphelidir. Burada, renal amiloidoz'a bağlı kronik böbrek yetmezliği olan, 4 yıldan beri hemodiyalize alınan ve peritoneal malign mezotelyoma saptanan FMF'li bir hasta sunulmuştur.

OLGU: 55 yaşında bayan hasta, yaklaşık 4 yıldan beri FMF'e sekonder olarak gelişen amiloidoza bağlı kronik böbrek yetmezliği tanısı ile haftada 3 gün 4 saat hemodiyaliz tedavisi görüyordu. Hastanın son bir aydan beri halsizlik, iştahsızlık, bulantı ve karın ağrısı şikayeti mevcuttu. Kan basıncı: 110/70 mmHg, nabız 72/dakika, ateş: 36.7 °C idi. Fiziki muayenede, hasta soluk görünümülü idi. Batında palpasyon ile yaygın hassasiyet, hepatomegali, splenomegali ve sağ alt kadranda düzensiz sınırlı ele gelen kitleler saptandı. Batın ultrasonografisinde, hepatomegali (18 cm), splenomegali (20 cm), batın içinde göbek aşağısında en büyüğü 8x6 cm olan multipl hipoekoik kitle lezyonları saptandı. Batın magnetik rezonans incelemesinde de benzer radyolojik bulgular tespit edildi. Hastanın laboratuvar incelemelerinde; glukoz: 81 mg/dl, BUN: 56 mg/dl, kreatinin: 5.9 mg/dl, Üre azalması oranı: %76, Kt/V: 1.83, kalsiyum: 9.7 mg/dl, fosfor: 2.8 mg/dl, PTH: 346 pg/ml, albumin: 3.05 gr/dl, CRP: 4.3 mg/dl, sedimantasyon: 44 mm/saat, hemogloblin: 9.33 gr/dl, hematokrit: %26.4, lökosit: 2430 / mm³, trombosit: 235.000 / mm³, ferritin: 5070 ngr/ml, ve transferin saturasyonu: %15.51 olarak saptandı. Hastanın genel durumu nedeniyle ultrasonografi eşliğinde yapılan biyopsi sonucu peritoneal malign mezotelyoma olarak saptandı.

SONUÇ: Peritoneal malign mezotelyoma, az rastlanan bir malignite olup plevra dışı lokalizasyonu da oldukça nadirdir. Uzun süreli inflamasyon nedeniyle FMF'in malign mezotelyoma için bir risk faktörü olabileceği belirtilmektedir. Sonuç olarak, FMF'li hastalarda bu ilişki dikkate alınmalıdır.

P104**ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN BESLENME BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hüseyin Engin, Sibel Kıran, Yücel Üstündağ, Rabia Karafazlıoğlu

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ: Bu çalışmada Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniğine başvuran kanser hastalarının tedavi süresince kullanılabılır beslenme bilgilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniğinde 1 Ocak-15 Haziran 2007 tarihleri arasında kanser tanısı alan 120 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara bilgilendirilmiş onam (rıza) formu alındıktan sonra, 16 soru içeren tedavi süresince kullanılabılır beslenme bilgisi anket formu uygulandı.

BULGULAR: Hastaların 381 erkek (%31.7), 82'si kadın (%68.3), yaş ortalaması 56.7±12.8 yıl idi (Yaş aralığı: 22-89 yıl). Hastaların %61.7'si tanı aldıktan sonra diyet ve beslenme konusunda bilgi arayışı içine girmişti. Bilgi arayışı içine giren hastaların en sık başvurdıkları bilgi kaynağı (%44.6) tıbbi hizmetler (hastane, doktor muayenehanesi) idi. Hastaların %51.7'si kendilerini tedavi eden tip ekibini (doktor ve hemşireler) diyet ve beslenme bilgisi açısından "çok bilgili" olarak değerlendirirken, %51.7'si kendilerini tedavi eden tip ekibini, diyet ve beslenmeye karşı olan ilgilerine anlayış ve duyarlılık açısından "çok yardımcı" olarak değerlendirmişti. Hastaların %40.8'i diyetisyen/beslenme uzmanından beslenme tavsiyeleri almıştı. Hastaların %95.81 diyet ve beslenmenin bir insanın tedavisine vereceği yanıtı etki edeceğini inanırken, %92.5'i doktorunun, diyet ve beslenmenin bir insanın tedavisine vereceği yanıtı etki edeceğini düşündüğünü inanıyordu.

SONUÇ: Bu çalışmada kanser etiyolojisinde önemli bir yer tutan beslenme ile ilgili hastalarımızın bilgi düzeyleri ölçülmüştür ve elde edilen veriler doğrultusunda hastalarımızda beslenme yetersizliği gelişmesi için almamız gereken tedbir ve tutumlar belirlenecektir.

P105**APPENDİKS LENFOMASI: OLGU SUNUMU**

¹Salih Boğa, ²Hüseyin Mertsoylu, ²Hakan Sakallı, ²Özgür Özyılkan, ³Turgut Noyan

¹Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı, ³Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

GİRİŞ: Gastrointestinal sistem malign neoplazmalarının %1-4 ü malign lenfomalardır. Apendiks lenfomalari ise, tüm gastrointestinal lenfomalar içinde %0, 015 oranıyla çok daha nadir görülmektedir. Sağ over lojundan kitle eksişyonu sonrasında apendiks lenfomasi tanısı alan bir olguyu sunuyoruz.

OLGU: 55 yaşında bayan hasta 2 aydan beri devam eden karın ağrısı nedeniyle merkezimize başvurdu. Sürekli vasıfta olan ve sağ inguinal bölgeye lokalize tariflenen ağrı için hastaya yapılan ultrasonografi de sağ over lojunda 57x38 mm. boyutlarında düzgün konturlu hipoeoik lezyon saptandı. Laparotomi eksplorasyon yapılan hastaya total abdominal histerektomi, sağ salpingooferektomi yapıldı, apendiks ve apendiks serozasındaki 4x4x3 cm. kitle çıkarıldı. Operasyonda çıkarılan materyalin patolojik incelemesinde CD 20 (+) diffüz büyük B hücreli lenfoma saptandı.

Evreleme amaçlı yapılan endoskopide ve kolonoskopide başka odağa rastlanmadı. Torakoabdominal tomografide sağ parailiak zincir boyunca multipl lenfadenopatiler saptandı. Hastaya Rituksimab + CHOP (siklofosamid, adriyamin, vinkristin, prednison) kemoterapi protokolü başlandı. Toplam 8 kür kemote-

rapı sonrası yapılan kontrol tomografilerinde patolojik boyutta lenfadenopatiye rastlanmadı. Hasta tam remisyonda izleniyor.

SONUÇ: Kitle eksişyonu sırasında yapılan apendektomi materyalinin patolojik incelemesi sonucunda lenfoma tanısına ulaşılmıştır. Primer apendiks lenfomasi 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 vakalar da bildirilmiştir. Bu nedenle elektif veya acil apendektomi materyallerinin birçok enfektif, enflamatuvar ve neoplastik hastalık göz önünde bulundurularak incelenmesi gerekmektedir.

P106**CİDDİ KARACİĞER DİSFONKSİYONU OLAN METASTATİK KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA FOLFOX-4 ETKİLİ VE GÜVENİLİR BİR KEMOTERAPİ REJİMİDİR**

Hüseyin Engin, Ayla Gökmen Aköz, Yücel Üstündağ

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi

Karaciğer metastazlarına bağlı ciddi hepatik disfonksiyonu olan kolorektal kanserli hastalardaki tedavi seçenekleri kısıtlıdır. Bu hastalarda hem 5-Fluorourasil hem de Oxaliplatin ile iyi yanıtlar elde edilmesine rağmen, bu iki kemoterapi ajanının birlikte uygulanmasının etkinliği ve güvenilirliği ile ilgili veriler yetersizdir. Kliniğimizde ciddi karaciğer disfonksiyonu ve hiperbilirubinemi olan 3 metastatik kolorektal kanserli hastaya FOLFOX-4 kemoterapi rejimi uygulanmış ve iyi klinik ve radyolojik yanıtlar elde edilmiştir. FOLFOX-4 ciddi karaciğer disfonksiyonu olan hastalarda etkili ve güvenilir bir kemoterapi rejimidir ve bu klinik durumda daha geniş hasta serilerinde test edilmelidir.

P107**SUBİLEUS TABLOSUYLA PREZANTE OLAN OVER KARSİNOMU**

Merve Yılmaz, Esin Beyan, Ekrem Abaylı

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği, Ankara

Over karsinomları ileri evrelere kadar asemptomatik seyredebilir. Bu olgu sunumunda subileus tablosu ile gelen bir over karsinomlu olgu anlatılmıştır. 70 yaşında bayan hasta kabızlık yakınması ile başvurdu. Öyküsünden üç haftadır 3-4 günde bir, az miktarda gaita yapabildiği ve son dört gündür de gaita çıkışının olmadığı öğrenildi. Gaz çıkarabiliyordu. Kusması yoktu. Fizik muayenede genel durumu orta, TA: 90/50 mmHg, Nabız: 100/dk, dil kuru, konjunktivalar soluk idi. Batında asit mevcuttu. Sağ alt kadranda sınırlı net değerlendirilemeyen sert bir kitle palpe edildi. Pretribial ödem +++ idi. Rektal tuşede gaita mevcuttu. Asit incelemesinde serum-asit albümin gradiyenti 0, 4 g/dl idi, sitolojik tetkikte malign hücre görülmedi. Ayakta direkt batın grafisinde hava sıvı seviyeleri gözlemlendi. Batın ultrasonografisinde (US) kompartımanlı yoğun asit ve asit içinde fibrin bantları saptandı. Transvaginal US'de sol adneksiyal alanda 100x90 mm, sağ adneksiyal alanda 30x20 mm boyutlarında lobule kontürlü, içerisinde septa içeren kistik lezyon saptandı. Endometriyal kavitede, pelvik bölgede barsak ansları arasında ve perituterin bölgede serbest mayı mevcuttu. Tümör belirteçlerinden CA-125 181 iu/ml (0-35), CA-19-9 46 iu/ml (0-37), CA-15-3 181 iu/ml (0-29) olarak bulundu. Subileus tanısı ile acil servise kabul edilen olguda oral alım kesilerek parenteral sıvı elektrolit tedavisi başlandı. Nazogastrik sonda ile dekompresyon yapıldı. Peritoneal sıvıda malign hücre görülemeyen hasta, tetkikler sonrasında over karsinomu ön tanısı ile operasyona verildi. Laparotomide batın iç organlarının birbirine ve batın ön duvarına ileri derecede yapışık olduğu gözlemlendi. Batından üç litre mayı boşaltıldı, tüm yüzeylerde metastatik tümöral lezyonlar saptandı ve tümör cerrahi ile çıkarılamaz boyutlarda kabul edildi. Postoperatif 6. saatte hastanın genel durumu bozuldu, solunum yetmezliği ve hipotansiyon gelişti, DIC tablosu oluştu. Yapılan destek tedavilere yanıt veremeyen hasta exitus oldu. Batın yıkama sıvısı sitolojisi malign adenokarsinom ile uyumlu bulundu. Operasyonda alınan peritoneal biyopsi "malign epitelial neoplazm, papiller adenokarsinom" olarak değerlendirildi. Over kanserleri genellikle erken evrelerde semptom vermez, ileri evrelerde asit ve intestinal obstrüksiyonlar en önemli komplikasyonlardır. İntestinal obstrüksiyon over karsinomlarında ölümlerin en sık nedenidir. İntestinal obstrüksiyon gelişip cerrahi ile başarılı palyasyon sağlanan hastalarda median sağkalım cerrahi uygulanmayan hastalara göre daha yüksektir. Bu hastalar daha rahat beslenmekte, kemoterapiyi daha rahat almaktadırlar. Bu nedenle performansı uygun olan hastalarda cerrahi palyasyon tedavisi öncelikli düşünülmelidir. Sonuç olarak, ileri yaşta bayan olgularda özellikle asitin de eşlik ettiği intestinal obstrüksiyon durumlarında over karsinomları da düşünülmeli; ileri evre de olsa olguda palyatif cerrahi şansı yitirilmeden hızla tanıya ulaşılmalıdır.

P108**ÜST EKSTREMİTEDE MASSİF CİLT VE CİLT ALTI METASTAZI İLE GİDEN NADİR BİR MEME KANSERİ OLGUSU**

Atike Pınar Görceğiz, Gürbüz Görümlü, Bülent Karabulut, Ulus Ali Şanlı

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülen kanserdir ve kadınlarda kanserden ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Meme kanseri metastazları uzak organlara olabileceği gibi lokal agresif seyirle cilt ve cilt altı dokulara da olabilmektedir.

OLGU: 38 yaşında kadın hasta, Mayıs 2006'da sol memede kızarıklık ve ele gelen kitle nedeniyle tetkik edilerek yapılan biyopsi sonucu invaziv duktal karsinom (IDK) tanısı aldı. Neo-adjuvan kemoterapi sonrası opere edilen hastanın izleminde sol skapula derisi üzerinden başlayıp hızla kol ve göğüs ön duvarına yayılan yaygın ve nodüler tarzda üzeri hiperemik lezyonlar gelişmesi üzerine hastadan alınan cilt biyopsisi sonucu IDK metastazı olarak rapor edildi. Taramalarında iç organ metastazı saptanmadı. Olgunun palyatif izlemi devam etmektedir.

TARTIŞMA: Meme kanseri deriye sıklıkla metastaz yapmakla beraber el ve üst ekstremiteleri de içine alan cilt metastazı son derece nadirdir. Sıklıkla cilt metastazı, iç organ metastazı ile birlikte görülür. Meme kanserinin seyriden, yaygın cilt metastazları varlığında, iç organ tutuluşunun olmaması oldukça nadir görülen bir durumdur.



Olgu 1. Metastatik cilt lezyonları ve radyoterapi sonrası nekroza giden el ve ön kolun görüntüsü.



Olgu 1a. Göğüs ön duvarı ve kolda metastatik lezyonlar.

P109

ADJUVAN TAMOKSİFEN TEDAVİSİ SONRASI YÜKSEK GRADE'LI ENDOMETRİAL STROMAL SARKOM GELİŞEN BİR MEME KANSERİ OLGUSU

Hüseyin Engin

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tamoksifen meme kanserli hastalarda en sık kullanılan yapısal olarak sentetik estrogen diethylstilbestrol ile ilişkili nonsteroid triphenylethylene derivesi bir hormonal ajandır. Jinekolojik sistemde estrogen agonisti olarak etki gösterir, ve endometrial neoplaziyde içeren artmış sıklıkla proliferatif endometrial lezyonların gelişimine neden olabilir. Burada infiltratif duktal tip meme ca (55 yaş, postmenapozal, T2N1M0, ER kuvvetli pozitif, PR zayıf, Grade II) nedeniyle sağ modifiye radikal mastektomi uygulanan ve ardından 4 kür adjuvan CAF kemoterapisi, ve 4 yıl adjuvan Tamoksifen 2x10 mg/gün tedavisi sonrası yüksek gradeli endometrial stromal sarkom gelişen bir olgu sunulmaktadır. Endometrial stromal sarkom nedeniyle TAH+BSO uygulandıktan sonra Letrozole 1x2.5 mg/gün dozunda başlanmıştır.

P110

KAPESİTABİN TEDAVİSİ ALAN HASTADA GELİŞEN ATİPİK EL AYAK SENDROMU

Eylem Karatay, Erdem Akbal, Dicle Koca, Gülsüm Gönülalan, Mustafa Altınbaş

S.B. Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Dahiliye Kliniği

ÖZET: Palmar-plantar eritrodizestezi sendromu olarak da bilinen el ayak sendromu, çeşitli kemoterapik ajanların kullanımı sonrasında gelişen bir ilaç reaksiyonudur. Palmar-plantar bölgelerde çeşitli derecelerde dizestezi, eritem ve ödemle beraber deskuamasyon izlenir. Dosetaksel, sitarabin, kapesitabin ve 5 FU başlıca sorumlu ajanlardır. Vakamızda kapesitabin tedavisi sonrası el bileği dorsal yüzünde eritem, ödem, deskuamasyon gelişmiştir. Lezyonun lokalizasyon yerinin nadir görülmesi ve litatürde daha önce bildirilmemiş olması nedeni ile poster olarak sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: Ellibeş yaşında kadın hasta, sağ retroauriküler kitle nedeniyle Klinigimize başvurdu. Özgeçmişi: 3 yıl önce invaziv duktal karsinom nedeniyle opere olduğu, adjuvan 4 kür KT ve RT aldığı öğrenildi. Kitleden yapılan biyopsi invaziv duktal karsinomla uyumlu geldi. Hastaya 6 kür paklitaksel (17-5mg/m²) ve kapesitabin (1250 mg/m² BID) tedavisi planlandı. Hasta tedavisinin 3. siklusunda ellerinde yanma, özellikle el bileği dorsal yüzünde kızarıklık, kaşıntı ve döküntü ile başvurdu (Resim 1). Hastanın laboratuvar incelemesinde bir özellik yoktu. Hastanın el bileği dorsal bölgeden yapılan biyopsisi stratum korneumda parakeratoz, epidermiste granüler tabaka belirginliği, dermiste dilate vasküler yapılar olarak rapor edildi. Hastanın kapesitabin dozu azaltılarak 1000mg/m² BID verildi. Dördüncü siklusta lezyonlarda belirgin gerileme, şikayetlerinde azalma saptandı (Resim 2). Sonraki sikluslarda aktivasyon gözlenmedi.

TARTIŞMA: Kapesitabin birçok insan tümöründe yüksek konsantrasyonda timidin fosforilaz enzimi bulunması bilgisinden yola çıkılarak geliştirilmiş, 5-FU'nun bir ön ilacıdır. Tümör içinde klinik olarak aktif 5-FU'ya dönüşür. Antrasiklin ya da taksan tedavisinin başarısız olduğu, ilerlemiş ya da metastatik meme kanserli hastalarda kapesitabin etkili tedavilerdendir. Bir diğer kullanım alanı da metastatik kolorektal kanserdir. Sık görülen yan etkileri el-ayak sendromu, deri pigmentasyonu, diyare, bulantı, kusma ve hal-sizliktir. Faz 1 ve 2 çalışmalarında kapesitabinin en sık görülen yan etkisinin el-ayak sendromu olduğu ve sıklığının %10-50.7 arasında değiştiği ve doza bağlı olduğu bilinmektedir. Bu etkinin en sık ve şiddetli

olarak 2. siklusta ortaya çıktığı bildirilmiştir. El ayak sendromu tedavisinde pridoksın 500mg/gün, E Vitamini 300mg/gün, topikal nemlendiriciler ve kına yakmanın yararlı olduğu bildirilmiştir. Bizim olgumuzda el bileği dorsal yüzünde gelişen lezyonlar doz azaltılması sonrası geriledi ve bir daha aktivasyon gözlenmedi. Kapesitabin kullanan hastaların takibi sırasında el bileği, ayak bileğinde el-ayak sendromuna benzer lezyonların gelişebileceği akıld tutulmalıdır. Hastanın günlük yaşamını etkileyebilecek olan bu lezyonların görülmesi durumunda ilaç dozunun azaltılması düşünülmelidir.



Resim 1. kapesitabine tedavisi sonrası gelişen lezyonlar.



Resim 2. kapesitabin doz azaltılmasından sonra lezyonlardaki belirgin düzelleme.

P111

DİYABETİK AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA FİBRİNOJEN, VON WILLEBRAND FAKTÖR, D-DİMER, PROTROMBİN FRAGMENT 1+2'NİN PROGNOSTİK ÖNEMİ VE DİYABETİK OLMAYAN HASTALARLA KIYASLANMASI

¹Satılmış İnal, ¹Nuri Karadurmuş, ²Okan Kuzhan, ³Cantürk TAŞçı, ¹İbrahim Ertuğrul, ²Ahmet Özet

¹Dahiliye Kliniği, Eskişehir Asker Hastanesi, ²Onkoloji Kliniği, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, ³Göğüs Hastalıkları Kliniği, Eskişehir Asker Hastanesi

AMAÇ: Akciğer kanserli hastalarda önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan koagülasyon bozuklukları, derin ven trombozları ve tromboembolik olaylar ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi ve prognoza etkilerinin diyabetik olan ve olmayan hastalarda incelenmesidir.

YÖNTEM: Haziran 2003-Temmuz 2006 tarihleri arasında tanı konan akciğer kanserli olguların (n=70, 5 kadın 65 erkek hasta) tanı anındaki laboratuvar değerleri ve koagülasyon faktörlerinin belirlenmesi, olguların prospektif olarak izlenerek gelişen tromboembolik olayların saptanması ve hastaların sağkalımlarının belirlenmesidir. Çalışmaya alınan 70 olgunun 22'sinde komorbid hastalık (tip 2 diabetes mellitus (DM) (n=15) , hiperlipidemi (n=7), hipertansiyon (HT) (n=8) mevcut olup diyabetik hastaların tamamı oral antidiyabetik tedavi almaktaydı (metformin, glitazon ve akarboz tedavisi)

BULGULAR: Akciğer kanserli olgularda Laktat dehidrojenaz (LDH), platelet, D-dimer (DD), fibrinojen, Von Willebrand Faktör (vWF) ve protrombin fragment 1+2 (F1+2) düzeylerinde belirgin yükseklik saptanmış ve sağkalım ile ilişkili bulunmuştur. Komorbidite (tip 2 DM, hipertansiyon), yaş, histopatolojik tip, hastalığın yaygınlığı (evre), DD, fibrinojen, ECOG (performans durumu), Aspartat transaminaz (AST), Alanin transaminaz (ALT), LDH, kreatinin, sodyum, albümin, hemoglobin, vWF, tromboemboli ve beyin metastazı gelişimi sağkalım üzerine etkili değişkenler olarak saptanmıştır. Bunlardan DD, fibrinojen, tromboemboli gelişimi, ECOG, komorbidite ve histopatolojik tip bağımsız risk faktörü olarak belirlenmiştir.

65 olgumuz exitus olmuş, 5 olgumuz (erkek) çalışma bitim tarihinde halen hayattaydı. Sağkalım erkek ve kadın cinsine değeri olarak farklılık gösterse de cinsiyetin sağkalım üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05) . Hastalarımızın 15 tanesinde (%21,42) komorbid hastalık olarak diyabet saptandı. Komorbid hastalığı olan hastaların ortalama sağkalım süresi 5,7±2,15 ay, olmayan hastaların ortalama sağkalım süresi 9,33±0,57 ay olarak saptandı ve diyabetik akciğer kanserli hastaların tamamı çalışma takibinde hayatını kaybetti. (p<0,01). DM'li 15 hastanın da klinik seyrı boyunca en az bir kez tromboembolik atak öyküsü olmuştur. Komorbidite derecelendirilmesinde her hastalık için puanlama yapılmamış, toplam puan durumuna göre değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda hastaların komorbid durumu diyabet var/yok olarak değerlendirilmiştir. Komorbidite, yaş (Spearman's Rho=0,284, p<0.01) ile korele bulunmuştur.

SONUÇ: Tromboemboli saptanan olgularda sağkalım önemli derecede kısadır. DD düzeyleri takip edilerek yükseklik tespit edildiğinde tromboemboli açısından araştırılabilir. DD akciğer kanserli hastaların tanı, tedavi ve takip aşamasında kullanılabilir. DD kullanımı kolay bir test olarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda tromboemboli için bağımsız risk faktörü olan DD, fibrinojen düzeylerinin tip 2 DM'li hastalarda yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durum diyabetik hastaların diyabete bağlı maruz kaldığı komplikasyonlar haricinde, koinsidans diğer hastalıklarda da diyabetik olmayan hastalara göre daha fazla risk altında olduğunu düşündürülebilir.

Tablo .

parametre	DM olan akciğer kanseri hastaları	DM olmayan akciğer kanseri hastaları	P değeri
Yaş (yıl)	62, 48±10, 97	63±10, 97	Anlamlı değil (AD)
DD (60-390 ng/ml)	4030±173	2540±372	P<0.001
vWF (30-120 mU/ml)	1107±12	1444±142	P<0.001
F1+2 (60-229 pmol/L)	658±346	516±274	P<0.001
Fibrinogen (200-400mg/dl)	399±44, 2	304±105	P<0.001
Sağkalım (ay)	5, 7±2, 15	9, 33±0, 57	P<0.001

P112**MEMEDE METASTATİK MALİGN MELANOM OLGUSU**

Gülstan Bahat, Yaşar Çolak, Bülent Saka, Nilgün Erten, Mehmet Akif Karan, Cemil TAŞÇIOĞLU

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Meme, metastazların çok nadir görüldüğü bir lokalizasyondur. Memeye nadiren metastaz yapan malignitelerden birisi de malign melanomdur. Ancak malign melanom değişik histopatolojik özelliklere sahip olabilen ve bazı olgularda histolojik olarak adenokarsinom ile karışabilen bir tümördür. Burada yaygın metastazlar ile prezante olan ve ilk değerlendirmelerinde metastatik meme kanseri düşünülen, ancak bazı atipik klinik özellikleri nedeniyle tanısında ısrarcı olunarak tanısı konmuş bir metastatik malign melanom olgusunu sunacağız.

OLGU: 39 yaşında, kadın hasta yaklaşık bir aydır olan gövdede, baş ve boyunda ağrılı şişlikler şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede başta, saçlı deride, boyunda, göğüs duvarı ve karın cildinde 0.5-3 cm çaplı, morumsu renkte ağrılı nodüler lezyonlar, her iki memede nodüler kitle lezyonlar, sağ supraklaviküler alanda sert, immobil lenfadenopati ve suprapubik alanda palpe edilebilen kitle lezyonlar saptandı. Nodüller mobil, iyi sınırlı, sert ve yüzeylerdi. Biyokimyasal incelemelerinde LDH (2770 U/l), CRP (16, 5 mg/l) ve Ca 125 (254 U/l) yüksekliği dışında özellik saptanmadı. CEA, Ca 15-3 ve Ca 19-9 normal sınırlarda saptandı. Toraks BT ve batin MR'da bilateral akciğer parankiminde en büyüğü 2.5 cm çaplı multiple nodüller, bilateral memelerde en büyüğü 2.4 cm çaplı nodüler lezyonlar, sağ overde 8.6 x 4.5 cm çaplı, sol overde 11.9 x 6.3 cm çaplı kitle lezyonlar ve peritoneal implantlar saptandı. Tanısal amaçlı, cilt lezyonlarının birinden yapılan punch biyopsisinin histopatolojik incelemesi sonucu metastatik epitelial karsinom ile uyumlu olarak değerlendirildi ve primer olarak ön planda memenin araştırılması önerildi. Ancak klinik prezantasyonda yaygın metastatik meme kanseri olan bir olguda Ca 15-3'ün normal olması ve metastaz paterninin çok agresif olması atipik olarak yorumlandı. Bunun üzerine memedeki nodüler lezyonlardan biyopsi yapıldı. Bu kez yapılan biyopsinin immunhistokimyasal incelemeleri sonucu malign melanom ile uyumlu olarak değerlendirildi. Ardından cilt biyopsisi preparatının retrospektif incelemesi sonucu bunun da malign melanom olduğu saptandı.

SONUÇ: Meme, birçok malignitenin olduğu gibi malign melanomun da nadiren metastaz yaptığı (%2) dokulardan biridir. Ayrıca malign melanomun histopatolojik olarak da adenokarsinom ile karışabilir olması nedeni ile tanı bazen güç olabilmekte, immunhistokimyasal incelemelerin yapılmaması durumunda tanı yanlış konabilmektedir. Olgumuzda da klinik ve histopatolojik olarak ilk planda memenin epitelial karsinomu düşünülmüş, sonrasında immunhistokimyasal boyamalarla malign melanom olduğu anlaşılmıştır. Son yıllarda malign melanom sıklığı oldukça artmaktadır. Bu nedenle klinik olarak atipik metastaz paterni olan olgularda ayrıca tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca patoloğların klinik prezentasyondan haberdar edilmeleri ve immunhistokimyasal boyamada ısrarcı davranmaları uygun olacaktır.

P113**HATALI TANI KONMUŞ METASTATİK GASTRİK MALİGN MELANOM OLGUSU**

Gülstan Bahat, Yaşar Çolak, Bülent Saka, Nilgün Erten, M. Akif Karan, Cemil TAŞÇIOĞLU

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Mide malign melanom metastazının sık görüldüğü lokalizasyonlardan biri olmakla birlikte diğer metastazlar açısından oldukça nadir bir tutulum yeridir. Bu nedenle klinik pratikte, özellikle öncesine ait melanom tanısı bilinmiyor ise, midede gözlenen tümör lezyonlara sıklıkla mide karsinomu ön tanısı konmaktadır. Bunun yanı sıra malign melanom değişik histopatolojik karakterinden ötürü bazı olgularda mikroskopik olarak da adenokarsinom ile karışabilmektedir. Burada servisimize metastatik mide karsinomu tanısı ile yatırılan ancak klinik özelliklerinden dolayı ısrarcı davranılarak metastatik malign melanom tanısı alan olgumuzu sunacağız.

OLGU: 54 yaşında, erkek hasta, son üç aydır olan iştahsızlık ve kilo kaybı şikayetleri üzerine doktora başvurmuş. Özgeçmişinde ve fizik muayenesinde belirgin özellik saptanmamış. Yapılan tetkiklerinde demir eksikliği anemisi saptanmış. Bunun üzerine yapılan gastroskopisinde korpusa kitle lezyon saptanmış. Lezyon biyopsilerinin histopatolojik incelemesi sonucunda diffüz infiltratif taşlı yüzük hücreli karsinom tanısı konmuş. Tümör yayılımı açısından yapılan yapılan BT incelemelerinde, her iki akciğer parankiminde, pankreas ve dalakta multiple metastazlar saptanmış. Karaciğer ve peritoneal metastaz saptanmamış. Kolonoskopisinde de özellik saptanmamış. Genel durumu iyi olan hastanın Ca 19-9 ve CEA'nın normal olması, akciğer metastazının olmasına rağmen peritoneal ve karaciğer metastazının olmaması nedeni ile tanının tekrar değerlendirilmesi planlandı. Biyopsi preparatlarının tekrar değerlendirilmesi ile de taşlı yüzük hücreli karsinom tanısı saptandı. Ancak kliniğin atipik olması nedeniyle ısrarcı davranıldı. Birimizde tekrardan yapılan gastroskopisinde kardiya, korpus ve papillada 0.4-3.5 cm'lik tümör lezyonlar ve görülebilen tüm duodenal segmentlerde çok sayıda polipoid lezyonlar görüldü. Makroskopik görünüm nedeniyle endoskopik olarak polipozis sendromu zemininde gelişmiş bir karsinom düşünüldü. Ancak alınan biyopsilerin immunhistokimyasal incelemesi sonucu [S-100: (+), HMB45: (+); pancytokeratin: (-), kap-pa: (-), lambda: (-), CD30: (-), LCA: (-), CD38: (-), EMA: (-), chromogranin (-), synaptophysin: (-), PLAP: (-)] malign melanom tanısı kondu. Ciltte herhangi bir lezyon saptanmayan hastanın 6 ay önce sırtından koyu renkli bir lezyonun eksize edildiği ancak patolojik incelemenin yapılmamış olduğu öğrenildi.

SONUÇ: Midede görülen tümör lezyonların her zaman mide karsinomu olmayacağı, klinik ve laboratuvar bulguların birlikte değerlendirilmesinin gerekliliği unutulmamalıdır. Olgumuzda olduğu gibi son zamanlarda sıklığı giderek artan, mide metastazı sık olan ve histopatolojik olarak da sıklıkla karışabilecek olan malign melanom mide karsinomunu taklit edebilir.

P114**KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE İNDÜKSİYON SONRASI EŞ ZAMANLI KEMORADYOTERAPİ**

¹Esra Kaytan Sağlam, ²Adnan Aydın, ¹Barkın Sakallıoğlu, ²Yeşim Eralp, ¹Ethem Nezih Oral, ¹Ahmet Kızır, ²Erkan Topuz

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, ²İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, Medikal Onkoloji Anabilim Dalı

Evre IIIA-B Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserlerinde (KHDK) başlatılan prospektif çalışmanın erken sonuçları değerlendirilmiştir.

HASTALAR VE YÖNTEM: KHDK'li Evre IIIA-B 30 hasta (3 kadın, 27 erkek) çalışmaya alınmıştır. Tedavi protokolü olarak 2 kür indüksiyon kemoterapi, takiben eş zamanlı kemoradyoterapi planlanmıştır. Kemoterapi docetaksel 75 mg/m² ve cisplatin 75 mg/m², 3 hafta ara ile uygulanmaktadır. Eş zamanlı kemoradyoterapi sırasında ise haftalık docetaksel 25mg/m², cisplatin 20mg/m² dozlarına inilmektedir. Konvansiyonel radyoterapi 46 Gy/23-25 fr sonrasında cerrahi değerlendirme yapılmakta, cerrahi uygun olmayan hastalarda radyoterapi dozu 60 Gy'e tamamlanmaktadır.

BULGULAR: Hastaların medyan yaşı 51 olup 2 hasta adenokarsinom, 28 hasta yassı epitel hücreli karsinomdur. 2 kür indüksiyon kemoterapi sonrasında 21 hastada (%70) kısmi yanıt, 5 hastada (%16, 6) stabil hastalık, 4 hastada (%13, 3) hastalık ilerlemesi görülmüştür. Kemoradyoterapi sonunda ise 17 hastada (%56, 6) kısmi yanıt, 4 hastada (%13, 3) tam yanıt, 3 hastada (%10) stabil hastalık ve 6 hastada (%20) hastalık ilerlemesi saptanmıştır. Cerrahi 5 hastaya (%16, 6) uygulanabilmiştir. (4 hasta pnömonektomi, 1 hasta lobektomi). Medyan takip süresi 12 aydır. Değerlendirme sonunda 2 hasta 2. ve 7. aylarda exitus olmuş, 28 hasta hayattadır. Uzak metastaz 3 hastada (%10) beyin metastazı şeklinde görülmüştür.

SONUÇ: Tedavi tolerabl olarak bulunmuş ve ciddi yan etki gözlenmemiştir. Günümüzde evre IIIA-B hastalarda kombine kemoradyoterapi standart tedavi yaklaşımıdır. Protokolümüzde de tedavi yanıt oranları literatür ile uyumlu bulunmuş ve protokole devam edilmektedir.

Tablo .

Cins	Hasta sayısı	%
Erkek	25	84, 4
Kadın	5	16, 6
Histopatoloji		
Yassı epitel hüç.	28	93,3
Adenokarsinom	2	6,7
T evresi		
T2	9	30
T3	13	43,3
T4	8	26,7
Evre		
IIIA	22	73,3
IIIB	8	27,7
İndüksiyon sonrası yanıt		
Kısmi	21	70
Stabil	5	16,6
İlerleme	4	13,3
Kemoradyoterapi yanıtı		
Tam	4	13,3
Kısmi	17	56,6
Stabil	3	10
İlerleme	6	20
Cerrahi uygulanan hasta sayısı	5	16,6

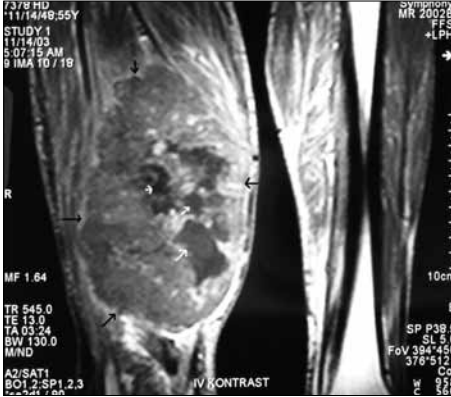
P115**AKCİĞER ADENOKANSERİNİN İLK KLİNİK BELİRTİSİ: KAS METASTAZI**

¹Gülstan Bahat, ¹Önder Tonyalı, ¹Bülent Saka, ¹Nilgün Erten, ²Bilge Bilgiç, ¹Mehmet Akif Karan

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

GİRİŞ: İskelet kası zengin kan dolaşımına sahiptir ve vücut kitlesinin yarısından fazlasını oluşturur. İskelet kasının bu özelliklerine rağmen, kanserler iskelet kasına nadiren ve genelde hastalığın son dönemlerinde metastaz yaparlar. Kanserlin ilk belirtisinin kas metastazı şeklinde ortaya çıkması ise son derece az görülür. Burada sağ bacakta kitle yakınması ile başlayan bir hastada akciğer adenokanserinin kas metastazı tespit edilen bir olgu sunulmuştur. **OLGU:** Elli beş yaşında bir erkek hasta sağ bacağına beş aydır var olan yumuşak doku kitlesi ve dokuz ayda 30 kg ağırlık kaybı yakınmaları ile başvurdu. Yirmi beş yıldır günde iki paket sigara kullanıyordu. Talasemi minor dışında başka bir hastalığı yoktu. Fizik muayenesinde solukluk ve sağ bacağına 10x10x15 cm çapında ülsere, akıntılı yumuşak doku kitlesi tespit edildi. Ön tanı olarak yumuşak doku sarkomu düşünüldü. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 21,000/mm³, nötrofil 16,000/mm³, hemogloblin 9 gr/dl, hematokrit %28, MCV 59 fl, trombosit 847000/mm³, eritrosit sedimantasyon hızı 62 mm/sa, CRP 139,8 mg/L, ALP 433 U/L, LDH 539 U/L idi. Direkt grafide sağ bacakta

kitle lezyon ve tibia kemiğinde inceleme ile kemik konturlarında düzensizlik olduğu görüldü. Manyetik rönans (MR) incelemede tibia kemiği arkasında yumuşak dokudan kaynaklanan 10x12x17 cm boyutlarında kitle tespit edildi (Resim 1). Kitleden yapılan biyopsi adenokarsinom olarak geldi. Adenokarsinom primer odağı araştırıldı. Akciğer grafisinde sol hilere bölgede dolgunluk olduğu görüldü. Toraks bilgisayarlı tomografide mediastende birden çok patolojik lenf nodu, sol akciğerde 3.5x2.5 cm çapında tümör ve sağ skapulada metastatik infiltrasyon tespit edildi. Akciğer adenokarsinomu kas metastazı tanısı ile radyoterapi başlandı. Tanıdan bir ay sonra radyoterapi uygulaması devam ediyorken nasokamial pnömoni nedeni ile vefat etti. TARTIŞMA: Klinik serilerde iskelet kasına kanser metastazı yeni olgu bildirimi %1 den azdır. Otopsi serilerinde %16 sıklığındadır. Bu kadar az görülmesinin nedeni kesin olarak bilinmemektedir. Akciğer, böbrek ve kalın bağırsak kanserleri en sık uzak kas metastazı yapan kanserlerdir. En sık rastlanılan histolojik tip adenokarsindir. Birçok kanserin kas metastazı hastalığının tanısı konulduktan sonra hastalığın seyri sırasında ortaya çıkar. Bu olguda iskelet kasi metastazına bağlı kitle hastalığının tanısı konulmadan altı ay önce hastalığının ilk bulgusu olarak ortaya çıkmıştır. Uyluk, baldır, iliopsoas ve omuz kasları en sık metastaz olan yerlerdir. İskelet kasına kanser metastazı olduğunda yapılan tedaviye rağmen ortalama yaşam 5.4 yıldır. Bizim olgumuz tanı konulduktan bir ay sonra vefat etmiştir. İskelet kasına kanser metastazı, farklı klinik gidişleri ve destek tedavileri nedeniyle, yumuşak doku sarkomlarından ayrılmamalıdır. Her ikisinin de klinik bulguları, anatomik dağılımı ve radyolojik görünümü aynıdır. Biyopsi kesin tanı için şarttır.



Resim 1. Sağ bacak MR inceleme: Tibia posteriorunda kas yapılarını infiltrate eden, 10x12x17 cm boyutlarında, ortası nekrotik yumuşak doku kitlesi.

P116

ALCALİGENES XYLOSOXİDANSIN NEDEN OLDUĞU PNÖMONİ

Emrah Poşul, Uğur Kostakoğlu, Murat Arslan, Ekrem Algün, Murat Aliyazıcıoğlu

Trabzon Numüne Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Alcaligenes xylosoxidans nonfermenter, oksidaz pozitif, gram negatif bir basildir. Hastanede yatan hastaların solunum ve gastrointestinal sisteminde kolonize olur. Özellikle immün sistemi baskılanmış hastalarda enfeksiyonlara neden olabilir. Bu olguda prostat kanserli bir hastada gelişen A. xylosoxidans'a bağlı bir pnömoni olgusu sunulmuştur.

OLGU: 1 yıldır prostat kanseri tanısı ile takip edilen, 2 ay önce radyoterapi alan 74 yaşında, erkek hasta pnömoni ve dekübit ülser tanısıyla hospitalize edildi. Ampirik seftriakson 2X1gr IV başlandı. Alınan yara, idrar ve balgam kültürlerinde sırası ile Paeruginosa, E. faecium ve E. cloacae üremesi olan ve ateşleri yüksek seyreden hastaya kültür antibiyogram sonucuna göre imipenem 4x500 mg ve teikoplanin 1x400 mg IV tedavileri başlanarak 14 güne tamamlandı. Antibiyotiksiz olarak takiplerinin 4.günde nozokomial pnömoni gelişen hastaya ampirik imipenem 4x500 mg IV tedavisi başlandı. Alınan balgam kültüründe A. xylosoxidans üredi. Verilen tedaviye duyarlı idi. Kliniği kontrol altına alınan olgunun tedavisi 14 güne tamamlandı. İlerleyen dönemde doku kayıplı dekübitis ülserine yönelik tedavisi devam ederken gelişen sepsis ve multiorgan yetmezliği sonucu hasta kaybedildi.

TARTIŞMA: Genellikle kontaminan kabul edilen bu bakteri, nadiren enfeksiyonlara neden olabilmektedir. Özellikle immünsuprese hastalarda menenjit, otitis media, pnömoni, peritonit ve sepsis bugüne kadar bildirilen enfeksiyonlardır.

A. xylosoxidans birçok antibiyotige invitro dirençlilik; trimetoprim-sulfametaksazol, imipenem, seftazidim, sefaperazon ve B laktamaz inhibitörü kombinasyonlarına duyarlılığı bildirilmektedir. Bu olguda izole edilen suş ise sadece imipenem, meropenem, piperasiline duyarlı idi.

SONUÇ: Genellikle nonpatojen olarak bilinen A. xylosoxidans'ın, hastanede yatan ve özellikle immün sistemi baskılanmış hastalarda enfeksiyon etkeni olabileceği ve antimikrobiyallerin bir çoğuna dirençli olduğu akıld tutulmalıdır. Ayrıca kültür ve antibiyotik duyarlılığın takibi tanı ve tedavide oldukça önemlidir.

P117

RADYASYON DERMATİTİNE SEKONDER GELİŞEN SEPSİS: OLGU SUNUMU

Zeki Aydın, Didem Aydın, Ahmet Akın, Seher Kır, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Teknolojik gelişmeler kanser hastalarında radyoterapi açısından birçok tedavi modalitelerinin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Radyasyon hedef hücre üzerine hem direk etki hem de hücre içi su ile reaksiyon sonucu ortaya çıkan, hücre için çok toksik olan serbest radikaller ile de hücre hasarına neden olur. Radyasyonun hücre içindeki hedefi DNA'dır. Burada radyoterapi sonrası ciddi komplikasyonlar gelişen bir olgu sunulacaktır.

OLGU: Kırsekiz yaşında erkek hasta. 40 paket yıl sigara kullanan hasta nefes darlığı, öksürük, zayıflama, halsizlik ve boynunda yüzde şişme şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Hastaya yapılan tetkikler, görünümle yöntemleri ve patolojik inceleme sonrası küçük hücreli akciğer kanserinin ve vena cava süperior

sendromu tanısı kondu. Hastaya acil radyoterapi uygulandı. Radyoterapiden 2 ay sonra göğüs ve sırtta ağır deskuamatif, eritematöz ve büllü lezyonlar (resim), ateş ve genel durum bozukluğu ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede lezyonlar dışında 40°C ateş, taşipne, taşikardi ve tam kan sayımında nötrofilik lökositoz mevcuttu. Hasta mevcut lezyonları, klinik ve laboratuvar bulgularıyla cilt enfeksiyonu kaynaklı sepsis düşünülecek, kan kültürleri alınarak Tazocin 3x4, 5 gr IV ve lokal cilt yara bakımı tedavisine başlandı. Hasta yoğun sistemik ve lokal tedavi sonrası 4. haftada ateşi düştü ve genel durumu düzelebildi.

TARTIŞMA: Eksternal radyasyonun tümöre ulaşabilmek için cilt içinden geçmesi gerekir. Bunun sonucu cildin radyasyon giren kısmında cilt renginde değişiklikler ortaya çıkar. Eritem dermal kapiller dolum sonucu ortaya çıkar ve değişen derecelerde kaşınmaya yol açar. Cilt renginde koyulaşma pigment üretiminin artması sonucu meydana gelir. Cildin pullanması ile birlikte olan deskuamasyon kuru cilt hücrelerinin toplanması sonucu oluşur. Bazal tabaka hücreleri hasara uğradığında serum kaçağı olur ve ıslak deskuamasyon ortaya çıkar.

Hastalar rahat, bol, yün giysiler giymesi, radyoterapi bölgesi ovmadan hafif dezenfektan etkili sabunlarla yıkması, bu bölge üzerine baskı gelmesinden kaçınması, losyon deodorant ve parfüm kullanmaması önerilir. Hastalar güneşlenme ve tuzlu yada fazla klorlu sularda yüzmeden sakınılmalıdır. Bu gibi önlemler alınarak olgumuzda da olduğu gibi görülebilen ciddi komplikasyonlarla karşılaşma olasılığı azalabilir.



Ciltte yaygın eritematöz, deskuamatif ve büllü lezyonlar.

P118

AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ VE KANDİDA ÖZOFAJİTİ İLE PREZENTE OLAN BİR GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖR OLGUSU

Taflan Salepci, Fatih Yavuz Erkal, Berkant Sönmez, Ayhan Kaya, Derya Öztaş, Ömür Volkan, Sibel Yılmaz, Mesut Şeker, Mustafa Tekçe, Ali Yayla

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Gastrointestinal stromal tümörler (GIST), mezenkimal tümörlerin spesifik immünohistokimyasal özellikleri bulunan bir grubudur ve Cajal hücrelerinden köken almaktadır. Tüm GIST tümörlerinin yaklaşık %1-3'ünü oluştururlar. GIST'ler ekzon mutasyonunun sonucu olarak c-Kit (CD-117, kök hücre faktörü) adı verilen bir hücre zarı reseptörü eksprese ederler. Bu reseptörün aktivasyonu kontrolsüz hücre çoğalması ve apoptoza direnç gelişimine neden olur. Klinik çalışmalarda abl-özü türozin kinazi inhibitör imatinib tedavide etkin bulunmuştur. Ayrıca trombosit kaynaklı büyüme faktörü reseptörü (PDGF-R) ve c-Kit'i de inhibe eder. GIST'lerin yaklaşık %20'si maligndir. Patolojik serilerde GIST'lerin %60-70'inin mide orijini olduğu bildirilmektedir. Vakaların yaklaşık 1/3'ü ince barsak kaynaklıdır, kolon ve rektum (%5), özefagus (%2'den az) ve apendikte nadiren görülebilir.

OLGU: 71 Yaşındaki erkek hasta acil dahiliye polikliniğimize 8-10 gün önce başlayan ve giderek artan bulantı, kusma, yutma güçlüğü şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde 3 kez geçirilmiş ve odağı saptanamayan gastrointestinal sistem (GIS) kanaması anamnezi vardı. Fizik muayenesinde hastanın genel durumu bozuktu; vital bulguları stabil ve epigastrik hassasiyeti mevcuttu. İlk yapılan tetkiklerinde üre: 251 mg/dL, kreatinin: 5,67 mg/dL, lökosit: 28500/mm³, hemoglobin: 11,5 gr/dL, MCV: 66,8 fL, trombosit sayısı: 925000/mm³ saptandı. Akut böbrek yetmezliğine yönelik kontrollü sıvı tedavisi başlandı. Takipinde üre-kreatinin değerleri normal sınırlara gerileyen ancak kliniği düzelmeyen hastanın ileri tetkikleri planlandı. Radyolojik tetkiklerinde batında 117x65 mm boyutlarında tümöral kitle lezyonu saptandı. Yutma güçlüğü olan, odağı saptanamayan GIS kanaması anamnezi olan ve görüntülemelerinde malign karakterde kitlesel olan hastaya üst ve alt GIS endoskopileri yapıldı. Evre III kandida özofajiti, kardiya gevşekliliği, mide boşalma güçlüğü ve antral gastrit; sigmoid kolonda dimunitif polip saptandı. Kandida özofajitine yönelik antifungal tedavi başlandı. Malignite yönünden tetkik edilen hastanın takiplerinde oral alımının düzelmemesi, pasajın sağlanamaması, gaz-gayta çıkışının olmaması ve ileus tablosuna girmesi üzerine hasta; kitle rezeksiyonu yapılmak üzere operasyona verildi. Hastanın patoloji sonucu CD-117 pozitif, cerrahi sınırlar tümör negatif ve 17 cm çaplı Malign Gastointestinal Stromal Tümör ile uyumluydu. Hastaya İmatinib 400 mg/gün tedavisi başlandı. Hasta halen mevcut tedavi ile hastalıklı şekilde takip edilmektedir.

TARTIŞMA: GIST'ler asemptomatik, tesadüfi olarak da saptanabilirken; en sık karın ağrısı, GIS kanama ve palpe edilebilir kitle olarak semptom ve bulgu verir. Daha nadir görülen semptomlar disfaji, obstrüksiyon ve kilo kaybıdır. Bu hastamızı GIST'lerin nadir görülen kandida özofajiti ve akut böbrek yetmezliği kliniği ile prezente olması nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

P119**İLERİ EVRE DEĞİŞİCİ EPİTEL HÜCRELİ MESANE KANSERLİ HASTALARIN TEDAVİSİNDE METOTREKSAT, VİNBASTİN, ADRIAMİSİN VE SİSPLATİN GEMSİTABİN-SİSPLATİN TOKSİK YAN ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Murat Arslan, Bülent Günlüsoy, Tansu Değirmenci, İlkey Hergül, Süleyman Minareci, Ali Rıza Ayder

İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

AMAÇ: Bu çalışmada kliniğimizde ileri evre değişici epitel hücreli mesane kanserli hastalarda metot-reksat, vinblastin, adriamisin ve sisplatin (MVAC) ile gemitabin-sisplatin (GC) tedavilerinin toksik yan etkilerini karşılaştırdık.

HASTALAR VE YÖNTEM: Ocak 1998 ve Eylül 2005 tarihleri arasında ileri evre değişici epitel hücreli mesane kanserli toplam 87 hastaya kemoterapi uygulandı. Hastalardan 39'una MVAC tedavisi, 48'sine GC tedavisi verildi. Her iki gruba da en fazla 6 kür verildi. Toksik yan etkiler her kürün sonunda ve tedaviye yanıt her iki kürden sonra WHO kriterlerine göre değerlendirildi.

BULGULAR: Her iki grupta hasta özellikleri benzerdi. Tedavi uygulanan hastaların yaş ortalaması 63 (49-77 yıl) idi. MVAC grubunda ortalama 58 aylık (29-75) izlem sonunda 8 hastada (%20, 5) tam yanıt, 7 hastada (%18) kısmi yanıt, 10 hastada (%25, 6) stabil hastalık ve 11 hastada (%28.2) ilerleme görüldü. 3 (%6.7) hasta değerlendirilemedi. GC grubunda ortalama 39 aylık (15-57) izlem sonunda 10 hastada (%26.8) tam yanıt, 14 hastada (%29.2) kısmi yanıt, 15 hastada (%31.3) stabil hastalık ve 9 hastada (%18.7) ilerleme görüldü. Bir hasta tedaviyi tamamlayamadı. MVAC ve GC gruplarında derece I/II hematoloji, gastrointestinal, renal ve kardiyak toksisite oranları sırasıyla %64 ve %44, %35 ve %11, %15 ve %3, %67, 6 ve %60 bulunurken her iki grupta derece III/IV toksisite oranları %34, 4 ve %24, %67 ve %61, 6, %10 ve %0, %5 ve %0 idi. Ortalama sağkalım MVAC grubunda 14 ay iken GC grubunda 15 ay idi.

SONUÇ: Tedavinin etkinliği her iki protokole benzer iken GC protokolü MVAC'a göre daha az toksik idi.

P120**İLERİ EVRE MESANE KANSERLERİNDE GEMSİTABİN-SİSPLATİN TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ VE TOKSİSİTESİ: TEK MERKEZLİ EN GENİŞ SERİ**

Murat Arslan, Bülent Günlüsoy, Tansu Değirmenci, Engin Tatlı, Süleyman Minareci, Ali Rıza Ayder

İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı ileri evre değişici epitel mesane kanserli hastalarda Gemitabin- Sisplatin (GC) tedavisinin etkinliğini ve yan etkilerini değerlendirmektir.

MATERYAL VE YÖNTEM: Ocak 2001- Eylül 2005 tarihleri arasında 43'ü erkek 5'i kadın ileri evre mesane kanserli toplam 48 hastaya GC tedavisi uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 63 (52-79 yıl) idi. 1000mg/m² olarak 1, 8, 15. günlerde ve sisplatin 70 mg/m² olarak 2.günde uygulandı. Tedavinin seyri kemoterapiye yanıt ve toksisiteye göre ayarlandı. En fazla 6 kür tedavi verildi. Toksik yan etkiler her kürün sonunda ve tedaviye yanıt her iki kürden sonra WHO kriterlerine göre değerlendirildi.

BULGULAR: Ortalama 39 ay (15-57) izlem sonunda 10 hastada (%20.8) tam yanıt, 14 hastada (%29.2) kısmi yanıt, 15 hastada (%31.3) stabil hastalık ve 9 hastada (%18.7) ilerleme görüldü. Bir hasta tedaviyi tamamlayamadı. En sık rastlanılan yan etki derece I/II hematolojik toksisite idi (%44). Derece III/IV toksisite ise %24 oranında görüldü. Non-hematolojik toksisite ise ılımlı görüldü. Hastaların %11'inde derece I/II ve %1.6'sında derece III/IV gastrointestinal toksisite ve %3'ünde derece I/II renal toksisite görüldü. Hiçbir hastada ciddi böbrek ve kardiyak toksisite görülmedi. 1 hasta nötropenik ateş nedeniyle kemoterapi sırasında kaybedildi. Tam yanıtın sonra progresyona kadar geçen süre ortalama 8.1 ay idi. Ortalama sağ kalım 15 ay idi.

SONUÇ: GC protokolü ileri evre mesane kanserlerinin tedavisinde tolere edilebilir toksisitesi ile etkili bir tedavidir.

P121**ENDEMİK GUATR BÖLGESİNDE TİROİD DİSFONKSİYON PREVALANS VE İNSİDANSI; RETROSPEKTİF ÇALIŞMA**

¹Hakan Cinemre, ¹Cemil Bilir, ¹Feyzi Gökosmanoğlu, ²Ömer Necip Aytuğ

¹Düzce Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Düzce Tıp Fakültesi Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı

Tiroid disfonksiyonları aşikâr ve gizli hipotiroidi / hipertiroidi olarak 4 başlıkta incelenebilir. TSH düzeyi baskılı ise hipertiroidi, artmış ise hipotiroidi tanımı kullanılır ve serbest T3-4 düzeyleri ile de klinik ve subklinik ayrımı yapılır.

Tiroid disfonksiyon sıklığı bölgesel, toplumsal, besinsel ve cinsiyet farklılığına göre değişiklik gösterir. Batı toplumlarında özellikle Amerika da aşikâr hipotiroidizm %0.1-2 iken subklinik hipotiroidi ise %5 sıklıkta olup yaşlı popülasyonda %15 lere kadar ulaşabilmektedir. Hipertiroidizm %0.2-1 oranda aşikâr, %0.7-10 subklinik olarak dağılım göstermektedir. Gerek hipotiroidizm gerekse hipertiroidizm kadın popülasyonda erkeklere göre 5-8 kat daha fazla görülmektedir.

Biz; 2003-2006 yılları arasında Düzce Ünv. İç Hastalıkları polikliniğine başvuran yaklaşık 2650 hastayı retrospektif olarak inceledik. Hastaları TSH, serbest T3-4 değerlerine göre 4 gruba ayırdık. Bu sonuçlar Tablo 1'de sunulmuştur.

İlave olarak 2006 Ocak 2007 ocak dönemi arasında polikliniğimizde ilk defa başvuran ve daha önceden tiroid disfonksiyonu olmayan 2133 hasta incelendi (tablo 2).

Saha çalışması olmamakla birlikte sonuçlarımız dikkat çekicidir. İster hipo ister hipertiroidi olsun tiroid disfonksiyonları bölgemizde çok yüksek oranda görülmektedir. Yaş ortalaması hipertiroidilerde 52, hipotiroidiklerde 42 bulundu. 2 konuda sonuçlarımız çok çarpıcıdır. Bunlardan birincisi; erkek kadın oranları ve aşikâr hipertiroidi sıklığıdır. Hipotiroidik hastalarda oran yaklaşık 8/1 (K/E) iken literatür bilgisiyle uyumludur ancak hipertiroidi hastalarında oran 2, 5/1 olup erkekler lehine yüksek bir seviyededir. Aşikâr hipertiroidizmin %3.4 gibi çok yüksek bir oranda görülmesi çeşitli sebeplere bağlanabilir. Bunlar endemik guatr bölgesi olması, tiroid hacminin fazlalığı, iyot eksikliği olan bir bölge olması ve belkide daha önemlisi uzun dönemdir yapılan iyot replasman sonucunda hastaların aşırı iyot almalarıdır ki buda aynı zamanda hipertiroidi remisyon süreçlerimize (yaklaşık 16 ay) yansımaktadır. Dikkat çeken bir diğer konu ise hipertiroidi tedavisi olarak ilaç tedavisinin

%80-90 larda seyretmesi ve radyoaktif iyot tedavisinin çok düşük (<%2) oranlarda olmasıdır. Buda ikinci relapsları arttırmakta ve ilaca bağlı yan etki profilinin daha fazla görülmesine yol açmaktadır.

Bölgemiz için ikinci dikkat çekici konu ise insidansında yüksek olmasıdır. Hipotiroidizm oranları azalmakla beraber yinede batı toplumlarına göre yüksek orandadır. Hipertiroidizm ise %6.3 ten %7 e yükselmiştir ve bu artış hem subklinik hem de aşikâr hipertiroidizm de görülmektedir. Bu oranlar toplum sağlığı açısından birçok soruna yol açmaktadır. Bölgemizde yüksek oranda görülen osteoporoz, atriyal fibrilasyon ve takiaritmiler, yaygın ağrı semptomları, major depresyon, koroner arter hastalığı gibi birçok duruma katkı sağlamaktadır. Bu nedenledir ki toplum sağlığı politikalarımızı tekrar gözden geçirerek yeni bölgesel düzenlemelerin gerekliliğini savunmaktayız.

Tablo 1.

Toplam hasta n=2670

Hipotiroidi n=168 %6, 4	Subklinik n=39 %1, 5	Hashimoto n=95 %3, 6
	Klinik n=129 %4, 9	Cerrahi n=31 %1, 1
		RAI n=3 %0, 1
Hipertiroidi n=167 %6, 3	Subklinik n=78 %2, 9	
	Klinik n=90 %3, 4	

Toplam hasta n=2133

Hipotiroidi n=122 %5, 7	Subklinik n=47 %2.2	
	Klinik n=75 %3, 5	
Hipertiroidi n=150 %7	Subklinik n=71 %3, 3	
	Klinik n=79 %3, 7	

P122**DÜŞÜK MOLEKÜL AĞIRLIKLIL HEPARİNE BAĞLI TROMBOSİTOPENİ; OLGU SUNUMU**

Hakan Cinemre, Feyzi Gökosmanoğlu, Cemil Bilir

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Fraksiyone edilmemiş heparine bağlı trombositopeni tipik olarak, yüksek venöz yada arteriyel tromboz riski ve trombositopeni ile seyreden bir ilaç reaksiyonudur. Patogenezinde, heparine bağlı halde bulunan bir self proteini olan trombosit faktör-4 proteinini tanyan trombosit aktive edici antikorlar nedeniyle oluşmaktadır. Düşük molekül ağırlıklı heparine bağlı trombositopenide benzer mekanizmalar ile gelişmekte ancak daha seyrek olarak görüldüğü bildirilmektedir.

Olgumuz 76 yaşında kadın, nöroloji kliniğinde iskemik serebrovasküler hastalık nedeniyle takip edilirken solunum yetersizliği gelişmesi nedeniyle dahili yoğun bakım ünitesine devralındı. Hastaya profilaktik olarak enoxaparin 4000 IU/0.4ml sc günde bir defa verildi. Muayenede, sol hemiparalizi bulguları vardı ve bilinci konfüze idi. Laboratuvar bulguları, Beyaz küre: 4.78mm3, PNL: %84.7, Lenfosit: %7.83, Monosit: %5.2, Eozinofil: %1.58, Bazofil: %0.5, RBC: 4.200.000mm3, Htc: 41, MCV: 86 fL, Trombosit: 186.000mm3 idi. Takiplerde hastanın peteşial döküntüler, kateter ve enjeksiyon yerlerinden kanama olması neyle kontrol hemogramda çalışıldı, beyaz küre: 5.2 mm3, Hgb: 11.2 mg/dl, Trombosit: 46.200 mm3, PT-INR: 3.92, İ.Bilirubin: 0.7 mg/dl, AST: 18 U/l, ALT: 12 U/l, LDH: 560 U/l idi. Alt ext. dopler USG yapıldı ve USG'de derin venlerde trombüs gözlemlendi. Döküntüler ve kanama enoxaparin tedavisinin 9. gününde görüldü. Trombosit sayısındaki azalmanın diğer nedenleri ve ilaçlar ekarte edildi, heparine bağlı trombositopeni olasılığını belirleme testinde, yüksek olasılık tesbit edildi. Bu bulgular eşliğinde enoxaparine bağlı trmbositopeni olabileceği düşünüldü ve enoxaparin kesildi. Tedavide lepirudin verildi ve kontrol alt ext. dopler USG'de trombozlar kayboldu ve trombositler 5-7 günde normal değerlerine geldi.

Heparine bağlı trombositopeni, heparin başladıktan 5-15. gün sonra trombosit sayıları düşmeye başlar. Bazen geç başlangıçlı trombositopeni olabilir veya daha önce heparin maruziyeti olan vakalarda ise erken trombositopeni görülebilir. Düşük molekül ağırlıklı heparine bağlı trombositopenide çapraz reaksiyon ile veya heparinle aynı mekanizma ile trombositopeni geliştiği düşünülmektedir. Bazı araştırmacılar düşük molekül ağırlıklı heparinin trombositopeni gelişme riskini fraksiyone edilmemiş heparine kıyasla azalttığını savunsalarda hala kanıtlanmamıştır. Tanı trombositopeni gelişme zamanı, bazal trombosit sayısında %50'den fazla azalma, antikor testleri (EIA), heparine bağlı trombositopeni olasılık belirleme skorları klinik tabloya uygun bir şekilde yorumlanarak konulur. Tedavide hirudin, argatroban, danaparoidin ve bivalirudin, fondaparinux prospektus dışı tedavi seçeneği oluşturur.

Tedavide ve profilakside düşük molekül ağırlıklı heparin kullanımında da 'Heparin Induced Syndrome' gelişebileceği unutulmamalı ve takipte bu ilaçları alan hastalarda 5-10. günler arası veya klinik şüphe duyulan her olguda hemogram sayımı yapılmalıdır.



Enoxaparin'e bağlı döküntüler: Bacakta peteşial kanama alanı görülmekte.

P123

TUBEROZ SKLEROZ: PULMONER TUTULUMU OLAN BİR OLGU

Gülfidan Çakmak, Fatih Yılmaz, Mazhar Müslüm Tuna, Zuhale Aydan Sağlam, Hayriye Esra Ataoğlu, Levent Ümit Temiz, Mustafa Yenigün

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

33 yaşında erkek, bulantı, kusma ve nefes darlığı nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde; menenjit geçir-miş, akciğer kisti nedeniyle iki kez opere edilmiş, 30 yıldır epilepsisi varmış.

Fizik muayenesinde; Cilt soluk, kirli sarı renkte idi, bilateral pretibial ödem vardı, vücudun çeşitli bölgelerinde depigmente lekeler, burun çevresinde papüler lezyonlar ile sağ oksipito-parietal bölge saçlı derisinde lipomatöz lezyonlar vardı (şekil 1). Her iki hemitoraksta alt ve orta zonlarda inspiratuvar raller ile kalpte tüm odaklarda 2/6 şiddetinde sistolik üfürüm duyuluyordu. Nörolojik muayenede; yüksek kortikal fonksiyonlarda donuklaşma vardı, zeka soyutlama ve hesaplama yapamıyordu, küçük adımlarla, zorlanarak ve kolları asosiyet hareketlere katılmadan yürüyordu. IQ: 60 idi, bilateral katarakt, retinalarda gliotik ve anjiomatöz oluşumlar mevcuttu.

GFR: 5 ml/dk, ESR: 130mm/saat, lökosit sayısı: 16400/mm³, hemogloblin: 7.2 g/dl, üre: 286 mg/dl, kreatinin: 12.2mg/dl idi.

Toraks, batin ve kraniyal bilgisayarlı tomografilerinde; bilateral plevral efüzyon, her iki akciğerde multipl kistler, hepatomegali, karaciğer sağ lobunda ve her iki böbrekte multipl kistler, periventriküler kalsifikasyonlar saptandı. Elektroensefalogramda; her iki temporoparietal bölgede jeneralize epilepti-form deşarj saptandı.

Tuberoz skleroz; başlıca mental retardasyon, epilepsi ve adenoma sebaceum triadı ile karakterize aile-sel bir multisistem hastalıktır, tüm ailenin sistemik taraması çok önemlidir. Pulmoner tutulum %1'in altındadır. Pulmoner tutulumun var olması ve hastalığın klasik triadının mevcut olmasına rağmen bu yaşa kadar tanı konulmaması nedeniyle vaka sunulmuştur.

P124

AKCİĞER, KARACİĞER, BÖBREK VE KEMİK İLİĞİ TUTULUMLU MİLİER TÜBERKÜLOZ OLGUSU

¹Cemal Bes, ²Mehmet Bayram, ²Z. Senem Bes, ³Tamer Sakacı, ²Aygün Gür, ¹Nur Dilek Bakan, ²Gülcihan Özkan, ²Güngör Çamsarı, ¹Fatih Borlu

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği, ²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi 2.klinik, ³Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

GİRİŞ: Gelişmiş ülkelerde insidansı azalan tüberküloz (tbc), az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere hala önemli bir sağlık problemidir. Eskiden nadir görülen milier tüberküloza artık daha sık rastlanmak-tadır. Akciğerle birlikte karaciğer, böbrek ve kemik iliğinin birlikte tutulduğu bir milier tbc olgusunu sunduk.

OLGU: 32 yaşında erkek hasta, halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, kanlı idrar yapma şikayetleriyle baş-vurdu. 1 yıldır şikayetleri olduğu ve birkaç kez hastanelere gidip idrar yolu enfeksiyonu tanısıyla tedavi gördüğü öğrenildi. Hasta soluk görünümü ve kaşektikti. Fizik muayenesinde TA100/60 mmHg, nabız 116/dk, ateş 39.2°C bulundu. Organomegali tespit edilmedi. Laboratuvar tetkiklerinde glukoz 102, üre 199, kreatinin 10.3, AST 57, ALT 13, T. Protein 5.7, albumin 2.2, globulin 3.5, sedimantasyon 130 mm/saat, tam kan sayımında lökosit 800/mm³, hemoglobin 4.6 g/dl, Hct %14, trombosit 76000/mm³, T1T'te bol eritrosit ve lökosit görüldü. Batın USG'de sağ böbrekte hidronefroz, sol böbrekte hidroponefroz ve her iki böbrekte grade 2 parankim hastalığıyla uyumlu görüntü, karaciğerde granüler görünüm mevcuttu. P-A akciğer grafisinde her iki akciğerde, tüm zonlarda retikülönodüler-milier dansite artışı, sol apekte 2 cm büyüklüğünde kaviter lezyon görüldü. Hastaya acil hemodializ uygulandı ve kronik hemodializ prog-ramına alındı. Balgamda ARB 2 kez pozitif bulundu. Renal tbc açısından istenen idrarda da ARB pozitif saptandı. Pansitopenisi nedeniyle periferik yaymada bir özelliği saptanmaması üzerine yapılan kemik iliği biyopsisinde intertrabeküler ve paratrabeküler alanda epitelioid histiositler, fibroblastlar, multinükleer hücrelerden oluşan granülom yapıları görüldü ve bu görünüm tbc infiltrasyonu ile uyumlu bulundu. Hastaya akciğer, karaciğer, böbrek ve kemik iliği tutulumu olan milier tbc tanısı konularak 4'lü anti-tbc tedavisi başlandı. 1 ay sonra balgamda ARB negatifleşti ve P-A akciğer grafisinde belirgin iyileşme görülmesi üzerine poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi. Tedavisinin 2.ci ayında poliklinik kontrolüne geldiğinde şikayetlerinin geçtiği ve kilo aldığı görüldü.

TARTIŞMA: Sosyoekonomik gelişmelere rağmen, tbc ülkemizde hala hayatı tehdit eden önemli bir sağlık problemidir. Tbc en sık akciğeri tutmasına karşın birçok organın aynı anda tutulduğu bir tabloyla karşımıza çıkabilir. Renal tbc nadir görülür ancak erken teşhis edilmediğinde olgumuzda olduğu gibi kronik renal yetersizliğine neden olabilmektedir. Bundan dolayı hematüri etyolojisi araştırılırken tbc akla gelmeli ve buna yönelik kolay bir tetkik olan idrarda ARB araştırması yapılmalıdır.

P125

BENZER YAŞ GRUBUNDAKİ NORMOTANSİF KADIN VE ERKEKLERDE AORTİK KOMPLİYANSA ETKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Mustafa Yıldız, ²Banu Şahin Yıldız, ¹Funda Akduran, ³Alparslan Sahin

¹Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Kardiyoloji ve İç Hastalıkları Polikliniği, ²Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, ³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ: Arter nabızının damar duvarı boyunca hareket etme hızı olarak tanımlanan nabız dalga hızı (NDH)'nın artmış değerlerinin diffüz aterosklerotik sürecin gizli bir göstergesi olduğu ve klasik semptom ve bulgularından daha erken ortaya çıktığı ifade edilmektedir. NDH artmış arteriyel sertliğin önemli bir belirteci olup arteriyel distansibilite ve kompliyans ile ters orantılıdır.

MATERYAL VE METOD: Yaş ve cinsiyet olarak uyumlu toplam 56 sağlıklı birey çalışmaya dahil edildi. Hipertansiyon, böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, kalp yetmezliği, periferik arter hastalığı, serebrovasküler hastalığı olan, düzenli olarak herhangi bir ilaç kullanan, vücut-kitle indeksi >35 kg/ m², bel kalça oranı >1 olan bireyler çalışmaya dahil edilmedi. Aortik kompliyans, aortik NDH ölçüm yöntemi ile indirekt olarak belirlendi. Aortik NDH, on-line nabız dalga kaydına izin veren ve otomatik ölçüm yapan Complior Colson (Fransa) cihazı ile NDH = ΔD/Δt formülü ile hesaplandı [D: İki kayıt noktası arasında nabız dalgası

tarafından vücut yüzeyinde katedilen mesafe (metre), t: Complior cihazı tarafından otomatik olarak belirlenen nabız dalga transit zamanı (saniye)].

Nabız basıncı = Sistolik kan basıncı – diastolik kan basıncı,

Ortalama kan basıncı = [Sistolik kan basıncı + 2 X diastolik kan basıncı] / 3

formülleri ile belirlendi.

BULGULAR: Karotis-femoral (aortik) NDH, her iki cinsite benzer değerlerde bulunurken; boy ve vücut ağırlığı erkeklerde daha yüksekti (sırası ile p<0.001, p<0.001) (Tablo I). NDH ile yaş, vücut ağırlığı, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı ve ortalama kan basıncı arasında pozitif yönde korelasyon saptandı (sırası ile p<0.001, r=0.71; p=0.005, r=0.36; p=0.006, r=0.36; p=0.001, r=0.44; p<0.001, r=0.48).

SONUÇ: Benzer yaş grubundaki farklı cinsiyetlerde aortik NDH ile belirlenen aortik kompliyans değere-ri birbirine yakındır. Aortik kompliyans yaş, vücut ağırlığı, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı ve ortalama kan basıncı ile ilişkilidir.

Tablo I. Vakaların antropometrik ve hemodinamik değerleri

	Erkek	Kadın	p
Yaş (yıl)	33.6 ± 14.0	33.6 ± 11.4	0.99
Boy (cm)	175.57 ± 6.19	159.10 ± 6.50	<0.001
Vücut ağırlığı (kg)	78.10 ± 10.52	62.50 ± 12.19	<0.001
Sistolik KB (mmHg)	115.17 ± 8.97	111.42 ± 12.75	0.20
Diastolik KB (mmHg)	69.10 ± 8.82	69.82 ± 7.38	0.74
Ortalama KB (mmHg)	84.42 ± 7.64	83.65 ± 8.00	0.71
Nabız basıncı (mmHg)	46.07 ± 9.56	41.60 ± 10.89	0.10
Nabız (atım/dak)	74.00 ± 8.98	76.64 ± 10.47	0.31
Nabız dalga hızı (m/s)	9.34 ± 2.32	9.03 ± 1.44	0.55

KB: Kan basıncı

P126

UZUN DÖNEM AMLODİPİN KULLANIMINA BAĞLI PRETİBİAL ÖDEM: 2 OLGU SUNUMU

Adem Güngör, Sevim Dindar, Cemil Bilir, Gökhan Dindar, Mustafa Çalışkan, Hakan Cinemre

Düzce Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Amlodipin hipertansiyon tedavisinde gerek monoterapiye gerekse kombinasyon tedavisinde tercih edilen dihidropiridin grubu bir kalsiyum kanal blokörüdür. Pretibial ödem yan etkisi amlodipin tedavisi başlandıktan kısa bir süre sonra görülmektedir. Biz burada amlodipin kullanımına bağlı olarak 1, 5 ve 3 yıl sonra pretibial ödem gelişen 2 hastayı sunduk.

OLGU 1: 1, 5 yıldır hipertansiyon tanısı ile amlodipin 10 mg/gün tedavisi alan 68 yaşında bayan hasta her iki ayak sırtında ve pretibial grade 2-3 gode bırakan tarzda ödem yakınması ile başvurdu. Herhangi bir ek hastalığı bulunmayan hastanın etyolojiye yönelik yapılan anamnez, fizik muayene, biyokimyasal tetkikleri ve alt venöz doppler incelemelerinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Ödem şikayeti amlodipinle ilişkili olabileceği düşünülerek ilaç kesildi. 1 hafta sonra ki kontrollerinde ödemin belirgin şekilde azaldığı görüldü.

OLGU 2: 59 yaşında erkek hasta 1 haftadır mevcut olan pretibial ödem yakınması ile kliniğimize baş-vurdu. Anamnezinde 7 yıldır hipertansiyon öyküsü ve fizik muayenesinde bilateral grade 2 pretibial ödem haricinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın olası etyolojilere yönelik yapılan tetkikle-rinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Kullandığı ilaçlar sorgulandığında hastanın hipertansi-yon nedeniyle 3 yıldır amlodipin 10 mg/gün kullandığı tespit edildi. Ödemin amlodipin tedavisine bağlı olabileceği düşünülerek ilaç kesildi. 10 gün sonra ki kontrolünde ödemin gerilediği gözlendi.

TARTIŞMA: Amlodipin yapılan çalışmalarda çoğunlukla ilaç kullanılmaya başlandıktan sonraki birkaç ay içerisinde vazodilatör etkiye bağlı olarak pretibial ödeme neden olmaktadır. Bizde vakamızda ki bila-teral pretibial ödemi amlodipin kullanımı ile ilişkilendirdik. Bu vakalar bize amlodipin kullanımının yıllar sonra da pretibial ödem yapabileceğini göstermiştir.

P127

DEKSTROKARDİLİ BİR HASTADA BAŞARILI STENT İMPLANTASYONU

¹Serkan Ordu, ¹Ahmet Kaya, ²Gökhan Dindar, ¹Hakan Özhan, ¹Mehmet Yazıcı

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

GİRİŞ: Dekstrokardi nadir görülen bir konjenital kardiyak anomali. Bu hastalar koroner arter hasta-lığı için normal popülasyona benzer risk taşır. Bu rapor, situs inversus ve dekstrokardili non-ST elevasyon-lu MI geçiren bir hastada iki damara başarılı anjiyoplasti ve stent implantasyonunu tanımlamaktadır.

OLGU: Daha önceden dekstrokardi olduğu bilinen 46 yaşında erkek hasta dinlenme esnasında olan 2 saat süren göğüs ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde apeksi sağ tarafta olan hasta-nın dekstrokardisi PA Akciğer grafisi ile doğrulandı. EKG'si sinus ritmi idi ve sağ V4-6 derivasyonlarında ST depresyonu ve T hastada iki damara başarılı anjiyoplasti ve stent implantasyonunu tanımlamaktadır. Hasta Non-ST elevasyonlu MI olarak değerlendirildi. Hastanın Koroner anjiyografisinde LAD ve RCA'da kritik darlık saptandı. Her iki damarada başarılı bir şekilde stent implantasyonu yapıldı.

TARTIŞMA: Bu vaka, dekstrokardili bir hastada standart imajlar elde edilerek, kataterlerin ters rotasyon-u ile ve standart judkins kataterler kullanılarak PCI'nin güvenilir bir şekilde yapılabileceğini göstermiştir.

P128**HİPERTANSİF HASTALARIN TEDAVİYE UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

İrem Akyüz, Çağrı Ateş, Taner Engin, Eda Hocaoglu, Eşay Kıran, L. Elif Sade
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

Hipertansiyon, organ hasarı verinceye dek bulgu vermeyen, ancak çok sık görülen, önemli mortalite nedenlerinden biridir. Bu nedenle hipertansiyon hastalarının bilinçlendirilmesi, tedavinin etkinliği ve hastaların tedaviye uyumu açısından önem taşımaktadır.

AMAÇ: Bu araştırmanın amacı; hipertansiyon hastalarının 1) Tedaviye uyumlarının, 2) Uyuumsuzluklarının nedenlerinin araştırılmasıdır.

YÖNTEM: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Hastanesi'ne başvuran 160 hipertansif hastada, uygulanan tedavi ve hastaların tedaviye olan uyumları ve hastalıkları ile ilgili bilgileri anket yöntemi ile değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların %11'inin ilaçlarını düzenli kullanmadığı saptandı. Tedaviye uyuumsuzlukla ilgili bağımsız belirleyici bir faktör bulunmadı. Ancak hastalık ve tedavi ile ilgili yeteri kadar bilgilendirilmemiş olmak, okur yazar olmamak ve ilaç yan etkilerinin, tedaviye uyuumsuzluk yönünde bir meyil oluşturduğu görüldü. Hastaların %34'ü ise tedaviyi kendiliğinden kesmişti. Bunda ise en önemli faktörün ilaçların yan etkileri olduğu (P = 0.012) saptandı. Öte yandan okuyamaz olmama durumu ve çoklu antihipertansif ilaç kullanımının tedavinin kesilmesi yönünde bir eğilim yarattığı görüldü. Yan etki görülme sıklığını artıran en önemli faktörler olarak, tedavi süresi (P = 0.029) ve eşlik eden hastalık sayısı (P = 0.011) bulundu. En sık görülen yan etki ayak bileği öemi ve öksürük iken en sık yan etki yapan ilaç grubu beta blokörler olarak saptandı.

SONUÇ: Antihipertansif tedavi planlanırken tüm bu faktörler göz önüne alınırsa tedavi hedeflerine daha yüksek oranda ulaşılabilir. Ancak bu çalışmadaki hasta popülasyonunun sosyokültürel düzeyi Türk toplumunun genelini yansıtmadığından sonuçlarımız tüm topluma genellenemez.

P129**HEMODİYALİZ HASTALARINDA ONİKİ KANALLI YÜZEY EKG İLE SAPTANAN RİTM-İLETİM BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

'Mustafa Yıldız, 'Hakan Kaptanoğulları, 'Funda Akduran, 'Dilek Aygın, 'Ayşe Sayan, 'Selen Şen, 'İsmail Sakar

'Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Kardiyooloji ve İç Hastalıkları Kliniği, 'İstanbul Medikare Diyaliz Merkezi

AMAÇ: Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezlikli hastalarda kardiyovasküler sistem bozukluklarına bağlı mortalite ve morbidite önemli bir yer işgal etmektedir. Bu çalışmada düzenli hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezlikli hastalarda oniki kanallı yüzey EKG'sinde saptanan ritim-ileti bozuklukları değerlendirilmiştir.

YÖNTEMLER: Düzenli hemodiyalize giren toplam 131 kronik böbrek yetmezlikli hasta çalışmaya dahil edildi ve istirahat EKG'leri deneyimli bir Kardiolog tarafından değerlendirildi. Elde edilen sonuçlar yüzde olarak ifade edildi.

BULGULAR: Hastaların 74 (%56.48) 'ü erkek, 57 (%43.52) 'si kadındı. Hastaların 66 (%50.38) 'sının EKG sonucu normal olarak değerlendirildi. Geri kalan 65 (%49.62) hastanın 30 (%46.15) 'u kadın, 35 (%53.85) 'i erkekti. Kadın hastaların 7 (%23.33) 'inde nonspesifik ST değişikliği, 11 (%36.66) 'inde sol ventrikül hipertrofisi, 2 (%6.66) 'inde komplet sağ dal bloğu, 2 (%6.66) 'inde komplet sol dal bloğu, 5 (%16.66) 'inde atriyal fibrilasyon, 2 (%6.66) 'inde atriyal erken atım, 1 (%3.33) 'inde ventriküler erken atım mevcuttu; erkek hastaların 11 (%31.42) 'inde nonspesifik ST değişikliği, 15 (%42.85) 'inde sol ventrikül hipertrofisi, 4 (%11.42) 'inde komplet sağ dal bloğu, 2 (%5.71) 'inde komplet sol dal bloğu, 2 (%5.71) 'inde atriyal fibrilasyon, 1 (%2.85) 'inde atriyal erken atım gözlemlendi.

SONUÇ: Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezlikli hastalarda atriyal fibrilasyon, komplet sol dal bloğu gibi ritim-ileti defektlerine sık olarak rastlanmaktadır. Bu durum hastaların kardiyovasküler sistemlerinin düzenli ve dikkatli takibini gerekli kılmaktadır.

P130**HEMODİYALİZ HASTALARINDA SÜREKLİ ATRİYAL FİBRİLASYON SIKLIĞI İLE ATRİYAL FİBRİLASYON GELİŞİMİNDE ETKİLİ OLAN FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

'Mustafa Yıldız, 'Hakan Kaptanoğulları, 'Funda Akduran, 'Dilek Aygın, 'Ayşe Sayan, 'Selen Şen, 'İsmail Sakar

'Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Kardiyooloji ve İç Hastalıkları Polikliniği, 'İstanbul Medikare Diyaliz Merkezi

AMAÇ: Atriyal fibrilasyon (AF) oldukça sık görülen, morbidite ve mortaliteyi arttıran önemli bir aritmi tipidir. Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda da AF sıklığı belirgin olarak artmıştır. Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda AF gelişimini etkileyen faktörlerle ilgili veriler sınırlıdır. Bu çalışmada düzenli hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezlikli hastalarda sürekli AF sıklığı ve AF gelişimini etkileyebilecek faktörler incelenmiştir.

MATERYAL VE METOD: Düzenli hemodiyaliz programına dahil olan toplam 154 [72 (%46.8) kadın, 82 (%53.2) erkek] kronik böbrek yetmezlikli hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ekokardiyografik ölçümleri deneyimli bir kardiolog tarafından yapıldı. Sinüs ritminin hiç gözlemlenmediği hastalar sürekli AF olarak tanımlandı.

Nabız basıncı = Sistolik kan basıncı – diastolik kan basıncı, Ortalama kan basıncı = [Sistolik kan basıncı + 2 X diastolik kan basıncı] / 3 formülleri ile hesaplandı. Elde edilen sonuçlar independent sample t test ile hesaplandı. İlişkiler regresyon analizi ile değerlendirildi. P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Hastaların 7 (%4.5) 'inde sürekli AF mevcuttu. AF (+) olan grupta yaş, sol ventrikül diastol sonu çapı, sol ventrikül sistol sonu çapı ve sol atriyum genişliği daha fazla iken AF (-) grupta ejeksiyon fraksiyonu daha yüksekti (Tablo I). Regresyon analizinde nabız, sol ventrikül sistol sonu çapı ve sol atriyum genişliği AF' u belirlemede önemli faktörler olarak değerlendirildi (p<0.05).

SONUÇ: Sürekli AF düzenli hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezlikli hastalarda %4.5 civarlarında görülmektedir. Bu hasta grubunda AF' u belirlemede nabız, sol ventrikül sistol sonu çapı ve sol atriyum genişliği önemli faktörler olarak göze çarpmaktadır.

Tablo I. Grupların yaş, hemodinamik ve ekokardiyografik değerleri

	AF (-)	AF (+)	p
Yaş (yıl)	53.8 ± 14.4	69.5 ± 11.5	0.005
Beden-kitle indeksi (kg/m ²)	25.36 ± 6.41	25.57 ± 4.85	0.93
Sistolik KB (mmHg)	128.97 ± 21.77	130.00 ± 14.14	0.90
Diastolik KB (mmHg)	75.98 ± 10.02	78.57 ± 3.77	0.49
Ortalama KB (mmHg)	93.66 ± 13.15	95.67 ± 6.00	0.69
Nabız basıncı (mmHg)	53.22 ± 15.32	51.42 ± 13.45	0.76
Nabız (atım/dak)	79.12 ± 11.98	82.85 ± 8.07	0.41
SV diastol sonu çapı (mm)	49.78 ± 3.65	54.71 ± 5.46	0.001
SV sistol sonu çapı (mm)	31.04 ± 5.67	36.85 ± 3.71	0.008
Ejeksiyon fraksiyonu (EF, %)	59.72 ± 6.39	49.28 ± 8.47	<0.001
Sol atriyum genişliği (mm)	39.10 ± 3.15	44.14 ± 5.49	<0.001
Pulmoner akım hızı (m/sn)	0.97 ± 0.16	0.94 ± 0.13	0.25

KB: Kan basıncı, SV: Sol ventrikül, AF: Atriyal fibrilasyon

P131**TİROFİBAN TEDAVİSİNE BAĞLI HIZLI GELİŞEN TROMBOSİTOPENİ: OLGU SUNUMU**

'Ömer Celal Elçioğlu, 'Abdullah Şumnu, 'Abdullah Kaplan, 'Murat Sezer, 'Sabahattin Umman

'İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, 'İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyooloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Tirofiban trombositlerdeki glikoprotein IIb/IIIa reseptörlerini inhibe ederek trombosit agregasyonunu engelleyen yeni bir antitrombotik ilaçtır. Klinik çalışmalarda bu ajanın perkutan transluminal koroner anjiyoplasti (PTCA) işlemini takiben gelişebilecek sekonder komplikasyonları azalttığı kanıtlanmıştır. Yine bu çalışmalarda, tedavi edilen hastaların bir kısmında sıklıkla kanama semptomları ile birlikte olan, tedavi sırasında veya kısa bir süre sonra gelişen akut, derin trombositopeni görülmüştür. Literatürde tirofiban infüzyonunun ikinci saatinde gelişen derin trombositopeni (165x10⁹/L'den 17x10⁹/L'ye) görülen olgu bildirimi mevcuttur. Yine literatürde tirofiban tedavisinin çok erken döneminde hayatı tehdit eden ciddi kanamalara yol açabilecek derin trombositopeni ve intraalveoler hemoraji görülen olgu bildirimleri mevcuttur. Burada tirofiban tedavisinin altıncı saatinde trombositopeni gelişen bir olgu sunuldu.

OLGU SUNUMU: Bilinen kronik bir hastalığı ve ilaç kullanımı öyküsü olmayan 47 yaşındaki erkek hasta T.E. stentless miyokard infarktüsü tanısı ile koroner yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Anti iskemik tedavi (clopidogrel, asetilsalisilik asit, beta bloker, anjiotensin konvertent enzim inhibitörü, statin) başlandı. Yatışının ikinci gününde yapılan koroner anjiyografisinde tek damar hastalığı (circumflex arter (CX) proksimalinde %80 darlık) saptandı. Hastaya aynı seansta CX'deki %80 darlığı başarılı direkt stent implantasyonu yapıldı. İşlem sırasında 7500 Ü heparin, 150 mcg nitroglicerlin kullanıldı. İşlem ile birlikte tirofiban (yükleme dozu üç dakika 10 mcg/kg, idame dozu 0, 15 mcg/kg/dk) infüzyonu başlandı. İşlemden önce bakılan kan sayımında trombosit: 288x10⁹/L saptanmıştı. Diğer parametreler de normaldi. Tirofiban infüzyonunun altıncı saatinde alınan kan sayımında trombosit değeri 29x10⁹/L saptandı. Bunun üzerine hemen tirofiban infüzyonu, klopidogrel ve asetil salisilik asit tedavisi kesildi. Takiplerinde herhangi bir kanama komplikasyonu gelişmedi. Trombositler yükselmeye başlayınca (trombosit değerleri şekil 1'deki grafikte görülmektedir) tekrar antiagran (klopidogrel ve asetilsalisilik asit) ve antikoagulan (enoxaparine) tedavisine başlandı. Takibinde trombosit değerleri stabil seyretti.

P132**ERİŞKİN DÖNEMDE GÖRÜLEN AKUT ROMATİZMAL ATEŞ OLGULARI**

Gökhan Pektaş, Dilek Tüzün, Gökhan Kabaçam, T. Tanju Yılmaz, O. Deniz Aydın, Murat Suher

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Akut romatizmal ateş (ARA), A grubu beta hemolitik streptokoklarla oluşan üst solunum yolu infeksiyonundan sonra ortaya çıkan inflamatuvar bir hastalıktır. Literatürde az rastlanması sebebi ile erişkin yaşta görülen iki ARA olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU 1: 54 yaşındaki kadın hasta, hastanemizin iç hastalıkları polikliniğine her iki dizde ve sol dirsekte şişlik, kızamık ve ağrı yakınmaları nedeniyle başvurdu. Fizik muayenesinde vital bulguları normal olan hastanın, her iki dizinde ve sol dirseğinde artrit saptandı. Kardiyovasküler sistem muayenesinde apekte ve mezokardiak odakta 2/6 derece sistolik üfürüm mevcuttu. Hastanın tetkiklerinde; hemoglobin: 12.0 g/dl, lökosit: 10200/mm³, sedimentasyon 100 mm/saat, hassas CRP: 10, ASO: 466 saptandı. Boğaz kültüründe üreme olmadı. Ekokardiyografi incelemesinde 2. derece mitral yetersizlik tespit edilen hastada romatizmal kardit düşünüldü. Jones kriterlerine göre 2 majör kriteri sağlayan hasta, ARA tanısıyla yatırıldı. Prednizolon (40 mg/gün, iv) ve Ampisilin (4x1gr) tedavisi başlandı. Tedavinin ikinci gününden itibaren yakınmaları geriledi. Yatışının 6. gününde, verilen steroid tedavisi tedricen kesilmek ve bitiminde non-steroid anti-inflamatuvar ilaç tedavisi başlanmak üzere taburcu edilen hastaya depo penisilin (1.200.000 IU/ay) profilaksisi önerildi.

OLGU 2: 38 yaşında erkek hasta, hastanemizin iç hastalıkları polikliniğine her iki omuz ve dirsek eklemlerinde ağrı, şişlik, hareket kısıtlılığı yakınmaları nedeniyle başvurdu. Fizik muayenesinde vücut sıcaklığı 38.5°C olarak ölçülen hastanın her iki omuz ve dirsek eklemlerinde, her iki dizde ve ayak bileğinde artriti

mevcuttu. Kardiyovasküler sistem muayenesinde tüm odalarda 2/6 derece sistolik üfürüm saptandı. Hemogloblin: 12.5 g/dl, lökosit: 9100/mm³, sedimentasyon 57 mm/saat, CRP: 133, ASO: 884 idi. Ekokardiyografi incelemesinde, 1. derece mitral yetersizlik ve 2. derece aort yetersizliği ile romatizmal kardit saptandı. Jones kriterlerine göre 2 majör, 2 minör kriteri sağlayan hasta ARA tanısıyla yatırıldı. Boğaz ve kan kültürlerinde üreme olmayan hastaya, prednizolon (60 mg/gün, iv) ve kristalize penisilin (800000 IU, 2x1, iv) başlandı. Tedavisinin ikinci gününden itibaren yakınmaları gerilemeye başladı ve vücut sıcaklığı normale döndü. Hastaneye yatışının 6. gününde, verilen steroid tedavisi tedricen kesilmek ve bitiminde NSAİ tedavisi başlanmak üzere taburcu edilen hastaya depo penisilin (1200000 IU/ay, im) profilaksisi önerildi.

TARTIŞMA: ARA, erişkinlikte nadir rastlanan, sıklıkla 5–15 yaşları arasında görülen inflammatuar bir hastalıktır. İki olgunun da özgeçmişlerinde ARA öyküsü mevcut değildi. Literatürde bildirilen erişkin ARA olgularının hemen tümünde görülen kardit, bizim iki olgumuzda da mevcuttu. Tedavi edilmemiş veya yetersiz tedavi edilmiş üst solunum yolu enfeksiyonlarında %3 ve geçirilmiş ARA varlığında %50 oranında kapak hastalığı görülür. Bu nedenle enfeksiyon tanısı dikkatlice konulup, tedavisi titizlikle planlanmalıdır.

P133

ETYOLOJİSİ BELİRLENEMEYEN BİR PERİFERİK OTONOM NÖROPATİ OLGUSU

¹Nilüfer Alpay, ²Abdullah Kaplan, ³Halil Yazıcı, ²Yılmaz Nişancı

¹*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı*, ²*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı*, ³*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı*

Periferik otonom nöropati (PON), bir grup hastalığın (Tablo 1) otonom sinir liflerini tutması sonucunda oluşur. Birçok sistemi etkileyebilir ve genellikle ilerleyicidir. Kardiyovasküler sistem etkilendiğinde ortaya çıkan ortostatik hipotansiyon (OH) sık karşılaşılan ve yaşam kalitesini bozan bir sorundur. Bu yazıda OH ve anhidrozis ortaya çıkan, etyolojisi aydınlatılmamış bir PON olgusu sunulmaktadır.

52 yaşında erkek hasta, yedi yıldır ayağa kalkınca olan, oturunca ya da yatınca gerileyen fenalaşma ve baygınlık hissi şikayetleri ile başvurdu. Öz ve soy geçmişi bir özellik olmadığı öğrenildi. Herhangi bir ilaç kullanmıyordu. Fizik muayenesinde solukluk, otururken TA 130/90, NDS: 76/R, ayağa kalktıktan 4 dakika sonra TA 70/40, NDS: 77/R saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde normokrom normositer anemi (Hgb: 12 g/dl), BUN ve kreatinin değerlerinde yükseklik (sırasıyla 24 mg/dl, 1,7 mg/dl) tespit edildi. Ağılık kan şekeri, oral glukoz tolerans testi, Fe, TDBK, ferritin, B12, folat düzeyleri ve tam idrar tahlili normaldi. Üriner USG'de bilateral böbrek boyutlarının azalmış olduğu görüldü. Böbrek yetersizliğinin kronik olduğu düşünüldü. Tilt table testinde bazal TA 130/80, NDS: 73, 700 eğiminde 2. dk'da TA 80/50, NDS: 77 ve presen-kop saptandı. OH, anhidrozisle birlikte PON düşünülerek yapılan elektromiyografi bulgular, ön planda sempatik liflerin etkilendiği PON ile uyumlu bulundu. Amiloidoz açısından yapılan cilt altı yağ dokusu biyopsisinde amiloid fibrilleri görülmedi. ANA, RF, ANCA, Anti-Lo ve anti-La negatif bulundu. Paraneoplastik sendrom olabileceği için yapılan toraks ve batin bilgisayarlı tomografisinde patoloji saptanmadı. Serum tümör belirteçleri negatifti. Böbrek biyopsisi, hastanın rızası olmadığı için yapılamadı. Kronik böbrek yetersizliğinin tekrarlayan hipotansiyon atakları nedeniyle gelişmiş olabileceği, aneminin ise kronik böbrek yetersizliğine bağlı olabileceği düşünüldü. 0, 3 mg/ gün fludrokortizon p.o. ve 3x5 mg/ gün mitodrin p.o. tedavisi başlandı. Yedi yıldır klinik yakınmalarının progresyon göstermeden devam etmesi ve PON'nin etyolojisinin saptanamaması olgumuzun ilginç yönleridir.

Tablo 1*: Periferik otonom nöropati yapan hastalıklar

Diyabet
Amiloidoz
Akut ve subakut otonom nöropati
İmmün ilişkili polinöropati
Paraneoplastik polinöropati
Hereditör otonom nöropati
Toksik nöropati (arsenik vb ağır metal zehirlenmeleri)

*Roy Freeman. Autonomic peripheral neuropathy. Lancet 2005; 365: 1259-70

P134

ANJİOGRAFİK GÖRÜNTÜLERDE A. CORONARIA DEXTRA'NIN DALLARI ARASINDAKİ AÇILARIN İNCELENMESİ

Çiğdem Aydın, Sevgin Samancıoğlu, Niyazi Acer

Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu

Muğla Özel Yücelen Hastanesi'nde yapılan çalışmada 81 hasta üzerinde uygulanan anjiyografi sonunda a. coronaria dextra'nın görüntüleri elde edildi. Görüntüler bilgisayar ortamında philips inturis suite lite programı yardımıyla açıldı, Office programı yardımıyla (power point) görüntü düzenlendi, JPEG dosyası olarak kaydedildi. Daha sonra kaydedilen görüntülerde a. coronaria dextra'nın dalları arasındaki açılar Image J programı yardımıyla ölçüldü.

Ölçümler a. coronaria dextra dallarının anjiyografik görüntülerinde sistol ve diastol olarak iki şekilde yapıldı. Veriler SPSS programı ile değerlendirilerek, p<0.05 değeri anlamlı olarak kabul edildi. Yapılan bu ölçümler hastaların cinsiyetleri, yaşları, beden kitle endeksi, miyokard enfarktüsü hikayesi, sigara kullanma hikayesi, koroner arterlerin dominantlığı, yapılan laboratuvar test sonuçlarına göre LDL, total kolesterol, anjiyografi sonunda verilen karar ile karşılaştırıldı.

R. interventricularis posterior'un çıkış noktasına bağlı olarak sağ ve sol koroner arterler'in dominant oranları saptandı; sağ koroner arter'in dominantlığı %86.4, sol koroner arterin dominantlığı %13.6 olarak bulunmuştur. A.coronaria dextra dallarının sistolde ve diastolde açılırları ölçüldüğünde r.coni arteriosı'nın diastoldeki açısı 75.44±26.9 derece, sistolde 69.74±28.5 derece; r.atrialis'in diastoldeki açılanması 76.10±31.0, sistolde 70.54±27.9 derece; r.interventricularis posterior açısı diastolde 51.35±23.4, sistolde 55.38±21.8 derece olarak tespit edilmiştir. Cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında r. coni arteriosı açılanmasının cinsiyete göre farklılık gösterdiği (p<0.05), diğer dallar arasındaki açılarda ise anlamlı farkın olmadığı tespit edildi.

Bu çalışma ile a. coronaria dextra'nın dallanma açılarının anjiyografik incelemelerde klinik öneme sahip olabileceği ve dikkate alınması gerektiğini düşünmekteyiz.

P135

ANJİOGRAFİK GÖRÜNTÜLERDE A. CORONARIA SINISTRA'NIN DALLARI ARASINDAKİ AÇILARIN İNCELENMESİ

Sevgin Samancıoğlu, Çiğdem Aydın, Niyazi Acer, İlkin Çıtak Karakaya

Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu

Muğla Özel Yücelen Hastanesi'nde yapılan çalışmada 101 (58 erkek, 43 bayan) hasta üzerinde uygulanan anjiyografi sonunda a. coronaria sinistra'nın görüntüleri elde edildi. Görüntüler bilgisayar ortamında philips inturis suite lite programı yardımıyla açıldı, Office programı yardımıyla (power point) görüntü düzenlendi, JPEG dosyası olarak kaydedildi. Daha sonra kaydedilen görüntülerde a. coronaria sinistra'nın dalları arasındaki açılar tespit edildi. Ölçümler a. coronaria sinistra dallarının anjiyografik görüntülerinde sistol ve diastol olarak iki şekilde yapıldı. Veriler SPSS programı ile değerlendirilerek, p<0.05 değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Her vakada sol koroner arter dallarının r.circumflexus ve r.interventricularis anterior'un dalları dikkatlice incelendi. Erkeklerde r.interventricularis ile r. circumflexus arasındaki açılar sistolde 75.49±25.44 derece, diastolde 82.63±24.93 derece, bayanlarda sistolde 59.83 ±19.74, diastolde ise 75.06±27.35 derece olarak bulunmuştur. Sistolde ölçülen açılarda erkeklerde bayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede büyük olduğu tespit edilmiştir (p<0.05).

Bu çalışma ile a. coronaria sinistra'nın dalları arasındaki açılarının anjiyografik incelemelerde klinik öneme sahip olabileceği ve dikkate alınması gerektiğini düşünmekteyiz.

P136

HASHİMOTO, RADYOAKTİF İYOT VE TİROİDEKTOMİ SONRASI HİPOTİROİDİ; KARDİOVASKÜLER RİSK AÇISINDAN FARK VAR MI?

¹Hakan Cinemre, ¹Cemil Bilir, ¹Feyzi Gökosmanoğlu, ²Ramazan Büyükkaya, ³Ömer Necip Aytuğ

¹*Düzce Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı*, ²*Düzce Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı*, ³*Düzce Tıp Fakültesi Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı*

Hipotiroidi, hipotalamo hipofizer veya primer tiroid glandının tutulumuna bağlı olarak tiroid hormon eksikliğiyle karakterize bir hastalıktır. Latent periyodu uzun ve geç dönemde klinik bulgu vererek iyi tolere edilen bu hastalık nadiren akut hipotiroidizm kliniği ile bulgu verir.

Düzce Tıp Fakültesi İç Hastalıkları polikliniğimizde 18 aylık (2005-2007) dönemde başvuran 2865 hastadan toplam 176 (116 klinik, 60 subklinik) hasta ilk defa hipotiroidi tanısı aldı. Hipotiroid hastaları etyolojilerine göre; hashimoto, tiroidektomiye sekonder ve radyoaktif iyot tedavisi sonrası hipotiroidi olarak 3 gruba ayrıldı.

Çalışmaya dahil edilen hastaların hepsinde (116 klinik hipotiroidinin 59'u) Framingham risk skoru 10 yıllık < %5, tansiyon ve tüm lipid profili normal olup vücut kitle indeksleri 25'in altındaydı. Ek bir kardiyovasküler risk anamnezi, diyabet, hipertansiyon veya renal yetmezlik yoktu. Toplam 59 hastadan 32 si (42±12) hashimoto olup 6 erkek ve 26 kadından oluşmaktaydı. 19 hasta (4 erkek, 15 kadın) cerrahi hipotiroidik, yaş 43±9 ve 8 hasta (5 erkek, 3 kadın) radyoaktif iyot tedavisi sonrası hipotiroidikti, yaş ortalamaları da 48±8 di. Aynı şekilde kontrol grubunda 67 kişi (20 erkek, 47 kadın) olup yaş ortalamaları 43±11 di.

Hipotiroidi hastalarının carotis intima medya kalınlığı (IMK) kontrol grubuyla karşılaştırıldığında 0.74 mm'e 0.52 mm saptandı (p<0.0001).

Carotis IMK günümüzde aterosklerozun erken bir göstergesi olması nedeniyle bağımsız kardiyovasküler bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Biz bu bağlamda kardiyovasküler risk faktörleri dışlanan hipotiroidi hastalarında carotis intima medya kalınlığını USG ile ölçtük. Hipotiroidi de carotis IMK arttığını daha önce bir çok çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmalarda genelde hipotiroidi hastalarında tedaviyle carotis IMK'nin gerilediği gösterilmekle beraber hipotiroidi hastalarının subgrup analizleri belirtilmemiş veya sadece hashimoto hastaları çalışmalara alınmıştır. Bizim çalışmamız hipotiroidiye neden olan durumları; hashimoto, tiroidektomi sonrası veya radyoaktif iyot tedavisi sonrası gelişen hipotiroidileri ayrı ayrı değerlendirilerek karşılaştıran ilk çalışmadır. Kardiyovasküler riskleri dışlanmış hipotiroidi hastalarında tiroid otantikoru pozitiflerle negatif olanların IMK'ı karşılaştırıldı. Antikoru pozitif olan grupta IMK 0.74 mm negatif grupta 0.72 mm ölçüldü. Bu değerler arasında istatistiksel olarak bir fark yoktu.

Bilinen veya bilinmeyen tüm kardiyovasküler risk faktörlerinin hepsini dışlamak şu an için mümkün olmasa da literatürdeki bir çok çalışmaya ilaveten framingham skorunda katarak planladığımız çalışmada 2 çarpıcı sonuç elde ettik. Bunlardan birincisi etyolojisinden bağımsız olarak, hipotiroidik olmak kardiyovasküler risk artışına yol açar. İkincisi ise birçok otoimmün hastalıkla birlikte gösteren ve başka sistemlerde de patolojilere yol açan tiroid otoantikorları kardiyovasküler riske hipotiroidinin yol açtığı etki dışında ilave bir risk katmamaktadır.

Tablo .

Hipotiroidi subgrupları	Carotis IMK Min (mm)	C. IMK Max (mm)	C. IMK Ortalama (mm)	P
Hashimoto	0.45	1.14	0.71	0.0001
Cerrahi	0.53	1.02	0.70	0.0001
Radyoaktif tedavi sonrası	0.55	1.36	0.71	0.0001
Kontrol grubu	0.39	0.76	0.52	

P137

SAĞ KORONER SİNÜS ÇIKIŞLI SOL ANA KORONER ARTER ANOMALİSİ

¹Serkan Ordu, ¹Ahmet Kaya, ²Yasemin Kaya, ¹Mehmet Yazıcı, ¹Hakan Özhan

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

GİRİŞ: Kardiyak kateterizasyon yapılan hastaların %0,6 ile %1,5 arasında koroner anomaliye rastlanmaktadır. Sol ana koroner arterin sağ koroner arter ostiumundan çıktığı anomaliye çok nadir rastlanır

(%40, 4 insidansı vardır) . Bazı yazarlara göre koroner anomalisi olan kişilerde obstruktif koroner arter hastalığı normal damarlar göre daha sık rastlanmaktadır. Ancak bizim vakamızda risk faktörleri olması rağmen önemli derecede aterosklerotik değişikliği rastlanmadık.

OLGU SUNUMU: 57 yaşında bayan hasta stabil angina pectoris ve hipertansiyon nedeniyle başvurdu. Yapılan Ekokardiyografisinde hafif bozulmuş sistolik disfonksiyonu bulundu. (EF: %45) . Hastanın koroner anjiyografisinde 3 koroner arterinde sağ koroner sinüsten orijin aldıkları saptandı (şekil) . Ancak koroner arterlerinde önemli derecede aterosklerotik hastalığa rastlanmadı.

TARTIŞMA: Sağ koroner sinüs çıkışı sol ana koroner arter anomalisinde, sol koroner arterin izlediği 4 olası yol vardır: 1-pulmoner trunkun önünden, 2-aortun arkasından, 3-interventriküler septumda sağ ventrikül çıkış traktının hemen aşağısında ve, 4-aort ile pulmoner trunkun arasından. Eğer bunlardan ilk üçü olur ve aynı anda koroner arter hastalığı yoksa ani ölümler oldukça nadirdir. Bununla beraber sol ana koroner arter aort ile pulmoner arter arasında ise %27 oranında ani ölüm gelişmektedir. Bu hastalarda egzersiz ile ortaya çıkan göğüs ağrısı, senkop ve dispne olabilir. Bizim vakamızda da hastada angina pectoris olmasına rağmen önemli bir aterosklerotik koroner arter hastalığı saptamadık. Hastadaki angina pectoris ve sol ventrikül fonksiyonlarının bozulmasının sebebi, koroner anomaliye bağlı miyokard iskemisi olabilir.

P138

MARFAN SENDROMUNDA ORTOSTATİK HİPOTANSİYONA KARŞI MANEVRALAR: İKİ OLGU SUNUMU

¹Ender Hür, ²Gülay Aşçı, ³Arslan Özdemir

¹Banaz Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, ²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, ³Uşak Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

Marfan Sendromu kardiyovasküler, iskelet ve oküler anormalliklerle karakterize bağ dokusu bozukluğu sonucu ortaya çıkan otozomal dominant geçişli bir sendrom olup, 15. kromozomun üzerinde bulunan fibrillin genindeki mutasyon sonucu oluşmaktadır. Aort diseksiyonu ve rüptüre neden olan proksimal aortanın progresif dilatasyonu hastalığın tipik özelliğidir. Bu hastaların çoğunlukla uzun boylu ve astenik vücut yapıda olmaları ve iskelet kas kitlelerinin az olması venöz geri dönüşün aksamasına yol açar. Ayrıca barorefleks fonksiyonunun da azalmasıyla ortostatik intolerans görülür.

OLGU: S.T, 31 yaşında bayan, hastanemiz iç hastalıkları polikliniğine ayağa kalktığında göz kararması, çarpıntı, kilo alamama, halsizlik, bel ağrısı ve ayaklarında ağrı şikayetiyle başvurdu. Fizik bakıda boyu 176 cm, vücut ağırlığı 50 kg ve VKİ 16 kg/m2 idi.

Yatar pozisyonunda arteriyel kan basıncı 120/56 mmHg, nabız 57/dk, ayağa kalktığında ölçülen arteriyel kan basıncı 94/42 mmHg ve nabız 78/dk idi. Kardiyovasküler sistem muayenesinde S1 normal, S2 sert ve erken diastolik üfürüm mevcuttu. Marfan Sendromu iskelet sistemi major tanı kriterlerinden; pektus karinatum, azalmış alt-üst segment oranı, bilek ve baskırmak bulguları, 20 derecenin üzerinde skolyoz, dirseklerde azalmış ekstansiyon, pes planusa neden mediyal malleolün yer değiştirmesi tespit edildi.

Ekokardiyografide, hafif aort yetersizliği (eksantrik), aort kökü dilate, mitral kapak prolapsusu (anterior ve posterior), hafif mitral yetersizliği, hafif triküspid yetersizliği saptandı. Cilt minor bulgularından stria atrofika bulguları izleniyordu. Göz hastalıkları konsültasyonunda göz minör tanı kriterlerinden korneada düzleşme tespit edildi. Aile hikayesi sorgulandığında 11 yaşında ve vücut ağırlığı düşük, boyu normalden uzun, çabuk yorulma ve çarpıntı şikayeti olan bir oğlunun olduğu öğrenildi. Fizik bakısında hastamızda olan Marfan Sendromu sistemik bulgularının hemen aynısını fark ediliyordu. Ekokardiyografi yapıldı, mitral kapak prolapsusu ve yetersizliği, hafif triküspid yetersizliği bulguları ile oğluna da bu sayede tanı konuldu.

SONUÇ: Marfan Sendromunda B-blokerler ile aortik dilatasyondaki progresyon yavaşlatılabilir. Fiziksel ters basınç manevraları bacaklardaki venöz vasküler yatağa baskı yaparak ayakta durma pozisyonunda gölenecek olan kanın, göğüse yer değiştirmesine neden olarak ortostatik intoleransı azaltmaktadır. Ayak ayak üstüne atmak, çömelmek veya ayakları yükseğe uzatmak gibi basit fiziksel ters basınç manevraları kardiyak dolum basıncını ve kardiyak debiyi artırarak sistemik arteriyel basıncı ve serebral perfüzyonu artırır. Hastalarımıza bu manevralar öğretildi bunların önemi vurgulandı. Sonrasında hastalarımızın klinik olarak ortostatik hipotansiyon şikayetleri azaldı. Bu manevralarla Marfan Sendromlularda, hastalarımızda olduğu gibi ortostatik intoleransa bağlı yorgunluk şikayetlerinin azalacağı kanaatindeyiz.



Marfan Sendromu - İskelet Bulguları



Marfan Sendromu - Radyografik Bulgular & Ekokardiyografi

P139

ESANSİYEL HİPERTANSİYONLU HASTALARDA OLMESARTAN MEDOKSOMİL'İN KAN BASINCI VE LİPİD PARAMETRELERİ ÜZERİNE OLAN ETKİSİ

¹Kerem Okutur, ²Cemal Bes

¹Mazıdağı İlçe Hastanesi, İç Hastalıkları Polikliniği, Mardin, ²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Dahiliye Servisi, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmada yeni bir angiotensin reseptör blokleri olan Olmesartan medoksomil' in esansiyel hipertansiyonlu hastalarda kan basıncı üzerine etkinliği ve lipid parametreleri üzerine olan etkisi incelendi.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: JNC VII kriterlerine göre tanısı konmuş, yeni tespit, evre 1 ve 2 esansiyel hipertansiyonu bulunan, yaş ortalaması 54 ± 3.2 olan 20 hasta (11 erkek, 9 kadın) çalışmaya alındı. Hastaların boy ve kiloları ölçülerek kilo (kg) /boy2 (m2) formülü ile BMI' leri saptandı. Tüm hastalarda açlık kan glukozu, üre, kreatinin, AST, ALT, total kolesterol, LDL, HDL, trigliserid, Na, K, tiroid fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki ve tam kan sayımı çalışıldı, EKG ve akciğer grafileri çekildi. İskemik kalp hastalığı, kalp yetersizliği, renal yetersizlik ve eşlik eden sistemik hastalığı (Diabetes mellitus, tiroid hastalığı, vb) bulunan olgular çalışmaya alınmadı. Hastalara günde tek doz olmak üzere 20 mg Olmesartan medoksomil başlandı, ayrıca JNC VII' de belirtilen yaşam tarzı değişikliği ve diet konusunda bilgilendirildiler. Hastaların 8 hafta sonunda kan basınçları kontrol edildi ve lipid parametreleri tekrar çalışıldı.

BULGULAR: Hastaların tedavisi öncesi kan basıncı ve laboratuvar değerleri tablo 1' de görülmektedir. Tedavi ile 8 hafta sonunda ortalama sistolik ve diastolik kan basıncı değerlerindeki düşüş ileri derecede anlamlıydı (sırasıyla p<0.001 ve p<0.01) . Tedavi öncesi ve sonrası lipid parametreleri karşılaştırıldığında total kolesterol ve LDL değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü (p<0.05) , trigliserid ve HDL düzeylerinde ise anlamlı değişim saptanmadı.

SONUÇ: 20 mg/gün Olmesartan medoksomil ile kan basıncında görülen düşüşün yanında LDL ve total kolesterol düzeylerinde gözlenen azalma bu yeni antihipertansif ajanın lipid metabolizması üzerinde olumlu etkileri bulunabileceğini düşündürmektedir. Literatürde Olmesartan' ın lipid metabolizması, glukoz homeostazisi ve insülin direnci gibi süreçler üzerine olan etkisiyle ilgili yayın bulunmadığından bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo .

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	%değişim	p
Sistolik kan basıncı (mmHg)	168.0 ± 12.7	144.2 ± 14.5	-14.1	<0.001
Diastolik kan basıncı (mmHg)	102.3 ± 9.5	89.6 ± 9.4	-12.4	<0.01
Total kolesterol (mg/dl)	226.9 ± 36.4	198.5 ± 37.5	-12.5	<0.05
LDL (mg/dl)	145.8 ± 24.5	121.6 ± 23.5	-16.5	<0.05
HDL (mg/dl)	44.2 ± 12.3	45.7 ± 10.4	+3.0	>0.05
Trigliserid (mg/dl)	176.4 ± 68.2	154.6 ± 44.1	-12.3	>0.05
VLDL (mg/dl)	34.5 ± 13.3	30.1 ± 9.2	-12.7	>0.05

P140

HİPERTANSİF VE ARİTMİK OBEZ HASTALARDA SİBUTRAMİNİN KAN BASINCI VE RİTM ÜZERİNE ETKİSİ

Zerrin Yiğit, İnci Fıratlı, Serdar Küçükoğlu, Okay Abacı, Deniz Güzelsoy

İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü, Kardiyoloji Anabilim Dalı

Obez hastalarda sibutramin iştah azalması ve metabolizmayı hızlandırarak günde 350 kal fazla enerji harcanması sağlayarak diyet ve egzersiz ile birlikte zayıflamayı kolaylaştırmak amacıyla kullanılan bir ilaçtır. Metabolizmayı arttırması nedeniyle kalp hızı ve kan basıncının yükselmesine sebep olabilir, bu nedenle hipertansif ve aritmik hastalarda kullanılması konusunda şüpheye yol açar. Çalışmamızın amacı kontrollü hipertansiyonu ve ventriküler aritmisi olan obez hastalarda sibutraminin kan basıncı ve ritm üzerindeki etkilerini araştırmaktır.

Çalışmaya İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Obezite polikliniğine başvuran hipertansiyonu ve aritmisi olan 40 hasta (24 kadın, 16 erkek, yaş ortalaması 55, 4 ± 9.2, vücut kitle indeksi (VKİ) ortalama 36.2 ± 3.4 kg/m2) alındı. Hastalara fizik muayene ve biyokimya tetkikleri ile birlikte kan basıncı ve ritm holterleri yapıldı. Tüm hastalara 1200 kalorilik diyet ve egzersiz programı ile birlikte sibutramin 10 mg/gün başlandı. Tedavinin başlangıcından 3 ay sonra biyokimya tetkikleri ile birlikte kan basıncı ve ritm holterleri tekrarlandı.

Hastaların tedavisi öncesi ortalama sistolik kan basınçları (SKB) gündüz en yüksek 159.9 ± 24.9 mmHg, en düşük 101.4 ± 16.1 mmHg (ortalama 123.3 ± 11.8 mmHg) ve gece 159.2 ± 27.2 mmHg, en düşük 103.7 ± 16.4 (ortalama 125.3 ± 12.2 mmHg) ; diastolik kan basınçları (DKB) gündüz en yüksek 106.6 ± 17.8 mmHg, en düşük 57.4 ± 12.2 mmHg (ortalama 75.3 ± 7.9 mmHg) ve gece en yüksek 108.0 ± 19.1 mmHg, en düşük 57.0 ± 13.3 mmHg (ortalama 76.8 ± 7.5 mmHg) idi. Üç aylık obezite tedavisi sonunda hastalar ortalama 6.9 ± 4.2 kg kaybettiler. Yapılan kan basıncı holterinde ortalama SKB gündüz en yüksek 162.0 ± 22.7 mmHg, en düşük 96.7 ± 14.6 mmHg (ortalama 129.3 ± 17.0 mmHg) ve gece 144.0 ± 21.9 mmHg, en düşük 104.0 ± 17.7 (ortalama 124.0 ± 15.8 mmHg) ; DKB gündüz en yüksek 101.8 ± 18.9 mmHg, en düşük 53.8 ± 12.9 mmHg (ortalama 77.8 ± 15.1 mmHg) ve gece en yüksek 85.7 ± 7.9 mmHg, en düşük 55.0 ± 9.8 mmHg (ortalama 70.3 ± 7.2 mmHg) bulundu.İki ölçüm arasında gece maksimum DKB tedavisi sonrasında başlangıca göre anlamlı olarak düşük bulundu (p=0.034) . Bu diyetle gece 19.00'dan sonra yemekten kaçınma önerisi ile ilişkilili olabilir. Diğer ölçümler arasında anlamlı fark bulunmadı.

Tedavi öncesi yapılan ritm holterinde ortalama maksimum kalp hızı (KH) 123.9 ± 13.8 /dk, minimum KH 56.7 ± 8.5 /dk (ortalama 78.9 ± 11.4 /dk) iken tedavi sonrası sırasıyla 127.4 ± 19.7 /dk, 56.5 ± 4.7 /dk (ortalama 78.5 ± 9.8 /dk) oldu. Başlangıçta saatte ortalama 27.4 ± 81.7 ventriküler erken atım (VEA) ve 9.8 ± 26.8 supraventriküler erken atım (SVEA) gözlenirken tedavi sonrasında sırasıyla 1.6 ± 2.9 ve 4.9 ± 7.7 olarak sayıldı. VEA sayısında istatistik olarak anlamlı azalma saptanırken SVEA sayısında anlamlı fark bulunmadı.

Sonuç olarak kontrollü hipertansiyonu olan ve yüksek riskli aritmisi olmayan hastalarda sibutramin obezite tedavisinde kullanılabilir.

P141

BİR OLGU NEDENİYLE DRESSLER SENDROMU

Gürhan Şişman, Osman Özdoğan, Mustafa Duran, Nurcan Özbaşı, Esmâ Gül Altunoğlu

Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. İç Hastalıkları Kliniği

Kardiyak travma sonrası yapılan primer kardiyak tamir operasyonundan sonra kardiyak tamponadla seyreden dressler sendromu olgusu sunduk.

Ellibeş yaşındaki erkek hasta nefes darlığı, göğüs ağrısı ve ateş yakınmaları ile başvurdu. Olgunun ateş yakınması son üç gündür vardı ve 39 dereceye kadar yükseldiğini ifade ediyordu. Göğüs ağrısı son iki gündür vardı orta şiddette ve hasta düz yatınca artan, oturunca azalan özellikteydi. Bu şikayetlerine son iki gündür şiddeti artan ve hastanın düz yatmasına engel olan nefes darlığı eklenmişti. Olgunun özgeçmişinde iki ay önce kesici aletle olan kardiyak travma nedeni ile sağ koroner vende yaralanma sonucu yapılmış olan primer kardiyak tamir operasyonu dışında özellik yoktu. Fizik muayenede sistolik kan basıncı 90mmHg, diastolik kan basıncı 60mmHg. Pulsus paradoksus bulgusu vardı. Kalp tepe atımı dakikada 115 idi, kalp sesleri derinden geliyordu ve perikardiyal frotmanı vardı. Göğüs ön duvarında yaklaşık 20 cm transvers insizyon skarı mevcuttu. Juguler ven inspeksiyonuyla santral venöz basınç artmıştı. Solunum sayısı dakikada 23, sol akciğer 1/3 bazalde solunum sesleri azalmış ve perküsyonla matite vardı. Koltuk altından ölçülen vücut ısı 38.5 idi. Olgunun periferik kan sayımında lökosit sayısı 13100/mm³ (lenfosit %10, nötrofil %90), hematokrit 32, trombosit sayısı 664000/mm³, saatlik sedimentasyon hızı 75mm/h, serum sero-reaktif protein düzeyi 6.4mg/dl idi. Biyokimyasal incelemede serum LDH 334 IU/L idi, bunun dışında anormallik yoktu. Olgunun elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi ve voltaj düşüklüğü; akciğer grafisinde ise kardiyomegali ve solda kostofrenik sinüsü kapatan plevral effüzyon vardı. Transtorasik ekokardiyografide; sağ ventrikül hizasında 2.4 cm, ve sol ventrikül hizasında 4.2cm ölçülen masif perikardiyal effüzyon vardı. Olguya perikardiyal tamponad tanısıyla yapılan perikardiyosentezle 800ml hemorajik görünümde sıvı aspire edildi. Perikard sıvısında lökosit sayısı 100/mm³ (%80 lenfosit, %20 nötrofil), protein seviyesi 4.9g/dl ve LDH seviyesi 495IU/L'di. Sıvının sitolojik ve mikrobiyolojik incelemesinde patoloji bulunmadı. Olguya bu bulgularla dressler sendromu tanısı konularak indometazin 75mg günde iki kez verildi. Tedavinin ikinci haftasının sonunda; saatlik sedimentasyon hızı 40mm/h ve trombosit sayısında 333.000'e geriledi. Serum sero-reaktif protein düzeyi 1.4 mg/dl'e düştü. Akciğer grafisinde kardiyomegali düzelmiş ve plevral effüzyonu gerilemişti. Kontrol amaçlı yapılan transtorasik ekokardiyografisinde perikard boşluğunda sıvı saptanmayan olgu şifa ile taburcu edildi.

Dressler sendromu yaygın bir durum olmamasına rağmen, myokard enfarktüsü geçiren yada koroner by pass operasyonu olan özellikle ikinci haftada sonra bile devam eden yorgunluk ve sıkıntı hissi olan olgularda akıld tutmak gerekir. Literatür bilgilerini taradığımızda kardiyak travma sonrası yapılan primer kardiyak travma operasyonundan sonra kardiyak tamponadla seyreden dressler sendromu olgusuna rastlamadık.

P142

HİPERTANSİF OBEZ VE NON OBEZ HASTALARIN SERUM SENSİTİF C-REAKTİF PROTEİN VE HOMOSİSTEİN DÜZEYLERİ

¹Sena Ulu, ¹A. Emre Yıldırım, ¹Ş. Sanem Akçayöz, ¹Selma Alagöz, ²M. Fatih Alpdemir, ¹Z. Abidin Öztürk, ¹Nazlı Kırnap, ¹Yaşar Acar, ¹Berrin Demirbaşı, ¹Gül Gürsoy

¹S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. iç Hastalıkları Kliniği, ²S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya Kliniği

GİRİŞ: Bu çalışmada hipertansif hastaların vücut kitle indeksi (VKİ) ile serum sensitif C-reaktif protein (hsCRP) ve homosistein arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya JNC 7 kriterlerine göre evre 1 ve 2 hipertansiyon tanısı alan 84 kadın hasta alındı. Olguların demografik verileri, beden kitle indeksleri, bel kalça oranları, impedansmetre ile vücut yağ yüzdeleri, arteriyel kan basıncı ölçümleri kaydedildi. Hastaların açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri, lipid paneli, serum hsCRP ve homosistein düzeyleri tayin edildi. Hastalar VKİ'ne göre 3 gruba ayrıldı. VKİ ≤ 25 kg/m² olan hastalar 1. grubu (obez olmayan), 25-30 kg/m² olanlar 2. grubu (kilolu) ve ≥ 30 kg/m² olanlar ise 3 grubu (obez) oluşturuldu.

BULGULAR: Birinci grup 13, 2. grup 28 ve 3. grup 43 hipertansif hastadan oluşmaktaydı. Her üç grubun yaşları benzer bulundu. VKİ'ne göre ayrılan hipertansif gruplar serum hsCRP ve homosistein düzeyleri açısından karşılaştırıldılar. Birinci grup ile 2. grubun serum hsCRP düzeyleri benzer bulunurken; serum homosistein düzeyi 2. grupta istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (sırasıyla 12.03 ± 4.71 vs. 19.23 ± 7.97 mmol/L, $p < 0.01$). Birinci grup ile 3. grubun verileri karşılaştırıldığında, 3. grubun serum hsCRP ve homosistein düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (sırasıyla 0.59 ± 0.38 vs. 1.02 ± 0.71 mg/L, $p < 0.05$; 12.03 ± 4.71 vs. 15.62 ± 5.79 mmol/L, $p < 0.05$). İkinci grup ile 3. grup hsCRP ve homosistein düzeyleri açısından benzer bulundu.

SONUÇ: Çalışmamızda obez ve kilolu hipertansif hastaların serum hsCRP ve homosistein düzeyleri obez olmayan hipertansif hastalardan yüksek bulunmuştur. Hipertansif hastalarda kilo kontrolü ile günümüzde subklinik inflamasyon engellenerek kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü olarak değerlendirilen serum hsCRP ve homosistein düzeylerinin normal düzeylerine çekilebileceği düşüncesindeyiz.

P143

YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİĞİNİN PREHİPERTANSİF BİREYLERİN RİSK PROFİLİ ÜZERİNE ETKİSİ

¹Yasemin Kaya, ²Ahmet Kaya, ²Serkan Bulur, ²Serkan Ordu, ¹Elif Önder, ¹Hakan Cinemre, ²Hakan Özhan, ²Mehmet Yazıcı

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

AMAÇ: Kan basıncının 115/75 mmHg'dan itibaren kardiyovasküler risk artışı taşıdığı bilinmektedir. Bu çalışmada Prehipertansif bireylerde (sistolik kan basınçları [SKB] 120–139, diastolik kan basınçları [DKB] 80–89 olan) kardiyovasküler risk parametreleri üzerine yaşam tarzı değişikliğinin katkısı araştırıldı.

METOD: Prehipertansif 18 (13 erkek, 5 kadın, ortalama yaş 33) ve normotansif 13 (6 erkek, 7 kadın, ortalama yaş 29) birey çalışmaya alındı. Bireylerin fizik muayene (boy, kilo, bel çevresi, vücut kitle indeksi, sistolik ve diastolik kan basınçları) biyokimyasal (kolesterol, açlık kan şekeri, glomerüler filtrasyon hızı [GFR; MDRF formülü ile], glukoz toleransı [OGTT ile], açlık insülin, insülin direnci [HOMA formülü ile], bnp, hscrp, homosistein), ekokardiyografik (sistolik ve diastolik fonksiyon ve doku Doppler parametreleri) karşılaştırıldı. Bireylere maksimum kalp hızlarının %70'ine ulaşacak şekilde günlük 45 dakikalık egzersiz ve ayda 1, 5 kilo vermelerini sağlayacak şekilde diyetisyen kontrolünde modifiye DASH (Dietary approach to stop hypertension) diyeti önerildi. Başlangıçtaki parametreler 6 ay sonra tekrarlandı.

BULGULAR: 6 ayın sonunda her iki grubun kilo, bel çevresi ve vücut kitle indekslerinde anlamlı azalma saptandı. Kontrol grubundan farklı olarak Prehipertansif bireylerde kan basıncı, ldl kolesterol, insülin, insülin direnci, homosistein değerlerinde de anlamlı azalma ve GFR değerinde anlamlı artma saptandı. (Tablo)

SONUÇ: Yaşam tarzı değişikliği Prehipertansif bireylerde kardiyometabolik risk profili üzerine olumlu etki sağlamaktadır.

Tablo .

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	P değeri
Kilo (Kg)	91±14	86±14	<0,001
Bel çevresi (cm)	98±7	96±7	0,002
LDL (mg/dl)	131±40	109±18	0,030
İnsülin (µU/ml)	13±6	11±5	0,004
HOMA	3,2±1,7	2,6±1,5	0,031
GFR (ml/dk)	87±11	100±13	0,001
HS (µmol/l)	17±6	12±4	0,011
DD varlığı	6	2	0,125

P144

PREHİPERTANSİYONLU KİŞİLERDE KLİNİK VE KARDİOVASKÜLER RİSK PROFİLİ

¹Yasemin Kaya, ²Ahmet Kaya, ²Serkan Bulur, ²Serkan Ordu, ¹Elif Önder, ¹Hakan Cinemre, ²Hakan Özhan, ²Mehmet Yazıcı

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

AMAÇ: Kan basıncının 115 / 75 mmHg'dan itibaren kardiyovasküler risk artışı taşıdığı bilinmektedir. Ancak 140 / 90 mmHg öncesi yeterli bilgi mevcut değildir. Bu çalışmada prehipertansiyonlu (sistolik kan basınçları 120-139, diastolik kan basınçları 80-89 olan) kişilerde klinik ve kardiyovasküler risk profili araştırılması amaçlandı.

METOD: Prehipertansif 18 (13 erkek, 5 kadın, ortalama yaş 33) ve normotansif 13 (6 erkek, 7 kadın, ortalama yaş 29) birey çalışmaya alındı. Bireylerin fizik muayene (boy, kilo, bel çevresi, vücut kitle indeksi, sistolik ve diastolik kan basınçları) biyokimyasal (kolesterol, açlık kan şekeri, glomerüler filtrasyon hızı [GFR; MDRF formülü ile], glukoz toleransı [OGTT ile], açlık insülin, insülin direnci [HOMA formülü ile], bnp, hscrp, homosistein), ekokardiyografik (sistolik, diastolik fonksiyon ve doku Doppler) parametreleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Prehipertansif gruptaki bireylerin kan basıncı, kilo, OGTT değerleri ile diastolik disfonksiyon sıklığı normotansif bireylerden anlamlı oranda yüksekti (Tablo). Ortalama GFR değerleri ise anlamlı olarak daha düşüktü. Diğer klinik, biyokimyasal ve ekokardiyografik parametreler açısından istatistiksel fark saptanmadı.

SONUÇ: Prehipertansif bireylerde kilo alımı, glukoz tolerans bozukluğu, GFR hızında azalma ve diastolik disfonksiyon sıklığı anlamlı olarak artmaktadır.

Tablo .

	Pre-HT (n: 18)	Kontrol (n: 13)	P değeri
SKB (mmHg)	130±5	107±10	0,01
DKB (mmHg)	85±4	69±5	0,01
GFR (ml/dk)	87±11	107±17	0,01
OGTT (g/dl)	96±21	76±16	0,09
Kilo (Kg)	91±14	77±18	0,02
DD varlığı	6	0	0,01

P145**ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA SAĞ KALP DİYASTOLİK FONKSİYONLARI**

¹Selma Yazıcı, ²Serkan Bulur, ³Serkan Ordu, ⁴Elif Önder, ⁵Hakan Özhan, ⁶Safnaz Ataoğlu, ⁷Mehmet Yazıcı

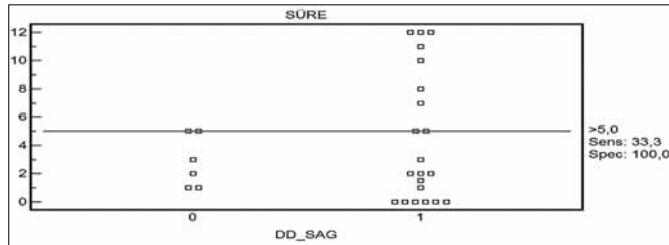
¹Düzce Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ³Düzce Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, Düzce

AMAÇ: Romatoid Artrit'in (RA) miyokardiyal hasara neden olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmamızda sağ kalp hastalığı olmayan RA'lı hastaların sağ ventrikül diyastolik fonksiyonlarını doku Doppler görüntüleme (TDI) ve standart Doppler ekokardiyografik yöntemler ile incelenmeyi ve sağ ventrikül diyastolik disfonksiyonların hastalık süreci ile ilişkisini saptamayı amaçladık.

METOD: Çalışmaya yaş ortalamaları benzer olan RA'lı toplam 30 (25 kadın, 5 erkek) hasta ve 18 (10 erkek, 8 kadın) sağlıklı kontrol grubu alındı. Hastalık süresi ortalama 4±4 yıl idi. Bütün hastalar ve kontrol grubu standart Doppler ekokardiyografik yöntemler ve TDI ile değerlendirildi.

BULGULAR: RA'lı hastalar kontrol grubu ile karşılaştırıldığında sağ ventrikül erken diyastolik akım hızı (E) (0, 53±0, 09'e karşı 0, 63±0, 10 m/s; p: 0, 003), E/A oranı (1, 0±0, 2'e karşı 1, 3±0, 2; p: <0, 001), sağ ventrikül lateral anulus doku dopler E' dalgası (13±3'e karşı 17±3 cm/s; p: 0, 01), E'/A' (0, 8±0, 3'e karşı 1, 3±0, 3p: <0, 001) anlamlı olarak daha düşük, A' dalgası (16±3'e karşı 13±2 cm/s; p: 0, 02) anlamlı olarak daha yüksekti. ROC analizinde beş yıllık kestirim değeri sağ ventrikül diyastolik disfonksiyonu gelişimini %36 duyarlılık ve %100 özgüllük ile tahmin ettirdi. (Şekil 1)

SONUÇ: RA'lı hastalarda değişen düzeyde sağ ventrikül diyastolik fonksiyon bozukluğuna rastlanmakta bu bozulma beş yıldan sonra kaçınılmaz hale gelmektedir.



Şekil 1. Sağ ventrikül diyastolik disfonksiyonların hastalık süreci ile ilişkisi (DD_SAG: Sağ ventrikül diyastolik disfonksiyonu varlığı).

P146**KLİNİĞİMİZDE PERKUTAN KORONER GİRİŞİM SIRASINDA R-STENT TAKILAN HASTALARIN TAKİP SONUÇLARI**

¹Serkan Bulur, ²Ahmet Kaya, ³Serkan Ordu, ⁴Enver Sinan Albayrak, ⁵Hakan Özhan, ⁶Mehmet Yazıcı

Düzce Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Düzce

AMAÇ: Kliniğimizde perkutan koroner girişim (PKG) yapılarak R-stent evolution 2 (Orbus, Fort Lauderdale, FL, USA) takılan hastaların takip sonuçlarını incelemek.

METOD: Ocak 2006-Mart 2007 tarihleri arasında kliniğimizde PKG sırasında R-stent takılan hastalar retrospektif olarak incelendi. Ortalama takip süresi 8, 8±4, 5 ay idi. İşlem öncesi ve sonrası kantitatif lezyon değerlendirilmesi yapıldı. (AETMED S.P.a., Italy)

BULGULAR: Ortalama yaşları 59±11 olan 40 (10 kadın, 30 erkek) hastaya R-stent implante edildiği saptandı. Hastalara işlemden önce 600 mg oral klopidoğrel yüklemesi yapıldı. İşlem sırasında 100 Ü/kg İ.V. heparin yapıldı. Stent implantasyonu uygun teknik ve ekipman kullanılarak ortalama 8-16 atm basınç ile yapıldı. Hastaların üçü primer PKG, 37'si ise elektif PKG idi. 15 hasta işlem sırasında tirofiban infüzyonu aldı. İşlem öncesi ve sonrası lezyon özellikleri tabloda verilen hastaların ortalama hasta damar sayısı 1, 65±0, 7, akut kazanç 2, 33±0, 3 mm, ortalama stent uzunluğu 17, 7±5, 5 mm idi. İşlem başarı oranı %100 idi. 13 hasta (%32, 5) diabetik, beş hasta (%12, 5) daha önceden miyokard infarktüsü (MI) geçirmişti. Hastaların ortalama ejeksiyon fraksiyonu 54, 4±8, 8 idi. Bir hastada işlem sonrası no reflow, bir hastada da MI gelişti. Her iki hasta da takiplerinde hayatta idi. Takip süresince üç hasta (%7, 5) ikisi ani ölüm, biri mide kanseri komplikasyonu ile) exitus oldu. Bir hastanın MI geçirdiği, bir hastaya başka bir merkezde PKG yapıldığı saptandı. Hiçbir hastada inme gelişmedi. Takip süresince 8 hastada göğüs ağrısı gelişti. Bu hastalardan beşi kontrol anjiyografi yaptırmayı kabul etti. Bu hastalardan birinde restenoz saptandı (İnstant diffüz %40 darlık). Anjiyografik restenoz oranı %20 olarak saptandı. Kalan 27 hastanın hiçbirinde semptom ve major olumsuz kardiyovasküler olay saptanmadı. Olaysız yaşam oranı %87, 5, semptomsuz yaşam oranı %67, 7 idi.

SONUÇ: Yeni jenerasyon çıplak metal stentlerden R-stent, sonuçları açısından başarılı olup seçilmiş hasta gruplarında tercih edilebilir.

Tablo .

	İşlem öncesi	İşlem sonrası
Referans lümen çapı (mm)	2, 85±0, 36	2, 90±0, 4
Minimum lümen çapı (mm)	0, 52±0, 84	2, 80±0, 3
Darlık yüzdesi (%)	82±15	0

P147**SUBLİNGUAL NİTRATLA DÜZELEN KORONER ARTERDE YAYGIN VASOSPAZM**

¹Serkan Bulur, ²Serkan Ordu, ³Ahmet Kaya, ⁴Betül Erer, ⁵Enver Sinan Albayrak, ⁶Hakan Özhan, ⁷Mehmet Yazıcı

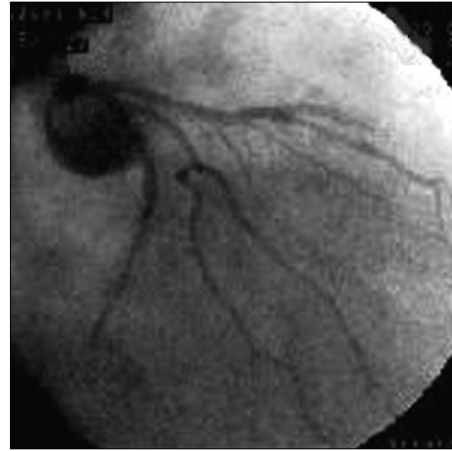
¹Düzce Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Düzce, ²Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahi Merkezi, İstanbul

GİRİŞ: Koroner arter spazmı normal veya anormal koroner arterde sahip hastalarda miyokardial infarktüs ve variant angina ile ilişkilidir. Tedavisinde nitralar, kalsiyum kanal blokerleri ve atropin kullanılabilir.

AMAÇ: Biz bu olguyu katater laboratuvarında nadir görülen ve bazen yaşamı kısıtlayan sonuçlara ulaşabilen bir durum olduğu için sunmayı amaçladık.

OLGU: 30 paket/yıl sigara içme öyküsü olan 49 yaşında erkek hasta kontrolsüz hipertansiyon nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hasta tansiyon düzenlenmesi ve sekonder hipertansiyon araştırılmak amacıyla servismize yatırıldı. Yapılan doppler incelemede renal arter stenoza ile uyumlu rapor gelmesi üzerine hastaya Renal ve koroner anjiyografi planlandı. Katater anjiyografi sırasında sol sistem görüntülenirken hastada göğüs ağrısı bradikardi (45 atım/dakika) ve terleme meydana geldi. Ekranda sol koroner sistemde yaygın vasospazm olduğu gözlemlendi. Hastaya Sublingual 5 mg Isosorbid dinitrat verildi. Hastanın ekranda koroner vasospazmı çözüldü ve bradikardisi düzeldi.

SONUÇ: Katater laboratuvarında meydana gelen yaygın koroner vazospazmın tedavisinde sublingual nitrat ta bir diğer tedavi seçeneğidir.



Resim 1. Yaygın vazospazm.



Resim 2. Sublingual nitrat sonrası.

P148**AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ (FMF) VE AKUT KORONER SENDROM**

¹Serkan Ordu, ²Serkan Bulur, ³Mesut Aydın, ⁴Uğur Korkmaz, ⁵Mehmet Yazıcı, ⁶Hakan Özhan

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

GİRİŞ: Ailesel akdeniz ateşi (FMF) otozomal resesif bir hastalık olup, periyodik ataklar halinde gelen ateş, peritonit, plevrit ve artrit gibi seröz zarları tutmasıyla karakterize otoinflamatuvar bir hastalıktır. FMF'li hastalar atak esnasında akut koroner sendrom ile prezente olabirler. FMF'li kişilerin benzer risk faktörlerini taşıyan normal bireylere göre iskemik kalp hastalığı gelişme oranları daha yüksektir.

OLGU: 40 yaşında 12 yıldır FMF tanısıyla düzenli olarak kolşisin kullanan erkek hasta, 2 saatlik baskı ve yanma tarzında göğüs ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Hasta EKG'sinde V1-3'te R kaybı ve ST elevasyonu mevcuttu. Hastanın ağrısı geçmişti. Takip esnasında tekrar ağrısı olan hastanın EKG'sinde V4-6 T negatifliği oluştu. Hastada FMF dışında bilinen koroner arter hastalığı risk faktörü yoktu. Hastanın laboratuvar değerlerinde hs CRP: 10, 2 mg/dl, Sed: 56, CK: 366 ve CK-MB: 70 olarak yüksek saptandı. Koroner

anjyografi yapılan hastanın LAD ve Cx proksimalinde %80 kritik darlık saptandı. Her iki damara aynı seansta stent implantasyonu ile tedavi edildi. Hastanın takibinde göğüs ağrısı olmadı.

TARTIŞMA: İnflamasyon ateroskleroz başlangıcı ve progresyonunda, iskemik kalp hastalığının ortaya çıkışında önemli bir nedendir. Son çalışmalarda hs CRP seviyesi normal bireylerde gelecekteki miyokard enfarktüsü ve iskemik stroke belirteci olarak kullanılmaktadır. FMF olan hastalarda kronik inflamasyona maruz kalarak erken koroner arter hastalığı gelişme riski taşımaktadırlar. FMF'li hastalarda hem inflamasyonu baskılamak, hem de atakların gelişimini önlemek için kolşisin tedavisi kullanılmaktadır. Yapılan bir çalışmada kolşisin tedavisi alan FMF'li hastaların, aynı risk faktörlerini taşıyan farklı kronik hastalığa sahip bireylere göre koroner arter hastalığı oluşma riski daha düşük bulunmuştur. Bunun sonucunda kolşisin antiinflamatuar etkisi ile ateroskleroz gelişimini azalttığını söyleyebiliriz. Ancak FMF'li hastaların %10'luk bir bölümü tedaviye cevap vermezken, %30'luk bir bölümü ise kısmi olarak cevap verir. Bu tür hastalarda semptomsuz dönemlerde dahi inflamasyon devam ettiği için iskemik kalp hastalığı açısından daha yüksek riske sahiptirler. Olgumuzda da FMF tanısı geç konulduğu için tedaviye tam yanıt alınmadığı ve erken koroner arter hastalığı geliştiği sonucuna vardık.

Bilindiği üzere erken dönem ateroskleroza belirlemek için kullanılan girişimsel olmayan tarama testleri arasında karotis intima media kalınlığı ve hs CRP yer almaktadır. Bu olgudan hareketle FMF hastalarının takibinde inflammatuar belirteçler rutin olarak bakılmalı ve özellikle hs CRP'si yüksek seyreden hastalarda aterosklerotik kalp hastalığı araştırılmalıdır. Bu tür hastalarda kolşisin tedavisine ek olarak daha güçlü antiinflamatuar tedavi yanında mutlaka KAH risk faktörleri tedavi edilmelidir. Ayrıca ataklar sırasında akut koroner sendrom gelişme ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır.

P149

AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARDA ERKEN DÖNEMDE TEDAVİYE EKLENEN FLUVASTATİN İLE FLUVASTATİN EZETİMİB KOMBİNASYONUNUN LİPİD PARAMETRELERİ VE CRP DÜZEYİNE ETKİSİ

¹Emel Zeybek Taştan, ¹Mehmet Ali Çıkrıkçıoğlu, ²İsmet Beycan, ¹Mustafa Çakırca, ¹İlker Jordan, ¹Tülin Kurt, ¹Ramazan Benli, ¹Neslihan Kurtulmuş, ¹Tufan Tükek

¹Bezmi-alem Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği, ²Bezmi-alem Vakıf Gureba Hastanesi Mikrobiyoloji Kliniği

Akut Koroner sendrom (ACS) patogenezinde plak stabilizasyonunun bozulması önemli yer tutmaktadır. Plak stabilizasyonunun bozulmasında inflamasyon önemli rol oynamaktadır. Son yıllarda, statinlerin lipid değerlerini düşürücü etkilerinden bağımsız olarak inflamasyonu azaltıcıları bildirilmiştir. Çalışmamızın amacı, ACS li hastalarda lipid değerlerine bakılmaksızın uygulanan fluvastatin tedavisinin erken ve geç dönemde lipid değerleri ve CRP düzeyine etkisini araştırmak, tedaviye eklenen ezetimibin ilave faydası olup olmadığını incelemektir.

METOD: Çalışmaya statin tedavisi almayan 98 akut koroner sendromlu hasta alındı. Rastgele yöntemle bir gruba fluvastatin 80mg (53 hasta, K/E: 10/43, ort yaş: 54.3±9.7), diğer gruba fluvastatin 80 mg ± Ezetimib 10 mg (45 hasta, K/E: 9/36 ort yaş 54.8± 9.6) tedavisi başlandı. Hastalara başlangıçta, 1. haftada ve 6. haftada CRP, başlangıçta, 6. ve 12. haftada ise lipid parametreleri bakıldı.

BULGULAR: Başlangıçta iki grupta, lipid değerleri ve CRP düzeyleri benzerdi. Takipte total kolesterol ve LDL kolesterol değerleri her iki grupta anlamlı olarak azaldı. Fluvastatin grubunda (6. haftada; 209 ± 48 vs 177 ± 54 mg, p<0.001, 12. haftada; 209 ± 48 vs 167 ± 40 mg, p<0.001), Kombinasyon grubunda (6. haftada; 219 ± 37 vs 173 ± 47, p<0.001, 12. haftada; 219 ± 37 vs 163 ± 40mg, p<0.001). LDL- kolesterol için: Fluvastatin grubunda 6. hafta; 142 ± 40 vs 109 ± 46, p<0.001, 12. hafta; 142 ± 40 vs 100 ± 36, p<0.001. Kombinasyon grubunda 6. haftada 146 ± 32 vs 97 ± 34 mg, p<0.001, 12. hafta; 146 ± 32 vs 89 ± 32mg, p<0.001). CRP değerleri 1. haftada her iki grupta artarken, 6. haftada sadece kombinasyon grubunda anlamlı olarak azaldı. (Fluvastatin 1. hafta 1.68 ± 2.24 vs 3.27 ± 2.97, p: 0.04, 6. hafta 1.68 ± 2.24 vs 1.06 ± 1.24, p: AD, kombinasyon grubu 1. hafta 2.6 ± 4.2 vs 2.96 ± 3.27, p: AD, 6. hafta; 2.6 ± 4.2 vs 0.81 ± 0.72, p<0.001).

SONUÇ: Akut koroner sendromlu hastalarda lipid değerlerine bakılmaksızın uygulanan fluvastatin tedavisi ile lipid değerlerinde anlamlı, CRP düzeyinde ise anlamlı olmayan azalma saptandı. Ezetimib ile birlikte kullanıldığında ise, hem lipid hem de CRP düzeylerinde daha fazla ve anlamlı azalma olduğu tespit edilmiştir.

P150

ATRIAL FİBRİLASYONLU WOLF PARKINSON WHITE SENDROMU OLGUSU

¹Serkan Bulur, ²Betül Erer, ¹Serkan Ordu, ²Abdurrahman Eksik, ¹Ahmet Kaya, ¹Hakan Özhan, ¹Mehmet Yazıcı

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Düzce, ²Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: WPW sendromunun toplumdaki oranı yaklaşık %0, 3'tür. WPW sendromunda atrial ileti AV nod haricinde bir aksesuar yolak aracılığıyla ventrikülleri direkt uyandırır. Öncesinde çarpıntı, yüksek kalp hızı veya senkop olan genç bir hasta bu tanı için bir ipucudur.

OLGU SUNUMU: 33 yaşında erkek hastada çarpıntı ve göğüs ağrısı şikayeti ile başvurduğu kardiyoloji kliniğine çekilen elektrokardiyografide ventriküler taşikardi atağı saptanmış. Sonrasında hasta da ventriküler fibrilasyon gelişmesi üzerine hasta defibrile edilmiş ve ileri tetkik amacıyla hastanemize sevk edilmiş. Hastanemizde çekilen EKG'de atrial fibrilasyon saptandı (Resim 1). Hastanın tam kan sayımı, biyokimya değerleri ve tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda saptandı. Ekokardiyografi normal sınırlardaydı. Yapılan koroner anjiyografi de normaldi. Koroner anjiyografi sonrası çekilen EKG de non-sustained ventriküler taşikardi saptanması üzerine hastaya amiodaron infüzyonu başlandı. Amiodaron infüzyonu sonrası hastanın ritmi sinüs ritmine döndü. Bu EKG'de delta dalgaları görüldü. Bunun üzerine hastaya WPW sendromu tanısı konuldu (Resim 2). EKG atrioventriküler aksesuar yol olarak posteroseptal yolağı destekliyordu. Hasta katater ablasyon amacıyla ileri bir merkeze gönderildi. Katater ablasyon sonrası çekilen EKG'de delta dalgası görülüyordu ve hastanın ritmi normal sinüs ritmiydi (Resim 3). Takiplerde hastanın herhangi bir şikayeti olmadı.

SONUÇ: Geniş kompleksli taşikardi ile acil servise başvuran hastalarda WPW'lı AF akılda tutulması gereken bir tanidir. Öncesinde çarpıntı, yüksek kalp hızı veya senkop olan genç bir hasta bu tanı için bir ipucudur. Elektrokardiyografik olarak düzensiz ritim, kalp hızının >200 atım/dakika, delta dalgası ve geniş bizzarre QRS kompleksi tanıyı destekler. Hasta anstabilize elektriki kardiyoversiyon, eğer hasta stabilse farmakolojik kardiyoversiyon uygulanabilir.



Resim 1. Normal sinus ritmi.



Resim 2. Sinus ritmi, delta dalgası.

P151

İKİ KEZ MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ BİR OLGUDA BİFİD RCA'YA BAĞLI İLGİNÇ KOLLATERAL GELİŞİMİ

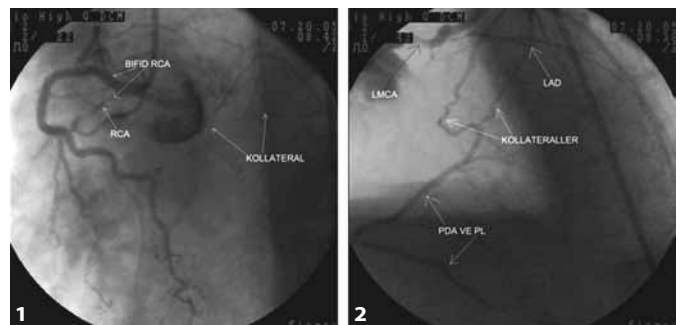
Serkan Bulur, Enver Sinan Albayrak, Ahmet Kaya, Serkan Ordu, Hakan Özhan, Mehmet Yazıcı

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Düzce

60 yaşında erkek hasta son üç aydır eforla gelen ve dinlenmekle geçen göğüs ağrısı yakınması ile başvurdu. Öyküsünden hastanın 1995 ve 1998 yıllarında iki kez miyokard enfarktüsü geçirdiği, bölge devlet hastanesinde yatıldığı ve sonrasında ilaç tedavisi ile taburcu edildiği öğrenildi. Trombolitik tedavi uygulanmadığı öğrenilemedi. Fizik muayenesinde arteryel kan basıncı 120/80 mmHg idi. Dinlemekle 2/6 sistolik apikal üfürüm mevcuttu. EKG'de V1-4 QS formasyonu ve V5-6 T negatifliği mevcuttu. Transtoraksik ekokardiyografisinde ejeksiyon fraksiyonu %40 olarak saptandı. Sol ventrikül anterior ve septal duvarları hipokinetik, apeks anevrizmatik olarak saptandı. Aynı zamanda apekte trombus ile uyumlu kitle gözlemlendi.

Hastaya koroner anatomisini değerlendirilmek üzere selektif koroner anjiyografi yapıldı. Sol ana koronerde %70 darlık yapan ekzantrik diskret lezyon mevcuttu. Sol ön inen (LAD) arter başından tıkalı idi. Sirkümfleks (CX) arter retrograd olarak rentrop evre 3 kollaterallerle posterior desendan arter (PDA) ve posterolateral (PL) arterleri dolduruyordu (Şekil 1). Hastada bifid (çift) sağ koroner arter (RCA) mevcuttu. PDA ve PL'yi veren dominant RCA başından tıkalı idi. Non-dominant RCA ise rentrop evre 1-2 kollaterallerle retrograd geç olarak LAD arteri dolduruyordu (Şekil 2). Hasta bu bulgularla cerrahiye verildi.

Total veya totale yakın koroner oklüzyon sonrası miyokardiyal perfüzyon epikardiyal koroner arterler arasındaki kollateraller vasıtasıyla sağlanır. Koroner darlığın derecesi koroner kollaterallerin gelişmesinin en önemli belirleyicisidir. Kollateraller koroner darlık derecesi en az %70 olana kadar gelişmez. Ateroskleroza neden olan risk faktörlerine benzer faktörler kollateral gelişimini sınırlandırabilirler. Örneğin diabetes mellitus koroner arter hastalığında kollateral gelişimini bozar. ST elevasyonlu miyokard enfarktüsünden 1-2 hafta sonra kollaterallerin görülme sıklığı çok değişimle beraber, infarktten sorumlu arter total tıkalı ise kollaterale görülme sıklığı %75-100 gibi yüksek, infarktten sorumlu arterde totale yakın darlık varsa %17-42 gibi düşük olabilir.



Şekil 1, 2. Kollateraller

P152

SESSİZ SEYREDEN İDYOPATİK MEGAKAVA OLGUSU

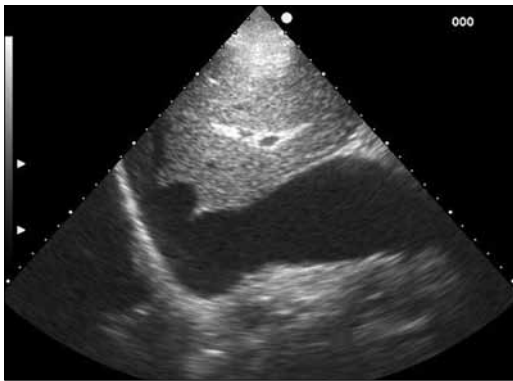
¹Serkan Bulur, ²Ramazan Büyükkaya, ¹Ahmet Kaya, ¹Serkan Ordu, ³Yasemin Kaya, ¹Hakan Özhan, ²Beşir Erdoğan, ¹Mehmet Yazıcı

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

46 yaşında erkek hastada üriner sistem şikayeti nedeniyle istenen üriner ultrasonda, rastlantısal olarak sağ böbrek süperomedialinde hipoeoik, en geniş yerinde 60 mm çapa ulaşan, düzgün sınırlı, lineer uzanım gösteren lezyon izlendi. (Resim 1) Renkli doppler ultrasonografi ile bakıldığında renk dolununun venöz akım olduğu ve takip edildiğinde hepatik venlerle devamlılık gösterdiği saptandı. Bu yapının vena cava inferior olduğu düşünüldü. Yapılan ekokardiyografide lezyonun sağ atriuma devamlılık gösterdiği teyit edildi. Bakılan kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografide vena cava inferiorun renal ven alt düzeyine kadar dilate olduğu ve en geniş yerinde çapın 60 mm ye ulaştığı görüldü. (Resim 2)

Normal bireylerde ortalama vena cava inferior 24 mm'dir ve çapı 28 mm ve üstü çapa sahip vena cava inferior megacava olarak adlandırılmaktadır. En sık sebepleri kardiyak (triküspit yetersizliği, cor pulmonale, konstriktif perikardit), vaskülitler, konnektif doku hastalıkları ve travma (aorta-kaval fistül) dir. Hastamızın hikayesinde herhangi bir özellik yoktu. Travmaya ait anamnez alınmadı. Romatid faktör, C-reaktif protein, sedimentasyon, kan biyokimyası ve tam kan sayımı normal sınırlarda idi. Bu klinik ve laboratuvar bulguları göz önüne alındığında hastada konjenital vena cava inferior genişliği düşünüldü.

Bizim vakamız literatürde gösterilen en geniş çaplı asemptomatik vena cava inferior olgusudur. Hasta asemptomatik olduğu için, komplikasyonlar açısından uyarıldı ve takip altına alındı.



Resim 1. vena cav inferior'un ultrasonografik görüntüsü.



Resim 2. vena cava'nın tomografideki görünümü.

P153

TİP 2 DİYABET MEVCUT KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARINDA P DALGA DİSPERSİYONUNUN ÖNEMİ

¹Nuri Karadurmuş, ²Cengiz Öztürk, ³Cantürk Taşçı, ¹Satılmış İnal, ¹İbrahim Ertugrul, ³Şenol Bal

¹Eskişehir Asker Hastanesi Dahiliye Kliniği, ²Eskişehir Asker Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, ³Eskişehir Asker Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Eskişehir

AMAÇ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOAH) supraventriküler aritmilerin sık olduğu bilinmektedir. Tip 2 diyabetli (DM) hastalardaki en önemli morbidite ve mortalite nedeni ise kardiyovasküler hastalıklardır. KOAH'lı hastaların tanısı ve hastalığın evresini belirlemede kullanılan spirometrik inceleme ile ekokardiyografik değerlendirme ve sağ inen pulmoner arter çapı ölçümünün, bir aritmi belirtici olan P dalga dispersiyonu ve P maksimum, P minimum ile olan ilişkilerini, diyabetik olan ve olmayan KOAH'lılarda incelemek amacıyla bu çalışmayı yaptık

MATERYAL VE METOD: Göğüs hastalıkları ve Dahiliye polikliniklerine stabil dönemde başvuran tip 2 DM'li mevcut KOAH'lı hasta (n=9) ile diyabetik olmayan KOAH'lı hastalar (n=8) ve 16 sağlıklı birey (kontrol grubu) oluşturuldu. Geçirilmiş miyokard infarktüsü ve aritmisi olanlar, KOAH alevlenmesi halinde olanlar, ayrıca antiaritmik ilaçlar kullananlar çalışma dışı bırakıldı. Bronkodilatör (Beta-2 mimetik vb.) kullananların ilaçları, çalışmaya başlamadan 72 saat önce durduruldu. Tüm hastalarımızın stabil dönemdeki solunum fonksiyon testleri GOLD-2006 kriterlerine göre gruplandırıldı. DM olan ve olmayan tüm KOAH'lı hastalar Grup2 (FEV1 %80-50 arasındakiler) olarak belirlendi. P dalga dispersiyonu, 12 derivasyonlu bir EKG'de maksimum p dalgası ile minimum p dalgası arasındaki fark ile bulunur ve interatrial ve intraatrial

iletideki uzamayı, atriumlar arası homojen iletinin bozulmasını ve p dalga morfolojisindeki değişkenliği ifade eder. Biz de çalışmamızda KOAH'lı hastaların spirometrik değerleri ile sağ inen pulmoner arter çapı (SİPA), P maks., P min. ve P dalga dispersiyonu ve ekokardiyografik bulgularıyla ilişkisini araştırdık.

BULGULAR: Sağlıklı kontrol olgularına (n=16) göre KOAH'lı hasta gruplarında (n=17) spirometrik parametrelerin P maks., P min. ve P dalga dispersiyonu ile anlamlı korelasyonu mevcut iken, DM olan ve olmayan KOAH'lı hastaların karşılaştırılmasında diyabetik hasta grubunda P maks., P min. ve P dalga dispersiyonu daha yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlam ifade edemekteydi.

SONUÇ: KOAH'ın sistemik inflammatuar bir hastalık olduğu ve sistemik etkilerinin olduğuna ilişkin çeşitli görüşler vardır. KOAH'taki sistemik inflamasyondan sigara içimi, iskelet kas sistemi, kemik iliği ve doku hipoksisinin sorumlu olduğu şeklinde bulgular edinilmiştir. Tip 2 DM gibi sistemik inflamasyonun belirgin olduğu hastalardaki KOAH mevcudiyetinin, kardiyovasküler komplikasyon riskini artırdığı düşünülebilir. Diyabetik KOAH'lı hastalardaki supraventriküler aritmilerin öngörülmesinde ve survisinin tahmin edilmesinde kullanılan noninvazif yöntemlerin, birbirleriyle karşılaştırılarak değerlendirilmesinin, klinisyene bu hastalığa daha etkin yaklaşmayı sağlayacağı düşüncesindeyiz. Çalışmamızın sonucundaki verilere göre; KOAH'lılarda sık görülen bir aritmi türü olan p dalga dispersiyonuna diyabetin ekstra bir risk yaratmadığı fikrini düşünülebilir

Tablo .

Parametreler	KOAH VE TİP 2 DM'Lİ HASTA (n=9)	KOAH (n=8)	KONTROL (n=16)	p değeri
Yaş	60, 3 ± 4, 6	63, 0 ± 2, 3	57 ± 9, 6	Anlamlı değil (AD)
Sigara (paket/yıl)	43 ± 14, 1	41 ± 13, 0	18 ± 4, 6	AD
Sağ inen pulmoner arter çapı (SİPA)	19, 3 ± 3, 5	17, 1 ± 2, 4	13 ± 2, 6	AD
P dispersiyonu (msn)	73, 1 ± 12, 7	71, 8 ± 14, 2	33 ± 16, 5	AD
P max (msn)	122, 7 ± 20, 4	120, 7 ± 14, 1	61 ± 17, 4	AD
P min (msn)	50, 4 ± 8, 6	47, 4 ± 6, 6	28 ± 8, 3	0, 005
FEV1	59, 7 ± 7, 7	58, 7 ± 9, 7	92 ± 16, 3	AD
FVC	81, 4 ± 2, 06	79, 2 ± 1, 01	88, 4 ± 13, 5	AD
FEV1/FVC	61, 1 ± 5, 8	59, 1 ± 3, 6	91, 2 ± 8, 4	AD
FEF 25-75	45, 6 ± 11, 8	51, 9 ± 01, 7	79, 3 ± 9, 6	0, 004
PAB (mmHg)	35, 7 ± 4, 4	31, 7 ± 6, 4	14, 6 ± 5, 3	0, 01
Sol Atriyum çapı (LA) çapı (mm)	38, 30 ± 2, 15	30, 31 ± 3, 65	31, 3 ± 3, 57	p<0, 001
Ejeksiyon Fraksiyon (%)	59, 6 ± 3, 4	61, 6 ± 5, 5	64, 3 ± 4, 1	AD

P154

İLERİ KONJESTİF KALP YETERSİZLİKLİ HASTALARDA KARVEDİLOLÜN SOL VENTRİKÜL FONKSİYONLARI VE ARITMI ÜZERİNE ETKİSİ

Bülent Canbaz, Mehmet Ali Çıkrıkçıoğlu, Tülin Kurt, Osman Kara, Akif Nuri Doğan, Mehmet Hürşitoğlu, Tufan Tükek

Bezmi-alem Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği

AMAÇ: İleri evre kalp yetersizliği olan hastalarda sempatik sistemde artışa bağlı aritmi ve ani ölüm sık görülmektedir. Çalışmamızın amacı ileri evre kalp yetersizliği olan hastalarda tedaviye eklenen karvedilolün sol ventrikül fonksiyonları ve aritmi gelişimi üzerine olan etkisini incelemektir.

YÖNTEM: Çalışmaya sinüs ritminde ileri evre kalp yetersizliği olan, beta bloker kullanmayan 31 hasta (Yaş ort 60 ± 10 yıl K/E: 11/20) alındı. Hastalara ekokardiyografi, 24 saatlik ritm Holter ve HRV, sinyal ortalamalı EKG analizi yapıldıktan sonra, almakta oldukları tedaviye ilaveten (diüretik ve ACE inhibitörü) karvedilol 2x 3.125 başlandı. Karvedilol tolere edebildikleri üst sınıra çıkılan hastalara 12. haftada ve 24. haftada aynı tetkikler tekrarlandı.

BULGULAR: On ikinci ve 24. haftanın sonunda sol ventrikül sistolik fonksiyonlarında belirgin düzelme saptandı (EF %30.1 ± 6.3 vs 33.8 ± 6.8, p=0.005, Tei index: 0.50 ± 0.21 vs 0.40 ± 0.15, p=0.006, 24. haftada EF %30.1 ± 6.3 vs 33.7 ± 6.6, p: 0.01, Tei index: 0.50 ± 0.21 vs 0.41 ± 0.19, p: 0.03) . Holterde 8 hastada tespit edilen VT dahil kompleks aritmi, 12. haftada 5 hastada saptandı. Sinyal ortalamalı EKG de 10 hastada saptanan geç potansiyel pozitifliği 12. haftada 8, 24. haftada 7 hastada gözlemlendi. Total QRS de anlamlı azalma olduğu tespit edildi (120.6 ± 28.8 vs 116.3 ± 24.3, p=0.03) . HRV parametrelerinden SDNN (12. haftada, 64.2±30.3 vs 89.5 ± 36.2, p<0.001, 24. haftada; 64.2±30.3 vs 93.5±37, p<0.001) ve SDANN da hem 12. haftada hem de 24. haftada anlamlı artma gözlemlendi (16.1±8.3 vs 22.8 ± 16.5, p: 0.02, 24. haftada; 16.1±8.3 vs 20.6 ± 8.8, p: 0.03) .

SONUÇ: İleri evre kalp yetersizliği olan hastalarda tedaviye eklenen karvedilol, sol ventrikül sistolik fonksiyonlarında düzelmeye neden olmaktadır. Ani ölüme neden olan kompleks aritmi sıklığını, geç potansiyel pozitifliğini azaltmakta ve HRV parametrelerini düzeltmektedir.

P155

HİPERTANSİF BİREYLERDE OBEZİTENİN ETKİLERİ

Fatma Paksoy, Emel Banu Elmacı, Özlem Kınık Akgün, Didem Gökçen Gürbüz, Adile Çakır, Fatih Borlu

Şişli Etal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Obesite insan vücudunda adipositlerde depolanan doğal enerji rezervlerinin ciddi risk oluşturan düzeyde artması ve sonuçta ölüm oranlarının kaçınılmaz olarak yükselmesi ile karakterize tüm

dünyada yaygın bir hastalıktır. Hipertansif hastaların yaklaşık %50'si obezdir ve obez hastalardaki hipertansiyon sıklığı normal popülasyona göre 2 kat daha fazladır.

AMAÇ: Hipertansif hastalarda obezitenin klinik ve laboratuvar etkilerini araştırmak amaçlandı.

MATERYAL VE METOD: Polikliniğimizde hipertansiyon tanısı ile takip edilen 730 hasta çalışmaya alınarak vücut kütle indeksi (BMI) değerlerine üç gruba ayrıldı. BMI = vücut ağırlığı (kg) / boy² (m)² formülü ile hesaplandı. WHO tarafından belirlenmiş sınıflamaya göre BMI: 18.5-24.9 kg/m² (normal kilolu) ve BMI: 25-29.9 kg/m² (fazla kilolu) hastalar 1.grup, BMI: 30-39.9 kg/m² (obez) hastalar 2.grup, BMI≥40 kg/m² (aşırı obez) hastalar da 3.grup olarak kabul edildi. Açlık kan şekeri ≥126 g/dl ve/veya bilinen diyabetes mellitus tanısı olanlar çalışma dışı bırakıldı.

BULGULAR: 1. grupta 79 hasta (%10.8), 2. grupta 219 hasta (%30) ve 3. grupta 432 hasta (%59.2) mevcuttu. Hastaların %29,6'sı erkek (n=216), %70,4'ü kadın (n=514) idi. Ortalama yaşları 53,45±8,86, BMI değerleri 44,05±11,52 kg/m², bel çevreleri 101,45±8,95 cm, kan basıncı değerleri 152,80±22,11 / 93,70±12,40 mm Hg, glikoz değerleri 102,24±10,95 g/dl, HDL kolesterol değerleri 46,12±11,28 g/dl ve trigliserid değerleri 162,83±70,17 g/dl olarak saptandı. Gruplar cinsiyet ve yaş açısından birbirine benzerdi (p>0,05). Hastaların BMI değeri arttıkça bel çevrelerinin de anlamlı olarak arttığı görüldü (p<0,001). Sistolik kan basıncı değerleri arasında her üç grupta da anlamlı farklılık gözlenmezken (p>0,05); BMI değeri arttıkça diastolik kan basıncının anlamlı olarak yükseldiği tespit edildi (p=0,02). Glikoz ve trigliserid değerleri her üç grupta da benzer seviyelerde saptanmasına karşın (p>0,05); BMI değeri arttıkça HDL kolesterol değerlerinin anlamlı olarak azaldığı tespit edildi. (p=0,01)

TARTIŞMA: Obez hastalardaki hipertansiyonun nedeninin kalp debisi ve dolaşan kan volümünde artış, vasküler kontraksiyonda artış ve relaksasyonda azalma, aşırı tuz alımı ile nörohumoral faktörler olduğu ileri sürülmektedir. Framingham Kalp Çalışması'ndan elde edilen risk tahminleri, erkeklerde hipertansiyonun %78'inin, kadınlarda ise %65'inin doğrudan obezite ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda da bu oran erkeklerde %90,2 ve kadınlarda %89,3 olarak bulundu. Yine American Obesity Association tarafından desteklenen bir çalışmada obez bireylerin yaşam sürelerinde 13 yıla kadar azalmalar olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, hipertansiyona çoğu kez obezite de eşlik etmektedir ve hipertansiyona bağlı mortalite ve morbiditenin önlenmesi için, obezite ile de ciddi bir şekilde mücadele edilmelidir.

P156

DEKOMPANSE SOL KALP YETERSİZLİKLİ HASTALARDA UYGULANAN LEVOSİMANDANIN ANİ ÖLÜM VE ARİTMİ GELİŞİMİ ÜZERİNE ETKİSİ

Havva Sezer, İlker Jordan, Öykü Aksoy, Mehmet Ali Çıkrıkçıoğlu, Deniz Yılmaz, Tülin Kurt, Tufan Tükek

Bezmî-alem Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği

İleri evre kalp yetersizliği olan hastalarda inotrop ajan kullanımı sırasında görülen ani ölüm tedaviyi olumsuz yönde etkilemektedir. Son zamanlarda pozitif inotrop olarak kullanılan kalsiyum duyarlaştırıcı ajan olan levosimendanın ani ölüm üzerine daha az etkisi olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızın amacı evre 4 kalp yetersizliği olan hastalarda uygulanan levosimendanın, kalp hızı değişkenlik analizi ve sinyal ortalamalı EKG kullanarak ani ölüm ve aritmi gelişimi üzerine etkilerini araştırmaktır.

METOD: Çalışmaya sinüs ritminde evre 4 kalp yetersizliği olan 21 hasta alındı (K/E: 6/15 ort: yaş 58 ± 10). Hastalara başlangıçta ekokardiografi, 12 derivasyon EKG analizi, 24 saatlik ritm holteri, kalp hızı değişkenlik analizi, sinyal ortalamalı EKG ile geç potansiyel analizi yapıldı. 24 saatlik perfüzyon ile levosimendan uygulandıktan sonra 1. gün ve 28. günlerde aynı tetkikler tekrarlandı.

BULGULAR: Tedavi ve takip sırasında hiç bir hasta kaybedilmedi. Başlangıçta 4 hastada geç potansiyel pozitif iken, levosimendan uygulamasının 1. gününde 6 hastada pozitif olarak saptandı (p: 0.4). İlacın etkisinin azaldığı 28. günde yine 4 hastada geç potansiyel pozitif bulundu. Başlangıçta 2 hastada var olan kısa süreli AF atağı, 1. günde yine 2 hastada, 28. günde 1 hastada saptandı. Kısa süreli VT atağı başlangıç holterinde 5 hastada saptanırken, 1. günde 11 hastada (p: 0.05), 28. günde 7 hastada saptandı (p>0.05). Kalp hızı değişkenlik analizi yapıldığında 1. ve 28. günde parametreler arasında anlamlı bir değişiklik saptanmadı (Tablo 1).

SONUÇ: İleri evre kalp yetersizliği olan hastalarda inotrop ajan olarak kullanılan levosimendan, kalp hızı değişkenlik analizinde anlamlı değişikliğe neden olmamaktadır. Ritm holter tetkikinde VT atağı sıklığında hafif bir artma var gibi görünse de, geç potansiyel pozitifliği gibi ciddi disritmiye neden olabilecek bozukluklarda artışa neden olmamaktadır.

Tablo 1.

	Başlangıç	1. gün	28. gün	P değeri
SDNN	55.7 ± 19.7	50.8±17.5	72.6 ± 40.2	p>0.05
SDANN	13.2 ± 5.4	12.4 ± 7.9	16.5 ± 7.1	p>0.05
pNN50	6.7 ± 10.4	5.2 ± 7.7	5.9 ± 8.6	p>0.05
RMSSD	35.2 ± 24.8	27±23.2	35.7±22.5	p>0.05

P157

DEKOMPANSE SOL KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA UYGULANAN LEVOSİMANDANIN SOL VENTRİKÜL FONKSİYONLARI VE BEYİN NATRİÜRETİK PEPTİD DÜZEYİNE ETKİSİ

Havva Sezer, Mahmut Şansal, Akif Nuri Doğan, Mehmet Ali Çıkrıkçıoğlu, Celaleddin Peru, Tülin Kurt, Tufan Tükek

Bezmî-alem Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği

Dekompense kalp yetersizliği olan hastalarda inotrop ajanlar tedavide önemli yer tutmaktadır. Ancak günümüzde hem etkili hem de yan etki insidansı düşük ideal bir pozitif inotrop ajan bulunmamaktadır. Son zamanlarda myokard kasının kalsiyuma duyarlılığını artırarak etkili olan levosimendan akut sol kalp

yetersizliğinin tedavisinde kullanılmaktadır. Çalışmamızın amacı, ileri evre sol kalp yetersizliği olan hastalarda levosimendanın etkinliğini ölçmek ve etkinlik süresini belirlemektir.

METOD: Çalışmaya sinüs ritminde evre 4 kalp yetersizliği olan 21 hasta alındı (K/E: 6/15 ort: yaş 58 ± 10). Hastalara başlangıçta kan alınarak beyin natriüretik peptid (BNP) bakıldı. Ekokardiografi yapılarak klasik ölçümlere ilave olarak myokard performans parametresi olan Tei indeksi hesaplandı. Yirmi dört saatlik perfüzyon ile levosimendan uygulandıktan sonra 1. gün, 15. gün ve 28. günlerde aynı tetkikler tekrarlandı.

BULGULAR: Levosimendan uygulandıktan hemen sonra BNP düzeyinde anlamlı azalma meydana geldi. Ancak 15. günde bir miktar artan BNP, 28. günde başlangıç seviyesine yaklaştı (Tablo 1). Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu 1. günde anlamlı olarak artarken, 15. günde ve 28. günde bir miktar azalmış, ancak sınırda anlamlı olarak kalmıştır. Yeni tanımlanan myokard performans indeksi olan Tei hesaplandığında, yine 1. günde anlamlı azalma meydana geldiği, 15 ve 28. günlerde anlamlı kaybolduğu görüldü (Tablo 1).

SONUÇ: Levosimendan uygulandıktan sonra ilk 24 saat içerisinde faydalı etkisi ortaya çıkan inotrop ajandır. Hızlı sol ventrikül performansını arttırmakta, BNP'yi düşürmektedir. Akut dönemde saptanan bu faydalı etki, 15. günde azalmakta, 28. günde ise başlangıç seviyesine dönmektedir.

Tablo 1.

	Başlangıç	1. gün	15. gün	28. gün	P değeri
BNP	1617±1277*	883±852*	910±535	1406±1361	*0.001
EF %	25.6±5.1*	30.6±7.8*	29.8±6.7	29.6±5.9	*0.001
Tei indeksi	0.51±0.20*	0.40±0.21*	0.44±0.21	0.50±0.19	*0.03

P158

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI POLİKİNİĞİ'NE BAŞVURAN ESANSİYEL HİPERTANSİYONLU HASTALARDA MİKROALBÜMİNÜRİ PREVALANSI VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

¹Ümmügül Üyetürk, ²Çiğdem Usul Afşar, ¹Fatma Sakıncı

¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Mikroalbüminüri üriner albümin atılımının hafif düzeyde (20-200µg/dk) yükselmesidir. Endotel fonksiyonunun bozulduğuna gösterdiğinden dolayı sistemik vasküler hasarın belirleyicisi, kardiyovasküler hastalık ve klinik nefropatinin habercisidir. Mortalite riskinde artış gösterir. Bu yüzden sadece diabetes mellituslu hastalarda değil esansiyel hipertansiyonlu hastalarda da klinik önemi büyüktür. Esansiyel hipertansiyonlu hastalarda mikroalbüminüri prevalansı değişik çalışmalarda %10-40 arasında bulunmuştur.

OLGU: Çalışmamızda Ocak 2007-Mayıs 2007 tarihleri arasında hastanemiz dahiliye polikliniğine başvuran 229 böbrek fonksiyonları normal olan esansiyel hipertansiyonlu hastada mikroalbüminüri prevalansı ve bunu etkileyen faktörler araştırıldı. Bu hastaların 28 tanesinde (%12) mikroalbüminüri tespit edildi. Hastaların 162'si (%73) bayan, 67'si (%27) erkekti. Bayanların 20'sinde (%12), erkeklerin 8'inde (%11) mikroalbüminüri tespit edildi. Hastaların yaşları 33-77 yaş arasındaydı. (Ortancası 53 yaş) Hastaların 92 tanesi 50 yaşın altındaydı. Bunların 13'ünde (%36) mikroalbüminüri tespit edildi. Hipertansiyon tanı alma süresi 1ay-300ay arasındaydı. (Ortancası 60 ay) Hipertansiyon tanı alma süresi 12 ayın altında olan 65 hastanın 8'inde (%22) mikroalbüminüri mevcuttu. Hastaların albümin değerleri 3.5g/dl-5.7g/dl arasındaydı. (Ortancası 4.5g/dl) Albumin değeri 4.5g/dl altında olan 99 hasta mevcuttu. Bunlardan 20 tanesinde (%56) mikroalbüminüri tespit edildi. Bu hastalardan arteriyel kan basıncı en fazla 120/80 mmHg kadar yükselen yani tansiyon arteriyeli regüle olan 28 kişi mevcuttu. Bunlardan hiçbirinde mikroalbüminüri tespit edilmedi.

SONUÇ: Bu çalışmada cinsiyetin, yaşı ve hipertansiyon süresinin mikroalbüminüri üzerinde olumlu veya olumsuz etkisi olmadığı ama tansiyon arteriyelin regüle olmasının mikroalbüminüri üzerinde olumlu etkisi olduğu sonucuna varıldı. Albümin düzeyi düştükçe mikroalbüminüri daha sık görülmekteydi. Esansiyel hipertansiyonlu hastalarda mikroalbüminüri diabetes mellituslu hastalarda olduğu gibi düzenli olarak bakılması, tespit edilirse tedaviye ve takiplere daha fazla önem verilerek tansiyon arteriyelin regüle edilmesine özellikle önem verilmelidir. Çalışmamızda 229 hastanın sadece 28 tanesinde tansiyon arteriyelin regüle bulunması bu konuya daha fazla önem verilmesi gerektiğini de göstermektedir.

P159

ENDEMİK GUATR BÖLGESİNDE HİPERTİROİDİ SIKLIĞI VE REMİSYON SÜRELERİ

Hakan Cinemre, Cemil Bilir, Feyzi Gökosmanoğlu

Düzce Tıp Fakültesi

AMAÇ: Hipertiroidizm artmış serbest T3, T4 ve baskılanmış serum TSH düzeyleriyle karakterize olup insidansı coğrafik değişiklikler göstermektedir. Batı toplumlarında aşikar hipertiroidizm %1,5-2,5, subklinik hipertiroidizm ise %1-12 arasında değişir. Sıklıkları yaşla beraber artmaktadır. Tedaviyle tiroid hormonlarının ve TSH düzeyinin normale gelmesi remisyona, tekrar hipertiroidiye geçiş ise relaps olarak tanımlanmaktadır. Biz çalışmamızda guatr için endemik bir bölge olan Düzce ilinde, DTF dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda hipertiroidi sıklığı ve bu hastaların remisyona giriş sürelerini inceledik.

YÖNTEM: 2003 ve 2006 yılları arasında DTF. İç Hastalıkları polikliniğine başvuran toplam 2633 hasta retrospektif olarak hipertiroidi açısından tarandı. Serum TSH düzeyi 0.27 ile 4.3 uIU/mL arasında normal, serbest T3 ve T4 ise sırasıyla 2.8 ve 7.1 pmol/L, 11.6 ve 22 pmol/L aralarında normal kabul edildi

SONUÇ: Polikliniğimize gelen tüm hastalar incelendiğinde hipertiroidi sıklığı %6,45 olup toplam 170 hastada tespit edildi. Hipertiroidik hastaların %71 (121) i kadın, %29 (49) u erkek idi. Subklinik hipertiroidi sıklığı %3.03 (80), aşikar hipertiroidizm ise %3.42 (90) hastada tespit edildi. Tedaviye propiltiuracil 150mg /gün doza başlanarak maksimum 600mg /gün e çıktı. İlaç tedavisi ile Tiroid hormonları ve TSH

değerleri normal değerlere gelen hastalar remisyona girmiş kabul edildi. Tüm hipertiroidik hastalar için ortalama remisyon süresimiz 15.5 ay gibi uzun bir dönemdir.

TARTIŞMA: Hipertiroidizm tedavisinde antitiroid ilaçlar, radyoaktif iyot ve cerrahi tedavi kullanılmaktadır. Tedavi seçimi hekim ve hastanın tercihine göre değişebilmekle beraber Amerika Birleşik Devletlerinde %70 oranında ilk tercih radyoaktif iyot, Avrupa'da ise %22 oranında bu tedavi seçilmektedir. Bizim ülkemize ait net veriler bulunmamakla beraber en sık kullanılan yöntem antitiroid ilaç tedavisidir. Ülkemizde metimazol ve propiltiuracil bulunmaktadır. İlaç tedavisi 12 ay maksimum 18 aya kadar verilmeli. Bu süre içerisinde remisyona girmeyen hastalara radyoaktif iyot ve cerrahi tedavilerden uygun olanına yönlendirilmelidir. Remisyona giriş süresi tartışmalı bir konu olup bir çok faktör sorumlu tutulmaktadır. Araştırmalar daha çok relaps hipertiroidileri üzerine yoğunlaşsa da hipertiroidik bir hastanın tedavi ile ne zaman remisyona gireceğini gösteren net veriler henüz yoktur. Hem remisyon hem de relaps lehine olan parametreler tiroid boyutu, sigara kullanımı, T3/T4 oranı, tec 99 uptake oranı, TSH reseptör antikor pozitifliği, tiroid blokan immunglobulin pozitifliği, IgE yüksekliği, sitotoksik T-hücre ilişkili molekül-4 (CTLA-4) pozitifliği literatüre girmiş ve halen çalışılmakta olan faktörlerdir.

SONUÇ: Biz bunlara ilave olarak remisyona giriş süresindeki gecikmenin iyot eksikliği açısından endemik bölgelerde yapılan iyot replasman çalışmaları sonucunda artmış iyot alımının ve guatr boyutlarının da katkısı olabileceğini belirtmek istiyoruz

P160

HOFFMANN SENDROMU; OLGU SUNUMU

Hakan Cinemre, Feyzi Gökosmanoğlu, Cemil Bilir, Mustafa Çalışkan

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Hipotiroidizm, tiroid hormon eksikliğinin neden olduğu ve hormon eksikliğinin derecesi ve süresine bağlı olarak asemptomatik hastalıktan, miksödem komasına kadar çok değişik bir spektrumda izlenebilen klinik bir sendromdur. Hipotiroidiye bağlı miyopati; özellikle proksimal ekstremiteler tutulur, kaslarda hafif atrofi daha ön planda olmak üzere çok nadir olarak hipertrofiye görülebilir ve hipotiroidiye bağlı miyopatiye yaygın kas hipertrofinin görülmesine erişkinlerde "Hoffman Sendromu" denir.

Olgumuz 25 yaşında erkek hasta halsizlik, yorgunluk, kol ve bacaklarda ağrı, kramplar, kol-bacak çevresinde genişleme yakınması ile dahiliye polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede cilt kuru, soluk, yüzde ve göz kapaklarında şişlik, refleksler yavaş ve refleks zamanında uzama olduğu gözlemlendi. Laboratuvar bulguları; Beyaz küre: 7.350 mm3, PNL: %50, Lenfosit: %33.3, Monosit: %11, Eozinofil: %5.2, Bazofil: %0.5, RBC: 4.900.000 mm3, Htc: 43.2, MCV: 88.2 fL, Trombosit: 309.000 mm3, Sedimentasyon 17 mm/saat, Kreatinin: 1.31 mg/dl, ALT: 83 U/L, AST: 140 U/L, LDH: 870 U/L, CKP: 1481 U/L, TSH: 100 IU/mL, serbestT3: 1.43 pmol/L, serbestT4: 2.15 pmol/L, Anti-Trogllobulin antikor: 3000 IU/mL, Anti-mikrozomal antikor: 1000 IU/L idi. Elektromyografide miyopatik MUP'lar ve yapılan kas biyopsisinde hipertrofi görüldü. Bu bulgular eşliğinde hastaya "Hoffmann Sendromu" tanısı konuldu ve tiroid hormon replasmanı tedavisi verildi. Takiplerde olgunun klinik ve laboratuvar bulguları 4-6 ay gibi kısa sürede düzeldiği gözlemlendi.

Hipotiroidiye bağlı miyopati özellikle proksimal kaslarda atrofi, lif kaybı ve santral çekirdek sayısında artış, mitokondrial anormallikler, nadiren hipertrofi şeklinde kas tutulumu ve kreatin fosfokinaz, diğer kas enzim düzeylerinde artışla birlikte görülmektedir. Klinik olarak proksimal kas güçsüzlüğü, halsizlik, hareketlerde yavaşlama, derin tendon reflekslerinde azalma, myalji, myoödem ve kramplarla karakterizedir. Hipertrofinin patogenezi yeterince açıklanamamakla birlikte hipotiroidinin süresi ve şiddetiyle bağlantılı olabileceği belirtilmiştir. Troid hormon eksikliği yavaş miyofibriller proteinlerin birikimi, reversiblen glikogen depolanması ve mitokondrial hastalığın meydana gelmesi, miyopati patogenezinin sorunun olduğu gösterilmiş ve uzamış kas kontraksiyonlarında kas hipertrofinin sebep olabileceği düşünülmektedir. Elektromyografi normal olabileceği gibi kas tutulumunu gösteren miyopatik MUP'lar gibi bulgularla gözlenebilir. Kas biyopsi örneklerinde; tip II liflerde atrofi, lif kaybı ve santral çekirdek sayısında artışın yanı sıra mitokondrial anormallik ve bazen çok nadir olarak hipertrofiye görülebilir ancak enflamasyona rastlanmaz.

Hipertrofik ve atrofik miyopatilerde özellikle sistemik semptom ve bulguları olan hastalarda hipotiroidi ayrıca tanıda düşünülmeli ve bütün sistemleri tutabilen hastalıklarda, tek bir hastalığın değişik sistemleri ilerleyen zamanlarda tutulabileceği utulmamalıdır.

P161

PİTÜİTER ADENOM VE AKROMEGALİK GÖRÜNÜMLE PREZENTE OLAN PRİMER HİPOTİROİDİZM OLGUSU

Ferhan Mantar, Serkan İpek, Cumali Karatoprak, Mahmut Altındal, Bilgivar Kaya, Laika Karabulut

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Hipotiroidi, tiroid hormon yetersizliğinden kaynaklanan genel olarak metabolizmanın yavaşlamasıyla sonuçlanan bir klinik sendromdur. Bunun sonucu olarak da çocuklarda ve infantlarda büyüme ve gelişme geriliği ve mental retardasyona, erişkinlerde ise glikozaminoglikanların intrasellüler alana depolanmasıyla özellikle deri ve kaslarda miksödem tablosuna neden olabilir. Tedaviyle miksödem tablosu geriler. Hipotiroidizm primer (tiroid bezi yetersizliği), sekonder (pitüiter TSH yetersizliğine bağlı), tersiyer (hipotalamik TRH yetersizliğine bağlı) ve belki de tiroid hormonlarının etkisine direnç şeklinde sınıflandırılabilir. Sella görüntülerinde primer hipotiroidi hastalarında pitüiter hiperplazi ve adenom saptanabilir.

OLGU: 62 yaşında kadın hasta. Aşırı halsizlik, konuşmada yavaşlama, el ve ayaklarında büyüme yakınmalarıyla başvurduğu bir hekim tarafından akromegali ön tanısıyla endokrinoloji polikliniğine gönderildi. Hastanın gelmeden önce çekilen sella MR'ında hipofiz gland alt bölümünde, orta hattın sağında 3-4 mm boyutunda mikroadenom ve hiperplazi mevcuttu.

Fizik muayenede; hastanın genel durumu orta, suyu açlık, koopere, oryante, soluk görünümde, cilt kuru ve kalın, saçlar ince, kaşlar azalmıştı. Pretibial sert ödem, yüzde akromegalik görünüm mevcuttu. Ayrıca hastanın konuşurken sesinde kalınlaşma ve çatallaşma vardı.

Bu bulgularla akromegali ön tanısıyla gelen hastada yapılan tetkikler sonucunda Sedim 1. saat: 55 mm/h, HGB: 7, 4 g/dl, HCT: 21, 5 %, MCV: 92, 1 fL, AST: 116U/L (N: 5-35), ALT: 51 U/L (N: 5-35), LDH: 105 U/L (N: 200-470), CK: 3589 U/L (N: 26-140), LH: 17, 9 mIU, FSH: 77, 4 mIU, TSH: 114 mIU/ml (N: 0, 27-4, 20), FT3: 0, 4 pmol/L (N: 2, 8-7, 1), FT4: 1, 3 pmol/L (N: 12, 0-22, 0), Kortizol: 11, 1 µg/dl, Prolaktin: 23, 8 ng/ml, IGF-1: 150 µg/L (N: 114-492), GH: 1, 8 ng/mL (< 5) saptandı. Klinik ve laboratuvar bulgularıyla hastaya primer hipotiroidizm tanısı konuldu. Yaşa göre IGF-1 ve GH değerinin normal sınırlarda olması nedeniyle akromegali tanısından uzaklaşıldı ve bu yönde ileri bir tetkik yapılmadı. Hastaya L-tiroksin replasmanına başlandı.

SONUÇ: Ağır primer hipotiroidizm vakaları miksödem tablosunda, ellerde ve ayaklarda büyüme, yüzde şişkinlik dudaklarda büyüme şeklinde karşımıza çıkabilir. Bu klinik görünüm çok nadirde olsa bizim vakamızda olduğu gibi, akromegali düşünülerek sella MRI görüntüleme istenmesine neden olabilir. Çekilen MRI da hipofizde adenom ve/veya hiperplazi saptanabilir. Uzun süre tedavisiz kalan primer hipotiroidizm, hiperprolaktinemi ve beraberinde hipofizde tirotropik hücrelerin hiperplazisi ile beraber olabilir. Klinik olarak da miksödem tablosuna sahip olabileceği için hasta akromegaliyle karıştırılabilir. Sonuç olarak, bu ve bunun gibi vakalarda klinik dışında dikkatli bir ön hipofiz hormon değerlendirmesi yapmak gerektiğini, hipofizer kitlelerin tamamen primer end-organ yetersizliğine bağlı reaktif olarak gelişebileceğini ve dolayısıyla hastayı gereksiz bir cerrahi girişimden koruyabileceğimizi vurgulamak istiyoruz.

P162

HASHİMOTO TİROİDİTİNE BAĞLI HİPOTİROİDİZM VE OTOİMMUN HEPATİT BİRLİKTELİĞİ

Ferhan Mantar, Serkan İpek, Cumali Karatoprak, Bilal Uğurlukışi, Mahmut Altındal, Bilgivar Kaya, Laika Karabulut

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Otoimmün hepatit, Histolojik olarak periportal hepatit, serumda bazı karaciğer otoantikorlarının varlığı ve hipergamaglobulinemi ile karakterizedir. Hashimoto tiroiditi gibi diğer otoimmün hastalıklarla birlikteliğinin yüksek oranda olduğu bildirilmiştir.

OLGU: 38 yaşında kadın hasta. 3-4 ay önce başlayan ve giderek artan halsizlik, uykuya eğilim, kilo artışı, ciltte kuruluk ve kalınlaşma, saç dökülmesi, batin sağ üst kadranda ağrısı şikayetleriyle hastanemiz endokrinoloji polikliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde; TA: 90/60 mmHg, Nb: 62/dk, Ayırca cilt soluk, kuru ve kalın, saçlar seyrek ve ince tesbit edildi. Pretibial 2+ sertce ödem saptandı. Tiroid muayenesinde grade 1b diffüz guatr tespit edildi. Batin sağ üst kadranda derin palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normal saptandı. Hastanın ilk planda kliniğinin ağır bir hipotiroidiye uyduğu düşünülerek istenen tetkikler de ön tanımı doğruladı (TSH: 110 mIU/L (0, 27-4, 20), FT4: 0, 1 ng/dl (0, 7-1, 9), FT3: 1, 1 pg/ml (1, 9-5, 8), Anti-TPO: 1000 IU/ml (0-20)). Yapılan tetkiklerinde; orta düzeyde anemi (Hgb: 9, 7 g/dl Hct: 30, 6 %, MCV: 86, 4 fL, Fe: 32 µg/dl, TDBK: 500 µg/dl) tespit edildi. Kan biyokimyasında AST: 113 U/L (5-35), ALT: 104 U/L (5-35), LDH: 469 U/L (200-420), ALP: 833 U/L (40-130), GGt: 367 U/L (7-30), CK: 287 U/L (20-170), T.Protein: 9, 2 g/dl (6, 0-8, 3), Albumin: 4, 2 g/dl (3, 2-5), Globulin: 5, 0 g/dl (2, 0-3, 4) gelmesi üzerine hastada herhangi bir ilaç kullanımı öyküsü olmadığı için ileri tetkik planlandı. Bunun için hepatit markerları istendi. HBsAg: (-), AntiHCV: (-), AntiHIV: (-) saptandı. Olası bir otoimmün hepatit olabileceği düşünülerek istenen tetkiklerden AMA: (-), ANA: Hafif (+), Anti-SMA: (+), Anti-LKM1: (-) bulundu. Batin USG'de: Grade 1 hepatosteatoz, kolelitiazis saptandı. Hastaya KC biyopsisi planlandı ancak L-troksin replasman tedavisi başlanarak hasta ötroid olduktan sonra KC biyopsisi yapıldı. Takip sırasında da kontrol enzimlerinde değişiklik olmadı. Yapılan karaciğer biopsisinde: Kronik hepatit; piece meal nekroz: 3/4, confluent nekroz: 4/6, fokal nekroz: 3/4, portal inflamasyon: 3/4, modifiye hepatik aktivite indeksi: 14/18, stage: portal alanlarda genişleme ve hafif fibrozis: 2/6 saptandı. Bu bulgularla hastaya hipotiroidi + otoimmün hepatit tanısı konuldu. Hasta L-tiroksin, methylprednisolone ve azathioprine tedavisi ile ötroid hale geldi, anemisi düzeldi ve KC enzimleri normal değerlere geriledi.

TARTIŞMA: Otoimmün hipotiroidizm, özellikle pernisiyöz anemi, Addison hastalığı, alopesi areata ve tip 1 diabetes mellitus gibi diğer otoimmün hastalıklarla bulgu ve semptomlarıyla birlikte olabilir. Daha az sıklıkta birliktelikleri; çölyak hastalığı, dermatitis herpetiformis, otoimmün hepatit, romatoid artrit tir. Bizim olgumuzda da hipotiroidizm ve otoimmün hepatit birlikte bulunmaktaydı. Bizde bu olguda bu hastalıklardan birine tanı konulduğunda diğer otoimmün hastalıklar yönünden de araştırılması gerektiğini vurgulamak istedik.

P163

İZOLE BOZULMUŞ AÇLIK GLUKOZU OLAN KİŞİLERDE ENDOTEL DİSFONKSİYONU

Erkan Çoban, Feyzi Bostan

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, Antalya

AMAÇ: Bozulmuş Açlık Glukozu (BAG) toplumda sık görülen bir glukoz metabolizma bozukluğudur ve prediabetik safha olarak değerlendirilmektedir. BAG'nun kardiyovasküler hastalıklar için bağımsız bir risk faktörü olup olmadığı açık değildir. Çünkü BAG sıklıkla metabolik sendromda görülen diğer kardiyovasküler risk faktörleriyle birliktelik gösterir. Endotel disfonksiyonu veya hasarı birçok vasküler hastalığın patogenezinde rol oynamaktadır. Von Willebrand, başlıca endotel hücrelerinde sentezlenen bir glikoprotein yapıda bir moleküldür. Daha önceden yapılmış birçok çalışmada artmış vWF düzeylerinin endotel disfonksiyonunun bir belirteci olduğunu ortaya koymuştur. Bilgilerimize göre İngiltere literatürde BAG olan bireylerde endotel disfonksiyonunun bir göstergesi olan vWF seviyeleri ile ilgili yapılmış bir çalışma yoktur. Bu çalışmada amaçımız, izole BAG olan bir grupta, kardiyovasküler hastalıklarla yakından ilişkili olan vWF düzeylerini normoglisemik sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubuyla karşılaştırmaktır.

HASTALAR VE METOD: Çalışmaya yaş, cinsiyet ve VKİ benzer izole BAG (açlık kan glukozu 100-125 mg/dl arasında olup oral glukoz tolerans testinde 2. saat kan glukozu 140 mg/dl'nin altında olması) olan 48 bireyle, normoglisemik sağlıklı 48 birey alındı. Çalışmaya katılan tüm bireylerin eş zamanlı vWF düzeyleri ölçüldü.

SONUÇLAR: vWF düzeyleri BAG'ı olan grupta, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti (%111.08 ± 52.78, %74.08 ± 48.47, p=0.001). İlave olarak BAG grubunda, açlık kan glukozu ile vWF düzeyleri arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı (p<0.05).

TARTIŞMA: Sonuçlarımız, BAG olan bireylerde endotel disfonksiyonu olabileceğini düşündürmektedir. BAG olan kişilerde artmış kardiyovasküler riskin olası mekanizmalarından birisi de endotel disfonksiyonu olabilir. Bu konuda BAG olan bireyleri içeren daha geniş gruplarda, vWF yanında endotel disfonksiyonunu gösteren diğer invaziv ve invaziv olmayan yöntemlerle çalışmaların yapılması uygun olacaktır.

P164

POLİGLANDÜLER OTOİMMÜN SENDROMLU 11 OLGU

Cemal Bes, S. Kerem Okutur, Selay Gündoğdu, Işıl Şiltelioğlu, Fatih Borlu

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Poliglandüler otoimmün sendrom (POS), iki veya daha fazla endokrin bezin otoimmün tutulumu sonucu bu bezlerin hormonal faaliyetlerinde yetersizlik ve buna endokrin sistem dışındaki immüno-lojik hastalıkların eşlik etmesidir. POS'un 3 tipi vardır. POS tip I genellikle çocuklukta başlayıp hipoparatiroidi, adrenal korteks yetersizliği, mukokutanöz kandidiazis ve gonad yetersizliğini kapsar. POS tip II (Schmidt sendromu) 'de adrenal korteks yetersizliği, insülin bağımlı diabetes mellitus (IDDM), vitiligo ve otoimmün tiroid hastalığından en az ikisi görülür. POS tip III ise kendi içinde 3 kategoriye ayrılır ve POS tip I ile POS tip II'den farklı adrenal yetersizlik bulunmazdır. POS tip IIIa otoimmün tiroidit ile IDDM, POS tip IIIb otoimmün tiroidit ile pernisiyöz anemi, POS tip IIIc ise otoimmün tiroidit ile vitiligo veya alopesi ya da diğer otoimmün hastalıkları kapsar.

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, otoimmün bir hastalık nedeniyle servisimize yatırılan ve POS tespit ettiğimiz olguları gözden geçirmektir.

METOD: 2005-2007 yılları arasında, tek bir endokrin bez yetersizliği ya da otoimmün bir hastalık nedeniyle servisimize yatırılan hastalar prospektif olarak POS yönünden araştırıldı ve POS tespit edilen 11 olgu değerlendirildi.

BULGULAR: POS tanısı konan hastaların 8'i bayan (%72.7), 3'ü ise erkekti (%27.3). Hastaların 7'sinde (%63.6) POS tip IIb, 1'inde (%9.09) POS tip I, 1'inde (%9.09) POS tip II, 2'sinde (%18.18) ise POS tip IIIa tespit edildi. POS tip III'te temel hastalık IDDM veya pernisiyöz anemi olup otoimmün tiroidit tanısı, tarafımızca bakılan tiroid antikorları ve tiroid fonksiyon testlerinin sonucuna göre konmuştur. POS tip I ve POS tip II'de ise esas hastalık adrenal korteks yetersizliğiydi.

SONUÇ: Çalışmamızdaki olgu sayısı az olmasına rağmen genel popülasyonda POS'lar içinde en sık görülen POS tip IIb olduğu düşünüldü. Pernisiyöz anemi ya da otoimmün diabeti olan hastalarda tiroid fonksiyon testleri ve tiroid antikorlarının taranması otoimmün tiroiditin erken tanınmasına olanak sağladı. Sonuç olarak otoimmün bir hastalığı ya da endokrin bez yetersizliği olan hastalar, klinik belirti vermeseler dahi POS açısından tetkik edilmeli; POS tanısı konduktan sonra da tedavi başlanıp yakın takibe alınmalıdır.

P165

ROSİGLİTAZONE KULLANMAKTA OLAN TİP 2 DİYABETİK HASTALARDA BNP DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aytakin Alçelik, Hakan Cinemre, Ayşegül Alçelik, Hakan Özhan, Gökhan Dindar

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

GİRİŞ: BNP kalp yetmezliğinin değerlendirilmesinde kullanılabilen sensitivitesi ve spesifitesi yüksek bir belirteçtir. BNP, kalp yetmezliği gelişimini öngörmeye olduğu kadar, kalp yetmezliği olmayan asemptomatik hastalardaki kardiyovasküler olayları öngörmeye de faydalıdır. Bu çalışmada kalp yetmezliği semptom ve bulguları bulunmayan tip2 diyabetik hastalar arasında TZD kullanımı sırasında saptanan bazı klinik ve laboratuvar değişikliklerle BNP korelasyonunun incelenmesi hedeflenmiştir.

MATERYAL VE METOD: Çalışma; Aralık 2006-Mart 2007 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi İç Hastalıkları Polikliniğine başvuran 74 kişide (37 vaka, 37 kontrol) yapıldı. Vaka grubunu TZD kullanımı için AHA/ADA uyarınca raporuna uygun koşulları taşıyan ve mevcut antidiyabetik tedavisi içinde rosiglitazone bulunan (en az 3 aydır kullanıyor olmak koşuluyla) tip2 diyabetik hastalar, kontrol grubunu ise mevcut tedavisi içinde bu ilacı kullanmayan tip2 diyabetik hastalar oluşturdu. Anamnez ve fizik muayenede ile kalp yetmezliği şüphesi olan diyabetik hastalar çalışmaya alınmadı.

BULGULAR: Olguların BNP sonuçları incelendiğinde rosiglitazone grubunun BNP'si (31.92 ± 7.04 pg/ml), kontrol grubuna göre (11.49 ± 9.97 pg/ml) anlamlı derecede yüksekti (p = 0.01). Hastalar diyabet regülasyonu açısından HbA1c yüzdelerine göre 3 gruba bölünerek incelendiğinde, rosiglitazone kullanan hasta grubunda BNP düzeyleri ile diyabet regülasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0.02). Rosiglitazone kullanan hastaların %10.8'inde pretibial ödem gözlemlendi.

SONUÇLAR: BNP düzeylerinin TZD kullanan diyabetik hastalarda kullanmayanlara göre daha fazla arttığını ve faydalı bir biyomarker olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. BNP düzeylerinde artışın ödem ya da KKY gelişme riskini saptamada bir biyomarker olarak kullanılabileceği kanaatindeyiz. Bunun içinde daha ileri klinik çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

P166

TOPIKAL STERİD KULLANIMINA BAĞLI HİPOTALAMO-HİPOFİZER-ADRENAL AKS BASKILANMASI

Ömer Celal Elçioğlu, Nilüfer Alpay, Göksele Güz, Taner Gören

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

GİRİŞ: Steroidler, birçok hastalığın tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Sistemik steroid kullanımı zaman ve doza bağımlı olarak hipotalamo-hipofizer-adrenal (HHA) aksı baskılayabilmekte ve iatrojenik Cushing sendromuna yol açabilmektedir. Topikal glukokortikoidlerin sistemik etkisi çocuklara oranla erişkinde azdır ve nadiren HHA aksın baskılanmasına neden olabilir. Bu yazıda, psöriyazis nedeniyle uzun süre potent bir topikal steroid kullanımına bağlı hiperkortizolemi bulgularının görüldüğü ve HHA aksın baskılandığı bir olgu sunulmaktadır.

OLGU: Yetmiş beş yaşında kadın hasta, halsizlik, yorgunluk, ayaklarda şişlik ve efor dispnesi yakınmalarıyla başvurdu. Birbuçuk ay önce özel bir merkeze başvurduğunda, Hb: 7,5 g/dl, TSH: 20 mIU/L bulunduğunda, 2 ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldığı ve L-Tiroksin 100 mcg/gün p.o. başlandığı, ancak şikayetlerinin artarak devam ettiği, özgeçmişinde 13 yıl önce koroner by-pass ameliyatı geçirdiği, 5 yıldır kalp yetersizliği semptomlarının olduğunu ve tüm vücutta yaygın psöriyazis nedeniyle yaklaşık beş yıldır clobetasone propionate krem günde iki kez haricen uyguladığı öğrenildi. Fizik muayenesinde halsiz, bitkin ve soluk görünümdeydi, yardımla hareket ediyordu. Tüm vücutta yaygın hiperestezisi, pretibial bölgede ve ayaklarda daha belirgin yaygın ödem, supraklavikular bölgede dolgunluk vardı. Tüm vücut derisi oldukça ince ve kuruydu, yüzeysel venöz yapılar belirgin olarak izleniyordu. Tiroid grade I palpe edildi. TA 110/70 mmHg, NDS: 72/ritmik bulundu. Dil papillaları silikti, hepatomegali yoktu, Traube alanı kapalıydı,

dalak palpe edilmedi. Laboratuvar tetkiklerinde ağır demir eksikliği anemisi (Hb: 6.8 g/dl, MCV: 76 fl, demir: 8 mcg/dl, TDBK: 500 mcg/dl, ferritin: 10,87 ng/ml) saptandı. Lökopeni ve trombositopeni yoktu. Serum potasyum düzeyi 3,2 mEq/L, albumin düzeyi 3,6 g/dl, T3: 0, 8 ng/ml, sT4: 17 pmol/L, TSH: 3,509 mIU/L, Anti TG: 186, 88 IU/ml, Anti TPO: 7,39 IU/ml, bazal kortizol değeri 0,4 ve 0,3 mcg/dl bulundu. Topikal steroid kesildi ve 2 Ü eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı. Düşük doz synacten testinde; bazal kortizol 0,7 mcg/dl, 30. dakikada 5,8 mcg/dl, 60. dakikada 8,2 mcg/dl ve 90. dakikada 11,6 mcg/dl saptandı. Ekokardiyografide sol ventrikül sistolik fonksiyonları normaldi (EF %54), ancak relaksasyonda azalma vardı. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde grade III kırmızı renk bulgulu özofagus varisleri görüldü. Anemiye geçirilmiş varis kanamasının sebep olabileceği düşünüldü. Etiyolojiye yönelik yapılan diğer tetkikler ile birlikte olgumuza diastolik tipte kalp yetersizliği, Hashimoto tiroiditi, kriptojenik karaciğer sirozu (child A) ve topikal steroid kullanımına bağlı HHA aks baskılanması tanıları kondu. Potent bir topikal steroid olan clobetasone propionate'ın topikal etkisiyle oluşan ciltte incelenmenin sistemik emilimi arttırdığı ve yüksek dozda L-tiroksinin başlanmasının semptomları ağırlaştırdığı düşünüldü.

P167

DİYABETİK HASTALARDA ABORTUS RİSKİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Nafie Direktör, Yusuf Aydın, Dilek Berker, Tuncay Delibaş, Serdar Güler

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. İç Hastalıkları Kliniği, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği

AMAÇ: Tip 1, Tip 2 Diabetes Mellitus (DM) ve Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM), hastalarında genel popülasyona göre konjenital anomali, abortus, makrozomi 2-3 kat artmıştır. Çalışmamızda diyabetik annelerdeki abortus ve bunu etkileyen faktörler değerlendirildi.

MATERYAL VE METOD: 2003 ve 2006 yılları arasında hastanemiz Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniğinde insülin tedavisi uygulanarak, takip edilen 86 gebe retrospektif olarak değerlendirildi. Ortalama yaşları 32.34±6.27 olan hastaların 12'si Tip 1, 21'i Tip 2 ve 53'ü GDM idi. Ortalama HbA1c değeri 6.84±2.14 olan hastaların, 4.13±4.34 yıldır diyabeti vardı. Tip 2 DM'li 8 (%67), Tip 1 DM'li 3 (%25) ve GDM'li 1 (%8) olmak üzere toplam 12 (%14) hastada abortus saptandı (p: 0.001). Abortusu olan hastaların ortalama diyabet süresi 8+5.5 iken, olmayanların 3.5+3.8 idi (p: 0.001). Ortalama yaşları ise sırası ile 35.2±6.5 ve 31.8±6.2 idi (p: 0.092). Ortalama HbA1c değerleri ise abortus grubunda 8.9±2.6 iken, olmayanlarda 6.5±1.9 olarak belirlendi (p: 0.008).

TARTIŞMA: DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) çalışmasında, diyabetik gebelerde spontan abortus oranı yaklaşık %12 olarak bulunmuştu. Bu oran sağlıklı popülasyona göre 2-3 kat daha fazlaydı. Yine aynı çalışmada sıkı kan şekeri kontrolünün abortus oranı üzerine etkili olmadığı saptanmıştı. Ancak başka çalışmalarda kötü glikemik kontrolü olan hastalarda abortus daha fazla izlenmiştir.

Çalışmamızda abortus oranının %14 olarak literatürle uyumlu olarak bulduk. Abortus olan hastaların büyük bir kısmını, yaşı daha ileri olan, Tip 2 DM'li (%67) oluşturmaktaydı. Diyabet süresi arttıkça, abortus oranları da artış göstermekteydi. Abortusu olan hastaların ortalama diyabet süreleri 8 yıl idi. Bu istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p: 0.001). Kan şekeri kontrolünün en iyi göstergesi olan HbA1c, abortusu olan hastalarda istatistiksel olarak belirgin olarak yüksek bulunmuştur.

SONUÇ: Diyabetik gebelerde abortusu etkileyen en önemli faktörlerin, hastaların tip 2 DM olması, diyabet süresinin 8 yıldan fazla olması ve kötü kan şekeri regülasyonu olduğunu saptadık.

P168

TİP 2 DİYABETES MELLİTUSLU OLGULARDA DİYABETİK MİKROVASKÜLER KOMPLİKASYONLARLA VİTAMİN B12 VE FOLAT DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dilek Tüzün, T. Tanju Yılmaz, Gökhan Kabaçam, O. Deniz Aydın, Murat Suher

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş ve AMAÇ: Tip 2 Diyabetes Mellitus (DM) 'u olan olgularda, vitamin B12 ve folat düzeylerinde düşüklük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Biz de çalışmamızda, tip 2 DM'li olgularda diyabetik nefropati, retinopati varlığı ile bu vitaminlerin ilişkisini göstermeyi amaçladık.

YÖNTEM: Yaş ortalaması 62,7 ± 15,4 olan 69 tip 2 DM'li kadın olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların vitamin B12, folat ve glikozile hemoglobin (HbA1c) düzeyleri saptandı. HbA1c düzeyi için 7'in üzeri artmış kabul edildi. 24 saatlik idrar tetkiki sonucunda 30 mg/gün üzerinde mikroalbuminüri olanlarda diyabetik nefropati tanısı kondu. Oftalmoloji konsültasyonu sonucunda diyabetik retinopati olanlar belirlendi. Vitamin B12 düzeyini etkileyebileceğinden; oral hipoglisemik ajan olarak metformin kullananlar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmanın istatistiksel analizi, SPSS paket programında Student T testi uygulanarak yapıldı ve p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Olguların 43 (%62,3)'ünde diyabetik retinopati saptanırken, 26 (%37,7)'sının göz dibi muayenesi normaldi. Diyabetik retinopatisi olanların ortalama folat değeri 11,97 ± 5,34 pg/ml iken retinopatisi olmayanların ise 14,78 ± 7,04 pg/ml idi (p=0,06). Diyabetik retinopatisi olanların ortalama vitamin B12 düzeyi 471,33 ± 315,72 pg/ml iken retinopatisi olmayanların ise 409,64 ± 274,49 pg/ml idi (p=0,5). Diyabetik nefropati 22 (%31,9) olguda saptandı. Ortalama folat değeri diyabetik nefropatisi olanlarda 9,64 ± 4,42 pg/ml iken nefropatisi olmayanlarda 14,61 ± 6,22 pg/ml idi (p=0,001). Ortalama vitamin B12 düzeyi diyabetik nefropatisi olanlarda 542,41 ± 371,95 pg/ml iken nefropatisi olmayanlarda 419,53 ± 419,53 pg/ml idi (p=0,16).

SONUÇ: DM'nin mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonları, vasküler endotelial hücrelerin hasara uğradığı kompleks bir patogeneze sonucu oluşmaktadır. Plazma homosistein düzeyi, tip 2 DM'li'deki endotelial lezyonlar ve disfonksiyonla ilgili önemli bir parametredir. DM'li olgularda; folat eksikliği, vitamin B12 eksikliği, kontrolsüz kan şekeri düzeyleri, DM'nin süresi hiperhomosisteinemi ile doğrudan ilişkilidir. Homosistein düzeyi ve ileri glikolizasyon ürünleri; endotelial hücre hasarı yapan çözünür trombomodülin düzeyleri üzerine sinerjistik olarak artırıcı etki yaparlar. Homosistein düzeyini etkileyen folat ve vitamin B12 eksikliğinin endotelial vasküler hasar yapabileceği belirtilmektedir. Çalışmamızda tip 2 diyabetik nefropati kadın hastalarda folat düzeyleri anlamlı olarak düşük bulundu. Bu olgularda kronik komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi açısından folat desteğinin faydalı olabileceği düşünülmüştür. Bu verilerin daha geniş olgu sayısını içeren, prospektif, randomize, kontrollü çalışmalarda desteklenmesi gerekmektedir.

P169**METABOLİK SENDROMLU HASTALARDA TİROİD FONKSİYON TESTLERİ**

Dilek Tüzün, Rifat Bozkuş, Gökhan Kabaçam, T. Tanju Yılmaz, O. Deniz Aydın, Murat Suher

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Metabolik sendrom dünyada giderek daha fazla sayıda insanı etkileyen önemli bir morbidite nedenidir. Tiroidin ister hipotiroidi, isterse hipertirodi ile seyreden hastalıklarında metabolik sendrom ile ilişkili kan basıncı, plazma lipid düzeyleri, vücut yağ oranı ve bel çevresi gibi parametrelerde patolojik değişiklikler sıklıkla gözlemlendiği için bu çalışmamızda metabolik sendromlu hastalarda tiroid fonksiyon testlerinin araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM: Çalışmaya 70 metabolik sendrom ve 30 kontrol olmak üzere toplam 100 olgu dahil edildi. Referans olarak The Adult Treatment Panel III kılavuzu alındı ve burada belirtilmiş olan 5 kriterden en az 3'ünün pozitif olduğu vakalar metabolik sendromlu vakalar olarak kabul edildi. Tüm olguların antropometrik ölçümleri yapıldı, biyokimyasal testleri ve tiroid fonksiyon testleri çalışıldı. Çalışmanın istatistiksel analizi, SPSS paket programında (Ver 13.0), Student T Testi, Ki-kare testi, Pearson korelasyon testi uygulanarak yapıldı ve p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Metabolik sendromlu hastaların yaş ortalaması 63, 4±10.3 olup kontrol grubunun yaş ortalaması 59, 2±19.3 idi (p>0, 05). Hasta ve kontrol grubunun biyokimyasal parametreleri ve tiroid fonksiyon testleri Tablo 1'de gösterildiği gibiydi. Pearson korelasyon testi ile bakıldığında TSH ile LDL-kolesterol arasında pozitif (p=0, 015, r=+0, 290), sT3 ile ürik asit arasında negatif (p=0, 007, r=-0, 271), sT4 ile bel çevresi arasında negatif (p=0, 04, r=-0, 236), sT4 ile LDL-kolesterol arasında negatif (p=0, 04, r=-0, 240) korelasyon saptandı. Antropometrik ölçümler ile tiroid fonksiyon testleri arasında korelasyon saptanmadı.

SONUÇ: Metabolik sendrom, tanım itibarıyla birçok kardiyovasküler risk faktörünün bir arada görüldüğü bir sendromdur. Tiroid hormon sentezini düzenleyen çeşitli faktörler vardır. Adipoz dokudan salgılanan leptin ve adiponektin gibi sitokinler, TRH sentezini uyarak artmış serum TSH düzeyine neden olur. Çoğu çalışmada VKİ artmış olgularda düşük serum sT3 ve sT4 düzeyi ile artmış TSH düzeyi saptanmıştır. Bizim çalışmamızda metabolik sendromlu hastalarda tiroid fonksiyon testleri normal popülasyondan farklı değildi. Antropometrik ölçümler ile tiroid fonksiyon testleri arasında ilişki saptanmadı. TSH ve sT4 ile LDL kolesterol arasındaki ilişki, hipotiroidide lipid metabolizmasının bozulmasıyla açıklanabilir. Ancak olgu sayısının daha fazla olduğu çalışmalarla bu sonucun desteklenmesi gerekmektedir.

Tablo 1.

Parametre	Grup A (n=70)	Grup B (n=30)	p
AKŞ (mg/dl)	149, 5±67, 1	90, 9±8, 8	<0, 01*
T-kol	203, 1±89, 9	169, 9±30, 1	>0, 05
LDL-kol	123, 3±53, 8	106, 1±20, 1	<0, 05*
TG	194, 2±124, 4	142, 7±85, 4	<0, 05*
HDL	45, 8±28, 9	39, 3±10, 3	>0, 05
Ürik asit	5, 9±1, 6	4, 6±1, 6	<0, 01*
sT3	2, 4±0, 9	2, 4±0, 5	>0, 05
sT4	1, 4±0, 7	1, 4±0, 4	>0, 05
TSH	2, 2±0, 5	1, 3±0, 2	>0, 05

P170**TİP 2 DİYABETES MELLİTUSLU OLGULARDA MİKROVASKÜLER KOMPLİKASYONLARLA ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ İLİŞKİSİ**

Dilek Tüzün, T. Tanju Yılmaz, Gökhan Kabaçam, O. Deniz Aydın, Murat Suher

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Trombositler; büyüklük, yoğunluk ve reaktivite açısından heterojendirler. Miyokard infarktüsü sonrası ve Diyabetes Mellitus (DM) 'ta daha büyük ve fonksiyonel olarak daha reaktif trombositlerin bulunduğu dair çeşitli yayınlar bulunmaktadır. Bu bilgidten hareketle çalışmamızda; tip 2 DM'li olgularda trombosit büyüklüğünü yansıtan ortalama trombosit hacmi (OTH) ile mikrovasküler komplikasyonlardan olan, diyabetik nefropati ve retinopati varlığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Yaş ortalaması 62, 7±15, 4 yıl olan 69 tip 2 DM'li kadın olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların tam kan sayımından elde edilen OTH değerleri belirlendi. Glikozile hemoglobin (HbA1c) düzeyleri saptandı. HbA1c düzeyi açısından 7'in üzeri artmış kabul edildi. 24 saatlik idrar tetkiki sonucunda günde 30 mg'ın üzerinde mikroalbuminüri olanlara diyabetik nefropati tanısı kondu. Oftalmoloji konsültasyonu sonucunda diyabetik retinopatili olanlar belirlendi. Aspirin kullanan olgular çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmanın istatistiksel analizi, SPSS paket programında Ki-kare, Pearson korelasyon testi ve Student T testi uygulanarak yapıldı ve p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen olguların ortalama OTH değeri 8, 5±1, 2 fl idi. Retinopatili olanların ortalama OTH değeri 8, 3±1, 2 fl iken retinopatili olmayanların ise 8, 7±1, 0 fl idi (p=0, 1). Diyabetik nefropatili olgularda, OTH ortalaması 8, 2±1, 5 fl iken nefropatili olmayanlarda ise 8, 6±1, 0 fl idi (p=0, 3). HbA1c'si artmış olan 62 (%89, 9) olgusunun ortalama OTH değerleri 8, 5±1, 2 fl iken, HbA1c'si normal 7 (%10, 1) olgusunun ise 7, 9±0, 6 fl idi (p=0, 2). Kreatinin klirensi, plazma açlık ve tokluk glukozu ile OTH arasında anlamlı ilişki bulunurken; yaş, mikroalbuminüri, ALT, AST, HbA1c, HDL, LDL, trigliserid düzeyleri ile OTH arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

SONUÇ: Trombosit büyüklüğünü yansıtan OTH ile ilgili olarak; tip 2DM'lilerde, diyabetik komplikasyonu olanlarda ve aterosklerozda artabileceğine yönelik çeşitli yayınlar bulunmaktadır. Trombosit büyüklüğü, trombosit fonksiyonunun bir göstergesi olduğundan, OTH değerleri yüksek saptanan olgularda DM'in

mikro-makrovasküler komplikasyonlarında artış beklenmektedir. Kan şekeriindeki artışa bağlı olarak trombositlerde osmotik şişme olması ile OTH artabilmektedir. OTH ile kreatinin klirensi arasındaki pozitif korelasyon nedeni ile; kreatinin klirensinde azalma olması durumunda, trombosit aktivasyonunda azalma olacağı sonucunu çıkarabiliriz. Bu durum da böbrek yetmezliklerinde görülen kanamaya eğilimi açıklamamıza yardımcı olabilir.

P171**ÖTİROİD OLGULARDA TİROİD FONKSİYONLARININ METABOLİK SENDROM KOMPONENTLERİYLE İLİŞKİSİ**

¹Bahadır Ceylan, ²Gürhan Şişman

¹S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji,

²S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı ötiroid olgularda tiroid fonksiyonları ile metabolik sendrom komponentleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışmaya İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları polikliniğine genel sağlık kontrolü amacıyla başvuran olgular alındı. Daha önceden diyabet tanısı almış ve kan şekeri insülin, oral antidiyabetik ilaç veya diyetle kontrol edilen olgular; ötiroid olmayan ve tiroid hastalığı ile ilgili ilaç alan olgular; antihipertansif alan olgular ve serum lipid düzeylerini etkilediği bilinen ilaçları alan olgular çalışmaya alınmadı. Olguların yaşları, cinsiyetleri, bel çevreleri, boy ve kiloları kaydedildi. Olgulardan sekiz saatlik açlığı takiben sabah venöz kan örneği alındı ve glikoz, insülin, total kolesterol, trigliserit, LDL (düşük dansiteli lipoprotein) kolesterol, VLDL (çok düşük dansiteli lipoprotein) kolesterol, HDL (yüksek dansiteli lipoprotein) kolesterol, TSH (thyroid-stimulating hormone), serbest T3 (triiodothyronine), serbest T4 (thyroxine), anti-tiroglobulin antikor (anti-TG) ve anti-tiroid peroksidaz antikor (anti-TPO) düzeyleri ölçüldü.

HOMA-IR (homeostasis model assesment index for insulin resistance) değeri [açlık insülin (mÜ/L) x açlık glikozu (mmol/L) /22, 5] formülü ile hesaplandı ve 2, 5 değerinin üzerindeki değerler insülin rezistansı olarak kabul edildi.

NCEP ATP III'ün (National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III) tanımına uygun olarak metabolik sendrom komponentleri belirlendi.

Tiroid fonksiyonları ile metabolik sendrom komponentlerinden trigliserit, bel çevresi ve açlık kan glikozu arasındaki ilişkiyi analiz etmek için yaş, cinsiyet, HOMA ve anti-tiroid antikorları ile düzeltme yapılarak çoklu lineer regresyon modeli kuruldu. Tiroid fonksiyonları ile metabolik sendrom komponentlerinden hipertansiyon varlığı ve HDL kolesterol düşüklüğü varlığı arasındaki ilişkiyi araştırmak için yaş, cinsiyet, HOMA ve anti-tiroid antikorları ile düzeltme yapılmak üzere lojistik regresyon analizi kullanıldı.

BULGULAR: Metabolik sendromu olan ve olmayan olgu gruplarına ilişkin karşılaştırmalı veriler tablo 1'de özetlendi.

TSH, serbest T3 ve serbest T4 düzeyleri ile metabolik sendrom komponentleri olarak bilinen serum trigliserid düzeyi, açlık kan şekeri düzeyi, HDL kolesterol düzeyi, bel çevresi ve sistemik kan basıncı arasında ilişki olmadığı bulundu. Karşıtıcı faktör olarak yaş, cinsiyet, HOMA-IR değeri ve tiroid otoantikor varlığı modele dahil edildiğinde de sonuç değişmiyordu (Tablo 2).

SONUÇ: Olgu sayımız az olmakla beraber çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular ötiroid olgularda tiroid fonksiyonlarının metabolik sendrom komponentleri üzerine etkisinin olmadığını düşündürmektedir.

Tablo 1.

	Metabolik sendrom yok	Metabolik sendrom var	p
Yaş	44, 80 ± 12, 48847	49, 00 ± 12, 88	0, 254
Cinsiyet (erkek/kadın)	7/14	7/22	0, 475
VKİ	29, 39 ± 5, 13	32, 85 ± 4, 62	0, 016*
Sistolik kan basıncı	132, 38 ± 23, 64	139, 65 ± 14, 99	0, 069
Diastolik kan basıncı	81, 90 ± 8, 72	87, 93 ± 7, 26	0, 014*
Bel çevresi	97, 24 ± 10, 55	103, 27 ± 7, 63	0, 023*
Total kolesterol	201, 76 ± 41, 57	211, 86 ± 44, 50	0, 415
Trigliserit	129, 19 ± 64, 26	222, 13 ± 100, 79	0, 001*
LDL kolesterol	124, 76 ± 32, 52	132, 80 ± 36, 83	0, 437
HDL kolesterol	51, 19 ± 12, 22	45, 24 ± 11, 60	0, 038*
Açlık kan şekeri	89, 00 ± 10, 35	103, 10 ± 19, 45	0, 004*
Açlık insülin	8, 94 ± 3, 06	11, 77 ± 9, 90	0, 356
HOMA	1, 94 ± 0, 70	2, 99 ± 2, 68	0, 029*
Serbest T3	3, 80 ± 0, 49	3, 65 ± 0, 56	0, 753
Serbest T4	1, 36 ± 0, 19	1, 50 ± 0, 22	0, 026*
TSH	2, 07 ± 0, 97	1, 70 ± 0, 97	0, 188
Anti-TPO	15, 64 ± 10, 60	21, 92 ± 26, 28	0, 93
Anti-TG	25, 05 ± 51, 57	41, 19 ± 51, 87	0, 076
CRP	0, 75 ± 1, 24	1, 06 ± 1, 97	0, 166

Tablo 2.

		TSH			Serbest T4			Serbest T3		
	Model	Regresyon katsayısı (beta)	Odds oranı	p	Regresyon katsayısı (beta)	Odds oranı	p	Regresyon katsayısı (beta)	Odds oranı	p
Trigliserit	1	-0,008	0,000	1	14,224	0,032	0,823	-11,86	-0,065	0,655
	2	-3,875	-0,039	0,807	0,496	0,001	0,994	-41,420	-0,230	0,199
Bel çevresi	1	-1,204	-0,126	0,385	1,770	0,042	0,771	-0,398		0,875
	2	-1,360	-0,144	0,355	0,701	-0,017	0,915	-0,789	-0,046	0,795
Açlık kan şekeri	1	-2,639	-0,147	0,309	12,535	0,159	0,270	-2,322	-0,071	0,624
	2	-1,414	-0,079	0,604	16,684	0,214	0,165	1,854	-0,057	0,741
Hipertansiyon	1	-0,371	0,690	0,231	2,194	8,971	0,155	-0,229	0,795	0,687
	2	-0,394	0,675	0,247	2,215	9,163	0,178	0,357	0,699	0,617
HDL kolesterol	1	0,127	1,136	0,665	-1,302	0,272	0,338	-0,148	0,862	0,782
	2	0,01	1,011	0,975	-1,537	0,215	0,329	-0,317	0,728	0,634

P172**DİYABETES MELLİTUS TİP I VE II TANILI HASTALARDA HİPOTİROİDİ VE HİPERTİROİDİ SIKLIĞI**¹Habib Emre, ¹Yusuf Bilen, ²Habib Bilen, ²Güngör Akçay¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Bilim Dalı

AMAÇ: Diyabetes mellitus (DM) akut ve kronik komplikasyonları ile önemli bir endokrin sistem hastalığı olup aynı zamanda 7% düzeyinde olan prevalansı nedeniyle bir halk sağlığı sorunudur. Diyabetin ve komplikasyonlarının kontrol altına alınmasında eşlik eden medikal hastalıkların kontrolü ve birlikte tedavi edilmesi önem kazanmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız, diyabetes mellitus tip I ve II tanılı hastalarda tiroid fonksiyon testleri olan serbest T3 (FT3), Serbest T4 (FT4), Tiroid stimulan hormon (TSH) değerlerinin incelenmesi ile hipo ve hipertiroidi gibi diyabet haricindeki endokrinolojik hastalıkların diyabetes mellitus tip I ve II ile muhtemel birlikteliğini göstermektir.

MATERYAL VE METOD: 2002 Ağustos ayı ile 2005 Eylül ayları arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD Endokrinoloji kliniğinde takip edilen DM tip I ve II tanılı 230 hastanın FT3, FT4, TSH değerleri retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: 230 hastanın 200'ü DM tip I, 30'u DM tip II idi. Kadın hastalar 17-82 yaş arasında (ortalama: 52), erkek hastalar 30-86 (ortalama: 45) yaş arasındaydı. Tip-II DM hastalarının 140'ı kadın (70%), 60'ı erkek (30%) di. Tip-I DM hastaların 8'i erkek (26,6%), 22'i kadın (73,4%) di. Tip-II DM tanılı bayan hastaların (140 hasta); 14,2 %'inde (20) hipertiroidi, 2,8%'inde (4) hipotiroidi, 5,7%'inde (8) subklinik hipertiroidi vardı. Tip-I DM tanılı bayan hastaların (22 hasta); %9'unda (2) hipotiroidi vardı. Tip-2 DM tanılı erkek hastaların (60 hasta) %3,3'ünde (2 hasta) hipertiroidi, %6'sında (4 hasta) hipotiroidi, %10'nunda (6 hasta) subklinik hipertiroidi vardı. Hipertiroidisi olan 8 hastanın tiroid ultrasonunda multinodüler guatr tesbit edilmişti. Hipotiroidisi olan 2 hasta daha önce multinodüler guatrdan opere olmuştu. Subklinik hipertiroidisi olan 4 hastanın tiroid ultrasonunda multinodüler guatr tesbit edilmişti. Tüm DM'lu hastaların %9,5 (22 hasta) hipertiroidi, %3,4'ünde (8 hasta) hipotiroidi, %6,9'unda (8 hasta) subklinik hipertiroidi vardı.

SONUÇ: DM akut ve kronik komplikasyonları ile bir çok sistemi etkileyen önemli bir halk sağlığı problemidir. Bu kadar geniş kitleleri etkileyen bu hastalığın kontrol altına alınmasında katkısı olacak her türlü bilgi göz önünde tutulmalı ve pratik uygulamaya yansılmalıdır. Toplumda hipotiroidi prevalansı kadınlarda %0,1-0,2, erkekte %2 iken bizim çalışmamızda DM lu hastalarda %6,9 olarak tesbit edildi. Subklinik hipertiroidi toplumda %2-16 arasında görülmekte iken, bizim çalışmamızda DM'lu hastalarda %6,9 olarak bulundu. Bu sonuçlar ışığında hastalığın tiroid bezi üzerindeki etkisinin araştırılması için daha ayrıntılı istatistik verilerin ortaya konması gerekmektedir. Bunun yanı sıra yapılan bu çalışma sonucunda DM tip I ve II tanılı hastalarda tiroid fonksiyon testlerinin rutin bakılması gibi bir öneri için erken olmakla birlikte bu hastaların tiroid bezi fonksiyon bozukluklarının semptomları açısından mutlaka sorgulanması gerektiği ortaya konmaktadır.

P173**TİP 2 DİYABETİ OLAN HASTALARDA KİNAPRİL VE ENALAPRİLİN İDRARDA ALBÜMİN ATILIMI ÜZERİNE ETKİSİ**

Aslı Doğruk Ünal, Neslihan BAŞÇIL Tütüncü, Nilgün Güvener Demirağ

Başkent Üniversitesi Hastanesi

AMAÇ: Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ADE) inhibitörleri idrarda albümin atılımını (İAA) azaltarak, tip 2 diyabetes mellitus (DM) 'u olan hastalarda diyabetik nefropatinin gelişimini yavaşlatmakta ve hatta engelleyebilmektedir. Kinapril enalapril'e göre daha lipofiliktir. Bizde bu nedenle tip 2 DM' u olan hastalarda İAA üzerine enalapril'e, doku ADE inhibisyonu daha potent olan kinaprilin etkinliğini karşılaştırdık.

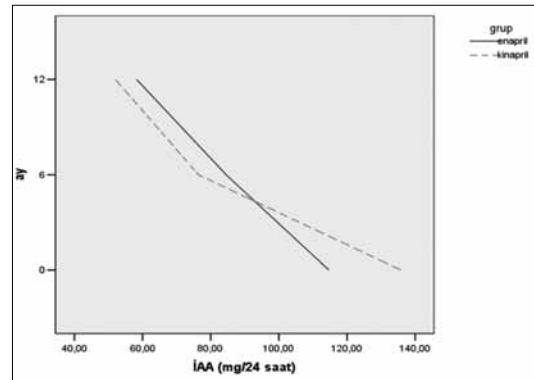
MATERYAL VE METOD: Toplam 40 tane tip 2 DM' u olan mikro ve makroalbuminüri olan hasta çalışmaya alındı. İAA, her bir hasta için 2 defa ölçüldü. Hastalar sırasıyla 2 tedavi grubundan birine (grup 1, enalapril 20 mg; grup 2, kinapril 20 mg) randomize edilerek bir yıl boyunca takip edildi. Hastalar her üç ayda bir HbA1c, lipid profilleri, kan basıncı, kan şekeri değerleri için, altı ayda bir İAA için değerlendirildi. Sonuçlar; Çalışmanın başlangıcında hastaların ortalama yaşı, diyabet süreleri, vücut kitle indeksleri, plazma lipid profilleri, açlık ve tokluk kan şekeri ortalamaları, HbA1c değerleri, sistolik ve diastolik kan basıncı ortalamaları ve İAA benzerdi (Tablo 1). Grup 1 (enalapril)'de 20 hastanın 5 tanesi 6. ayda, 1 tanesi 8. ayda öksürük (%33) nedeniyle; Grup 2 (kinapril)'de 20 hastanın 2 tanesi kendi isteği ile 2. aydan itibaren çalışmaya devam etmezken, 3 tanesi 3. ayda, 1 tanesi 6. ayda öksürük (%20) nedeniyle çalışmayı bıraktı. Çalışma boyunca her iki grupta hastaların sistolik ve diastolik kan basıncı ölçümleri 130/80 mmHg'i

geçmedi ve açlık ve tokluk kan şekeri ortalamalarında fark yoktu. Tip 2 DM tedavisinde çalışma boyunca değişiklik yapılmadı ve iki grup arasında insülin ve oral antiyabetik ajan kullanım oranı farklı değildi. Çalışmaya devam eden hastalarda 1. yılın sonunda grup 1 (enalapril)'de 14 hastanın 10 tanesinde, grup 2 (kinapril)'de 14 hastanın 8 tanesinde İAA normale dönmüştü. Her iki grupta da 6. ayda başlangıça göre belirgin düştü (p<0,05). Kinapril grubunda (grup 2) ilk 6 ayda İAA'daki azalma enalapril grubuna (grup 2) göre daha hızlıydı fakat istatistiksel olarak anlamlı farklı değildi (Şekil 1) ve 12. ayda her iki grupta da başlangıça göre azalma aynı orandaydı, gruplar arasında istatistiksel farklılık yoktu (p>0,05).

TARTIŞMA: Kinapril doku geçirgenliği daha iyi olmasına rağmen bizim çalışmamızda tip 2 diyabetik hastalarda İAA'nı azaltma açısından enalapril'den farklı değildir. Başlangıçta kinapril daha hızlı bir düşüş sağlasa da uzun dönem takipte etkinlikleri aynıdır.

Tablo 1. Enalapril ve kinaprilin İAA'na etkinliği

	Grup 1 (Enalapril)	Grup 2 (Kinapril)
Diyabet süresi (yıl)	9,5±4,8	11,9±10,8
Açlık Kan Şekeri (mg/dl)	138,4±21,4	126,0±26,8
Tokluk Kan Şekeri (mg/dl)	163,0±63,1	158,5±33,4
HbA1c (%)	6,7±1,2	6,9±2,8
İAA (mg/24 saat)	114,6±80,3	135,8±103,0
Total kolesterol (mg/dl)	210,3±30,6	202,4±36,6
LDL-kolesterol (mg/dl)	129,5±27,9	117,8±32,8
HDL-kolesterol (mg/dl)	45,5±6,4	48,6±15,8
Trigliserid (mg/dl)	167,7±80,1	170,2±134,0
Sistolik tansiyon (mmHg)	130,0±16,7	131,3±11,4
Diastolik tansiyon (mmHg)	73,1±7,1	77,2±6,4
Vücut Kitle indeksi (kg/m ²)	30,3±4,4	32,6±20,2

**Şekil 1.****P174****METABOLİK SENDROMLU HASTALARDA TİROİD FONKSİYON TESTLERİ**

Fatma Paksoy, Adile Çakır, Didem Gökçen Gürbüz, Özlem Kınık Akgün, Emel Banu Elmacı, Fatih Borlu

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Tiroid hormonu seviyelerindeki düşük veya yüksek değerlerin kardiyovasküler sistem üzerine çeşitli olumsuz etkileri bilinmektedir. Sistolik hipertansiyon, kalp hızında ve kalbin oksijen ihtiyacında artış, kan akım hızında yükselme hipertiroidinin; aterojenik LDL yüksekliği, yüksek total kolesterol, diastolik hipertansiyon, hiperkoagulabilite, sigara kullanımının getirdiği riskleri artırması, HDL düşüklüğü, hiperhomosisteinemi, CRP yüksekliği, endotel disfonksiyonu, insülin rezistansında artış ise hipotiroidinin getirdiği kardiyovasküler risk faktörleridir.

AMAÇ: Tiroid hormonunun artmış veya azalmış seviyeleri ve metabolik sendrom ile ilişkili kan basıncı, plazma lipid düzeyleri, vücut yağ oranı ve bel çevresi gibi parametrelerde patolojik değişimler sıklıkla gözlemlendiğinden, bu çalışmada metabolik sendromlu hastalarda tiroid fonksiyon bozukluğu görülme sıklığının incelenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD: Polikliniğimizde IDF 2005 kılavuzuna göre metabolik sendromu tanısı alan 500 hastanın TSH düzeylerine bakıldı. TSH düzeyi 0,27-4,2 Uu/ml arasında normal kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya 131'i erkek (%26,2), 369'u kadın (%73,8) olmak üzere toplam 500 metabolik sendrom tanılı hasta alındı. Hastaların ortalama yaşı 54,93±9,81 yıl, bel çevresi 100,33±10,78 cm, sistolik tansiyonu 155,27±23,16 mm Hg, diastolik tansiyonu 93,97±12,7 mm Hg, glukoz değeri 108,87±20,74 g/dl, trigliserid değeri 161,91±94,88 g/dl, HDL kolesterol değeri 46,00±10,8 g/dl ve TSH düzeyi 2,49±7,15 Uu/ml idi. Hastaların %7'inde (33'u kadın olmak üzere 35 hasta) hipotiroidi, %4'ünde (14'u kadın olmak üzere 20 hasta) hipertiroidi saptandı. Hipotiroid hastalarda bel çevresi, kilo ve BMI değeri anlamlı olarak daha yüksek, hipertiroid hastalarda ise daha düşük bulundu (p<0,05).

TARTIŞMA: Metabolik sendrom multipl bir kardiyovasküler risk faktörüdür, sendromun hem kendisi hem de tek başına komponentlerinin her birisi kardiyovasküler komplikasyonlar için artmış riskte işaret eder. Bu hastaların kardiyak risk açısından değerlendirirken, tiroid fonksiyon testlerinin de rutin olarak incelenmesi ek kardiyak riski görmek açısından gereklidir. Tedaviyle ortadan kaldırılabilir risk faktörlerinin, hastalarda olası komplikasyonlar gelişmeden önlenilebileceği açıktır.

Tablo .

Metabolik Sendromlu Hastalar (n=500)	Hipotiroidi %7 (n=35)	Hipertiroidi %4 (n=20)
Yaş (yıl)	54, 00 ± 7, 296	55, 50 ± 6, 07
BMI (kg/m ²)	45, 01 ± 9, 42	39, 48 ± 13, 12
Bel çevresi (cm)	101, 40 ± 8, 93	98, 85 ± 10, 48
Sistolik tansiyon (mmHg)	148, 71 ± 20, 30	153, 25 ± 15, 07
Diastolik tansiyon (mmHg)	91, 29 ± 13, 25	90, 00 ± 7, 78
Glukoz (g/dl)	109, 83 ± 17, 43	113, 35 ± 18, 21
Trigliserid (g/dl)	174, 09 ± 75, 12	166, 00 ± 57, 53
HDL Kolesterol (g/dl)	44, 57 ± 7, 27	45, 45 ± 8, 19
TSH (Uiu/ml)	14, 88 ± 23, 83	0, 12 ± 0, 08

P175

MEVSİMSSEL DEĞİŞİMİN TİROİD DİSFONKSİYONLARINA ETKİSİ

¹Hakan Cinemre, ¹Cemil Bilir, ¹Feyzi Gökosmanoğlu, ²Ömer Necip Aytuğ

¹Düzce Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı., ²Düzce Tıp Fakültesi Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı

Tiroid disfonksiyonları kısaca klinik, subklinik hipertiroidi ve hipotiroididen oluşur. Hipertiroidi baskılanmış TSH düzeyi ile karakterize olup, serbest T3-4 düzeylerine göre hipotiroidi de olduğu gibi klinik ve subklinik ayrımı yapılarak değerlendirilir. Hipotiroidi ise artmış TSH düzeyleri ile karşımıza çıkar. İki durumunda kendine has klinik bulguları vardır; Hipertiroidi sıklıkla terleme, ince cilt, graves oftalmopatisi, taşikardi, dispne, diyare, anksiyete gibi semptomlarla, hipotiroidi ise en sık kaba cilt, soğuk intoleransı, bradikardi, kabızlık, depresyon semptomları ile karşımıza çıkar. İki hastalığında belki en büyük ortak özelliği multi sistemik tutulum yapmaları ve hemem hemen tüm sistemlere ait bulgularla karşımıza gelmeleri dikkat çekicidir. Biz çalışmamızda; gerek hipertiroidi gerekse hipotiroidinin tanı konma zamanıyla mevsimler arasında bir ilişki olup olmadığını araştırdık

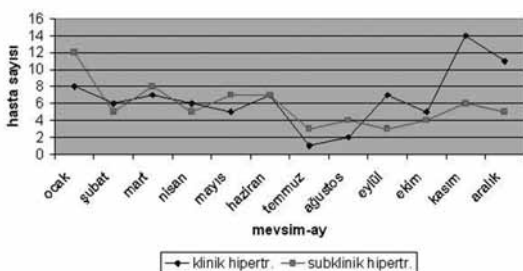
Düzce Ü. İç Hastalıkları polikliniğine 2006 Şubat -2007 Ocak aylarında daha önceki rahatsızlıkları bilinmeyen ve polikliniğimize ilk defa gelen 2133 hasta incelendi. Tüm hastalar başvuru zamanlarına göre ayrılarak, o zaman zarfında gelen ve tiroid disfonksiyonu olan hastalar belirlendi. Polikliniğimize bir yıllık süre zarfında ilk defa başvuran hastalar incelendiğinde (n: 2133) hipertiroidi sıklığı; klinik %3.7 (n: 79), subklinik %3.3 (n: 71) , toplamda ise %7 (n: 150) tespit edildi, hipotiroidi sıklığı ise klinik %2.4 (n: 52), subklinik %2.2 (n: 47) ve toplam %4.6 (n: 99) bulundu.

Tüm tiroid difonksiyonları birlikte değerlendirildiğinde eylül-şubat arası 6 aylık soğuk mevsim periyodunda hem hipotiroidi hem de hipertiroidik hasta sayısı yaklaşık %50 (n1: 151, n2: 99) daha fazladır ve bu fark hipotiroidik hasta popülasyonunda daha belirgindir

Hipertiroidi hastaları kendi aralarında incelendiğinde hem klinik hem de subklinik hipertiroidi de benzer bir mevsimsel değişim görülmekle beraber eylül-ocak döneminde klinik hipertiroidide daha fazla artma tespit edildi. (Şekil 1) Hipotiroidi hastalarına baktığımızda ise; Gerek Hashimoto gerekse subklinik hipotiroidi hastalarında eylül-şubat döneminde belirgin, birbirine paralel artış görülmektedir. (Şekil 2)

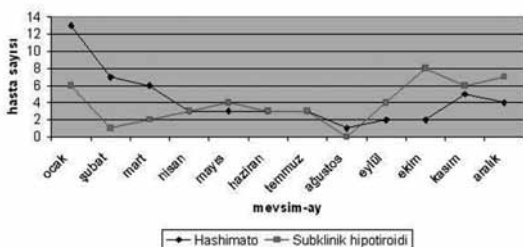
Bölgemiz endemik guatr bölgesi olup uzun süredir iyot replasmanı yapılmaktadır. Aşırı iyot alımı hem hipotiroidi hem de hipertiroidiye yol açabilmektedir. Bölgemizde özellikle hipertiroidi sıklığının yüksek olması ve hipertiroidik hastalarının remisyon sürelerinin 15-18 ay gibi uzun sürmesi fazla iyot alımıyla açıklanabilir. Hipotiroidi sıklığı ise ülkemiz verileri ile çok farklı olmasa da yüksektir. Özellikle hashimoto hastalarının soğuk mevsim döneminde tanı almaları artmış klinik hassasiyete ve bilmediğimiz uyarıların aktive ettiği antikor yanıtlarının bu dönemde daha fazla olmasına bağlanabilir.

Figür 1:Hipertiroidi hasta dağılımı



Şekil 1.

Figür 2: Hipotiroidi hasta dağılımı



Şekil 2.

P176

DİYABETİK HASTALARDA AĞIR HİPOGLİSEMİ ATAKLARININ İNSÜLİN TEDAVİ PROTOKOLLERİ İLE İLİŞKİSİ

¹Evrin Çakır, ²Yusuf Aydın, ¹Betül Özkan, ²Dilek Berker, ²Yasemin Tütüncü, ²Serhat Işık, ²Tuncay Delibaşı, ²Serdar Güler

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği, ²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği

AMAÇ: Hipoglisemi diyabetik hastalarda mortalite ve morbiditesi çok yüksek seyirli bir tedavi komplikasyonudur. Diabetes mellitus (DM) hastalarında uygulanan insülin rejimi ve kullanılan insülin tipi hipoglisemi sıklığını ve ağırlığını etkilemektedir. Çalışmamızda insülin kullanan ve ağır hipoglisemi (acile başvuru gerektirecek bilinç bulanıklığı, koma ile seyreden hipoglisemi olarak alındı) semptomları olan hastaların insülin tedavi rejimleri ve insülin tipleri ile ilişkisi incelendi.

MATERYAL VE METOD: Kesitsel araştırma tipinde planlanan bu çalışmaya tip 1 ve tip 2 DM tanısı almış, en az 6 aydır insülin kullanma öyküsü olan toplam 158 hasta (102 kadın %64, 56 erkek %35; ortalama yaş; 51±/-14) alındı. Hastalarımızı kullandıkları insülin rejimlerine göre 3 ana gruba ayırdık. I.grup: Bazal insülin ve/veya OAD kullanan 11 hasta (%7) , II.grup: Karışım insülin (günde 2 kez) kullanan 102 hasta (%64, 6) , III.grup: Yoğun insülin (4lü insülin) kullanan 45 hasta (%28, 5) . Ayrıca hastalar insülin tiplerine göre 5 gruba ayırdık. 1.Tip: İnsülin Glargin (IGLR) veya İnsülin Detemir (İDET) +OAD kullanan 11 hasta (%7) , 2.Tip: İnsan karışım insülini kullanan (70/30) 102 hasta (%64, 6) , 3.Tip: Regüler insülin+NPH kullanan 30 hasta (%19) , 4.Tip: İnsülin Aspart (İASP) (3lü) + İnsülin Detemir kullanan 5 hasta (%3, 2) , 5.Tip: İnsülin Lispro (İLSP) (3lü) + İnsülin Glargin kullanan 10 hasta (%6, 3) .

Hastaların 129'unda (%81, 6) hiç ağır hipoglisemi atağı olmamışken, 21'inde (%13, 3) 1-3 kez, 8'inde (%5, 2) 4 ve/veya üzerinde acil servise başvurusu gereken hipoglisemi atağı olmuştur. İnsülin kullanan hastaların yaklaşık %18, 5'i son bir yıl içinde acil servise en az bir kez hipoglisemik koma ile başvurmuştu. Bu hastaların 7'sinin (%4, 4) hipoglisemi nedeniyle hospitalize edilmişse gerekmişti. Tip 1 diyabeti olan hastalarda 4 ve üzeri ağır hipoglisemi atakları daha sık gözlemlendi (p<0, 01) . Ağır hipoglisemi atakları sıklığı ile insülin rejimleri arasında istatistiksel (p=0, 251) olarak anlamlı bir ilişki yoktu. Ancak 4'lü yoğun insülin kullanan grupta daha fazla hipoglisemi izlendi. İnsülin tipleri ile ağır hipoglisemi atakları sıklığı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0, 086) .

SONUÇ: Diyabetik hastalarda her tip insülin kullanımında ve değişik insülin rejimlerinde ağır hipoglisemi riski artmıştır. Özellikle yoğun insülin tedavisi yapılan hastalarda bu risk daha da belirgindir. Ayrıca hipogliseminin çok az olduğu sanılan insülin analogları kullanan hastalarda da ağır hipoglisemi atakları izlenmiştir. Ağır mortalite ve morbiditeye yol açabilecek hipoglisemi atakları açısından insülin kullanan tüm hastalar ciddi şekilde eğitilmelidir.

P177

HİPERTİROİDİK HASTALARDA ANTİTİROİD TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASI DÖNEMDE SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

¹Ayşegül Gök Dalbeler, ²Arzu Tanışık Canhoroz, ³Fatih Güzelbulut, ⁴Ahmet Ağrış

¹Bağcılar Devlet Hastanesi, ²İğdır Devlet Hastanesi, ³Koyulhisar Devlet Hastanesi, ⁴Harmancık Devlet Hastanesi

Tiroid patolojileri ülkemiz için özel bir önem taşımaktadır. Dahiliye ve endokrinoloji polikliniklerine başvuran hastalarda yüksek oranda tiroid patolojisi saptanmaktadır. Son yıllarda hem laboratuvar testlerinin sensitivitesinin artması hem de görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ile saptayabildiğimiz tiroid patolojileri de artmıştır. Bu da hastalığın önemini daha da arttırmıştır.

Çalışmamızda hipertiroidizmin solunum fonksiyon testleri üzerine etkileri ve tedavi sonrası ötiroidik hale gelen hastalarda solunum fonksiyon testlerindeki değişim değerlendirildi. Bu amaçla Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi dahiliye polikliniklerine başvuran hipertiroidi tanısı olarak tedavi başlanan yaş ortalaması 45, 50±15, 88 (en genci 22 en yaşlısı 72 yaşında) olan 4'ü erkek 24'ü kadın toplam 28 hasta çalışmaya alınmıştır. Tanı için klinik muayene yapılarak tiroid fonksiyon testlerine (FT4, TSH) bakıldı. Solunum sistemine ait semptomu olanlar, testlerin yapıldığı tarihten itibaren en az 2 ay öncesine kadar solunum sistemi enfeksiyonu geçirmiş olanlar, tiroid fonksiyon bozukluğu dışında herhangi bir sistemik hastalığı, akciğer hastalığı veya toraks deformitesi bulunanlar, anemi, polisitemi, veya gebelik hali bulunanlar ve sigara içenler çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların tedavi öncesi dönemde solunum fonksiyon testlerinden FEV1, FVC ve FEV1/FVC değerlerine bakıldı. Çalışmaya katılan hastalarda değişen dozlarda antitiroid tedavi verildi. Çalışma belirli aralıklarla izlenen hastalarda tiroid fonksiyon testleri normal sınırlar (ötiroid dönem) içerisinde bulununca solunum fonksiyon testi tekrar edilerek sonlandırıldı.

Ötiroid dönemde yeniden ölçülen bu değerlerden FEV1 ve FVC değerlerinin anlamlı şekilde yükseldiği (p<0.001) FEV1/FVC'nin ise tedavi öncesine göre değişmediği tesbit edildi. Bu çalışma sonucunda hipertiroidinin hastalarda herhangi bir solunumsal semptomu yol açmasa bile solunum fonksiyon testlerinde saptanabilen ve tedavi ile düzelebilen reversibile bozukluğa yol açabileceği sonucuna varıldı.

Hipertiroidinin en sık rastlanılan semptomları bilindiği gibi kilo alamama, kilo kaybı, aşırı terleme, sinirlilik, ve çarpıntıdır. Ayrıca hastalarda herhangi bir akciğer patolojisi olmadan özellikle efor dispnesi de görülebilir. Özellikle son yıllarda tiroid bezi hastalıkları ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmıştır. Hipertiroidi ve hipotiroidili hastalarda solunum fonksiyon testleri ve arter kan gazlarının değişimleri çalışma konusu olmuştur. Bu çalışmalarda hiç bir şikayeti olmayan fizik muayene bulgusu olmayan hastalarda bile solunum fonksiyon testleri ve kan gazı değerlerinde bozukluk olabileceği gösterilmiştir. Bu durum hastalar herhangi bir semptomdan şikayetçi olmasalar bile saptanmıştır. Bunun nedeni olarak literatür bilgilerinin ve yapılan çalışmaların ortak bulgusu olarak hipertiroid dönemde solunum kaslarındaki kuvvet kaybı miyopati metabolizma artışı ve guatrın oluşturduğu akım zorluğu olarak değerlendirilmiştir.

Tablo .

	TEDAVİ ÖNCESİ	TEDAVİ SONRASI	P
FVC	2, 09	2, 51	P<0, 001
FEV1	2, 06	2, 51	P<0, 001
FEV1/FVC	0, 99	1, 00	0, 065

P178

AKROMEGALİ VE TOKSİK MULTINODÜLER GUATR BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

¹Ender Hür, ²Gülay Aşçı¹Banaz Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, ²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Nadir görülen hormonal bir bozukluk olan akromegalide tiroid hastalıklarının sık görüldüğü bildirilmekle birlikte gerçek prevalans belli değildir. Literatürde, akromegali hastalarında tiroid volumünde artış ve nodüller guatr riskinde artış olduğu bildirilmekle birlikte toksik multi-nodüler guatr varlığı oldukça nadirdir.

Klinik pratikte nadir görülmesi nedeniyle toksik multinodüler guatr ve akromegali birlikteliği olan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: 62 yaşında bayan hasta baş ağrısı ve yüzüklerin parmaklarına uymaması yakınmalarıyla Banaz Devlet Hastanesi İç Hastalıkları polikliniğine başvurdu. Fizik bakıda 15 yıl önceki fotoğraflarıyla karşılaştırıldığında yüz hatları değişmiş, alın ve alt çene öne doğru uzamış, burun kemikleri geniş ve dişler seyrekleşmiş, dudaklar, burun ve dilde genişleme mevcuttu.

Hastanın öyküsünde 10 yıldır esansiyel hipertansiyon ve tip 2 diabetes mellitus nedeniyle tedavi aldığı ve 15 yıl önce toksik multinodüler guatr nedeniyle opere olduğu öğrenildi. Ayrıca hastanın 35 yaşında menapoz girdiği ve infertil olduğu öğrenildi.

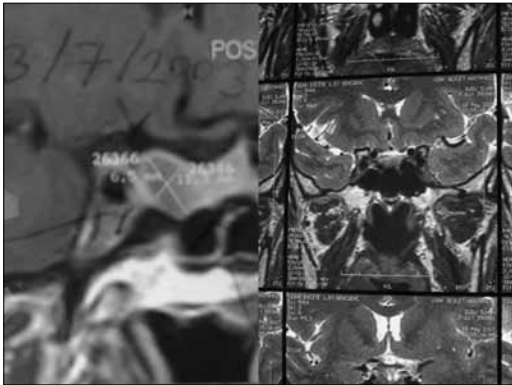
Hastada mevcut yakınmalar, öyküsü ve fizik muayene bulgularıyla "akromegali" tanısı düşünüldü. Bu nedenle bakılan açlık IGF-1 (Somatomedin C) düzeyi 990 ng/ml (N: 70-197 ng/ml) olarak oldukça yüksek saptandı. 100 gr glikoz alımını takiben bakılan 2. saat IGF-1 düzeyinde ise baskılanma saptanmadı (970 ng/ml). Tiroid fonksiyon testleri; serbestT4: (2,1 ng/dl (artmış), TSH: 0,03 µIU/ml (baskılanmış). Laboratuvar değerlendirmeleriyle akromegali düşünülen hastaya adenom olasılığı açısından hipofiz MR çekildi. MR incelemesinde "hipofiz sağ yarısında 6x8x11 mm boyutunda adenom ile uyumlu lezyon tespit edildi. Beyin Cerrahisi ile konsülte edilen hastaya octreotid (Sandostatin LAR®) ve propylthiouracil tedavisi başlandı 4 yıl boyunca tedaviye devam edilen hastada hipofizdeki adenomda küçülmeyle birlikte yüz hatlarındaki kaba görüntü ve ses derinliğindeki artışta da düzelmeye gözlemlendi. Diyabeti ve kan basıncı oral antidiyabetikler ve antihipertansif tedavi ile regüle edildi anti tiroid tedavi ile de tiroid fonksiyon testleri normale geldi.

SONUÇ: Tedavi edilmeyen akromegali hastalarında mortalite oranı genel popülasyona kıyasla 2-4 kat fazladır. Tedavi edilmeyen hastaların çoğu erken yaşta hayatını kaybetmektedir. Akromegali hastalarında sıklıkla bulunan hipertansiyon ve kalp hastalıkları bu popülasyonda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. İlave olarak diyabet ve glikoz toleransında bozulma sıklığı yüksektir.

Klinikte akromegaliden şüphelenilen hastalarda tarama testi olarak açlık IGF-1 düzeyi ve 100 gr glikoz içimini takiben 2. saat IGF-1 düzeylerinin bakılarak ilçe hastanelerinde de bu tür endokrin hastalıkların tanısının konulabileceği ve gerekli MR çekimlerinin engelleneceği kanaatindeyiz.



Akromegali: Yüz Görünümü



Akromegali: MR: Hipofiz Adenomu

P179

HASTA PROFİLİMİZİN TİROİD NODÜL SIKLIĞI

¹Hakan Cinemre, ¹Cemil Bilir, ²Ramazan Büyükkaya, ¹Rezan Gergin, ¹Mustafa Çalıkan, ¹Feyzi Gökosmanoğlu¹Düzce Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı., ²Düzce Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Tiroid nodülleri sıklıkla fizik muayenede veya radyolojik tetkiklerde rastlantısal olarak tanı alırlar. Nodül varlığında en önemli özellik sıklığı %4-6 olan maligniteyi dışlamaktır. Malign nodül lehine bulgular: Çocukluk döneminde saptanma, ailede tiroid kanseri olması, boyun radyasyonuna maruziyet, 30 yaş altı ve 60 yaş üstü olmaktır. Malignite riski multinodüler guatr ve hipertiroidi ile beraber olan nodüllerde düşüktür. Tiroid nodül varlığında ilk yaklaşım TSH ölçümü olmalıdır. Baskılanmış TSH varlığında sintigrafi ile sıcak soğuk nodül ayrımı yapılmalıdır. TSH yüksek veya normale Tiroid ince iğne biyopsisi yapılmalıdır. Malign patolojide cerrahi yaklaşım önerilirken, %70-80 oranında benign patolojide takip önerilir. Yaklaşık %10-15 yetersiz sonuçta tekrar biyopsi önerilir. %10 oranında şüpheli tanıda ise sintigrafi ile sıcak nodül ayrımı yapılarak takip, soğuk nodülde ise tekrar biyopsi önerilir.

METOD: Düzce Tıp Fakültesi İç Hast. Polikliniğine başvuran ardışık ve tiroid disfonksiyon öyküsü olmayan 100 hastaya öncelikle tiroid muayenesi, takiben tiroid USG yapıldı. Hastaların %35 i erkek (yaş 47.5), %65 kadın (yaş 45.2). Fizik muayenede 27 (%27) hastada tiroid nodülü saptandı. Bunların 5 tanesinde USG de nodül saptanmadı. 100 hastanın toplam 42 (%42) tanesinde USG de nodül saptandı. Nodüllerin %30 u kistik, %55 i solid ve kalan %15 i mikst karakterdeydi. %12 sıklıkta multinodüler guatr saptandı.

SONUÇ: Saptanan her tiroid nodülünde malignite dışlanmalıdır. Endemik guatr bölgelerinde tiroid nodülleri normal popülasyona göre çok daha fazla görülmektedir. İyi bir fizik muayeneyle nodüllerin %50-60 ı tespit edilmesine karşın muayeneye saptanamayan nodüller ancak tiroid USG ile tespit edilir. Endemik bölgelerde ultrasonla nodül sıklığı %60 lara kadar çıkabilmektedir. Bizim bölgemizde bu oran yaklaşık %45 tir. Nodüller ne kadar sık olsa da her poliklinik hastasına tiroid USG yapılmalı sorusu maliyet etkinliği açısından kabul görmemektedir. Bizim önerimiz yukarıda saydığımız malignite risk faktörleri olanlar ve fizik muayenede nodülü olan her hastaya tiroid USG yapılmalıdır. Nodülü olan ötiroidik ve hipotiroidik her hastaya öncelikle TİİAB yapılmalı, hipertiroidilere ise önce sintigrafi yapıp soğuk nodül varlığında TİİAB düşünülmelidir.

P180

İNHALER İNSÜLİNİ BEKLERKEN: DİYABETİK HASTALARIN TEDAVİ MEMNUNİYETİ VE İNHALER İNSÜLİN KULLANIMINI KISITLAYAN DURUMLAR

Nazif Altınır, Füsün Topçugil, Bülent Sözmen, Hülya Demir, Suat Demirbuğa, Leyla Aslan

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

AMAÇ: İnsülin tedavisinin alternatif, noninvasif, yeni bir formu olan inhaler insülinin ülkemizde kullanılmaya başlamasından önce, diyabetik hastaların tedavi memnuniyetini ve inhaler insülinin kullanımını kısıtlayan durumların oranını ortaya koymayı amaçladık.

METOD: Hastanemiz iç hastalıkları polikliniğine başvuran diyabetik hastalardan rastgele seçilerek, kesitsel, tek merkezli, gözlemsel bir çalışma planlandı. Çalışmaya katılan hekimler tarafından, yüz yüze görüşme yöntemi ile hastaların epidemiyolojik özellikleri, sigara içme alışkanlıkları ve kronik akciğer hastalıkları sorgulandı. Tedavi memnuniyetini belirlemek için "Diyabet Tedavi Memnuniyeti Anketi (DTSQs)" kullanıldı. Ayrıca insülin kullanan hastalara "İnsülin Tedavisi Hasta Memnuniyeti Anketi (PSIT)" uygulandı. Tüm hastaların HbA1c düzeyleri ölçüldü. Sonuçlar SPSS 7.5 for windows programı ile değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmamıza 99 kadın (%84.70), 54 erkek (%35.30) toplam 153 hasta dahil edildi. Bulgular Tablo 1 ve Tablo 2'de özetlendi.

SONUÇ: Geleneksel insülin ve oral andidiyabetik tedavilerle karşılaştırıldığında, yoğun insülin tedavisi ile hem glisemik kontrol hem de tedavi memnuniyetinde daha iyi sonuçlar elde edildi. Literatürdeki sonuçlar da benzer şekildeydi. Diğer yandan, insülin formları ve tedavi şemaları sürekli iyileştirilmesine rağmen, her 10 hastanın 2-3'ü tedavisinden memnun değil ve de insülin tedavisi oranları hala çok düşük. Bütün bu sorunlar araştırmacıları yeni, alternatif tedavi yöntemleri aramaya zorluyor. Inhaler insülin tedavi memnuniyetini arttırabilir. Fakat, hızla artan sigara içimi ve kronik akciğer hastalıkları kullanımını kısıtlayacaktır. Ayrıca, inhaler insülinin yüksek maliyeti de göz önünde tutularak uygun hastalarda kullanılabilir.

Tablo 1. Diyabetik hastalarda sigara içme ve kronik akciğer hastalıkları

n=153	Tip2 DM	Toplam (Tip1+2 DM)
Sigara içme (Hayatının herhangi bir döneminde)	57/147 (%38.77)	60/153 (%39.22)
Sigara içme süresi (yıl*sigara paket/güm) (ortalama)	28.84±21.33	28.05±21.07
Halen sigara içenler	27/147 (%18.37)	30/153 (%19.61)
Kronik akciğer hastalığı	30/147 (%20.41)	30/153 (%19.61)
KOAH	27/147 (%18.37)	27/153 (%17.65)
Bronşial astım	3/147 (%2.04)	3/153 (%1.96)

Tablo 2.

n=153	Tip 2 DM	Toplam (Tip 1+2 DM)
İnsülin tedavisi	45/147 (%30,61)	51/153 (%33,33)
İnsülin kullanımı süresi (ortalama) (yıl)	5,5	6,5
İnsülin enjeksiyonu uygulama	Kendisi:%82,35 Diğer:%17,65	Kendisi:%84,21 Diğer:15,79
HbA1c (%)	8,16±1,71	8,16±1,68 Yoğun ins: 8.06±1.57; Geleneksel ins: 9.28±1.59(p:0.001); OAD: 8.06±1.72(p:0.23)
DTSOs	30.96±6.02 (%64)	31±6.12 (%65) Yoğun insülin (n=13):34.69±5.02(%72.27) (%95 CI:31.66-37.72)(p:0.001) Geleneksel ins (n=4):28.5±5.32(%59.37) (%95CI:20.03-36.97)(p:0.002) OAD(n=34):29.88±6.13(%62.25) (%95CI:27.74-32.02)(p:0.01)
PSIT/A-Üygunluk/ kullanım kolaylığı (ortalama)	40.82±8.35(%81.65)	40.68±8.03(%81.36) Yoğun insülin (n=13):42.69±3.70(%85.38) (%95CI:40.45-44.93)(p:0.0001) Geleneksel ins (n=4):37.5±8.58(%75) (%95CI:23.84-50.00)(p:0.003)
PSIT/B-Sosyal konfor (ortalama)	15.41±6.33(%61.65)	15.32±6.08(%61.26) Yoğun insülin (n=13):16±5.59(%64) (%95CI:12.62-19.38)(p:0.0001) Geleneksel ins (n=4):13.5±5.45(%54) (%95CI:4.83-22.17)(p:0.016)
PSIT/Toplam (ortalama)	56.24±13.65(%75)	56±13.16(%75) Yoğun insülin (n=13):59±8.52(%78.66) (%95CI:53.85-64.15)(p:0.0001) Geleneksel ins (n=4):51±13.52(%68) (%95CI:29.49-72.50)(p:0.005)

P181**BEKLENMEDİK NEDENLİ BİR HİPOGLİSEMİ OLGUSU**

¹Ümmügül Üyetürk, ¹Süheyla Uzun Kaya, ²Çiğdem Usul Afşar,

¹Binnur Şengezer, ¹Türker Taşlıyurt

¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Hipoglisemi kan şekeri düzeyinin 50 mg/dl veya altında olması şeklinde tanımlanır. İnsülin veya insülin sekretagoğu olan oral antidiyabetik ilaç kullananlarda, nadiren de insülinomaya bağlı olarak görülmektedir. Ayırıcı tanı için kanda insülin, c-peptid düzeyi, kanda ve idrarda oral antidiyabetik ilaç düzeyi bakılabilir.

OLGU: Eşyle birlikte yalnız yaşayan 65 yaşında erkek hasta terleme, idrar kaçırma, dilini ısırma, şuur bulanıklığı nedeniyle acil servise başvurmıştı. Son iki gündür hastanın az konuştuğu, sinirli olduğu ve özgeçmişinde 4 aydır hipertansiyon ve KOAH nedeniyle ilaç kullandığı öğrenildi. Soygeçmişinde ise kız kardeşinde diyabet ve hipertansiyon mevcuttu. Hastanın muayenesinde genel durumunun kötü, zayıf görünümülü olduğu ve bilincinin kapalı olduğu görüldü. TA: 150/90 mmHg, Nabız: 100/dk, solunum sayısı: 20/dk, Ateş: 36°C idi. Solunum sistemi muayenesinde dinlemekle sol bazalde inspirium sonu kreptan raller mevcuttu. Kardiyak ve batin muayenesinde bir özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde belirgin bir taraf bulgusu yoktu. Laboratuvar incelemesinde glikoz: 47 mg/dL, BUN, kreatinin, ürik asit, elektrolitler, karaciğer fonksiyon testleri ve hemogramı normaldi. Hastadan c-peptid ve insülin düzeyi istendi. c-peptid 12, 5 ng/mL (N: 0.9–4), total insülin: 60, 3 mIU/mL (N: 2, 6–27) geldi. Bu değerlerin yüksek bulunması, diyabet öyküsünün olmaması, insülin ve oral antidiyabetik kullanmaması; insülinomaya düşündürdü. Batın BT, batin MR ve pankreasla yönelik anjiyografi planlandı. Batın BT'de; sağ böbrekte atrofik görünümünün dışında pankreas da dahil olmak üzere diğer batin organlarında patoloji tespit edilmedi. Bu arada hastanın kullandığı ilaçların evden getirilmesi istenmişti. İlaçlar geldiğinde hastanın kullandığı hipertansiyon ilacının kutusunun içinden, eşinin kullandığı diyabet ilacının blisteri çıktı. Hastanın bu arada hipoglisemi atakları düzelmisti. Hastanın hastaneye yatışının 6. gününde olduğu için idrarda ve kanda oral antidiyabetik ilaç düzeyi bakılmadı. Bunun yerine c-peptid ve insülin düzeyi tekrar istendi ve normal saptandı.

Hastanın insülin sekretagoğu bir oral antidiyabetik ilaç kullanmış olması, ilaç kesildikten sonra hipoglisemisinin düzelmesi, başlangıçta yüksek olan insülin ve c-peptid düzeylerinin sonrasında normal sınırlara inmesi nedeniyle hastanın hipoglisemisi insülinoma değil sülfonilüre grubu oral antidiyabetiğe bağlıdır.

SONUÇ: Hipoglisemi ayırıcı tanısına giren; ekzojen insülin kullanımında, c-peptid düzeyleri normal, insülin düzeyi yüksektir. Oral antidiyabetik kullanımı ve insülinomada hem c-peptid hem de insülin düzeyi yüksektir. İdrarda ve kanda oral antidiyabetik düzeyi bakılabilir. Nadir de olsa bizim hastamız gibi okuma-yazması olmayan, ilacını tabletin renk ve büyüklüğüyle tanıyıp içen hastalar göz ardı edilmemelidir. Bazen hastanın kullandığı ilaçların sadece sözel değil hasta tarafından pratik olarak da gösterilmesinin istenmesi önemlidir. Bu hastayı pahalı ve gereksiz tetkiklerden kurtaracaktır.

P182**GLUKOZ METABOLİZMA BOZUKLUKLARINDA FİZİK AKTİVİTE VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

¹Didar Yanardağ Açık, ¹A. Emre Yıldırım, ¹Ebru Demir, ¹F. Pınar Mescigil, ¹Hakan Akay, ²Yavuz Demir, ³Tuba Akay, ¹Ömer Dönderici, ¹Rüştü Serter

¹S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, ²S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Metabolizma Hastalıkları Kliniği, ³S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

AMAÇ: Bozulmuş glukoz toleransı (IGT) ve bozulmuş açlık glukozu (IFG) diyabet (DM) öncesi görülen glukoz intolerans durumlarıdır. Tedavi edilmezse diyabet ve kronik komplikasyonları gelişebilir. Farklı fizik

aktivite durumlarında antropometrik ölçümler ile metabolik parametreler arasındaki ilişki değerlendirildi.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya polikliniğimize başvuran 63 tip 2 diyabetik hasta, ADA kriterlerine göre 75 gr oral glukoz tolerans testi ile tanı konulan 59 bozulmuş glukoz toleransı ve 68 bozulmuş açlık glukozu tanısı konan toplam 190 kadın hasta alındı. Hastaların antropometrik ölçümleri (boyun, bel, kalça, uyluk çevreleri, VKİ), demografik verileri, kan basıncı değerleri, açlık (AKŞ) ve tokluk glukoz (TKŞ), lipid paneli, açlık insülin ve sensitif CRP düzeyleri ölçüldü. Hastaların fiziksel aktiviteleri 3 kategoriye ayrıldı. 1. grup hareketsiz (yemek ve tuvalet ihtiyacı dışında fiziksel aktivitede bulunmayan), 2. grup günlük aktiviteler dışında düzenli egzersiz (haftada 3 gün 30 dk yürüyüş veya eş değeri) yapmayan 3. grup günlük aktiviteler dışında düzenli egzersiz yapan grup olarak tanımlandı.

BULGULAR: DM ile IGT grubu karşılaştırıldığında antropometrik ölçümler arasında istatistiksel anlamlı farklılık yoktu. DM ve IFG grubu karşılaştırıldığında, DM grubunda boyun, bel, kalça çevresi ve vücut kitlesi indeksi (VKİ), sistolik ve diastolik kan basıncı, HOMA ve Trigiserit (TG) düzeyleri anlamlı yüksekti (p<0.05). IGT ve IFG grubu karşılaştırıldığında, IGT grubunda bel ve kalça çevresi, VKİ, TG, total kolesterol, sistolik ve diastolik kan basıncı anlamlı yüksek saptandı (p<0.05).

Grup 1; 4 DM, 9 IGT ve 5 IFG hastasından oluşmaktaydı. Her üç glukoz metabolizması bozukluğunda da antropometrik ölçümlerde istatistiksel anlamlı bulgu saptanmadı.

Grup 2; 40 DM, 32 IGT ve 39 IFG hastasından oluşmaktaydı. DM ve IFG grubu karşılaştırıldığında DM grubunda bel çevresi, AKŞ, TKŞ, TG anlamlı yüksek bulundu (p<0.05). IGT ile IFG grubu karşılaştırıldığında bel çevresi, TKŞ anlamlı yüksek bulundu (p<0.05).

Grup 3; 19 DM, 18 IGT, 24 IFG hastasından oluşmaktaydı. DM ile IFG karşılaştırıldığında Boyun, bel, kalça çevresi, AKŞ, TKŞ, HOMA-IR istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p<0.05). IGT ve IFG karşılaştırıldığında bel çevresi, VKİ, TKŞ, total kolesterol ve TG anlamlı olarak yüksek saptandı. (p<0.05)

SONUÇLAR: Hareketsiz gruptaki hastalarda farklı glukoz intoleransı durumlarının hepsinde antropometrik ölçümlerde değişiklik yokken, hareketli gruplarda IFG olanlarda antropometrik ölçümleri DM ve IGT grubuna göre anlamlı olarak farklı saptandı. IFG den IGT ve DM ye doğru gidide bel, kalça ve boyun çevresi ölçümleri anlamlı olarak artmıştı. Bu sonuçlar, fizik aktivitenin prediyabetik dönemde diyabet gelişiminin önlenmesinde etkisini açıkça göstermektedir.

Tablo .

	Diyabet	IGT	IFG	p
Grup 1	N=4	N=9	N=5	
Boyun çevresi	35.5±1.4	36.4±2.7	37.2±2.4	ia
Bel çevresi	111±7.4	106.4±9.2	99.5±14.8	ia
Kalça çevresi	112.4±7.3	117.7±11.3	106.7±8.4	ia
VKİ	33.2±5.1	31.3±4.7	29.1±4.3	ia
AKŞ	¹ 236±103.7	109±10.7	111.4±6	<0.05
TKŞ	^{1,2} 307.3±126.6	³ 153.8±29.4	109.4±12.9	<0.05
HOMA	¹ 3.3±0.4	1.9±1.5	2.3±1.2	<0.05
T.Kolesterol	245.3±57	219.6±38.5	195.2±51.9	ia
Trigliserid	170.5±152.5	137.4±45.1	116.8±20.9	ia
Grup 2	N=40	N=32	N=39	p
Boyun çevresi	37.2±2.8	37.1±3.6	36±3.3	ia
Bel çevresi	² 105.4±11.3	³ 103.7±9.2	98.3±12.4	<0.05
Kalça çevresi	110.1±11.6	110.7±10	107.4±9.6	ia
VKİ	32.1±5.9	31.8±4.9	30.2±6	ia
AKŞ	^{1,2} 192.4±72.8	101.1±13.3	106.1±5.3	<0.05
TKŞ	^{1,2} 284.1±105.2	³ 166.1±23	110.2±14.5	<0.05
HOMA	3.5±1.9	3.6±4.8	3.1±2.3	ia
T.Kolesterol	213±49.1	217.3±46.8	209.7±49.5	ia
Trigliserid	² 239.7±261.3	178±81.7	143.2±74.6	<0.05
Grup 3	N=19	N=18	N=24	p
Boyun çevresi	² 38.3±3.1	36.5±3.5	35.8±3.5	<0.05
Bel çevresi	² 108.5±18	³ 100.7±17.6	89.7±9.4	<0.05
Kalça çevresi	² 116.4±14.1	109.3±11.1	104.5±6.8	<0.05
VKİ	34.3±6.8	³ 32.3±7.2	27.4±3.8	<0.05
AKŞ	^{1,2} 193.4±64.8	100.3±11.5	105.8±5.4	<0.05
TKŞ	^{1,2} 258.1±126.1	³ 156.6±17.9	109±12.7	<0.05
HOMA	^{1,2} 4.7±3.8	2.5±2.5	2.8±1.9	0.049
T.Kolesterol	187.4±38.4	³ 212.9±40.5	179±35.3	<0.05
Trigliserid	153.2±16.2	³ 166.4±60	112.9±59.8	<0.05

P183

METABOLİK SENDROMDA FARKLI FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMLARIYLA İNSÜLİN DİRENCİ İLİŞKİSİ

¹Hakan Akay, ¹A. Emre Yıldırım, ¹Ebru Demir, ¹Didar Yanardağ Açık, ¹F. Pınar Mescigil, ¹Caner Keser, ²Yavuz Demir, ³Tuba Akay, ¹Ömer Dönderici, ¹Rüştü Serter

¹S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, ²S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Metabolizma Hastalıkları Kliniği, ³S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

AMAÇ: İnsülin direnci metabolik sendromun temelidir. Yaşam tarzı değişikliklerini içeren uygun diyet ve hareket programları insülin direncini düzeltebilir. Çalışmamızda farklı düzeylerde fizik aktivite gerçekleştiren bireylerde insülin direnci sıklığı saptandı ve metabolik parametrelerle fiziksel aktivite ilişkisi değerlendirildi.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya 527 hasta alındı. ATP (Adult Treatment Panel) III kriterlerine göre 135 metabolik sendrom tanısı konuldu. İnsülin direnci HOMA-IR yöntemi ile hesaplandı. HOMA-IR değeri 2, 7'nin altında ve üstünde olarak 2 gruba ayrıldı. Hastaların fiziksel aktiviteleri 3 kategoriye ayrıldı. 1. grup hareketsiz (yemek ve tuvalet ihtiyacı dışında fiziksel aktivitede bulunmayan), 2. grup günlük aktiviteler dışında düzenli egzersiz (haftada 3 gün 30 dk yürüyüş veya eş değeri) yapmayan 3. grup günlük aktiviteler dışında düzenli egzersiz yapan grup olarak tanımlandı. Antropometrik ölçüm olarak bel, kalça, boyun ve uyluk çevresi, Vücut kitle indeksi (VKİ) değerleri kaydedildi. Hastalarda plazma insülin, sensitif CRP, açlık ve tokluk glukoz, lipid paneli değerlendirildi.

BULGULAR: 527 hastanın 135'inde insülin direnci saptandı. 1. gruptaki 32 hastanın 12'sinde (%37.5), 2. grupta 261 hastanın 68'inde (%26.1) ve 3. grupta 234 hastanın 55'inde (%23.5) insülin direnci saptandı. Hareketsiz grupta antropometrik ölçümlerde anlamlı fark yokken grup 2 ve 3'de insülin direnci olanlarda olmayanlara göre boyun, kalça ve uyluk çevresi anlamlı olarak daha genişti (p<0.05).

SONUÇLAR: Çalışmamızda hareketsiz gruptan hareketli gruba geçildiğinde insülin direnci sıklığının belirgin düştüğü görülmüştür. Yaşam tarzı değişiklikleri insülin direnci tedavisinde ana unsur olmalıdır.

Tablo .

	İnsülin direnci (var)	İnsülin direnci (yok)	
Grup 1	N=12	N=20	p
Boyun çevresi	39,3±4,3	36,9±2,3	İA
Bel çevresi	115,2±15,6	105±13,1	İA
Kalça çevresi	116±15,4	114±14,2	İA
Uyluk çevresi	51,6±9,8	47,5±6,3	İA
VKİ	35,6±8,4	31,5±5,9	İA
Grup 2	N=68	N=193	p
Boyun çevresi	36,9±3,7	35,8±2,8	0.029
Bel çevresi	105,6±12,7	97,1±12,7	<0.0001
Kalça çevresi	113,2±11,3	108,5±9,7	0.001
Uyluk çevresi	49,8±7,1	48,8±6,1	İA
VKİ	32,5±5,8	29,9±5,2	<0.0001
Grup 3	N=55	N=179	p
Boyun çevresi	36,8±3,8	35,6±3,6	0.041
Bel çevresi	95,1±15,3	90,8±15,4	İA
Kalça çevresi	107,7±9,6	103,9±10,7	0.019
Uyluk çevresi	48,8±6,2	46,5±6,5	0.027
VKİ	29,4±5,4	27,3±5,9	0.018

P184

TİP 2 DİABETES MELLİTUSTA QTC İNTERVALI İLE İNSÜLİN DİRENCİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

¹A. Emre Yıldırım, ¹Ş. Sanem Akçayöz, ²Yavuz Demir, ¹Selma Alagöz, ¹Z. Abidin Öztürk, ¹Yaşar Acar, ¹Berrin Demirbaş, ¹Gül Gürsoy

¹S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, ²S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Metabolizma Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Uzamış QTC intervalı sağlıklı insanlarda, kardiyak hastalığı olanlarda ve diyabetli hastalarda kardiyovasküler mortalite için tanımlanmış bir risk faktörüdür. Bazı çalışmalarda insülin direncinin miyokard aktivasyonunu etkilediği ve QT intervalının uzamasına neden olabileceği öne sürülmüştür. Çalışmamızda Tip 2 diyabetik hastalarda HOMA-IR düzeyi ile QTC değeri arasındaki ilişki incelenmiştir.

MATERYAL VE METOD: Oral antidiyabetik kullanan 50 Tip 2 diyabetik hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik verileri, beden kitle indeksleri, bel kalça oranı, impedansmetre ile vücut yağ yüzdesi, arteriyel kan basıncı ölçümleri kaydedildi. Açlık şekeri, tokluk kan şekeri, lipid paneli, ürik asit, insülin ve HbA1c düzeyleri tayin edildi. QTC mesafesi 12 derivasyonlu EKG kaydından Bazett' in düzeltilmiş formülü ile HOMA-IR açlık kan şekeri (mmol/l) x açlık insülin (µU/ml) / 22.5 formülü ile hesaplandı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalamaları 53.22 ± 9.6 yıl olup 38'si erkek, 12'si kadın idi. Hastalar HOMA-IR düzeylerine göre <2.7 (1. grup, n=21) ve ≥ 2.7 (2. grup, n=29) olarak 2 gruba ay-

ırıldı. 1. grup ve 2. grup hastaların QTC değerleri benzer bulunurken 1. grubun AKŞ, TKŞ, HbA1c, bel çevresi, BKİ, BKO ve yağ yüzdesi düzeyleri 2. grubtan istatistiksel anlamlı düşük bulundu (Tablo 1).

SONUÇ: Çalışmamızda diyabetik hastalarda QTC intervalı ile HOMA-IR arasında ilişki bulunmamıştır. Hasta sayısının sınırlı olmasının ve diyabet sürelerinin benzer olmasının bu sonuca neden olabileceği düşünülmektedir.

Tablo .

	1. grup (IR-) N=21	2. grup (IR+) N=29	p
QTC	0,430±0,28	0,421±0,35	İA
AKŞ	137,29±44,20	218,41±85,80	<0,001
TKŞ	216,76±88,28	292±96,89	<0,05
HbA1c	7,14±2,38	8,71±2,49	<0,05
Bel çevresi	91,13±9,98	106,24±10,51	İA
BKİ	28,83±4,63	34,02±5,1	<0,05
Yağ Yüzdesi	30,48 ±8,88	39,18±8,86	<0,001

P185

DİABETİK MİKROVASKÜLER KOMPLİKASYONLAR VE SERUM SELENYUM DÜZEYİ

¹A. Emre Yıldırım, ¹Ş. Sanem Akçayöz, ²Yavuz Demir, ¹Z. Abidin Öztürk, ¹Nazlı Kırnap, ¹Selma Alagöz, ¹Yaşar Acar, ¹Berrin Demirbaş, ¹Gül Gürsoy

¹S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, ²S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Metabolizma Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Diyabetik mikrovasküler komplikasyonların patogenezinde oksidatif stres önemli rol oynamaktadır. Diyabetik ratlarda selenyum eksikliğinin oksidatif stresi artırdığı gösterilmiştir. Çalışmamızda serum eser elementleri olan selenyum, bakır ve çinko düzeyleri ile diyabetin kronik mikrovasküler komplikasyonları arasındaki ilişkiyi inceledik.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya oral antidiyabetik kullanan 50 tip 2 diyabetik hasta alındı. Olguların demografik verileri, beden kitle indeksleri, bel kalça oranı, impedansmetre ile vücut yağ yüzdesi, arteriyel kan basıncı ölçümleri kaydedildi. Hastaların açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri, lipid paneli, ürik asit, serum elektrolit ve eser element (bakır, çinko ve selenyum) düzeyleri tayin edildi. Mikrovasküler komplikasyonlar (diyabetik retinopati, nefropati ve nöropati) değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalamaları 53.22 ± 9.6 yıl olup 38'si erkek, 12'si kadın idi. Hastaların 12'sinde diyabetik retinopati, 12'sinde nefropati ve 17'sinde nöropati tespit edildi. Retinopatisi ve nefropatisi olan hastaların serum selenyum düzeyleri komplikasyonları olmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunurken (sırasıyla 83.7 ± 11.4 vs. 99.8 ± 18.2 µg/L, p<0.01; 85.4 ± 17.1 vs. 99.3 ± 17.3 µg/L, p<0.05), nöropatisi olan grupta istatistiksel fark yoktu. Yine komplikasyonları olan grup ile olmayan grupların serum demir, bakır ve çinko düzeyleri benzer bulundu.

SONUÇ: Çalışmamızda diyabetik mikrovasküler komplikasyonları olan hastalarda selenyum düzeyleri düşük bulunmuştur. Selenyum eksikliği hem hiperglisemik durumu uyararak ve hem de büyüme faktörleri aracılığı ile oksidatif stresi artırarak mikrovasküler komplikasyonların oluşumuna zemin hazırlıyor olabilir.

P186

DİABETİK MİKROVASKÜLER KOMPLİKASYONLAR VE SENSİTİF C-REAKTİF PROTEİN ARASINDAKİ İLİŞKİ

¹A. Emre Yıldırım, ¹Ş. Sanem Akçayöz, ²Yavuz Demir, ¹Onur Eşbah, ¹Z. Abidin Öztürk, ¹Selma Alagöz, ¹Yaşar Acar, ¹Berrin Demirbaş, ¹Gül Gürsoy

¹S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, ²S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Metabolizma Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Birçok klinik çalışmada aterosklerozda olduğu gibi diyabetes mellitus patogenezinde de inflamasyonun rol oynadığı öne sürülmüştür. Akut faz reaktanlarının diyabetin takibindeki önemi bilinmektedir ancak kronik mikrovasküler komplikasyonlar ile arasındaki ilişki net gösterilmemiştir. Klinik çalışmamızda yüksek sensitif c-reaktif protein (hs-CRP) ile diyabetik kronik komplikasyonlar arasındaki ilişkiyi inceledik.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya oral antidiyabetik kullanan 123 tip 2 diyabetik hasta alındı. Olguların demografik verileri, beden kitle indeksleri, bel kalça oranları, impedansmetre ile vücut yağ yüzdesi, arteriyel kan basıncı ölçümleri kaydedildi. Hastaların açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri, HbA1C, lipid paneli ve sensitif CRP düzeyleri tayin edildi. Diyabetik mikrovasküler komplikasyonlar (retinopati, nefropati ve nöropati) açısından hastalar değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların 86'si kadın, 37'si erkek olup yaş ortalamaları sırasıyla 52.94 ± 9.6 yıl, 53.65 ± 9.2 yıl idi. Hastaların 36'sında diyabetik retinopati, 34'ünde nöropati ve 31'inde nefropati tespit edildi. Diyabetik retinopati, nefropati ve nöropati komplikasyonu olan hastaların hs-CRP düzeyleri, komplikasyonları olmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (sırasıyla 5.37 ± 3.5 vs. 3.7 ± 3.1 mg/L, p=0.011; 5, 4 ± 3.8 vs. 3.8 ± 2.9 mg/L, p=0.02; 5.3 ± 3.5 vs. 3.0 ± 2.9 mg/L, p=0.001). Ayrıca diyabetik retinopatisi olan grupta AKŞ, TKŞ ve HbA1C düzeyleri retinopatisi olmayan gruptan anlamlı yüksek bulundu (sırasıyla p=0.01, p=0.003, p<0.001).

SONUÇ: Çalışmamızda diyabetin mikrovasküler komplikasyonlarında hs-CRP düzeyi yüksek bulunmuş olup diyabetik hastalarda yüksek hs-CRP düzeyleri mikrovasküler komplikasyonlar açısından risk faktörü olabilir düşünülmektedir.

P187**TİP 2 OTOİMMUN POLİGLANDÜLER SENDROMLU BİR OLGU**¹Ümmügül Üyetürk, ²Çiğdem Usul Afşar¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Sb İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği.

ĞİRİŞ: Otoimmün poliglandüler sendromlar (OPS) endokrin bezlerin humoral faaliyetlerinde yeter-sizliğe yol açan bir grup otoimmün hastalıktır. İki veya daha fazla endokrin bezin otoimmün tutulumu sonucu bezlerin hormonal faaliyetlerinde yetersizlik olur ve buna endokrin sistem dışındaki immünolojik hastalıklar eşlik eder. Tip 2 OPS (Schmidt sendromu) 'un komponentleri otoimmün Addison hastalığı, otoimmün tiroid hastalığı ve/veya tip 1 diabetes mellitustur. Vitiligo, ITP, pernisiyöz anemi, miyasteni, miyopati ve serozit eşlik edebilir. Genellikle erişkin bayanlarda görülen nadir bir sendromdur. Addison hastalığı olan tip 2 OPS'lu bayanların yaklaşık %25'inde prematür menopoz veya amenore öyküsü vardır.

OLGU: 46 yaşındaki bayan hasta polikliniğimize yorgunluk, güçsüzlük, iştahsızlık, bulantı, karın ağrısı, diyare, kilo kaybı, kas ağrıları, hipotansiyon ve cilt ve müköz membranlarda pigmentasyon artışı ile baş-vurdu. Anamnezinde hastanın 40 yaşında iken prematür menopoz teşhisi aldığını öğrendik. Ayrıca kardeşi de guatr nedeniyle opere olmuştur. Fizik muayenede TA: 70/40 mm Hg, Nb: 84/dk, ateş: 36, 4 °C, solunum sistemi muayenesi ve kardiyak muayenesi normal olarak saptandı. Batın muayenesinde Traube kapalı idi. Tetkiklerinde normokrom normosit bir anemi tespit edildi. Ayrıca hiponatremisi mevcuttu ve Addison hastalığında genellikle nadir olarak beklenen hiperkalsemi tespit edildi. Glikoz düzeyi de dahil olmak üzere diğer biyokimya parametreleri normaldi. Sedim: 45 mm/h saptandı. PTH: 96, 3 pg/ml (N: 9-78) yüksek olarak saptandı. FSH ve LH seviyeleri yüksek, östradiol seviyesi ise düşük saptandı, bu değerler menopoz ile uyumlu idi. Hastanın Addison tanısı klinik semptomlara, sabah saat 8: 00'de bakılan kortizol değerinin 1 microg/dl (N: 5-25) yani düşük saptanması ile ve ACTH değerinin 1250 pg/ml (N: 0-46) yani yüksek saptanması ile kondu. Hastanın kraniyal ve sella MR'ı normaldi. Abdominopelvik BT'sinde overler ayırt edilemedi. Klinik muayene, laboratuvar bulguları ve radyolojik incelemeler sonucunda Addison has-talığına eşlik eden Hashimoto hastalığının tanısı konuldu. Serum TSH düzeyi: 16, 3 microIU/ml (N: 0, 20-3, 50), antiTPO antikor seviyesi: 93 IU/ml (N: 0-35) ve antiTg antikor seviyesi: 172 IU/ml (N: 0-40) olarak tespit edildi. Hastada proksimal kas güçsüzlüğü tespit edildi ve yapılan EMG enflamatuvar miyopati ile uyumlu geldi. Gerekli farmakoterapi ile tedavi altına alınan hasta halen polikliniğimizden takiplidir.

SONUÇ: OPS'un major komponenti olan hastalıklardan biri saptanan hastalarda mutlaka diğer organ spesifik otoimmün hastalıklar taramalıdır. Tip 2 OPS HLA ile kuvvetli ilişki gösterir ve bu sendrom tespit edilen hastaların birinci derece akrabalarında tanı konmamış organ spesifik otoimmün hastalıklar görü-lür. Bu sebeple en azından tiroid fonksiyon testleri yapılmalıdır. Sendrom letal olabileceği için, erken tanı konulması ve OPS'dan şüphelenmek çok önemlidir. Replasman tedavisi hemen yapılmalıdır.

P188**MAKROPROLAKTİNEMİLİ HASTA: OLGU SUNUMU**

Mehmet Yıldız, Neyran Umay, Sanem Kayhan, Nevzat İlman

Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği

ĞİRİŞ: Prolaktinin dolaşımdaki predominant formu monomerik prolaktin (%85-95) olup minor formu ise makroprolaktindir. (< %1) Makroprolaktin; monomerik prolaktin ve Ig G kompleksidir. Eğer hiper-prolaktinemide makroprolaktin öne çıkıyorsa makroprolaktinemi olarak isimlendirilir. Hiperprolaktinemi hastada makroprolaktinemi genelde klinik semptom (amenore, galaktore ya da infertilitte) ve pitüiter adenomun yokluğunda gözlenir ancak bunun tersi de sözkonusudur. Makroprolaktinin önemi tam olarak anlaşılamamıştır.

OLGU: 28 yaşındaki bayan hastada galaktore ve adet düzensizliği olması üzerine yapılan incelemede Prolaktin: 170 ng/ml, PEG PRL: 40 ng/ml Recovery PRL: %23.5 (%50-%100) olarak belirlendi. Cranial MR incelemede 0.8 mm mikroadenom ile uyumlu bulgu saptandı.Semptomatik olması nedeniyle hastaya bromokriptin tedavisi başlandı.TARTIŞMA: Hiperprolaktinemi galaktore, oligomenore, amenore, infertili-te semptomlarını kadında; libidoda azalma, impotans ve galaktore bulgularını erkekte verir. Sekonder amonore olan kadınların %15'inde hiperprolaktinemi vardır. Bu üreme çağındaki kadınların %3 'ünü etki-ler.Makroprolaktinemi 1981 yılında Whittoken tarafından "büyük büyük prolaktin" olarak tanımlanmıştır. Makroprolaktinemi insidansı net olarak bilinmemektedir. Myai tarafından 10550 sağlıklı Japon arasında yapılan çalışmada (8450 erkek, 2100 kadın) %0.4 oranında 40 hastada hiperprolaktinemi saptanmıştır. Bunların ¼'ü makroprolaktinemi ve 8'i kadın olan bu 10 hastanın hiçbirinde semptom ve endokrin disfonksiyona rastlanmamıştır. Makroprolaktinemi her iki cinste de görülür fakat kadınlarda prevalansı daha fazladır. (kadında %0.2 erkekte %0.02). Bu fark kadınların infertilitte ve menstrüel düzensizlik ne-deniyile daha sık araştırılmasından kaynaklanmaktadır. Hattori %8.5-%40 hiperprolaktinemi vakasının nedeninin tanımlanmadığını ve makroprolaktineminin bu kategoriye girdiğini belirterek yaptığı bir çalışmada 75 idiopatik hiperprolaktinemi hastanın 12'sinde (%16) makroprolaktinemi saptamıştır.Pas-coe-Lira 209 sağlıklı hamile bayanı taramış ve 8'inde (%3-8) makroprolaktinemi ve bu 8 hastanın 5'inde Anti PRL Ab saptamıştır. Bu da makroprolaktineminin hamilelikte daha sık olabileceğini vurgulamaktadır. Otoimmün hastalıklarla ilişkisi de araştırılmıştır.SLE'deki hiperprolaktinemi makroprolaktinemiye bağ-lanmıştır.Ancak RA ile ilişkisi saptanmamıştır. Makroprolaktin invivo olarak çok sınırlı biyolojik aktiviteye sahiptir.PRL Ig G kompleksinin vasküler endotel geçme kapasitesi sınırlı olduğundan reseptöre ulaşması zordur.Bu da klinik bulguların yokluğu ya da eksikliğini açıklar.

Bazı makroprolaktinemi hastalarda pitüiter glandada anormal radyografik bulgulara rastlanmıştır. Ancak bu durum diğer hiperprolaktinemiye neden olan sebeplere göre daha düşüktür. Makroprolaktine-miyi pitüiter görüntüleme ve dinamik testlerle takip etmek zaman kaybıdır.Hiperprolaktinemi hastaları makroprolaktinemi açısından araştırılmalıdır böylece gereksiz bir cerrahi girişim engellenebilir.

P189**TİP 2 DİYABETES MELLİTUSLU HASTALARDA DOMPERİDON VE METOKLOPRAMİDİN SAFRA KESESİ KONTRAKSİYONU ÜZERİNE ETKİLERİ**

İlyas Çapoğlu, Habib Bilen, Mustafa Keleş, Mehmet Türkeli, Yılmaz Bilgiç, Ömer Yılmaz

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

AMAÇ: Bu çalışmada, Tip 2 Diyabetes Mellituslu hastalarda gastrointestinal sistemde motilite düzen-leyicisi olarak kullanılan domperidon ve metoklopramidin safra kesesinin kontraksiyonunu artırıp artır-madığının araştırılması amaçlandı.

MATERYAL VE METOD: 2005-2006 yılları arasında İç Hastalıkları polikliniğine başvuran Tip 2 DM tanısı konmuş toplam 45 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar randomize olarak 15'er kişilik 3 alt gruba ayrı-lıp, bir ay süreyle verilen placebo (grup 1) , metoklopramidin (grup 2) ve domperidon (grup 3) etkileri, safra kesesi ejeksiyon fraksiyonu ölçülerek karşılaştırıldı. İstatistiksel karşılaştırmalarda t-testi ve varyans analizi kullanıldı.

BULGULAR: Metoklopramid ve Domperidon grubu hastaların tedavi sonrasındaki ejeksiyon fraksiyon-ları, tedavi öncesi ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı biçimde iyileşme gösterirken (p < 0.001) placebo grubunda istatistiksel olarak anlamlı değildi (p > 0.05) .

SONUÇ: Gastrointestinal sistemde motilite bozukluğu düşünülen Tip 2 diyabetes mellituslu hastalar-da prokinetik ajan olarak domperidon ve metoklopramid kullanılabilir ve safra kesesi taşı oluşma riskini azaltabilir.

Tablo 1. Hastaların özellikleri, tedavi öncesi ve sonrası ejeksiyon fraksiyonları

	Grup 1 (Placebo) n= 15	Grup 2 (Metoklopramid) n= 15	Grup 3 (Domperidon) n= 15
Yaş (yıl)	60.0±5.4	59.0±4.7	60.66±4.6
Diyabet süresi (yıl)	14.1±4.8	15.0±2.5	16.53±4.4
Ejeksiyon fraksiyonu (%)			
Tedavi öncesi	0.22±0.12	0.27±0.08	0.24±0.09
Tedavi sonrası	0.19±0.11	0.51±0.14	0.58±0.56

P190**NADİR GÖRÜLEN ENDOKRİN HİPERTANSİYON SEBEPLERİNDEN CONN SENDROMU**¹Meryem Tahmaz, ²Yasemin Erdoğan Döventaş, ¹Tayyibe Saler,¹Abdülbaki Kumbasar, ¹Abdülkadir Ergen¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği, ²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya Laboratuvarı

ĞİRİŞ: Primer hiperaldosteronizm; Aldosteron hormonunun primer düzenleyici mekanizmalara bağlı olmaksızın, adrenal korteksten genellikle soliter adenom ya da bilateral hiperplaziye bağlı otonom aşırı salınımı ile karakterize bir sendromdur. Klinik bulgular nonspesifik olup, daha çok hipopotasemi ve hiper-tansiyondan kaynaklanmaktadır. 30-50 yaş kadınlarla daha sık bildirilmiştir. 10 yıldır esansiyel hipertan-siyon tanısı ile izlenen ve düzenli medikal tedavi almasına rağmen uç organ hasarlarının olduğu görülen bu olgu nedeniyle endokrin hipertansiyon nedenlerine dikkat çekmek amacıyla sunduk.

OLGU: 42 yaşında bayan hasta polikliniğimize 2 yıldır devam eden ve gittikçe artan, kronik yorgunluk, iştahsızlık, zaman zaman kollarında ve yüzünde uyuşma şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde 10 yıldır hipertansiyonu mevcuttu..

Fizik muayenede; şuur açık, koopere. Cilt soluk. Boy: 163 cm, kg: 45 idi. TA: 200/110 mmHg Nb: 88/dk ölçülen hastanın, kardiyak okültasyonunda apekte 1-2/6 sistolik üfürüm saptandı. Diğer sistem mua-yeneleri normaldi.

Laboratuvar: aks; 103, kreatinin; 1.1 Na; 144 K; 2.6 CL, 103 Ca; 9.4 Mg; 2.1 Htc; 32 Hb; 10.1 MCV; 81 Fe ve FeB düşük. Diğer rutin biyokimyasal değerleri normaldi.

10 yıldır hipertansiyonu olduğunu ve değişik birçok ilaç kullanmasına rağmen tansiyonunun normale düşmediğini söyleyen hastanın tedavisine Doksozasin 4 mg eklendi..Hastanın 2. başvurusunda ölçülen kan basıncı 190/100 mmHg, serum K+ düzeyi 2.1 idi.

Renal doppler USG; Renovasküler hipertansiyon lehine bulgu saptanmadı. 24 saatlik idrarda K atılımı 35 mg idi.24 saatlik idrar VMA ve metanefrin ölçümü normaldi.

Batın USG: sağ sürrenalde şüpheli nodüler lezyon saptanan hastanın hipokalemi ve hipertansiyon da olmasından dolayı Conn sendromu olabileceği düşünüldü, plasma aldosteron düzeyi ve renin aktivitesi ölçümü istendi. Plasma renin aktivitesi; 0.5 ng/ml/saat (N; 1-3 ng/ml/s) , plasma aldosteron düzeyi; 55 ng/dl (5-25 ng/dl) . Aldosteron seviyesi yüksek, buna karşılık renin düzeyi düşük olan hastaya kaptop-ril testi yapıldı.Sonucun etkilenmediği görüldü. Sağ sürrenaldeki kitlenin ileri tetkiki için istenen batın MR'da sağ sürrenalde 2.2* 2 cm boyutunda adenom saptandı.

Hasta, Conn sendromu ön tanısı ile cerrahi kliniğine sevk edildi. Sağ sürrenalektomi cerrahisi uygulan-dı.Hastanın postop. 1 yıllık izlem sürecinde herhangi bir ilaç almadan ortalama kan basıncı 120/80 mmHg bulundu ve elektrolit imbalansı izlenmedi.

TARTIŞMA: Klasik primerhiperaldosteronizm (PH) ; tüm hipertansiyon hastaları içindeki oranı %0.5-2.2 dir. Bununla %65'i aldosteron salgılayan adenomlara bağlanmıştır. Çapı 1 cm'den küçük nodüllerin BT ve MR ile görülmesi zordur.Diğer habis hipertansiyon nedenlerinde görülen yüksek renin düzeylerinin tersine, primer hiperaldosteronizm bulunan hastalarda renin düzeyleri düşüktür. Ancak plazma renin ak-tivitesindeki düşüş, aldosteron seviyelerinde azalmaya neden olmaz.

P191

METABOLİK SENDROMLU HASTALARDA İNSÜLİN DİRENCİ VE KORONER KALP HASTALIĞI GELİŞME RİSKİ

Fatma Paksoy, Cemal Bes, Gökhan Apucu, Turgay Ulaş, Emrah Erkan Mazi, Fatih Borlu

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği

ĞİRİŞ: Metabolik sendrom; insülin direnci temelinde ortaya çıkan, prematüre aterosklerozun eşlik ettiği önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. İnsülin direnci; endotel disfonksiyonu ve ateroskleroz sürecini hızlandırarak klinikte koroner arter hastalığı, inme, periferik damar hastalığı gibi yüksek mortalite ile seyreden tablolara neden olmaktadır.

AMAÇ: Metabolik sendromun temelini oluşturan insülin direncini düşürmekle, hastalarda yeterli kardiyak korunmanın sağlanıp sağlanamayacağını araştırmak amaçlandı.

MATERYAL ve METOD: Polikliniğimizde IDF 2005 kılavuzuna göre metabolik sendrom tanısı ile takip ve tedavi edilen hastaların, Framingham kriterleri'ne (cinsiyet, yaş, sigara, sistolik tansiyon, HDL kolesterol, total kolesterol) göre puanlama yapılarak, 10 yıllık koroner kalp hastalığı (KKH) gelişme riskleri hesaplandı. Elde edilen risk puanları ile insülin direnci arasındaki ilişki incelendi. İnsülin direnci; HOMA = açlık serum insülini (µu/ml) x açlık plazma glukozu (mmol/l) / 22,5 formülü ile hesaplandı. Hastalar HOMA skoru <2,5 (grup 1), HOMA skoru =2,5-4,0 (grup 2) ve HOMA skoru ≥4,0 (grup 3) olmak üzere üç gruba ayrıldı.

BULGULAR: Çalışmaya 146'sı erkek, 324'ü kadın olmak üzere toplam 470 metabolik sendrom tanılı hasta alındı. Hastaların ortalama yaşı 55,21±9,36, boyu 158,56±8,24 cm, kilosu 82,74±13,54 kg, bel çevresi 100,43±10,75 cm, sistolik tansiyonu 152,92±22,95 mm Hg, diastolik tansiyonu 93,50±12,89 mm Hg, glukoz değeri 105,77±16,16 g/dl, trigliserid değeri 172,60±107,00 g/dl, HDL kolesterol değeri 46,69±11,69 g/dl, total kolesterol değeri 220,68±39,94 g/dl ve HOMA değeri 3,09±1,85 idi. 10 yıllık KKH geçirme riskleri ortalama %11,76±9,06 saptandı.

Gruplarda yaş ve sigara içen hasta sayısı birbirine benzerdi. (p>0,05). Her üç grupta da insülin direnci ile Framingham risk skoru arasında anlamlı ilişki bulundu (p<0,05). Ortalama bel çevresi en geniş olarak 3. grupta saptandı.

Hastaların %34,89' u sigara içiyordu. Ortalama HOMA değerleri 3,21 idi. Sigara içenlerde 10 yıllık KKH gelişme riski gruplarda sırasıyla %17,45, %19,18 ve %19,88 olmak üzere ortalama %18,66 saptandı. Bu değer bütün hastalarla karşılaştırıldığında ileri derecede anlamlı bulundu (p<0,05). Sigara içenlerde trigliserid düzeyleri daha yüksek, HDL kolesterol değerleri daha düşük saptanması kardiyovasküler riskin bu grupta neden daha yüksek olduğunu açıklayabilir.

TARTIŞMA: Hastalarda insülin direnci arttıkça, buna paralel olarak koroner kalp hastalığı gelişme riskinin arttığı gözlenmektedir. Çalışmanın en dikkat çeken bulgusu metabolik sendromlu hastalarda insülin direnci tedavisiyle ortadan kaldırılrsa bile koroner kalp hastalığı gelişme risklerinin %10 civarında olmasıdır. Bu da bu hastalarımızı ciddi ve agresif bir tedaviyle kardiyoprotektif korumaya almamız gerektiğini göstermektedir.

Tablo .

İNSÜLİN DİRENCİ	KKH GELİŞME RİSKİ
GRUP 1: HOMA <2, 50 (n=220)	%10,35
GRUP 2: HOMA 2,5-4,0 (n=150)	%12,31
GRUP 3: HOMA >4,0 (n=100)	%14,05
SİGARA İÇENLER (n=164)	%18,66

P192

PAROKSİSMAL ATRİYAL FİBRİLASYON İLE ACIL SERVİSE BAŞVURAN BİR PRİMER HİPERALDOSTERONİZM OLGUSU

Yasemin Kaya, Ahmet Kaya, Serkan Bulur, Elif Önder, Adem Güngör, Hakan Cinemre, Hakan Özhan, Mehmet Yazıcı

Düzce Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, Düzce Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Düzce.

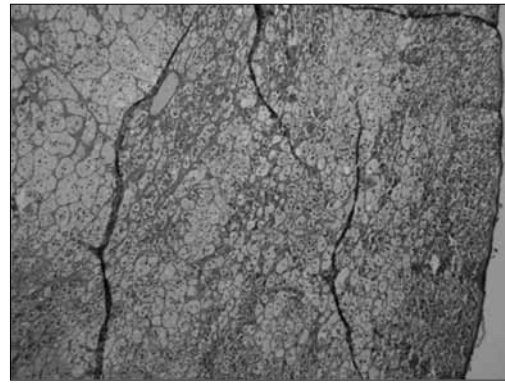
AMAÇ: Primer hiperaldosteronizmde (PA) görülen komplikasyonlar arasında koroner arter hastalığı, aritmiler, miyokard infarktüsü, sol ventrikül hipertrofisi sayılabilir. Burada acil polikliniğine paroksizmal atriyal fibrilasyon ile başvuran ve detaylı tanınan inceleme sonucunda saptanan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: 52 yaşında bayan hasta ani başlangıçlı çarpıntı nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın kalp hızı 150 atım/dakika ve düzensizdi. Kan basıncı 220/130 mmHg olarak ölçüldü. Fizik muayene normaldi. EKG atriyal fibrilasyonu gösteriyordu. Hastanın yanında bulunan 3 ay önce çekilmiş EKG'si normal sinüs ritmi idi. Serum potasyum değeri 3, 1 mEq/L (3,5-4,5 mEq/L) idi. Diğer elektrolit değerleri, rutin laboratuvar testleri ve tiroid fonksiyon testleri normaldi. Transtoraksik ekokardiyografide; sol ventrikül hipertrofisi, sol atriyum ve sol ventrikül dilatasyonu saptandı. Hastaya tansiyon düzenlenmesi için nitrat infüzyonu (20 mcg/dakika) , hız kontrolü için 15 mg metoprolol 15 dakika içinde uygulandı. Hastanın kalp hızı 120 atım/dakika ve tansiyon değeri 140-90 mmHg'ya geriledi. Kontrolsüz hipertansiyon ve potasyum düşüklüğü nedeniyle hastada PA ön tanısıyla inceleme başlatıldı. Plazma renin aktivitesi 0, 4 ng/mL/h (0,20-3, 4 ng/mL/h) ve aldosteron seviyesi 280 pg/mL (20-240 pg/mL) olarak saptandı. Çekilen batin bilgisayarlı tomografisinde sağ adrenal bölgede 2 x 1,5 x 1,5 cm boyutlarında nodüler kitle saptandı. (Resim 1) Hasta cerrahiye gönderildi ve başarılı total adrenalectomi uygulandı. Mikroskopik incelemede adrenal adenom tanısı konuldu. (Resim 2) Bir ay sonraki kontrolde hastanın tansiyonu sadece bir ilaç (anjiyotensin reseptör blokeri) ile kontrol altında olduğu görüldü.

SONUÇ: Kontrolsüz hipertansiyon ve potasyum düşüklüğü birlikteliğinde primer aldosteronizm akıldan tutulması gereken bir tanıdır. Atriyal fibrilasyon Primer aldosteronizmin nadir bir komplikasyonudur ve sol ventrikül hipertrofisi, kardiyak fibrozis ve elektrolit bozukluğuna bağlı olabilir.



Resim 1. Bilgisayarlı tomografide surrenal adenomun görünümü.



Resim 2. Surrenal adenomun mikroskopik görünümü.

P193

TİP 2 DİABETES MELLİTUSU OLAN ETİROİDİK HASTALARDA TİROİD FONKSİYONLARI ÜZERİNE METFORMİN TEDAVİSİNİN ETKİLERİ

Ali Özdemir, Funda Türkmen, Vedat Bayoğlu, Can Sevinç, Ergün Şimşek

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Literatürde metformin ile thyrotropin supresyonunu gösteren olgu bildirimi mevcuttur. Biz bu çalışmada tip 2 diabetes mellitusu olan ötiroidik hastalarda tiroid fonksiyon testleri üzerine metformin tedavisinin etkilerini araştırdık.

MATERYAL VE METOD: Bu prospektif kohort çalışma yeni tanı konmuş ve dışlanma kriteri taşımayan 16'sı erkek, 34'ü kadın toplam 50 tip 2 diabetes mellituslu hastada yapıldı. Geçmişte veya yeni tiroid hastalığı olanlar, pozitif tiroid otoantikorlarının ve nefropati varlığı, tiroid hormon metabolizmasını etkilediği bilinen ilaç kullanımı çalışmaya alınmama kriterleri idi. Metformin tedavisine başlamadan önce ve tedaviden 3 ay sonra sTSH, fT4, fT3, açlık plazma glukozu, HbA1c, antitiroglobin ve antimikrozomal antikor bakıldı.

BULGULAR: Metformin tedavisinden sonra ortalama sTSH ve fT4 seviyelerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma saptandı, ki bir hastada fT4 ve iki hastada sTSH değerleri normal referans aralıklarının altına düştü (Sırasıyla 1.47±0.83 ve 1.28±0.69 µIU/mL, p=0.006, 1.22±0.25 ve 0.97±0.20 ng/dL, p<0.001). Tedavi öncesi fT3 ile tedavi öncesi HbA1c arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı (r= -0.334, p=0.018). Hastalardan 34'ü 120 günden daha uzun süre (median 221 gün) takip edildi ve tedavi öncesi değerlere göre sTSH ve fT4'teki düşüklük bu uzun takip döneminde devam ediyordu.

SONUÇ: Bu çalışmanın sonuçları ötiroidik tip 2 diabetes mellituslu hastalarda metformin tedavisinin sTSH ve fT4 seviyelerini azaltıcı etkisini gösterir.

P194

YAŞIN GLİKOZİLE HEMOGLOBİN A1C ÜZERİNE ETKİSİ

Ali Özdemir, Hayriye Külbay, Can Sevinç

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Yaşın glikozile hemoglobin A1c (HbA1c) üzerine etkisi ve yaş spesifik HbA1c referans aralıkları konusunda veriler az ve çelişkilidir. Bu çalışmada normal glikoz metabolizması olan kişilerde yaşın HbA1c üzerine etkisi araştırıldı.

MATERYAL VE METOD: Hipertansiyon, pozitif aile öyküsü ve klinik şüphe nedeniyle 75 gr. oral glikoz yükleme testi (OGTT) yapılan ve Amerikan Diabet Cemiyeti (ADA) kriterlerine göre normal glikoz metabolizmasına sahip (açlık plazma glukozu<110 mg/dL, ve OGTT 2.saat glikoz<140 mg/dL) 55 kişi çalışmaya alındı. Olgular median (45 yaş) yaşa göre 2 alt gruba ayrıldı ve bu alt grupların açlık plazma glukoz, OGTT 2.saat glikoz ve HbA1c düzeyleri ile bel/kalça oranı, vücut kitle indeksi gibi parametreleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: 45 yaş ve üzeri (n=28) olan bireyler 45 yaşından küçük (n=27) olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek ortalama HbA1c (5.90±0.51 ve 5.58±0.52, p=0.025), açlık plazma glukozu (97.25±5.47 ve 91.59±9.40 mg/dL, p=0.008) ve vücut kitle indeksi (30.65±6.09 ve 27.27±4.63 kg/m2, p=0.024) düzeylerine sahipti. Bireyler total olarak değerlendirildiğinde yaş ile açlık plazma glukozu (r=0.446, p=0.001) ve bel/kalça oranı (r=0.291, p=0.031), HbA1c ile açlık plazma glukozu (r=0.419, p=0.001) ve

vücut kitle indeksi ($r=0.278$, $p=0.040$), vücut kitle indeksi ile açlık plazma glikozu ($r=0.273$, $p=0.044$) arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Regresyon analizinde HbA1c üzerine etkili yegane faktör açlık plazma glikozu idi ($r^2=0.175$, $p=0.001$).

SONUÇ: Yaşlı non-diabetik nüfus gençlere göre- konvansiyonel olarak kabul edilen diabetik sınırın altında bile olsa- daha yüksek açlık plazma glikozu ve buna sekonder daha yüksek HbA1c değerine sahiptir. Bu sonuç yaş spesifik HbA1c referans aralığı gerektiğine destek sağlamaz.

P195

TİROİD NODÜLLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Esra Turan, Zeki Aydın, Ahmet Akın, Didem Aydın, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Tiroid nodülleri toplumda en sık rastlanan endokrin patoloji olup, prevalansı çalışmanın yapıldığı bölgedeki iyot alımına bağlı olarak değişmektedir. İyot alımının yeterli olduğu ülkelerde tiroid nodülü prevalansı %4 olarak saptanmışken, ülkemizde Karadeniz Bölgesi'nde prevalans %5.2 olarak saptanmıştır.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya polikliniğimize başvuran muayene ve/veya ultrasonografi ile nodül saptanan 98 hasta (88 K, 10 E) alınmıştır. Hastaların semptomları, tiroid fonksiyon testleri, ultrasonografi bulguları, uygun olanların sintigrafisi, tiroid ince iğne biyopsi sonuçları kaydedildi.

SONUÇLAR: Hastaların ortalama yaşı 44.8 ± 13.3 yıl idi. Hastaların ortalama TSH 2.02 ± 4.01 uIU/mL, sT4 16.3 ± 5.8 idi. Hastaların 40 (%40.8) 'i ötiroid, 10 (%10.2) 'u hipotiroid, 48 (%48.9) 'u hipertiroid idi. Ultrasonografide 42 (%42.8) 'inde tek, 18 (%18.4) 'inde iki, 38 (%38.8) 'inde çok sayıda nodül saptandı. 14 (14.3) hastaya biyopsi uygulandı. Hastaların tanısı dağılımı 16 (16.3) hashimoto tiroiditi, 58 (%59.1) multinodüler guatr, 4 (%4.1) graves, 16 (%16.3) toksik adenom, 4 (%4.1) tiroid kansinomu olarak saptandı. 30 (%30.6) hastaya cerrahi, 2 (%2) hastaya radyoaktif iyot tedavisi uygulandı. Nodülü olan hastaların 42 (42.8) 'inde herhangi bir semptom yoktu.

TARTIŞMA: Elli-altmış yaşlarda ultrasonografi ile incelendiğinde %50 oranında insanlarda nodül saptanabilir ki, bu oran otopsi çalışmalarındaki tiroid nodülü sıklığı ile uyumludur. Tiroid nodülleri kadınlarda erkeklerle oranla daha sık görülmektedir, ancak malignite riski taşıyan nodüller erkeklerde daha siktir. Tiroid nodüllü hastaların %5-6.5 kadarında tiroid kansinomu saptanması nedeniyle, tiroid nodülü yaklaşımında, hastanın özellikle soğuk nodüllerin malignite yönünden araştırılması önemlidir. Çalışmamızda da %4.1 malignite saptanmıştır. Tiroid kansinomu tanısı konan hastalarda nodüller 15 mm' nin üzerindeydi ve ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ile tanı konulmuştu. Özellikle 10 mm ve üzerindeki solid nodüllere mutlaka İİAB yapılmalıdır.

P196

ÖTİROİD PREMENOPOZAL KADINLARDA TİROİD HORMONALARI İLE OBEZİTE ARASINDAKİ İLİŞKİDE DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİNİN ETKİSİ

Ali Özdemir, Can Sevinç, Funda Türkmen, Vedat Bayoğlu, Ezgi Ersoy, Elvan Işık, Burcu Uprak

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Hem obezite hem de demir eksikliği anemisi ile tiroid hormonları arasında ilişki bildirilmiştir. Ötiroid premenopozal kadınlarda tiroid hormonları ile obezite arasındaki ilişki üzerine demir eksikliği anemisinin etkisi araştırıldı.

MATERYAL VE METOD: Çalışma demir eksikliği anemisi olan 44 premenopozal kadında (ortalama yaş 36.23 ± 10.29 yıl, sınır 16-51 yaş) yapıldı. Normal sınırın altında (<11 ng/mL) serum ferritin ve transferrin saturasyonu (<15) demir eksikliğinin göstergesi olarak kabul edildi. Tüm hastalar oral demir verilerle (225 mg ferroglycine sulfat/gün) tedavi edildi. Hastalar vücut kitle indeksi median değere (28 kg/m²) göre 2 alt gruba ayrılarak değerlendirildi.

BULGULAR: Normal-düşük vücut kitle indeksi (<28 kg/m², $n=23$) olan kadınlar yüksek vücut kitle indeksi (büyük veya eşit 28 kg/m², $n=21$) olanlara göre daha yüksek tedavi öncesi (1.23 ± 0.17 ve 1.10 ± 0.14 ng/dL, $p=0.010$) ve tedavi sonrası (1.27 ± 0.21 ve 1.15 ± 0.12 , $p=0.026$) serbest T4 seviyesine sahipti. Düşük ve yüksek vücut kitle indeksi alt gruplarının tedavi öncesi ve sonrası serbest T3 ve sensitive TSH düzeyleri arasında anlamlı fark yoktu. Hastalar anemik durumda iken serbest T4 ile vücut kitle indeksi ($r=-0.336$, $p=0.026$) ve serbest T4 ile sensitive TSH ($r=-0.307$, $p=0.042$) arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı.

SONUÇ: Bu çalışmanın sonuçları düşük vücut kitle indeksi olan kadınların, anemik olsun ya da olmasın, daha yüksek serbest T4 düzeyine sahip olduğunu gösterir. Altta yatan mekanizma, düşük vücut kitle indeksi olan kişilerde sık görülen soğuk intoleransının üstesinden gelmek için santral tyrostatın daha yüksekte reset olması olabilir.

P197

TİROİD HORMON REPLASMAN TEDAVİSİ ALTINDA TİP 1 DİABETES MELLİTUS ORTAYA ÇIKAN TİP 2 OTOİMMÜN POLİGLANDÜLER SENDROMLU OLGU SUNUMU

S. Ahmet Akın, Zeki Aydın, Didem Aydın, Nurhan Biriz, Seda Akkaya, Elif Yıldız, Heves Sürmeli, Esra Türkmen, Rahmi Irmak, Mustafa Yaylacı

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

GİRİŞ: Poliglandüler otoimmün sendrom Tip-2 (PGOS-2) immün endokrinopati sendromlarından en sık rastlanan tipidir. Addison hastalığı, Tip 1 diabetes mellitus (Tip 1 DM), hipotiroidizm, graves, çöliak, primer hipogonadizm, alopesi, vitiligo, pernisiyöz anemi, hipofizit, idiyopatik trombositopenik purpura, myasthenia graves gibi hastalıklardan iki veya daha fazlasının bir arada bulunması ile tanı konur. PGOS'lar-da izlenen başlıca otoantijenler tiroitidlerde TPO, diyabette GAD, addison hastalığında CYP 21, çöliakta ise antiendomisyumdur.

OLGU: Kırkiki yaşında erkek hasta, altı ay önce hastanemizde interne edilmiş ve hashimoto tiroitiditi tanısı almış. Levotiroksin 0.5 mg 1x1 kullanmakta iken son 1 haftadır tedaviyi kesmiş. Hasta polikliniğimize 1 aydır süren halsizlik, çok su içme, sık idrar yapma, çok yemesine rağmen kilo kaybetme şikayeti ile başvurdu. Genel durumu iyi, hafif apatik görünümdeydi. Ölçülen TA: 100/75 mmHg KTA: 63 atım/ dk Ateş: 36.2 C° idi. Karaciğer kot altında 2 cm palpe ediliyordu. Laboratuvar tetkiklerinde Glukoz: 570 mg/dl

Kolesterol: 243 mg/dl demir: 29 ugr/dl Total demir bağlama kapasitesi: 194 ug/dl Wbc: 5.80 1×10^3 /ul Rbc: 4.24 $6/\text{ul}$ Hct: %40.4 Hgb: 13.9 g/dl Plt: 128 1×10^3 /ul TSH: $1 \times 10 > 100$ uIU/ml FT3: < 0.4 pmol/l FT4: 1.87 pmol/l HbA1c: %17.7 c-peptid: 0.626 ng/ml folik asit: 18 ng/ml B12 vitamini: 198 pg/ml ATG: > 4000 IU/ml A-TPO: > 600 IU/ml ESR: 52 mm ve idrar tetkikinde glukoz +++ bulundu. Batın ultrasonunda hepatomegali (155 mm), sol renal kist saptandı. Tiroid ultrasonunda ise tiroitid ile uyumluydu. Anti-GAD ve anti-ICA antikorları pozitif olarak geldi. Hashimoto tiroitiditi ve tip 1 Diabetes mellitus tanısı konulan hasta PGOS-2 olarak kabul edildi ve addison açısından kortizol seviyesi normal sınırlarda (13.42 ug/dl) geldi. Hasta tiroid hormon replasmanı ve intensif insülin tedavisi başlanarak taburcu edildi.

TARTIŞMA: Hashimoto tiroitiditi tanısı ile tiroid replasman tedavisi altındayken aşikar diyabet tablosu ortaya çıkan hastayı PGOS-2 yönünden araştırdık. Addison lehine bir bulgusu olmayan hastanın vitamin B12 seviyesini hafif düşük bulundu. Altı ay önceki kan glukoz seviyeleri normal olan hastada aşikar diyabet gelişmesi bize tiroid hormon replasmanının hastada diyabet gelişimini hızlandırdığını düşündürdü. C peptid düzeyinin çok düşük olması ve otoantikör pozitifliği Tip 1 DM tanısını koydurdu. Genelde Tip 1 DM saptanan olguların PGOS yönünden tetkikleri yapılmaktaysa da Hashimoto ve diğer otoimmün hastalıkların tespiti durumunda da başka otoimmün hastalık varlığı araştırılmalıdır. Diğer taraftan bizim olgumuzda olduğu gibi tiroid hormonunun diyabetojen etkisi asla göz ardı edilmemelidir. Bu olguyu Tip 1 veya Tip 2 DM zemini olup henüz aşikar hale gelmemiş hastalarda, tiroid hormonunun diyabetin ortaya çıkışını hızlandırabileceğini ve PGOS komponentlerinin belli bir sıra içinde ortaya çıkmayabileceğini göstermesi açısından sunmaya değer bulduk.

P198

DİYABETİK BİR OLGUDA HİPERTRİGLİSERİDEMİYE BAĞLI OLARAK GELİŞEN HİPERVİZKOZİTE SENDROMU

¹Bahadır Ceylan, ²Aydın Mazlum, ³Gürhan Şişman

¹S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, ²Atlas Hastanesi İç Hastalıkları, ³S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

Yapılan çalışmalarda tip IV ve V hiperlipoproteinemilerde plazma vizkozitesinde artma, eritrosit deformabilitesinde azalma ve sonuçta da hipervizkozite sendromu oluştuğu bildirilmiştir. Hipervizkozite sendromunun en sık semptomları göğüs sıkıntı hissi, hipertansiyon ve baş ağrısıdır. Literatürde bir olguda asparaginaz kullanımı sonrası serum trigliserit düzeyinin 4970 mg/dl' ye yükseldiği ve oluşan hipervizkozite sendromuna bağlı olarak gelişen nörolojik bulguların trigliserit düzeyinin düşürülmesiyle düzeldiği bildirilmiştir. Bu yazıda hipertiroidide bağlı olarak diyabet kontrolü bozulan bir olguda gelişen hipertrigliseridemi ve buna bağlı gelişen hipervizkozite sendromu sunuldu.

Altmışbeş yaşında erkek hasta halsizlik, yorgunluk hissi, göğüs sıkıntı hissi ve baş ağrısı yakınmaları ile başvurdu. Yakınmalarının üç hafta önce başladığını ifade ediyordu. Son bir yıldır diyetle kontrol edilen diyabeti vardı. Fizik muayenede sistolik kan basıncı 150 mmHg, diastolik kan basıncı 90 mmHg' dı ve karaciğer midklaviküler hatta 1 cm palpe ediliyordu. Bunun dışındaki muayene bulguları normaldi. Akciğer radyografisi ve elektrokardiyografi normaldi. Biyokimyasal incelemede serum glukoz 435 mg/dl, trigliserid 3759 mg/dl, total kolesterol 530 mg/dl ve HDL (yüksek dansiteli lipoprotein) kolesterol 68 mg/dl bulundu. Olgunun serumu bulanıktı ve bir gece buzdolabında +2° C' de bekletildiğinde yüzeyde krema tabakası oluşmadığı görüldü. Serum üre, kreatinin, alanin transaminaz, aspartat transaminaz, kreatin kinaz, kreatin kinaz MB izoformu ve laktat dehidrogenaz düzeyleri normaldi. Troponin T negatifti. İdrar incelemesinde glukoz ve protein pozitif ve idrar sedimentinde patoloji yoktu. Kan sayımı normaldi. Serum C-reaktif protein düzeyi ve saatlik sedimentasyon hızı normaldi. Batın ultrasonografisinde karaciğer longitudinal uzunluğu 184 mm olup artmıştı ve karaciğerde üçüncü derecede dansite artışı vardı. Olguya intensif insülin tedavisi başlandı. Olgunun takiplerindeki serum trigliserit ve açlık kan şekeri değerleri tabloda özetlenmiştir. Tedavinin üçüncü gününden itibaren olgunun semptomları kayboldu. Kan şekeri regülasyonunu bozan neden olarak hipertiroidi düşünüldü ve tedavinin dördüncü gününde yapılan biyokimyasal değerlendirmede total T3 0, 66 ng/ml (normal 0, 5-6, 6), total T4 15, 07 ug/dl (normal 4, 5-12) ve TSH 0, 05 uIU/ml (normal 0, 27-5) bulundu. Tiroid ultrasonografisinde tiroid bezi boyutları artmıştı ve en büyüğü 3 cm çapında olmak üzere çok sayıda nodül vardı. Olguya başvurunun dördüncü gününde propiltiourasil tedavisi (günde 300 mg) başlandı.

Diyabet kontrolü bozulan olgularda baş ağrısı, göğüs sıkıntı hissi gibi semptomların hipertrigliseridemiden dolayı oluşan hipervizkozite sendromuna bağlı olabileceği akıld tutulmalıdır düşüncesindeyiz.

Tablo .

	Serum trigliserit (mg/dl)	Açlık kan şekeri (mg/dl)
Birinci gün	3759	435
üçüncü gün	2290	257
Sekizinci gün	223	160

P199

TİP 1 VE TİP 2 DİYABETLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ

¹Sevda Yüksel, ²Mehmet Çölbay

¹Ankara Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, ²Afyon Kocatepe Tıp Fakültesi Hastanesi

Araştırmaya dahil edilen hastalar iki gruba ayrıldı. 31 Tip 1 DM hastası ve 60 Tip 2 DM hastasından oluşturuldu.

Tip 1 DM hastaları 18-58 yaş grubunda olup, yaş ortalaması $31, 3 \pm 9$, 2'dir. Tip 2 DM hastaları 29-94 yaş grubunda olup, yaş ortalaması $63, 7 \pm 12$, 9 olarak bulundu.

Tip 1 DM'li hastaların 22'si kadın (%71), 9'u erkek (%29), Tip 2 DM'li hastaların 34'ü kadın (%56, 7), 26'si erkektir (%43, 3).

Hastaların birim kitle indeksleri (BKİ); Tip 1 DM'li hastaların $24, 5 \pm 3$, 7 kg/m², Tip 2 DM'li hastaların $28, 6 \pm 4$, 6 kg/m² olarak bulundu.

Hastaların kan şekeri ölçüm sonuçları; Tip 1 DM'lilerin 172 ± 69 mg/dl, Tip 2 DM'lilerin 158 ± 60 mg/dl olarak bulundu.

Hastaların HbA1c sonuçlarının ortalaması; Tip 1 DM'lilerin 7,9±1,5, Tip 2 DM'lilerin 7,5±1,7 olarak bulundu.

Hastaların yaşam kalitesini belirlemek için EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

Tip 1 DM hastalarının yaşamları Tip 2 DM hastalarının yaşamından daha kaliteli olduğu belirlenmiş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0.01).

Yaşam kalitesi alt öğelerinden fonksiyonel durum (fiziksel fonksiyonlar, rol performans, emosyonel durum, bilişsel durum, sosyal durum) hastalar her bir soruyu 1'den 4'e kadar puanlandırılarak cevaplandırılır (1 (hiç) , 2 (biraz) , 3 (oldukça) ve 4 (çok)). Tip 2 DM hastalarının fiziksel fonksiyonları tip 1 DM'li hastalara göre daha kötü olduğu saptanmıştır (p=0.000).

Rol performans durumuna bakılacak olursa; Tip 2 DM hastalar rol performans yönünden kötü olduğu belirlenmiştir (p=0.02).

Hastaların emosyonel durumlarına göre incelendiğinde; tip 1 ve tip 2 DM'de fark görülmemiştir (p>0.05).

Bilişsel durumlarına göre incelendiğinde; Tip 2 DM hastaların bilinç durumu (hatırlama, dikkat...) tip 1 DM hastalara göre daha kötü olduğu saptanmıştır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P=0.020).

Sosyal durumlarına bakıldığında; tip 2 DM hastaların daha kötü olduğu saptanmıştır (p=0.000). Yaşam kalitesi alt öğelerinden olan semptom kontrolü (yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, solunum güçlüğü, uyuma güçlüğü, iştah kaybı, kabızlık, ishal, ekonomik güçlük) Tip 1 ve Tip 2 DM hastalar puan ortalaması yönünden incelendiğinde; yorgunluk açısından karşılaştırıldığında, tip 2DM hastaların daha yorgun oldukları saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli derecede anlamlı bulundu (p=0.000).

Hastalarda bulantı-kusma, solunum güçlüğü, iştah kaybı, ishal ve ekonomik güçlüğü olma yönünden incelendiğinde tip 1 ve tip 2 DM hastalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Hastalarda ağrı olma yönünden incelendiğinde; Tip 2 DM'li hastaların ağrısının tip 1 DM'li hastalardan çok olduğu saptanmıştır (p=0.031).

Hastalarda uyuma güçlüğü olma yönünden incelendiğinde; Tip 2 DM hastalarında uyuma güçlüğüne daha fazla olduğu saptanmıştır. Aralarında istatistiksel olarak önemli derecede anlamlı fark bulunmuştur (p=0.002).

Hastaların kabız olma durumu incelendiğinde; tip 2 DM hastalarında daha çok kabızlık görülmüştür.

Tablo .

Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Alt Başlıkları	Soru No	Grup no 1 (tip 1) 2 (tip 2)		t Testi	P
		Ortalama ±SS	Ortalama ±SS		
I- Genel İyilik Hali	29, 30	9.9 ± 2.9	7.7 ± 2.6	t=3.522	p=0.01 p<0.05*
II- Fonksiyonel Durum					
Fiziksel fonksiyonlar	1, 2, 3, 4, 5	7.1 ± 2.3	11.7 ± 4.4	t=5.290	p=0.000 p<0.05*
Rol performans	6, 7	2.8 ± 1.3	4.1 ± 1.9	t=3.272	p=0.02 p<0.05*
Emosyonel durum	21, 22, 23, 24	7.1 ± 2.3	7.6 ± 2.7	t=0.837	p=0.402 p>0.05
Bilişsel durum	20, 25	3 ± 1	3.7 ± 1.5	t=2.374	P=0.020 p<0.05*
Sosyal durum	26, 27	3 ± 1.4	4.6 ± 2	t=3.754	p=0.000 p<0.05*
III-Semptom Kontrolü					
Yorgunluk	10, 12, 18	5.1 ± 1.6	7.6 ± 2.6	t=4.575	p=0.000 p<0.05*
Bulantı ve kusma	14, 15	2.6 ± 1.4	2.4 ± 1.0	t=0.716	p=0.476 p>0.05
Ağrı	9, 19	3.1 ± 1.3	4.0 ± 1.9	t=2.191	p=0.031 p<0.05*
Solunum güçlüğü	8	1.6 ± 0.7	1.8 ± 1.0	t=1.016	p=0.313 p>0.05
Uyuma güçlüğü	11	1.4 ± 0.9	2.2 ± 1.1	t=3.221	p=0.002 p<0.05*
İştah kaybı	13	1.3 ± 0.7	1.7 ± 1.0	t=1.809	p=0.074 p>0.05
Kabızlık	16	1.4 ± 0.6	1.9 ± 0.9	t=2.568	p=0.012 p<0.05*
İshal	17	1.3 ± 0.7	1.7 ± 0.5	t=1.054	p=0.295 p>0.05
Ekonomik güçlük	28	1.6 ± 1.0	1.8 ± 0.9	t=1.031	p=0.306 p>0.05

P200

AKUT MYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA ÖTİROİD HASTA SENDROM SIKLIĞI

İbrahim Elik, Mehmet Ali Çıkrıkçıoğlu, Tülin Kurt, Mahmut Şansal, Deniz Yılmaz, Neslihan Kurtulmuş, Tufan Tükek

Bezmi-alem Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği

Ötiroid hasta sendromu bazı hastalıklar seyrinde gelişen, tiroid bezinde bir bozukluğa bağlı olmadan saptanan biyokimyasal anormalliklerdir. Ciddi hastalıklar seyrinde gelişmesi prognoz üzerinde belirleyici rol oynarken, yanlış yorumlanarak gereksiz tetkiklere ve zaman kaybına yol açmaktadır. Çalışmamızın amacı akut MI geçiren ve yoğun bakım ünitesine alınan hastalarda ötiroid hasta sendrom sıklığını araştırmaktır.

METOD: Akut myokard infarktüsü tanısı konulmuş 112 hasta (K/E: 39/73, ortalama yaş: 62±12) çalışmaya alındı. Hastalara yattıkları ilk gün rutin biyokimya tetkikleri ile birlikte total T3, T4, serbest T3 ve T4, TSH düzeyleri bakıldı. Anormal olan değerler tekrarlandı. Bir kısım hastada değerler, hastalık aktivitesi yatıştıktan sonra tekrarlandı ve bozukluğun kaybolduğu görüldü. Tiroid otoantikorları ve tiroid USG yapılarak diğer hastalıklar ekarte edildi ve ötiroid hasta sendromu tanısı konuldu. Ötiroid hasta demek için TSH, total T3, serbest T3 değerlerinden birinin bile düşük olması yeterli kabul edildi.

BULGULAR: Otuz üç hasta ST elevasyonu su MI, 79 hasta ST elevasyonu MI idi. Kırk yedi hastada ötiroid hasta sendromu saptandı (%42). Sadece düşük TSH; 6 hastada, sadece düşük total T3; 25 hastada, düşük TSH, düşük total T3; 7 hastada, düşük serbest T3, düşük total T3; 7 hastada, düşük TSH, düşük serbest T3, düşük total T3; 2 hastada saptandı.

SONUÇ: Ötiroid hasta sıklığı akut MI nedeni ile yoğun bakım ünitesine yatırılan hastalarda sık görülmektedir. En sık görülen patern T3 düşüklüğüdür. Yoğun bakıma yatan ciddi hastalığı olan hastalarda tiroid hormonlarının anormal çıkabileceği bilinmeli ve gereksiz tetkiklere girilmemelidir.

P201

LİPİD DÜZEYLERİNİN VE VÜCUT KİTLE İNDEKSİNİN KEMİK MİNERAL YOĞUNLUĞU ÜZERİNE ETKİSİ

¹Uğur Korkmaz, ²Ayşe Nurdan Korkmaz, ²Melih Engin Erkan, ²Huri Tilla İlçe, ¹Sevim Dindar, ¹Mustafa Çalışkan, ¹Hakan Cinemre

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

AMAC: Bu çalışmada VKİ'nin ve serum lipid düzeylerinin KMY üzerine etkisini araştırmayı amaçladık. MATERYAL-METOD: Ocak 2007-Mayıs 2007 tarihleri arasında Düzce üniversitesi tıp fakültesi hastanesi iç hastalıkları ve FTR polikliniklerine başvuran ve DEXA çekilen postmenopozal kadın hastalar arasından VKİ ile KMY ilişkisi açısından 361 hasta ve lipid düzeyleri ile KMY'nin karşılaştırılması için 198 hasta çalışmaya alındı. DEXA değerlerine göre hastalar normal, osteopeni, osteoporoz olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Hastaların açlık serum lipid düzeyleri ölçüldü ve mg/dl olarak kaydedildi. Hastaların boy ve kilo ölçümleri yapılarak VKİ'leri ölçüldü ve hastalar <30 kg/m2 ve ≥30 kg/m2 olmak üzere 2 gruba ayrıldı ve karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması VKİ ve KMY ilişkisi araştırılan grupta 60.63±8.98, serum lipid düzeyleri ve KMY ilişkisinin araştırıldığı grupta 59.14±8.87 idi. VKİ<30 kg/m2 ve VKİ≥30 kg/m2 olan hastalar arasında yapılan t test ile femur boyun KMY (-1.313±1.089'e karşı -0.929±1.008) ve lomber vertebra KMY değerleri (-1.797±1.446'e karşı -1.150±1.349) açısından anlamlı farklar saptandı (p=0.001, p<0.001, sırasıyla). Her iki gruptaki hastaların yaş (61.09±9.41' karşı 60.26±8.65) ve menopoz sonrası geçen süre (14.5±9.55'e karşı 13.11±8.86) açısından fark yoktu (p>0.05, her iki faktör için). HDL kolesterol düzeyleri ile femur KMY arasında negatif bir korelasyon vardı (r=-0.141, p<0.05). Ancak diğer lipidlerle femur boyun ve lomber spine KMY değerleri arasında korelasyon yoktu (p>0.05). Diğer taraftan VKİ ile HDL düzeyleri arasında negatif bir korelasyon vardı (p<0.001). Lipid düzeyleri ve KMY değerleri ile ilgili korelasyon tablo'da gösterilmiştir. Trigliserit, total kolesterol, LDL-kolesterol ve HDL-kolesterol düzeyleri açısından normal, osteopeni ve osteoporozlu hastalar arasında ANOVA testinde anlamlı fark saptanmadı (p>0.05).

SONUÇ: VKİ'ndeki artışla birlikte KMY'de de belirgin bir artış görülebilmektedir. Bu durum vücut yağ oranı artışına sekonder yağ hücrelerinde sentezi artan östrojenin antirezortif etkisine bağlı olabilir. Ayrıca kemik üzerine vücut ağırlığının oluşturduğu stresinde KMY üzerine olumlu katkısı olabilir.

Tablo .

	Femoral Boyun		Lomber spine	
	r	p	r	p
T. kolesterol	0,006	0,93	0,060	0,40
Trigliserit	-0,005	0,94	0,013	0,85
HDL	-0,141	0,048	-0,064	0,38
LDL	0,071	0,32	0,114	0,11

P202

DOĞUM SAYISININ KEMİK MİNERAL YOĞUNLUĞU ÜZERİNE ETKİSİ

¹Ayşe Nurdan Korkmaz, ¹Melih Engin Erkan, ¹Huri Tilla İlçe, ²Uğur Korkmaz, ²Aytekin Alçelik, ²Elif Önder, ²Hakan Cinemre

¹Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı.

AMAC: Doğum sayısının artması ile özellikle vertebra kemik mineral yoğunluğunun (KMY) azalıp azalmadığı konusunda gelişikili veriler mevcuttur. Bu çalışmada doğum sayısının kemik mineral yoğunluğu üzerine etkisi incelendi.

MATERYAL VE METOD: Ocak 2007-Mayıs 2007 tarihleri arasında Düzce üniversitesi tıp fakültesi hastanesi iç hastalıkları ve FTR polikliniklerine başvuran ve DEXA çekilen postmenopozal 361 kadın çalışmaya alındı. Hastaların DEXA sonuçları gr/cm2 olarak kaydedildi. Hastalar doğum sayısına göre 4 gruba (hiç doğum yapmamış, 1-3 doğum yapmış, 4-6 doğum yapmış, 6'dan fazla doğum yapmış) ayrıldı. İstatistiksel analizler SPSS istatistik programı ile yapıldı. Gruplar ANOVA testi ile değerlendirildi. KMY değerlerini etkileyen diğer faktörlerin etkilerini artırmak için ko-varyans analizi yapıldı.

BULGULAR: Çalışmaya hiç doğum yapmamış 13, 1-3 arasında doğum yapmış 141, 4-6 doğum yapmış 143, 6'dan fazla doğum yapmış 64 postmenopozal hastayı aldık. Hastaların KMY incelemelerinde 6'dan fazla doğum yapanların lomber vertebra KMY ölçümlerinin 1-3 doğum yapanlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü ($p < 0,05$). Yine 6'dan fazla doğum yapanların lomber vertebra KMY ölçümleri 4-6 arası doğum yapanlardan daha düşüktü fakat bu istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0,05$). Lomber vertebra KMY üzerine doğum sayısının tek başına etkisini göstermek amacıyla ko-varyans analizi ile yaş, menopoz sonrası geçen süre, vücut kitle indeksi gibi faktörlerin etkisi artırıldı. Lomber vertebra KMY üzerine doğum sayısının tek başına etkisinin olmadığı görüldü ($F: 1.445, p > 0.05$). Hastalar arasında ki yaş ve menopoz sonrası geçen süre açısından önemli farklılıklar ile femur boynu ve lomber vertebra KMY ölçümleri tablo'da gösterildi.

SONUÇ: Gebelik sayısının artması ile özellikle lomber KMY'nin anlamlı derecede azaldığı, femur boynu KMY değerlerinin de kısmen azaldığı ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü. Ancak hiç doğum yapmamış hasta grubu ile diğer gruplar arasında KMY değerleri açısından farkın bulunmaması, bu azalmanın gruplar arasındaki yaş ve menopoz sonrası geçen süredeki farklılıktan kaynaklanabileceğini düşündürmüştür. Bu sonuçlara bakıldığında gebelik sayısının postmenopozal kadınlarda KMY üzerine etkisinin olmadığını düşünüyoruz.

Tablo .

	Nullipar (n=13)	1-3 doğum (n=141)	4-6 doğum (n=143)	6'dan fazla (n=64)
Yaş	59,77±8,59	58,62±8,32*	60,99±9,26	64,45±8,68*
Menopoz sonrası geçen süre	13,38±11,28	11,68±8,25 §	14,31±9,83	17,14±8,16 §
Femur boynu KMY	-1,202±1,23	-1,027±0,99	-1,072±1,11	-1,312±1,04
Lomber vertebra KMY	-1,569±1,20	-1,237±1,437**	-1,41±1,464	-1,945±1,274**

P203**EĞİTİM DÜZEYİ VE KEMİK MİNERAL YOĞUNLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİ**

¹Melih Engin Erkan, ¹Huri Tilla İlçe, ¹Ayşe Nurdan Korkmaz, ²Uğur Korkmaz, ²Gökhan Dindar, ²Adem Güngör, ²Hakan Cinemre

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

AMAÇ: Eğitim düzeyinin artması ile osteoporoz görülme sıklığında relatif bir azalma olabileceğini savunan araştırmalar mevcuttur. Bu çalışmada Türk toplumunda eğitim düzeyi ile kemik mineral yoğunluğu arasındaki ilişki araştırıldı.

MATERYAL VE METOD: Ocak 2007-Mayıs 2007 tarihleri arasında Düzce üniversitesi tıp fakültesi hastanesi iç hastalıkları ve FTR polikliniklerine başvuran ve DEXA çekilen postmenopozal 361 hasta çalışmaya alındı. Hastaların DEXA sonuçları gr/cm2 olarak kaydedildi ve hastalar normal KMY ve düşük KMY olarak 2 gruba ayrıldı. Hastaların eğitim düzeyleri okuma yazma bilmeyen (grup 1), ilk-orta öğretim almış olan (grup 2) ve yüksek öğrenimini tamamlamış (grup 3) olmak üzere 3 gruba ayrılarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 362 (grup 1 (n=166), grup 2 (n=169), grup 3 (n=26)) hastanın yaş ortalaması 60.63±8.98 idi. Femur boynu KMY ile yaş ($r=-0.564, p<0.001$), menopoz sonrası geçen süre ($r=-0.529, p<0.001$) anlamlı doğum sayısı ile sınırdan anlamlı ($r=-0.101, p=0.055$) negatif korelasyon; vücut kitle indeksi (VKİ) ($r=-0.295, p<0.001$) ve eğitim düzeyi ($r=0.213, p<0.001$) ile pozitif korelasyon vardı. Lomber vertebra KMY değerleri ile yaş ($r=-0.392, p<0.001$), menopoz sonrası geçen süre ($r=-0.402, p<0.001$), doğum sayısı ($r=-0.165, p<0.01$) ve emzirme süresi ($r=-0.109, p<0.05$) arasında negatif; VKİ ($r=-0.330, p<0.001$) ve eğitim düzeyi ($r=0.209, p<0.001$) arasında pozitif korelasyon vardı. Eğitim grupları arasındaki KMY değerleri açısından ANOVA testi (post hoc Bonferroni) sonuçları tablo'da gösterilmiştir. Eğitim düzeyinin yükselmesi ile femur boynu ve lomber vertebra KMY değerlerinde ki azalmanın tek başına KMY'ni etkileyen bir faktör olup olmadığı kovaryans analizi ile değerlendirildi. KMY'ni etkileyen diğer faktörlerin (yaş, menopoz sonrası geçen süre ve VKİ) etkisi artıldığında eğitim düzeyinin hem femur boynu hem de lomber vertebra KMY'ni tek başına etkilemediği bulundu ($F: 0.145, p>0.05$; $F: 1.665, p>0.05$).

SONUÇ: Eğitim düzeyi yükseldikçe KMY'nda artış olduğu, düşük KMY'nun okuma yazma bilmeyenlerde daha fazla olduğu görüldü. Yaş, menopoz sonrası geçen süre, vücut kitle indeksi gibi KMY'ni etkileyen faktörler için düzeltme yapıldığında eğitim düzeyinin KMY üzerine bağımsız bir etkisinin olmadığı görülmekle birlikte özellikle lomber vertebra KMY değerlerinde azalma olduğu saptandı.

Tablo .

	Grup 1 (n=166)	Grup 2 (n=169)	Grup 3 (n=26)	p
Yaş	64.16±8.38	58.14±8.54	54.35±6.43	<0.001*
Menopoz sonrası geçen süre	17.10±8.58	11.49±8.91	7.08±6.21	<0.001**
VKİ	30.652±5.115	31.769±5.259	28.715±5.367	<0.01§
Doğum sayısı	5.25±2.32	3.69±1.96	2.08±1.49	<0.001**
Emzirme süresi	72.67±48.03	39.19±35.47	16.04±22.99	<0.001**
Femur boynu KMY	-1.365±0.950	-0.880±1.100	-0.855±1.102	<0.001†
Lomber vertebra KMY	-1.807±1.336	-1.123±1.466	-1.204±1.252	<0.001‡

P204**EMME SÜRESİ İLE KEMİK MİNERAL YOĞUNLUĞU ARASINDA İLİŞKİ VAR MI?**

¹Uğur Korkmaz, ¹Gökhan Dindar, ¹Sevim Dindar, ²Melih Engin Erkan, ²Ayşe Nurdan Korkmaz, ²Huri Tilla İlçe, ¹Cemil Bilir, ¹Hakan Cinemre

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

AMAÇ: Özellikle prematürlerde yapılan araştırmalar anne sütü ile beslenenlerde kemik mineral yoğunluğu (KMY) 'nın daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada yaşamın ilk yıllarından itibaren başlayan doruk kemik kitlesi oluşumu üzerine emme süresinin postmenopozal KMY üzerine etkisi incelendi.

MATERYAL VE METOD: Ocak 2007-Mayıs 2007 tarihleri arasında Düzce üniversitesi tıp fakültesi hastanesi iç hastalıkları polikliniklerine başvuran ve primer osteoporoz araştırılması amacıyla DEXA çekilen 181 postmenopozal kadın çalışmaya alındı. Hastaların DEXA sonuçları gr/cm2 olarak kaydedildi. Emme süreleri hastaların kendisine, bir kısmında ise annesine sorularak kaydedildi. Ve emme süresine göre hastalar hiç emmeyen, 1-12 ay arası emen ve >12 ay emen olmak üzere 3 gruba ayrıldı. İstatistiksel analizler SPSS programı ile yapıldı. Emme süresi ile femur boynu ve lomber vertebra KMY değerleri arasında korelasyon analizi yapıldı. Gruplar ANOVA testi ile değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen ve yaş ortalaması 59.18±8.14 olan 181 hastadan hiç emmeyen 14 hastanın 1-12 ay arası emen 84 hastanın >12 ay emen 83 hastanın yaş ortalamaları, menopoza girdikten sonra geçen süre, vücut kitle indeksi (VKİ) açısından farklılık yoktu ($p=0.56, p=0.46, p=0.51$, sırasıyla) (tablo). Korelasyon analizinde emme süresi ile femur boynu ve lomber vertebra KMY değerleri korele değildi ($p>0.05$ her ikisi için). Hastaların femur boynu ve lomber vertebra KMY değerleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$, her ikisi için) (tablo).

SONUÇ: Anne sütü almasının postmenopozal dönemde KMY üzerine de önemli bir etkisinin olmadığı ancak istatistiksel olmasa da hiç emmeyen grup ile emen bireyler arasında fark olduğu sonucuna varıldı. Ülkemizde bebeklere verilen mamaların mineral içeriğinin fakir olması nedeniyle anne sütü ile beslenenin yaşamın ilerleyen dönemlerinde de KMY üzerine çok küçük katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

Tablo .

	Hiç emmeyen (n=14)	1-12 ay emen (n=84)	>12 ay emen (n=83)	p
Yaş	61.14±8.28	59.34±8.41	58.67±7.87	0.56
Menopoz sonrası geçen süre	15.21±11.55	12.07±8.28	12.45±8.84	0.47
VKİ	29.550±4.753	30.956±5.073	31.249±5.127	0.51
Femur boynu KMY	-1.071±0.771	-1.039±1.048	-0.929±1.029	0.74
Lomber vertebra KMY	-1.458±1.096	-1.330±1.325	-1.319±1.314	0.93

P205**EMZİRME SÜRESİ OSTEOPOROZ İÇİN RİSK FAKTÖRÜ SAYILABİLİR Mİ?**

¹Hakan Cinemre, ¹Uğur Korkmaz, ²Ayşe Nurdan Korkmaz, ²Huri Tilla İlçe, ²Melih Engin Erkan, ¹Sevim Dindar, ¹Gökhan Dindar, ³Safinaz Ataoğlu

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı, ³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi Rehabilitasyon Anabilim Dalı

AMAÇ: Laktasyon sırasında gelişen bir takım fizyolojik değişiklikler nedeniyle %5'e yakın kemik mineral kaybı söz konusudur. Bu çalışmada laktasyonun postmenopozal osteoporoz için risk faktörü olup olmadığı araştırıldı.

MATERYAL VE METOD: Ocak 2007-Mayıs 2007 tarihleri arasında Düzce üniversitesi tıp fakültesi hastanesi iç hastalıkları ve FTR polikliniklerine başvuran ve DEXA çekilen postmenopozal kadın hastalar arasında sekonder osteoporoz nedenleri olan hastalar çıkarıldı ve 362 hasta çalışmaya alındı. Hastaların çekilen DEXA sonuçları kaydedildi. Emzirme süreleri ise reproduktif dönem boyunca toplam ay olarak kaydedildi ve hastalar emzirme süresine göre 4 gruba ayrılarak incelendi. İstatistiksel analizler SPSS programı ile yapıldı.

BULGULAR: Postmenopozal 362 kadın hasta emzirme sürelerine göre hiç emzirmeyen (n: 16), 1-24 ay arası emziren (n: 104), 25-60 ay arası emziren (n: 125) ve 60 aydan fazla emziren (n: 117) olmak üzere 4 gruba ayrıldı. Gruplar arasında özellikle yaş, menopoz sonrası geçen süre, vücut kitle indeksi (VKİ) gibi KMY'ni etkileyen parametrelerde farklılık mevcuttu. Femur boynu KMY ile yaş ($r=-0.564, p<0.001$), menopoz sonrası geçen süre ($r=-0.529, p<0.001$) anlamlı doğum sayısı ile sınırdan anlamlı ($r=-0.101, p=0.055$) negatif korelasyon; vücut kitle indeksi (VKİ) ($r=0.295, p<0.001$) ile pozitif korelasyon vardı. Lomber vertebra KMY değerleri ile yaş ($r=-0.392, p<0.001$), menopoz sonrası geçen süre ($r=-0.402, p<0.001$), doğum sayısı ($r=-0.165, p<0.01$) ve emzirme süresi ($r=-0.109, p<0.05$) arasında negatif; VKİ ($r=-0.330, p<0.001$) ile pozitif korelasyon vardı. Tablo'da ANOVA ile değerlendirilen veriler gösterilmiştir. Lomber vertebra KMY ile korele bulunan yaş, menopoz sonrası geçen süre, VKİ, doğum sayısının etkisini artırmak için yapılan kovaryans analizinde; emzirme süresinin KMY üzerine tek başına etkili olmadığı görüldü ($p>0.05$).

SONUÇ: Çalışmamızda emzirme süresi uzun olan postmenopozal kadınlarda KMY'deki azalmanın daha fazla olması, emzirmenin osteoporoz için bir risk faktörü olabileceği izlenimini uyandırmıştır. Ancak hastalar arasındaki yaş, menopoz sonrası geçen süre, VKİ ve doğum sayısı açısından düzeltme yapıldığında emzirme süresinin bağımsız istatistiksel anlam ifade etmediği sonucu ortaya çıkmaktadır.

Tablo .

	Hiç (n: 16)	1-24 ay (n: 104)	25-60 ay (n: 125)	>60 ay (n: 117)	p
Yaş	58.69±8.38	57.49±8.61	60.95±8.38	63.33±9.17	<0.001*
Menopoz sonrası geçen süre	12.38±10.50	11.34±8.74	13.53±8.47	16.30±9.56	0.001**
VKİ	27.99±3.00	29.96±5.55	32.36±5.19	30.99±4.90	<0.001***
Femur boynu KMY	-1.151±1.227	-1.012±1.045	-1.089±1.006	-1.188±1.109	0.66
Lomber vertebra KMY	-1.606±1.156	-1.164±1.461	-1.416±1.432	-1.698±1.400	0.046****

P206

HEMOGLOBİN DÜZEYLERİ KEMİK MİNERAL YOĞUNLUĞUNU ETKİLER Mİ?

¹Hakan Cinemre, ¹Uğur Korkmaz, ¹Aytekın Alçelik, ²Melih Engin Erkan, ²Ayşe Nurdan Korkmaz, ²Huri Tilla İlçe, ¹Elif Önder, ³Safnaz Ataoğlu

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, ³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi Rehabilitasyon Anabilim Dalı

AMAÇ: Hipoksi kemik kaybı için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada ileri yaşta ki hastalarda hemoglobin seviyeleri ile kemik kaybı arasındaki ilişki incelendi.

MATERYAL VE METOD: Ocak 2007-Mayıs 2007 tarihleri arasında Düzce üniversitesi tıp fakültesi hastanesi iç hastalıkları polikliniğine başvuran 220 postmenopozal kadına DEXA çekildi. Hastaların DEXA sonuçları g/cm2 olarak kaydedildi. DEXA sonuçları femur boynu ve lomber vertebra için sayısal olarak değerlendirilirken, ayrıca her ikisi için normal ve düşük KMY şeklinde 2 grup oluşturularak değerlendirildi. Hastalara biyokimyasal tetkikler yanı sıra açlık tam kan sayımı yapıldı. Elde edilen hemoglobinin (hgb) değerleri dikkate alınarak WHO'nun yaptığı sınıflamaya göre hastalar hgb ≤12 gr/dl (anemik) (grup 1) ve >12 gr/dl (normal) (grup 2) olmak üzere 2 gruba ayrıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 220 hastanın (grup 1 (n=46) ve grup 2 (n=174)) yaş ortalaması 59.42±9.00 idi. Hastaların ortalama hgb değerleri grup 1'de 11.274±1.129 gr/dl, grup 2'de 13.457±0.920 idi. Korelasyon analizinde femur boynu ve lomber vertebra KMY değerleri ile yaş, menopoz sonrası geçen süre, vücut kitle indeksi (VKİ) korele bulunurken, femur boynu KMY ile hgb değerleri arasında korelasyon yokken (r=0.054, p=0.42); lomber vertebra KMY ile hgb değerleri arasında sınırda bir anlamlılık vardı (r=0.116, p=0.08). 60 yaş üzerindeki bireyler açısından incelendiğinde ise hgb değerleri ile lomber vertebra KMY arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır (r=0.218, p<0.05). 2 grubun T skorları t test ile karşılaştırıldığında anemi olanlarda lomber vertebra T skorunun anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (p<0.05) (tablo). Lomber vertebra T skoru üzerine olan bu etkinin bağımsız olup olmadığının incelendiği logistik regresyon analizinde anemi, yaş, menopoz sonrası geçen süre ve VKİ ile birlikte düşük KMY için bağımsız bir belirleyici olarak saptandı (OR: 0.45, %95CI: 0.211-0.954, p<0.05). Bu fark 60 yaş üstü kadınlarda ki hgb değerleri için de geçerliydi (OR: 0.575, %95CI: 0.367-0.899, p<0.05).

SONUÇ: Anemik olan hasta grubunda KMY değeri daha düşüktür. Özellikle geriatrik grup (Yaş≥60 olan hastalar) ele alındığında vertebral KMY'deki düşüş daha da anlamlı olmaktadır.

Tablo .

	Grup 1 (n=46)	Grup 2 (n=174)	p
Yaş	60.37±7.99	59.17±9.25	0.42
Menopoz sonrası geçen süre	13.43±8.48	12.00±9.23	0.34
VKİ	32.26±5.75	31.55±5.24	0.43
Femur boynu KMY	-1.000±1.151	-0.890±1.018	0.53
Lomber vertebra KMY	-1.498±1.295	-1.048±1.372	0.047

P207

HİPERTANSİYON VE KEMİK MİNERAL YOĞUNLUĞU İLİŞKİSİ

¹Huri Tilla İlçe, ¹Ayşe Nurdan Korkmaz, ¹Melih Engin Erkan, ²Sevim Dindar, ²Gökhan Dindar, ²Uğur Korkmaz, ²Hakan Cinemre

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

AMAÇ: Hipertansiyon osteoporoz için bir risk faktörü olarak kabul edilmemektedir. Hipertansif hastalarda tespit edilen hiperkalsiüri, osteoporozu neden olabileceğini destekleyen ve ilişkisi olduğu dair bulgular mevcuttur. Biz burada hipertansiyonun varlığı ve tansiyon değerleri ile kemik mineral yoğunluğu (KMY) arasında ilişki olup olmadığını araştırdık.

MATERYAL-METOD: Ocak 2007-Mayıs 2007 tarihleri arasında Düzce üniversitesi tıp fakültesi hastanesi iç hastalıkları ve FTR polikliniklerine başvuran ve DEXA çekilen postmenopozal kadın arasından sekonder osteoporozu nedenleri olan hastalar çıkarıldı. Hipertansiyonu olan (n=177) ve olmayan (n=185) hastaların istirahat sistolik ve diastolik tansiyonları ölçülerek kaydedildi. Hastaların DEXA sonuçları gr/cm² olarak kaydedildi. DEXA sonucuna göre hastalar osteoporozu olan ve olmayan diye 2 gruba ayrıldı. Analizler SPSS istatistik programı kullanılarak student t test ile yapıldı.

SONUÇLAR: Çalışmaya 362 postmenopozal kadın dahil edildi. 177'si hipertansif, 185 hasta normotansif. Osteoporozu olan hasta grubunda (n=124) ortalama sistolik tansiyon 137,21±19,31 mmHg, diastolik tansiyon ortalama 84,61±9,74 mmHg, osteoporozu olmayan hasta grubunda (n=238) ortalama sistolik tansiyon 134,78±18,01 mmHg, ortalama diastolik tansiyon 84,03±10,91 mmHg olarak tespit

edildi. Her iki grubun tansiyon değerleri istatistiksel açıdan anlamlı değildi (p>0,05). Hipertansiyonu olan 177 hasta ile normotansif olan 185 hastada yapılan değerlendirmelerde kemik mineral yoğunlukları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmedi (p>0,05).

TARTIŞMA: Hipertansif hastalarda uzun dönemde meydana gelen idrarla kalsiyum atılımı ile kemik rezorpsiyonu arasında ilişki olduğu düşünüldüğüne yapılan bazı çalışmalarda trabeküler kemikte ki metabolik aktivitenin fazla olmasına bağlı olarak özellikle vertebral KMY'nde azalma olduğu belirtilmektedir. Özellikle de sistolik tansiyon değerleri ile lomber vertebra KMY arasında korelasyon olduğu belirtilmektedir. Ancak bizim elde ettiğimiz veriler hipertansiyonun varlığı ve süresinin, sistolik veya diastolik tansiyon düzeylerinin KMY'ne etkilemediğine ve dolayısıyla osteoporoz için risk faktörü olarak değerlendirilmeyeceğine işaret etmektedir.

P208

TİP 2 DİABETES MELLİTUSLU HASTALARDA HBAİC SEVİYELERİNİN LİPİD PARAMETRELERİ VE ENDOJEN İNSÜLİN SEKRESYONU İLE İLİŞKİSİ

Esmâ Altunoğlu, Cüneyt Müderrisoğlu, Mustafa Boz, Füsün Erdenen, Ender Ülgen

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tip 2 diabetes mellitus insülin direnci ve/veya insülin eksikliği ile karakterize kronik bir metabolizma hastalığıdır. Tip 2 diyabet vasküler bir hastalıktır, koroner arter hastalığı eşdeğeri olarak kabul edilir. Diyabetik hastalarda lipit parametrelerinde değişiklikler olduğu bilinmektedir. Hastaların takibinde insülin direncine eklenmiş insülin eksikliğini varlığı önemlidir. Biz de çalışmamızda tip 2 diabetes mellituslu hastalarda HbA1c ile trigliserid, HDL kolesterol, LDL kolesterol, insülin ve C-peptid arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM: SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi diyabet polikliniğinde takip edilen OAD kullanan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya 93 kadın, 57 erkek toplam 150 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 53 ± 12 idi. Diyabet süreleri 2-11 yıldır. Hastaların AKŞ, HbA1c, trigliserid, HDL-K, LDL-K, insülin, C-peptid değerleri alındı. Verilerin irdelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı.

SONUÇLAR: Ortalama HbA1c %9,02±2,08, insülin 12,74±11,75, C-peptid 2,46±1,37, trigliserit 205,30±23,08, HDL-K 48,07±11,12, LDL-K 105,81±38,40 olarak bulundu. HbA1c ile insülin (r=0,125) ve C-peptid (r=0,068) arasında ilişki saptanmadı. İnsülin ile HDL-K, LDL-K ve trigliserit arasındaki ilişki zayıftı (sırasıyla=r=0,069, r=0,091, r=0,016). C-peptid ile HDL-K arasında zayıf bir ilişki vardı (r=0,249 p=0,012). C-peptid ile LDL-K arasında ilişki çok zayıftı (r=0,043 p=0,06). C-peptid ile trigliserit arasında iyi derecede ilişki saptandı (r=0,301 p=0,002).

Bu veriler diyabetik hastaların KŞ, HbA1c ile birlikte lipit parametreleriyle de sıkı takibinin gerektiği görüşünü desteklemektedir.

P209

ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ VE KEMİK MİNERAL YOĞUNLUĞU ARASINDA İLİŞKİ YOKTUR

¹Uğur Korkmaz, ¹Gökhan Dindar, ¹Sevim Dindar, ²Melih Engin Erkan, ²Ayşe Nurdan Korkmaz, ²Huri Tilla İlçe, ¹Elif Önder, ¹Adem Güngör

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

AMAÇ: Ortalama trombosit hacmine (MPV) son zamanlarda ateroskleroz fizyopatolojisinde trombosit aktivasyon göstergesi olarak kullanılabilecek bir parametre olarak bakılmaktadır. Koroner arter hastalığı (KAH), iskemik inme, preeklampsi ve renal arter stenozunda arttığı gösterilmiştir. KAH'nın şiddeti ve mortalitesi için bir prediktör olarak kullanılabileceği bildirilmektedir. Kemik mineral yoğunluğu ile KAH'nın derecesi arasında mekanizması tam olarak açıklanamasa da ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Biz burada ateroskleroz fizyopatolojisinde etkili olduğu düşünülen MPV ile kemik mineral yoğunluğu (KMY) arasında ilişki olup olmadığını araştırdık.

MATERYAL VE METOD: Ocak 2007-Mayıs 2007 tarihleri arasında Düzce üniversitesi tıp fakültesi hastanesi iç hastalıkları polikliniğine başvuran ve DEXA çekilen postmenopozal kadın hastalar arasından, KAH, inme, periferik arter hastalığı olan, sekonder osteoporoz nedenlerine sahip hastalar çıkarıldı ve 216 hasta çalışmaya alındı. Hastaların DEXA çekimleri femur boynu ve lomber vertebra (L1-4) 'dan yapıldı ve sonuçlar g/cm2 olarak kaydedildi. Hastalar WHO'nun sınıflamasına göre DEXA sonuçlarına göre normal (T skoru >-1.0), osteopenik (T skoru -1.0-2.5) ve osteoporotik (T skoru ≥-2.5) olmak üzere 3 gruba ayrıldı. 12 saatlik açlık sonrası alınan tam kan örneğinde MPV çalışıldı ve fentolitre olarak kaydedildi. Elde edilen veriler SPSS istatistik programı ile analiz edildi.

SONUÇLAR: Çalışmaya alınan 216 hastanın yaş ortalaması 59.35±8.96 idi. Hastaların femur boynu ve lomber vertebra KMY değerleri ile yaş, menopoz sonrası geçen süre ve vücut kitle indeksi (VKİ) arasında korelasyon mevcut iken, yine femur boynu ve lomber vertebra KMY ile MPV değerleri arasında korelasyon yoktu (r=0.054, p>0.05; r=0.052, p>0.05, sırasıyla). Diğer taraftan DEXA sonuçlarına göre normal, osteopenik ve osteoporotik olarak ayrılan 3 grup arasında MPV değerleri açısından fark saptanmadı (p>0.05) (tablo).

TARTIŞMA: KMY ile KAH arasındaki ilişki her ne kadar tam olarak açıklanamasa da osteoblastik ve osteoklastik aktivite üzerine etkili bir takım proinflatuar sitokinlerin etkisi ve kemikten rezorpsiyonu ile vasküler kalsifikasyon arasındaki ilişkiyle açıklanmaya çalışılmıştır. Yapılan çalışmalarda da bunu destekleyen bulgular tespit edilmiştir. Diğer taraftan artan MPV değeri de trombosit agregasyonunu inhibe eden bir takım sitokinlerin etkinliğini inhibe etmektedir. Aterosklerozla ilişkili olan bu parametrelerin ilişkilerinin incelendiği bu çalışmada KAH şiddeti ve ciddiyeti ile ilişkili MPV ve düşük KMY arasında korelasyon tespit edilememiştir.

Tablo .

	Normal (n=65)	Osteopenik (n=99)	Osteoporotik (n=52)	p
Yaş	53.34±6.17	60.34±8.44	64.98±8.56	<0.001*
Menopoz sonrası geçen süre	7.37±6.41	12.93±9.50	17.31±8.12	<0.001*
VKİ	33.371±5.925	31.570±4.991	29.767±4.745	0.001**
MPV	10.526±1.185	10.211±1.277	10.135±1.618	0.22

P210**MENARŞ VE SON DOĞUM YAŞI İLE KEMİK MİNERAL YOĞUNLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİ**

¹Hakan Cinemre, ¹Uğur Korkmaz, ¹Aytekın Alçelik, ¹Gökhan Dindar, ²Huri Tilla İlçe, ²Ayşe Nurdan Korkmaz, ²Melih Engin Erkan, ¹Safınaz Ataoğlu

¹Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı, ³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi Rehabilitasyon Anabilim Dalı

AMAÇ: Östrojen kemik üzerinde osteoklastik aktiviteyi baskılayıp antirezorptif etki yaparak kemik mineral yoğunluğunda (KMY) pozitif bir katkı sağlamaktadır. Ancak gebelik döneminde östrojen seviyesinin artmasına rağmen kemikten özellikle 3. trimesterde mineral kaybında artış söz konusudur. Biz burada menarş yaşı, ilk ve son doğum yaşı ile KMY arasındaki ilişkiyi araştırdık.

MATERYAL VE METOD: Ocak 2007-Mayıs 2007 tarihleri arasında Düzce üniversitesi tıp fakültesi hastanesi iç hastalıkları ve FTR polikliniklerine başvuran ve primer osteoporoz araştırılması amacıyla DEXA çekilen postmenopozal kadın hastalardan menarş yaşı yaşı sorgulanan doğum yapmış 346 kadın çalışmaya alındı. Hastaların DEXA sonuçları femur boynu ve lomber vertebra KMY için ayrı ayrı g/cm2 olarak kaydedildi. Elde edilen DEXA sonuçlarına göre hastalar normal (grup 1) ve düşük KMY (grup 2) olmak üzere 2 gruba ayrıldı. İstatistiksel analizler SPSS istatistik programı ile yapıldı.

SONUÇLAR: Çalışmaya dahil edilen hastalardan grup 1'in (n=89) yaş ortalaması 54.56±6.54, grup 2'nin (n=257) ise 62.85±8.77 idi. Korelasyon analizinde femur boynu ve lomber vertebra KMY ile yaş (p<0.001, ikisi içinde), menopoz sonrası geçen süre (p<0.001, ikisi içinde), menarş yaşı (p<0.01, ikisi içinde), doğum sayısı (p<0.05, p<0.01 sırasıyla) ve son doğum yaşı (p<0.001, ikisi içinde) arasında negatif korelasyon bulunurken, vücut kitle indeksi (VKİ) ile (p<0.001, ikisi içinde) pozitif korelasyon tespit edildi; femur boynu ve lomber vertebra KMY ile ilk doğum yaşı arasında korelasyon saptanmadı (p>0.05, ikisi içinde). t test ile grup 1 ve 2'deki hastaların menarş yaşları, son doğum yaşları, doğum sayıları, yaş, menopoz sonrası geçen süre, VKİ açısından anlamlı farklılıklar görüldü (tablo). Bu faktörlerin etkilerinin bağımsız olup olmadığının incelendiği logistik regresyon analizinde menarş yaşı ile son doğum sayısının; yaş, menopoz sonrası geçen süre, VKİ ile birlikte düşük KMY'nin bağımsız belirleyicileri olduğu saptandı (OR: 1.237, %95CI: 1.003-1.527, p<0.05; OR: 1.086, %95CI: 1.017-1.160, p<0.05).

TARTIŞMA: Menarş yaşının erken olması ile doruk kemik kitlesi (ortalama 30 yaşına kadar ulaşılacak en yüksek kemik kitlesidir) arasında kuvvetli ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu ilişki osteoblastik aktivitedeki artış ve östrojenin antirezorptif etkisine bağlanmıştır. Gebelik esnasında özellikle 3. trimesterde belirgin bir kemik kaybı söz konusudur. Çalışmamız bize östrojen maruziyetinin erken başlaması ile postmenopozal osteoporoz arasında belirgin ilişki olduğunu, bununla doruk kemik kitlesinin erken menarştan olumlu etkilenmesine bağlı olabileceğini düşündürmüştür. Son doğum yaşı ile KMY arasındaki negatif korelasyon ise gebeliğin neden olduğu kemik kaybına maruziyetin ileri yaşlarda (özellikle doruk kemik kitlesine ulaşıldıktan sonra) olması ve ileri yaşlarda KMY'deki yeniden toparlanmanın, kemik yıkımındaki artışa bağlı olarak olumsuz etkilenmesine bağlı olabileceğini düşündük.

Tablo .

	Grup 1 (n=89)	Grup 2 (n=257)	p
Yaş	54.56±6.54	62.85±8.77	<0.001
Menopoz sonrası geçen süre	8.35±6.74	15.70±9.05	<0.001
VKİ	33.062±5.531	30.501±5.069	<0.001
Menarş yaşı	13.52±1.35	14.07±1.36	0.001
Doğum sayısı	3.99±1.80	4.63±2.31	0.008
Son doğum yaşı	29.17±5.46	31.88±5.67	<0.001

P211**POSTMENOPOZAL KADINLARDA VÜCUT KİTLE İNDEKSİ İLE ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ ARASINDA İLİŞKİ VAR MI?**

¹Uğur Korkmaz, ¹Aytekın Alçelik, ¹Elif Önder, ²Ayşe Nurdan Korkmaz, ¹Gökhan Dindar, ²Melih Engin Erkan, ²Huri Tilla İlçe, ¹Adem Güngör, ¹Hakan Cinemre

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

AMAÇ: Ortalama trombosit hacmi (MPV), son zamanlarda aterotromboz için risk faktörü olarak kabul edilen bir belirteç olarak kullanılmaktadır. Bir çok hastalık (koroner arter hastalığı, inme vb) ile MPV arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Literatürde obezite ile de ilişkili olduğu belirtilmektedir. Biz burada postmenopozal kadınlarda obezite ile MPV arasında ilişki olup olmadığını araştırdık.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya Şubat 2007-Haziran 2007 tarihleri arasında Düzce üniversitesi tıp fakültesi iç hastalıkları polikliniğine başvuran 216 postmenopozal kadın hasta alındı. Öykü, fizik muayene ve/veya tetkik sonuçlarında koroner arter hastalığı, inme, hematolojik bozuklukları olan hastalar çalışmadan çıkarıldı. Hastalardan metabolik parametreler ve hemogram çalışıldı. MPV değerleri kaydedildi. Hastalar vücut kitle indeksine (VKİ) göre 2 gruba ayrıldı (VKİ<30 kg/m2=obez olmayanlar, VKİ≥30 kg/m2=obez olmak üzere). Grupların MPV sonuçları SPSS programı kullanılarak t test ile değerlendirildi.

SONUÇLAR: Çalışmaya 129 obez (%N=59, 7) (ortalama yaş 59, 43±8, 7) ve 87 obez olmayan (%N=40, 3) (ortalama yaş 59, 23±9, 38) yaşları 40-83 arasında olan hasta dahil edildi. Obez olmayanların ortalama MPV değeri 10, 260±1, 285 fl, obez olanların ise 10, 306±1, 388 fl olarak hesaplandı. Yapılan analizde (student T test ile) her iki gruptaki hastaların MPV değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu (p=0, 8). Gruplar arasında lipid parametreleri değerlendirildiğinde HDL-kolesterol değerlerinin obez olmayan postmenopozal kadınlarda obez olanlara göre daha yüksek olduğu, ancak

istatistiksel açıdan bu yüksekliğin anlam ifade etmediği görüldü (p=0, 06). Hastalarda değerlendirilen diğer parametreler tabloda belirtilmiştir.

TARTIŞMA: MPV ile trombosit kitlesi trombositlerin aktivitesine işaret eden parametrelerdir ve aterosklerotik kalp hastalıkları için prognostik bir faktör olarak kullanılabilir. Yapılan bir çalışmada obezite ile de MPV arasında ki ilişki vurgulanırken, bir çalışmada da herhangi bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Sonuçlarımız postmenopozal kadınlarda obezite (VKİ) ile MPV arasında herhangi bir ilişki bulunmadığını göstermiştir. Bu durum MPV değerinin postmenopozal obez kadınlar için obez olmayanlarla karşılaştırıldığında kardiyovasküler ek bir risk faktörü olarak kullanılamayacağına işaret etmektedir.

Tablo .

	Obez (n=129)	Obez olmayan (n=87)	p (<0, 05 anlamlı)
Yaş	59,43±8,7	59,23±9,38	0,87
Ortalama BMI	35,04±4,103	26,669±2,286	<0,001
Açlık glukozu	107±31,05	113±51,12	0,31
Trigliserit	161,55±94,68	167,88±165,79	0,77
Kolesterol	209,11±41,94	207,42±45,68	0,8
LDL-kolesterol	126,78±36,26	119,8±28,77	0,15
HDL-kolesterol	50,72±12,04	54,33±13,11	0,06
MPV (fl)	10,306±1,388	10,260±1,285	0,8

P212**TİP 2 DİABETES MELLİTUSLU HASTALARIN SAĞLIKLI ÇOCUKLARINDAKİ KAN LİPİD PROFİLİ,**

¹Ayşe Arduç, ²Yusuf Aydın, ²Dilek Berker, ¹Merve Yılmaz, ¹Esin Beyan Ünlü, ¹Serdar Güler, ¹Ekrem Abaylı

¹Ankara Numune Hastanesi, 3. İç Hastalıkları Kliniği, ²Ankara Numune Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği

AMAÇ: Tip 2 Diabetes Mellitus (DM) olan hastaların sağlıklı çocuklarının kan lipid düzeylerini, ailesinde DM öyküsü olmayan kişilerin kan lipid düzeyleri ile karşılaştırmak için planlandı.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya anne ve/veya babasında Tip 2 DM öyküsü olan, 20-40 yaşları arasındaki her hangi bir medikal tedavi almamış sağlıklı 96 kişi ile ailesinde tip 2 DM öyküsü olmayan 39 kişi alındı. Her iki grup arasında yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, alkol ve sigara kullanımı öyküsü açısından fark izlenmedi. Her iki gruptaki açlık plazma total kolesterol, trigliserid (TG), HDL kolesterol (HDL-K) ve LDL kolesterol (LDL-K) düzeyleri karşılaştırıldı.

SONUÇLAR: Yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel fark olmayan gruplara ait lipid değerleri tablo 1'de gösterilmiştir. Grupları arasında total kolesterol (p=0, 391), TG (p=0, 485), HDL-K (p=0, 266) ve LDL-K (p=0, 350) düzeyleri açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak çalışma grubunda total kolesterol, TG, LDL-K, HDL-K düzeyleri daha yüksek olduğu izlendi.

TARTIŞMA: Sağlıklı kontrol grubu ile ailede tip 2 DM öyküsü olan genç, sağlıklı bireylerin kan lipid profilleri arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaması, diyabetik hastalarda sıkça rastlanan dislipideminin diyabet gelişim basamaklarının erken evresinde ortaya çıkmadığını düşündürmektedir.

Tablo .

	Çalışma Grubu (n=96)	Kontrol Grubu (n=39)	p
Trigliserid	101,5±62,46	95,6±58,05	0,585
Total kolesterol	176,7±36,35	170,5±38,00	0,381
LDL-K	108,0±29,72	102,3±31,48	0,350
HDL-K	47,5±12,39	45,0±10,07	0,266

P213**TİP 2 DİABETES MELLİTUSLU HASTALARIN ÇOCUKLARINDA DİSLİSEMİ VE İNSÜLİN DİRENCİ**

¹Ayşe Arduç, ²Yusuf Aydın, ²Dilek Berker, ¹Merve Yılmaz, ¹Esin Beyan Ünlü, ²Tuncay Delibaşı, ²Serdar Güler, ¹Abaylı Ekrem

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, ²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği

AMAÇ: Tip 2 Diabetes Mellitus'lu (DM) hastaların çocuklarında insülin direnci ve dislipidemisinin ailesinde diyabet öyküsü olmayan sağlıklı kontrollere göre daha yaygın olup olmadığını belirlemek amaçlı planlandı.

MATERYAL VE METOD: Çalışmada anne ve/veya babasında Tip 2 DM öyküsü olan, 20-40 yaşları arasındaki herhangi bir medikal tedavi almamış ve insülin direncini etkileyebilecek bilinen sistemik hastalığı olmayan 108 kişi ile ailesinde tip 2 DM öyküsü olmayan, aynı yaş grubundan sağlıklı 40 kişinin açlık kan şekeri (AKŞ), tokluk kan şekeri (TKŞ), Glikolize hemoglobin (HbA1c), oral glukoz tolerans testi (OGTT), açlık insülin, c-peptid düzeyleri karşılaştırıldı. Tüm katılımcıların insülin direnci HOMA-IR yöntemi ile değerlendirildi.

SONUÇLAR: Her iki grupta yaş ve cinsiyet açısından benzer özelliklere sahipti. Çalışma grubu hastalarının 3'ünde (%2,8) aşkar diyabet, 9'unda (%8,3) bozulmuş glukoz toleransı (BGT) saptandı. Kontrol grubunda ise 1 (%2,5) hastada BGT saptandı (Tablo 1). Bu hastalar çalışmadan çıkartılarak diğer değerlendirmeler yapıldı. Çalışma grubunun 19'unda (%17,6), kontrol grubunun 3'ünde (%7,5) bozulmuş açlık glukozu (BAG) tespit edildi. Bu hastalar çalışmaya dahil edildi. BAG açısından gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark yoktu (p: 0,84). Açlık kan şekeri (p<0,001), OGGT'de 1.saat kan şekeri (p: 0,012), açlık insülin (p: 0,045) ve c-peptid (p<0,001) düzeyleri ve HOMA-IR (p: 0,007) çalışma grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı yüksek saptandı. TKŞ (p: 0,098), OGGT 2. saat kan şekeri (p: 0,161) ve HbA1c (p: 0,150) açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı. Her iki grubun kan glukoz ve insülin direnci ilişkili parametreleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA: Diyabet gelişimi açısından aile öyküsü nedeni ile genetik risk taşıyan sağlıklı kişilerde kontrol grubuna kıyasla daha yüksek açlık kan şekeri, insülin, c-peptid, insülin rezistansı saptanmıştır. Bu özellikler aşkar diyabeti olanlarla benzer metabolik karakteristiklerdir. Bu sebeple ailesinde diyabet öyküsü olan tüm kişiler çok erken dönemlerden itibaren disglisemi açısından yakın takip edilmelidirler.

Tablo 1.

	NGT	BAG	BGT	DM	Toplam
Çalışma Grubu	77 (%71,3)	19 (%17,6)	9 (%8,3)	3 (%2,8)	108
Kontrol Grubu	36 (%90,0)	3 (%7,5)	1 (%2,5)	0 (%0)	40

Tablo 2.

	Çalışma Grubu (n=96)	Kontrol Grubu (n=39)	p
AKŞ	90,7±11,37	82,2±9,35	<0,001
TKŞ	100,8±21,81	93,3±16,95	0,098
HbA1c	4,9±0,45	4,8±0,49	0,150
OGGT 1.saat KŞ	131,4±40,98	116,5±31,51	0,012
OGGT 2.saat KŞ	98,5±21,63	92,8±20,93	0,161
İnsülin	7,6±3,91	6,1±2,73	0,045
C peptid	1,4±1,08	0,9±0,39	<0,001
HOMA-IR	1,7±0,98	1,2±0,58	0,007

P214**HASTANE İÇİ MORTAL SEYİRLİ DİABETES MELLİTUS OLGULARINDA BAKTEREMİ**

¹Kemal Ağbaht, ²Selçuk Dağdelen, ¹Uğur Ünlütürk, ¹Arzu Gedik, ¹Tolga Yıldırım, ³Yeşim Çetinkaya Şardan, ²Miyase Bayraktar

¹Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Hacettepe Üniversitesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Ünitesi, ³Hacettepe Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

AMAÇ: Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı yataklı servislerinde izlenen ve mortal seyreden hastalarda Diabetes mellitus (DM) ve bakteremi ilişkisini ortaya koymak

MATERYAL VE METOD: Bir vaka-kontrol çalışması kapsamında 2003-2004 tarihlerinde, İç Hastalıkları kliniğine yatmış hastalardan, hastane kayıtları retrospektif taranarak mortal seyirli olanlar saptandı, ve bunlardan kan kültürü elde olunmuş tüm olgular çalışmaya dahil edildi. DM'ü olan olgular vaka, olmayanlar ise kontrol grubunu oluşturdu. Kan kültüründe sebat eden koagülaz negatif stafillokok üremesi (≥ 3 kez) ile diğer bakteri grupları için en az bir üreme, klinik bulgular varlığında bakteremi olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışma süresi olan 2 yıl içinde 5622 hasta İç Hastalıkları Kliniği'nde yatarak tedavi görmüş, bunların 653'ü (%11,6) hastane içi mortal seyretilmiştir. Mortal seyreden 653 olgunun 107'sinin (%16,4) yatış sırasında bilinen diyabet öyküsü varken, 210 olgunun (%32,2) son yatışlarında herhangi zamanda bakılan plazma glukoz değerlerinin en az 2'sinin 200 mg/dL üzerinde olduğu saptandı. 336 olgunun (%51,5) ise DM'ü yoktu. İlk 2 gruptaki olgular birlikte ele alınarak, diyabeti olmayanlarla karşılaştırıldıklarında; komorbidite açısından diyabet grubunda solid malignansi oranının daha az (%28,4'e karşın %46,1, p<0,001), buna karşılık hastaneye yatış anında böbrek yetmezliği oranlarının daha sık (%18,3'e karşılık %9,5, p=0,001) olduğu gözlemlenmiştir. Diğer eşlik eden hastalıklar açısından istatistiksel anlamlı bir fark izlenmedi. Tüm olgulardan yatış süreleri boyunca en az bir kez kan kültürü alınmış olanların sayısı 465 (%71,2) (diyabetiklerde %76,7, non-diyabetiklerde %66,1, p=0,005) olarak bulunmuştur. Bakteremi açısından karşılaştırıldığında, diyabetik grupta bakteremi prevalansı %45,5 iken, diyabetik olmayan grupta %23 olarak bulunmuştur (p<0,001). Vaka grubunda *Pseudomonas aeruginosa* bakteremi prevalansı %10,7 iken, kontrol grupta %1,8 (p<0,001), aynı şekilde *Staphylococcus aureus* bakteremi prevalansı diyabetik grupta %5,4, non-diyabetik grupta %1,8 (p=0,035), koagülaz negatif stafillokokal bakteremi prevalansı diyabetik grupta %7,0, kontrol grubunda %2,3 (p=0,017) olarak bulunmuştur. Diğer bakteremi etkenleri açısından diyabetik olanlarla olmayanlar arasında bir fark gözlemlenmemiştir.

SONUÇLAR: Bilinen DM varlığında veya stres altında yüksek sebat eden, kontrolsüz plazma glukozu olan olgular, plazma glukozu kontrol altında olanlarla karşılaştırıldığında; mortalite öncesi dönemde bakteremi riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kontrolsüz plazma glukoz düzeyleri özellikle *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* ve koagülaz negatif *Staphylococcus* türü mikroorganizmalarla olan bakteremiyeye yakınlık yaratmaktadır.

Tablo .

	Diabet (+), n (%)	Diabet (-), n (%)	p-değeri
<i>Acinetobacter</i> spp.	20 (8.2)	12 (5.4)	0.27
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	26 (10.7)	4 (1.8)	<0.001
<i>Staphylococcus aureus</i>	13 (5.4)	4 (1.8)	0.035
Koagülaz (-) <i>Staphylococci</i>	17 (7.0)	5 (2.3)	0.017
<i>Klebsiella</i> spp	8 (3.3)	6 (2.7)	0.79
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2 (0.8)	4 (1.8)	0.43
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	6 (2.5)	2 (0.9)	0.29
<i>Escherichia coli</i>	16 (6.6)	14 (6.3)	0.99
Bakteremi yok	135 (55.5)	171 (77.0)	<0.001
Toplam	243 (100)	222 (100)	

P215**DİYABETİK HASTALARDA HEMATOLOJİK PARAMETRELER**

Hanife Usta, Fatih Aksoy, Pınar Demir, Füsün Erdenen

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği

Diyabetik hastalarda değişik derecelerde anemiye rastlanmaktadır. Özellikle renal bozukluğun oluştuğu durumlarda anemi daha belirgin hale gelir. Çalışmalar göstermiştir ki diyabetik hastalardaki düşük hemoglobin düzeyleri glomeruler filtrasyon hızındaki düşüşü hızlandırmakta bu durum anemiyi daha fazla kötüleştirmektedir. Aneminin erken dönem tedavi edilmesinin renal fonksiyonlardaki bozulmayı yavaşlatmıştır.

Diyabetik hastalarda oluşan anemiden otonomik nöropati, böbreğin eritropoetin üretimindeki azalma, renal interstisyumdaki hasar, sistemik enflamasyon ve daha birçok neden gösterilmiştir.

Çalışmamızda tip 2 diyabetik, glomeruler filtrasyon hızı ve kreatinin değerleri normal proteinüri olmayan ve değişik derecelerde proteinüri olan hastalarda hematolojik ve hematitnik parametreleri ve bu parametrelerin yaş, diyabet yaşı ve cinsiyetler arası olan ilişkilerini araştırdık.

Çalışmaya polikliniğimizde takip edilmekte olan tip 2 diyabetik hastalardan 14 kadın 25 erkek olmak üzere toplam 39 hasta alınmıştır. Çalışmaya kreatinin ve kreatinin klirensleri normal değişik derecelerde proteinüri olan ve proteinüri olmayan hastalardan seçilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for windows 10.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Karşılaştırmalarda student's t, Mann whitney u, ve pearson korelasyon analizi testleri kullanıldı. p<0.05 anlamlı kabul edildi.

Hastaların yaş ortalamaları 57±12 idi. Diyabet süreleri 96±84 ay olarak tespit edilmiştir. Sırayla hematokrit ve hemoglobin düzeyi ortalamaları erkeklerde 42.9±6.9 ve 14.2±2 mg/dL kadınlarda ise 38.9±3.5 ve 12.8±1mg/dL bulunmuştur. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Hastaların HbA1C ortalaması 9.7±1.5, Fe düzey ortalaması 71±30 µg/dl, ferritin düzey ortalaması 119.5±116ng/dl, eritropoetin ortalaması ise 13.3±10.4 mU/mL (N: 2.6-34) bulunmuştur. Cinsiyetler arasında MCV açlık kan şekeri, kreatinin ve kreatinin klirensi, Fe, TDBK, ferritin ve eritropoetin ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Erkeklerin HbA1c ortalamaları kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Diyabet süresi arttıkça Hgb düzeyleri düşmekte. r=-0,328 p<0.05 ve açlık ve kan şekeri düzeyleri artmaktadır. r=0,453 p<0.01

Yaş arttıkça Hct ve Hgb düzeyleri düşmekte. r=-0,564 p<0.001 ve r=-0,57 p<0.001 ve kreatin klirensi düzeyleri düşmektedir. r=-0,60 p<0.001. yine yaş arttıkça ferritin ve eritropoetin düzeyleri artmaktadır. r=0,421 p<0.05 ve r=0,436 p<0.05

Diyabet süresi 10 yıldan fazla olanların AKŞ ve HbA1c düzey ortalamaları 10 yıldan az olan olgulara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. p<0.05

Tablo .

	ERKEK		KADIN		
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	p
Yaş	53, 33	15, 599	59, 76	10, 084	, 160
Diyabet yaşı (ay)	91, 79	81, 656	98, 96	86, 960	, 802
HCT	42, 93	6, 900	38, 92	3, 556	, 027*
HGB	14, 21	2, 217	12, 86	1, 189	, 021*
MCV	85, 458	17, 2634	86, 996	4, 5239	, 681
AKŞ	209, 43	69, 361	179, 04	62, 089	, 172
HBA1C	9, 927	1, 9930	7, 576	1, 8673	, 002**
KREATİNİN	1, 179	, 8405	, 963	, 5530	, 381
CCL	134, 58	76, 806	95, 71	46, 837	, 102
Fe	82, 85	26, 857	65, 30	31, 329	, 099
TDBK	285, 77	39, 959	309, 55	75, 092	, 300
FERRİTİN	164, 855	114, 9558	95, 844	112, 6948	, 113

P216**PROPİLTİYOURASİL'E BAĞLI AGRANÜLOSİTOZ SONRASINDA SEFAPERAZON TEDAVİSİNE BAĞLI GELİŞEN TROMBOSİTOPENİ**

¹Sercan Bulut, ²Dilek Berker, ²Yusuf Aydın, ³Ayşe Arduç, ⁴Ersin Günay, ³Merve Yılmaz, ²Serdar Güler

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, ²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, ³Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, ⁴Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü

OLGU: Toksik adenom sebebi ile 7-8 aydır Propiltiourasil (PTU) kullanan 75 yaşındaki hasta acil servise iki haftadır olan halsizlik, ateş yakınması ile başvurdu. Fizik muayenesinde vücut sıcaklığı 38, 5 C°, nabızı 120 atım/dakika idi. Laboratuvar incelemesinde WBC: 1.6 K/μL, PMNL: 0.5 K/μL, Hgb: 12 g/dl, trombosit: 186 K/μL olarak saptanması üzerine agranülositoz tanısı ile hospitalize edildi. Hastanın özgeçmişinde nötropeniye yol açacak başka bir hastalık ve ilaç öyküsü olmaması nedeniyle agranülositoz PTU kullanımına bağlanarak PTU tedavisi hemen kesildi. Posteroanterior akciğer grafisinde sağ alt zonda infiltrasyon mevcuttu. Hastaya sefoperazon 2x1gr tedavisi başlandı. Nötropeni için granülosit koloni uyarıcı faktör (G-CSF) tedavisi verildi. Takiplerinde 3. günde ateşi düşen ve nötrofil sayısı 1.5 K/μL üzerine çıkan hastanın sefoperazon tedavisinin 9. gününde burun kanaması ve cilt muayenesinde sağ ayak bileği etrafında, uyluk posteriorunda purpura tarzında döküntüleri izlenmesi üzerine tekrarlanan hemogramında WBC: 3.7 K/μL, PMNL: 2.4 K/μL, trombosit: 5 K/μL olarak bulundu. Periferik yaymasında atipik hücre yoktu ve trombosit sayısı uyumlu idi. Hastaya trombosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı. Kemik iliği aspirasyonu ve biyopsi sonucu normoseleüler kemik iliği olarak raporlandı, serilerde anlamlı patoloji izlenmedi ve megakaryositler normal sayı ve morfolojide idi. Hastaya intravenöz steroid tedavisi verildi. Steroid tedavisinin 5. gününde trombosit sayısı normal sınırlara yükseldi. Hastanın cilt lezyonları geriledi. Daha sonraki kontrollerinde kan sayımları normal tespit edildi. Toksik adenoma yönelik olarak radyoaktif ¹³¹I tedavisi planlanan hasta takibe alındı.

TARTIŞMA: PTU kullanımına bağlı olarak gelişen agranülositoz bilinen en ciddi yan etkidir. PTU'e bağlı trombositopeni ise çok nadir olarak bildirilmiştir. Agranülositoz ile başlayan hastamızda PTU kesiminden yaklaşık 10 gün sonra trombositopeni geliştiği için trombositopeninin farklı bir sebeple geliştiği düşünülmüştür. Yapılan incelemelerde antibiyotik olarak kullandığımız sefaperazon dışında etiyoloji belirlenmemiştir. Sefalosporinlerin bir kısmının geçici trombositopeni yaptığı bildirilmiştir. Ancak sefaperazona bağlı ağır trombositopeni vakası literatürde çok nadir olarak bildirilmiştir. Literatürde PTU kullanımının ortaya çıkardığı agranülositoz sonucu gelişen enfeksiyonun tedavisi sırasında kullanılan antibiyotige bağlı olarak gelişen trombositopeni vakasına rastlanmadığı için bu vakayı sunuyoruz.

P217**METABOLİK SENDROMDA İNSÜLİN DÜZEYLERİ İLE AMBULATUAR KAN BASINCI TAKİBİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Mehmet Yıldız, Özge Durdu, Sanem Kayhan, Hilal Yiğit Atasoy, Nevzat İlman

S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı hiperinsülinemisi olan metabolik sendromlulara 24 saat ambulator kan basıncı monitorizasyonu (ABPM) ile gece kan basıncında yetersiz düşüş olup olmadığını tespit etmektir.

METOD: Bu çalışmaya 35 ve 65 yaş arası metabolik sendromu olan 38 hasta (26 kadın, 12 erkek) alınmıştır. Metabolik sendrom Adult Treatment Panel III (ATP III) raporuna göre tanımlanmıştır. Hastalarda bir kez 24 saatlik kan basıncı takibi yapılmıştır. Nokturnal kan basıncı düşüşü; gündüz saatlerindeki kan basıncı düzeylerine göre gece kan basıncı değerlerinde %10'dan daha fazla düşüş olması şeklinde tanımlanmıştır. Aynı zamanda hastalarda insülin düzeyi ölçüldü ve normal aralık 4-16 μU/ml olarak kabul edildi. Normal aralıkta insülin değerine sahip hastalar 1. grup, 16 μU/ml'den daha fazla insülin değerine sahip olanlar 2. grup olarak sınıflandırıldı.

SONUÇLAR: 38 hastadan 12'si 1. grupta, 26'sı 2. grupta yer aldı. Herbir birey ABPM'de nokturnal kan basıncı düşüşü olup olmasına göre sınıflandırıldı. Buna göre 18 hastada bu düşüş (dipper) varken 20 hastada düşüş yoktu (nondipper). Hastalar arasında yaş, ortalama 24 saat, gündüz ve gece sistolik ve diastolik kan basınçları bakımından fark yoktu. Gece kan basıncı düşüşü olan ve olmayan hasta sayıları 1. ve 2. grupta sırasıyla 10 ve 8, 16 ve 4 idi.

TARTIŞMA: Bu çalışmaya göre hiperinsülinemi ile dipper olma durumu arasında pozitif bir korelasyon (p=0, 263) mevcut ama bu korelasyon istatistiksel olarak önemli değildir. Çeşitli çalışmalar gece kan basıncı düşüşü olmamasının kardiyovasküler olaylarda ve uç-organ hasarlarında artışla ilişkili olduğunu destekler, ama bunun altından yatan mekanizma henüz tanımlanmamıştır. Metabolik sendrom, bileşenlerinden dolayı kardiyovasküler hastalık gelişimi için risk faktörüdür. Biz bu çalışmada gene son zamanlarda yapılan çalışmalara göre kardiyovasküler hastalık gelişimi için risk faktörü olarak kabul edilen dipper veya nondipper olma açısından metabolik sendromda insülin düzeyinin rolünü araştırdık. Fakat insülin düzeyleri ile ABPM değerleri ve dipper-nondipper durumunda olma arasında belirgin ve anlamlı bir ilişki bulamadık.

P218**METABOLİK SENDROMDA PLAZMA VE İDRAR ESER ELEMENT DÜZEYLERİ**

Gülsüm Gönülalan, Erdem Akbal, Utku Serkant, İnanç İmamoğlu, Dicle Koca, Mustafa Altunbaş

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Metabolik sendromlu vakalarda plazma ve yirmi dört saatlik idrarda Ca, Zn, Cu, Mg düzeylerinin araştırılması ve bunların metabolik sendromla olan ilişkilerinin değerlendirilmesi.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya metabolik sendrom (MS) tanısı NCEP ATP III tanı kriterlerine göre konulan 30 kişi ve MS olmayan sağlıklı kişilerden oluşan 20 kişi alınmıştır. Tüm vakalarda açlık plazma Ca, Zn, Cu, Mg seviyeleri ve yirmi dört saatlik idrarda Ca, Zn, Cu, Mg seviyeleri çalışıldı.

SONUÇLAR: Vakaların %84'ü (42) kadın, %16'sı (8) erkekti. Metabolik sendromlu hasta grubu ile kontrol grubunun MS bileşenleri, demografik özellikleri ve plazma, idrar Cu, Zn, Mg, Ca seviyeleri tablo

1'de verilmiştir. Plazma Zn seviyesi MS hasta grubunda kontrol grubuna oranla anlamlı olarak düşük saptandı (sırasıyla plazma Zn 96.3±23.2, 115.3±25.2, p=0.012). Yirmi dört saatlik idrarda Zn atılımı MS'lu hastalarda kontrol grubuna oranla daha fazla olduğu görüldü (sırasıyla idrar Zn 1.32±0.87, 0.73±0.46, p=0.016). Bulgular yaşa göre düzeltilindiğinde kontrol ile MS'lu hasta grubu arasındaki fark devam etmekte idi (p=0.007). metabolik sendrom bileşenleri ile hipoznemi ve hiperznuü arasında anlamlı korelasyon bulunmadı (p>0.05).

TARTIŞMA: Zn insülin sensitivitesi ve aktivitesinde rol oynamaktadır. Diabetik hastalarda Zn'nun insülin duyarlılığı ile ilişkili olduğunu bildirilmiştir. MS'lu hastalarda plazma Zn düzeylerinin azalmış ve idrardaki atımların artmış olması metabolik sendromlu vakalardaki insülin rezistansının nedeni olabilir. Bu hasta grubunda oral Zn replasmanı insülin rezistansında azalmayla sonuçlanabilir.

Tablo .

	Metabolik sendrom	Kontrol grubu
Yaş		
Sigara		
HDL *	40,43	44,6
Trigliserid *	213,23	107,45
Sistolik tansiyon *	138,16	106,75
Diastolik tansiyon *	80,3	70,5
Plazma glukozu *	208	90,4
Bel çevresi *	113,43	92,5
Plazma Ca	4,81	4,7
Plazma Cu	127,13	120,2
Plazma Mg	2,11	2,05
Plazma Zn *	96,3	115,3
İdrar Ca	7,01	7,12
İdrar Cu	32,31	24,07
İdrar Mg	22,43	22,1
İdrar Zn *	1,32	0,73
İdrar protein *	565,34	87,91

P219**ULUSLARASI OBEZİTE VE METABOLİK SENDROM KRİTERLERİ BÖLGEMİZ İNSANI İÇİN UYGUN MU?**

¹Habib Bilen, ²Alpaslan Kılıçarslan, ³Mustafa Keleş, ⁴Bedri Seven, ¹Güngör Akçay

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ⁴Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ ve AMAÇ: Obezite vücuttaki yağın fazlalığını ifade eden bir terimdir. Tüm dünyada yaygın kullanılan yöntemler olan beden kitle indeksi (BKİ) ve bel çevresi ölçümü doğrudan vücut yağ ölçümünü yansıtmamaktadır. WHO'ya göre BKİ 20- 24.9 normal, 25-29.9 fazla kilolu (over weight) , 30-39.9 şişman, >40 aşırı-morbid şişman olarak kabul edilmektedir. Biz çalışmamızda bölgemizde yaşamakta olan bayanlarda bu kriterlerin vücut yağ oranını ne derecede yansıttığını araştırdık.

MATERYAL VE METOD: Bu çalışmada BKİ'ne göre fazla kilolu gruba giren 60 bayan hastanın Dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA) ile yapılan vücut yağı ölçümleri, BKİ ve bel çevresi ölçümleri ile karşılaştırılmıştır.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalamaları 45,06 ± 6,53 idi. BKİ'leri 27, 65 ± 1.23 kg/m2, bel çevresi ölçümü ise 82, 8 ± 8, 4 cm idi. Dexa yöntemi kullanılarak yapılan vücut total yağ oranları %34.33 ± 4.3 idi. Gerek BKİ ile DEXA arasında gerekse bel çevresi ile DEXA arasında oldukça zayıf korelasyon mevcuttu (sırasıyla r=0.24 ve r=0.14) . BKİ değerine göre fazla kilolu olan 34 hasta (%56) DEXA değerine göre obez grubundaydı. Bel çevresi ölçüm ortalaması metabolik sendrom kriteri olan 88 cm'den daha düşük (82,8 ± 8, 4 cm) olmasına rağmen, 54 hasta (%86) DEXA değerine göre obez grubundaydı. DEXA ile BMI ve bel çevresi arasındaki ilişki Roc eğrisi ile değerlendirildiğinde yine oldukça zayıf ilişki elde edilmişti (DEXA ve BMI için 0.60, DEXA ve bel çevresi için bu oran 0.49).

TARTIŞMA: Bu çalışmada BKİ'ne göre fazla kilolu grubuna giren (obez olmayan) hastaların bel çevreleri 88cm'den daha düşüktü, yani metabolik sendrom kriterini karşılamıyorlardı. Uluslararası standartlara göre yaptığımız bu sınıflamadaki hastaların çoğunun DEXA ile obez kategorisine girdiğini gözlemledik. Çalışmamıza dahil edilen olgulardan elde edilen sonuçlar bölgemize ve ülkemize ait verileri yansıtmayabilir. Ancak verilerimizin ışığında obezite ve metabolik sendrom kriterlerinin uluslararası değerler yerine ülkemiz insanına uygun bir şekilde saptanmasını sağlayacak genenik katılımlı çalışmaların sürdürülmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

Tablo .

(n=60)	Mean ± Sd	Min.	Max.
Yaş	42,8 ± 4,3	30,0	49,0
Boy	158,5 ± 6,2	147,0	172,0
Kilo	69,9 ± 6,7	57,0	84,0
BMI	27,6 ± 1,2	25,0	29,5
Bel Çevresi	82,8 ± 8,4	64,0	101,0
Left arm	34,6 ± 7,0	24,0	51,0
Right arm	35,5 ± 6,7	27,0	48,0
Trunk	34,1 ± 4,1	27,0	44,0
Left leg	34,4 ± 6,2	27,0	51,0
Right leg	35,0 ± 6,2	26,0	52,0
Subtotal body fat	35,1 ± 5,7	27,0	47,0
Head	19,0 ± 0,7	18,0	20,0
Total body fat	34,3 ± 4,3	28,0	44,0

P220

DİYABETİK AYAK YARASI OLAN HASTALARDA AMPUTASYON OLMASI İLE ARTERİYEL STENOZ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mehmet Yıldız, Özlem Özer Çakır, Nevzat İlman, Mutlu Demiral, Neyran Umay

S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Alt ekstremité amputasyonları ve ayak ülserleri diabetli hastalar arasında önemli ölçüde mortalite, morbidite ve sağlık bakım giderlerini oluşturmaktadır. Diabetik ayak hospitalizasyon, mortalite, morbidite ve sakatlığın önemli bir nedenidir.

AMAÇ: Diabetik ayak yaralı olan diabetes mellituslu hastalar arasında alt ekstremité arteriyel stenozis ile amputasyon olması arasındaki ilişkiyi incelemek.

Araştırma Şekli ve Metodu: 2. Dahiliye kliniğine başvuran diabetik ayak yaralı olan 98 diabetes mellituslu hasta araştırma alındı. 98 hasta amputasyon olması ve olmamasına göre iki gruba ayrıldı. Hastalarda yaş, diabetes mellitus süresi ve doppler ultrasonografi kullanarak arteriyel stenozis değerlendirildi. SPSS software (Version 11.5) istatistiksel analiz için kullanıldı.

SONUÇLAR: Araştırmaya 98 hasta dahil edildi. 32 hasta major amputasyon grubunda idi (11 kadın, 21 erkek). Medikal tedavi ve/veya debridman yapılan diğer grup 66 hasta idi (38 kadın, 28 erkek). Hastaların %50 si kadındı. Hastaların ortalama yaşı 58,5 idi. Tüm hastalar tip 2 diabetes mellituslu idi. Major amputasyon grubunda ortalama yaş 63,03 iken, diğer grupta 57,68 idi. Her iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak yaş arttıkça amputasyon görülme sıklığı anlamlı olarak artmaktaydı (p: 0,020). Major amputasyon grubunda diabetes mellitus süresi 6,5 iken, diğer grupta ise 4,2 idi. İstatistiksel olarak erkek cinsiyette kadınlara göre amputasyon olma olasılığı anlamlı olarak artmaktaydı (p: 0,031). Major amputasyon grubunda ortalama diabetes süresi 17,68 iken diğer grupta ortalama diabetes süresi 12,39 idi. İstatistiksel olarak diabetes süresi arttıkça amputasyon görülme sıklığı anlamlı olarak artmaktaydı (p: 0,004). Major amputasyon grubunda alt ekstremité doppler ultrasonografi kullanılarak görülen arteriyel stenozis oranı %75 iken diğer grupta görülen arteriyel stenozis oranı %27,3 idi. Diabetik yaralı olan 98 diabetes mellituslu hastada major amputasyon grubu ile diğer grup arasında istatistiksel olarak arteriyel stenozis görülmesi arttıkça amputasyon olma olasılığı anlamlı olarak artmaktaydı (p<0,001). Bütün hastalarda trigliserid, total kolesterol ve Hb A1c değerlerine de bakıldı. Her iki grup arasında istatistiksel anlamlılık izlenmedi (p>0,05).

TARTIŞMA: Diabetes süresi ve diğer kişisel faktörlerin de rol alabileceği göz önünde bulundurularak yaş arttıkça amputasyon olma olasılığı artmaktadır. Önceki çalışmalarda da gösterildiği üzere erkek cinsiyette kadınlara oranla daha fazla amputasyon görülmektedir. Bizim çalışmamızda da erkek cinsiyette daha fazla amputasyon görülmüştür. Diabetik ayak yaralı olan diabetes mellituslu hastalarda artmış yaş, erkek cinsiyet, artmış diabetes süresi ve arteriyel stenozis varlığı amputasyon olma olasılığı ile yakından ilişkilidir.

P221

DİFFÜZ GUATR İLE PLUMMER-VINSON SENDROMU BİRLİKTELİĞİ OLAN BİR OLGU

¹Cavit Çulha, ¹Yavuz Demir, ²Ayşegül Babalı, ¹Süheyla Görar, ¹Pınar Karakaya, ¹Anıl Gönenç, ¹Yalçın Aral

¹S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, ²S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Birimi

Plummer-Vinson sendromu (Paterson-Kelly sendromu) nun klasik 3 belirtisi disfaji, demir eksikliği anemisi ve özafageal ağdır. Çok seyrek görülen bir sendromdur.

OLGU: Ş.Ş., 50 y, kadın hasta, memleketi Çorum. Şikayeti bir yıldır devam eden yutkunma güçlüğü, boğazda rahatsızlık hissi ve halsizlik. Birkaç aydır şikayetleri artmış. Fizik muayenesinde cilt rengi soluk olup anemik görünümündü. Farinks hafif hiperemi dışında normal olup, tiroid diffüz palpabl idi. Hastanın laboratuvar değerleri; ilk başvurusunda Hb: 5.9 gr/dl (N: 11.7-16), Hct: %19.2 (35-47), MCV: 50.1 (81-101) fL, MCH: 15.4 (27-34) pg/eritrosit, MCHC: 30.8 (31-36) g/dl eritrosit. Serum Fe: 21 (37-145) µg/dl, serum TDBK: 334 (228-428) µg/dl, Ferritin: 9.5 (11-307) ng/ml idi. Tiroid USG: sağ lob: 70x21x20 mm, sol lob: 60x25x21 mm, nodül yok, bilateral diffüz hiperplazi. Tiroid sintigrafisi: nonhomojen aktivite tutulumu olarak bildirildi. TSH: 0.37 uIU/ml, ST3: 2.95 pg/ml, ST4: 1.09 ng/dl. Tiroid otoantiklorları normal kabul edilebilir düzeylerdeydi.

Yutkunma zorluğu için istenen gastroenteroloji konsültasyonu ve yapılan endoskopi sonucunda 17. cm. de çepeçevre ağ görüldüğü ve endoskopiyle geçilemediği, özafagusta benign darlık (Plummer-Vinson

sendromu) olduğu tesbit edildi ve buji dilatasyonu ile darlık açıldı. İlk muayeneden 45 gün sonraki kontrol değerleri Hb: 10.5 gr, Hct: %33.1, MCV: 66.2, MCH: 21, MCHC: 31.7, BK: 7300, trombosit: 458.000 idi.

İkinci kontrolden 3, 5 ay sonra başvurduğunda Hb: 12.3 gr, Hct: %37.3 idi.

TARTIŞMA: Plummer-Vinson sendromlu hastalar, genellikle orta yaşlı, 4-7. dekadta kadınlardır. Disfaji genellikle ağrısız ve intermitanttır. Anemi semptomları klinik tabloya hakim olabilir. Dalağın ve tiroidin büyümesi de gözlenebilir ki bizim hastamızda da diffüz guatr Plummer-Vinson sendromu ile birlikte. Bu sendromda en önemli etyolojik faktör demir eksikliğidir. Diğer olası faktörler; malnutrisyon, genetik predispozisyon ve otoimmün süreçlerdir. Plummer-Vinson sendromu, bazı otoimmün hastalıklar (tiroid hastalığı, Çöliak hastalığı, romatoid artrit) ile birlikte görülebilmektedir. Ayrıca demir eksikliğinin tiroid metabolizmasını ters yönde etkilediği ve endemik guatr bölgelerinde iyot profilaksisinin etkinliğini azaltabildiği gösterilmiştir. Ülkemizin genel olarak hala hafif iyot eksikliği (endemik guatr) bölgesi olduğunun hatırlanması Çorum'da yaşayan hastamızdaki diffüz guatrı açıklayabilir. Tiroid otoantiklorlarının yüksek olmayışı otoimmün mekanizmadan uzaklaştırabilir. Demir suplementasyonu ve mekanik dilatasyon etkili tedavidir. Hastamızda da bu iki tedavi şekli kullanılmış olup disfaji düzelmiş ve halen demir tedavisine devam edilmektedir.

SONUÇ: Tiroidin diffüz büyümesiyle birlikte seyreden, nadir görülen ve tedaviye iyi cevap veren özellikleriyle Plummer-Vinson sendromunu hatırlatmak için bu olguyu sunmaktayız. Bu sendrom, farinks ve özafagusun skuamöz hücreli karsinom riskinin artışıyla birlikte olduğundan hastaların bu yönden de yakın takibi önemlidir.

P222

EKTOPİK HİPERPARATİROİDİ: OLGU SUNUMU

Ayhan Kaya, Berkant Sönmez, Fatih Yavuz Erkal, Mesut Şeker, Demet Ataman Taşan, Haluk Sargın, Hülya Gözü, Yüksel Gülerlyüzlü, Gülçin Güngör, Taflan Salepci, Ali Yayla

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Paratiroid bezi 4 adet olup, tiroid bezinin arkasında yerleşmiştir. Bu bezler, kalsiyum fizyolojisinin başlıca düzenleyicisi olan paratiroid hormonu (PTH) üretirler. Artmış PTH düzeyleri ile karakterize olan hiperparatiroidizm hiperkalseminin sık rastlanılan bir nedenidir ve genellikle paratiroid bezinde otonom fonksiyon yapan adenomların veya hiperplazinin sonucudur. Paratiroid bezi dışında başka bir odaktan aşırı PTH salınımı hiperparatiroidizmin nadir bir sebebidir.

OLGU: 59 yaşında bayan hasta 2 ay önce başlayan halsizlik, iştahsızlık şikayetleri ile dahiliye polikliniğine başvurdu. Hastanın yapılan rutin tetkiklerinde hemogloblin: 13, 2 g/dL, lökosit: 4900/mm³, trombosit: 215000/mm³, glukoz: 96 mg/dL, üre: 26 mg/dL, AST: 23 U/L ALT: 26 U/L kalsiyum: 11.0 mg/dl (N: 8.5-10.5 mg/dL), fosfor: 3, 4 mg/dL saptandı. Tetkiklerinde hiperkalsemisi olan hastanın PTH düzeyi 106, 6 pg/mL (normal değerleri: 15-65 pg/mL), 24 saatlik idrarda kalsiyum düzeyi: 172 mg/24 saat (N: 100-300 mg/24 saat), fosfor: 816 mg/24 saat (N: 400-1300 mg/24 saat) olarak saptandı. Hastanın aktif D vitamini düzeyi, boyun ultrasonografisi ve magnetik rezonans görüntüsü normal olarak saptandı. Ektopik hiperparatiroidi olabileceği düşünülen hastanın yapılan Tc-99m MIBI Paratiroid Sintigrafisi'nde tiroid glandı sağ lob infero-posterior ektopik paratiroid adenomu ile uyumlu sintigrafik bulgular saptandı. Hastaya cerrahi rezeksiyon uygulandı. Hasta halen endokrinoloji polikliniğimiz tarafından takip edilmektedir.

TARTIŞMA: Paratiroid adenomları genellikle inferior paratiroid bezlerinde yerleşir, fakat %6-10 hasta da timus, tiroid, perikardiyum veya özofagus arkasında yer alır. Bu olgumuzda ektopik odak olarak tiroid bezinde PTH hipersekresyonuna rastlanması üzerine sunmayı uygun bulduk.

P223

SOL BÖBREKTE ATROFİ VE HİPERTANSİYON SAPTANAN PSÖDOFEOKROMASİTOMA OLGUSU

¹Yavuz Selim Demir, ¹Cavit Çulha, ²Ebru Demir, ¹Süheyla Görar,

¹Anıl Gönenç, ²Emre Yıldırım, ²Emel Bayrak, ¹Yalçın Aral

¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği,

²Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Psödofeokromositomanın 3 subtipi vardır. 1. Normal katekolaminleri olmasına rağmen katekolamin fazlalığını akla getiren semptomlara sahip olanlar (Adrenoreseptör hipersensitivitesi, anksite, hiperventilasyon, tirotoksikoz, karsinoid sendrom, menopozal vasomotor instabilite, kafein, alkol çarpması ve amfetamin kullanımı) 2. Feokromasitomaya bağlı olmayan yükselmiş katekolaminlere sahip olanlar (Obstrüktif uyku apnesi, hiperadrenerjik esansiyel hipertansiyon, kokain, trisiklikler) 3.MRG veya CT'de feokromasitoma taklit eden adrenal tümörler (insidentiloma, benign kortikal adenom, nodüler hiperplazi, conn sendromu)

Psödofeokromositoma nedenleri hipertansiyonla seyredebilen hastalıklardır.

OLGU: 23 yaşında erkek hasta 3 yıl önce ellerde uyuşma, başağrısı, ateş basması ve terleme şikayeti ile başvurduğu hastanede kan basıncı 230/110 mmHg saptanmış, antihipertansif ilaç (amlodipin 10 mg) başlanan hasta kan basıncının yüksek seyretmesi üzerine polikliniğimize başvurduğunda yapılan tetkiklerinde 24 saat idrar katekolaminlerinin (norepinefrin ve dopamin) yüksek saptanması üzerine yatırıldı. Özgeçmişinde 3 yaşında pyelonefrit geçirdiği öğrenildi. İlaç kullanma öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde cilt soluk, kalp tepe atımı 100/dk, kan basıncı ortalaması 180/100 mmHg, kalp tirmik taşikardik, akciğer sesleri doğal, batın muayenesi doğal.Açlık glukoz: 87 mg/dl, üre: 28 kreatinin: 1.11 sodyum: 137 potasyum: 4 Klor: 101, TSH: 1.36 Kortizol: 14,7, ACTH: 39, Aldosteron: ayakta: 540 yatarak: 387 (38-313)

Renin: (ayakta: 2.82, yatarak: 1.64 (0,2-2.8), 24 saat idrar Katekolaminler: VMA: 4.99 (3-6,5), Metanefrin: 200, 1 (74-298), Normetanefrin: 464 (105-354), Adrenalin: 9.9 (4-20), Noradrenalin: 88,65 (23-105), Dopamin: 456, 8 (190-450), HVA: 3.78 (2-7.4), SHIA: 3,25 (2-9) saptandı. Sürenal tomoğrafide sağ sürenal normal, sol sürenal hafif kalın görünümde saptandı. Sağ böbrekte kompansatrik hipertrofi, sol böbrekte grade 3 atrofik değişiklikler saptandı. Renal arter dopplerde sol böbrek küçük, sol renal arterden sinyal alınmadı. Sağ renal arter normal akımda saptandı. Renal sintigrafide sağ böbrek normal fonksiyonda, sol böbrek non fonksiyone saptandı. I-131 MIBG normal değerlendirildi. Nefroloji kliniğine danışılan hastada hipertansiyon nedeninin atrofik böbrek olmadığı bildirildi.

TARTIŞMA: Hastamız feokromasitoma kliniği ile başvurmuş olup yapılan labaratuvar ve görüntüleme yöntemleriyle feokromasitomadan uzaklaştırıldı. Hastanın idrar ve plazma katekolamin düzeylerinin yüksek çıkmasının nedeni sağ böbrekteki kompansatrik hipertrofinin katekolamin düzeylerini yükseltmesi ile açıklanabilir. Hipertansiyonla başvuran feokromositomanın laboratuvar delillerine sahip fakat görüntüleme ile nöroendokrin tümör saptanamadığında renovasküler nedenler psödotekromasitoma nedeni olabilir.

P224**TİP 2 DİABETES MELLİTUSLU HASTADA 3. KRANİAL SİNİR MONONÖROPATİSİ**¹Oktay Bilgir, ²Ferda Bilgir, ¹Mehmet Çalan, ¹Pınar Öner, ¹Murat Akyol¹Zmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği, ²Buca Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Diabetik nöropati tip 1 ve tip 2 diabetes mellituslu hastalarda sık karşılaşılan bir komplikasyondur. Bu komplikasyonun oluşması diabetin süresi ve glikemik kontrol ile korelasyon göstermektedir. Diabetli hastaların uzun süreli takiplerinde yaklaşık olarak hastaların %50'sinde diabetik nöropati gelişmektedir. Diabetik hastalarda nöropati, polinöropati, mononöropati ve otonomik nöropati şeklinde oluşabilir. En sık görülen formu ekstremite distalinde simetrik polinöropatidir. Polinöropati hiperestezi, parestezi, dizestezi ve ağrı semptomları ile bulgu verebilir. Mononöropati ise daha az görülen formudur, genellikle tuttuğu sinirde ağrı ve motor güçsüzlük ile bulgu verir. Mononöropatinin sebebi bilinmemektedir ancak vasküler patolojinin etiyolojide önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Mononöropati genellikle 3. kranial sinirde görülür ancak diğer sinirlerde etkilenebilir. Otonomik nöropatide ise kolinerjik ve adrenerejik sistem bozuklukları ile bulgu verir. Diabetik nöropatinin tedavisinde çeşitli ajanlar kullanılmakta ancak tam anlamıyla tedavide başarı sağlanamamaktadır. Tedavide öncelikle iyi bir glikemik kontrol sağlanmalıdır ve hastanın nörotoksik ajanlardan uzak durması gerekmektedir bu nedenle hasta alkol almamalıdır. Ayrıca B6, B12 gibi vitamin eksikliği var ise bu vitaminler tedavide verilmelidir. Trisiklik antidepressanlar (amitriptilin, desipramin, nortriptilin), gabapentin, mexilitin, fenitoin, karbamazepin diabetik nöropatinin tedavisinde kullanılmaktadır. Ayrıca diabetik nöropatinin tedavisinde yeni yayınlarda alfa lipoik asidin etkili olduğunu bildirilmektedir.

63 yaşında erkek hasta kliniğimize sol gözde ağrı, çift görme ve sol üst göz kapağında düşme yakınması ile başvurdu. Hastanın anamnezinden 14 yıldır tip 2 diabetes mellitus hastası olduğu ve son bir yıldır intensif doz insülin tedavisi kullandığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde sol üst göz kapağında ptosis, göz hareketlerinde içe ve aşağıya bakış kısıtlılığı saptandı. Öncelikle intrakranial kitle veya vasküler patoloji düşünülerek hastanın kranial MR'ı çekildi ve MR'da patoloji saptanmadı daha sonra hastaya kranial MR angio çekildi MR angioda da patoloji saptanmadı. Hastanın HgbA1C değeri 7.5 saptandı ayrıca hastanın ekstremitelerinde muayenesinde nöropatoloji saptanmadı, bu verilerden sonra hasta diabete bağlı 3.kranial sinin nöropatisi olarak düşünüldü. Hastanın tedavisinde glikemik kontrol düzenlendi, pregabalin 75 mg 2x1 ve NSAİ başlandı.Tedavinin başlangıcından 15 gün sonra hastanın kontrolünde ptozis minimal gerileme tesbit edildi ve tedavije devam edildi.

P225**AMİODARON İLİŞKİLİ TİROTOKSİK KOZ VE PROPİLTİOURASİLE BAĞLI LÖKOPENİDE TEDAVİ YAKLAŞIMI: OLGU SUNUMU**

Muharrem Müftüoğlu, Ferihan Aral, Neşe Çolak

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

Tirotoksikoz kanda aşırı miktarda bulunan tiroid hormonlarına bağlı olarak ortaya çıkan klinik tablodur. Kardiyak aritmiler üzerindeki etkinliğinden dolayı sık kullanılmakta olan amiodaron tiroid bezi üzerinde kompleks etkiler göstermektedir. Amiodaron tip 1 ve 2 5' deiyodiniyi inhibi eder, tiroid üzerindeki direkt sitotoksik etkisinden dolayı apoptozu yol açar, ve duyarlı kişilerde otoimmün tiroid hastalıklarına neden olur. Amiodaron kullanan hastaların yaklaşık olarak %3'ünde tirotoksikoz görülmektedir. Amiodarone bağlı olarak 2 tip tirotoksikoz görülmektedir: Tip 1 ve tip 2. Tip 1 latent Graves hastalığı yada toksik multinodüler guatrı olan kişilerde görülür. Tedavisinde yüksek doz antitiroid ilaçlar, potasyum perklorat kullanılmaktadır. Tip 2 ise önceden sentezlenmiş tiroid hormonlarının amiodaronun tiroid folikülleri üzerindeki toksik etkisinden dolayı kana salınmasından kaynaklanan destrüktif bir tiroidittir. Tedavisinde yüksek doz steroid etkilidir. Bu sunumda amiodaron ile ilişkili tirotoksikoz gelişen ve tedavide kullanılan propiltiourasil ile ilişkili lökopeni gelişen bir olguda tedavi yaklaşımı ele alınacaktır. Olgumuz 1, 5 yıl önce üç damar hastalığı nedeniyle koroner arter bypass grefti yapılan, postoperatif atriyal fibrilasyon nedeniyle 1 ay amiodaron 200 mg/gün kullanan 56 yaşında kadın hasta. 2 ay önce çarpıntı, terleme nedeniyle bakılan tiroid fonksiyon testlerinde TSH: 0, 001 IU, serbest T4 (ST4) 52, 3 pmol/L, total T3 (TT3) 4, 8 ng/ml tespit edildi. Amiodaron ilişkili tirotoksikoz tanısıyla PTU 2X100 mg ve metoprolol 100 mg/gün başlandı. İyot uptake'i <%1, teknisyum tiroid sintigrafisinde ekzojen iyot alımına bağlı olarak background aktivite artışı, tiroid ultrasonografisinde diffüz hiperplazi ve vaskülerite artışı saptandı. Bulgular tip 1 amiodaron ile ilişkili tirotoksikoz ile uyumlu bulundu. Spot idrarda iyot atılımı 478 mcg/kreatinin bulundu. Anti-TPO ve anti-TG pozitif bulundu. Bulgular tip 1 amiodaron ile ilişkili tirotoksikoz tanısıyla propiltiourasil (PTU) 3X100 mg başlandı. Takiplerinde lökosit sayısında tedrici azalma görüldü. Lökosit 3100/mm3, nötrofil 1300/mm3 saptanması üzerine tedavinin 21. gününde PTU kesilerek metimazol 20 mg/gün başlandı. Antitiroid tedavinin 28. gününde TSH 0, 001 mIU/L, sT4: 36, 5 pmol/L, TT3 3, 3 ng/ml saptandı. Takipleri sırasında 2 defa atrial fibrilasyon gelişti. Metoprolol dozu 200 mg/gün ve metimazol ise 40 mg/gün'e yükseltildi. PTU'ya bağlı lökopeni gelişen hastada agranülositoz riski yüksek olduğundan dolayı perklorat kullanılmadı. sT4 ve TT3 seviyelerinde göre metimazol dozu azaltıldı. Tedavinin 60. gününde TSH 2, 5 mIU/L, sT4: 15, 5 pmol/L TT3 1, 1 ng/ml spot idrarda iyot atılımı 178 mcg/kre bulundu.

YORUM: Tip 1 amiodaron ile ilişkili tirotoksikozda yüksek doz antitiroid ajanlar ve potasyum perklorat etkilidir. PTU'ya bağlı lökopenisi olan hastalarda perklorat kullanılmamalıdır. Bu gibi durumlarda yüksek doz metimazol ve beta-blokerler kullanılmalıdır.

P226**DOPAMİNE BAĞLI DOKU NEKROZU**¹Mehmet Çölbay, ¹Özcan Karaman, ¹Gürsel Acartürk,²Nurten Turhan Haktanır, ¹Türkan Paşalı Kilit¹AKÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²AKÜ Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

GİRİŞ: Dopamin, hipotansif seyreden olgularda pozitif inotropik etkisiyle intravenöz infüzyonla kullanılmaktadır. Bilhassa yüksek dozlarda dermal iskemi ve nekroza yol açabilmektedir. Burada Yoğun Bakım Ünitesinde dopamine ait cilt nekrozu görülen vakayı sunacağız.

OLGU: Poliklinikte solunum sıkıntısı ve karın şişkinliği şikayetleri ile değerlendirilen 66 yaşındaki bayan hasta Akut Akciğer Ödemi ön tanısıyla Yoğun Bakım Ünitesine yatırıldı. Yatışı sonrası çekilen EKG'de

Atriyal Fibrilasyon (AF) görülünce EKO yapıldı. EF'si %50 saptandı. AF'ye yönelik hız kontrolü sağlanmasına rağmen genel durumu düzelmeyen hastanın bilinci kötüleşti. Arteriyel kan gazında hipoksemi ve respiratuar alkaloz saptanarak entübe edildi. Takibinde ateşinin ve çekilen direk grafilerinde pnomoniye uyumlu bulguların olmasından dolayı aspirasyon pnomonisi ön tanısıyla tedavisi değiştirildi. Takibi sırasında idrar çıkışı azalan, hipotansif seyreden hastaya öncelikle izotonik başlandı, fakat tansiyon cevabı alınamadı. Damar yolu bulunamaması sebebiyle alt ekstremitelerinden 5 µg/kg dopamin başlandı. Hastaya pozisyon verileceği sırada alt ekstremitelerde kateter çevresinde deri ve yumuşak dokuyu içeren nekroz varlığı görüldü. Bacak şiş ve eritemliydi. Etkilenen alan yaklaşık 7x5 cm² idi. Dopamin infüzyonu sonlandırıldı, kateter çıkarıldı. Deri lezyonunun olduğu bölgede bül oluştu (Resim 1). Demarkasyon hattı oluşuncaya kadar günlük pansuman yapıldı (Resim 2).

TARTIŞMA: Dopamin endojen katekolamin olup, norepinefrin ve epinefrinin prekürsörüdür. Yoğun bakım ünitelerinde hipotansiyon ve oligüri tedavisinde sıvı replasmanı sonrasında ilk sıra tercih edilmektedir. Doz bağımlı olarak kardiyovasküler, renal ve endokrin etkileri ile şok sendromunda etkilidir.

Dopamine bağlı bir çok yan etki yüksek doz infüzyonlarda görülmektedir. Bu vakada düşük doz kullanımasına rağmen vazokonstriksiyona bağlı yaygın iskemi oluşmuştur. Yapılan sıçan çalışmalarında dopamin miktarı ve konsantrasyonundan ziyade infiltrasyon ve ekstrasvazasyon süresinin doku iskemisinde daha önemli olduğu gösterilmiştir. Bu komplikasyonun sıklığı 20-30 yıl öncesine göre infüzyonları hassas ve doğru şekilde verilebilen aletlerin geliştirilmesiyle azalmıştır. Yoğun bakım hastalarında eskiye göre az da olsa bu tip komplikasyonlar görülebilmektedir. Literatürde erken farkedilip infüzyonun sonlandırılması veya phentolamin kullanılmasıyla bu komplikasyonun engellendiği lezyonun tamamen kaybolduğu bildirilmektedir. Bizim vakamızda geç farkedilen bu lezyonda medikal tedavinin başarısız olacağı görüldü. Kemiğe ulaşmazsa flep çevrilerek kapatılması aksi takdirde amputasyon yapılması kararlaştırıldı.

Sonuç olarak, dopamin infüzyonu yapılan hastalarda ekstrasvazasyon ve buna bağlı gelişecek deri nekrozu açısından dikkatli olunmalıdır.



Resim 1. Üçüncü gün lezyon.



Resim 2. Sekizinci gün lezyon.

P227**YOĞUN BAKIMDA CİDDİ AKUT BÖBREK YETMEZLİKLİ OLGULARDA MORTALİTE ORANI VE BUNA ETKİLİ OLABİLECEK FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dilek Solmaz, Hakan Alp Bodur

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Akut böbrek yetmezliği (ABY) böbrek işlevlerinin saatler yada birkaç gün gibi kısa sürede bozulması ve bununla ilişkili olarak su ve minarelerin alımı ve böbreklerden atılımı arasında ki dengenin kaybolması sonucunda üremi belirtilerine yol açan metabolik yan ürünlerin birikiminden kaynaklanan klinik sorunları içermektedir. Hastaneye başvuran hastalarda ABY çeşitli nedenlere bağlı komplikasyonlarla yaklaşık %5 olarak görülürken yoğun bakım başvurularında ise %30'a kadar ulaşmaktadır. ABY hastane ilişkili mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerindendir. Bu durum %35- 65 mortalite ile ilişkilidir. Yoğun bakım ünitelerinde sepsis ile birlikte ABY varlığında mortalite %75-90'a kadar yükselmektedir. Gelişmiş diyaliz olanaklarına rağmen mortalite oranlarında belirgin bir azalma olmamıştır. Bu çalışmada ciddi böbrek yetmezliği (renal replasman tedavisi ihtiyacı) olan yoğun bakım hastalarında mortalite oranı ve bununla ilişkili olabilecek faktörler değerlendirilmiştir.

METOD: Altı yataklı bir dahiliye yoğun bakım ünitesinde izlenen, yoğun bakıma kabulde veya izlemde ABY gelişen 66 hastanın verileri yoğun bakım veri tabanı incelenerek taranmıştır.

Hastaların demografik verileri, nedensel faktörleri, ek hastalık durumları, klinik durumları (oligüri varlığı (idrar çıkışı <400ml/gün), sepsis varlığı, antibiyotik kullanımı, inotrop ajan kullanımı, beslenme şekli), Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation (APACHE) II skorları, organ yetmezlikleri (respiratuvar, hematolojik, hepatik, kardiyovasküler, nörolojik, sepsis), renal replasman tedavisine başlama süreleri değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler için ise ki-kare testi ve alt gruplarda beşten küçük veri olması durumunda Fisher testi kullanılmıştır.

SONUÇLAR: Ciddi ABY'li 66 olgu sağ kalanlar ve ölenler olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir. Tüm ölümlere bağlı mortalite oranı %83.3 olarak bulunmuştur.

Hastaların demografik verileri ve diğer klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. İki grup karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, ek diğer hastalıklar ve klinik durumlar açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yine aktive protein C kullanımı, inotrop ajan kullanımı, antibiyotik kullanımının da mortalite üzerine etkisi saptanmamıştır. Organ yetmezlikleri açısından değerlendirildiğinde ise kardiyovasküler, nörolojik, respiratuvar yetmezlik varlığında mortalitede artış saptanmıştır. (sırası ile p değerleri: 0.022; 0.018; 0.007) APACHE II skorlarında da iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p: 0.005). Oligürik ve non oligürik böbrek yetmezliği olan hastalarda renal replasman tedavisine başlama sürelerinde anlamlı farklılık olmasına karşın (sıra ile 2.0-7.1 gün; p: 0.023) sağ kalımda anlamlı farklılık saptanmamıştır (p: 0.59). Sonuç olarak bu çalışmada yaş, cinsiyet, nedensel faktörler ve ek diğer hastalıklardan bağımsız olarak organ yetmezliklerinin (kardiyovasküler, nörolojik, respiratuvar) ve APACHE II skorunun sağ kalım üzerine etkili olduğu saptanmıştır.

Tablo 1.

Parametreler	Sağ kalanlar (n: 11) n (%)	Ölenler (n: 55) n (%)	Toplam (n: 66) n (%)	P değeri
Yaş (yıl)	77.7±10.5	70.1±14.9	71.4±14.4	0.080
Cinsiyet (kadın/erkek)	5/6	27/28	32/34	1.000
Komorbite durumlar				
Diyabet	5 (45.6)	16 (29.1)	21 (31.8)	0.287
Kalp hastalığı	4 (36.4)	23 (41.8)	27 (40.9)	0.737
Karaciğer hastalığı	0	3 (5.5)	3 (4.5)	
Neoplazi	0	12 (21.8)	12 (18.2)	
Klinik durumlar				
Antibiyotik	10 (90.9)	49 (89.1)	59 (89.4)	1.000
Parenteral beslenme	2 (18.2)	15 (27.3)	17 (25.8)	0.714
İnotrop kullanımı	7 (63.6)	49 (89.1)	54 (84.8)	0.540
Oligüri	6 (54.5)	40 (72.7)	46 (69.7)	0.231
APC kullanımı*	2 (18.2)	20 (36.4)	22 (33.3)	0.312
ABY nedenleri				
Medikal	7 (63.6)	45 (81.8)	52 (78.8)	0.227
Nefrotoksik	2 (18.2)	7 (12.7)	9 (13.6)	0.638
Cerrahi	2 (18.2)	4 (7.3)	6 (9.1)	0.260
Organ yetmezlikleri				
Kardiyovasküler	6 (54.5)	48 (87.3)	54 (81.8)	0.022
Hematolojik	3 (27.3)	23 (41.8)	26 (39.4)	0.505
Hepatik	0	12 (21.8)	12 (18.2)	
Nörolojik	2 (18.2)	33 (53.0)	35 (60.0)	0.018
Respiratuvar	1 (9.1)	30 (54.5)	31 (47.0)	0.007
Sepsis	7 (63.6)	34 (61.8)	41 (62.8)	1.000
APACHE II skoru	25.0±5.7	32.4±7.8	31.3±7.9	0.005

P228

ABRUPTIO PLASENTA (PLASENTA DEKOLMANI) YA BAĞLI YAYGIN DAMAR İÇİ PIHTILAŞMA: OLGU SUNUMLARI

²Pegah Golabi, ¹Emel Eryüksel, ³Aslı Tufan, ³Serdal Aktolga, ¹Sait Karakurt, ¹Turgay Çelikel

¹Marmara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım Anabilim Dalı, ²Marmara Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, ³Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.

Damar içi pıhtılaşması (YDP) (Disseminated Intravascular Coagulation = DIC) damarlarda fibrin birikimine, dolayısı ile organlara kan akımının bozulması sonucu çoklu organ yetmezliğine neden olan sistemik yoğun damar içi pıhtılaşmadır. Sepsis ve/veya ağır enfeksiyonlar, travma, malignite, karaciğer hastalıkları YDP'ye en çok neden olan durumlardır.

Amniotik sıvı embolisi, abruptio placentae, placentae previa, ölü fetus sendromu gibi obstetrik komplikasyonlar YDP'ye yol açabilir.

Abruptio placenta nedeniyle tedavi edilmekte iken YDP gelişen iki olgu sunulmuştur:

OLGU 1: Daha önce herhangi bir hastalık ve ilaç kullanımı öyküsü olmayan 28 yaşındaki bayan hasta gebeliğin 36. haftasında vajinal kanama ve erken doğum tehdiyle (EDT) hastaneye başvurdu, takibi sırasında placentae dekolmanı gelişen hasta acil operasyon sonrası hemoglobin değerinde düşme, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinde yükselme, parsiyel Tromboplastin zamanında uzama saptanmış. Hastanın tablosu placentae dekolmanına ikincil YDP olarak düşünüldü. Takiplerinde kanaması devam eden ve replasmanlara rağmen hemoglobin değeri düşen hastada çoklu organ yetmezliği bulguları gelişti. Hasta venöznöz diyalize alındı. Belirgin YDP'si olan hasta Yoğun bakım takibinin onuncu gününde eksitus olmuştur.

OLGU 2: Daha önceden bilinen bir hastalığı olmayan ve ilk doğumu komplikasyonuz sonuçlanan 25 yaşındaki bayan hasta 33. haftasında doğum sancısıyla başvurduğu hastanede EDT olarak kabul edilmiş. Demort fetus spontan doğum sonrası hipertansiyon saptanması nedeniyle eklampsi krizi tanısıyla tedavi alırken takipte anemi, trombositopeni (Hb: 6 mg/dl, PLT: 50000/mm3), Karaciğer ve böbrek fonksiyon

testlerinde bozulma (AST: 1214 U/L, ALT: 377 U/L, kreatinin: 3 mg/dl) olunca in utero placentae retansiyonu ön tanısıyla küretaj yapılmış, işlem sonrası pulmoner emboli tablosu gelişmesi sonucu solunum yetmezliği olması nedeniyle dahili yoğun bakımımıza alınmış, gelişinde solunum arresti olması nedeniyle entübe edildi. İzleminde vajinal kanaması olan hastaya Placentae dekolmanına sekonder gelişen YDP tanısıyla takibine devam edildi. Hastanın Novoseven (aktive faktör 7) tedavisi ile kanamasi kontrol edilmesine rağmen sekonder enfeksiyon sonucu eksitus oldu.

Sonuç olarak Abruptio placentae'ya bağlı olarak gelişen YDP yüksek mortalite ve morbiditeyle seyredilmektedir. Tedavide ana amaç altta yatan nedenin düzeltilmesi ve destek tedavisi yapılmasıdır.

P229

SİPROFLOKSASİN İLİŞKİLİ KONVÜLZYON İÇİN YENİ BİR RİSK FAKTÖRÜ: HİPERTİROİDİZM

¹Kemal Ağbaht, ¹Berivan Bitik, ¹Serhan Pişkinpaşa, ³Defne Altıntaş, ²Miyase Bayraktar, ³Arzu Topeli

¹Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Hacettepe Üniversitesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Ünitesi, ³Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Ünitesi

Siprofloksasin, klinikte sık kullanılan ve güvenli bir antibiyotiktir. Nadiren, yan tesir olarak konvülsiyonlar bildirilmiştir. Ancak, bildirilen tüm olgular derlendiğinde bu ciddi yan tesirin belirli hasta gruplarında görüldüğü belirtilmiştir: Yaşlı, böbrek yetmezliği, elektrolit bozukluğu, konvülsiyon öyküsü olan ya da ilaç etkileşimi sonucu kan ilaç düzeyini yükseltebilecek ilaç kullananlar.

OLGU: Yirmi dört yaşında bayan idrarda yanma, başağrısı ve bilinç kaybı şikayetleri ile hastanemiz Acil Polikliniği'ne başvurdu. Yakınlarından alınan anamnezde 3 ay önce miadında doğum yaptığı, 15 gün önce başağrısı şikayetiyle başlayıp hiç geçmemesi üzerine 4 gün önce İlçe Devlet Hastanesi'ne başvurduğu, tam kan sayımı ve biyokimya tetkiklerinin, lökositoz dışında, normal sınırlarda olduğu, sinüzit ve idrar yolu enfeksiyonu öntanılarıyla siprofloksasin önerildiği, 500 mg oral tablet aldıkdan yaklaşık 10 saat sonra idrar inkontinansı ve bilinç kaybının eşlik ettiği, jeneralize tonik-klonik nöbet geçirdiği ve 15 dakika sonra nöbetin tekrarladığı, bunun üzerine hasta yakınlarının hastayı 2 saat içinde Acil Polikliniği'ne getirdikleri öğrenildi. Başvuruda letarji, ağır hipotansiyon (80/40 mmHg), ateş (38.3°C), taşikardi (kalp hızı 135/dakika), Kussmaul solunumu gözlemlendi. Hasta kısa sürede yoğun bakım ünitesine nakledildi. Tetkiklerde ciddi metabolik asidoz (pH: 7.15, pCO₂: 20 mmHg, HCO₃: 7.3 mmol/L), kan üre azotu (69 mg/dL), kreatinin (4.8 mg/dL), fosfor (12.1 mg/dL), kreatin kinaz (6559 IU), laktat dehidrogenaz (756 IU), myoglobin (>3000 ng/mL) yüksekliği ve sodyum (132 meq/L) düşüklüğü saptandı. EEG'de her iki hemisferde yavaş delta ve teta dalgaları görüldü. Uygun tedaviyle (hidrasyon, hemodiyaliz, piperasilin-tazobaktam ve diğerleri) 2 gün sonra bilinci açılan hastanın son 3 ayda hızlı kilo kaybı, çarpıntı, sıcak intoleransı, aşırı sinirlilik gibi şikayetleri olduğu öğrenildi. TSH: 0.015 µIU/mL (normal 0.27-4.2), serbest T3: 9.15 pmol/L (normal 3.95-6.8), serbest T4: 49.99 pmol/L (normal 12-22). Diğer tetkiklerle postpartum tiroitit tanısı konuldu. Kranial MRG'de patoloji yoktu, EEG tekrarı normal idi. Böbrek fonksiyonları ve elektrolitler normale döndü, hemodiyaliz ihtiyacı kalmadı. Konvülsiyon tekrarlamadı. Propanolol ile taburcu edildi.

SONUÇ: Siprofloksasin ilişkili konvülsiyon nadirdir. Ancak, olgumuzda olduğu gibi ağır miyopati ve buna ikincil böbrek yetmezliğine kadar giden ciddi tabloya neden olabilir. Klinikte karşılaşıldığı takdirde mutlaka, konvülsiyona zemin hazırlayan bir faktör araştırılmalıdır. Bu faktörler ya ilaç düzeyini yükselterek (böbrek işlev bozukluğu, ilaç etkileşimleri, ileri yaş) ya da konvülsiyon eşiğini düşürerek (elektrolit bozukluğu, elektrokonvülsif tedavi) konvülsiyonu tetikler. Hipertiroidizm, konvülsiyon eşiğini düşürdüğü iyi bilinen klinik bir durumdur. Diğer iyi tanımlanmış risk faktörleri yokluğunda akla gelmelidir. Öte yandan, hipertiroidi olgularında siprofloksasin ilk tercih antibakteriyel olmayabilir.

P230

TROMBOSİT TRANSFÜZYONUNA BAĞLI GELİŞEN AKUT AKCİĞER ÖDEMİ OLGUSU

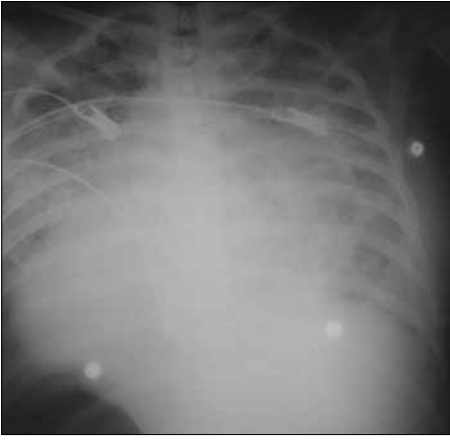
¹Serkan Bulur, ²Elif Önder, ³Neşe Akın, ²Zeki Soypaça, ¹Hakan Özhan, ¹Mehmet Yazıcı

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, ³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce.

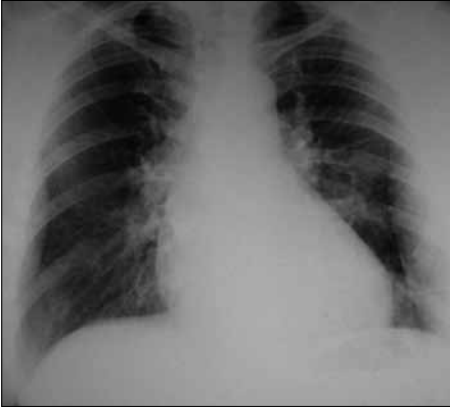
GİRİŞ: Transfüzyona bağlı gelişen akciğer ödemi plazmada bulunan kan ürünlerinin tranfüzyonu sonrası gelişir. Hastalarda ani gelişen nefes darlığı ile birlikte ateş, siyanoz, hipoksemi (PaO₂/FIO₂ <300 veya O₂ satürasyonunun <%90 olması), her iki akciğer lobunda ödem, hipotansiyon (daha sık) veya hipertansiyon görülür. Tipik olarak tranfüzyon sonrası 1-2 saat içinde ortaya çıkar. Transfüzyona bağlı akut akciğer olgularının yaklaşık %70'inde mekanik ventilasyon gerekmektedir.

OLGU SUNUMU: 3 ay önce kronik böbrek yetersizliği tanısı alan ve diyalize giren 38 yaşındaki bayan hasta katatere bağlı sepsis nedeni ile Dahili yoğun bakıma yatırıldı. Hastanın takibinde ense sertliği gelişti ve bunun üzerine hastaya Lomber ponksiyon planlandı. Hastanın trombosit değeri 16.000 mm³ olduğu için lomber ponksiyon öncesi trombosit tranfüzyonu kararlaştırıldı. Üçüncü trombosit transfüzyonu sırasında hastada ani gelişen nefes darlığı, ateş yükselmesi, O₂ satürasyonunda düşme, tansiyon yükselişi gelişti. Trombosit tranfüzyonu durduruldu. Hastanın fizik muayenesinde her iki akciğerde yağın ral saptandı. Solunumu yüzeyleşen ve solunum arresti gelişen hasta entübe edilip mekanik ventilatöre bağlandı. Çekilen PA akciğer grafide her iki akciğerde pulmoner ödemle uyumlu infiltrasyon saptandı (Resim 1). Bu bulgularla hastada trombosit infüzyonuna bağlı akut akciğer ödemi düşünüldü ve akut akciğer ödemi tedavisi başlandı. Birinci gün sonunda çekilen PA akciğer grafide infiltrasyonların gerilediği görüldü (Resim 2). Semptomları gerileyen hasta ekstübe edildi. Sepsis tablosundan da çıkan hasta yoğun bakımın çıkartılarak servis takibine alındı.

SONUÇ: Kan ürünleri tranfüzyonu hastanelerde sıkça uygulanmaktadır. Transfüzyon esnasında hastada gelişebilecek tablolar tranfüzyon reaksiyonu olarak düşünülmeli ve öncelikle tranfüzyon kesilmelidir. Hastada ani gelişen nefes darlığı, ateş ve tansiyon yükselmesi durumunda tranfüzyona bağlı akut akciğer ödemi akılda tutulmalı ve ölümcül olabilen bu tabloya hemen müdahale edilmelidir.



Resim 1. Akut akciğer ödemi.



Resim 2. Normal akciğer grafisi.

P231

NASOİNTESTİNAL TÜP DENEYİMİMİZ

Fatih Yıldız, Emre Karakoç, Gökhan Morgül, İbrahim Petekkaya

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GENEL BİLGİLER: Malnütrisyon hastanede yatan hastaların %40 dan fazlasında görülen sık bir problemdir. Mortalite ve morbiditeyi artırır. Nütrisyon yaralanma, cerrahi ve hastalıkların iyileşmesini etkiler. Malnütrisyon enfeksiyonlar daha ciddi seyrederek ve bir çok hastalığı presipte etmektedir. Kardiyak fonksiyonlarda bozulma olur. Kaslarda zayıflama solunum yetmezliğine olur. Kalp ve solunum yetmezliğinin artması göğüs enfeksiyonu riskini artırır. Yoğun bakımda uzun süre yatan hastalarda malnütrisyon daha erken ve sık olarak gözlenmektedir. Buna bağlı olarak mortalite ve morbiditede artış görülür. Gastrointestinal sistemin beslenmede kullanmanın bir çok yararı gösterilmiştir.

AMAÇ: Dahiliye yoğun bakımda yatan hastalara konvansiyonel yöntemle takılan nasointestinal tüp uygulamalarını bildirmeyi amaçladık.

YÖNTEM VE GEREÇLER: ÇÜTF Dahiliye Yoğun bakım ünitesinde yatan toplam 10 hastayı (3 kadın, 7 erkek) aldık. Hastaların yaş ortalamaları 57.7' idi. Hastaların yatış nedenleri; 5 hasta Sepsis, bir hasta meningoenfalelit sekeli, bir hipotroidi mix ödem koması, bir KOAH, iki hasta ise SVO olan hastalardı. Flocare marka (CH10 145 cm) tüp kullanıldı. Nasogastrik takma işlemi uygulandı. Enteral tüp yaklaşık 50 cm'de mideye bırakıldı. Kontrolü büyük kasetle portable akciğer grafileri çekilerek görüldü. Büyük kasetle hem akciğer hem de batin görülmüş oldu. Hastalara sağ yan pozisyon verildi. 3 x 10 mg/ gün metoklopramid uygulandı. Takılan tüplere 20ccdistile su verilerek 10 cm ilerletildi. 4. 12. 24. 48 saatlerde işlem tekrar edildi. Her işlem öncesinde kontrol PAAC çekildi. Tüp uzunluğu ortalama 75 cm hedeflendi. Tüm naso-intestinal tüpler gösterildi. 48 saat sonunda %70 (n: 7) hastanın tüpleri takıldı. %30 (n: 3) bir bayan iki erkek hasta başarısızlık oldu. Başarısızlık nedeni skleroderma ve hipotroidinin GİS tutulumuna bağlandı. Yine bir hastada işlem tekrar edildi. 4. saatinde geçti, başarılı işlem oranı %72.2 hesaplandı. Saatlerdeki takılma oranları 4. saatte: %12.5, 12. saatte: %37.5 24. saat: %25 48. saat: %25 olarak bulundu.

İşlem sırasında ve enteral beslenme sonrasında hiçbir mekanik, gastrointestinal, metabolik ve biyokimyasal komplikasyon gözlenmedi.

TARTIŞMA: Literatürde bahsedilen hiç bir komplikasyonun gözlenmedi. Yine benzer uygulamalardaki başarı oranımız literatürde bahsedilen oranların çok üzerinde olduğu görüldü. Aspirasyon riski literatürde %2.4 olarak verilmiştir. Biz hiç bir hastamızda aspirasyon gözlemedik. Yine literatürde postpilorik tüplerin 24 saat sonrasında başarı oranı yalnızca %30 olarak bulunmuştur. Ancak bizim serimizde bu oran %37.5 bulundu ve işlem süresi 48 saate uzatılması durumunda başarı oranını %70'e çıkı. Literatürde bahsedilen diğer yöntemlere göre daha ucuz ve daha az invaziv olması nedeniyle tercih edilmektedir. Sürenin uzatılması başarı şansını artırmaktadır.

SONUÇ: Biz bu yöntemi 3-4 hafta beslenmesi gereken hastalarda güvenli, ucuz ve daha az invazyon gerektiren bir yöntem olarak önermekteyiz.

P232

HACETTEPE HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ HASTA PROFİLİ

¹Neriman Defne Altıntaş, ²Celaleddin Demircan, ³Melda Aybar Türkoğlu, ¹Begüm Ergan Arsava, ¹Arzu Topeli

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesi,

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Gazi Üniversitesi Tıp

Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yoğun Bakım Bilim Dalı

AMAÇ: Bu çalışma bir üniversite hastanesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesinde izlenen hastaların çeşitli epidemiyolojik özelliklerini belirlemek amacıyla planlandı.

YÖNTEM: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesinde 1.2.2003 ile 31.12.2006 tarihleri arasında yatırılarak izlenen ve hastaların çeşitli özelliklerinin kaydedildiği veri dosyasındaki (Microsoft Office Excel) bilgiler retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Bu süre içinde bir düzey 3 yoğun bakım ünitesi olan Hacettepe Hastanesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesinde yatırılarak izlenen hastalardan 863'ünün verisi incelendi. Hastaların 467'si (%54.1) erkek, 396'sı (%45.9) kadın olup yaş ortalaması $\pm$ standart sapma; 61.2 ± 18.6 ve yaş aralığı 16-98 idi. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 453 hasta (%52.5) 65 yaş ve üzeri, 410 hasta (%47.5) 65 yaş altındaydı (45-64 yaş arası %28.5, 45 yaş altı olanlar %19.0). Hastaların yoğun bakım ünitesinde yatış süreleri; 10.5 ± 14.4 (en az; 1, en çok; 120) gündü. Yoğun Bakım Ünitesine hastaların %46.4'ü acil servisten, %38.6'sı iç hastalıkları kliniklerinden, %5.9'u diğer kliniklerden, %6.5'u diğer yoğun bakım ünitelerinden, %2.4'ü diğer hastanelerden ve %0.1'i de evden yatırılmıştır. %8.2 hasta yoğun bakım ünitesine birden fazla kez yatmıştır. Hastaların yatış sırasında hesaplanan APACHE II skorları; 20.22 ± 7.94 bulunmuştur. Hastalara uygulanan çeşitli girişim ve tedaviler oran olarak tablo l'de gösterilmiştir.

Yoğun bakım ünitesinde izlenen hastalarda mortalite oranı %30 olup hastaların %59'u diğer kliniklere devredilmiş ve %11'i de taburcu edilmiştir. Hastane enfeksiyonlarından nosokomiyal pnömoni %13.9, ventilatöre bağlı pnömoni %8.8, kateter enfeksiyonu %4.5 ve nosokomiyal üriner enfeksiyon %3.5 oranında ve sepsis-ağır sepsis-septik şok tablosu ise %26.9 oranında görülmüştür.

Sonuç olarak bir düzey 3 yoğun bakım ünitesi özelliklerine uygun olarak ciddi klinik tablodaki hastaların yatırıldığı Hacettepe Hastanesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesinde hastaların büyük çoğunluğuna invaziv girişim ve tedaviler uygulanmakta, solunum yetmezlikleri ve ciddi enfeksiyonlar en sık rastlanan hastalık grubunu oluşturmaktadır.

Tablo .

Girişim ve tedaviler	%
Entübasyon	52.4
Mekanik ventilasyon	52.0
Noninvasif mekanik ventilasyon	35.6
Trakeostomi	5.8
Santral kateterizasyon	42.6
Periferik parenteral nütrisyon	5.5
Santral parenteral nütrisyon	15.4
Gastrojejunostomi	2.2
Göğüs tüpü takılması	3.4
Transfüzyon	44.6

P233

GERİATRİK YAŞ GRUBUNDA TESTOSTERON DÜZEYLERİ VE KLİNİK İLİŞKİSİ

¹Burcu Balam Yavuz, ²Nihal Özkayar, ¹Meltem Halil, ¹Mustafa Cankurtaran, ²Zekeriya Ülger, ²Engin Tezcan, ³Alper Gürlek, ¹Servet Arıoğlu

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Ünitesi,

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Ünitesi.

GİRİŞ: Serum testosteron düzeyleri yaşla birlikte azalmaktadır. Yaşa bağlı androjen seviyelerinde düşük yaşlı erkeklerde kognitif-ruhsal durum değişiklikleri, libido azalması, yorgunluk, vücut kompozisyonunda değişiklik, vücut kıllanmasında-deride değişiklik, kemik mineral yoğunluğunda değişiklik ve kardiyovasküler riskte artışa neden olabilir. Bu konudaki kanıtlar birbirleriyle çelişkilidir. Bu çalışmanın amacı geriatrik yaş grubunda serum serbest testosteron düzeylerinin saptanması ve erektil disfonksiyon, prostatizm, kognitif fonksiyonlar, depresyon, günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve osteoporoz gibi bazı klinik bulgularla ilişkisinin araştırılmasıdır.

Materyal ve Metod: Ünitimize başvuran 120 erkek hasta bu çalışmaya dahil edildi. Kapsamlı geriatrik değerlendirme kapsamında GYA, EGYA, MMSE ve GDS ölçeklerini içeren geriatrik değerlendirme skalaları uygulandı. IPSS, IIEF skalalarının skorları, kemik mineral densiteleri, serbest ve total testosteron düzeyleri tespit edildi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 73.8 ± 5.90 idi. Serbest testosteron düzeyleri 94 hastada (%78) düşük bulundu. Serum serbest testosteron düzeylerindeki düşüklüğün yaşla doğru orantılı olarak arttığı tespit edildi ($r = -0.22$, $p = 0.017$). Serbest testosteron ile hipertansiyon, koroner arter hastalığı, dislipidemi, osteoporoz, depresyon, kognitif disfonksiyon, GYA ve EGYA arasında anlamlı ilişki bulunmadı. IIEF ile tespit edilen erektil disfonksiyon ciddiyeti ve düşük testosteron seviyesi arasında anlamlı korelasyon saptandı ($r = 0.66$, $p < 0.001$). IPSS ile saptanan prostatizm semptomlarının da düşük testosteron seviyesi olanlarda daha ciddi olduğu tespit edildi ($r = -0.23$, $p = 0.016$).

SONUÇLAR: Yaşlı erkeklerdeki azalmış serbest testosteron düzeyleri erektil disfonksiyon ve prostatizm semptomları ile birlikte olabilir. Serbest testosteron düzeylerinin klinik bulgularla ilişkisinin daha iyi saptanması için prospektif takipli çalışmalara ihtiyaç vardır.

P234

80 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA PERKUTAN KORONER GİRİŞİMİN KISA VE UZUN DÖNEM SONUÇLARI

¹Serkan Bulur, ¹Serkan Ordu, ¹Ahmet Kaya, ²Betül Erer, ¹Hakan Özhan, ¹Mehmet Yazıcı

¹Düzce Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Düzce, ²Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahi Merkezi, İstanbul

AMAÇ: Dünyada ve ülkemizde yaşam süresinin uzamasıyla birlikte semptomatik koroner arter hastalığı olan yaşlı hastaların sayısında artmaktadır. Perkutan koroner girişim (PKG) yaşlı hastalarda genç hastalara göre daha yüksek mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Çalışmamızda perkutan koroner girişim uygulanan yaşlı hastaların kısa ve uzun dönem sonuçları araştırılmıştır.

METOD: Çalışmamızda 2001-2006 yılları arasında kliniğimizde perkutan koroner girişim uygulanan 80 ve üzeri yaşta hastalar retrospektif olarak incelendi. Bu yaş grubunda toplam 20 hastaya girişim yapıldığı saptandı. Kısa dönem sonuçlar hastane içi kayıtlar incelenerek, uzun dönem sonuçlar ise hasta ve yakınlarına telefonla ulaşılarak elde edildi.

BULGULAR: 20 hastanın (11 erkek, 9 kadın) ortalama yaşı 82, 2±2, 5 idi. Hastaların 13 (%65) tanesine primer PKG, 7 (%35) tanesine elektif PKG uygulandı. Primer PKG uygulanan hastalardan 7 (%53) tanesi exitus oldu. Bunların 1 tanesi 1. yılında evde ani ölümlü, 1 tanesi serebrovasküler olay ile 1. yılında hastanede, 4 tanesi katater laboratuvarında işlem esnasında ve 1 tanesi de 1. günde serviste kaybedildi. Primer PKG uygulanan hastaların 8'inde (%62) işlem başarılı oldu. İşlemi başarısız olan hastalardan 4'ü hasta katater salonunda kaybedilirken, bir hastanın takiplerde sağ ve sağlıklı olduğu anlaşıldı. İşlemi başarılı olan 8 hastanın üçü ise takip sırasında öldü. Elektif PKG uygulanan hastaların beşinde işlem başarılı (%72) oldu. Bu hastalardan biri PKG sonrası 2. ayda kalp krizi ile kaybedilirken, diğer 4 hasta ile işlemleri başarılı olan iki hastanın ortalama 26±18 aylık takiplerinde sağ ve sağlıklı oldukları anlaşıldı.

SONUÇLAR: Yaşlı hastalarda primer PKG yüksek mortalite ile seyretmekte olup başarılı işlem sonrası mortalite kısmen düşmektedir. Başarılı elektif PKG uygulanan yaşlı hastaların yaşam oranları yüksektir.

Tablo .

Başarılı primer n: 8	Başarılı elektif n: 5	Başarısız primer n: 5	Başarısız elektif n: 2
3 (%37)	1 (%20)	4 (%80)	1 (%50)

P235

VARİS DIŞI ÜST GİS KANAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE EK HASTALIKLARLA İLİŞKİSİ

Cumali Karatoprak, Laika Karabulut, Mahmut Altındal, Bilal Uğurlukçu, Bilgivar Kaya, Şeyda Gülenay

Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi 4. İç Hastalıkları

GİRİŞ: Üst gastrointestinal sistem kanamaları hastaneye kabul edilen hastalarda en büyük sorunlardan biridir. Yapılan araştırmalarda 100.000 kişiden 100-150 hastada görülür. Mortalite hızı gis kanamalı hastalarda %10 dur. Bu hastalarda morbidite ve mortaliteyi en aza indirmek gereklidir. Bu nedenle etyopatogeneze rol oynayan faktörlerin iyi tanımlanması, etkin olarak tedavi edilmesi ile kanamaların oluşmasını önlemek olasıdır.

AMAÇ: Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalarının etyopatogenezinde yer alan faktörler son 20 yılda daha iyi tanımlanmıştır. Çalışmamızda, etyolojik faktörlerin değişip değişmediğini, risk faktörlerini gözden geçirmeyi amaçladık.

MATERYAL VE METOD: Okmeydanı E.A. Hastanesi Acil Servisine 19-1-2007 ile 1-6-2007 tarihleri arasında hematemez ve/veya meleno ile başvuran, yapılan üst GİS endoskopisinde üst gis kanama tespit edilen 80 hasta prospektif olarak çalışmaya alındı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, mesleği, sigara, alkol kullanımı, ek hastalığı, son 10 gün içinde asetil salisilik asit (ASA), antikoagulan ve NSAİ kullanıp kullanmadığı sorgulandı.

BULGULAR: Hastaların 53 (%66) ü erkek, 27 (%34) si kadın iken erkeklerin yaş ortalaması 52 kadınların yaş ortalaması 60 olarak bulundu. Toplamda hastaların 63 (%79) ü ASA veya NSAİ kullanmış veya uzun süreli kullanmaktaydı. Kadın erkek olarak değerlendirildiğinde erkeklerin 41 (%77) i ASA veya NSAİ kullanırken kadınların 22 (%81) si kullanmaktaydı. Sigara ile ilişkisine bakıldığında toplamda 20 (%25) hasta sigara kullanırken 60 (%75) hasta hiç sigara kullanmamış veya 1 aydan daha uzun olmak üzere sigarayı bırakmıştı. Üst gis kanama ile gelen hastaların ek hastalıkları sorgulandığında toplam 47 (%59) hastanın ek hastalığı varken bunların 27 (%51) si erkek, 20 (%74) si kadındı. Ek hastalık, gis kanama ilişkisine bakıldığında 23 (%29) hastada HT, 14 (%18) hastada koroner kalp hastalığı, 11 (%14) hastada DM, 3 (%4) hastada osteoartrit, 3 (%4) hastada KBY, 4 (%5) hastada diğer hastalıklar mevcuttu.

SONUÇ: Çalışmamızda ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalara paralel sonuçlar görülmüştür. Üst gis kanama sigara ilişkisine yönelik çalışmalarda ülkemizde %40-45 iken avrupalarda %20-30 arasında birliktelik görülmüştür. Çalışmamızdaki oranlar avrupalarda çalışmalara benzeyen sonuçlar verdi. Toplamda sigara içme oranları dikkate alındığında sigara kullanımının gis kanama eğilimine etkisi tartışılabilir. Varis dışı üst gis kanamalarda etyolojide ek hastalıkların rolünü irdelemek amacı ile yaptığımız çalışmada üç hastalık öne çıktı. Bunların bir çok hastada birlikte bulunduğu da dikkate alındığında, hipertansiyona bağlı sık baş ağrılarının olması nedeniyle NSAİ, koroner kalp hastalığı olanların ASA kullanmalarının, bu duruma neden olduğunu düşünmekteyiz. Ancak bu konularda daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

P236

PAROKSETİN İLE İNTİHAR GİRİŞİMİ SONUCUNDA GELİŞEN SEROTONİN SENDROMU: OLGU SUNUMU

¹Fatih Canan, ²Uğur Korkmaz, ¹Emel Koçer, ²Elif Önder, ³Mesut Erbaş

¹Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

GİRİŞ: Serotonin sendromu (SS) serotonerjik ajanlarla gerçekleştirilen tedavinin ciddi bir komplikasyonu olabilmektedir. Bu sendrom, ani başlayan bilişsel-davranışsal değişiklikler, otonomik instabilite ve nöromusküler değişiklikler ile karakterizedir. SS, genellikle 2 veya daha fazla serotonerjik ilaç kombinasyonu ile meydana gelmektedir. Nadiren tek ilaca bağlı olmaktadır. Paroksetin ile intihar girişimi sonucu gelişen SS olgusu sunulacaktır.

OLGU SUNUMU: 18 yaşında bayan hasta, ajitasyon ve bilinç değişikliği ile acil servise getirildi. Öyküsünde bir haftadır paroksetin (20 mg/gün) ile tedavi edilmekte olan major depresif bozukluk mevcuttu. Yaklaşık 10 saat önce 9 tablet paroksetin (180 mg) almıştı. Ailesi tarafından evde aşırı ajite halde bulunarak acil servise getirilmişti. Evde başka ilaç kutusuna rastlanmamış ve yakınlarının ifadesine göre de başka ilaç da kullanmamaktaydı. Hasta dezoryante ve ajite haldeydi. Gastrik lavaj uygulandı. Fizik muayenesinde taşikardi, hipertansiyon (150/80mmHg), taşipne ve ateş (38.1°C) saptandı. Nörolojik muayenesinde özellikle alt ekstremitelerde artmış refleks yanıtı tespit edildi. Laboratuvar bulgularında herhangi bir anormallik yoktu. Muhtemel etyolojik faktörler dışlandıktan sonra SS düşünülerek paroksetin kesildi ve hasta intravenöz sıvılarla hidrate edildi. Hastaya siproheptadin (18 mg/g), başlandı. 6 saat sonra hastanın bilinç durumu düzeldi. 2. gün, hastanın mental durumu tam olarak normale döndü ve psikiyatrik takip ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: Paroksetin, sıkça reçete edilen bir seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSGAİ)'dir. Diğer SSGAİ'lerle olduğu gibi paroksetin kullanımı ile de SS gelişebilir ancak tek başına kullanımında nadirdir.

SS'e has bir laboratuvar bulgusu bulunmamaktadır. Tanıda; kuvvetli klinik şüphe, serotonerjik ajan kullanımı, ve diğer tıbbi ve psikiyatrik durumların dışlanması gereklidir. Tabloya bilişsel-davranışsal değişiklikler (konfüzyon, ajitasyon, vs.), otonomik instabilite (hipertermi, taşikardi, vs.) ve nöromusküler değişiklikler (miyoklonus, hiperrefleksi, rijidite) triadı hakimdir.

SS'nin ayırıcı tanısında düşünülebilecekler, nöroleptik malign sendrom (NMS) ve malign hipertermi (MH) 'dir. NMS, SS'den farklı olarak dopaminergik ilaç kullanımına has bir durumdur ve günler içinde gelişip haftalar içinde çözülme eğilimindedir. SS'de semptomların başlangıcı ve çözülmesi saatler içinde gerçekleşir. MH, anesteziyelere genetik duyarlılığı olan bireylerde gelişebilen bir durumdur. SS'den farklı olarak anesteziğin alımından sonraki dakikalar içinde başlar ve metabolik asidoz, hipertermi ve hiporefleksi ile karakterizedir.

SS'de yaklaşım koruma, erken tanı ve destekleyici kontroldür. Korunmada serotonerjik ilaç kombinasyonundan kaçınma, erken tanıya ise şüphelenme önemlidir. Akut durumda, serotonerjik ilacın kesilmesi ve destekleyici bakım önerilir. Bunlarla birlikte siproheptadin gibi nonspesifik bir serotonin reseptör blokeri kullanılarak semptomların süresi kısaltılabilir.

P237

İNTİHAR AMAÇLI İLAÇ İNTOKSİKASYONLARINDA PROGNOZ

Cumali Karatoprak, Arif Acar, Laika Karabulut, Mahmut Altındal, Bilgivar Kaya, Tuba Özger

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. İç Hastalıkları

GİRİŞ VE AMAÇ: İntihar amaçlı ilaç alımına, acil birimlerinde sıkça rastlanmakta ve bu durum bazı hastalarda morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir. Çalışmamızda, intihar amaçlı aşırı ilaç alımında prognozu değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL VE METOD: Çalışmada 23.01.2007 ile 18.05.2007 tarihleri arasında SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine intihar amaçlı ilaç kullanım öyküsü ile başvuran tüm erişkin hastalara ait demografik bilgiler, alınan ilaç ve miktarları, alım saati, temin yolu, kaçınca girişim olduğu, morbidite ve mortaliteleri kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 78 olgunun 63'ü (%81) kadın, 15'i (%19) erkek, kadın/erkek oranı 4/1 idi. Yaş ortalaması 24±7, kadınlarda 24.1±7.5, erkeklerde 23.4±4.5 olarak saptandı. Olguların 17'si (%21) öğrenci, 34'ü (%43) ev kadını, 23'ü (%30) çalışan ve 4'ü (%6) işsizdi. İntihar amacıyla en sık kullanılan ilaç grubu 34 (%45) olguda psikotrop ilaç olup bunu 29 (%36) olguda NSAİ ve miyorelaksanlar, 8 (%10) olguda kardiyak ilaçlar ve 7 (%9) olguda antibiyotikler izlemekteydi. Hastaların 64'ü (%82) ilk kez intihar girişiminde bulunmuştu. İki veya daha fazla intihar girişiminde bulunan 14 hastanın hemen tümü psikiyatrik tedavi altında psikotrop ilaç kullanan olguları. Üçü amitriptilin, birer tanesi sodyum valproat ve fumarat-karbamazepin alan toplam beş (%7) olguda solumun depresyonu nedeniyle mekanik ventilasyon uygulandı. Bir olgu (%1.2) beta bloker ve kalsiyum kanal blokeri kullanımına bağlı olarak gelişen kardiyojenik şok nedeniyle kaybedildi. Mekanik ventilasyona bağlanan ya da kaybedilen hastaların tümü kadın olup yaş ortalamaları 26.4±6.5 idi.

SONUÇ: İntihar amaçlı ilaç intoksikasyonlarına en sık kadınlarda rastlanmakta ve olgular, genellikle kendilerine ya da yakınlarına ait, özellikle de psikotrop ilaçları kullanmaktadırlar. Özellikle psikotrop ilaç kullanımı daha yüksek morbidite ile seyretmektedir.

P238

TİFOİD ATEŞE BAĞLI OLARAK GELİŞEN KOMPLİKASYONLARA YAKLAŞIM

¹Abdullah Özgönül, ²Elmas Uzer, ²Saadet Özgönül, ²Ahmet Özgür Köylü, ¹Ali Uzunköy

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı

AMAÇ: Tifo bakteriyel bir enfeksiyondür, etken gram-negatif bakteri salmonella typhidir. Bakteri insanlarda patojendir. Tifonun bilinen tek rezervuarı insandır. Hastalık enfekte besin maddelerinin yenilmesi içilmesi veya temas suretiyle sindirim sistemi yolu ile bulaşır. Tifo gelişmekte olan ülkelerde ve özellikle ülkemizde sık görülen ve salgınlar yapabilen enfeksiyon hastalıklarından biridir. Kliniğimize son

2 içerisinde serolojik olarak tanısı konulmuş 80 tifoid ateş olgusundan komplikasyon gelişen olgular retrospektif olarak değerlendirildi

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya 10 olgu alındı. Olgular yaş, cinsiyet, başvuru şikayeti, gelişen komplikasyon ile hastaneye başvuru arasındaki süre, uygulanan operasyonlar, morbidite, mortalite ve hastanede kalış süresi açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Serimizde de görüldüğü gibi komplikasyon oranı %12.5 idi. Olgulardan 3 i kadın, 7 sı erkek idi. Olguların yaş ortalaması 31 (16-68) idi. Tüm olgularda şikayet olarak karın ağrısı, ateş, kusma ve iştahsızlık mevcuttu. Olguların komplikasyonu ile hastaneye başvuru arasındaki süre ortalama 7 (3-10) gün idi. 9 olguda ileal perforasyon, 1 olguda ise dalak absesi saptandı. İleal perforasyonlu olgulara primer sütit + drenaj operasyonu, dalak abseli olguya ise splenektomi yapıldı. Postoperatif dönemde 2 olguda yüzeysel cerrahi alan enfeksiyonu, 1 olguda ise düşük debili GİS fistülü gelişti. Serimizde mortalite görüldü. Hastanede kalış süresi ise ortalama 10 (7-21) gün idi.

SONUÇ: Tifo komplikasyonlarında erken tanı, cerrahi morbidite ve mortalite oranlarını aşağı düzeylere çekerek işgücü kaybını önleme de ana modalitelerden biridir.

P239

ACİL SERVİSE BAŞVURAN MANTAR ZEHİRLENMELERİ

Merve Yılmaz, Esin Beyan, Barış Koşan, Ayşe Arduç, Alper Azak, Kürşat Öneç, Ekrem Abaylı

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Ülkemizde ilkbahar ve sonbahar mevsimlerinde kırsal bölgede yaşayan insanlar tarafından toplanan mantarlar sık olarak tüketilmektedir. Buna paralel olarak acil servislere mantar zehirlenmesi nedeni ile çok sayıda başvuru olmaktadır. Bu raporda, acil servise mantar zehirlenmesi ile başvuran olgulara ait özellikler araştırılmıştır.

MATERYAL VE METOD: Bu çalışmada son bir yılda acil servise başvuran ve yaşları 15-77 yıl arasında değişen 68 mantar zehirlenmesi olgusu değerlendirildi. Olgularda yaş, cinsiyet, başvuru mevsimi, mantarın toplandığı yer, kaç öğünde yendiği, yeme şekli, semptomların başlama süresi, acil servise müracaat şikayeti, aile öyküsü, alkol alımı, laboratuvar parametreleri (tam kan sayımı, üre, kreatinin, kan şekeri, AST, ALT, GGT, ALP, bilirubinler, elektrolitler, kreatinin kinaz (CK), protrombin zamanı), klinik seyir, hastanede kalış süreleri incelendi. Mantar zehirlenmesine dair semptomların ortaya çıkış süreleri, acil servise müracaat semptomları ve uygulanan tedavilerin prognoz üzerine etkileri değerlendirildi.

BULGULAR: Mantar zehirlenmesine dair semptomların ortaya çıkış süreleri 15 dakika ile beş gün arasında değişmekte idi (median üç saat). Mantar yenmesi ile acil servise başvuru arasındaki median süre ise 1-2 saat olup, bir saat ile beş gün arasında değişmekte idi. Olgularda başvuru şikayetleri bulantı-kusma (%83.8), ishal (%29.4), karın ağrısı (%11.7), baş dönmesi (%10.2), gözlerde kızarıklık (%7.3), terleme (%5.9), uyuşukluk (%5.9), baş ağrısı (%4.4), mide ağrısı (%2.9), senkop (%2.9) ve çarpıntı (%1.5) idi. Hastaların %17.6'sının karaciğer fonksiyon testleri bozuktu. %22 olguda CK, %5.9 olguda üre-kreatinin yükseldiği mevcuttu. Önemli düzeyde elektrolit bozukluğu ve hipoglisemi gözlenmedi. Tedavide bütün hastalara gastrik lavaj, aktif kömür, iv hidrasyon uygulandı. Dokuz hastaya taze donmuş plazma, üç hastaya eritrosit transfüzyonu, dört hastaya penisilin G, altı hastaya silibinin tedavisi verildi. Dört hastaya hemodiyaliz, yedi hastaya plazmaferez uygulandı. Hemodiyaliz uygulananların %50'si, silibinin alanların %63'ü, Penisilin G alanların %50'si, plazmaferez uygulananların %43'ü exitus oldu. 64 hasta şifa ile taburcu edildi. Mantar yedikten iki gün ve sonrasında başvuran dört hasta exitus oldu. Exitus olanların başvuru esnasında karaciğer fonksiyon testleri ve hemostaz tetkikleri bozuktu. Exitus olan dört hastanın üçü geldiğinde üre-kreatinin değerleri yüksekti, bir hastanın üre-kreatinin değerleri başvurudan bir gün sonra yükselmişti.

SONUÇ: Mantar zehirlenmesine yönelik değişik tedavi önerileri mevcuttur. Ancak hiçbirinde kesin tedavi söz konusu değildir. Özellikle erken dönemde sağlık kuruluşuna başvurulması önemlidir. Ancak en önemli halkımızın eğitilmesi ve kültür mantarı dışında toplama mantarların gıda olarak tüketilmesinin sağlanmasıdır.

P240

AKUT KARBON MONOKSİT ZEHİRLENMESİ NEDENİYLE OLUŞAN SESSİZ MİYOKARD İNFAKTÜSÜ

Mehmet Yıldız, Özlem Özer Çakır, Mutlu Demiral, Nevzat İlman, Neyran Umay, Aysun Baz, Sanem Kayhan

S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Akut karbon monoksit (CO) zehirlenmesi toksikolojik morbidite ve mortalitenin yaygın bir nedenidir. Myokard hasarı, orta ve şiddetli CO zehirlenmesinin sıklıkla karşılaşılan bir sonucudur. Bu yaygın CO maruziyeti sonrasında 29 yaşındaki erkekte oluşan akut myokard infarktüsünü tanımlamaktadır.

OLGU SUNUMU: Acil servise CO zehirlenmesi nedeniyle bilinci kapalı olarak getirilen 29 yaşında erkek hastayı sunuyoruz. Geldiğinde hastanın karboksihemoglobin düzeyi %27.8 olarak bulunmuştu. EKG bulgusu olarak hiperakut anterior myokard infarktüsü mevcuttu. Serum kreatinin fosfokinaz (CPK) ve Troponin-T düzeylerinde hafif bir yükselme izlendi. Teknesyum- 99m pirofosfat sintigrafisinde anterior myokard infarktüsü gösterildi. Hastaya %100 oksijen, trombolitik tedavi, nitroglicerine, steroidler ve düşük moleküler ağırlıklı heparin uygulandı.

TARTIŞMA: Azalmış koroner rezerv varlığında, uzamış myokardiyal iskeminin başlangıcı, dokulara düşük miktarlarda oksijenin ulaşmasına yol açan kanın oksijen taşıma kapasitesinin azalmasına sekonder olarak oluşabilir. Myokard infarktüsünün nedenine gelince, CO'nun myokard için gerekli olan oksijen miktarını azalttığı ve eşlik eden koroner tromboz olsun veya olmasın koroner arter spazmı oluşturabileceği düşünülmektedir. Özellikle ilk saatlerde, CO zehirlenmesi nedeniyle başvuran tüm hastalarda elektrokardiyografik ve enzimatik monitörizasyonun yapılmasını öneriyoruz.

P241

KIRIM-KONGO KANAMALI ATEŞİ VAKASI

Ahmet Ekmekçi, Sami Evirgen, Suut Göktürk, Mustafa Demirtürk, Seyit Mehmet Kayacan

İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) kene ısırığı, infekte hayvanların kanı ile temas ve insandan-insana genellikle nozokomiyal yolla bulaşan bir viral hastalıktır. Kene ısırığını takiben 1-9 arasında klinik

bulgu verir. Sıklıkla ani başlayan ateş, baş ağrısı, halsizlik, yorgunluk, eklem-kas ağrısı, karın ağrısı, bulantı, kusma ve ishalle seyreden hafif vakaların haricinde bu semptomlara ek olarak kanama bulgularıyla beraber şok, santral sinir sistemi fonksiyon bozukluğu, koma, karaciğer yetersizliği, böbrek yetersizliği, solunum yetersizliği, yaygın damar içi pıhtılaşma ve ölüme seyreden ağır vakalarda mevcuttur.

OLGU SUNUMU: 44 yaşında erkek hasta, halsizlik, ateş, eklem ve kas ağrıları yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenede 38C ateş, palpasyonla yaygın myalji ve el bileği, dirsek, diz ve ayak bileğinde artralji dışında patolojik bulgu saptanmadı. Kene ısırığına da rastlanılmadı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 1200/mm³, Hb 13 gr/dl, hct %38, trombosit 3000/mm³, kreatinin 1.9 mg/dl, ALT 117 U/L, AST 288 U/L, LDH 1488 U/L, CK 309 U/L olarak tespit edildi. Periferik formülde fragmente eritrosit ve atipik hücre görüldü. Kemik iliği aspirasyonunda da blast görüldü. Ateş odağı saptanmayan ve kültürleri negatif kalan hastada kırsal bölgede yaşaması nedeniyle KKKA tanısı düşünüldü. Ribavirin tab. 2 gr yükleme dozunu takiben dört gün altı saatte bir 1 gr ribavirin tab. ve daha sonraki altı gün altı saatte bir 500 mg ribavirin tab. tedavisi başlandı. Serolojik tetkikler, KKKA ile uyumlu olarak geldi. Antiviral tedavi ile birlikte gerekli eritrosit ve trombosit transfüzyonlarını takiben patolojik laboratuvar bulgularında düzelme olan hasta yatışının on ikinci gününde taburcu edildi.

TARTIŞMA: Günümüzde yaklaşık 850 tür kene vardır ve bunların 30 kadarı KKKA bulaşında rol oynar. Dünya'nın her bölgesinde gözlenmektedirler.. KKKA ile kenelerin ilişkisi ilk defa 1944-45 yıllarında Kırım'da hasat toplayan çiftçilere yardım eden askerlerde hastalığın oluşması ile gösterilmiştir. Göç eden kuşlar kenelerin bölgeler arasında yayılmasında büyük ölçüde sorumludur. Kırım-Kongo Hemorajik Ateş virüsü, Nairovirus'tur. Bu virüsle olan infeksiyonların seyri sırasında ishal, kas ağrıları, öksürük, baş ağrısı, nömoni, ensefalopati ve hepatit görülür. Hemorajik karakteristiktir, ancak olmayabilir. Günümüzde modern yoğun bakım tekniklerine rağmen mortalitesi yüksektir. Bir araştırmada 123 KKKA olgusunda, hayvan teması ile birlikte kene ısırığı 45 (%37) olguda tespit edilmiş. Bizim vakamızda kene ısırığına rastlanılmadı ancak yoğun şekilde küçük ve büyük baş hayvanları ile teması vardı. Tedavide esas olan destek tedavisidir. Ayrıca etkene yönelik tedavi olarak antiserum kullanılması ve ribavirin kullanılmasıdır. Ribavirinin oral ve parenteral formları, hem tedavi hem de profilaksi amacıyla kullanılabilir.

Halihazırda kene eradikasyonunun neredeyse olanaksız olduğu kabul edilmektedir. KKKA'da en iyi tedavi hastalığı hiçbir zaman almamaktır.

P242

DİKLOFENAK KULLANIMINA BAĞLI RABDOMYOLİZ

Ahmet Ekmekçi, Muharrem Müftüoğlu, Abdullah Şumnu, Abdullah Özkök, Seyit Mehmet Kayacan

İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Rabdomiyoliz travmatik veya nontravmatik nedenlere bağlı olarak görülebilir. HMG-CoA-redüktaz inhibitörü olan statinler ve antiyotikler gibi çeşitli ilaçlar da rabdomiyolize neden olabilir. Rabdomiyoliz sıklıkla akut böbrek yetmezliği tablosu ile birliktedir. Hemoglobinin ve miyoglobinin düşmesi, renal vazokonstriksiyon ve hipovolemi crush böbreği olarak tanımlanan tabloya zemin hazırlar. Sık kullanılan ve yanılma ömrü 1-2 saat olan diklofenak gibi nonsteroidal antiinflamatuar (NSAİ) ilaçlar lokomotor sistem ağrıların azaltılmasında prostoglandin sentezini inhibe ederek etki ederler. NSAİ ilaçların en sık görülen yan etkileri mide ve duodenum ülserleri, bulantı, diare, başağrısı, baş dönmesi, bronkospazm ve deri döküntüleridir.

Olgu Sunumu: 18 yaşında erkek hasta kas ağrısı şikayeti ile bir ortopediste başvurmuş. Muayenesinde klinik olarak anormallik eşlik etmeyen hastaya günde iki kez 50 mg diklofenak reçete edilmiş. 200 mg diklofenak alımını takiben artan kas ağrıları nedeniyle acil birimimize başvurdu. Hasta tüm sol kolunda, göğüs ve karın kaslarında, sol omzunda, sağ uyluğunun üst kısımlarında ve sol uyluğunun alt kısımlarında özellikle de arka bölgelerinde ağrıdan yakınmaktaydı. Fizik muayenede eklemelerde hareket kısıtlılığı ve bant strüktürleri yoktu. Sözü edilen kaslar palpasyon ve izometrik kasılma ile ağrılı idi. Nörolojik muayenede patolojik bulgu yoktu. EKG'de sinüs ritmi ve sivri T dalgaları mevcuttu. Biyokimya kanlarında belirgin olarak yüksek kreatinin kinaz (CK) değeri saptandı (40000 U/L; N: <171 U/L), LDH: 1878 U/L (N: 248 U/L), AST: 221 U/L (N: 35 U/L), potasyum: 5, 8 mmol/L, kreatinin 2, 1 µmol/L (N: <1,4) bulundu. Hemogram, lipid profili ve CRP normal sınırlar arasında idi. Günde oral-parenteral 4000 cc %0.9 NaCl ve NaHCO₃ infüzyonu ve 40 mg/gün furosemid ile böbrek fonksiyonları korundu. Klinik semptomlardan myalji hastaneye yatışının 48. saatinden itibaren azalmaya başladı ve 5. günde yalnızca hafif bir sol omuz ağrısı mevcuttu. Sonraki takibinde kreatinin kinaz değerlerinin 10 hafta sonra normal sınırlara döndüğü ve bir hafta sonra myaljilerin tamamen gerilediği izlendi.

TARTIŞMA: Rabdomiyolizler ezilme yaralanmalarını takiben ve çeşitli ilaçların alımından sonra görülebilir. Bunlar arasında HMG-CoA redüktaz inhibitörleri olan statinler ve alımları sonrasında rabdomiyoliz, hipertermi ve DIC triadı ile seyredabilen metilendiklofenak (ektazi) gibi stimulanların aşırı kullanımı yer alır. Rabdomiyoliz ilişkili diğer bir grup özellikle statin ile beraber kullanılmaları durumunda klaritromisin ve levofloksasindir. Ağır fiziksel aktivite sonucu meydana gelen rabdomiyolizlerde bilinmek-dildir. Bildirilen çoğu vakada rabdomiyolize neden olan ilaçlar en az bir hafta kullanılmalarıyla birlikte statinlerin tek dozunun rabdomiyolize neden olduğu bildirilmiştir. Diklofenak kullanımı sonrası ciddi rabdomiyoliz ise son derece nadir bir yan etkidir. Myalji olan bir hastaya yaklaşımda rabdomiyolizi dışlamak için derhal CK düzeyi bakılmalıdır.

P243

KARBON MONOKSİT İNTOKSİKASYONUNDA HİPERBARİK OKSİJENİZASYON

¹Sefika Körpınar, ²Maide Çimşit

¹Med-Ok Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezi, İstanbul, ²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Karbon bazlı maddelerin inkomplet yanma ürünü olarak ortaya çıkan karbon monoksit (CO) gazı, dünya çapında intoksikasyonlara bağlı ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir. Rensiz, kokusuz bu gazın inhalasyonunun organizmada yarattığı hipoksik stres ve buna bağlı olarak halsizlikten ölüme kadar giden etkilerin patofizyolojisiyle ilgili bilgilerimiz yapılan çalışmalarla bugün için hayli artmıştır. Ancak klinik bulguların nonspesifik ve değişken olması nedeniyle halen vakaların büyük bir kısmında tanı güçlüğü yaşanmaktadır. Kapalı bir basınç odasına alınan hastaya saf oksijen solutlması esasına dayanan hiperbarik oksijen tedavisi (HBO) CO intoksikasyonunda ilk kez 1962 yılında kullanılmıştır. Tedavinin ras-yoneli, hiperbarik ortamda artan parsiyel oksijen basıncının sağladığı antihipoksik etki, CO'nin hemoglobinin ve miyoglobinden ayrılmasını kolaylaştırması, benzer şekilde CO'i sitokrom oksidazdan ayırarak elektron

transportu ve hücrel enerji üretimini artırması, vasküler hasarlanmada rol alan lökositler aktivasyon ve yapışmayı, lipid peroksidasyonunu azaltmasına dayanır.

Bu retrospektif çalışmada; CO intoksikasyonu tanısıyla, Kasım 2005-Ocak 2007 tarihleri arasında HBO tedavisi alınan 19 hastada elde edilen sonuçlar irdelenmiştir.

YÖNTEMLER: Hastalara ait tıbbi kayıtlar incelendi, kohort karakteristikleri, önceki tedavi metodları saptandı. HBO 2,5-2,8 ATA'lık (atmosfer absolut) basınçta 2,5 saatlik seanslar halinde gerçekleştirildi.

BULGULAR: Tedaviye alınan 19 hastanın (13 kadın, 6 erkek), ortalama yaşı 25 (dağılım 4-66) olup, 7 hasta tedavi öncesinde entübe edilmişti. Arter kan gazı ölçümlerinde karboksii hemoglobin (COHb) düzeyi ortalama 31,22±15,5 olarak tespit edildi. İki hasta tedavi sürecinde kaybedilirken, iki hastada tedaviye yanıt alınmadı. 15 hasta interne edildiği klinik tarafından tam düzelmeye taburcu edildi.

SONUÇ: HBO, bir yandan COHb düzeylerinin hızlı bir şekilde düşürülmesini, doku oksijenizasyonunun artırılmasını, serebral ödemin gerilemesini sağlarken öte yandan da CO'nin periferik bağlanma noktalarından uzaklaştırılmasına yardımcı olmaktadır. Uygulanacak tedavi basıncı, süresi, seans sayısı ile ilgili çalışmalar devam etmekle birlikte maruziyet sonrası erken dönemde uygulanacak HBO, CO intoksikasyonunda hayat kurtarıcıdır.

P244

NON-SİROTIK PORTAL HİPERTANSİYONUN NADİR BİR NEDENİ: PRİMER ANTİFOSFOLİPİD SENDROMU

Cemal Bes, Emine Gültürk, Esat Namal, Turgay Ulaş, Fatma Paksoy, Didem Gürbüz, Fatih Borlu

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Antifosfolipid sendromu (AFS), kanda yüksek antifosfolipid antikor titrelerinin eşlik ettiği, arteriyel ve / veya venöz tromboz ve tekrarlayan fetal kayıplar ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Primer ve sekonder olmak üzere iki formu tanımlanmıştır. Sekonder AFS en sık Sistemik Lupus Eritematosus (SLE) 'e eşlik eder. Genellikle tromboz ve tekrarlayan düşüklere neden olan AFS bazen atipik klinik tablolara yol açar. Biz de portal hipertansiyon (PH) tablosu ile prezente olan bir primer AFS olgusunu sunmak istedik.

OLGU: 26 yaşında erkek hasta, dişeti ve burun kanaması, halsizlik, gözlerde sararma ve bacaklarda varis yakınmaları ile başvurdu. Yaklaşık iki yıldır bu şikayetleri mevcut. Fizik muayenede hasta subkterik, TA 110/60 mmHg, nabız 76/dk, alt ekstremitelerde yaygın peteşi ve ekimotik lezyonlar, kronik venöz yetmezlik bulguları mevcuttu. Batında yaygın venöz kollateraliler mevcut, palpasyonda karaciğer kot kavşından 4 cm, dalak 5 cm palpabl, perküsyonda traube kapalı saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde SGOT 42, SGPT 22, GGT 148, ALP 230, total bilirubin 3.8, direkt bilirubin 2.2, albumin 3.2, globulin 3.7, protrombin zamanı (PTZ) 17.2, aktive parsiyel tromboplastin zamanı (APTT) 116, fibrinojen 315, hemogramında HGB 6.4, Hct 21.4, WBC 6900, PLT 3000, MCV 71.2 saptandı. Hepatit yönünden serolojileri negatif bulundu. Periferik yaymada atipik hücre olmayıp kemik iliği biyopsisinde ilik hipersellüler ve atipi yoktu. Batın USG'de karaciğer AP aksta 169 mm, kontürü düzgün, parankim ekojenitesi tabii; dalak boyutu 186 mm ölçülmüş olup boyutu artmış, hepatik ven kalibrasyonları artmış olup, lümen içi patoloji izlenmedi. Renkli doppler incelemede portal, splenik ve hepatik venlerde tromboz bulgu saptanmadı. Özefagogastroduodenoskopide grade 3 özefagus varisleri, portal hipertansif gastropati görüldü. Hastaya non-sirotik PH ön tanısı konarak etyolojik araştırma yapıldı. APTT'nin uzun olması üzerine AFS olabileceği düşünülecek istenen tetkiklerde Anti-kardiyolipin IgG 76.3 (N<11), Anti-kardiyolipin IgM 21 (N<10), Anti Beta2 glikoprotein IgM 130 (N<12), Anti Beta2 glikoprotein IgG 109.5 (N<12) bulundu. ANA 1/320 pozitif, Anti dsDNA 1/4 pozitif, VDRL 1/8 pozitif, Lupus antikoagulanı negatif bulundu. Hastada SLE kriterlerini dolduracak bulgular olmadığından primer AFS'ye bağlı non-sirotik PH tanısı kondu. Hastaya 1 mg/kg steroid ve heparin eşliğinde 5 mg/gün warfarin tedavisi başlandı. INR > 2 olunca heparin kesilip warfarine devam edildi. Kanamaya ait bulguları kaybolan ve genel durumu düzelen hasta poliklinik takibine gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA: AFS'ye bağlı PH nadir rastlanan bir durumdur. AFS, hepatik ven trombozuna bağlı Budd Chiari sendromu şeklinde ya da daha nadir olarak olgumuzda olduğu gibi karaciğerde nodüler regeneratif hiperplaziyeye bağlı olarak PH'a (intrahepatik PH) neden olmaktadır. Sonuç olarak nedeni açıklanamayan non-sirotik PH etyolojisi araştırılarak AFS akla gelmeli ve buna yönelik testler istenmelidir

P245

PERNİSYÖZ ANEMİYE BAĞLI HEPATOSPLENOMEGALİ: OLGU SUNUMU

Cemal Bes, S. Kerem Okutur, Turgay Ulaş, Aslıhan Çalım, Fatih Borlu

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Pernisyoöz anemi, pariyetal hücrelerin otoimmün hasarı veya gastrik mukozal atrofiye bağlı olarak intrensek faktörün eksikliği sonucu ortaya çıkan bir megaloblastik anemi türüdür. Pernisyoöz anemiyeye bağlı hepatosplenomegali nadir görülür. Biz de pansitopeni tablosuyla başvuran ve pernisiyoöz anemiyeye bağlı hepatosplenomegali tespit ettiğimiz bir olguyu sunmak istedik.

OLGU: 20 yaşında erkek hasta, halsizlik, iştahsızlık şikayetleriyle başvurdu. Daha öncesine ait herhangi bir hastalığı olmayan hastanın şikayetleri 1 ay önce başlamış. Fizik muayenede soluk görünümü, subkter (+), TA 90/60 mmHg, nabız 80/dk, batın muayenesinde karaciğer kot kavşından 2 cm, dalak kot kavşından 4 cm palpe edildi ve traube kapalıydı. Laboratuvar tetkiklerinde LDH 8440, SGOT 91, SGPT 45, T. Bilirubin 2.8, İ. Bilirubin 2.14, tam kan sayımında HGB 3.9 g/dl, Hct%12.3, WBC 1400, PLT 220-00, MCV 96, retikülosit %0.85 direkt coombs (-), indirekt coombs (-). Batın USG'de karaciğer boyutu AP aksta 160 mm ölçülmüş olup boyutları hafif artmış, dalak boyutu 182 mm ölçülmüş olup artmıştır. Pansitopenisi olan hastaya yapılan periferik yaymada megaloblastik anemi bulguları mevcuttu. Kemik iliği biyopsisinde blast veya atipik hücre görülmemesi üzerine lösemi, hemolitik anemi ve paroksizmal noktürnal hemoglobiniüri tanıları dışlandı. Megaloblastik anemi etyolojisine yönelik olarak bakılan folik asit düzeyi normal, vitamin B12 düzeyi ise 30 pg/ml (N: 197-866) olarak düşük bulundu. Vit B12 eksikliği yapabilecek nedenler gözden geçirildi ve yapılan üst GİS endoskopide atrofik gastrit tespit edildi. Anti-pariyetal hücre antikor sonucu pozitif geldi. Hastaya atrofik gastrite bağlı pernisiyoöz anemi tanısı konarak parenteral Vit B12 tedavisi başlandı. Tedavinin 5.gününde retikülosit krizi görüldü (retikülosit %14.76). Tedavinin 3. haftasında tam kan sayımı değerleri; WBC 4300, HGB 9.6 g/dl, PLT 246000 bulundu ve SGOT, SGPT, bilirubin değerleri normal sınırlara gerilemişti. İdame vit B12 tedavisi düzenlenerek poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi. 2 ay sonra yapılan batın USG'de karaciğer ve dalak boyutları normal sınırlarda bulundu.

TARTIŞMA: Pernisyoöz anemi, gastrik mukozada atrofi, makrositoz ve nöropati ile karakterize bir hastalıktır. Intrensek faktör eksikliğine bağlı Vit B12 emilimi bozulmuştur. Genellikle megaloblastik anemiyeye yol açar. Daha az sıklıkta da olgumuzda olduğu gibi pansitopeni görülür. Pernisyoöz anemiyeye bağlı hepatosplenomegali ise nadir görülür ve tedaviye genellikle geri dönüşümlüdür. Sonuç olarak, hepatosplenomegali etyolojisi araştırılarak pernisiyoöz anemi akla gelmeli ve buna yönelik tetkikler yapılmalıdır.

P246

ALT EKSTREMİTE DERİN VEN TROMBOZU KLİNİĞİ İLE ORTAYA ÇIKAN BİR GASTROKİNEMİUS KASI RÜPTÜRÜ OLGUSU

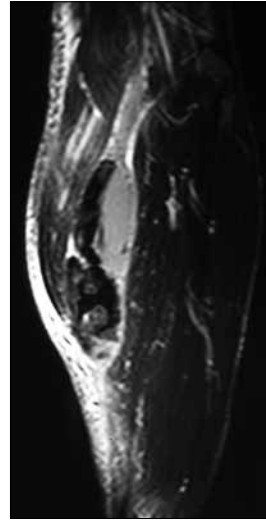
¹Abdullah Şumnu, ¹Nilüfer Alpay, ²Nihat Polat, ³Caner Günerbüyük, ²Hüseyin Ofaz, ²Dursun Atılğan

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, ³Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Ortopedi Anabilim Dalı

Fiziksel zorlanmalara bağlı ektremite kas rüptürleri genellikle sporcularda ağır egzersizler sonrasında ortaya çıkar. Kronik böbrek yetersizliği, kronik karaciğer hastalığı ya da kronik inflamatuvar hastalığı olan olgularda ise nadiren de olsa günlük aktiviteler sırasında ektremite kas rüptürleri görülebilir. Bu yazıda klinik prezentasyonu alt ektremite derin ven trombozunu düşündüren bir gastrokinemius kasi rüptürü olgusu sunulmaktadır.

48 yaşında erkek hasta, 14 saat süren otobüs yolculuğunun bitiminde bavalunu taşırken sol bacağına aniden gelişen şişlik, kızarıklık ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir hastalığı olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde sol bacak diz altından itibaren şişlik, gastrokinemius kasi üzerinde kızarıklık, ısı artışı ve belirgin hassasiyet saptandı. Uzun süren immobilizasyon sonrasında ortaya çıkan bu klinik tablo ile sol alt ektremite derin ven trombozu düşünüldüğünden pulmoner emboli riski nedeniyle Homans testi yapılmadı. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Kan sayımı, CRP, ESH, renal ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Alt ektremite venöz Doppler USG'de derin ven trombozunu düşündüren bulguya rastlanmadı. Bunun üzerine selülit ya da tromboflebit olabileceği düşünülerek yapılan yumuşak doku USG'sinde, yüzeysel kas ile derin kas grupları arasında miyozit ile uyumlu olabilecek serbest sıvı izlenmesi nedeniyle sol krus MR görüntülemesi keldi (Resim 1). Gastrokinemius kasi medial başı distalinde 4x10 cm boyutlarında hematoma ile uyumlu görünüm izlendi. Ortopedi polikliniği ile konsülte edildi. Gastrokinemius medial başı kas rüptürü tanısıyla sol alt ektremite, diz ve ayak bileğini içeri alacak şekilde alçı atele alındı. Nonsteroid antiinflamatuvar tedavi ve istirahat önerildi. Cerrahi tedavi düşünülmedi. Olgumuz takip ve tedavisine Ortopedi polikliniğince devam edilmek üzere taburcu edildi.

Sonuç olarak, kliniği özellikle alt ektremite derin ven trombozunu düşündüren, selülit ve tromboflebitin de ayırıcı tanıda yer aldığı gastrokinemius medial başı rüptürü tanısı konulan olgumuz, ektremite kaslarında ani gelişen kızarıklık, şişlik, ağrı ve hassasiyet olduğunda kas rüptürlerinin de ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamaktadır.



Resim 1. Sol krus MR görüntüleme: Gastrokinemius kasi medial başı distalinde 4x10 cm boyutlarında hematoma ile uyumlu görünüm izleniyor.

P247

SKLERODERMALİ BİR KADIN HASTADA APTT UZAMASI: FAKTÖR XII EKSİKLİĞİ

Fatma Şen, Melike Kalfa, Semra Korkmaz, Sacide Erden, Seref Demirel

Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Protrombin zamanı normal iken aktive parsiyel tromboplastin zamanı (APTT) uzaması olduğunda lupus antikoagulanı varlığı; faktör XII, prekallikrein, yüksek molekül ağırlıklı kininogen, faktör XI, faktör IX veya faktör VIII eksikliği aranmalıdır. Bunlardan ilk dördü kanama eğilimine neden olmaz iken son 3 faktör eksikliği kanama eğilimine neden olmaktadır. Sklerodermal hastalarda izole uzamış APTT'nin en sık nedeni lupus antikoagulanıdır.

OLGU: Kırksekiz yaşında 3 yıldır skleroderma tanısı ile takip edilmekte olan kadın hasta, 2 yıldır devam eden diş eti kanaması, diş etlerinde kalınlaşma, kızarıklık şikayetleri ile yapılan tetkiklerinde izole olarak uzamış APTT saptanması üzerine başvurdu. Ölü doğum, düşük öyküsü yoktu. Burun operasyonu sonrası bir hafta devam eden kanaması dışında bilinen kanama eğilimi yoktu. Soygeçmişinde de kanama eğilimi tarif etmiyordu. İki yıl önce hidroksiklorokin kesilmişti. Nifedipin, aspirin, pentoksifilin tedavisi ile takip edilmekteydi. Fizik muayenede gingiva hipertrofi, periodontit, sızıntı şeklinde devam eden gingiva kanaması izlendi. Laboratuvar incelemelerinde; APTT 33.7 sn (kontrol 26,2 sn), PT 11,4 sn, kanama zamanı 7 dk, trom-

bosit 153000/µl, periferik yaymada trombositler sayıca yeterli ve küme oluşturmamakta idi. Antikardiolipin IgM ve IgG normal, lupus antikoagulanı negatif, fibrinojen, FDP, D-Dimer normal bulundu. Karışım testinde; APTT 0. dk'da 37 sn, 30. dk'da 36 sn, 60. dk'da 36 sn saptandı (Tablo1). vWF düzeyi %85 (50-160), faktör VIII %64 (60-150), faktör IX %102 (60-150), faktör XI %89 (60-140), faktör XII %57 (60-150) bulundu (Tablo 2). Hastanın kanama eğiliminin sonradan ortaya çıkması kanama etyolojisinde periodontitin yanı sıra edinsel faktör inhibitör varlığını düşündürdü. Periodontitis, gingival hipertrofi etyolojisinde, nifedipinin de katkıda bulunabileceği düşünüldü. Diş ve diş eti bakımı için diş hekimine yönlendirildi.

SONUÇ: Sklerodermalı hastalarda uzamış APTT her zaman eşlik eden antifosfolipid sendromuna bağlı olmayabilir. APTT uzamasına neden olan diğer sebepler dikkatle gözden geçirilmelidir.

Tablo 1.

	0.dakika	30.dakika	60.dakika
APTT (sn)	37	36	36

Tablo 2.

Faktör	vWF	faktör VIII	faktör IX	faktör XI	faktör XII
Düzei (%)	85	64	102	89	57

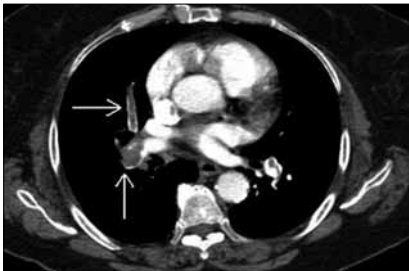
P248

GÖĞÜS AĞRISI İLE BAŞVURAN BİR PULMONER EMBOLİ VAKASI

¹Ekmel Burak Özşenel, ¹Fuat Şar, ¹Emel Tatlı, ¹Burcu Hacıoğlu, ²Savaş Öztürk, ³Rıdvan Karahasanoğlu, ²Rumeyza Kazancıoğlu

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. Dahiliye Kliniği, ²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği, ³Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

Pulmoner emboli vücutta herhangi bir bölgede oluşan trombüsten kaynaklanan embolinin pulmoner arter dallarını tıkararak akciğer perfüzyonunu bozması ve solunum yetmezliğine yol açması ile giden bir klinik tablodur. Emboli kaynağı %95 oranında alt ekstremité derin venleridir (femoral, iliak, popliteal). Semptomlar embolinin büyüklüğü, tıkanan arterin çapı ve hastanın kardiyopulmoner rezervi ile koreledir. Pulmoner vasküler yatağın %60'dan fazlasının tılandığı vakalarda akut sağ kalp yetmezliği ve şoka bağlı ani ölüm görülebilir. Ani başlayan dispne çoğunlukla en sık ve tek işarettir. Burada göğüs ağrısı ile başvuran bir masif pulmoner emboli olgusu sunulmaktadır. 69 yaşında bayan hasta acil dahiliye polikliniğimize 3 gündür devam eden göğüs ağrısı ile başvurdu. Bilinen iskemik kalp hastalığı olan hastanın ekg değişikliği olmamasına rağmen troponin sonucunun yüksek gelmesi üzerine akut koroner sendrom ön tanısıyla interne edildi. Servis takiplerinde troponin değerleri normale dönmeye rağmen dispnesi göze çarpan hastanın yapılan ekokardiyografisinde; "sağ kalp boşluklarında genişleme, ileri derecede pulmoner hipertansiyon (pulmoner arter basıncı: 80 mm/hg), normal sol ventrikül sistolik fonksiyonu" olduğu tespit edildi. D-dimer düzeyi normal bulunan hastanın alınan kan gazında PCO₂: 29 mm/hg PO₂: 72 mm/hg olarak bulundu. Doppler ultrasonunda alt ekstremité venöz sistemde variköz genişlemeleri olan hastanın BT anjiyografisinde "her iki sağ ve sol pulmoner arter distal segmentinden başlayıp lümen içi dolum defekti oluşturan trombüs materyalleri" görülmesi üzerine hastaya pulmoner emboli tanısı konuldu ve hasta heparinize edildi. Heparinin üçüncü gününde coumadin 5 mg başlanan hasta INR değeri 2,5 olunca bir ay sonra kontrol BT anjiyografisi ile poliklinikten takip edilmek üzere eksterne edildi. Pulmoner emboli vakalarının 3 aylık takiplerinde %10-15 oranında mortalite görülmektedir. Tüm pulmoner emboli vakalarının yaklaşık %5-7'sini oluşturan masif pulmoner emboli vakalarında ise ilk 24 saatte %85-90 oranında mortalite görülür. Bu olguda sunulan hastamızın 2 haftalık servis takiplerinde hastanın hemodinamik olarak stabil seyrettiği ve başlanan antikoagulan tedaviyle de dispnesinin gerilediği görülmüştür. Sonuç olarak kardiyak rezervi iyi olan hastalarda masif pulmoner embolinin daha iyi tolere edilebileceği ve bu hastalarda mortalitenin de daha düşük olabileceği öngörülebilir.



Pulmoner emboli 2



Pulmoner emboli 1

P249

VERAPAMIL KULLANIMINA BAĞLI GELİŞTİĞİ DÜŞÜNÜLEN AKCİĞER ÖDEMİ; OLGU SUNUMU

Feyzi Gökosmanoğlu, Hakan Cinemre, Cemil Bilir

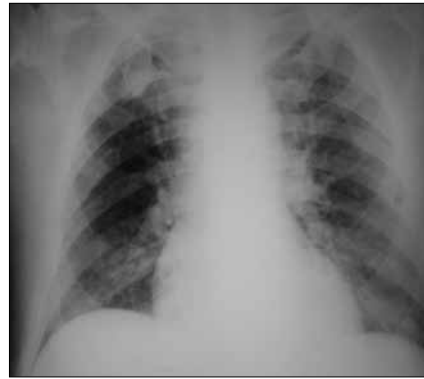
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Bir kalsiyum kanal blokörü olan verapamil yıllardan beri antihipertansif, antiiskemik ve antiaritmik olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Güvenli bir ilaç olarak bilinmesine rağmen baş ağrısı, baş dönmesi, yüz kızarması, yüzde ve bacaklarda yanma hissi, ayak bileği ödemi, hipotansiyon, konstipasyon yapabilmektedir. Bazı vakalarda verapamil toksik dozlarda kullanımı pulmoner ödem yaptığı bildirilmiştir. Literatürde toplam 32 olguda verapamil zehirlenmesi bildirilmiş, bunlardan 5 tanesinde non-kardiyojenik pulmoner ödem gelişmiştir.

İlaç kullanımına bağlı pulmoner ödem mikrovasküler basınç ya da permeabilite değişikliğine bağlı olarak ortaya çıkabilir. Pulmoner ödem her iki fizyopatolojik mekanizma ile gelişebilmesine karşın özellikle non-kardiyojenik pulmoner ödem yapan ilaçların sayısı oldukça fazladır. Bunlar arasında amitriptilin, aspirin, kolşisin, lidokain, hidroklorotiazid, fenitoin, sulfonamidler, tokolitik ilaçların pulmoner ödem yaptığı bildirilmiştir.

Olgumuz 67 yaşında erkek hasta iki gündür nefes darlığı, öksürük, ayaklarında şişme şikayetleri ile dahiliye polikliniğimize başvurdu. Olgumuzun tansiyon ilacı 12 gün önce kesilerek, verapamil 240 mg günde bir defa kullanılmak üzere başlanmış. Muayenede; TA: 100/60 mmHg, Nb: 62 atım/dk, Ateş: 36.4°C, bilateral akciğer bazellerinde raller, bilateral alt ekstremitéde 1+ ödem mevcuttu. Laboratuvar bulguları; Beyaz küre: 9.15mm3, Sedimentasyon 17 mm/saat, CRP: 1.02 IU/l, Glukoz: 76mg/dl, Kreatinin: 1.31mg/dl, ALT: 25U/L, AST: 20U/L, T.Protein: 7.51g/dl, Albümin: 4.26g/dl, CKP: 78U/L, CKMB: 10U/L, Na: 142mmol/L, arteriyel kan gazları: PH: 7.39, PCO₂: 26mmHg, PO₂: 75mmHg, SO₂: %85, Ekokardiyografi: Sol ventrikül sistolik fonksiyonları normal ve çapları hafif hipertrofik (E.F.%65), sol ventrikül diastolik fonksiyonları normal, kapaklar doğaldı. PA akciğer grafisinde: Bronkovasküler yapılar belirginleşme, sağ fissür belirgin, bilateral sinüsler kapalı (Resim 1), BT Anjiyografi: pulmoner emboli lehine dolum defekti görülmedi. Olgumuzda, başlangıçta nefes darlığı ve kuru öksürük gelişmesi, fizik muayenesi ve radyolojik görünümünün pulmoner ödemle uyumlu olduğu saptandı. Ateş, üşüme, titreme, pürülan balgam gibi enfeksiyon belirtilerinin olmaması nedeniyle pnömoni olasılığı düşünüldü. Bütün bu bulgular eşliğinde hastaya verapamil kullanımına bağlı akciğer ödemi olabileceği düşünüldü, verapamil HCL kesildi. Takiplerde hastanın vital bulgularının stabil olması nedeniyle sadece oksijen verilerek yakın takip edildi, akciğer ve periferik ödem 1 haftada tamamen düzeldiği gözlemlendi.

Sonuç olarak tedavi dozunda verapamil kullanımına bağlı akciğer ödemi gelişmesi verapamilin prekapiller dilatasyon ve periferik ödem yapma mekanizmasına bağlı olabilir. Verapamil reçete edildiğinde, pulmoner ödem neden olabileceği ve özellikle sık kullanımı nedeniyle non-kardiyojenik pulmoner ödemle gelen hastalarda verapamil kullanımı sorgulanmalıdır.



Resim 1. PA Akciğer Grafisi: Bileteral parankimal opasite artışı pulmoner ödemle uyumlu, bronkovasküler yapılar belirginleşme ve keleş kanadı görünümü izlenmektedir.

P250

PRİMER SJÖGREN SENDROMUNDA AKCİĞER TUTULUMU VE LENFOMA: OLGU SUNUMU

¹Nilüfer Alpay, ²Gülfer Okumuş, ²Esen Kıyan, ³Sevil Kamalı, ⁴Dilek Yılmazbayhan, ⁴Öner Doğan, ²Levent Tabak, ²Orhan Arseven

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, ⁴İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

Primer sjögren sendromu (SS), kronik otoimmün bir hastalıktır. Burada akciğer tutulumu bulguları ile başvuran nodal marginal zon lenfomalı bir primer SS olgusu sunmaktayız.

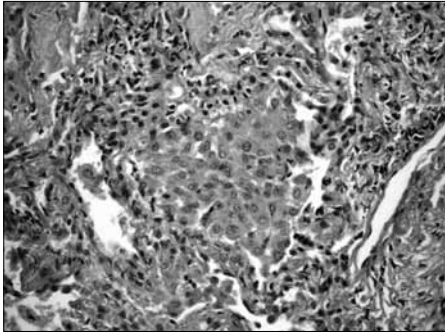
Kırkaltı yaşında kadın olgu, yaygın vücut ağrısı, halsizlik, eforla birlikte artan öksürük, nefes darlığı, ağız kuruluğu ve kilo kaybı (6 ayda 10 kg) yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenede, servikal zincirde ve sol supraklaviküler bölgede lenfadenopati mevcuttu. Her iki akciğer bazalinde inspiryum ortasında başlayan ince raller saptandı. Oda havasında oksijen saturasyonu %97 bulundu. Laboratuvar tetkiklerinde hafif trombositopeni (117000/mm³), hipergamaglobulinemi (2,9 g/dl), ESH (70mm/s) ve laktat dehidrogenaz (491 U/l) düzeyinde yükseklik belirlendi. Akciğer grafisinde her iki alt zonda retiküler görünümde opasite artışı, HRCT'de (Resim 1) bilateral akciğer alt loblarda yer yer lineer tarzda dansite artışı görüldü. Solunum fonksiyon ve akciğer difüzyon kapasitesi testinde, FEV1: 2500 ml (%82), FVC: 3080ml (%87), FEV1/FVC: %101, TLco: %51, Kco (Hb): %58 saptandı. Altı dakika yürüme testinde desaturasyon mevcuttu (başlangıç saturasyonu %96, bitiş saturasyonu %90) ve yürüme mesafesi 480m tespit edildi. Bronkoscopide endobronşiyal bir patoloji görülmedi. Bronkoalveolar lavaj sıvısı incelemesinde lenfositik alveolit (lenfosit oranı %32) saptandı. Transbronşiyal biyopside intraalveolar histiyosit infiltrasyonu (Re-

sim 2) görüldü. Bu bulgularla deskuamatif intertisyalpnömoni (DIP) tanısı konuldu. ANA, ENA screening, Anti DNA, RF ve Anti HCV ve kriyoglobulinler negatif bulundu. Kompleman düzeyleri normal saptandı. Shirmer testinde bilateral göz kuruluğu saptandı (sağ göz 5mm, sol göz 3 mm). Minör tükrük bezi biyopsisinde, intrasiner, interlobuler alanlarda gruplar halinde sayıları 50'yi geçen lenfosit ve plazma hücresi infiltrasyonu izlendi. Lenfadenopati eksizyonel biyopsisinde nonspesifik reaktif hiperplazi izlendi. Kemik iliği biyopsisinde nonspesifik bulgular görüldü. Primer SS ve lenfositik alveolit tanısıyla metil-prednizolon 1g pulse (3 gün) ve siklofosamid 1g pulse tedavisi verildi. Ardından idame tedavisi olarak 1mg/kg metilprednizolon tedavisi verildi. İkinci siklofosamid pulse tedavisi öncesinde fizik muayenede sebat eden lenfadenopatiler nedeniyle tekrarlanan boyun lenfadenopati eksizyonel biyopsisinde periferik lenfositik, interfoliküler alanda lambda hafif zincir baskınlığı gösteren plazmositik ve monositik diferansiyasyonlu monositik B hücreli lenfoma (nodal marginal zon lenfoma) saptandı. Tedavi, lenfoma tedavisine yönelik 6-8 kür COP protokolü (siklofosamid, vinkristin, prednizolon) ile değiştirildi.

İnteritisyel akciğer hastalığı saptanan olgularda ayırıcı tanıda primer SS düşünülmeli ve öncelikle sicca bulguları sorgulanmalıdır. Sicca bulguları varlığında otoantikorlar negatif bile olsa histopatolojiye başvurulmalıdır. Primer SS tanısı konulan hastalarda lenfoma gelişme riski dikkate alınarak takipler sürdürülmelidir.



Resim 1. Toraks HRCT: Bilateral akciğer alt loblarda yer yer lineer tarzda dansite artışı görülmektedir.



Resim 2. Transbronşiyal biyopsi: İntraalveolar histiyosit infiltrasyonu görülmektedir.

P251

PLEVRAL EFÜZYONLA PREZENTE OLAN AKUT MYELOSİTER LÖSEMİ; OLGU SUNUMU

¹Hakan Cinemre, ¹Feyzi Gökosmanoğlu, ¹Cemil Bilir, ²Talha Dumlu, ²Neşe Akın

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

Akciğer ya da akciğer dışı hastalıkların plevrayı etkilemeleri ile ortaya çıkan en sık görünüm plevral efüzyondur. Hematolojik maligniteye sahip olgular nadiren plevral efüzyonla prezente olabilir veya sıklıkla hastalığın takibinde plevral efüzyon gelişmektedir. Malignitelere bağlı plevral efüzyonların oluşumunda araştırmalar sonucu şu mekanizmalar sorumlu tutulmaktadır; tümörün lokal ve sistemik etkileri, tedavi komplikasyonları, plevranın doğrudan malign hücrelerle infiltrasyonuna bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir.

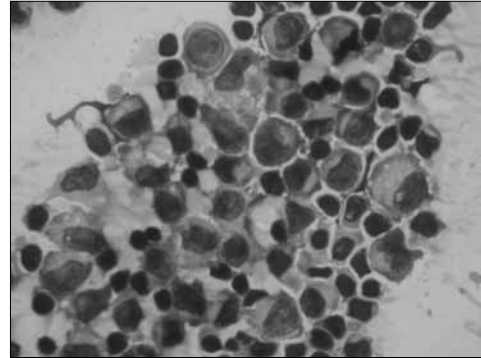
Akut lösemi hematopoetik prekürsörlerde matürasyonun duraklaması ve blastların hızlı proliferasyonu, apoptozis yapabilmeye özelliğinin azalması sonucunda kemik iliği, dalak, karaciğerde infiltrasyon ve normal kan hücrelerinin hızla azalmasıyla

çeşitli derecelerde anemi, trombositopeni ve lökosit sayısında değişiklikler meydana geldiği malign bir hastalıktır. Akut lösemilerde plevral efüzyon genellikle hastalığın geç dönemlerinde tekrarlayan ya da ilerlemiş hastalık ile ilişkilidir. Ancak, bizim olgumuzdaki gibi, bazı olgularda akut lösemimin ilk bulgusu plevral efüzyon olabilir.

55 yaşında kadın hasta bir haftadır plöretik göğüs ağrısı, nefes darlığı, kuru öksürük, göğsünde sıkıntı hissi şikayetleri ile göğüs hastalıkları polikliniğimize başvurdu. Hastamızın fizik muayenesinde; genel durumu iyi, bilinç açık, koopere, konjunktivalar soluk ve vital bulgular stabildi. Dinlemekle sağ akciğer bazelinde solunum sesleri alınmadı, 6-7. posterior kostal aralıkta submatite ve matite tesbit edildi. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar bulguları; WBC: 29.3 mm³, PNL: %16.8, Lenfosit: %3, Monosit: %53.2, Eozinofil: %0, Bazofil: %0, RBC: 4.150.000 mm³, Hgb: 10.5 g/dl, Htc: 33, MCV: 79.5 fl, Trombosit: 79.000 mm³, Kreatinin: 0.6 mg/dl, ALT: 46 U/L, AST: 52 U/L, LDH: 922 U/L, T-Protein: 7.51 g/dl, Albümin: 4.26 gr/dl idi. Plevral sıvıda; T. Protein: 5.52 gr/dl, LDH: 2402, ADA: 203 U/ml olarak tesbit edildi. Periferik yaymada ve plevral sıvı sitolojik incelemede tiplendirilmesi yapılamayan malign hücreler (blastik hücreler) görüldü (Resim 1), periferik kan akım sitometrik incelenmesinde akut

myelositer lösemiyle uyumlu hücre hakimiyeti tesbit edildi. PA Akciğer Grafisinde; sağda belirgin plevral efüzyonla uyumlu opasite artışı görüldü (Resim 2). Olgumuzda, plevral sıvı basit kültürde üreme olmadı, ARB negatif olarak geldi. Bu bulgular eşliğinde hastaya akut myelositer lösemiye bağlı plevral efüzyon olabileceği düşünüldü.

Sonuç olarak, plevral efüzyonun ayırıcı tanısında otomatik hücre sayacılarıyla ölçülen periferik kan şekilli elamanlarının subgruplarının dağılımında lenfosit yada monosit hücre hakimiyeti (otomatik hücre sayacı blastları yanlışlıkla lenfosit ve/veya monosit olarak sayar), anemi ve trombositopeni varlığında akut lösemiye bağlı olabileceği düşünülmelidir.



Resim 1. Plevral sıvının periferik yayması: Plevral sıvıda mezotel hücreleri arasında blastik hücreler görülmektedir.



Resim 2. PA Akciğer Grafisi: Sağda belirgin plevral efüzyonla uyumlu opasite artışı görülmektedir.

P252

PLEVRAL EFÜZYONLA SEYREDEN MULTİPLE MYELOM; OLGU SUNUMU

Feyzi Gökosmanoğlu, Hakan Cinemre, Cemil Bilir

Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Akciğer ya da akciğer dışı hastalıkların plevrayı etkilemeleri ile ortaya çıkan en sık görünüm plevrada sıvı birikimidir. Hematolojik maligniteye sahip olgular nadiren plevral efüzyonla prezente olabilir veya sıklıkla hastalığın takibinde plevral efüzyon gelişmektedir. Multiple myelomda plevral efüzyonlar nadir bir bulgudur, malign plazma hücre infiltrasyonuna bağlı plevral efüzyon ise çok daha nadirdir. Multiple myelomda plevral efüzyonlar genellikle benign karakterdedir, hipotalbüminemi, enfeksiyon, amiloidoza bağlı kalp yetmezliği veya böbrek yetmezliği gibi nedenlere bağlı olarak gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Multiple myelom, anormal miktarda immunoglobülin sentezleyen ve kemik iliğini infiltre eden plazma hücrelerinden kaynaklanan, malign bir tümördür. Plevral efüzyon, multiple myelom olgularının %6'sında gelişmektedir. Plevral infiltrasyona bağlı olarak myelomatoz plevral sıvılar ise daha nadir olarak (< %1) gelişmektedir.

70 yaşında erkek hasta plöretik göğüs ağrısı, nefes darlığı, kuru öksürük, bütün kemiklerinde ağrı ve halsizlik şikayetleri ile iç hastalıkları polikliniğimize başvurdu. Muayenede; genel durumu orta, bilinç açık, koopere, konjunktivalar soluktu. Vital bulgular; TA: 100/60 mmHg, Nb: 100 atım/dk, ateş: 37.4°C, dinlemekle bilateral akciğer bazellerinde solunum sesleri alınmadı, 5-6. posterior kostal aralıkta submatite ve daha aşağıda matite tesbit edildi. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar bulguları; WBC: 13.2 mm³, PNL: %60.1, Lenfosit: %30, Hgb: 8.01 g/dl, Htc: 26.4, Trombosit: 110.000 mm³, Sedim 97mm/saat, Glukoz: 132 mg/dl, Kreatinin: 1.3 mg/dl, ALT: 48 U/L, AST: 56 U/L, LDH: 620 U/L, T.Protein: 8.01 g/dl, Albümin: 2 gr/dl, Na: 132 mmol/L, K+: 4.30 mmol/L idi. Plevral sıvı sitolojik incelemede malign plazma hücreleri görüldü, ve Protein: 5.4 gr/dl, LDH: 230 U/L, ADA: 32 U/ml, glukoz 120 mg/dl idi. Serum ve idrar protein elektroforezinde, beta-gama arasında dar bantlı, keskin kenarlı band görüldü ve idrarda serbest hafif zincirlere yönelik antiserumla yapılan çalışmada k hafif zincir artımı görüldü, serbest ve bound hafif zincir antikorları ile yapılan çalışmada k ve λ hafif zincir artımı saptandı. PA Akciğer Grafisinde; bilateral plevral efüzyonla uyumlu opasite artışı görüldü (Resim 1). EKO'da; sol ventrikül fonksiyonları ve çapları normal (E.F. %55), sağ kalp boyutlarında minimal artış, hafif mitral/triküspit yetmezlik saptandı. Kemik iliği aspirasyon/biyopside plazma hücre infiltrasyonu görüldü, %70 plazma hücre hakimiyeti vardı, flow sitometrik inceleme ile CD-138 pozitif hücrelerin malign plazma hücreleri olduğu görüldü. Bu bulgular eşliğinde hastada multiple myelom ve myelomatoz plevral efüzyon olabileceği düşünüldü.

Sonuç olarak, plevral efüzyonun ayırıcı tanısında nadir olarak görülsede multiple myelomda düşünülmelidir. Ayrıca multiple myelom tanısı plevral sıvının görünümü ve sitolojik incelenmesiyle konulabilir.



Resim 1. PA Akciğer Grafisi: Bileteral pleval efüzyonla uyumlu opasite artışı görülmektedir.

P253

PLEVRAL SIVININ TORAKS ULTRASONOGRAFİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Feyzi Gökosmanoğlu, ¹Hakan Cinemre, ¹Cemil Bilir, ²Ali Tugay

¹Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı

AMAÇ: Toraks ultrasonografisinin pleval efüzyonlu hastalarda transuda-eksuda ayırımına noninvasif bir yöntem olarak katkısını araştırmak.

MATERYAL VE METOD: Üniversitemiz Dahili Bilimler Kliniğine başvuran pleval efüzyonlu 30 kadın (%40.54) toplam 74 hasta çalışmaya alındı. Ortalama yaş 62 (30-87) idi. Diagnostik torasentez ve toraks ultrasonografisi 62 hastaya uygulandı, minimal aspirat veya subpulmonik sıvı nedeniyle 12 hastaya sadece toraks ultrasonaografisi yapıldı. Bütün hastalarda ultrasonografi ile pleval sıvının ultrasonografik özellikleri ve miktarına bakıldı. Toraks ultrasonografisi bulgularının eksuda ile uyumluluğunda; difüz ve homojen ekojenite, septasyon, pleval kalınlaşma ve transüda ile uyumluluğu ise anekoik, septa ve pleval kalınlaşma içermeyen kompleks görünümüne göre ayırımı yapıldı. Efüzyon mayilerinde biyokimyasal parametrelerden pH, LDH, protein ve hücre sayımı yapıldı. Sıvıların ultrasonografik özellikleri ile biyokimya sonuçları transuda ve eksuda ayırımı için karşılaştırıldı.

BULGULAR: Light kriterlerine göre pleval efüzyonlar 42 hastada eksuda 20 hastada transuda olarak değerlendirildi. Light kriterlerine göre eksuda olarak değerlendirilen 36 hastada ultrason bulgusu olarak difüz ve homojen opasite, septasyon veya pleval kalınlaşma mevcuttu. Light kriterine göre kalan 6 eksudalı ve 20 tane transudalı hastanın ultrason bulgularında septasyonsuz, pleval kalınlaşması olmayan anekoik görünüm mevcuttu. Ultrasonda 10 transuda ve 2 eksuda bulgusu olan hastaya torasentez yapılamadı.

SONUÇ: Toraks ultrasonografisi eksuda tanısı için %100'e yakın doğru sonuç verir. Light kriterlerine göre eksuda olan sadece 6 hastanın toraks ultrasonografik görünümü transuda ile uyumlu idi. Bizim önerimiz özellikle minimal miktarda mayili veya torasentez için kontrendikasyonu olan hastalarda eksuda tanısı için toraks ultrasonunun yardımcı olabileceğini ve taniya katkı sağlayacağıdır.

Tablo 1. Pleval sıvının niteliğini ayırmada light kriterleri ve ultrasonografik görünümü

LIGHT KRİTERLERİ	TORAKS ULTRASONOGRAFİ	
EKSÜDA	Olgu sayısı	Olgu sayısı
	42	36
	Anekoik, septasyon ve pleval kalınlaşma içermeyen görünüm	
TRANSÜDA	Olgu sayısı	Olgu sayısı
	20	26
	Difüz ve homojen ekojenite, septasyon ve pleval kalınlaşma içeren görünüm	

Tablo 2. Çalışmaya alınan olgularda pleval efüzyonların etiyolojisi

Pleval efüzyon nedenleri	Olgu sayısı
Kalp yetersizliği	19
Malignite (primer ve metastatik)	14
Tüberküloz plörezi	12
Parapnömonik efüzyon ve Ampiyem	11
Kalp yetersizliği	7
Böbrek yetersizliği	4
Karciğer siroz	1
Romatoid Artrit	1
Sistemik lupus	1
Sarkoidoz	1
Ailevi akdeniz ateşi	1
Korener by-pass cerrahisi	1
Akut lösemi	1
Multiple myelom	1

P254

STERÖİD İLE TEDAVİ EDİLEN BİR MENDELSON SENDROMU OLGUSU

¹Nilüfer Alpay, ²Gülfer Okumuş, ²Esen Kıyan, ²Orhan Arseven

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

Mide içeriğinin aspirasyonu sonucunda gelişen, akciğer parankiminde inflamasyon ve alveolar hasarla giden Mendelson Sendromu (MS), aspirasyondan saatler sonra taşipne, hipoksi ve ateş ile ortaya çıkar. Selim seyirlidir ve genellikle semptomatik tedaviler ile günler içerisinde iyileşir. Steroidlerin tedavideki yeri ve faydası tartışmalıdır. Bu yazıda genel anestezi sonrasında ortaya çıkan, klinik gidişin kötüye gitmesi nedeniyle başlanan steroid tedavisine iyi cevap veren bir MS olgusu sunulmaktadır.

Otuz iki yaşında kadın hasta sezeryan sonrası, mekanik ventilatörden ayrıldıktan sonra gelişen solunum yetmezliği nedeniyle tarafımıza sevk edildi. Sorunsuz geçen gebeliğinin 39. haftasında normal spontan doğum sancılarının başlaması üzerine, başvurduğu bir merkezde kendi isteğiyle, 6 saat süren açlık sonrasında sezeryan ile sağlıklı bir bebek dünyaya getirdiği, orotrakeal entübasyon sırasında mide içeriğini aspire etmesi nedeniyle, post operatif yoğun bakım ünitesine alınarak mekanik ventilatörle solunum desteğine 36 saat devam edildiği, özgeçmişinde ise 10 yıl önce peptik ulkus nedeniyle parsiyel vagotomi ameliyatı olduğu öğrenildi. Fizik muayenede subfebril ateş (37, 8 0C), taşipne (SDS: 32), her iki akciğerde solunum sesi kabalaşması, hipertansiyon (TA: 160/80 mmHg), taşikardi (NDS: 104/ritmik) tespit edildi. Parmak ucundan pulse oksimetre ile bakılan oksijen saturasyonu %87 bulundu. Akciğer grafisinde bilateral homojen olmayan infiltrasyon (Resim 1a), laboratuvar tetkiklerinde nötrofilik lökositoz (lökosit: 12000/mm³, nötrofil: 10200/mm³), yüksek LDH (1103 IU/L) saptandı. Geçirilmiş vagotomi ameliyatına bağlı olabilecek olası mide boşalma zamanında uzama da dikkate alınarak MS tanısı konuldu. 4 lt/dk maske oksijen altında oksijen saturasyonu %96'ya kadar yükseldi, CO₂ retansiyonu olmadı. Hipertansiyon nedeniyle 5 mg/gün amlodipin verildi. Takiplerinde taşipne devam etti, post op. 4. günde solunum sıkıntısı arttı. Altı lt/dk maske oksijen altında oksijen saturasyonu %91-92 seviyelerinde seyretti. Bunun üzerine 32 mg/gün metil prednisolon tedavisi başlandı. Proton pompa inhibitörü ile mide koruması yapıldı. Bu tedavinin ikinci gününden itibaren solunum sıkıntısı geriledi. Lökositoz normale döndü, ateş tekrar etmedi. Tedavinin 4. gününde oda havasında oksijen saturasyonu %97'ye kadar yükseldi. Amlodipin tedavisi kesildikten sonra normotansif seyreden hastanın radyolojisi tamamen geriledi (Resim 1b).



Resim 1a. PA akciğer grafisi: Akciğer parankiminde bilateral homojen olmayan infiltrasyon izleniyor.



Resim 1b. PA akciğer grafisi: Tedavi sonrasında radyolojik düzelme görülüyor.

P255

TÜBERKÜLOZ PLÖREZİ TANISINDA HÜCRE SAYIMININ ÖNEMİ

¹Feyzi Gökosmanoğlu, ¹Cemil Bilir, ¹Hakan Cinemre, ²Kezban Özmen¹Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Tüberküloz plörezi klasik olarak tüberküloz basiline karşı gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonu sonucunda oluşan plevral efüzyon olarak tanımlanabilir. Tüberküloz plözisinin insidansı toplumdaki tüberküloz insidansı ile benzerlik gösterir. Tüberküloz plözisi 5-45 yaş grubunda ve erkeklerde daha sık görülür. Amacımız tüberküloz plörezi olgularında plevral sıvı hücre sayımının tanıya katkısını araştırmaktır.

Üniversitemiz dahili bilimler kliniğinde plevral efüzyonla takip edilen 43 olgu çalışmaya alındı. Çalışmada 29 tane non-tüberküloz plevral efüzyon, 14 tane tüberküloz plörezi olgusu incelendi. Olguların, toplam 20'si kadın (%46.51) ve tüberküloz plörezi tanımlı olguların 6'sı (42.85) kadın idi, yaş ortalaması 47,7±15,7 (23-75) yılı. Tüberküloz plörezi tanısı, plevral sıvı (aside dirençli basil) ARB pozitifliği ve kültürde üreme, adenozin deaminaz (ADA) yüksekliği, plevral biyopsi ile histopatolojik olarak tanı konulan olgular, klinik ve radyolojik olarak tüberküloz plörezi düşünülmesi, lenfositten zengin, eksudatif plevral sıvı varlığı ve antitüberküloz tedaviye cevap alan olgular, olarak tanı konuldu (Tablo 1. Olguların demografik özellikleri görülmektedir). Non-tüberküloz plevral efüzyonlu olgular ise direk grafi, toraks ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile tesbit edilen olgularda tüberküloz gösterilemeyenler kontrol grubu olarak alındı. Tüberküloz plörezi tanısı alan olgular ve kontrol grubu hastaların plevral sıvılarından periferik yayma yapıldı, hücreler sayıldı. Tüberküloz plörezi tanımlı olguların 12'sinde (%85.12) plevral sıvıda lenfosit hakimiyeti (lökositlerin %50'den fazlasının lenfosit olması), 2 olguda (%14.28) polimorfonükleer lökosit hakimiyeti mevcuttu, eozinofili saptanmadı ve tüberküloz plözisi olguların hepsinde mezotel hücreleri %10'un altında saptandı. Kontrol grubu hastaların 16'sında (%55.17) plevral sıvıda lenfosit hakimiyeti, 13 olguda (%44.82) polimorfonükleer lökosit hakimiyeti mevcuttu, kontrol grubunun tamamında mezotel hücreleri %30'in üzerinde saptandı.

Sonuç olarak, plevral efüzyonlar tanı ve tedavi yönünden yaygın görülen bir klinik problemidir. Plevral efüzyonların etiyolojik tanısı için görüntüleme yöntemleri, sıvının biyokimyasal ve hücresel analizi, sitolojik muayene, mikrobiyolojik analizler, biyopsi işlemleri gibi tüm tanısal adımlar yapılmaktadır. Bütün bu laboratuvar ve invazif işlemlerden önce tanı ve tedaviye yardımcı olan, etiyolojik nedenleri daraltan plevral sıvının transüda-eksüda ayırımı ve hücre sayımıdır. Özellikle tüberküloz plörezi tanısı konulamayan şüpheli olgularda hücre sayımı tanı ve/veya ayırıcı tanıya olanak sağlayabilir. Plevral sıvıda mezotel hücre düşüklüğü ile lenfosit hücre hakimiyeti biriktiriliği tüberküloz plözisi, mezotel hücre yüksekliği ve diğer hücre hakimiyetleri varlığında ise non-tüberküloz plözisiyi düşündürür.

Tablo 1. Çalışmaya alınan olguların demografik özellikleri

<i>Tüberküloz plörezi</i>	<i>Non-tüberküloz plörezi</i>	
Olgu sayısı	14	29
Lenfosit hakimiyeti	12	16
PolimorfonükleerHücre hakimiyeti	2	13
ARB (+)	3	--
Tüberküloz Kültür (+)	5	--
Biyopsi ve histopatolojik tanı	4	--
Lenfosit hakimiyeti olan eksudatif plevral sıvının bulunduğu ve sıvının başka bir etyolojiye bağlanamadığı bir olguda klinik ve radyolojik olarak tüberküloz plörezi düşünülmesi ve antitüberküloz tedaviye cevap alınması	2	---
Mezotel hücre oranı	< %10	> %30

P256

PULMONER HİPERTANSİYON GELİŞİMİNE TROMBOSİTLERİN KATKISI OLABİLİR Mİ?

¹Feyzi Gökosmanoğlu, ¹Hakan Cinemre, ¹Cemil Bilir, ²Kezban Özmen¹Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Düzce Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

AMAÇ: Pulmoner hipertansiyon gelişimine neden olan birçok risk faktörleri dışında büyük trombosit volümleri de pulmoner arterlerde mikrotrombüs oluşumunu aktive ederek basınç artışına ek katkıda bulunabilir. Artmış trombosit hacmi insitu trombüslerin oluşumunu aktive ederek pulmoner hipertansiyonun birçok sebebinden biri olabilir. Bu araştırmanın amacı pulmoner hipertansiyonla platelet ortalama hacmi (MPV) arasındaki olası ilişkiyi araştırmaktır.

MATERYAL VE METOD: 67 tane primer ve sekonder pulmoner hipertansiyonu olan ile 83 tane sağlıklı kontrol çalışmaya alındı. Pulmoner hipertansiyonu olanların ortalama yaşı 62±11 ve %22.38'i kadın, kontrol grubunun yaş ortalaması 63±12 olup %21, 68'i kadındı. Pulmoner hipertansiyon tanımı için eko-kardiyografi ile ölçülen ortalama pulmoner arter basıncı 20 mmHg ve üzerindeki değerler kabul edildi. Trombosit sayı ve çapı Sysmex XT-2000i kan sayımı cihazı ile değerlendirildi. Periferik yaymalar giemsa ile boyandı. Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesi paired student's t testi kullanılarak yapıldı. Testin güvenlik aralığı %95 (95%confidence interval) ve anlamlılık p<0,05 düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR: Pulmoner hipertansiyonlularda MPV değeri kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek (9.63 vs. 8.73 fl, p=0.0002). Pulmoner hipertansiyon ve kontrol grubunda platelet sayıları arasında anlamlı bir fark yoktu (223.2 vs. 233.3 ×10⁹/µl, p=0.4935). Periferik yayma ile pulmoner hipertansiyonlu hastaların trombositleri daha büyük ve daha heterojen oldukları gözlemlendi.

SONUÇ: Pulmoner hipertansiyonlu hastalarda yüksek MPV değerleri (aktive trombositlerin indirek göstergesi) insitu trombüs oluşumunu hızlandırarak pulmoner hipertansiyonun gelişmesi için bir neden olabilir. Trombosit volümünün büyüklüğü, pulmoner hipertansiyonun patogenezinde yer aldığını, pulmoner hipertansiyon için ek bir risk faktörü olabileceğini söylenebilir, ve bu hastaların tedavisine antikua-gulan ajanların eklenmesi düşünülebilir.

Tablo 1. Pulmoner hipertansiyon tanısı konulan hastalarla sağlıklı kontrol grubunun trombosit volümü, trombosit sayısı, yaş, cinsiyet özellikleri

	Pulmoner hipertansiyon	Kontrol grubu	P değeri
MPV	9.631±1.335	8.726±1.021	0.0002
Trombosit sayısı	223.2 ± 10.39x10 ³ /µl	233.3 ± 9.328x10 ³ /µl	0.4935 (p>0.05)
Yaş	62±11	63±12	p>0.05
Cinsiyet	15 olgu kadın (%22.38)	18 olgu kadın (%21.68)	p>0.05

P257

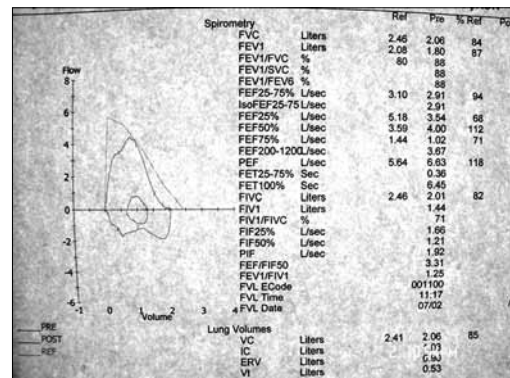
BAŞARI İLE TEDAVİ EDİLEN USUAL İNTERSTİSYEL PNÖMONİ OLGUSU

¹Zeki Aydın, ¹Ahmet Akın, ¹Didem Aydın, ²Taner Ekinci, ¹Mustafa Yaylacı¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ²Dahiliye Kliniği, ³Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: İnterstiyel akciğer hastalıkları (İAH) akciğeri difüz olarak etkileyen, akciğer parenkiminde değişik derecelerde inflamasyon, fibrozis ve yapısal bozulmaya neden olan, akut yada kronik seyirli bir grup hastalıktır.

OLGU: Kırksekiz yaşında bayan hasta, 2 aydır giderek artan nefes darlığı, halsizlik ve kuru öksürük şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Öz ve soy geçmişinde bir özellik olmayan hastanın fizik muayenesinde her iki akciğer orta ve alt zonlarda velcro ralleri dışında bir bulgusu yoktu. Eritrosit sedimentasyon hızı: 70 mm/sa olan hastanın yapılan tam kan sayımı, diğer biyokimyasal tetkikleri normaldi. Akciğer filminde bilateral yaygın retikülodüler görünüm mevcuttu. Oda havasında arter kan gazında; PaO₂: 73, saturasyon %95 idi. Bir kat merdiven çıktıktan sonra tekrarlanan arter kan gazında hipoksini arttı ve desaturasyon olduğu görüldü. Çekilen HRCT' de; Her iki akciğer parenkiminde yaygın retikülodüler tarzda infiltrasyon sahalarının varlığı dikkati çekmekteydi (Resim 1). İAH'nın etiyolojisine yönelik olarak istenen kollajen vasküler hastalıklara yönelik tetkikler (-) saptandı. Solunum fonksiyon testinde FVC: 1,34 L (%54), FEV₁: 1.3 L, FEV₁/FVC: %97 olarak saptandı. Yapılan bronkoscopi, bronkoscopik biyopsi, bronş lavajı sitoloji, ARB, Tbc kültüründe bir özellik saptanmaması üzerine sol torakotomi ve açık akciğer biyopsisi yapıldı. Sonuç usual interstiyel pnömoni ile uyumlu bulundu. Kortikosteroid tedavisine (1 mg/kg prednisolon) başlandı, doz azaltılarak tedaviye devam edildi. Tedavinin üçüncü ayında hastanın şikayetleri gerilemeye başladı. Hasta şu an tedavinin 8. ayında düşük doz steroid almakta, akciğer filmi ve kontrol HRCT' de bulguların gerilediği gözlemlendi. Solunum fonksiyon testi normal olarak değerlendirildi (Resim 2).

TARTIŞMA: İnterstiyel akciğer hastalıkları benzer klinik, radyolojik, fizyolojik ve hatta patolojik özellikler göstermektedir. İAH grubuna giren 200' den fazla hastalık vardır. Bunların bir kısmı çevresel yada mesleki etkilenebilir, ilaçlar, radyasyona maruziyet ve enfeksiyonlar gibi etiyolojisi bilinen olaylar, bir kısmı sarkoidoz, kollajen vasküler hastalıklar gibi akciğer tutulumu olan sistemik hastalıklar, bir kısmı da akciğere özel nadir görülen etiyolojik süreçlerdir. İdiyopatik interstiyel pnömoniler, etiyolojisi belli olmayan İAH' dır. Bu hastalıklar içinde usual interstiyel pnömoni, kortikosteroid tedavisine en az yanıt veren ve prognozu en kötü olandır. Kortikosteroid ile başarı ile tedavi ettiğimiz, nadir görülen bu İAH olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

**Resim 1. HRCT: Her iki akciğerde yaygın kaba retikülodüler görünüm****Resim 2. Solunum fonksiyon testi: Tedavi sonrası**

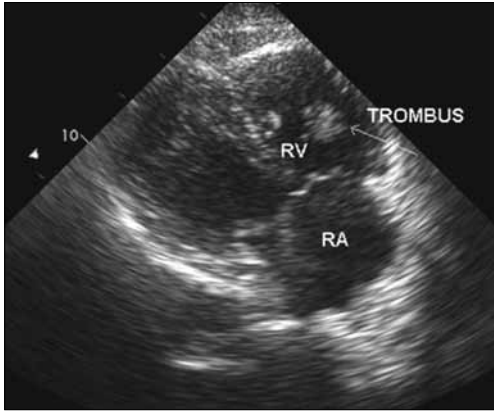
P258

EKOKARDİYOGRAFI İLE SAĞ VENTRİKÜLDE MOBİL TROMBÜS TESPİT EDİLEN AKUT PULMONER TROMBOEMBOLİ OLGUSU

¹Merve Yılmaz, ¹Esin Beyan, ²Özgül Uçar, ¹Bariş Koşan, ¹Ayşe Arduç, ¹Ekrem Abaylı

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği, ²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

Klinik olarak masif pulmoner emboliden şüphelenilen birçok olguda hızlı bir şekilde akciğer perfüzyon sintigrafisi ve/veya pulmoner anjiyografi uygulanması mümkün olmamaktadır. Ekokardiyografik inceleme, kalp boşluklarında trombüs tanısında oldukça önemli bir tanı yöntemidir. Ekokardiyografik incelemede sağ kalp boşluklarında trombüs görülme olasılığı sol kalbe göre daha nadir rapor edilmekle birlikte, otopsi çalışmalarında sol kalp trombüsleri kadar sık olduğu bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda, akut pulmoner emboli kliniği gelişen risk faktörleri olan bir olguda ekokardiyografi ile pulmoner tromboemboli tanısını teyit eden sağ ventrikül trombüsünün gösterilmesi anlatılmaktadır. Asit etyolojisi araştırılmak üzere yatırılan morbid obez ve immobil olan 75 yaşında bayan hastada, yatışının 3. gününde ani nefes darlığı, sırt ağrısı ve senkop gelişti. Dispneik ve takipneik olan hastanın arter kan gazı hipoksik ve hipokapneik idi. D-Dimeri 3414 mg/L saptanan hastada akut pulmoner tromboemboli düşünüldü. Yapılan transtoraksik ekokardiyografide sağ ventrikül içinde lobüle mobil trombüs ve ciddi pulmoner hipertansiyon (60 mmHg) tespit edildi. Hastaya trombolitik ve antikoagulan tedavi başlandı. Genel durum bozukluğu nedeniyle hasta trombektomi için ameliyata alınmadı. Takibinde solunum sıkıntısı artan hasta entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Hasta akut olayın gelişimini izleyen 24 saat içinde exitus oldu. Sağ kalp boşluklarında görülen trombüsler kötü prognozlu oldukları için erken tanı ve acil tedavi oldukça önemlidir. Bu nedenle akut pulmoner tromboemboli şüphesi olan hastalarda erken dönemde ekokardiyografi yapılarak pulmoner emboli tanısının teyiti, akciğer perfüzyon sintigrafisi ve/veya pulmoner anjiyografi yapılmadan fibrinolitik tedaviye başlanması için zaman kazandırabilir.



Ekokardiyografide Sağ Ventrikülde Trombüs

P259

PLEVRAL EFÜZYONDA OTOMATİK HÜCRE SAYAÇLARI VE MANUEL YÖNTEM İLE YAPILAN HÜCRE SAYIMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Feyzi Gökosmanoğlu, Hakan Cinemre, Cemil Bilir

Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

AMAÇ: Plevral efüzyonun etiyolojisinin araştırılmasında torasentez ile elde edilen sıvının hücre sayımı ve hücre subgrupları ayırımı rutin kullanılan önemli bir laboratuvar incelemedir. Çalışmamızda plevral sıvı hücre sayımında kullanılan iki yöntem, otomatik hücre sayacıları kullanılarak yapılan otomatik hücre sayımı ile periferik yayma ve thoma lam ile yapılan manuel hemositometri yöntemlerinde elde edilen bulguları karşılaştırmaktır.

MATERYAL VE METOD: Üniversitemiz dahili bilimler kliniğinde plevral efüzyon nedeniyle takip olan 52 hasta incelendi. Plevral sıvı örnekleri diagnostik torasentezle toplanarak otomatik cihaz sonuçları thoma lamı incelemesiyle karşılaştırıldı. Plevral sıvı örnekleri aynı zamanda hücre subgrupları periferik yayma yapıldı, giemsa boyanarak mikroskopik olarak incelendi.

BULGULAR: İncelenen hastaların toplam 34'ünde otomatik ölçüm ile periferik yayma bulgularında hakim olan hücre subgrupları benzerdi. Hücre sayıları ve subgrup dağılımları 18 hastada farklılık gösterdi. Bunlardan 15 hastada lenfosit hakimiyeti, 3 tanesinde mononükleer hücre hakimiyeti vardı. Yaymalarında ise malign ve veya atipik hücre 7 preparatta, lösemik hücre (blast) 2, plazma hücre 1, polimorfonükleer hücre 3 hastada saptandı. Kalan 5 hastada polimorfonükleer hücre dağılımı lenfosit oranlarına eşitti. Otomatik sayacı hücre sayısı 1000 üzerinde olanların 24 tanesinde manuel yöntemle bu rakamlar saptandı.

SONUÇ: Hücre dağılımı ve subgrup tespiti en iyi manuel mikroskopik yöntemle olup, özellikle malign efüzyonların tespitinde otomatik sayacılara göre çok daha fazla katkı sağladığı görülmüştür.

Tablo .

Plevral efüzyon nedenleri	Olgu sayısı
Malignite (primer ve metastatik)	18
Parapnömonik efüzyon ve Ampiyem	14
Tüberküloz plörezi	4
Kalp yetersizliği	4
Böbrek yetersizliği	4
Pulmoner emboli	3
Lösemi (Akut ve kronik)	2
Meigs Sendromu	1
Multiple myelom	1
Hipotiroidi +İler dede mitral darlık	1

P260

RETROPERİTONEAL YERLEŞİMLİ BRONKOJENİK KİST: OLGU BİLDİRİMİ

¹Banu Avcioglu, ¹Muharrem Müftüoğlu, ¹Atahan Çağatay

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

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Anabilim Dalı, İstanbul

Bronkojenik kistler, trakea divertikülün anormal tomurculanmasıyla meydana gelen trakeobronşial sistemin gelişimsel anomalileridir. En sık subkral ve paratrakeal bölgeler olmak üzere akciğer parankimi ve mediastende yerleşirler. Mediasten ve akciğer dışındaki lokalizasyon son derece seyrektir. Nadir bildirilen lokalizasyonlar; presternal, supraklaviküler bölge, perikard ve diyafram altıdır. Kistin iç yüzeyi silier kolumnar veya skuamöz epitelle döşelidir ve mukus salgılayan bezlerden dolayı kistin içi sıvı ile doludur. Kist, içerisinde biriken mukus nedeniyle solid bir kitle gibi görülebilir. Bu durumda diğer yumuşak doku kitlelerinden ayırt etmek zordur. Burada atipik lokalizasyonlu bir bronkojenik kist olgusunun sunulması amaçlanmıştır. Olgumuz 55 yaşında erkek. Nedeni bilinmeyen ateş, kilo kaybı, şuur bulanıklığı nedeniyle tetkik edilen hastanın fizik muayenesinde ara ara olan şuur bulanıklığı dışında özellik saptanmadı. Hemogramı normal sınırlardaydı. Biyokimyasal sodyum 118 mmeq/L, potasyum 4,6 mmeq/L, eritrosit sedimentasyon hızı 8 mm/saat, CRP 3 mg/dl saptandı. TSH 0,88 µIU/mL, serbest T4 20,4 pmol/L, sabah kortizol düzeyi 15 mg/dl bulundu. 24 saatlik idrarda sodyum atılımı 320 mmol, eş zamanlı idrar ozmolalitesi 884 mOsm/kg, serum ozmolalitesi 265 mOsm/kg saptandı. Uyumsuz ADH tanısı konan hastada etyoloji ortaya konulamadı. Ateşe yönelik yapılan kan kültürü, kranial BT, BOS incelemesi ve kemik iliği biyopsisinde özellik saptanmadı. Son 1 yılda 7 kg kaybı olan hastanın üst GİS endoskopisinde mideye dıştan bası yapan lezyon saptandı. Kontrastlı toraks BT incelemede solda retroperitoneal alanda düzgün sınırlı nodüler lezyon görüldü. Batın MR'da 5 cm boyutlarında yağ baskılı sekansta hiperintens özellikte düzgün konturlu kitle lezyon izlendi. Nedeni bilinmeyen ateş açısından tetkik edilen hasta kitlenin mevcut klinik tablodan sorumlu olabileceği düşüncesiyle opere edildi. Postoperatif dönemde hiponatremi ve ateşi devam etti. Patolojik incelemede duvarında kıvrıkak bulunan silialı kolumnar epitel ile döşeli bronkojenik kist ile uyumlu bulundu. Pozitron emisyon tomografisinde özellik saptanmayan hastada uyumsuz ADH sendromundan sorumlu olabilecek oskarbazepin ve ketyapin kesildi. Takipleri sırasında sodyum değeri 125-130 mmeq/L arasında seyretti. Takibi devam etmek üzere taburcu edildi. YORUM: Bronkojenik kistler, ayrırcı tanılarının tam olarak yapılabilmesi, varsa semptomlarının giderilmesi ve malign dejenerasyon, enfeksiyon gibi komplikasyonların önlenmesi amacıyla cerrahi olarak rezeke edilmelidir. Genellikle mediastinum ve akciğer parankiminde bulunmakla beraber bronkojenik kistlerin retroperitoneal alan gibi atipik bölgelerde yer alabilecekleri unutulmamalıdır.

P261

PİPERASİLİN/TAZOBAKTAMA BAĞLI KEMİK İLİĞİ BASKILANMASI İLE SEYREDEN BİR OLGU SUNUMU

¹Ahmet Ekmekçi, ²Fatih Yakar, ¹Fatih Tufan, ¹Mustafa Demirtürk,

³Atahan Çağatay

¹İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs

Hastalıkları Anabilim Dalı, ³İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

Kemik iliği baskılanması beta-laktam antibiyotiklerin önemli bir istenmeyen etkisidir. Beta-laktam antibiyotiklerin bu komplikasyonu yaklaşık 60 yıldır bilinmektedir. Beta-laktam antibiyotiklerin hemen hepsi bu komplikasyona neden olabilir de, son zamanlarda yapılan çalışmalar, gözleri özellikle piperasilin/tazobaktam (PT) üzerine çevirmiştir. Bu ilaçların kullanım süresi uzadıkça nötropeni görülme olasılığı artmaktadır.

OLGU SUNUMU: Şüpheli lezyon nedeniyle yapılan bronkoskopi sonrası pnömotoraks ve ardından ampiyem gelişen 48 yaşında erkek hastaya Ampisilin-sulbaktam 4x1 gr başlandı. Plevral sıvı kültüründe piperasilin, amikasin duyarlı Pseudomonas aureginosa üreyince tedavi 3x1 g iv PT ve 1x1 g amikasin olarak değiştirildi. Yatışı esnasında lökosit 7600/mm³, Hb 12,2 g/dL, hct %36, trombosit 329000/mm³ idi. Antibiyotik tedavisinin 20. gününde lökosit 1100/mm³, hemoglobin 11,5 g/dL, hematokrit %32, trombosit 60000/mm³ olarak saptandı. Kemik iliği aspirasyonunda kemik iliği baskılanması saptandı. Kemik iliği baskılanmasının PT'ye bağlı olduğu düşünülerek kesildi ve siprofloksasin 400 mg 2x1 ve klindamisin 3x900 mg ile devam edildi. Amikasin kesildi. PT kesildikten kesildikten 1 hafta sonra yapılan kan sayımında lökosit 7000/mm³, nötrofil 4100/mm³, trombosit 180000/mm³ bulundu.

TARTIŞMA: Piperasilin, aminobenzil penisilin derivesi olan ve febril nötropenin ilk basamak tedavisinde kullanılan bir antibiyotiktir. Beta-laktamaz inhibitörü olan tazobaktamla kombine olarak kullanılmaktadır. PT'nin en sık görülen yan etkileri aşırı duyarlılık, diyare, nörotoksikite, hepatotoksikite, elektrolit ve baz dengesizliğidir. Kemik iliği baskılanması, birçok beta-laktam antibiyotikte görülebilen ciddi bir istenmeyen etkidir. PT'nin bu istenmeyen etkiye neden olduğu son zamanlarda bildirilmiştir. Sıklıkla uzun süreli ve yüksek doz PT kullanımı sonucunda oluşur ve ilacın kesilmesi ile geri dönüşümlüdür. Kemik

iliği baskılanması muhtemelen kemik iliğindeki prekürsörlere olan direkt toksisiteye bağlıdır. Hemen her zaman tedavinin 10. gününden sonra görülür. Bizim vakamızda PT tedavisinin 20. gününde nötropeni gelişti. Hastamıza PT 13, 5 gr/gün dozunda verilmişti ve toplam 270 gr (240 gr piperasilin) verilmişti. F. G. Peralta'nın yapmış olduğu bir çalışmada toplam 198 gr altında piperasilin alan hastalarda hiç nötropeni görülmezken, 198-240 gr arasında alanlarda %33, 240-324 gr arasında alanlarda %40 ve 324-612 gr arasında alanlarda %66, 7 oranında nötropeni görülmüştür. Klinik pratiğimizde kemik iliği baskılanması gibi ciddi komplikasyonlardan korunmak için antibiyotik seçimi ve tedavi süresini iyi belirlemeliyiz. Uzun süreli PT tedavisi uyguladığımız hastalarda, özellikle onuncu günden sonra seri kan sayımları yapmalı ve ateş ve döküntü gibi öcnül belirtiler açısından hastayı yakından izlemeliyiz. Eğer klinik ve laboratuvar olarak iyileşme gözleniyorsa mümkün olan en kısa sürede tedaviyi kesmeye çalışmalıyız.

P262

JENERALİZE EPILEPTİK ATAĞ İLE SEYREDEN ATİPİK ÇÖLYAK HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

Semih Kaplan, Meral Uluköylü, Güven Yılmaz, Meryem Can, Şerife Nur Boysan, Refik Demirtunç

Haydarpaşa Numune Hastanesi

GİRİŞ: Çölyak hastalığı, incebarsağın kronik otoimmün bir hastalığıdır. İncebarsak mukozasının glutene karşı immün reaksiyon göstermesi sonucu malabsorbsiyon ve buna ikincil olarak klinik bulguların ortaya çıkmasıyla karakterizedir. Tipik olarak diyare, kilo kaybı ve yorgunluk semptomlarıyla ortaya çıkar. Atipik çölyak hastalığı ise anemi, osteoporoz, nörolojik semptomlar ve büyüme-gelişme geriliği gibi ekstraintestinal semptomlarla seyreder.

OLGU SUNUMU: Onyediy yaşında bayan hasta 4 yıldır aralıklarla süren bulantı, kusma, ishal, kilo kaybı ve büyüme-gelişme geriliği şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde 9 yıl önce kan transfüzyonu öyküsü mevcut. Fizik muayenesinde; boy: 1.33 m, kilo: 23.8 kg, BMI: 13.5 (18, 5-24.9) ve sekonder seks karakterleri gelişmemişti. Konjonktivalar soluk, dilde papillalar silinmiş ve batında asit mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde, Hct: %22.40, MCV: 63 fl, Demir: 9 µg/dL (43-184), TDBK: 38 µg/dL (165-425), Tprotein: 3.8 g/dL (6-8.3), Albumin: 1.5 g/dL (3.5-5), Potasyum: 2.7 mEq/L (3.1-5.1), düzeltilmiş kalsiyum: 7.9 mg/dL (8.4-10.6), Fosfor: 1.3 mg/dL (3-6.4), LDH: 605 U/L (<250), AST: 54 U/L (<22), ALT: 49 U/L (<32), T.kolesterol: 73 mg/dL (110-200), INR: 7.4, 25-OH D vit: 23.5 ng/ml (20-120 ng/ml), FSH: 2.33 mIU/mL (3.85-8.78), LH: 1.53 mIU/mL (8.12-10.89). Gaita sindirim testleri, GGK ve kist, trofozoit incelemesi negatifti. Abdominopelvik USG' de grade 2 hepatosteatoz, batin içi masif sıvı, bilateral over ve uterus boyutları azalmış olarak tespit edildi. Yatışının 6. gününde jeneralize epileptik nöbet geçiren hastanın çekilen Beyin BT' de bilateral sentrum semiovale ve corana radiata düzeylerinde periventriküler ak maddede dansite azalması saptandı. Çölyak hastalığı açısından hastanın Anti-gliadin ve Anti-endomysium antikor sonuçları pozitif geldi [Anti-endomysium IgA: >100 U/mL (<15), Anti-gliadin IgA: 28 (<23), Anti-gliadin IgG: 42 (<28)]. Üst GİS endoskopisi yapıldı, duodenum 2.kıta mukozası atrofik görünümdeydi, alınan biyopsilerin patolojisi ağır derecede villus hasarı ve histopatolojik bulgular çölyak hastalığıyla uyumlu bulundu. Çekilen sağ direk grafinden osseöz yaş 13 yaş ile uyumlu geldi. Çölyak hastalığı tanısı konulan hastaya glutensiz diyet ve parenteral destek tedavisi başlandı. Glutensiz diyet başlandıktan sonra klinik ve laboratuvar değerlerinde düzelmeye görüldü.

SONUÇ: Çölyak hastalığı kronik diyare, kilo kaybı ve abdominal distansiyon gibi malabsorbsiyonun neden olduğu semptomlarla seyredebilir. Bazen de atipik semptomlar görülebilir veya asemptomatik seyretebilir. Diğer taraftan çölyak hastalığında incebarsak adenokarsinomu veya lenfomasi gelişme riski artmıştır.

Bizim hastamızda tipik semptomlarla birlikte atipik bulgulardan büyüme gelişme geriliği, klinik ve radyolojik olarak osteoporoz ve çok nadir rastlanan nörolojik bulgulardan jeneralize epileptik nöbet mevcuttu. Bu hastalarda nörolojik semptomların nedeni hala tartışmalı olup kesin bir nedene bağlanamamıştır. Hastamızın tanısını koyup glutensiz diyetle geçitken sonra klinik ve laboratuvar değerlerinde düzelmeye görülmüştür. Büyüme- gelişme geriliği açısından halen kliniğimiz tarafından takip edilmektedir.

Sonuç olarak jeneralize epileptik atak geçiren hastalarda etiyolojide atipik çölyak hastalığı da düşünülmelidir.

P263

PROBİYOTİKLERİN CLOSTRIDIUM DIFFICILE KOLİTİ ÜZERİNE ETKİSİ

¹Hakan Cinemre, ¹Cemil Bilir, ¹Mustafa Çalışkan, ¹Feyzi Gökosmanoğlu, ²İdris Şahin, ²M. Tevfik Yavuz

¹Düzce Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Düzce Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Antibiyotikler yaygın kullanımı alanları olan ilaçlar olup istenen etkileri kadar bir çok yan etkiyede sahiptirler. Antibiyotiğe bağlı ishale (ABI) bunların başında gelen etkilere olup özellikle yatan hastalarda %26 -60 sıklıkla görülüp yaşlılarda mortalite ve morbidite sorunlarına yol açmaktadır. ABI lerin önemli bir kısmını (%25) clostridium difficile koliti oluşturmaktadır. Amerika da yılda 3 milyon C.diff koliti oluşmakta ve bunların %10 nunda 2-7 gün ilave hastane yatışı ve yıllık 2 milyar YTL ye mal olmaktadır. Bu sebeple bir çok araştırma antibiyotiğe bağlı ishalleri önlemek için yapılmakta ve doğal ajanlardan faydalanılmaktadır. Biz burada; ekme mayasındaki S.cerevisiae ve yoğurt (lactobacillus) un batı diyetiyle karşılaştırılmasını araştırdık.

METOD: Yeni doğmuş 22 adet Rat seçilerek 3 gruba ayrıldı. 1.gruba (n: 8) batı diyeti, 2.gruba (n: 7) normal diyet ve yoğurt, 3.gruba (n: 7) normal diyet ve ekme mayası verildi. Yoğurt (lactobacillus) ve ekme mayası (S.cerevisiae) hergün eşit dozda orogastrik (og) yolla verildi. Rat'lara og ile klindamisin 30mg/kg dozda verildi ve ABI gelişen ratların gaitalarında c.diff toksini bakıldı. Takiben ratlara 30mg/kg dozda sc klindamisin yapılarak orogastrik yolla C. Diff suşları 10^{4.5} yoğunlukta verildi ve takip edildiler.

SONUÇ: Antibiyotiğe bağlı c.diff koliti gelişimi ve probiyotiklerin etkinliği için planlanan çalışmamızda batı diyeti alan ratların 4 tanesinde (%50) ilk 7 gün içinde diyare gelişti, yoğurt ve ekme mayası alan gruplarda birer ratta (%17) diyare gelişti ve bunlarda diyare gelişimi daha geç dönemdedi (7.günde). Ancak tüm diyare gelişen ratların bakılan gaitalarında c.diff toksini negatifti. Probiyotikler antibiyotiğe bağlı ishal gelişimi üzerine etkili olmakla beraber C.diff koliti üzerine de en koruyucu olanda yoğurttu. Ayrıca ratlar da antibiyotiğe bağlı spontan c.diff koliti gerçekleştirilemedi. Takiben yapılan c.diff suş uygulamasından sonra her 3 grupta da ishal gelişmedi, 27 gün sonunda sakrifiye edilen ve çekumlarından yapılan anaerop kültür sonuçlarında ise c.diff kolonizasyonu en çok maya alan, en az da yoğurt alan grupta tespit edildi.

TARTIŞMA: Probiyotiklerin doğal barsak florasını koruyucu, antibiyotik veya diğer bir çok ilaca bağlı bozulmuş floranı da iyileştirici etkileri vardır. Etkinlikleri halen araştırılmakta olup etki mekanizmaları bugün için tam olarak çözülememekle birlikte olası üç patoloji üzerinde durulmaktadır. Bunlar; patojen mikro organizmaların barsak duvarına bağlanmalarını engellemek, intestinal bariyeri güçlendirmek ve immün sistem modülasyonu dur. Her ne kadar tartışmalı sonuçlarda çıkış probiyotiklerin antibiyotiğe bağlı ishal-lerden başka ulseratif kolit, Crohn hastalığı, infeksiyöz diyare, inflamatuvar barsak hastalığında da etkin ve verilen medikal tedaviye ek katkı sağladığı gösterilmiştir. Bizim çalışmamız da; Klinik olarak probiyotikler antibiyotiğe bağlı ishal gelişimini kontrol grubuna göre azalttığı ve geciktirdiği gösterilmiştir.

P264

İYATROJENİK HEMOKROMATOZİS: OLGU SUNUMU

Feyzi Gökosmanoğlu, Hakan Cinemre, Cemil Bilir

Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Hemokromatozis karaciğer, pankreas, kalp, eklemler ve hipofiz gibi çeşitli organlarda aşırı demir birikimi sonucu organ hasarı ve disfonksiyonuna yol açan metabolik bir hastalıktır. Demirin aşırı birikimi herediter olabildiği gibi talasemi, sideroblastik anemi gibi hastalıkların tedavisi için fazla miktarda kan transfüzyonu yapılması ya da demir bileşiklerinin genellikle yanlış teşhis ya da yetersiz takip sonucu aşırı kullanımına bağlı olarak gelişir.

45 yaşında kadın hasta halsizlik, yorgunluk, son zamanlarda eklemlerinde ve karında hafif ağrı gelişmesi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Olgumuzun özgeçmişinde, çocukluğundan beri benzer şikayetleri oluyormuş, gebelik ve mens dönemlerinde şikayetlerinde artış olması nedeniyle daha önceleri birinci ve ikinci basamak sağlık merkezlerine her yıl en az bir defa müracaat etmiş. Hastaya her defasında kansızlık olduğu söylenerek demir ilaçları (oral ve bazen de parenteral) verilmiş ve bu ilaçların 3-4 ay kullanması gerektiği anlatılmış. Ancak olgumuzun klinik bulgularının düzeltilmesi nedeniyle düzenli olarak aynı hekime müracaat etmemiş. Hastamızın FM; genel durumu iyi, bilinç açık, koopere. Vital bulgular stabil, BMI: 27.1 kg/m², konjunktivada hafif solukluk dışında fizik muayenede başka önemli bir bulgu yoktu. Laboratuvar bulguları: WBC: 10.400 mm³, PNL: %65, Lenfosit: %32, RBC: 6.160.000 mm³, Hgb: 10.8 gr/dl, Htc: 35.2, MCV: 62.2fL, Trombosit: 322.000 mm³, Sedimentasyon 17 mm/saat, Glukoz: 110 mg/dl, Kreatinin: 0.7 mg/dl, ALT: 52U/L, AST: 60 U/L, LDH: 510 U/L, Serum demir: 189 ug/dl, TIBC: 242 ug/dl, Transferin saturasyonu: %78.09, Ferritin: 457 ng/mL idi. Periferik yayma; hipokrom mikrositer eritrositler, nadir target hücreleri, bazofilik noktalanma görüldü. Hemogloblin elektroforezinde; Hb F: %6.3, Hb A2: %6.06, Hb S: %0, HbA: %90.4 olarak geldi. Bu bulgular eşliğinde olguya β- talasemi taşıyıcılığı tanısı konuldu. Abdominal USG; karaciğer ekojenitesinde minimal artış ve dalak büyüklüğü üst sınırdı idi, diğer organlar doğal olarak değerlendirildi. Kontrastsız BT kesitlerinde karaciğer dansitesinin diffüz olarak arttığı, dalakta ise minimal dansite artışı izlendi. Hemokromatoz ile ilişkili HFE mutasyonu negatif, hepatit markırları ve otoimmün hepatik panel negatif, serum alfa1-glikoprotein normal sınırlarda idi. Bu bulgular eşliğinde olguda, talasemi taşıyıcılığı demir eksikliği anemisi ile karıştırılarak uzun yıllar özellikle oral ve nadir olarak da parenteral demir verilmesine bağlı gelişen iyatrojenik hemokromatoz olduğu düşünüldü.

Sonuç olarak talasemi taşıyıcılığının demir eksikliği anemisi ile karışabileceği bir kez daha hatırlanmalıdır. Bu nedenle özellikle kalıtsal kan hastalıkları taşıyıcılarının yoğun olduğu yörelerde; toplumun eğitilmesi, bilgilendirilmesi, muhtemel taşıyıcıların ortaya çıkarılması, genetik danışmanlık ve prenatal tanının birlikte uygulanması ile hastalıklı bireylerin dünyaya gelmelerini önleyecek tedbirlerin alınması düşünülmelidir. Anemilerin tanısı ve etiyolojik nedenleri tesbit edilmeden tedavi verilmemelidir.

P265

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALI HASTALARDA KANAMA NEDENLERİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Berrin Çamur, Asyın Halaçoğlu, Dilek Tüzün, Gökhan Kabaçam, T. Tanju Yılmaz, O. Deniz Aydın, Murat Suher

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Gastrointestinal sistem (GİS) hastalıkları arasında üst GİS kanamaları, hastaneye yatırılma başlıca sebeplerden biridir. Kanamaların yaklaşık %50'sini peptik ülser hastalığına bağlıdır. Bu çalışmada üst GİS kanamalı olanlarda kanama nedenlerini ve risk faktörlerini belirlemeye amaçladık

YÖNTEM: Kasım 2001 – Ağustos 2005 tarihleri arasında İç Hastalıkları polikliniği, kliniği ve acil serviste değerlendirilen, üst GİS kanamalı 82 hasta çalışmaya alındı. Hastalar yaşına, cinsiyetine, memleketine, meslek, başvuru şekline, kanamanın etiyolojisine, kullandığı ilaçlara, alışkanlıklarına, kronik hastalıklarına, mevsimsel değişikliklere, vital bulgularına, rockall risk skoruna, hastanede yatış süresine, endoskopi sonuçlarına göre değerlendirildi.

BULGULAR: İncelenen 82 hastanın 25'i kadın, 57'si erkekti, yaş ortalamaları 54.6±18.1 idi. Endoskopi yapılan olgu sayısı 55 iken yapılamayan 27 olgu idi; yapılamayanlar endoskopiye tolere edemeyenlerdi. Olguların meslek dağılımında ev hanımlarında %28 ve emeklilerde %22 oluşu dikkat çekiciydi. Sonbahar mevsimi %39 ile 1. sırada, yaz ise %29.3 ile 2. sırada yer aldı. Olguların %73.2'si ilk kez kanama geçirirken; ikinci kez kanama geçirenler %22 idi. Komorbid hastalık oranı %91.46 idi. Bunlardan aterosklerotik kalp hastalığı %39, hipertansiyon %30.5, kronik obstrüktif akciğer hastalığı %14.6, diyabetes mellitus %13.4, kronik böbrek yetmezliği %11, demans %4.9 oranında mevcut idi. Başvuru şikayeti; olguların %93.9'unda dispepsi, %7.3'ünde açlık ve %12.2'sinde oruç hali idi. Sigara kullanan %30.5, NSAİ %31.7, aspirin %37.8, steroid %6.1 ve warfarin alan %4.9 idi. Olguların %28'inde tilt testi pozitif ve şok indeksi >1 idi. Kan grupları incelendiğinde; O Rh+ ve A Rh+ hastaların %36.6'sı oranla en fazla olduğu gözlemlendi. Endoskopide, %74.5 duodenit, %58.2 eroziv gastrit, %50.9 duodenal ülser, %20 gastrik ülser, %3.6 özofagus varisi, %3.6 anjiodisplazi, %1.8 neoplazi ve %1.8 stoma ülseri belirlendi. Çalışmamızda mortalite oranı %2.4 idi. Olgular, Rockall skoruna göre değerlendirildiğinde, hastanede kalış süreleri açısından anlamlı farklılık görülmedi (p>0, 05). Transfüzyon sayısı ile Rockall skoru arasındaki korelasyon incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; r=0,221 olan pozitif yönlü bir korelasyon görüldü (p>0, 05).

SONUÇ: Üst GİS kanama en sık görülen tıbbi acilerden birisidir. Hastanede mortalitenin %5 ile %15 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Bizim çalışmamızda bu oran %2.4 idi. Bu nedenle üst GİS kanamalı hastaların etiyolojileri iyi belirlenmeli ve hastalar yaşamsal tehlike nedeniyle dikkatle izlenmelidir. Saptanan risk faktörleri ortadan kaldırılmalı, halkımıza gerekli eğitim verilmelidir.

P266**TEDAVİYE YANITSIZ OSTEOPOROZLA PREZENET OLAN PRİMER BİLİER SİROZ VAKASI**

Dilek Tüzün, Gökhan Kabaçam, Burcu Okur, T. Tanju Yılmaz, O. Deniz Aydın, Murat Suher

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Primer biliyer siroz, intrahepatik biliyer sistemde non-supuratif destrüksiyon yoluyla kolestatik tipte karaciğer fonksiyon bozukluğuna yol açan, fibrozis ve siroza kadar ilerleyebilen kronik bir hastalıktır. Bu hastalarda atipik bir başvuru şekli olan; tedaviye dirençli osteoporoz nedeniyle olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

OLGU SUNUMU: Yaygın kemik ağrısı ve halsizlik şikayetleri olan 53 yaşında bayan hasta kliniğe kabul edildi. 4 yıl önce menopoza giren ve osteoporoz tanısı konulan hastanın aynı dönemde yapılan tetkiklerinde hipotiroidizminin de olduğu söylenerek L-tiroksin tedavisi ile beraber osteoporoz tedavisi başlanmış. 3 yıl sonunda bu tedavisi kesilen hastanın şikayetlerinde herhangi bir düzelmeye olmamış. Fizik muayenesinde boyu 1.56m, vücut ağırlığı 52 kg idi. Kan basıncı değeri 120/80 mmHg idi. Bunun dışında muayenesi doğaldı. Yapılan laboratuvar incelemesinde; ALT: 56 U/L, AST: 47 U/L, ALP: 337 U/L, GGt: 2370 U/L, total bilirubin: 0, 4 mg/dl, direkt bilirubin: 0, 1mg/dl, Albumin: 3, 3 globulin: 3, 7 serbest T3: 3, 69 pg/ml, serbest T4: 1,23 ng/dl, TSH: 7,14 uIU/ml, 25 dihidroksi vit D: 9, 8 mcg/l idi. PT: 12, 5sn PTT: 34,5 sn, INR: 1, 1 idi. Tiroid ultrasonografisinde tiroitit ile uyumlu bulgular saptandı. Karaciğer fonksiyon testlerindeki yüksekliği yönelik yapılan tetkiklerinde; viral hepatit markerları negatifti. ANA: (+), AMA: 106, 8 (0-10), AMA-M2: (+) iken anti LKM-1 ve SMA antikorları negatifti. ALP L1 karaciğer izoenzimleri (%75,5, N: %18-72), ALP L2 karaciğer izoenzimleri (%16,3, N: %1-14), total IgM: 4,72g/l yüksek saptandı. Tüm batin ultrasonografisi ve portal venöz doppler incelemesi normal olarak geldi. Yapılan üst GİS endoskopisinde prepiplik antrumda 0,5cm çaplı ülser dışında patoloji saptanmadı. Alınan endoskopik biyopsi sonucu kronik atrofik gastrit olarak geldi. Hastanın D vitamini eksikliği açıklayacak kapalı giyim tarzı, beslenme bozukluğu gibi risk faktörleri yoktu. KMD: L1-L4 T skoru: -3, 07 Total femur Tskor: -2,34 idi. Mevcut bulgularla karaciğer biyopsisi yapıldı ve sonucunda evre 2 Primer Biliyer Siroz saptandı. Hastaya toplam 750 mg/gün ursodeoksikolik asit, aktif D vitamini 0,25µg L-tiroksin 100mcg tb 1X1 tedavisi başlanarak, takibe alındı.

TARTIŞMA: Primer biliyer siroz sık görülmemekle birlikte, nadir olmayan bir hastalıktır. Hastamızın başvurusunda PBS'li hastalarda görülmeye beklenen kolestaza veya siroza bağlı belirtiler yokken, özgün olmayan bir halsizlik ve kemik ağrısı gibi şikayetleri olması dikkat çekiciydi. İleri tetkikler sırasında saptanan osteoporozun, 3 yıllık etkin bifosfanat tedavisine rağmen iyileşmemesinin nedeninin de yetersiz replase edilen vitamin D eksikliği olduğu düşünüldü. PBS'li hastalarda, hastalığın klasik semptomlarından farklı olarak görülebilecek, bu tarz durumların gözden geçirilmesi ve tedaviye iyi yanıt vermeyen osteoporozlu hastalara da tedavi başlamadan önce sekonder nedenlerin titizlikle gözden geçirilip, tedaviye o şekilde başlanması gereklidir.

P267**PARASETAMOL SANILDIĞI KADAR MASUM MU?**

Gökhan Pektaş, Dilek Tüzün, Gökhan Kabaçam, T. Tanju Yılmaz, O. Deniz Aydın, Murat Suher

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: İlaç reaksiyonları genellikle idiosinkratik olup, en önemli patoloji yaygın nekroz ve hepatosit vezikülasyonudur. İlaçlar karaciğerde patolojiyi ya direk, ya da metabolitleri aracılığı ile yaparlar. Fulminan Karaciğer Yetmezliği (FKY), oldukça dramatik bir tablo ile seyreden, nispeten kısa bir zaman aralığı içinde gelişen ve mortalitesi yüksek olan bir hastalıktır. Parasetamol FKY'ne yol açan ilaçların başında gelmektedir. Biz de parasetamole bağlı olduğunu düşündüğümüz karaciğer yetmezliği olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU: 20 yaşındaki kadın hasta, suisid amaçlı ilaç alımı ön tanısıyla Acil Polikliniğine kabul edildi. Hastanın, başvurudan yaklaşık 24 saat önce, suisid amacıyla; Feniramidol 400 mg-20 adet, Hiyo-sin-N-metilbromür 10 mg-20 adet, Parasetamol 500 mg-24 adet aldığı öğrenildi. Öz geçmişi ilksu isid girişimi olduğu, 40 gün önce normal spontan vajinal yolla doğum yaptığı, doğum sonrasında herhangi bir sağlık sorunu yaşamadığı öğrenildi. Sigara, alkol veya madde kullanımı yoktu. Muayenesinde genel durumu orta, bilinci açık, koopere ve oriente idi. Boy: 1,57 m, vücut ağırlığı: 47 kg olan hastanın vücut sıcaklığı 36°C, nabızı 90 atım/dakika ve kan basıncı 90/50 mmHg olarak ölçüldü. Fizik muayenesinde, gebeliğe bağlı olarak ortaya çıkan karın cildi striaları dışında patolojik bulgu saptanmadı. Hb: 11,9 g/dl, Bk: 18000/mm³, Plt: 367000/mm³ olarak ölçüldü. Açlık kan şekeri: 95 mg/dl, üre: 29 mg/dl, kreatinin: 0,8 mg/dl, Na: 139 mmol/l, K: 3,9 mmol/l, ALT: 1252U/l, AST: 1233U/l, ALP: 162 U/l, GGT: 19 µl/l, LDH: 898µl/l, total protein: 6,3 g/dl, albumin: 3,7 g/dl, total bilirubin: 2,4mg/dl, direkt bilirubin: 1,8 mg/dl, kreatin kinaz: 735U/L olarak geldi. HBsAg (-), anti-HCV: (-), anti-HIV: (-), PTT: 45,6, PT: 60,5, INR: 6,1 idi. Yapılan tüm batin ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Parasetamol intoksikasyonu tanısı konulan hastaya N-asetilsistein yükleme ve idame tedavisi başlandı. Tedavinin ikinci gününde AST: 5898, ALT: 4741'e kadar yükseldi. Amonyak düzeyi: 79mg/dl (11-32) olarak geldi. Hiperamonyemi nedeniyle L-ornitin-L-aspartat tedavisi başlandı. Tedavinin dördüncü gününde kanama profili testleri tekrarlanan hastada INR yüksekliği saptandı. Bu nedenle, hastaya üç gün boyunca K vitamini replasmanı yapıldı. Hastanedeki 7. gününde karaciğer fonksiyon değerleri, amonyak ve INR düzeyleri normale dönen hastanın ilaç tedavisi kesildi.

TARTIŞMA: Parasetamol analjezik ve antipiretik olarak yaygın olarak kullanılmaktadır. Toksik ve letal dozu kişiden kişiye değişmektedir. Genel olarak 140mg/kg toksik doz olarak kabul görmektedir. Hepatotoksik etki ilaç alınımından 1-2 gün sonra ortaya çıkar. Sadece transaminazların yükselmesi olabileceği gibi karaciğer nekrozu ve hepatik komaya ilerleyen ciddi durumlar da görülebilir. Bu nedenle hastaların karaciğer fonksiyon testleri izlenmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.

P268**ALKOLE BAĞLI OLMAYAN KARACİĞER YAĞLANMASINI BELİRLEYEN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER**

¹Bahadır Ceylan, ²Aydın Mazlum, ³Gürhan Şişman, ⁴Şule Ceylan, ⁵Hurşit Soyer

¹S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, ²Atlas Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, ³S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, ⁴Marmara Üniversitesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı, ⁵Nisa Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı alkolle bağlı olmayan karaciğer yağlanması varlığını belirleyen bağımsız değişkenleri incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışmada ocak 2005 ile ocak 2006 tarihleri arasında genel sağlık kontrolü amacıyla polikliniğimize başvuran 126 sağlıklı erişkin hastanın dosya bilgileri geriye dönük olarak incelendi. Olguların çalışmaya alınabilmesi için şu kriterler dikkate alındı: 1-Daha önceden bilinen bir hastalığı olmamalı. 2-Son üç ayda herhangi bir sebeple ilaç kullanımı olmamalı. 3-Alkol kullanımı olmamalı. 4-Sigara içmiyor olmalı. Çalışmaya alınan hastalar ultrasonografi bulgularına göre karaciğer yağlanması olan ve olmayan hastalar olarak iki gruba ayrıldı. Her iki grup arasında yaş, cinsiyet, bel çevresi yüksekliği, vücut kitle indeksi (VKI) yüksekliği, hiperglisemi, total kolesterol yüksekliği, hipertrigliseridemi, HDL (yüksek dansiteli lipoprotein) kolesterol yüksekliği, LDL (düşük dansiteli lipoprotein) kolesterol yüksekliği, VLDL (çok düşük dansiteli lipoprotein) kolesterol yüksekliği, CRP yüksekliği, sedimentasyon yüksekliği ve kan lökosit sayısında yükseklik açısından fark olup olmadığı incelendi. İstatistiksel analiz yapılırken SPSS 10,0 programı kullanıldı. Değerler ortalama ± standart sapma olarak bildirildi. P değeri 0,05' den küçükse istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. İki grup arasında yaş, cinsiyet, bel çevresi yüksekliği, BMI yüksekliği, hiperglisemi, total kolesterol yüksekliği, hipertrigliseridemi, HDL kolesterol yüksekliği, LDL kolesterol yüksekliği, VLDL kolesterol yüksekliği, hs-CRP yüksekliği, sedimentasyon yüksekliği ve kan lökosit sayısı yüksekliği açısından fark olup olmadığı χ-2 (Chi-squared) testi ile değerlendirildi. Karaciğer yağlanması oluşmasına etki eden bağımsız risk faktörlerinin analizi için çok basamaklı lojistik regresyon analizi kullanıldı.

BULGULAR: Karaciğer yağlanması olan ve olmayan hastaların özellikleri tablo1'd e özetlenmiştir. Karaciğer yağlanması olan grupta yağlanma olmayana göre erkek cinsiyet (p= 0,008), vücut-kitle oranı yüksekliği (p= 0,000), bel-kalça oranı yüksekliği (p= 0,037), hipertrigliseridemi (p= 0,000), CRP yüksekliği (p= 0,048) ve ALT yüksekliği (p= 0,002) daha fazlaydı. Karaciğer yağlanması olan ve olmayan gruplar arasında hiperglisemi varlığı, total kolesterol yüksekliği, HDL kolesterol yüksekliği, AST yüksekliği, GGT yüksekliği, ALP yüksekliği, lökosit yüksekliği ve bir saatlik sedimentasyon hızı yüksekliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Lojistik regresyon analizinde karaciğer yağlanması varlığını belirleyen bağımsız değişkenler olarak VKI, bel çevresi, cinsiyet ve hipertrigliseridemi varlığı bulundu (Tablo 2).

SONUÇ: Bu çalışmada alkolle bağlı olmayan karaciğer yağlanmasını belirleyen bağımsız değişkenler olarak VKI, bel çevresi, serum trigliserid düzeyi ve cinsiyet bulunmuştur.

Tablo 1.

	Karaciğer yağlanması olmayan hastalar	Karaciğer yağlanması olan hastalar	p
Yaş	43,10 ± 12,04	45,39 ± 10,48	0,178
Cinsiyet (erkek/kadın)	18/39	37/30	0,008*
VKI yüksekliği	37 (%36,3)	65 (%63,7)	0,000*
Hiperglisemi	9 (%33,3)	18 (%66,7)	0,136
Hiperkolesterolemi	5 (%38,5)	8 (%61,5)	0,612
Hipertrigliseridemi	13 (%25,5)	38 (%75,5)	0,000*
HDL yüksekliği	3 (%20)	12 (%80)	0,092
VLDL yüksekliği	27 (%39,7)	41 (%60,3)	0,000*
CRP yüksekliği	6 (%27,3)	16 (%72,7)	0,048*
Sedimentasyon	9 (%40,9)	13 (%59,1)	0,573
Lökosit yüksekliği	0 (%0)	2 (%100)	0,496
Bel çevresi yüksekliği	18 (%23,1)	60 (%76,9)	0,000*
AST yüksekliği	37 (%43)	49 (%57)	0,193
ALT yüksekliği	6 (%20,7)	23 (%79,3)	0,002*
ALP yüksekliği	4 (%80)	1 (%20)	0,321
GGT	0 (%0)	0 (%0)	

Tablo 2.

	B	Standart hata	Odds oranı	p	%95 güvenlik sınırı-alt sınır	%95 güvenlik sınırı-üst sınır
Vücut kitle indeksi yüksekliği	-2,086	0,696	0,124	0,003	0,032	0,486
Hipertrigliseridemi	-0,957	0,394	0,384	0,015	0,177	0,831
Bel çevresi yüksekliği	-1,825	0,511	0,161	0,000	0,059	0,439
Cinsiyet	-1,950	0,499	0,142	0,000	0,054	0,378
Sabit değer	0,348	0,154	1,417	0,024		

P269

RABDOMYOLİZ İLE PREZENTE OLAN CROHN HASTALIĞI

İdris Ince, Mehtap Navdar Başaran, Evrim Akşanlı, Ümit Üre, İsmail Cengiz, Ayşegül Zobi, A. Kadir Ergen, A. Baki Kumbasar

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği

ÖZET: Crohn hastalığı gastrointestinal sistemi, segmenter tarzda, transmural olarak tutabilen, remisyonlar ve alevlenmelerle seyreden, kronik, inflammatuar bir hastalıktır. Rabdomyoliz, iskelet kasının hasarı sonucunda myoglobin gibi myozit içeriklerinin plazmaya salınmasıyla karakterize bir sendromdur. Literatürde Crohn hastalığında rabdomyoliz ile prezentasyon nadir görüldüğünden sunmayı uygun bulduk.

OLGU: 55 yaşında erkek hasta, 3 ay önce karın ağrısı, kronik ishal, kilo kaybı yakınmaları ile tetkik edilmiştir. Hastanın üst gastrointestinal antral gastrit-bulbit ve kolonoskopi de dolikolon ve sağ flexuraya kadar normal kolonoskopi bulguları saptanmıştır. Enteroklizis incelemesi planlanarak taburcu edilen hasta halsizlik, güçsüzlük, yürüyememe şikayeti ile başvurdu. İlaç kullanımı anamnezi olmayan hastanın fizik muayenede pretibial ödem, çomak parmak, tüm ekstremitelerinde 2/5 kas gücü tesbit edildi. Tetkiklerinde Üre: 80, Kreatinin: 2.2, Ürik asit: 4.3, Ca: 6.6, Pi: 3.8, K: 1.8, Na: 143, ALT: 133, AST: 485, CK: 15717, CK-MB: 161, LDH: 1579, T.Protein: 4.4, Albumin: 2.1, Globulin: 2.3, TSH: 0.431, fT4: 1.5, WBC: 8500, Hgb: 11.5, Hct: 32.5, Plt: 297000, Sedimentasyon: 39, CRP: 51, Fe: 16, DBK: 114, Ferritin: 240, B12: 182 idi. Batın USG de sol böbrek de en büyüğü 10.5 mm çapında olan birkaç adet kalkül ve sağ alt kadranda barsak duvar kalınlığı artmış izlendi. İnce bağırsakların Enteroklizis incelemesinde ileal ans cidarlarında ödeme bağlı thumid printing izlenmiştir. İzlenen MR kesitlerinde patolojik duvar kalınlaşması saptanmıştır. Distal ve terminal ileum mukozal paterninde lineer ve transvers ülserasyonlar ve psödotipik mevcuttur. İleocekal valv ileri derecede hipertrofik görünümdedir. Çekum spastik dolum göstermektedir ve haustasyonu siliktir. Radyolojik bulgular tüm ileal segmentleri tutan aktif bir inflammatuar süreci ve ilk planda Crohn hastalığını düşündürmektedir. Hastaya mevcut bulgularla Rabdomyoliz + Crohn hastalığı tanısı konuldu. Hastaya Mesalazin 500 mg tb 3x2, Metilprednizolon 16 mg tb total 40 mg, Pantoprazole tb 1x1, Siprofloksasin 500 mg tb 2x1, Metronidazole 500mg tb 2x1, i.v hidrasyon ve replasman tedavisi yapıldı. Kliniği ve laboratuvar bulguları düzelen hasta remisyonda takiplerine devam etmektedir.

TARTIŞMA: Crohn hastalığının tanısı, bağırsaktaki karakteristik ülserasyonların varlığı ve diğer olası tanıların ekarte edilmesi ile konur. Hastamızın enteroklizis incelemesinde tipik lezyonlar görülmüştür. Crohn hastalığı 1) İnflammatuar tip, 2) Striktüre yol açan tip, 3) Fistülizan tip olarak üç klinik tipe ayrılır. Hastamız da inflammatuar tip tespit edilmiştir. Rabdomyoliz tanısı serum CK seviyesinin 5 katın üzerine çıkması, diğer kas enzimlerinde artış olması, myoglobiniüri ile konur. Vakamız da rabdomyoliz nedeni olarak Crohn hastalığına bağlı kronik ishallerin sebep olduğu hipokalemi düşünülmüştür. Tabloya vakamız da olduğu gibi renal yetmezlik tablosunun eşlik edebileceği unutulmamalıdır.

P270

TEDAVİ EDİCİ DOZDA PARASETAMOL KULLANAN VE PARASETAMOL HEPATOTOKSİSİTESİ İÇİN BESİN ALIMINDA AZALMA DIŞINDA BİLİLEN BİR RISK FAKTÖRÜ OLMAYAN BİR OLGUDA GELİŞEN PARASETAMOL HEPATOTOKSİSİTESİ

¹Aydın Mazlum, ²Bahadır Ceylan, ³Gürhan Şişman

¹Atlas Hastanesi İç Hastalıkları, ²S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, ³S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

Parasetamolün küçük bir kısmının sitokrom P450 2E1 aracılığı ile hepatotoksik metabolitlere dönüştüğü ve bu metabolitlerinde glutatyonla bağlanarak suda çözünür zararsız son ürünlere indirgendiği bilinmektedir. Parasetamolün aşırı dozlarda alınması toksik metabolitlerin fazla miktarda oluşmasına ve karaciğer glutatyonunun kapasitesini aşarak hepatotoksik etkiye neden olur. Alkol ve fenobarbital gibi ilaçlarla sitokrom P450 2E1 enzim sisteminin uyarılması veya alkol gibi etkilere karaciğer glutatyon seviyelerinin azalması parasetamolün tedavi edici dozlarda da hepatotoksik etki gösterebilmesinin nedenidir. Ciddi ateşli hastalıklar ve ağrıya neden olan hastalıklarda bu klinik durumlar aynı zamanda bir süre besin alınımında bozduklarından tedavi edici dozlarda parasetamol verildiğinde bile glutatyon depolarının azalmasına bağlı hepatotoksisite görülebilir.

Bu yazıda parasetamole bağlı hepatotoksisite için besin alımında azalma dışında bir risk faktörü olmayan bir olguda gelişmiş parasetamol hepatotoksisitesi sunulmuştur.

Altmışbir yaşındaki bayan olgu 10 günden beri devam eden halsizlik ve yaygın vücut ağrıları yakınmalarıyla başvurdu. Olgunun baş ağrısı nedeniyle 14 gündür günde 1000-2000 mg dozunda parasetamol kullandığı ve ağrı nedeniyle besin alımında da bir miktar azalma olduğu öğrenildi. Fizik muayenede palpasyonla sağ üst kadrındaki hassasiyet dışında patolojik bulgu yoktu. Nöroloji konsültasyonu sonucunda baş ağrılarının gerilim tipi baş ağrısı olduğu sonucuna ulaşıldı. Biyokimyasal incelemede aspartat transaminaz (AST) 169 U/L (normal: 0-40), alanin transaminaz 936 U/L (normal: 0-42), alkalen fosfataz (ALP) 231 U/L (normal: 98-300), gama glutamil transpeptidaz (GGT) 75,8 Ü/L (normal: 6-50), total bilirubin 0,98 mg/dl (normal: 0,2-1,2), direkt bilirubin 0,33 mg/dl (normal: 0-0,3), protrombin zamanı 12,6 sn (INR: 0,96), total protein 7,5 gr/dl (normal: 6,2-8) ve albumin 4,6 gr/dl (normal: 3,8-5,4) bulundu. Kan sayımında lökosit 6400 /mm³, hematokrit %44 ve trombosit 260000 /mm³ bulundu. Periferik kan yaymasında nötrofil %58,8, lenfosit %28,1, eosinofil %5,8 ve monosit %6,1'di. Sedimentasyon hızı 22 mm/saat ve serum C-reaktif protein düzeyi 1,9 mg/L (normal: 0-8) bulundu. ELISA yöntemiyle HbsAg, anti-HBs, anti-HBc total, anti-HCV ve anti-HAV IgM negatif; anti-HAV IgG pozitif. Batın ultrasonografisi normaldi. Olgu kullandığı parasetamol kesilerek takibe alındı. Transaminaz düzeylerinin 12 günde normal düzeylere indiği görüldü.

SONUÇ: Ciddi ağrıya yol açan ve bu nedenle besin alımını azaltan hastalıkların varlığında parasetamol tedavi edici dozlarda kullanılıyor olsa bile özellikle uzamış kullanım durumunda hepatotoksik etkinin oluşabileceği akılda tutulmalıdır.

P271

AZ MİKTARDA ASİTİ OLAN HASTADA HEPATİK HİDROTORAKS: OLGU SUNUMU

¹Ömer Fatih Ölmez, ²Selim Güler, ¹Yusuf Yılmaz, ¹Nihan Alkış, ³Faik Ersoy

¹Uludağ Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Uludağ Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, ³Uludağ Üniversitesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı

Son dönem karaciğer hastalarındaki tahmini prevalansı %5-10 olan hepatik hidrotoraks, kardiyopulmoner rahatsızlığı olmayan sirotik hastalarda 500ml'den fazla sıvının plevral aralıktaki toplanması olarak tanımlanır. Hastaların %85'inde sağ tarafta, %13'ünde sol tarafta ve %2'sinde bilateral görüldü.

OLGU: Bizim vakamız ağızdan kan gelme ve nefes darlığı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hikayesinde 4 yıl önce hematemez yakınması ile dış merkezde değerlendirilen ve yapılan tetkiklerde HBV'ye bağlı dekompanse inaktif karaciğer sirozu tanısı alan hastanın yaklaşık 1 yıldır nefes darlığı şikayeti başlamış. Ateş yüksekliği ve balgam yakınması olmamış. Dış merkezde değerlendirilen hastaya yapılan tetkiklerde, sağ akciğerde plevral efüzyon saptanmış. Transüda vasfında olan sıvıya yönelik aralıklı (ayda bir) torasentez uygulanmaya başlanmış ve ek tedavi düşünülmemiştir. Say bu şekilde takip edilen hasta kendi isteği ile Ankara dış kapı SSK hastanesine başvurmuş. Burada göğüs tüpü ve 20gün sonra talk uygulanmış. Tedavi başarılı olmamış. Hasta haliyle taburcu edilmiş ve 30 günde bir torasentez işlemine tekrar başlanmış. Son 1 ayda torasentez yaptırma ihtiyacı artan hastaya, dış merkezde torasentez işlemi yapılırken yaklaşık 1lt, kırmızı renkli, pıhtılı hematemez yakınması olmuş. Bunun üzerine hasta stabilize edildikten sonra aynı gün merkezimize ileri tetkik ve tedavi amacı ile yönlendirilmiş. Tarafımızca yapılan fizik muayenesinde genel durumu orta şuur açık olan hastanın ateşi normal sınırlarda idi ve hemodinamik bulguları stabil idi. Solunum muayenesinde sağ hemitoraksta solunum sesleri alınamadı. Muayene ile tespit edilebilen asit saptanmadı. Trabe kapalı değerlendirildi. Çekilen PA akciğer filminde sağ hemitoraksta totale yakın opasite izlendi (Resim 1). Abdominal ultrasonografisinde karaciğerde sirotik patern ile birlikte en kalın yerinde 1cm abdominal mai izlendi. Kanama ile ilgili gerekli tedavi sonrası hidrotoraks etiolojisi için tetkikler yapıldı (Tablo 1). Kardiyopulmoner hastalığı dışlanan hastada hepatik hidrotoraks düşünüldü. Tc99m sülfür ile yapılan sintigrafide abdominoplevral geçiş gösterildi (Resim 2). Tekrarlayıcı parasetez ihtiyacı medikal tedaviye rağmen azalmadı. Tedavi için TIPS planlandı (Tablo 2). Ancak işlemi kabul etmeyen hasta kendi isteği ile mevcut medikal tedavi altında taburcu edildi.

TARTIŞMA: Bizim vakada hepatik hidrotoraksın lokalizasyonu literatür ile paralel olarak sağ tarafta saptandı. Yapılan tekrarlayıcı torasentezlerle ve daha önce yapılan toraks tüp ve talk'a rağmen klinik sonuç elde edilemedi. Başarısızlık plevral aralıktaki negatif basınca bağlı hızlı kaçışa bağlandı. Medikal tedaviye yanıt alınamayan semptomatik hidrotoraks olgularında ilk etapta transplantasyon düşünülmeli ve bu hastalar dekompanse kabul edilmeli. Ancak zaman kazanma açısından yapılacak işlem %70 lere varan başarı oranı ile TIPS olmalı. Bu hastalarda, kesin tanı modalitesi olarak peritoneal kaviteye verilen radyoizotop sintigrafisi aklı gelmelidir.

Tablo 1. Hepatik Hidrotoraks Tanısında Plevral Sıvının Özellikleri

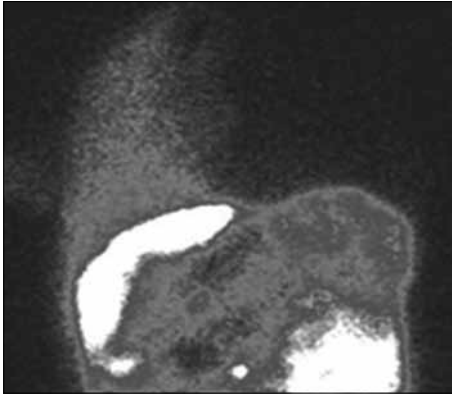
PMNL <250mm3
Protein <2.5g/dl
Plevra sıvı/serum total protein <0.5
Plevra sıvı/serum LDH <0.6
Serum-plevral sıvı albumin farkı >1.1g/dl
Ph >7.40

Tablo 2. Hepatik Hidrotoraksta Tedavi Yaklaşımları

1. Karaciğer Transplantasyonu
2. Na Kısıtlaması ve diüretik tedavi
3. Tekrarlayıcı Torasentez (<2L)
4. TIPS
5. Diapragmatik defektin cerrahi tamiri
6. Plöredezi
7. Peritoneovenöz shunt



Resim 1. PA Akciğer Filmi



Resim 2. Sağ pleval aralıkta efüzyon radyoisotop

P272

NON ALKOLİK YAĞLI KARACİĞER (STEATOHEPATİT ÖNCESİ): OLGU SUNUMU

¹Ender Hür, ²Ersay Ercihan, ³Gülay Aşçı

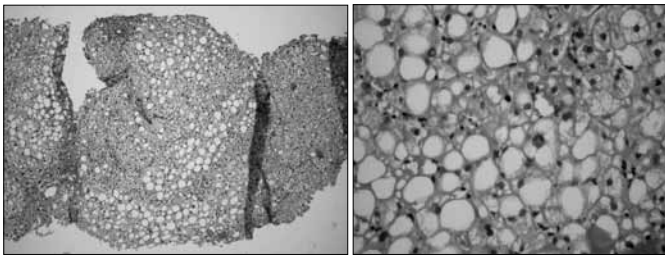
¹Banaz Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, ²Uşak Devlet Hastanesi Patoloji Kliniği, ³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Kliniği

Yağlı karaciğer, trigliseridlerin karaciğer ağırlığının %5'ini geçecek şekilde birikimi olarak tanımlanır. Nonalkolik steatohepatit (NASH) alkol kullanmayan hastaların karaciğer biyopsilerinde alkolik karaciğer hastalığı için karakteristik olan histopatolojik bulguların saptanması ile karakterizedir. Olguda yaptığımız karaciğer biyopsisinde yağlı karaciğer hastalığı olup steatohepatit bulguları henüz gelişmemiştir.

OLGU: G. Ç, 51 yaşında bayan hasta, iç hastalıkları polikliniğine halsizlik ve yorgunluk şikayetiyle başvurdu. Öyküsünden son 1 yıldır karaciğer fonksiyon testlerinin yüksek olup ileri merkeze sevk edildiği halde sosyo-ekonomik sebeplerden dolayı gidemediği öğrenildi.

Fizik bakıda vücut kitle indeksi (VKİ) 32 kg/m² (obez), karaciğer kosta altında 5 cm. ele geliyordu. Biyokimyasal tetkiklerinde SGOT 82 U/L, SGPT 50 U/L, total protein 7.7mg/dl, albumin 4.3 mg/dl, total bilirubin 0.8 mg/dl saptandı. Batın ultrasonografisinde grade 2 hepatosteatoz (karaciğer parankiminde diffüz, orta derecede artış ile diyafram ve intrahepatik vasküler yapılar güçlükle seçilebiliyordu) saptandı. Karaciğer kraniokaudal ölçümünde 190 mm ve dalak uzun aksı normal (120mm) olarak saptandı. Hepatit belirteçlerinden Hbs Ag negatif, Anti Hbs negatif, Anti Hbc Ig M ve Ig G negatif, Anti HCV negatif, otoimmün hepatit belirteçlerinden ANA, SMA (Smooth muscle antikor) ve Anti LKM negatif bulundu. Kesin histolojik tanıya ulaşabilmek için Banaz Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniğinde karaciğer biyopsisi yapıldı. Karaciğer biyopsi sonucunda, karaciğer dokusunda portal alanlar düzenli yapıda ve limitin plate intakt olarak saptandı. Portal alanlarda ve lobüler yapılarda inflamasyon izlenmedi. Karaciğer hücrelerinde nukleusu periferi iten büyük yağ globülleri saptandı ancak hepatosellüler hasar bulgusu izlenmedi (Non alkolik yağlı karaciğer hastalığı, steatohepatit yok)

SONUÇ: Yağlı karaciğer (hepatosteatoz) sık görülen karaciğer hastalıklarındandır. Başta alkolizm, obezite ve diyabet olmak üzere metabolik hastalıklarla birlikte görülebilmektedir. Olgumuzda obezite kolaylaştırıcı faktör olarak mevcuttu. Yağlı karaciğerin ilerlemiş bir formu olarak NASH'li olgularda transaminaz yüksekliği yağlanmanın karaciğerde yol açtığı hücre hasarına bağlıdır. Bu hastalarda genel olarak AST/ALT oranının 1'den büyük olduğu bildirilmektedir. Hastamızın sonuçları bu değerlerle uyumludur. Hastaya kilo vermesi için diyet ve egzersiz programı önerilerek, Ursodeoksikolik asit 250 mg tb 3x1 başlandı. Tedavinin 6. ayında hasta zayıfladı, VKİ'yi 25 kg/m² oldu, karaciğer fonksiyon testleri normale indi. Karaciğer biyopsisi, koşulları sağlandığında ilçe hastanelerinde de yapılabilen önemli girişimsel bir işlemdir. NASH henüz gelişmeden yağlı karaciğer hastalığında ne kadar erken önlem alınırsa tedavinin o kadar etkili olacağı kanaatindeyiz.



Patoloji: Non Alkolik Yağlı Karaciğer.

P273

AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ, İSKEMİK İNME VE PORTAL VEN TROMBOZUNA BAĞLI ÖSOFAGUS VARİS KANAMASIYLA PREZENTE OLAN HEREDİTER TROMBOFİLİ VAKASI

¹Bülent Baran, ¹Yusuf Yılmaz, ³Oktay Algin, ²Enver Dolar

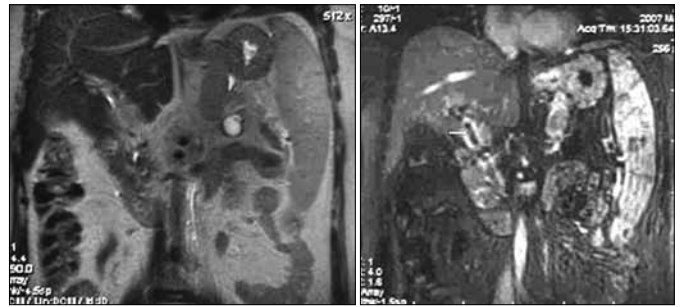
¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, ³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı

GİRİŞ: Herediter trombofili toplumda sık görülen ancak ilişkili komplikasyonları nispeten daha nadir olan bir durumdur. Portal ven trombozu (PVT) da nadir görülür ve genellikle karaciğer sirozuyla birliktedir. Burada multipl tromboembolik olay ve varis kanamasının birlikte olduğu bir herediter trombofili vakasını tartışmak, deneyimimizi paylaşmak istedik.

OLGU: Akut miyokard infarktüsü nedeniyle perkütanöz koroner girişim ve stent uygulanan 43 yaşında bir bayan hasta, AMİ'den 2 ay sonra hematemez ve meleno ile yerel bir hastaneye başvurmuştu. Üst gastrointestinal kanama tanısı konarak tedavi edilen ve 4 gün sonra şuur bozukluğu ile merkezimize acil servisine gönderilen hastada diffüzyon MR ile iskemik inme saptandı. Medikal tedavi ile klinik durumu düzeldi. Trombofilik risk faktörleri açısından yapılan tetkiklerinde anti-nükleer antikor (ANA) pozitif saptandı. Antifosfolipid antikorlar negatifti. Sistemik lupus eritematozus açısından başka kanıt saptanmadı. Plazma anti-trombin III ve protein C aktivitesi normal iken S aktivitesi azalmıştı. Homosistein seviyesi orta derecede yüksek bulundu. Faktör V leiden mutasyonu (FVL) açısından heterozigot iken, metilentetrahidrofolat reduktaz (MTHFR) C677T mutasyonu homozigot pozitif idi. Protrombin G20210A mutasyonu saptanmadı. Antikoagulan tedavisi düzenlenen hasta 2 ay sonra tekrar meleno ile acil servisimize başvurdu. Endoskopisinde ösofagus varisleri saptanan ve portal hipertansiyon etyolojisi araştırılan hastada portal venöz doppler ultrasonografide portal venin görülmemesi üzerine PVT şüphesiyle MR anjiyografi çekildi. MR anjiyografide portal ven içerisinde 3 cm'lik bir segment boyunca izlenen lineer hipointensif görünüm mevcuttu. PVT tanısı konan hastaya sekonder koruma amacıyla endoskopik band ligasyonu uygulandı. Hasta karvedilol 25 mg/gün, isosorbid mononitrat 20 mg/gün, pravastatin 20 mg/gün, klopidogrel 75 mg/gün ve vitamin B6, B12 ve folik asit içeren multivitamin tedavisi ile taburcu edildi. Taburculuğundan bu yana hastada yeni bir kardiyak, serebrovasküler veya gastrointestinal olay gelişmedi.

TARTIŞMA: Olgumuzda alta yatan bir karaciğer hastalığı yoktu. Heterozigot FVL mutasyonu ve homozigot MTHFR mutasyonu saptanmıştı. Herediter protein S yetersizliği tekrarlanan testle dışlandı. Olguda en önemli risk faktörü heterozigot FVL mutasyonu olmakla birlikte homozigot MTHFR mutasyonu diğer bir risk faktörüydü ve artmış risk homosistein düzeyleriyle ilişkililiydi.

Varis kanaması ile komplike olan portal ven trombozu hastalarda, antikoagulasyonun optimal uygulanamayacağı da düşünülürse, homosistein düşürücü tedavi yararlı olabilir. Her hiperhomosisteinemili ya da MTHFR mutasyonlu hastada rutin folik asit tedavisi önerilemez ancak bizim vakamızda olduğu gibi modifiye edilebilecek risk faktörlerinin sınırlı olduğu durumlarda tedavi uygulanmalıdır.



Resim 1. Portal ven çevresinde yağ planlarında kirlenme izlenmektedir. Görünüm portal ven çevresine trombüse sekonder inflamasyon açısından anlamlıdır. Portal ven demonstre edilememektedir.

P274

ERCP SONRASI BATIN İÇİ ENFEKSİYONA BAĞLI PARŞİYEL PORTAL VEN TROMBOZU OLGUSU

¹Olca Bozkurt, ¹Emel Tatlı, ¹Fuat Şar, ²Rümeza Kazancıoğlu

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 5. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, ²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

GİRİŞ: Endoskopik retrograd kolonjiopankreatografi (ERCP) yıllardan beri biliyer ve pankreatik hastalıklara bağlı koledok patolojilerinin değerlendirilmesinde ve tedavisinde başarı ile uygulanan bir yöntemdir. ERCP sırasında yapılan insizyona bağlı olarak hemoraji, pankreatit, kolanjit, perforasyon gibi komplikasyonlar %0.2-2.5 oranında görülmektedir.

OLGU: 83 yaşında erkek hasta karın ağrısı, mide bulantısı, kusma, ateş yakınması ile başvurdu. 30 yıl önce peptik ulkus nedeniyle Billroth II operasyonu geçiren ve bilinen başka bir hastalığı olmayan hastaya karın ağrısı yakınması ile başvurduğu başka bir hastanede yapılan Batın BT ve Batın MR'da safra kesesi hidropik ve koledok geniş görüldüğü için ERCP yapılmış ve sfinkterotomi uygulanmış. ERCP sonrası hastada karın ağrısı, halsizlik, düşünlük gelişmesi üzerine ERCP'den 15 gün sonra tarafımıza başvurdu. Çekilen Batın BT'de portal ven normal kalibrasyonda olup superior mezenterik ven düzeyinden portal vene ve oradan hafif derecede sol portal vene uzanan ve lümeninde parşiyel obstrüksiyon oluşturan hipodens trombüs, pankreas inferoposteriorunda belirgin kitle formasyonu göstermeyen, içerisinde hava imajları izlenen yumuşak doku dansitesi (enfektif süreç lehine) pnömobilite izlendi. ERCP öncesi trombüs olmayıp ERCP sonrası olduğu tespit edildi.

SONUÇ: Gastroenteroloji konsultasyonu ile hasta batın içi enfeksiyona sekonder portal ven trombüsü olarak değerlendirildi. Prokoagulan faktörler normal bulundu. Antikoagulan ve antibiyotik tedavi başlandı. Üç hafta sonra yapılan kontrolde klinik bulgular doğal idi ve kontrol BT'de trombüs izlenmedi.

ERCP, Biliyer ve pankreatik hastalıklar için son derece faydalı bir tetkik olmakla birlikte komplikasyonlara yol açacağı unutulmamalıdır.

P275

KARIN İÇİ PATOLOJİLERİ TAKLİT EDEN BİR TÜBERKÜLOZ PERİTONİT VAKASI

¹Ümmügül Üyetürk, ²Çiğdem Usul Afşar, ¹Süheyla Uzun Kaya,

¹Binnur Şengezer, ¹Türker Taşlıyurt

¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Giderek daha sık görülen ve sıklıkla diğer karın içi patolojileri taklit eden tüberküloz peritonit, tüm tüberküloz vakalarının %1'inde görülür. Oluşturduğu asit eksiada tarzındadır. Tümör markerlarından özellikle over tümörlerinde kullanılan CA-12-5'de 3 kata varan artışlara neden olabilir.

OLGU: 65 yaşındaki bayan hastanın yaklaşık 6 aydır halsizlik, yorgunluk ve kilo kaybı şikayetleri mevcuttu. Son bir aydır karında şişlik şikayeti başlamıştı. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde TA: 110/60 mmHg; Nb: 80/dk; solunum sayısı: 20/dk idi ve tiroid palpabildi. Solunum sesleri kabaalmış ve sağ bazalde azalmış, kalp sesleri düzenli idi. Batın muayenesinde kolesistektomiye bağlı skar izi ve batında yaygın asit mevcuttu. Hastanın Hb: 12, 6 gr/dl, Htc: %36, MCV: 75,4 FL, MCH: 26,4, MCHC: 35, WBC: 7200/mm³, Plt: 233000/mm³ idi. Sedim: 58 mm/h bulundu. Biyokimyasal parametrelerden glikoz, BUN, kreatinin, Na, K, AST, ALT, ALP, GGT, LDH, total protein, albumin normal olarak bulundu. Hepatit markerları negatifti. Parasetez sıvısının incelenmesinde serum asit-albümün farkı <1,1 gr/dL gelince eksüda olarak düşünüldü. Sıvının mikroskopik incelemesinde bol lenfosit görüldü. Sitopatolojik incelemesi ise malignite ile uyumlu değildi. Batın USG sonucunda KC konturlarında irregülerite, KC sol lobda kaba kalsifikasyon, sol renal kistler ve bilateral over boyutlarında artış tespit edildi. Bunun üzerine istenilen tümör markerlarından Ca 15-3 ve CA 12-5 yüksek olarak geldi. Asit etyolojisinde over tümörü olabileceği düşünülerek kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinden konsültasyon istendi. Önerilen pelvik MR çekildi. Pelvik MR'da; batın içinde, pelviste yaygın asit ve overler normal boyutlarda saptandı. Bulgular over tümörü ile uyumlu değildi.

Hastanın periton sıvısının eksüda gelmesi, bol lenfosit içermesi nedeniyle tüberküloz peritonit olabileceği düşünüldü. Periton sıvısında ARB arandı. Ardışık 3 gün içinde gönderilen periton sıvısında ARB pozitif geldi. Sıvıdan ADA düzeyi bakıldı ve normal olarak bulundu. Hastanın balgamında ARB arandı ve 3 kez pozitif bulundu. Hastaya toraks ve batın BT çekildi. Toraks BT'sinde sağda belirgin plevral efüzyon, plevral kalsifikasyonlar, sağ akciğer üst lob apikal segmentte plevral kalınlaşma ve fibrotik yapılanmalar bulundu. Batın BT'de karaciğer sol lobda hipodens lezyonlar, batın içi yaygın asit bulundu.

SONUÇ: Olgumuzda asitin eksüda olması, tümör markerlarının yüksek ve batın USG'de over boyutlarında büyüme olması, over tümörünü düşündürmüştü. Karaciğer sirozu açısından da fizik muayene bulguları yoktu ve karaciğer enzimlerinde ve markerlarda da yükseklik yoktu. Tüberküloz peritonitte ADA düzeyi yüksek olmasına karşın bizim olgumuzda normaldi. Laporoskopi ve periton biyopsisi tanıda altın standart kabul edilmesine rağmen hem balgam hem de periton sıvısında ARB pozitif bulunduğundan buna gerek duyulmadı. Dörtürlü anti-tüberküloz tedavisine başlandı. Hasta halen polikliniğimizden takiplidir.

P276

AŞIRI YÜKSEK SEVİYEDE TRİGLİSERİD DÜZEYİ İLE BAŞVURAN BİR PANKREATİT OLGUSU VE TEDAVİSİ

Burçak Evren Arın, Hale Sümer Gökcan, Haldun Selçuk, Uğur Yılmaz

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ: Hipertigrliseridemi pankreatit olgularının yaklaşık %1-7'sinden sorumlu tutulmaktadır. Herediter ve sekonder nedenlere bağlı olarak yükselen trigliserit düzeylerinin akut pankreatit seyridne pankreas dokusuna daha fazla zarar vermesini önlemek amacıyla ivedilikle düşürülmesi gerekmektedir. Bu olguda yüksek trigliserit düzeyinin (11.273 mg/dl) neden olduğu akut pankreatitli hastadan ve uyguladığımız tedaviden bahsedilecektir.

OLGU SUNUMU: Ocak 2007 tarihinde 42 yaşında erkek hasta hastanemiz acil servisine bir gün önce başlayan karın ağrısı ve bulantı şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde hafif düzeyde hiperlipidemisi olan ve diyet önerilen, ancak klinik takibi olmayan hastanın 20 yıldır haftada 3-4 gün, günde 3-4 şişe bira kullanımı mevcuttu. Soygeçmişinde özellik olmayan hastanın fizik muayenesinde ateş yüksekliği (VI: 38, 3°C) ve karın sağ alt kadranda hassasiyet dışında patolojik bulgu yoktu. Karın ağrısı etyolojisine yönelik gönderilen kan tetkiklerinde alkalen fosfataz ve gama glutamil transferaz yüksekliği, lökositöz, lipaz yüksekliği saptandı. Hastanın abdominal USG'sinde safra yolları ve kesesi normal görünümdeydi. Çekilen abdomen BT'de peripankreatik yağ dokusunda pankreatit ile uyumlu dansite artışları ve intraperitoneal minimal serbest sıvı saptanan hasta akut pankreatit tanısı ile yatırılarak oral alımı kesildi, uygun i.v. hidrasyon, elektrolit replasmanı ve antibiyotik tedavisi başlandı, ağrısı için analjezik tedavi uygulandı. Kan kalsiyum düzeyi normal olan hastanın herhangi bir ilaç kullanım öyküsü mevcut değildi, TSH düzeyi ve böbrek fonksiyon testleri de normal sınırlardaydı. Yatış sırasında iki kez bakılan trigliserit düzeyleri 11.273 mg/dl ve 9045 mg/dl olarak saptandı. Kan şekeri 83 mg/dl idi. Kan şekeri takibi ile insülin-dekstroz infüzyonu ve Gemfibrozil başlanılan ve santral katater takılarak plazmaferoze alınan hastanın trigliserit düzeyi ertesi gün 3694 mg/dl'e düşürüldü. Yakın trigliserit düzeyi takibi ile medikal tedavisine devam edilen hastanın tekrar plazmaferoz ihtiyacı olmadı. Trigliserit düzeyi progresif olarak 7 gün içinde 151 mg/dl'ye kadar geriledi. Karın ağrısı ve ateş yüksekliği geçen, inflamatuvar parametreleri ve trigliserit düzeyi normale gelen, oral alımı tolere eden hasta 10 günlük tedavi sonrası diyetle taburcu edildi.

TARTIŞMA: Alkol ve biliyer nedenlerden sonra en sık sebep olarak görülen hipertigrliseridemi, akut pankreatit tablosu ile başvuran her hastada mutlaka değerlendirilmelidir. 1000mg/dl üzerindeki değerler risk oluştururken 2000 mg/dl üzerindeki değerlerde pankreas hasarı geliştirdiği hayvan deneylerinde kanıtlanmıştır. Bizim hastamızda bu değerlerin oldukça üstünde bir düzey saptanmış olup alkol kullanımı dışında trigliserit yüksekliğini açıklayacak primer yada sekonder neden saptanamamıştır. Literatürde, erişebildiğimiz kadıyla, 11.000 mg/dl gibi yüksek bir değer bildirilmemiş olup hasta hızlı tanı ve müdahale ile herhangi bir komplikasyon gelişmeden sağlığına kavuşmuştur.

P277

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif Yıldız, Zeki Aydın, Muharrem Koçar, Seda Akkaya, Ahmet Akın, Didem Aydın, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Treitz ligamanının üzerindeki bölgeden olan kanamalar, üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları olarak ifade edilir. Genellikle hematemez ve/veya melena ile karışımına gelir. Ancak kanama çok hızlı olursa hematozeziya olarak görülebilir. Üst GİS kanamaları klinik, laboratuvar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir.

MATERYAL VE METOD: Acil dahiliye polikliniğimize hematemez ve/veya melena şikayetleri ile başvuran 76 hasta (24 K, 52 E) alındı. Hastaların ilk geliş şikayetleri, fizik muayene bulguları, tam kan sayımı, risk faktörleri, transfüzyon ihtiyacı ve yatış süreleri kaydedildi.

SONUÇLAR: Hastaların ortalama yaşı 46.3±20.5 yıl idi. Hastalardan 18'i (%47.4) hematemez, 58'i (76.3) melena, 18'i (%23.7) hem hematemez hem de melena şikayetleri ile başvurdu. Ortalama eritrosit sayısı 3.42±1.09 (x106 /uL) , Hct %28.8±9.2, yatış süresi 3.3±2 (1-13) gün idi. 56 (73.7) hastaya kan transfüzyonu yapıldı. Tilt testi (+) olan 58 (76.3) hastada ortalama eritrosit sayısı 3.23±0.19 (x106 /uL) , Hct %27.1±1.5 idi ve tilt testi (-) olan gruptan anlamlı olarak düştü. Hastaların 32'sinde (42.1) sigara

ve 68'inde (%89.5) son bir hafta içinde aspirin ve/veya non steroid anti inflamatuvar ilaç (NSAİİ) kullanımı hikayesi mevcuttu.

TARTIŞMA: Üst GİS kanamalarının en yaygın sebebi peptik ülserdir. Sonra akut eroziv gastrit, ösofagus varis kanamaları ve diğerleri gelmektedir. %60-65' ini peptik ülser ve eroziv gastrit oluşturmaktadır. Çalışmamızda hastaların sigara kullanımı normal popülasyondan çok fazla olmamasına rağmen aspirin ve/veya non steroid anti inflamatuvar ilaç kullanımı büyük bir kısmında mevcuttu. Hastaların NSAİİ kullanımı konusunda uyarılması, tok karına kullanması, dispeptik şikayetleri artıranların gerekirse proton pompa inhibitörleri ile beraber kullanmasını üst GİS kanamaları gibi ciddi bir acil problemi azaltacağına düşünebilecektir.

P278

ÜLSERATİF KOLİT VE ÇÖLİAK HASTALIĞI OLAN BİR OLGUDA BUDD-CHİARI SENDROMU

Mehmet Yıldız, Neyran Umay, Özge Durdu, Aslı Tuncer, Nevzat İlman

S. B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Tromboembolik olaylar İRİTİABL BARSAK SENDROMU'nun (IBS) en önemli komplikasyonlarıdır. (sıklığı %1.3-6.4 civarındadır) .Derin ven trombozu (DVT) ve pulmoner emboli IBS'da önemli bir mortalite sebebidir.Aktif hastalık döneminde tromboembolik olay sıklığı uzamış hastane yatışları, immobilizasyon, sepsis, invazif girişimler gibi risk faktörleri ile artmaktadır.Ancak hastalığın remisyonda döneminde de tromboembolik görülür ve nedeni henüz aydınlatılmamıştır.

OLGU: Halsizlik ve sarılık şikayeti ile hastaneye başvuran 62 yaşındaki erkek hastanın Karaciğer fonksiyon testi (KCFT) bozukluğu araştırılarak KARACİĞER SİROZU (KS) tanısı konuldu. Etolojisine yönelik yapılan incelemeler sonucunda BUDD-CHİARI sendromu bulundu. Takibinde ishal yakınması başlayan hastada yapılan kolonoskopi ve biopsiyle aktivasyon gösteren ÜLSERATİF KOLİT belirlendi.Tedaviye rağmen yakınmaları gerilemeyen hastada bakılan Anti gliadin AB (+) Anti endomisium AB (+) saptanınca Çöliak hastalığı tanısı da konularak tedavisi düzenlendi.Hasta aralıklı zamanlarda dekompanze KC S nedeniyle hospitalize edildi.Son izleminde yaygın DVT gelişen hasta pulmoner emboli nedeniyle exitus oldu.

TARTIŞMA: IBS'da aktif hastalık döneminde akut faz reaktantlarındaki artışla prokoagülatör sistemler etkinleşir. Remisyon döneminde de koagülasyonun artmış olması araştırılmaktadır. IBS hastalarında saptanan en sık hemostatik bozukluk trombositozdur.Trombosit aktivasyon belirteçleri ve trombosit lökosit kompleksleri artmıştır. IBS olan hastalarda Protein C, Protein S, Antitrombin 3 (AT) defektleri, Aktive protein C rezistansı (APC) ve Faktör 5 Leiden mutasyonu taranmıştır. IBS'na karşı genetik predispozisyon olduğundan herediter protrombik risk faktörleri araştırılmıştır ki; bunların en önemlisi Faktör 5 Leiden mutasyonu ve G20210A protrombin mutasyonudur.Çalışmalarda Faktör 5 Leiden mutasyonu IBS hastalarında ile kontrol grubunda karşılaştırılmış ancak prevalansta belirgin farklılık saptanmamıştır.Protrombik mutasyonların trombotik komplikasyonlarda minör rol oynadığı belirlenmiştir.Aktive protein C rezistansı da tromboembolide önemli bir yer tuttuğundan üzerinde durulmaktadır.Çalışmalarda tromboembolik komplikasyonu olan IBS hastalarının %31.3'ünde APC rezistansı olduğu ve bu oranın IBS-tromboembolik komplikasyon olmayan hastanın grupta %7, kontrol grupta %5.9 olduğu vurgulanmıştır. Bir diğer risk faktörü olan hiperhomosisteinemi de araştırılmıştır.Homosistein miktarı tromboembolik olay geçirmemiş olsa da tüm IBS hastalarında aynı değerde saptanmıştır.Aynı zamanda Çöliak hastalığı gibi folat ve vitamin B12 eksikliği ile seyreden hastalıklarda hiperhomosisteinemi tromboembolik risk faktörü olarak incelenmiştir. Çöliak hastalığında tromboembolik riski %1 olarak saptanmıştır ki; bu kontrol gruba benzerdir.Araştırılan bir başka konuda ANTİFOSFOLİPİD Ab ve ANTİKARDİOLİPİN Ab varlığıdır.IBS hastalarında artmış Ab seviyeleri mevcuttur ancak bu trombotik risk ile ilişkilendirilememiştir.

P279

PORTAL HİPERTANSİYON İLE PREZENTE OLAN SARKOİDOZ: OLGU SUNUMU

¹Zeki Aydın, ¹Ahmet Akın, ¹Didem Aydın, ¹Seher Kır, ²Aylin Ege Gül,

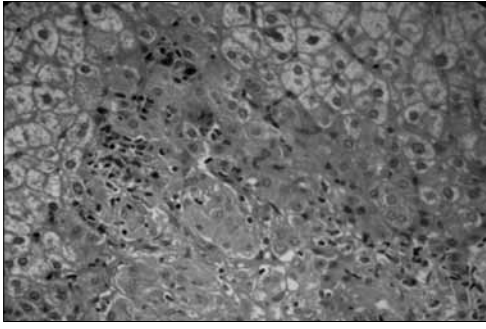
³Özgül Karacan Aydın, ¹Rahmi İrmak, ¹Mustafa Yaylacı

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Dahiliye Kliniği, ²Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, ³Pendik Devlet Hastanesi, Göz Kliniği

GİRİŞ: Sarkoidoz; nedeni bilinmeyen, multisistemik granümatöz bir hastalıktır. Birden çok organı veya sistemi tutabilir. Olguların %90'ından fazlasında pulmoner tutulum mevcuttur. Tanı sırasında pulmoner tutulum olmaksızın sadece ekstrapulmoner tutulum olguların %10' undan azında mevcuttur. Burada atipik prezantasyon gösteren bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Otuziki yaşında bayan. Halsizlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Öz ve soy geçmişi de bir özellik saptanmayan hastanın fizik muayenesinde kot kavsi 3 cm geçen ağrısız hepatomegali ve 5 cm geçen splenomegali dışında bir özellik yoktu. Yapılan tetkiklerinde lökosit 4 100 /mm³, Hct %36, trombosit 74 000 /mm³, AST 24 U/L, ALT 13 U/L, ALP 118 U/L (N: 0-102) , GGT 102 U/L (N: 7-32), ESR (sedimantasyon) 25 mm/sa idi ve diğer tüm biyokimyasal tetkikleri normaldi. Endoskopisinde grade I ösofagus varisleri, portal ven sistemi doppler USG'de vena porta intrahepatik 14 mm, vena lienalis 11mm çapta, porta ve splenika venöz akım hızları azalmış olarak saptandı. Sonuçlar portal hipertansiyon ile uyumlu bulundu. Batın BT' de de portal hipertansiyon bulguları bir bulgu yoktu. Kolestat enzimlerinin yüksek olması, olası sirotik veya non-sirotik portal hipertansiyonun tanısı için yapılan perkutan karaciğer ponksiyon biyopsisi 'non-nekrotizan granümatöz' hepatit ile uyumlu bulundu (Resim 1). Yapılan kemik iliği biyopsisi hipersellüler kemik iliği olarak değerlendirildi. ACE düzeyi ve göz bulguları normal, PPD anejik idi. Toraks BT' de bir özellik yoktu. Klinik, laboratuvar, radyolojik ve patolojik olarak tüberküloz ekarte edildi. Hasta sarkoidoz tanısıyla takibe alındı, semptomu ve karaciğer enzim aktivitesi olmadığı için tedavi başlanmadı.

TARTIŞMA: Sarkoidoz başta akciğer olmak üzere tüm organları tutabilir. Tek başına karaciğer tutulumu nadirdir. Karaciğer tutulumu biyopsi ile %60 saptanır, sıklıkla periportal alanları tutar, izole granümatöz hepatit olabilir. Asemptomatik olan hastamızda karaciğer biyopsisi ile sarkoidoz tanısı konmuştur. Sarkoidozun klinik belirti vermeden çok nadir de olsa portal hipertansiyon gibi atipik bulgularla karşımıza çıkabileceği akıldta tutulmalıdır.



Resim 1. Karaciğer ponksiyon biyopsisi (x400): non-nekrotizan granülom.

P280

AKUT İNTERMİTTAN PORFİRİ: OLGU SUNUMU

Alev Selek, Eda Altun, Tolga Konduk, Ömer Şentürk, Sadettin Hülagü

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Akut intermittan porfiri nadir görülen bir hastalıktır fakat değişik klinik bulguları olabileceği akıldadır tutulmalıdır, burada nörolojik bulguları ön planda olan bir vaka anlatılmaktadır

23 yaşında bayan hasta acil servisimize 4 gün önce başlayan ve iki gün önce şiddetlenen karın ağrısı ile başvurdu. Ağrı sırta yayılıyordu ve sürekliydi. Hasta bacak üst kısımlarında güçsüzlük tarifliyordu.

Fizik muayenesinde hasta soluk ve endişeliydi, kan basıncı 90/60 mmHg idi, taşikardi, takipne ve ateşi yoktu. Batın muayenesinde her kadranda yaygın hassasiyeti mevcuttu ve barsak sesleri artmıştı. Hepatosplenomegalisi yoktu. Motor ve duyu muayenesi doğaldı.

Laboratuvar tetkiklerinde; hafif anemisi mevcuttu (Hb: 11 mg/dL), Eritrosit Sedimentasyon Hızı normal ve CRP negatifti. Biyokimyasal analizlerde hiponatremi (119 mEq/L), hipokloremi, hafif amilaz yüksekliği (371 u/L) ve hiperlipidemi dışında bir anormallik yoktu. Serolitik ve otoantikör belirteçleri negatif ve idrar analizi normaldi. Tüm batın ve pelvik ultrason görüntülemesinde patoloji saptanmadı. Ayakta direk karın grafisi normaldi. Genel Cerrahi ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği tarafından konsültte edilen hastada cerrahi bir müdahale düşünülmeyip servisimize yatırıldı.

Hasta sorgulandığında 10 gün süren benzer bir atak geçirdiği anlaşıldı. Hastanın karın ağrısının devam etmesi üzerine batın ultrasonu tekrarlandı ve üst GİS endoskopisi yapıldı bir patoloji saptanmadı. Yatışının 3.günü konfüzyon ve samnolansı gelişti ve takibindeki bir saat sonra ani tam görme kaybı oldu. Nörolojik muayenesinde pupilileri dilate, derin tendon refleksleri normoaktif ve patolojik refleks yoktu. Kısa bir süre sonra jeneralize tonik klonik epileptik nöbet geçirdi, intravenöz Diazepam ile nöbeti durdu. Çekilen difüzyon kranial MR incelemesinde bilateral oksipital bölgede T2 sinyal artışı gösteren hafif difüzyon kısıtlılığı olan alanlar izlendi ve EEG normal bulundu.

Karın ağrısı, epileptik nöbet, kortikal körlük, övolemik hiponatremi, hiperamilazemi, hiperkoleserolemi ve MR bulguları beraber değerlendirildiğinde akut intermittan porfiri düşünüldü. Yüksek glikoz içeren (400mg/gün) diyet ve oral gabapentin 300mg 2x1/ gün tedavisine başlandı. Hastanın tekrar nöbeti olmadı, 17 saat sonra görme kaybı azalmaya başladı ve üç gün içinde tamamen normale döndü, bir hafta sonraki kontrol kranial MR görüntülemesinde lezyonlar tamamen gerilemişti ve posterior reversable ensefalopati olarak değerlendirildi.

24 saatlik idrar Porfobilinogen düzeyi 50, 6 mg/gün-2236, 5 µmol/l (normalin 25 katı artmış), ALA düzeyi 41, 2 mg/gün-3143, 6 µmol/l (normalin 6 katı artmış) Koproporfirin düzeyi 390 ug/24 saat (normalin iki katı artmış) olarak bulundu. Üroporfobilin 1-3 düzeyi 916 µmol/gün olarak bulundu. Bu sonuçlar ile tanı doğrulandı ve hastaya akut atakları tetikleyebilecek durumlar anlatıldı, aile taraması önerilip kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

P281

TİP 1 DİYABET, GLUTEN ENTEROPATİSİ VE OTOİMMÜN KOLANJİT BİRLİKTELİĞİ

S. Ahmet Akın, Didem Aydın, Zeki Aydın, Seda Akkaya Özдің, Muharrem Koçer, Elif Yıldız, Heves Sürmeli, Esra Turan, Ömür Copcuoğlu, Selahattin Ertürk, Mustafa Yaylacı

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

GİRİŞ: Gluten enteropatisi; glutenin ince barsak epitel hücrelerinde harabiyet oluşturmaya ile karakterize malabsorbsiyona neden olan herediter bir hastalıktır.

OLGU: Yirmi beş yaşında Tip 1 diyabetik erkek hasta ishal, kilo kaybı, karın ağrısı, kaşıntı, halsizlik şikayetleri ile başvurdu. Son 1 ay içinde özellikle ekstremitelerin dorsal yüzlerinde belirgin, hiperpigmente, krutlu, kaşıntılı lezyonları oluşmuş. Fizik muayenesinde cilt bulguları dışında özellik yoktu. Bakılan tetkiklerinde; WBC: 7.51 x 103 / uL, RBC: 5.27 106 / uL, MCV: 80 fL, Hct: %42, Hgb: 14.3 g / dL, Plt: 238 x 103 / uL idi. Tam idrar tahlili: pH: 5, dansite: 1015, glukoz (++) , keton (-) , protein (-), sedim normal idi. Açlık kan şekeri: 250 mg / dL, üre: 52 mg/dL, kreatin: 1.63 mg / dL, Na: 129 meq / L, K: 3.3 meq / L, düzeltilmiş Ca: 7 mg/dL, AST: 158 U/L, ALT: 171 U / L, LDH: 646 U / L, GGT: 120 U / L, alkalen fosfataz (ALP) : 769 U / L, Total bilirubin: 0.82 mg / dL, albümin: 2.8 g / dL, sedimantasyon: 40 mm / saat, hepatit markerları negatif, glikolize hemoglobin: %9.4, anti GAD ve anti insülin antikorları pozitif idi. Hepatit markerları negatif olan hastanın toksik hepatit açısından düzenli ilaç kullanımı yoktu. Metabolik karaciğer hastalıkları açısından AAT (alfa 1 antitripsin) , serüloplazmin ve 24 saatlik idrarda bakır atılımı normal sınırlarda idi. Otoimmün antikorlarından AMA M2, ASMA, P-ANCA, C ANCA, ASMA, LKM, Anti SLA negatif, ANA pozitif (1/160) saptandı. Biyopside fokal düzensiz sinüzoidal dilatasyon, portal-septal fibrozis mevcuttu. Kronik yağlı ishal, kilo kaybı, hipotalbünemi, hipokalsemi olduğundan malabsorbsiyon sendromu olabileceği düşünüldü. Gastroskopesinde kronik aktif gastrit saptandı. Duodenumdan alınan biyopsi materyalinde yaygın villus atrofi mevcuttu. Anti gliadin ve antiendomisyum antikorları pozitif olması üzerine gluten enteropati tanısı kondu. Cilt lezyonlarından yapılan punch biopsi sonucu dermoepidermal bölgede IgA depolanması, dermatitis herpetiformis olarak değerlendirildi. Glutensiz diyetle şikayetlerinde azalma oldu. Tip 1 diyabeti de olması nedeniyle poliglandüler sendrom açısından değerlendirildi. Tiroid hormonları ile otoantikörleri, sabah kortizolü, paratiroid hormon düzeyleri normal sınırlarda idi. Pernisiyöz

anemisi yoktu. Karaciğer ve kolestat enzimlerindeki yükseklik, ANA pozitifliği, AMA M2 negatifliği, karaciğer biyopsisinde primer biliyer siroz ile uyumlu bulgular olması nedeniyle otoimmün kolanjite bağlandı. Ursodeoksikolik asit tedavisi başlandı.

Biz bu vakayla gluten enteropatisine otoimmün kolanjin eşlik edebileceğini, tip 1 diyabetli hastalarda poliglandüler sendromların göz önünde bulundurulması gerektiğini hatırlatmak istedik.

P282

AGIR HİPERTRİGLİSERİDEMİYE BAĞLI AKUT PANKREATİT'İN GEMFİBROZİL İLE BAŞARILI MEDİKAL TEDAVİSİ

Seyit Mehmet Kayacan, Sezai Vatansever, Ramazan Kurt, Ayşe Serra Uçar, Mustafa Demirtürk, Osman Akgün, Osman Erk, Vakur Akkaya, Aytaç Karadağ, Ahmet Ekmekçi, Kerim Güler

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Acil Dahiliye Birimi, İstanbul

Akut pankreatitin nedenlerinden biri hipertrigliseridemidir. Burada pratikte nadir rastlanacak düzeyde aşırı yüksek olan hipertrigliseridemili bir hastada gelişmiş akut pankreatitin gemfibrozil ile başarılı medikal tedavisi sunulacaktır.

OLGU: Yirmi yedi yaşında erkek hasta ani başlayan ve epigastriktan bele yayılan karın ağrısı ve kusma ile başvurdu. Dört yıl önce de benzer bir karın ağrısı atığı geçirmiş olan hastanın ilaç kullanımı yoktu. Soygeçmişinde bir özellik yoktu. Genel durumu orta, bilinci açık, koopereydi. Vital bulguları normaldi. Vücut kitle indeksi 25 kg/m² idi. Yüzeysel ve derin palpasyonda epigastrik hassasiyet vardı. Hepatomegali (1-2 cm) saptandı. Laboratuvar bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir. Serum trigliserid düzeyi 8750 mg/dl saptandı. Hastada sedimentasyon hızı lipemik serum nedeniyle değerlendirilemedi. Sonraki değer 56 mm/saat bulundu. Kan gazı parametrelerinden pH: 7.40, HCO₃: 24 mEq/L, PaO₂: 83 mmHg, SaO₂: %95, PaCO₂: 39 mmHg idi. İdrar analizi normaldi. Akciğer grafisinde sağ akciğer bazalinde minimal lineer ateletaksi izlendi. Elektrokardiyogram normaldi. Karın ultrasonografisinde karaciğer büyük, pankreas boyutları artmış olup parankimi heterojendi (pankreatit) . Hipertrigliseridemiye bağlı akut pankreatit olarak kabul edildi. Oral besin alımı kesilip, fibrat tedavisi (gemfibrozil 2x600 mg/gün) başlandı. Bu arada bir gece buzdolabında tutulan plazmanın üstünde krema tabakası görünümü oluştu. Karın bilgisayarlı tomografisinde plevral effüzyon ve komşuluğunda kompresif ateletaksi, karında minimal asit izlendi. Pankreas boyutları diffüz artmış olup, pankreas baş ve gövdesinde kısmen kontrast tutulumu varken, diğer kısım geniş alanda kontrastlanma yoktu (Resim 1). Göz konsültasyonunda "lipemia retinalis"e rastlanmadı. Bu arada anne, baba ve kardeşlerinde lipid profilleri normal bulundu. Trigliserid düzeyi tedricen geriledi ve 15. günde 156 mg/dl oldu (Tablo 1). İkinci haftada klinik ve laboratuvar bulguları düzelen hasta çıkarıldı.

Literatürde bu düzeyde hipertrigliseridemiye bağlı akut pankreatit olgusu nadir olarak bildirilmiştir. Burada ağır hipertrigliserideminin insülin, düşük molekül ağırlıklı heparin, lipid aferezi vb. tedavilere gerek kalmadan gemfibrozil ile kontrol altına alınmasının akut pankreatit tedavisindeki önemi vurgulanmıştır.

Tablo 1.

	Geliş	7. gün	15. gün
Lökosit (/ml)	15000	10500	7600
Hemotokrit (%)	44	31	38
Trombosit (/ml)	482000	345000	315000
Amilaz (U/l)	1104	184	66
AST (U/l)	35	29	24
ALT (U/l)	28	25	17
ALP (U/l)	85	67	41
GGT (U/l)	33	39	26
LDH (U/l)	584	960	321
Sodyum (mmol/l)	133	140	142
Potasyum (mmol/l)	4, 8	4, 1	4, 2
Kalsiyum (mg/dl)	9, 5	9, 1	9, 3
CRP (mg/L)	165	45	2, 1
Albumin (g/dl)	4, 7	3, 1	3, 8
Trigliserid (mg (dl)	8750	432	156
T. Kolesterol (mg/dl)	790	225	195
HDL (mg/dl)	38	33	35
LDL (mg/dl)	175	156	133
VLDL (mg/dl)	155	73	35
Glukoz (mg/dl)	356	153	132



Resim 1. Batın bilgisayarlı tomografi.

P283**HEMORAJİK ASİTLE BAŞVURAN KİSTİK ENDOMETRİOZİS: OLGU SUNUMU**

Şencan Acar, Sadrettin Özge Erez, Cenk Emre Meral, Aydan Taka Küçük, Murat Akyıldız, Zeynep Karaali, Şennur Budak Köse, Şule Poturoğlu, Mehmet Burak Aktuğlu, Nilgün Demirbağ, Onur Kırkızlar, Mehmet Kendir

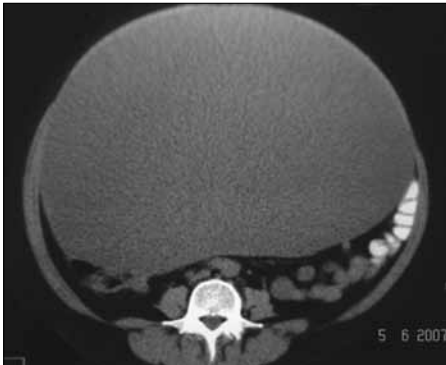
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ VE AMAÇ: Endometriozis; endometrial dokunun uterin kavite dışında bulunmasıdır. Genellikle periton, overler ve rektovajinal septumda bulunurlar. Bununla birlikte gastrointestinal sistem, üriner sistem veya ekstraabdominal alanlarda da bulunduğu kanama ile prezente olabilirler. Burada tens asit ile başvuran kistik endometriozisli bir olgu sunulmaktadır.

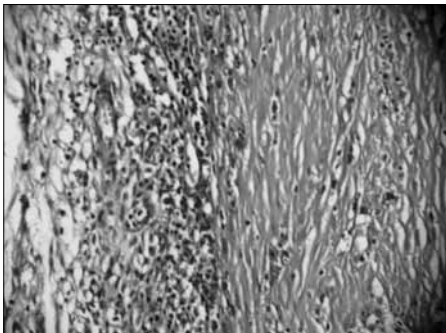
OLGU: 20 yıldır Behçet Hastalığı ve 10 yıldır hipertansiyon tanılarıyla düzensiz takip edilen 50 yaşındaki bayan hasta, 2 aydır yavaş gelişen karın şişliği ve halsizlik şikayetiyle tarafımıza başvurmuştu. Hastanın fizik muayenesinde sol gözde Behçet hastalığına bağlı olarak görme kaybı mevcuttu. Hastanın her iki kolundan ölçülen kan basıncı 180/100 mmHg olarak ölçüldü. Batın muayenesinde inspeksiyonda batin distandı, yan çıkıntılar ve göbek platosu silinmişti, perküsyonda açıklığı yukarı bakan göbek hizasının 3 cm üzerinde matite alındı. Kronik karaciğer hastalığının periferik bulguları gözlenmedi. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Tense asit saptanan hastaya yapılan parasentez hemorajik karakterde, nonportal tipte olarak saptandı. Batın BT incelemesinde batin içerisinde anteriorda yerleşen ve batin içini dolduran 29x29x24 cm boyutlarında, intestinal ansları batin sol yarısına doğru deplase eden, ince cidarlı, homojen hipodens kistik lezyon, Mesenterik kist?, Enterik kist?? izlendi.

Bu bulgularla genel cerrahiye sevk edilen hastanın yapılan operasyonunda batin içinde yaklaşık 30 cm çaplı kistik kitlesi saptandı. Kist inferiorunda solid komponent içermekte idi. Kist duvarı alçılıp, içinden yaklaşık 10 lt kahverengi, içinde ekoik debrisler ihtiva eden kist içeriği aspire edildi. Explorasyonda kistin herhangi bir batin içi organla iştirakli olmadığı fakat transvers kolon mezosuna, sol tuba uterinaya, her iki lateral peritona yapışık olduğu gözlemlendi. Alınan kistik materyalin patolojik değerlendirilmesi sonucunda kistik endometriozis olduğu saptandı. Postop hasta tarafımızdan takibe alındı.

SONUÇ: Nonportal hemorajik asitlerin en sık sebebi malignitelerdir. Vakamızda olduğu gibi bayan hastalarda nadir bir neden olarak endometriozis de ayrırcı tanıda akılda bulundurulmalıdır.



Endometriozis-BT görünümü.



Endometriozis-patolojik görünümü.

P284**ORAL KONTRASEPTİF VE POSTPARTUM TİROİDİTE BAĞLI HİPERBİLİRUBİNEMİ: OLGU SUNUMU**

Şencan Acar, Murat Akyıldız, Zeynep Karaali, Şennur Budak Köse, Şule Poturoğlu, Mehmet Burak Aktuğlu, Mehmet Kendir

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Hiperbilirubinemi, serum total bilirubin değerinin %1 mg'in üzerinde olmasıdır. Direkt ve indirekt hakimiyetinde hiperbilirubinemi olmak üzere iki gruba ayrılır. İndirekt hiperbilirubinemiler aşırı yapım (hemoliz), hepatik uptake'in azalması ve bilirubin konjugasyonunun azalması olmak üzere kendi içinde üç, direkt hiperbilirubinemiler ise herediter ve kolestatik olmak üzere iki gruba ayrılır.

OLGU: Bilinen bir hastalık öyküsü olmayan, 3 ay önce sekte ile doğum yapmış olan ve 15 gündür oral kontraseptif ilaç kullanımı öyküsü bulunan hasta sarılık ve kaşıntı şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde ikterik görünüm ve taşikardi dışında özellik saptanmadı. Hastanın istenen tetkikleri sonucu direkt hakimiyetinde hiperbilirubinemisi saptandı, hepatit markerları negatifti. Yapılan USG'de karaciğer parankim eko parlaklığı azalmış, boyutları artmış (164 mm), diffuz karaciğer hastalığı görünümü, hepatit? saptandı. Yapılan BT incelemesinde ise karaciğer büyüklüğü normal, parankim dansitesi homojen, intrahepatik safra yolları ve vasküler yapılar tabii, safra kesesinin volümü ve duvar kalınlığı normal görüldü. MR kolangiografi incelemesinde de intra-ekstrahepatik safra yollarında dilatasyon saptanmadı. Bu bulgular sonucunda otoimmün karaciğer hastalığı da olabileceği düşünülerek istenen otoantikörleri negatifti saptandı. Karaciğer biopsisi yapılan hastanın biopsi materyalinin patolojik incelemesinde karaciğer parankim hücrelerinde glikojenizasyon, safra stazı, sinüzoidlerde dilatasyon ve portal alanlarda hafif mononükleer hücre infiltrasyonu saptandı. Tüm bu incelemeler dışında hastanın rutin gönderilmiş olan tetkiklerinde TSH düzeyinin çok düşük saptanması nedeniyle yapılan tiroid USG incelemesinde her iki tiroid parankimi heterojen görünümünde ve mikst ekojenitesinde, tiroitid ile uyumlu olarak saptandı. Tiroid sintigrafisinde bilateral normal boyutlarda, tiroid glandı ve iyot uptake'i azalmış olarak saptandı. Hastadan istenilen tiroid otoantikörleri çok yüksek düzeylerde saptandı. Hastanın 3 ay önce doğum öyküsünün olması nedeniyle hasta postpartum tiroitid olarak değerlendirildi. Yapılmış olan tüm tetkikleri sonucu organik bir karaciğer hastalığı bulunamayan hasta oral kontraseptif kullanım öyküsünün olması ve postpartum tiroitidinin saptanması nedeniyle gelişmiş hiperbilirubinemi olarak değerlendirildi. Takibe alınan hastanın bilirubin değerleri geriledi.

SONUÇ: Hiperbilirubinemiye yol açan birçok neden vardır. Vakamızda olduğu gibi hipertiroidi ve ilaç kullanımı gibi nadir etkenler akılda bulundurulmalıdır. Ayrıca yine vakamızda olduğu gibi karaciğer fonksiyon bozukluğuna yol açabilen birden fazla nadir etken de bir arada bulunabilir.

P285**AMİODARON PERFÜZYONUNA BAĞLI TOKSİK HEPATİT: BİR OLGU SUNUMU**

¹Çiğdem Usul Afşar, ²Özkan Candan, ³Ümmügül Üyetürk, ¹Müzeyyen Beydoğan, ¹Mecdi Ergüney, ²Cevat Kırmacı

¹S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği, ²Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, ³Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Vücuda alınan toksik maddelerin ve metabolitlerin meydana getirdiği karaciğer lezyonlarının ağırlık derecesi asemptomatik hastalıktan masif karaciğer lezyonlarına kadar geniş bir çeşitlilik gösterir. Amiodaron birçok yan etkisi olan, karaciğer toksisitesi veriliş dozuna bağlı olarak artan bir antiaritmiktir.

OLGU: 60 yaşında erkek hasta nefes darlığı ve çarpıntı şikayeti ile başvurdu. Hasta daha önceden hızlı ventrikül cevabı atriyal fibrilasyon (HVCAF) ve kalp yetmezliği tanıları ile takipli ve amiodaron ve kumadin tablet kullanmakta idi. Hasta önceden digoksin tablet de kullanmış ancak 1 ay kadar önce digoksin intoksikasyonu sebebi ile ilacı kesilerek amiodaron tablete geçmişti. Hastanın fizik muayenesinde: TA: 120/80 mm Hg, Nb: 136/dk idi. Solunum sistemi muayenesinde bilateral orta zonlara dek ince kesintili ek ses mevcuttu. Kardiyak muayenede kalp sesleri aritmikti ve mitral odakta 3/6 pansistolik üfürüm mevcuttu. Batın muayenesinde özellik yoktu. Hastanın çekilen EKG'sinde HVCAF tespit edildi. 2 ampül diltiazem yapıldı ancak hızı kırılmadı. Bunun üzerine hasta koroner yoğun bakım ünitesine yatırılarak 2 ampül mediflex içine konularak yarım saatte daha sonra ise 5 ampül 500 cc içine konularak 24 saatte amiodaron perfüzyonuna başlandı. Hastaya tedavi başlanmadan önce alınan biyokimya tahlillerinde glikoz: 93mg/dl, üre: 53mg/dl, kreatinin: 1, 23mg/dl, AST: 31U/L, ALT: 44U/L, LDH: 523U/L, CK: 129U/L, Na: 138 mmol/L, K: 4, 27 mmol/L, INR: 2, 01, PT: 23, 8sn, APTT: 34, 4sn ve hemogramı normal idi. Hastaya amiodaron perfüzyonu başlandıktan 24 saat sonra alınan kontrol biyokimya değerlerinde glikoz: 97 mg/dl, üre: 87 mg/dl, kreatinin: 2, 29 mg/dl, ürik asit: 9, 5 mg/dl, total bilirubin: 5, 80 mg/dl, direkt bil: 1, 66 mg/dl, indirekt bil: 4, 1 mg/dl, AST: 1758 U/L, ALT: 1349 U/L, LDH: 848 U/L, CK: 328 U/L, ALP: 80 U/L, GGT: 47 U/L, Na: 137 mmol/L, K: 4, 48 mmol/L idi. Hastanın takiplerinde AST: 2491U/L, ALT: 1889U/L, LDH: 2237U/L'ye dek yükseldi. Batın USG: hepatik venlerde dilatasyon, karaciğer boyutlarında artış saptandı ancak karaciğer parankimi normal olarak görüldü. Hastanın EKO'sunda 2-3.° mitral yetersizliği, pulmoner hipertansiyon, sol ventrikül segmenter hareket kusuru saptandı. Hastanın hepatit markerları bakıldığında HBs Ag reaktif olarak saptandı ve HBV DNA viral yük: 15546 kopya/ml=2776 IU/ml saptandı. Anti HBe reaktif, diğer markerlar nonreaktifi. Amiodaron perfüzyonu kesilen hastanın takiplerinde AST, ALT değerlerinde düşüş görüldü. Hastanın genel durumu bozuk olduğu için karaciğer biyopsisi yapılamadı.

SONUÇ: Amiodaron birçok yan etkisi olan bir antiaritmik olup, oldukça yaygın kullanılmaktadır. Acil olarak kullanılması gerektiğinde tedavi öncesi biyokimya parametreleri bakılamayabilmektedir. Bizim vakamızda da perfüzyon tedavisi acil uygulanmış, daha sonra karaciğer enzimlerindeki yükselme fark edilerek hastanın hepatit B taşıyıcısı olduğu tespit edilmiş ve tedavi kesilmiştir. Hastanın aritmisiz digoksin tablet ile kontrol altına alındı. Hasta hepatoloji polikliniğinden takiplidir.

P286**ÜLSERATİF KOLİT, COOMBS POZİTİF OTOİMMUN HEMOLİTİK ANEMİ BİRLİKTELİĞİ**

Mustafa Demirtürk, Binnur Pınarbaşı, Ahmet Uyanıkoğlu, Ahmet Ekmekçi, Kadir Demir

İstanbul Tıp Fakültesi

GİRİŞ: Ülseratif kolit rektumdan itibaren proksimale doğru değişik uzunluklarda, arada sağlam kısım bırakmaksızın kolon mukozasını tutan remisyon ve alevlenmeler ile seyreden kronik inflamatuvar barsak hastalığıdır.

Ülseratif kolitin tipik semptomu kanlı mukuslu ishaldir. Hastaların %90- 95'inde görülür. Anemi, lökositöz ve trombositoz hastalığın aktivite bulgularıdır. Seyrek olarak coombs pozitif otoimmün hemolitik anemiye yol açar.

OLGU: Kliniğimize başvurmada 4 ay önce kanlı mukuslu dışkılama nedeni ile kolonoskopi yapılmış. Alınan biyopsilerin patolojileri neticesinde sol kolon tutulumlu ülseratif kolit tanısı konulmuş. Salofalk tb 500 mg tb 3x1, salofalk lavman 1x1 tedavisi başlanmış. Bu tedavi ile kanlı dışkılama durmuş ve dışkılama sayısı normale dönmüş. Tedavinin 4. ayında genel durumu bozulan, halsizliği ve dışkılama sayısı artan hasta kliniğimize başvurdu.

Fizik muayenesinde soluk görünümde, dinlemekle solunum sesleri doğal (14/dk) idi. Dolaşım sistemi muayenesinde; sağ- sol KB: 120/70mmHg, nabız dakika sayısı 112/R idi. Sindirim sistemi muayenesinde 3 parmak hepatosplenomegali saptandı, ek patoloji yoktu.

Laboratuvarında HB: 5.1 gr/dl, MCV: 116 fL, LDH: 11340 U/L, total bilirubin: 3, 16 mg/dl, indirekt bilirubini: 2.35 mg/dl idi. Ön planda hemolitik anemi düşünülen hastanın coombs testi pozitif saptandı. Retikülositozu vardı. Perifer yaymasında sferositleri, tear drop hücreleri, polikromazisi saptandı.

Semptomatik anemisi olan hastaya 2 ünite eritrosit replasmanı yapıldı. 1 mg/kg dozunda metilprednisolon iv, dodek ampul im, folbiol tb 1x1 tedavisi başlandı. Tedavi ile genel durumu düzelen hastanın anemisi giderek düzeldi.

Hepatosplenomegalisine yönelik üst gis endoskopisi, batin tomografisi ve kemik iliği aspirasyonu yapılan hastada ek patoloji saptanmadı.

SONUÇ: Ülseratif kolit zemininde anemi sık görülen ve hastalık aktivitesini gösteren bir tablodur. Aneminin, hasta klinik remisyonunda iken ortaya çıkması durumunda ise, ülseratif kolitte nadiren görülen hemolitik anemi olasılığı göz ardı edilmemelidir. Tanı koyduracak tetkikler hızla yapılmalı ve tedaviye bir an önce başlanmalıdır.

P287**OTOİMMUN HEPATİT: BİR OLGU SUNUMU**

¹Ümmügül Üyetürk, ²Çiğdem Usul Afşar

¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Otoimmün hepatit ülkemizde kronik karaciğer hastalıklarının nisbeten seyrek görülen sebeplerinden biridir. Kadınlarda daha sık rastlanır. İmmunoserolojik göstergelere göre üç tipi olmasına rağmen, vakaların %85'i tip 1'dir.

OLGU: 57 yaşında erkek hasta tüm vücutta sararma, çay rengine idrar yapma ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. 14 yıldır tip 2 DM olan hasta, 4 yıl önce prostat hipertrofisi sebebiyle ve 32 yıl önce de trafik kazası geçirerek karaciğer yaralanması sebebiyle opere olmuştu. 3 aydır KOAH'ı mevcuttu. 40 yıldır 4-5 paket/gün sigara içtiği öğrenildi. Fizik muayenede TA: 90/60 mmHg, nabız: 80/dk, ritmikti. Bilinç açık, koopere olan hastanın cilt ve sklerası ıkerikti, parmaklarda çomaklaşma mevcuttu. Solunum sesleri her iki akciğerde azalmış ve sağ üst zonda ronküsler duyuldu. S1, S2 normal ve ritmikti. Batında insizyon skar altında ve umblikusta herni mevcut olup sağ üst kadranda hassasiyet vardı; traube açıktı ve splenomegali yoktu. Diğer sistem muayene bulguları doğaldı. Laboratuvar: Hemogramında normositer anemisi tespit edildi. Sedimentasyon: 80 mm/saat glukoz: 131 mg/dl üre: 22 mg/dl kreatinin: 1,12 mg/dl total protein: 7,8 g/dl albumin: 3,9 g/dl AST: 465 U/L ALT: 506 U/L GGT: 699 U/L ALP: 1339 U/L LDH: 317 U/L total bilirubin: 22 mg/dl direkt bilirubin: 16 mg/dl Na: 133 mmol/L K: 4, 3 mmol/L TİT'de +++ bilirubin mevcuttu. PT, APTT ve INR, amilaz değerleri normaldi. 3 kez bakılan gaytada parazit saptanmadı. Ferritin düzeyi artmıştı. TSH, fT3, fT4, PSA düzeyleri normaldi. Hepatit markerları negatifti. Batın USG: karaciğer boyutları normal, safra kesesi volümü doğal ve içinde milimetrik hiperekojeniteler tespit edildi, intra ve ekstrahepatik safra yolları normaldi. Önce tıkanma ikteri düşünüldü. Üst-alt abdomen BT ve MR'ında ve kolanjiyografi MR'da safra yolları doğaldı. Takiplerinde AST: 625 U/L ALT: 631 U/L ALP: 2219 U/L GGT: 1066 U/L total bil: 22 mg/dl direkt bil: 16'ya de yükseldi. Hastada otoimmün hepatit olabileceği düşünüldü ve yapılan tetkiklerinde ANA, SMA, anti ds DNA'sı pozitif olarak saptandı. İmmunglobulin G düzeyi artmıştı. Hastaya karaciğer biyopsisi yapıldı, kronik aktif hepatitis izlendi, otoimmün hepatit ile uyumlu idi. Portal alanlarda plazma hücrelerini de içeren mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu, az sayıda eozinofil tespit edildi. Perportal kolestat, limiting membranlarda orta şiddette interface hepatitis ile haraplanma vardı. Portal aralıklarda fibröz genişleme, perisellüler fibrozis tespit edildi. Hastaya steroid (deltacortil 40 mg/gün) ve ursofalk (5 tb/gün) tedavisi başlandı. AST, ALT, GGT, ALP, total ve direkt bilirubin değerlerinde hızlı bir düşüş görüldü. Genel durumu da düzelen hasta hepatoloji polikliniğinden takiplidir.

SONUÇ: Otoimmün hepatit ayırıcı tanısı oldukça önemlidir. Kortikosteroidler monoterapi veya azatioprin ile kombinasyon rejimi halinde kullanılırlar. Remisyon sağlanan vakalarda uzun süreli sonuçlar çok iyidir. Dekompense karaciğer sirozuna ilerleyenlerde ise tek seçenek karaciğer transplantasyonudur.

P288**ALT DÜZEYİ YÜKSEK VE NORMAL OLAN KRONİK HEPATİT C ENFEKSİYONLU HASTALARIN KARŞILAŞTIRILMASI**

¹Önder Akkaya, ²Murat Kırııcı, ¹Yusuf Yılmaz, ³Engin Ulukaya, ²Macit Gülten, ²Enver Dolar, ⁴Ömer Yerci, ²Selim Gürel, ²Selim Giray Nak

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, ³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı, ⁴Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

AMAÇ: Serum alanin aminotransferaz seviyelerinin kronik hepatit C enfeksiyonlu hastaların klinik, biyokimyasal, radyolojik ve histolojik özellikleriyle karşılaştırmak

YÖNTEM: 24 yüksek transaminazlı ve 12 normal transaminazlı kronik hepatit C enfeksiyonu olan hastanın ayrıntılı fizik muayenesi ve laboratuvar değerlendirilmesi yapıldı. Bu hastalara daha sonra karaciğer biyopsisi yapılarak histopatolojisi Knodell'in histolojik aktivite indeksine göre değerlendirildi. Ardından ALT düzeyi normal olan kronik HCV hastalarının genel özelliklerini ALT düzeyi yüksek olanlarla karşılaştırarak analiz edildi.

BULGULAR: ALT düzeyi normal olan hastalar sıklıkla kadın olma eğilimindedir (P = 0,06). Ayrıca, dolaşımındaki ferritin konsantrasyonu (P = 0,01) ve AST aktivitesi (P = 0,01) daha düşüktür (Tablo 1).

ALT düzeyi normal olan hastaların toplam HAI puanı (6,6 ± 3,9) ALT düzeyi yüksek olan hastalara (11,0 ± 2,5, P < 0,001) kıyasla belirgin ölçüde daha düşüktür. Köprüleşme nekrozunun eşlik ettiği veya tek başına periportal nekroz, intralobular dejenerasyon ve fokal nekroz, portal inflamasyon ve fibroz da dahil tüm HAI puanları ALT düzeyi normal olan hastalarda ALT düzeyi yüksek olan hastalara nazaran belirgin ölçüde daha düşüktür (Tablo 2). Bununla birlikte, ALT düzeyi normal olan HCV hastaları yüksek ALT düzeyi olan hastalara kıyasla ultrason steatoz derecelendirmesi bakımından belirgin bir farklılık göstermemiştir (0,8 ± 0,7'ye karşılık 1,2 ± 1,1; P = 0,17).

ALT düzeyleri HCV enfeksiyonunun düzeyleriyle (r = 0,46, P < 0,01), HCV-RNA ile (r = -0,33, P < 0,05) ve HAI ile (r = 0,44, P < 0,01) korele edilmiştir. ALT konsantrasyonları HAI bileşenleri arasında periportal köprüleşme nekrozu/perportal nekroz (r = 0,50, P < 0,01) ve fibrozla (r = 0,37, P < 0,05) belirgin bir şekilde ilişkilidir.

SONUÇ: ALT düzeyleri normal olan kronik HCV hastalarının, ALT düzeyleri yüksek olan hastalara kıyasla daha düşük ferritin ve HCV-RNA düzeylerine ve daha hafif histolojik hasara sahip olduğuna dair bulgular ortaya koydu.

Tablo 1.

<i>Özellikler</i>	<i>Tüm grup (n = 36)</i>	<i>ALT düzeyi normal olan hastalar (n=12)</i>	<i>ALT düzeyi yüksek olan hastalar (n=24)</i>	<i>P değeri</i>
Kadın, n	24 (%66,6)	11 (%91,6)	13 (%54,2)	0,06
Yaş (y)	47,9 ± 13,2	48,6 ± 13,8	47,5 ± 13,2	0,82
HCV enfeksiyonunun tahmini süresi (ay)	58 (24-120)	42 (22-89)	64 (38-140)	0,49
HCV RNA (IU/mL)	2471075 ± 2490186	3279958 ± 2551527	2066634 ± 2410535	0,17
Vücut kütle endeksi (kg/m ²)	28,5 ± 3,9	28,4 ± 5,1	28,5 ± 3,2	0,95
Bel Çevresi (cm)	98 ± 11	97 ± 13	98 ± 9	0,89
Açlık durumunda glikoz (mg/dL)	96 ± 10	94 ± 9	97 ± 11	0,41
Hemoglobin (mg/dL)	13,9 ± 1,5	13,4 ± 1,5	14,1 ± 1,4	0,21
HOMA endeksi	3,1 ± 2,4	2,0 ± 1,0	3,6 ± 2,7	0,06
Total kolesterol (mg/dL)	161 ± 36	165 ± 31	159 ± 39	0,62
HDL kolesterolü (mg/dL)	48 ± 11	48 ± 10	49 ± 11	0,99
Trigliseritler (mg/dL)	98 ± 41	86 ± 36	105 ± 43	0,20
Serum albümin (g/dL)	4,4 ± 0,3	4,4 ± 0,3	4,4 ± 0,3	0,86
Serum globülin (g/dL)	3,1 ± 0,6	3,0 ± 0,5	3,2 ± 0,6	0,57
Serum kreatinin (mg/dL)	0,8 ± 0,2	0,8 ± 0,2	0,8 ± 0,1	0,88
AST (IU/L)	48 (32-67)	26 (23-32)	61 (48-71)	0,01
ALT (IU/L)	64 (34-80)	18 (14-20)	74 (64-98)	<0,001
ALP (IU/L)	90 ± 33	87 ± 19	92 ± 39	0,67
GGT (IU/L)	45 (29-63)	27 (14-44)	61 (34-75)	0,16
LDH (IU/L)	184 ± 32	181 ± 36	186 ± 30	0,66
Total Bilirubin (mg/dL)	0,7 ± 0,3	0,7 ± 0,2	0,8 ± 0,3	0,68
Direkt Bilirubin (mg/dL)	0,3 (0,2-0,4)	0,3 (0,2-0,4)	0,4 (0,3-0,5)	0,46
Trombosit sayısı (10 ³ /mm ³)	202 ± 54	219 ± 63	193 ± 48	0,18
Ferritin (ng/mL)	45 (34-77)	20 (14-41)	76 (49-167)	0,01
Pozitif ANA, n	2 (%5,5)	0	2 (%8,3)	0,79
Pozitif AMA, n	0	0	0	-
Pozitif ASMA, n	0	0	0	-
Pozitif LKM-1, n	0	0	0	-

Tablo 2.

Değişken	Tüm grup (n = 36)	ALT düzeyi normal olan hastalar (n=12)	ALT düzeyi yüksek olan hastalar (n=24)	P değeri
Hepatit aktivitesi endeksi (HAI)	9,5 ± 3,7	6,6 ± 3,9	11,0 ± 2,5	<0,001
Köprüleşme nekrozu ± periportal nekroz	3,7 ± 2,2	2,1 ± 1,9	4,5 ± 2,0	<0,001
İntralobular dejenerasyon ve fokal nekroz	2,7 ± 1,1	2,1 ± 1,2	3,0 ± 0,8	0,03
Portal iltihaplanma	3,0 ± 1,0	2,3 ± 1,4	3,3 ± 0,8	0,02
Fibroz	1,9 ± 1,2	1,0 ± 0,9	2,4 ± 0,9	<0,001

P289

İDİOPATİK TEKRARLAYAN PANKREATİT ATAKLARI OLAN
HASTADA SPLENİK VEN TROMBOZUNA BAĞLI SOL YAN
PORTAL HİPERTANSİYON GELİŞİMİ

Mustafa Demirtürk, Binnur Pınarbaşı, Ahmet Uyanıkoğlu, Ahmet Ekmekçi, Zeynel Mungan

İstanbul Tıp Fakültesi

GİRİŞ: Pankreatit akut ve kronik olmak üzere ikiye ayrılır. Safra yolları taşları akut pankreatitte en sık rastlanan etyolojik faktördür. Alkol, hiperlipidemi, hiperparatroidi, hiperkalsemi, ilaçlar ve toksik maddeler, pankreasa yönelik travma, enfeksiyonlar... diğer nedenlerdir. Akut pankreatitli olgularda alta yatan sebep bulunamadığında idiyopatik pankreatit söz konusudur. Kronik pankreatit ise pankreasın endokrin ve ekzokrin yapılarının hasarı, fibroz doku gelişimi ile karakterize inflamatuvar bir olaydır. Klinik prezanstasyonda en sık görülen tablo karın ağrısıdır. Hastaların %95'inden fazlasında görülür. Bunun yanı sıra bulantı, kusma, ateş, epigastrik hassasiyet, sarılık görülebilir. Tanı klinik ve laboratuvar olarak koyulur. Özellikle serum ve idrar amilazı, lipaz düzeylerinde artış, ayrıca AST ve akut faz reaktanlarında artış tanı koydurucudur. Tekrarlayan pankreatit atağı olan hastalarda özellikle pankreas dokusunda inflamasyona sekonder splenik ven trombozu gelişebilmektedir.

OLGU: Yaklaşık 2 yıldır 2-3 hafta aralıklı olan, daha çok üst kadrana lokalize karın ağrısı atakları olmakta olan hastamızın başvurduğu merkezlerde gastrit tanısı konularak tedavisi düzenlenmiş. Ancak hastanın yakınmalarında gerileme olmamış. Son atağı sonrasında çekilen kontrastlı batin tomografisinde pankreasında 8x5 cm'lik kistik lezyonu saptanan hasta tekrarlayan pankreatit atakları olduğu düşünülerek interne edildi. Yapılan muayenede kosta yayını geçen 2 parmak splenomegalisi haricinde patoloji saptanmadı. Hastanın geliş hemogram ve biyokimyasal parametrelerinde herhangi bir özellik saptanmadı. Dışkı mikroskopisinde bol nötral yağ ve yağ asidi saptandı. Batin kontrastlı tomografide pankreas korpusunda 3x3cm boyutunda psödokist, wirsung kanalı kuyruk kısmında genişleme, splenik vende tromboz, perigastrik ve mide fundusunda kollateraller görüldü. ERCP'de intra ve ekstra hepatik safra yuolları normal, wirsung kanalında düzensiz genişleme, korpus kuyruk hizasında darlık (kronik pankreatit?) tespit edildi. Üst GIS endoskopisinde hiatal herni, eritematöz gastrit, fundusta varietaksi saptandı. Pankreas stenti takılamayan hastaya Keon 25000 tx 3x1 ve Lansor 30 mg kap 1x1 tedavisi başlandı. Poliklinik takiplerine gelmek üzere eksterne edildi.

SONUÇ: Tekrarlayan pankreatit atakları olan hastalarda pankreas dokusuna sekonder inflamasyona sekonder özellikle splenik vende tromboz görülebilir. Tromboza sekonder left side portal hipertansiyon tablosu gelişebilir. Bu durum ciddi üst GIS kaynaklı kanamalara neden olabilir. Tablo yerleşmiş hastalarda medikal tedavinin yanında asıl tedavi splenektomidir.

P290

HCV'YE BAĞLI KRIYOGLOBÜNEMİK VASKÜLİT

Ahmet Ekmekçi, Kültigin Türkmen, Rıza Ataş, Mehmet Tayfur, Seyit Mehmet Kayacan

İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Hepatit C virüsü (HCV), bütün dünyada yaygın olarak görülen oldukça ciddi bir sağlık sorunu olup, ortalama görülme sıklığı %3 civarındadır. HCV, kronik karaciğer hastalığı dışında hematolojik, dermatolojik, renal bozukluklar, otoimmün ve nörolojik bozukluklar gibi çok sayıda ekstra-hepatik belirti ve bulgulara neden olabilmektedir.

OLGU SUNUMU: 3 yıldır bilinen anti-HCV pozitifliği bulunan 80 yaşında kadın hasta ateş, halsizlik, yaygın döküntü nedeniyle yatırıldı. Fizik muayenesinde ateş 37, 8C, özellikle alt ekstremitelerde makulopapüler döküntü, kosta yayını 3 cm geçen hepatomegali dışında patoloji yoktu. Hemogram ve biyokimya değerleri normaldi. Sedimentasyon Hızı: 51 mm/saat, CRP: 39.4 U/L idi. Akut faz reaktanları yüksek olan ve vaskülit kliniği bulunan hastada alt ekstremitedeki ülsörlerin HCV'ye bağlı vaskülit zemininde gelişmiş olabileceği düşünüldü. HCV RNA, PCR tekniği ile pozitif saptandı. Hepatit B yüzey antijeni, antinükleer antikor, çift sarmal DNA'ya karşı antikor, nükleoproteinlere karşı antikor taraması ve anti-nötrofil sitoplazmik antikor negatif saptandı. Kompleman C4 2.77 mg/dl (16-47), romatoid faktör 21.5 IU/ml (<20) bulundu. Kriyoglobulin ve kriyofibrinogen iki pozitif olarak bulundu. Döküntülerden alınan biyopsi örnekleri vaskülit ile uyumlu bulundu.

TARTIŞMA: Kriyoglobulinler serum soğutulunca geri dönüşümlü olarak çöken serum immünglobulinleridir. Kriyoglobulin vaskülit başlıca küçük çaplı damarların immün kompleks ve kompleman birikimi ile karakterize iltihabıdır. 3 farklı kriyoglobulin tanımlanmıştır. Tip I; monoklonal kriyoglobulinlerdir ve lenfoproliferatif ve miyeloproliferatif hastalıklarda görülür. Tip II; mikst monoklonal, monoklonal (genellikle IgM) ve poliklonal (genellikle IgG) kriyoglobulinlerdir ve lenfoproliferatif, otoimmün hastalıklar, viral ve bakteriyel enfeksiyonlarda görülür. Tip III; mikst poliklonal kriyoglobulinlerdir ve lenfoproliferatif, otoimmün hastalıklar, viral ve bakteriyel enfeksiyonlarda görülür. HCV'nin en sık görülen karaciğer dışı bulgusu mikst kriyoglobulinemidir ve sıklıkla tip II ve tip III kriyoglobulinemiye bağlı lökositoklastik vas-

külit sebeb olur. Kronik HCV enfeksiyonlu hastaların %36-54'ünde görülmektedir. Purpura, deri ülsörleri, artralji, kilo kaybı gibi konstitüsyonel semptomlar ile karakterizedir. Sistemik vaskülit, glomerulonefrit ve nöropatiler de gelişebilir. Kriyoglobulinemik vaskülit en sık ciltte ortaya çıkar ancak pek çok organ etkilenebilir. Tedavide hastalar iki grupta incelenebilir. Hafif-orta düzeyde ülsere lezyonu olan HCV kriyoglobulinemik hastalarda ribavirinli ya da ribavirinsiz interferon alfa gibi anti-viral tedavi uygulanır. Bu tip hastaların %75'i tedaviye yanıt verir. Ancak tedavi kesildiğinde nöks oranı yüksektir.

Sonuç olarak artralji, kas güçsüzlüğü, periferik motor-duysal polinöropati, mononöritis multipleks ve santral nörolojik hasar gibi şikayetlerle polikliniğe başvuran hastalarda HCV'ye bağlı mikst kriyoglobulinemi ayırıcı tanıda düşünülmelidir

P291

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS'LU PREMENAPOZAL KADIN
HASTALARDA ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ

¹Mustafa Yıldız, ²Banu Şahin Yıldız, ³Mehmet Soy, ¹Funda Akduran

¹Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Kardiyoloji ve İç Hastalıkları Polikliniği, ²Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

AMAÇ: Özellikle genç kadınları etkileyen ve hızlanmış aterosklerotik vasküler hastalıkla ilişkili olan sistemik lupus eritematozus (SLE) otoimmün, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Kararsız anjina pektoris, akut miyokard infarktüsü ve ani kalp ölümünden oluşan akut iskemik sendromlara koroner arterlerde oluşan trombüs neden olmaktadır. Trombüs oluşumunda ise trombositlerin aktivasyonu oldukça önemli bir rol oynar. Trombosit aktivasyon derecesi trombosit sayısı, ortalama trombosit hacmi (OTH) ve trombosit büyüklüğünün yüzdesi gibi morfolojik parametreler aracılığı ile indirekt olarak değerlendirilebilir. Büyük trombositler daha yoğun granül içerir ve daha fazla tromboksan A2 üretirler. Artmış OTH in vitro adenozin difosfat (ADP) ve kolajene bağımlı agregasyonla ilişkilidir. Bu çalışmada SLE tanısı almış kadın hastalarda aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörü olarak değerlendirilebilen OTH değerleri incelenmiştir.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya SLE tanısı ile takip ve tedavi edilmekte olan 10 premenapozal kadın hasta (hastalık süresi: 6.3 ± 5.6 yıl) ile 10 sağlıklı kontrol grubu dahil edildi. Hipertansiyon, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği (plazma kreatinini >1.5 mg/dl), karaciğer yetmezliği, kalp kapak hastalığı, periferik damar hastalığı, serebrovasküler hastalık, iskemik kalp hastalığı anamnezi olan ve sigara içenler çalışmaya dahil edilmedi. Elde edilen sonuçlar Mann-Whitney U t test ile değerlendirildi. İlişkiler Spearman testiyle hesaplandı. P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: SLE grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında OTH yönünden anlamlı farklılık gözlenmedi (p=0.11) (Tablo 1). OTH ile yaş, vücut-kitle indeksi, biyokimyasal ve hematolojik parametreler arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0.05).

SONUÇ: Sonuç olarak trombosit aktivasyon derecesi ve aterosklerotik hastalıklarla ilişkili olan OTH, SLE'li premenapozal kadın hastalarda sağlıklı kontrol grubuna göre benzer değerlerde bulunmuştur.

Tablo 1. Olguların yaş, vücut-kitle indeksi, biyokimyasal ve hematolojik parametreleri

	SLE	Kontrol	p
Yaş (yıl)	34.3 ± 9.0	37.0 ± 9.5	0.57
Vücut-kitle indeksi (kg/m ²)	24.49 ± 2.17	26.61 ± 5.81	5.81
Kolesterol (mg/dl)	163.00 ± 48.53	171.57 ± 21.66	0.75
HDL-Kolesterol (mg/dl)	55.44 ± 17.55	60.33 ± 13.58	0.60
LDL-Kolesterol (mg/dl)	68.62 ± 9.15	69.11 ± 9.13	0.32
Trigliserid (mg/dl)	85.22 ± 39.01	67.85 ± 39.88	0.09
Glükoz (mg/dl)	90.44 ± 5.65	100.77 ± 47.37	0.79
Hemoglobin (mg/dl)	11.38 ± 1.85	11.66 ± 1.65	0.96
Hematokrit (%)	33.61 ± 4.70	35.51 ± 3.42	0.60
Lökosit (/mm ³)	7059.00 ± 1945.41	6233.33 ± 1733.49	0.27
Trombosit (/mm ³)	256200.00 ± 47686.01	268666.70 ± 29064.58	0.72
Ortalama trombosit hacmi (fl)	9.08 ± 0.91	9.76 ± 0.49	0.11

HDL: High density lipoprotein, LDL: Low density lipoprotein, SLE: Sistemik lupus eritematozus

P292

HİPOPOTASEMİYE BAĞLI CİDDİ MYOPATİ: OLGU SUNUMU

Heves Sürmeli, Zeki Aydın, Ahmet Akın, Didem Aydın, Adem Ertürk, Elif Yıldız, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Hipopotasemi serum potasyum seviyesinin < 3.5 mEq/L olduğu durumlarda söz konusudur. Kusma, ishal, bağırsakta mucoza harabiyeti yapan her tür hastalık, primer veya sekonder hiperaldosteronizm, bartter sendromu, insülin tedavisi, akut alkaloz gibi etyolojik faktörler rol oynayabilir. Klinik belirtileri nöromusküler, kardiyovasküler, renal ve endokrin sistem ile ilgilidir. En sık görülen semptomlar halsizlik, yorgunluk, kas güçsüzlüğü ve kas kramplarıdır.

OLGU: Sağ dirseğinde şişlik şikayeti ile başvurduğu sağlık kurumunda yapılan biyopsi sonucu osteosarkom tanısı alan hasta opere edilmiş. Hasta operasyondan önce 4 kür sonrasında 2 kür olmak üzere toplam 6 kür Epirubisin, sisplatin ve ifosfamid almış. En son kürünü 3 hafta önce alan hastanın bu süre boyunca bulantı ve kusmaları olmuş. Hasta acil servisimize halsizlik, elde ve ayaklarda uyuşma ve şiddetli kas ve eklem ağrısı şikayeti ile başvurdu. Elektrokardiyogramında QT uzaması ve T dalga düzleşmesi mevcuttu. Daha önceki kemoterapilerde yapılan tetkikleri normal olan hastanın yapılan tetkiklerinde Na: 133 mEq/L, K: 1.32 mEq/L, Ca: 8.7 mg/dl, Cl: 78 mEq/L, SGOT: 176 U/L, SGPT: 47 U/L, LDH: 1182 U/L, TSH: 0.212

µlU/L, sT4: 27 pmol/L, CK: 9665 U/L, CK-MB: 243 U/L. 24 saatlik idrar sonucunda; Na: 552 mmol/24 saat, Cl: 157 mEq/L, K: 22.5 mmol/24 saat olarak saptandı. Bakılan arter kan gazında metabolik alkaloz mevcut idi. Hastaya intravenöz ve oral potasyum replase edildi. Tedaviden 3 hafta sonra hastanın kliniğinde belirgin bir düzelme ile birlikte, bakılan kas enzimlerinin de normal seviyelere gerilediği görüldü.

TARTIŞMA: Hipokalemiye temel olarak çizgili kaslar, barsaklar, böbrek interstisyumu ve kalp etkilenir. Çizgili kaslarda kuvvetsizlik olur, solunum kaslarının kuvvetsizliğine bağlı solunum yetmezliği gelişebilir, ileri derecede hipokalemiye çizgili kaslardan aşırı potasyum kaybı olur ve rabdomyoliz gelişir. Barsak düz kaslarındaki hareket bozukluğuna bağlı paralitik ileus gelişir. Böbreğin interstisyel hücrelerinde parçalanma ve papiller nekroz dahi gelişebilir, buna hipokalemi nefropati denir, ayrıca hipokalemiye bağlı böbreklerden hidrojen kaybı ve metabolik alkaloz gelişebilir. Olgumuz kliniğimizde başvurmadan önce kreatinin kinaz başta olmak üzere kas enzimleri yüksek bulunarak koroner anjiyografi yapılmış ve koroner arterler normal olarak saptanmış. Hipopotasemili hastaların yüksek kas enzim seviyeleri ve şiddetli miyalyi ile sağlık kurumlarına başvurabileceğini göstermesi açısından sunmayı uygun bulduk.

P293

LİDA KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN CİDDİ KOMPLİKASYONLAR

Aysun Halaçoğlu, Dilek Tüzün, Gökhan Kabaçam, T. Tanju Yılmaz, O. Deniz Aydın, Murat Suher

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Lida, kilo kaybını kolaylaştırdığı iddia edilen bir besin desteği olarak piyasaya çıkarılmıştır. Etken maddesi olarak bilinmeyen miktarda sibutramin içermektedir. Bu ilaca bağlı olduğunu düşündüğümüz akut böbrek ve karaciğer yetmezliği hastasını vaka takdimi olarak sunmayı uygun bulduk.

OLGU SUNUMU: 44 yaşında erkek hasta üre, kreatinin yüksekliği nedeniyle servisimize kabul edildi. 10 gün önce geçirdiği trafik kazası nedeniyle beyin cerrahi yoğun bakım ünitesine alınan ve subdural hematoma nedeniyle operasyonsuz takip edilen hastaya epdantoin 3x100mg başlanmış. Takibinde böbrek fonksiyon testleri bozulunca 3 kez hemodiyalize alınmış. Hastanın 1 ay önce bakılan böbrek fonksiyon testleri normalmiş. Hasta 2 ay önce başlayarak zayıflama amaçlı 1.5 ay süreyle Lida 1x1 kullanmış. Hastanın bilinen hastalığı veya sürekli kullandığı ilacı yoktu. Fizik muayenesinde boyu: 1.72 m, vücut ağırlığı: 93 kg. Kan basıncı 130/80 mmHg. Sistemik muayenesi doğaldı. Yapılan laboratuvar incelemesinde BUN: 100mg/dl*, kreatinin: 7.3 mg/dl*, Na: 135mmol/L, K: 5.3mmol/L*, ALT: 32 U/L, AST: 14U/L, GGT: 38U/L, LDH: 220U/L, Total bilirubin: 0.84mg/dl, Direkt bilirubin: 0.17mg/dl, PT: 11, Ssn, PTT: 37, 3sn, INR: 0.98 idi. Tam kan sayımı normaldi. Kreatinin Klirensi: 38.5ml/dk*, Mikroalbumin: 70.3mg/gün*, C3: 1.28, C4: 0.28, c-ANCA: 2.8, p-ANCA: 2.4, ANA: (-), Anti-Ds DNA: (-), RF: (-), Anti Histon Ab: (-), Anti Glomerüler Bazal Membran Ab: (-), IgA: (-), IgG: (-), IgM: (-). Renal arter doppler USG ve protein elektroforezi sonucu ile abdomen USG'de böbrek boyutları normal olarak saptandı. Hastanın takibinde 1 kez daha hemodiyaliz ihtiyacı oldu. Yatışının 7. gününden itibaren karaciğer fonksiyon testleri giderek arttı. Hepatotrop virus serolojisi negatifti. Abdomen USG ve MRCP sonucu normal olarak saptandı. Bu durum epanutinle bağlanarak ilaç kesildi ve yerine daha az hepatotoksik olduğu bilinen okskarbazepin 2x300mg başlandı. Ancak ALT: 564, AST: 357, ALP: 404, GGT: 1180, LDH: 366'ya kadar yükselmesi nedeniyle aldığı okskarbazepin de kesildi. Hastanın ilaçsız takiplerinde karaciğer enzim yüksekliği devam etti. Bir ay içinde kademeli olarak normal sınırlara geriledi.

TARTIŞMA: Lida'nın içerisinde, ne oldukları, nasıl etkiledikleri ve miktarları bilinmeyen bir çok maddede olduğu bilinmektedir. Sibutraminin uygun olmayan bir kullanım sonucu kalp ve damar sisteminde, gastrointestinal sistemde, merkezi sinir sisteminde yan etkilerle yol açtığı bilinmektedir. Buna karşılık Lida içeriğindeki sibutramin dozu bilinmediğinden bu durum böbrek ve karaciğer yetmezliğine davetiye çıkarmaktadır. Yapılan değerlendirmede böbrek yetmezliği etyolojisinin Lida'ya bağlı olduğunu düşündük. Karaciğer disfonksiyonunun bu kullandığı hepatotoksik anti-konvülzan ilaçlara bağlı olabileceği, ancak bunların kesilmesine rağmen devam etmesi nedeniyle başka bir etken olabileceği düşünüldü. Hastamızda da etyolojide Lida'nın etkili olabileceğini düşündük. Hastalar bu tarz ciddi yan etkiler açısından uyarılmalı ve takip edilmelidir.

P294

PONCET HASTALIĞI OLGUSU

Engin Sennaroğlu, Yasin Şimşek, Hasan Tunca, Saadet Akdur, Narin Nasıroğlu, Hulki Genç, Sinem Tümtürk

Ankara Numune Hastanesi

Poncet hastalığı (tüberküloz romatizma); vücudun herhangi bir bölgesindeki aktif tüberküloz enfeksiyonu varlığında gelişen reaktif poliartrit durumu olup, küçük eklemler dahil tüm eklemlerde görülebilir. Etkilenen eklemlerin radyolojik ve bakteriyolojik incelemelerinde özellik yoktur ve bildirilmiş tüm olgularda aktif tüberküloz odağının eradikasyonu ile klinik bulgular gerilemiştir. Sunduğumuz hasta, bilateral dizlerde ve ayak bileklerinde artrit bulgularıyla baş vuran, hiçbir pulmoner semptomu olmayan akciğer taksis bilimsayarlı tomografisinde akciğerde spiküler uzanımlı nodulleri olan, nodul biyopsisi tüberkülozla uyumlu gelen ve anti tüberküloz tedavi sonrası eklemler bulguları gerileyen bir Poncet hastalığı olgusudur.

P295

BEHÇET HASTALIĞINDA MEAN PLATELET VOLUME (MPV)'NİN DEĞERLENDİRİLMESİ

³Özlem Karabudak, ¹Selim Nalbant, ¹Burak Şahan, ²Melih Ünal,

²Dilaver Erşanlı, ¹Mustafa Kaplan, ¹Eylem Çağiltay

¹GATA Haydarpaşa İç Hastalıkları Servisi, ²GATA Haydarpaşa Göz Hastalıkları Servisi,

³GATA Haydarpaşa Dermatoloji Servisi

Trombosit aktivasyonunun ölçümü için Mean platelet volume (MPV) çok basit ve ucuz bir metottur. İskemik vasküler hadiselerde arttığı gösterilmiştir. Bu nedenle çalışmanın amacı, Behçet Hastalığı (BH) olan hastalarda MPV'yi ölçerek trombosit aktivasyonunu değerlendirmek ve hastalık aktivitesi ile platelet fonksiyonları arasındaki olası ilişkiyi araştırmaktır. BH olan 58 hasta ve sağlıklı bireylerden oluşan bir kontrol grubu seçtik. Hastalar, hem klinik bulgularına hem de ciddiye kriterlerine göre; aktif ve inaktif hasta olmalarına göre de sınıflandırıldılar. MPV, sıratlı tüpte toplamış kan örneğinde ölçüldü. Gruplar Student's t-test kullanılarak kıyaslandı. Bu iki grup arasında, Platelet ve Lökosit (WBC) sayısı açısından anlamlı bir farklılık yoktu. Sağlıklı bireylerle kıyaslandığında; hasta bireylerin MPV lerinin daha büyük olma eğilimindeydi. Bununla birlikte, aralarındaki fark anlamlı değildi. Aynı kıyaslama, BH hastası aktif

ve inaktif hastalıklı bireylere de yapıldı. Bu kıyaslamaya göre, MPV seviyelerinde anlamlı bir farklılık yoktu. Böylece, bu sonuçlara göre; BH hastalarında MPV değerlerinin trombotik ve vasküler olaylar ile ilgili herhangi bir riski göstermediği sonucuna varılabilir.

P296

İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİMİZE GELEN ANEMİLİ HASTALARIN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Feyzi Gökosmanoğlu, Hakan Cinemre, Mustafa Çalışkan, Cemil Bilir

Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

AMAÇ: Dünyada pek çok insan özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde anemiden etkilenmektedir. Dünya nüfusunun %30'unun anemik olduğu tahmin edilmektedir. Son yıllarda kalıtsal kan hastalıkları taşıyıcılarının yoğun olduğu yörelerde; toplumun eğitilmesi, bilinçlendirilmesi, muhtemel taşıyıcıların ortaya çıkarılması, genetik danışmanlık ve prenatal tanının birlikte uygulanması ile hastalıklı bireylerin dünyaya gelmeleri önlenmekte ve yeni tanı metodların gelişimi sayesinde anemilerin tanı ve tedavilerinin yapılmasıyla anemilerde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Asıl amacımız anemili olgularımızın etyolojilerini değerlendirmek amacıyla son bir yılda izlenen 2400 hasta retrospektif olarak tarandı.

MATERYAL VE METOD: Bu çalışmada, 02 şubat 2006- 07 şubat 2007 tarihleri arasında üniversitemiz dahiliye kliniğine başvuran 2400 hasta taranarak 295 anemili olguların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Olguların tanısı hemogram sayımında hemoglobin düşmesiyle korale serum Fe++, B12, folik asit ve diğer vitamin eksiklikleri, kronik hastalıklara bağlı ve Hb elektroforezi ile konulmuştu.

BULGULAR: Çalışmaya alınan olguların 240'ı kadın (%81.35), yaş ortalaması 42±13 (18-85) yıl idi. Olguların 228'i (%77.28) demir eksikliği anemisi, 10'u (%3.36) B12 eksikliği, demir ve B12 eksikliği birlikte 16 (%5.42), kronik hastalık anemisi 19 (%6.44), talasemi taşıyıcısı 15 (%5.08), talasemi ve demir eksikliği birlikte 4 (%1.35), akut lösemi 4 (%1.35), G6PDH eksikliği 1 (%0.01), multiple myelom 1 (%0.01) olguda tesbit edildi.

SONUÇ: Anemiler dahiliye kliniklerine başvurularında önemli yeri olan ve multidisipliner yaklaşımla gereken önemli klinik sorunlardan biri olarak önemini korumaktadır.

Tablo 1. Çalışmaya alınan olgularda anemilerin etiyolojisi

ANEMİLERİN ETİYOLOJİSİ	Olgu sayısı
Demir Eksikliği	228
B12 eksikliği	10
Demir ve B12 eksikliği birlikteliği	16
Kronik hastalık anemisi	19
Talasemi taşıyıcısı	15
Talasemi taşıyıcısı ve demir eksikliği anemisi birlikteliği	4
Akut lösemi	4
G6PDH eksikliği	1
Multiple myelom	1

P297

SHPRINTZEN GOLDBERG SENDROMU-FE EKSİKLİĞİ ANEMİSİ

Hatice Aniktar, Işıl Şiltelioğlu, Ali Özgür Öztürk, Fatih Borlu

Şişli Etfal Hastanesi

Shprintzen Goldberg Sendromu sebebi bilinmeyen bir konnektif doku hastalığıdır. Tanısı anomalilerin karakteristik kombinasyonuna bağlıdır. Kraniosinostosis, marfanoid habitus, kendine özgü kraniofasyal görüntü, iskelet anomalileri, nörolojik anomaliler, kardiyovasküler ve konnektif doku anomalilerini içerir. Motor ve kognitif bozukluklar, orta, hafif mental retardasyon eşlik edebilir. Üç olguda marfan sendromunda da bulunan FBN1 mutasyonu saptanmıştır. Subkutanöz yağ dokusunda azalma, abdominal duvar defektleri, erkeklerde kriptorşidizm, miyop bulunabilir. Üç olguda hirshprung hastalığı ile birlikteliği bildirilmiştir. Tanı bireylerin karakteristik klinik bulgularından (mikrognathi, yüksek dar damak, bulböz burun yapısı, büyük keçe kulaklar, marfanoid görüntü, kamptodaktili, araknodaktili, mental retardasyon) şüphelenmekle ve radyografik bulguların (geniş anterior fontanel, osteopeni, kraniosinostosis) katkısıyla olur. Şimdiye kadar 38 olgu yayınlamıştır. Bunların çoğu sporadiktir. Kardiyovasküler sistem anomalileri nedeniyle çeşitli girişimsel operasyonlarda risk taşımaktadır.

OLGU SUNUMU: 27 yaşında erkek hasta kilo kaybı, çok acıkma, nefes darlığı yakınmaları ile başvurduğu dahiliye polikliniğinden Fe eksikliği anemisi tespit edilip tetkik amacıyla interne edildi.

Özgeçmişinde; küçük yaşta menenjit geçirme öyküsü mevcuttu. 3 yıldır infertil. Aileliklerinde özelik saptanmadı. Fizik muayenesinde özellikle olarak solukluk, mikrognathi, büyük keçe kulaklar, bulböz burun yapısı, oküler proptozis, çarpık yerleşimli dişler, saçlarda seyrekleşme, yüksek dar damak, azalmış derialtı yağ dokusu, araknodaktili, kamptodaktili, toraksta hemihipertrofi ve pektus excavatum saptandı. Dinlemekle aort odağında 3/6 diyastolik üfürüm saptandı. Eklemlerde hipermobilité mevcuttu.

Laboratuvar incelemelerinde patolojik olarak Hb-7gr/dl Hct-%24, 9 MCV-53, 2fı MCH-15pg RDW-%20, 9 RBC-4, 68x10 Fe-9ug/dl, TDBK-307ug/dl, ferritin-1, 34ng/ml, sindirim testinde 1 (+) protein ve ggk (-) olarak saptandı. Hemoglobin elektroforezi normal. HbA1-98, 2 HbA2-1,7. Ekokardiografide Aort kökü dilatasyonu, orta derecede aort yatmazlığı ve dejeneratif aort ve mitral kapak saptandı. PA AC grafinde kosta arıklarında paraleleşme ve genişleme ince kaburga saptandı. Gasroskopisinde hafif H.pylori gastrit, hafif duodenit ve hafif derecede kronik antral gastrit saptandı. Kolonoskopisi normal. Periferik yayması hipokrom mikrositer ve K.l. aspirasyonu Fe eksikliği anemisi ile uyumlu bulundu. Yapılan tetkiklerde malabsorbsiyon sendromu saptanmadı. Hastanın marfanoid fenotipi nedeniyle istenen genetik konsültasyonunun katkısıyla SGS tanısı konuldu.

SONUÇ: Hastalık genetik bir mutasyona bağlıdır. Hangi gende lokalize olduğu bilinmiyor. Mental retardasyonu olan hastanın Fe eksikliği anemisi alım yetersizliğine bağlıdır. Bu sendromun tanınmasının

önemi; aort kökü dilatasyonu ve aort yetersizliği anomalilerine rastlanabilmesi nedeniyle yapılacak çeşitli girişimsel operasyonlarda hastanın bakteriyel endokardit profilaksisine alınması gerekmektedir.



Resim 1. (a) Micrognathia, big ears, thin hair (b) High narrow palate (c) Hemihypertrophy at thorax.



Resim 2. (a) Aracnodactily, camptodactily direct graphics. (b) Aracnodactily, camptodactily. (c) Paralleling at intervals of the costa bones.

P298

HEMODİYALİZ HASTALARINDA CAROTİS DOPPLER ULTRASONOGRAFİ İNCELEMESİ

¹Özcan Karaman, ²Ramazan Albayrak, ¹Mehmet Çölbay, ¹İhsan Uslan, ¹Gürsel Acartürk, ¹Şeref Yüksel, ²Hayrettin Sağlam, ³Alpay Haktanır

¹AKÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları, ²AKÜ Tıp Fakültesi Kardiyoloji, ³AKÜ Tıp Fakültesi Radyoloji

AMAÇ: Hemodiyaliz hastalarında aterosklerotik vasküler hastalıklar esas morbidite ve mortalite sebebidir. Arter duvarındaki erken aterosklerotik değişiklikler intima-media kalınlığı (İMK), plak yapısı ve pulsatilite indeksi (PI), resistivite indeksi (RI) ile değerlendirilebilmektedir. Hemodiyaliz hastalarında carotis İMK ile ateroskleroz ilişkisi yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Amacımız hemodiyaliz hastalarında daha önce çalışılmamış olan PI-RI ile İMK'nın aterosklerozla ilişkisini araştırmaktır.

MATERYAL VE METOD: Çalışmamıza 36 hemodiyaliz hastası (21 kadın, 15 erkek; medyan yaş 39.5 yıl (33.0-54.7)) ve 38 sağlıklı kontrol (20 kadın, 18 erkek; medyan yaş, 41.0 yıl (32.5-53.5)) alındı. Bütün grubun common carotid arterlerinde İMK, RI, ve PI ultrasonografi ile değerlendirildi.

SONUÇLAR: Hemodiyaliz hastalarında beklenildiği gibi hemoglobin değerleri anlamlı olarak düşük (p<0.001) (Tablo 1) . Hemodiyaliz hastalarında, kontrol grubuna göre bilateral ve mean carotid İMK anlamlı olarak yüksek bulundu (p<0.0001). Sağ ve sol RI değerleri hemodiyaliz hastalarında kontrol grubuna göre düşük saptandı (p<0.007 ve p<0.007). Yine sağ ve sol PI değerleri hemodiyaliz hasta grubunda anlamlı olarak düşük saptandı (p<0.005 ve p<0.004). İMK ile PI ve RI arasında ise sadece sağ İMK ile sağ carotis arterdeki PI arasında zayıf, ancak negatif bir korelasyon saptandı (r=-0.258 P=0.026).

SONUÇ: Daha önce yapılan çalışmalarda diyabet, hipertansiyon ve serebrovasküler hastalıklar gibi ateroskleroz riskinin attığı durumlarda İMK arttıkça PI ve RI değerlerinin de arttığı görülmüştür. Ancak aterosklerotik hastalıkların önemli bir morbidite ve mortalite sebebi olduğu hemodiyaliz hastalarında ise İMK artarken PI ve RI değerlerinin azaldığı görüldü. Bu bulgu hemodiyaliz hastalarındaki anemiye bağlı olarak gelişen periferik vazodilatasyonun bir sonucu olarak yorumlandı.

Tablo .

Parametreler	Hemodiyaliz (n=36)	Control (n=38)	P
Cinsiyet (K/E) †	21/15	20/18	NS
Yaş (yıl)	39.5 (33.0-54.7)	41.0 (32.5-53.5)	NS
Hemoglobin (g/dl)	10.9±1.7	14.4±1.3	<0.001
Sol İMK	0.80 (0.60-0.80)	0.50 (0.40-0.60)	<0.001
Sağ İMK	0.80 (0.60-0.80)	0.60 (0.50-0.60)	<0.001
Ortalama İMK	0.80 (0.60-0.80)	0.55 (0.45-0.60)	<0.001
Sol PI	0.91 (0.79-1.11)	1.10 (0.94-1.29)	0.004
Sağ PI	0.95 (0.80-1.12)	1.12 (0.96-1.29)	0.005
Sol RI	0.60±0.11	0.64±0.13	0.007
Sağ RI	0.59±0.09	0.64±0.10	0.007
Ortalama İMK (above 75 th per) †	20 (55.5)	0 (0)	<0.001

P299

PERİTONİTLE PRESENTE OLAN LEPTOSPIROZ: OLGU SUNUMU

Engin Sennaroğlu, Münevver İnce, Hasan Tunca, Saadet Akdur, Sinem Tümtürk

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Leptospiroz Leptospira cinsi bakterilerin neden olduğu, vaskülit ile seyreden, akut generalize bir enfeksiyon hastalığıdır. Hastalık hayvanlardan insanlara bulaşan, yaygın, genellikle teşhis konamayan ve sık rastlanan hastalıklardan biridir. Sunduğumuz olgu peritonit semptom ve bulgularıyla presente olan, serolojik olarak leptospiroz saptanıp kristalize penisilin tedavisiyle tam şifa sağlanan bir hastadır. Peritonite presente olan hastalarda leptospiroz olasılığı da akla getirilmelidir.

P300

METOTREXAT DOZ AŞIMINA BAĞLI HEPATOTOKSİSİTE, NEFROTOKSİSİTE VE PANSİTOPENİ: OLGU SUNUMU

Cemal Bes, Aslıhan Çalım, Fatma Paksoy, Fatih Borlu

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Metotrexat (Mtx), Romatoid Artrit gibi kollajen doku hastalıkları ve bazı neoplastik hastalıklarda kullanılan folat antagonisti bir ilaçtır. Mtx kullanımına bağlı kemik iliği supresyonu, stomatit, ishal ve uzun süreli kullanımda karaciğer fibrozi bilinen yan etkileridir. Biz burada Mtx doz aşımına bağlı hepatotoksiste, nefrotoksiste ve kemik iliği supresyonu gelişen bir olguyu sunuyoruz.

OLGU: 62 yaşında erkek hasta, ishal, halsizlik ve yüksek ateş şikayetleriyle başvurdu. Bilinen iskemik kalp hastalığı ve yeni tanı Romatoid Artrit (RA) hastası olup prednol 16 mg tb 2x1, Metaject (Mtx) 15mg amp. 1x1 kullanıyordu. Hastanın haftada bir yaptırması gereken Mtx'i bir hafta boyunca her gün yaptırdığı öğrenildi. Fizik muayenesinde hasta soluk görünümü, ağız mukozasında candidiazis lezyonları, alt ekstremitelerde yaygın peteşi ve ekimozlar mevcut, ateş 39.3 °C, TA 110/70 mmHg, nabız 112/dk, tüm kalp odaklarında 3/6 şiddetinde sistolik suflı duyuldu, organomegali ve lenfadenomegali tespit edilmedi. Laboratuvar değerlerinde üre 229, kreatinin 2.3, SGOT 104, SGPT 72, T.Bilirubin 10.50, D.Bilirubin 8.55, tam kan sayımında WBC 480, nötrofil 140, hemoglobin 5.5, Hct%16.8, trombosit 2000 bulundu. Mtx doz aşımına bağlı kemik iliği supresyonu, hepatotoksiste ve nefrotoksiste tanısı kondu. Febril nötropeni protokolü ile antibiyoterapi başlandı. Neupogen ve folik asit tedavie eklendi. Akut renal yetersizliğine yönelik yoğun hidrasyon yapıldı. 5.gün ateşi düştü ve nötrofil sayısı 700 bulunması üzerine neupogen stoplandı. Tedavisinin 16. gününde hemogram değerleri WBC 8400, nötrofil 5800, hemoglobin 9.7, Hct%29, trombosit 117000 bulundu. Hasta, Mtx tedavisi, dozu ve yan etkileri hakkında bilgilendirilerek ve düzenli poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA: Mtx, düşük dozlarda kullanıldığında dahi bir çok yan etkiye neden olabilmektedir. RA'te Mtx, genellikle düşük dozda ve haftada bir kez kullanılmakta ve başarılı sonuçlar alınmaktadır. Mtx'in toksisite riskini azaltmak için beraberinde folik asit verilebilir. Sonuç olarak, özellikle RA tedavisinde önemli bir yeri olan Mtx'i kullanırken, ilacın yan etkileri hakkında hasta bilgilendirilmeli, ilaç haftanın belli bir günü seçilerek ve gereğinde hastane ortamında verilmelidir. Aksi halde olgumuzda olduğu gibi Mtx doz aşımına bağlı ciddi toksisitelerle karşılaşılabilir ve bunları tedavi etmekte bazen başarısız olabiliriz

P301

CHİLİDİTİ SENDROMU: KARIN AĞRISININ NADİR SEBEPLERİNDEN BİRİSİ

Ayşegül Gök Dalbeler, Şebnem Gider Kaya

Bağcılar Devlet Hastanesi

OLGU SUNUMU: 78 yaşında erkek hasta polikliniğimize uzun süredir devam eden bel ağrısı, karın ağrısı ve kabızlık şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Hasta 30 yıldır günde 1 paket sigara içiyordu. Akciğer sesleri her alanda hafif azalmıştı, batın muayenesinde tüm kadrantlarda derin palpasyonla hafif hassasiyet dışında fizik muayenesi doğaldı. Biokimyasal incelemesinde açlık kan şekeri 127 bulundu. Tokluk kan şekeri ve diğer biokimyasal tetkikleri normal sınırlardaydı. Hemogramda özellik saptanmadı.

Hastaya bol sıvı, karbonhidrattan fakir lifli gıda önerildi. Semptomatik tedavi başlandı. GKG ve Batın USG istendi. Uygun diyet sonrası 3 günlük GKG (-) geldi. Batın USG'de hafif hepatomegali ve prostat glandında hipertrofi dışında özellik saptanmadı. Kontrolünde hastanın karın ağrısı ve kabızlığı devam ediyordu ancak azalmıştı, bel ağrısında azalma olmadı. Hastaya batın tomografisi planlandı ve bel ağrısı için fizik tedavi konsültasyonu istendi. Batın tomografisinde batın sağ üst kadrant subdiyafragmatik lokalizasyonda karaciğer sağ lob superanterior komşuluğunda distandü barsak segmentlerine ait imajlar görüldü. Bu düzeyde ve batın üst kadrantlarda yağlı planlarda yer yer infiltratif kirlili görünümüne mezenenterik vasküler yapılarla belirginleşme dikkati çekmekteydi. Görünüm Chilaiditi sendromu ile uyumlu idi. Ayrıca görüntü alanına giren T10 vertebra korpusu sol kesiminde öncelikle Schmorl nodülü ile uyumlu oluşum saptandı. Hasta Chilaiditi sendromu hakkında bilgilendirildi. Bol lifli diyet bol sıvı alımı ve şişkinlik kabızlık durumunda semptomatik tedavi önerildi. Hastanın takiplerinde şikayetleri zaman zaman devam etse de rahatladığı gözlemlendi.

TARTIŞMA: Chilaiditi sendromu radyolojik tetkikler esnasında tesadüfen saptanan nadir görülen anatomik bir anomalidir. Genel popülasyonda %0.003-0.025 arasında rastlanır. Batı ülkelerinde sıklığı daha azdır. Erkek kadın oranı 4:1'dir. İnsidansı yaşla artar. 65 yaş üzerinde yapılan bir çalışmada insidansı %1 olarak bulunmuştur. Terme yakın gebeliklerde ve postnektrotik sirozlu hasta grubunda riskin arttığı saptanmıştır. Hepatodiyafragmatik interpozisyon en sık rastlanan şeklidir. İleum veya mide içerikli interpozisyonlar daha nadirdir. Literatürde daha çok vaka sunumları şeklinde örneklerle rastlanmıştır. Vakaların çoğu asemptomatiktir. Asemptomatik olgularda 'Chilaiditi Görünümü' semptomatik olgularda ise 'Chilaiditi Sendromu' kullanımı önerilmektedir. Semptomlar sıklıkla hafif karın ağrısından, çok nadir görülen akut intermittan barsak obstrüksiyonuna kadar geniş bir spektrum oluşturabilirler. Tedavi çoğunlukla konservatifdir. Bol sıvı, lifli gıda, yatak istirahati, nazogastrik dekompanseasyon, sıvı replasmanı, lavmanla semptomlar giderilebilir. İleri olgularda cerrahi bir seçenek olarak düşünülebilir. Literatürde hepatopeksi ile genişlemiş subfrenik bölgenin daraltıldığı veya megakolon gelişmesini takiben subtotal kolektomi uygulanan vakalar vardır.

P302**MEDİKAL TEDAVİYE DİRENÇLİ ANORMAL YÜKSEK TRİGLİSERİT DÜZEYİ OLAN BİR OLGU**

¹Serkan Ordu, ²Uğur Korkmaz, ²Aytekın Alçelik, ²Yasemin Kaya, ¹Ahmet Kaya

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

GİRİŞ: Hipertiglisideremi nedenleri ailesel ve sekonder (obezite, alkol kullanımı, diabetes mellitus, hipotirodi ve ilaç kullanımı gibi) olmak üzere 2 grupta incelenmektedir. Çok yüksek trigliserit düzeyleri genellikle ailesel hiperlipidemiye akla getirmektedir. Ancak bu sendromlarda dahi trigliserit düzeylerinin 2000 mg/dl'yi geçtiği nadir görülmektedir. Biz burada anormal yüksek trigliserit düzeyleri olan bir olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU: 50 yaşında bayan hasta stabil angina pectoris nedeniyle başvurdu. Öyküsünde diabetes mellitus nedeniyle düzensiz ilaç kullanımı ve regüle olmayan kan şekeri tablosu söz konusu idi. Sigara, alkol kullanımı olmayan, hipertansiyon veya BMI'yi normal olan hastanın yapılan tetkiklerinde açlık kan şekeri: 247 mg/dl, HbA1c: %9, 4, trigliserit: 7839 mg/dl haricinde anormal bulguya rastlanmadı. Hastanın diabetes ve koroner arter hastalığı (KAH) açısından tedavisi düzenlendi, ek olarak hiperlipidemiye yönelik Fenofibrat+atorvastatin+diyet tedavisi başlandı. Kontrollerinde kan şekeri regülasyonu sağlanan hastanın trigliserit düzeyinin 3394 mg/dl tespit edilmesi üzerine tedavisine ezetimib 10 mg eklendi. 6 aylık diyet ve medikal tedavi sonrasında trigliserit düzeyi 1692 mg/dl olarak ölçüldü. Tedavi süresince yakın takip edilen hastanın yapılan koroner anjiyografisinde 3 damar hastalığı saptandı ve CABG uygulandı.

TARTIŞMA: Hipertiglisideremi KAH riskini artırdığı gibi hayatı tehdit eden akut pankreatit gelişimine de neden olabilmektedir. Çalışmalar hafif ve orta düzeyde trigliserit yüksekliklerinin dahi KAH prediktörü olduğunu göstermiştir. Diğer taraftan özellikle 500 mg/dl üzerinde trigliserit düzeyleri olan hastalar akut pankreatit gelişme riski ile karşı karşıya olduğu için tedavi edilmelidirler. Literatürde akut pankreatit gelişen hipertiglisideremili hastalarda plazmaferez ile olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Aynı zamanda diyet ve maksimal medikal tedaviye rağmen ciddi LDL-kolesterol yüksekliği olan hastalarda düzenli plazmaferez uygulanmasının aterosklerotik plakta ve EKG'deki iskemik bulgulara düzeltmeye yol açtığı bildirilmektedir. Bütün bunlar göz önünde tutulduğunda maksimal medikal tedavi, diyet ve egzersizle rağmen trigliserit düzeylerinin dirençli bir şekilde yüksek saptandığı hastalarda hem koroner arter hastalığı riskini azaltmak hem de akut pankreatit gelişmesini engellemek amacıyla plazmaferez uygulanması düşünülmelidir.

P303**HASTALAR NASIL BİR HEKİM İSTİYORLAR?**

Çağdaş Özdemir, Elvan Küçükkömürcü, Melis Bayram, Betül Durucu, Mustafa Çetiner

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ: Hipokrat'tan günümüze kadar hasta hekim ilişkilerinde hekimlerin dış görünüş, davranış ve giysileri önemli olagelmıştır. Tarihsel süreç içinde hekimlerin giysi tercihleri tıbbi gereksinimler, iş yükü, toplumsal ve kültürel beklentiler gibi faktörlerden oldukça etkilenmiş, sıkça değişime uğramıştır.

AMAÇ: Bu çalışmada amaç, hastalarımızın hekimlerin dış görünüş ve giyimleri hakkındaki düşüncelerini, bu düşünceleri etkileyen faktörleri belirlemek ve hekimlerden beklentilerini ortaya koymaktır.

YÖNTEM: Anket, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Vakfı Academic Hospital'a başvuran ve araştırmamıza katılmayı kabul eden 186 hasta üzerinde ve yüz yüze görüşerek gerçekleştirilmiştir. Anketimizde katılımcılara onların demografik bilgileri, sosyo-ekonomik özellikleri, eğitim durumları, dini inanışları ve hasta-doktor hitaplarını kapsayan 13 soru sorulmuştur. Buna ek olarak katılımcılardan kadın ve erkek hekimlerin dış görünüşlerini değerlendiren 34 soruyu yanıtlamaları istenmiştir. Ayrıca her bir katılımcıya farklı giyim tarzlarında 8 hekim fotoğrafı gösterilmiş ve kendilerine en uygun 3 hekim seçmeleri istenmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya M.Ü.T.F Vakfı Academic Hospital (%27.4) ve M.Ü.T.F Hastanesi'ne (%72.6) başvuran 186 poliklinik hastası katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalamaları 39, 44 ± 14.34 yıl (en genç 17, en yaşlı 73) olup 121'i (%65.1) 'ı kadındır. Anketimize katılanların %46.2'si üniversite mezunudur. Hastaların %16, 7'si dini tercihleri ilgili olan soruyu yanıtlamayı reddetmiştir. Doktorların görünüşleri ile ilgili maddelerin katılımcıları rahatsız etme dereceleri 5'li Likert skalasında değerlendirildikten sonra hastaları en çok rahatsız eden durumun kadın doktorlarda ağır makyaj, erkek doktorlarda ise birden fazla ve değişik yüzük ve sakal olduğu saptanmıştır. Kadın doktorlarda en istenen durum toplu saçlar, erkek doktorlardayla beyaz önlük olmuştur. Hastalar hem kadın hem erkek doktorlarda ağırlıklı olarak beyaz önlüklü resimleri tercih etmişlerdir. Hastaların %94.6'sı doktorların yaka kartı takmasını istemektedir.

SONUÇ: Beyaz önlük hastaların gözünde doktorluğun simgesi ve vazgeçilmez bir parçası gibi görüldüğü diğer giysiler ve aksesuarlar açısından hastalar daha resmi ve sade görünüşlü doktorların tercih etmiştir. Anketimizde yer almasına rağmen güler yüzlü doktor istemi hastaların büyük çoğunluğu tarafından dile getirilmiştir.

P304**PROHEPSİDİN BEHÇET ÜVEİTİNDEKİ AĞIR VE YIKICI KRONİK İNFLAMASYONUN BİR GÖSTERGESİ OLABİLİR Mİ?**

Burak Şahan, Mustafa Kaplan, Selim Nalbant, Fevzi Demirel, Eylem Çağıltay

GATA Haydarpaşa İç Hastalıkları Servisi

AMAÇ: Hepsidin enfeksiyon ve inflamasyon sırasında önemli derecede artmaktadır. Interlökin-6 (IL-6) gibi proinflamatuvar sitokinlerin inflamatuvar olay sırasında yükselmiş olan hepsidin seviyelerinin sebebi olduğu düşünülmektedir. Bizim amacımız Behçet Üveitinde önerilmiş bir inflamatuvar marker olan prohepsidin ve enflamatuvar sitokinlerin olası rolünü araştırmaktır.

METODLAR: Uluslararası Çalışma Grubu kriterlerine uyan yirmi üveiti olan Behçet Hastası (E/K: 12/8, ortalama yaş: 32.9±3.09) ve yirmi üveiti olmayan Behçet Hastası (E/K: 10/10, ortalama yaş: 31.95±3.45) çalışmaya alındı. Yirmi Behçet Hastalığı olmayan üveiti hastası (M/F: 11/9, ortalama yaş: 38.21 ±3.21) çalışmaya alındı. Bu grupta, aktif üveit oranı %30 ve atırtı oranı %35 idi. Sitokinler (IL-2-4-6-8), tümör nekrozis faktör alfa (TNF-α), vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) ve serum prohepsidin ticari olarak temin edilmiş sandwich ELISA kitleri ile ölçüldü.

SONUÇLAR: Üveiti olmayan Behçet hastalarında IL-2 (14.28 9.35, p±4.97 ve 17.03±13.19>9.20±8.99 vs 11.63±0.05) ve IL-6 (11.02 8.22, p±ve 13.46>0.05) hariç tüm sitokin düzeyleri yüksek idi. Tüm sitokinler Behçet hastalığı olmayan üveiti hastalarında yüksek idi. Sitokinlerin bu dağılımdaki eğilimine rağmen, sadece üç sitokin, TNF-α, IL-8 ve IL-4 kontrollere göre önemli derecede yüksek olduğu tespit 25.15, p±12

vs 66.21±edildi. TNF-α (19.73<0.05) ve IL-8 67.50, p±74.28 vs 169.22± (137.31<25.80 vs±0.05) ve IL-4 (63.58 11.58) düzeyleri, üveiti olan Behçet hastalarında üveiti olmayan±81.44 Behçet hastalarına göre önemli derecede düşük tespit edildi. İlginç olarak IL-2 ve IL-6 seviyeleri tüm gruplarda benzerdi. Ortalama serum hepsidin seviyeleri sağlıklı kontrollerde, Behçet Hastalığı olmayan üveiti hastalarında ve üveiti olan Behçet hastalarında sırasıyla 313, 659±30, 71 ng/ml, 323, 693±46, 06 ng/ml ve 366, 994±48, 12 ng/ml dir. VEGF seviyeleri açısından çalışma ve kontrol grupları arasında önemli bir farklılık gözlemlenmedi. Bununla birlikte VEGF düzeyleri sadece üveiti aktivitesi ile korelasyon göstermekteydi (p<0.05) . Biz serum prohepsidin seviyesi ile Behçet üveiti aktivitesi arasındaki korelasyonu saptadık (p<0, 05) .

TARTIŞMA: Bu bulgular serum prohepsidin seviyesinin Behçet üveitinde ciddi inflamasyonun bir markeri olarak artabileceği hipotezini desteklemiştir. Behçet üveiti yıkıcı oküler hasara neden olur ve sıklıkla geleneksel kortikosteroid tedavisine dirençlidir. Bizim sonuçlarımız üveiti olan Behçet hastalarında neden üveit inflamasyonun sıklıkla ciddi ve medical tedaviye dirençli olduğunu açıklayabilir. Bunun yanında daha önce belirtilen Behçet hastalığındaki farklı immune etkiler ile tutarlı olarak altta yatan immüno-patogenez diğer endojen üveiti nedenlerinden daha farklıdır diye önerilebilir.

P305**BİR OLGU NEDENİYLE LUPUS SİSTİTİ**

Engin Sennaroğlu, Sinem Tümtürk, Hasan Tunca, Saadet Akdur, Yasin Şimşek, Hulki Genç, Sibel Bakırcı

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SLE multipl organ tutulumu ile karakterize otoimmün inflamatuvar bir hastalıktır. Lupus sistiti ise, SLE da mesane mukozasının inflamasyonu ile karakterize nadir görülen bir tablodur. Bizim olgumuz sistit semptomlarına (dizüri, urgency, obstrüktif üropati) eşlik eden gastrointestinal sistem semptomlarıyla (ishal, bulantı, kusma, kilo kaybı) presente olmuştur. Literatür irdelendiğinde hemen tüm olguların benzer semptomlarla sağlık kuruluşlarına başvurduğu gözlenmektedir.

Dolayısıyla gastrointestinal sistem yakınmalarıyla başvuran hastalarda mesane tutulumu da olabileceği akla getirilmelidir.

P306**SÜLFANİLÜRE KULLNIMINA BAĞLI TROMBOSİTOPENİLİ OLGU: OLGU SUNUMU**

¹Nafiye Direktör, ²Yusuf Aydın, ²Dilek Berker, ²Tuncay Delibaşı, ²Serdar Güler

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. İç Hastalıkları Kliniği, ²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği

GİRİŞ: Trombositopeniye; hereditör veya akkız birçok hastalık, çevresel toksinler ve ilaçlar neden olabilir. İlaçlar içerisinde en sık antiagreganlar, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar neden olurken, oral antidiyabetiklere bağlı trombositopeni nadir olarak görülür.

OLGU: Siyah gayta şikayeti ile acil dahiliye polikliniğimize başvuran, 42 yaşındaki bayan hasta, gastrointestinal sistem kanaması ön tanısı ile dahiliye servisine yatırıldı. Alınan anamnezde gayta değişikliğinin 2 gündür olduğu, daha önceden bilinen hematolojik ve gastrointestinal sistem hastalığının olmadığı, 2 yıldır diabetes mellitus tanısı ile sülfanilüre (yavaş salımlı gliclazid) kullandığı öğrenildi. Olgunun yapılan fizik muayenesinde, cilt soğuk ve soluk, nabız 140 atım/dakika, arteriyel tansiyonu: 80/60 mmHg ve yapılan rektal tuşesinde melena görüldü. Muayenesinde hepatosplenomegali, peteşi, purpura, eklemelerde şişlik, kızarıklık saptanmadı. Hastanın yapılan tetkiklerinde beyaz küresi 12100K/uL (4.400-11.300), hemogloblin 8.9g/dL (12.3-15.3), trombosit sayısı 4000K/uL (150000-450000), sedimentasyonu 63 (0-12) mm/saat idi. Hastanın saptanan bisitopenisine yönelik istenen anemi paneli normal sınırlarda idi. Konnektif doku hastalığına yönelik istenen ANA, komplemanlar, Immunglobulinler normal, Brusella ve TORCH paneli negatif olarak saptandı. Batın ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Hastanın GIS kanamaya yönelik yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde, bulbus ön yüzde 0.5cm çapında ülser ve yaygın submukozal hemoraji alanları tespit edildi. Hastanın takibinde hematokezya olması üzerine yapılan kolonoskopisinde; ilk 15cm de lümenin %50 sini saran ülserovejetan kitle saptandı. Alınan biyopsi sonucu az diferansiye ade-nokarsinom olarak raporlandı. Kemik iliği aspirasyon ve biyopsisi normal olarak değerlendirildi.

Hastanın yatışından itibaren oral antidiyabetik ilaçları kesildi ve insülin tedavisi başlandı. İlk 3 gün trombosit süspansiyonuna rağmen, trombosit değerleri 1000-3000K/uL arasında seyreden hastanın yatışının 4. gününden sonra trombosit değerlerinde spontan yükselme görüldü.

SONUÇ: Bu bulgular dahilinde hastanın trombositopeni tablosunun, diğer olası patolojiler ekarte edilmediğinden kullanılmış olduğu gliclazid tedavisine bağlı olabileceği düşünüldü. Günümüze kadar yayınlanan çalışmalarda sülfanilürelere bağlı trombositopeni nadir olarak raporlanmıştır. Çalışmalarda chlorpromide, glibenclamide ve glimepride, bağlı trombositopeni bildirilmiş olup gliclazide bağlı trombositopeni bildirilmediğinden vakamızı sunmaya değer bulduk.

P307**İDYOPATİK RETROPERİTONEAL FİBROZİS: BİR OLGU SUNUMU**

Engin Sennaroğlu, Narin Nasiroğlu, Hasan Tunca, Saadet Akdur, S. Cumali Efe, Sinem Tümtürk, Yasin Şimşek

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Dahiliye Kliniği

Retroperitoneal fibrozis, retroperitoneal dokunun kronik inflamatuvar ve fibrotik bir dokuyla yer değiştirmesiyle giden nadir bir hastalıktır. Bazı hastalıkların, özellikle maligniteler başta olmak üzere otoimmün kaynaklı hastalıkların seyrinde gözlenebilmektedir. Olgumuzda bilateral hidronefroza prezente olmuş bir idyopatik retroperitoneal fibrozisli hasta irdelenmektedir. Bilateral hidronefroza hastalar tetkik edilirken idyopatik retroperitoneal fibrozis de unutulmaması gereken tanılar arasında yerini almalıdır.

Basında sunulan sağlık programlarının halk sağlığı üzerine olan etkileriyle, diyet eğitimi hasta uyumu da araştırılıp tartışılmalıdır.

P312**ULNAR SİNİR TUTULUMU İLE SEYREDEN BİR KURŞUN İNTOKSİKASYONU VAKASI**¹Ümmügül Üyetürk, ²Hatice Karaer, ³Çiğdem Usul Afşar.¹Süheyla Uzun Kaya, ¹Türker Taşlıyurt¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı, ³Sb İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: İnsanlar kurşuna çevresel ve/veya mesleki olarak maruz kalırlar. Mesleki maruziyet çevresel maruziyete göre daha çok kurşun intoksikasyonuna neden olur. Kurşun başta sinir sistemi ve hemopoetik sistem olmak üzere renovasküler, gastrointestinal, kardiyovasküler, endokrin ve immün sistemleri etkiler. Sinir sisteminin santral ve periferik kısımlarını etkileyebilir. Periferik olarak en çok dominant olarak kullanılan kolun radial sinirinin duyu kusuru olmadan tutulumuna neden olur.

OLGU: Polikliniğimize başvuran 28 yaşındaki erkek hastanın özellikle sabah yataktan kalktıktan sonra artan, el küçük parmağında dirseğine doğru yayılan ağrı ve uyuşma şikayeti mevcuttu. Özgeçmiş ve soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Hastanın yakın zamanda kilo artışı da olmamıştı. Yapılan fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açık, oryante, koopereydi. TA: 110/70 mm Hg. Nabız: 76/dk idi. Solunum sayısı: 20/dk, ateş: 36, 2 °C idi. Solunum sesleri doğal, kalp sesleri ritmik, ek ses ve üfürüm yoktu. Batın rahattı. Ve hepatosplenomegalisi yoktu. Periferik arterler palpabldı. Hemogramında WBC: 5300/mm3, Hb: 13, 1 gr/dl, Htc: %38, 5, MCV: 79 fL, MCH: 26, 9, MCHC: 34, PLT: 269000/mm3 bulundu. Yapılan periferik yayması normal olarak saptandı. Hastanın biyokimya tahlillerinde herhangi bir özellik yoktu. Tiroid fonksiyon testleri normaldi. Hastanın EMG'si yapıldı. Sağ elde belirgin olmak üzere bilateral hipotenar ve interosseal kaslarda atrofi mevcuttu.

Bu bulgularla hasta tekrar değerlendirildi. Bir akümülatör fabrikasında 4, 5 yıldır çalıştığı öğrenildi. Bu açıdan kurşuna maruz kalmış olabileceği düşünülerek kan kurşun seviyesi istendi. Kan kurşun seviyesi: 87, 70 mcg/dl (Normal: 0-20) olarak geldi. Hastanın kurşun intoksikasyonu olduğuna karar verildi.

Kurşun seviyesinin 40 mcg/dl üzerindeki değerlerde böbrekte tübüler reabsorbsiyon mekanizmalarını bozarak nefropati yapabileceği ihtimali düşünülerek idrarda glikoz, aminoasit ve fosfata bakıldı. Yapılan tetkiklerde; idrarda glikoz: 20 mg/dl (Normal: 1- 30), protein: 13 gr/dl (Normal: 1- 12), fosfor: 34 mg/dl (Normal: 26- 87) bulundu. Kreatinin klirensi yaklaşık 100 ml/dk olarak hesaplandı. Yapılan batın USG'de bir özellik saptanmadı. Hematolojik bozukluklar ise 80-100 mcg/dl'deki kurşun düzeylerinde başlamasına rağmen bizim hastamızın periferik yayması normaldi ve hemogramında da herhangi bir özellik yoktu.

SONUÇ: Kurşun intoksikasyonunda görülen periferik nöropatide çoğunlukla radial sinir tutulmasına rağmen bizim vakamızda ulnar sinir tutulumu mevcuttu. Hastanın periferik nöropatisi cerrahi tedavi ve şelatör ajanlarla (EDTA, BAL) tedavi edilebilir. Hastamızda önce şelatör tedavi denenmiş olup gerekirse cerrahi girişim de düşünülecektir. Bu vaka bize hastalıkların tanısında anamnezin önemini, özellikle mesleki durumu ve mesleki maruziyetin ayrıntılı sorgulanmasının önemini göstermektedir. Hastamız halen polikliniğimizden takiplidir.

P313**GENÇ ERİŞKİNLERDE VİTAMİN B12 EKSİKLİĞİ**¹Nazan Karaoğlu, ²Mehmet Ali Karaoğlu¹Selçuk Üniversitesi Kampüs Sağlık Merkezi, ²Bilgi Hastanesi

GİRİŞ: Vitamin B12 eksikliği yaygın olmasına rağmen akla gelmediğinde tanı konmasında güçlükler olan bir hastalıktır. Çünkü kolay tedavi edilebilen bu hastalık asemptomatik olabildiği gibi nörolojik ve hematolojik ağır tablolar şeklinde de ortaya çıkabilir. Vitamin B12 eksikliğine bağlı nörolojik bozukluklar tipik olarak her iki cinste 40-90 yaş arasında en sık olarak da 6. dekadada görülür. Erişkin bireylerde vitamin B12 eksikliği prevalansı %3 ile %40 arasında değişmesine karşın bunların ancak %5 ila %10'u klinik olarak semptomatiktir.

AMAÇ: Bu çalışmada Selçuk Üniversitesi Kampüs Sağlık Merkezine başvuran ve herhangi bir nedenle vitamin B12 düzeyi bakan bireylerde normalin altında saptanan B12 düzeyi sıklığını saptamak amaçlanmıştır. METOD: Bu tanımlayıcı çalışmada 2005 yılında sağlık merkezine başvuran B12 düzeyi için tetkik istenen hastaların laboratuvar kayıtları incelenmiştir. Çalışmaya dahil edilenler için minimum yaş 14 olarak belirlenmiştir. Çalışma grubu 14-40 ve 40 yaş üstü hastalar olarak iki yaş grubuna ayrılarak karşılaştırılmıştır. Vitamin B12 eksikliği Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi merkez laboratuvarı değerlerine göre B12 konsantrasyonun <145pg/mL'nin altında olması olarak tanımlanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede yüzde ve chi-square kullanılmıştır. BULGULAR: Çalışma grubu 316 kişiden oluşmakta olup bunların 140'ı kadın (%44.3) ve 176'sı erkek (%55.7) bireylerdir. Yaşları 14 ile 67 arasında değişen bireylerde ortalama yaş 32.45±10.88 olarak saptanmıştır. Çalışma grubunun ortalama vitamin B12 düzeyi 213.93±119.54 pg/ml, ortalama eritrosit hacmi (MCV) 84.83±6.45 fL, ortalama Hb düzeyi 14.29±1.77 g/dl olarak belirlendi. Kırk yaş ve altı kişilerde ortalama vitamin B12 düzeyi 214,78 ± 29,79 pg/ml, ortalama Hb 14,15±1,87 g/dl, ortalama MCV düzeyi 84,41 ± 6,70 fL iken 40 yaş üzeridekilerde ortalama vitamin B12 düzeyi 211,79 ± 89,32 pg/ml, ortalama Hb 14,65±1,46 g/dl, ortalama MCV düzeyi 85,7 ± 5,68 fL şeklindeydi. Vitamin B12 düzeyi yaşları 14- 40 arasındaki bireylerin %26, 5'inde (n=226), 40 yaş üstündeki bireylerin ise %23,3'ünde (n=90) normalin altında bulunmuştur. İki yaş grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

SONUÇ: Vitamin B12 eksikliği genellikle 40 yaş üstünde sık olduğu ifade edilen bir hastalık olmasına rağmen bu çalışmada 40 yaş ve altındaki bireylerde sıklığı daha büyük yaş grubundakilerden farklı değildir. Bu sonuç normal popülasyondaki vitamin B12 eksikliğini değil herhangi bir nedenle B12 düzeyi istenenlerdeki B12 eksikliğini göstermektedir. Buna rağmen genelde üniversite öğrencilerinin başvurduğu bu sağlık merkezindeki sonuçlar nörolojik hasarlanmaya yol açan, kognitif fonksiyonları etkileyen bu hastalık açısından risk altında olduklarını düşündürmektedir.

P314**BİR VAKA NEDENİYLE HEREDİTER HEMORAJİK TELENJEKTAZİ**¹Mehmet Ali Karaoğlu, ²Nazan Karaoğlu¹Bilgi Hastanesi, ²Selçuk Üniversitesi Kampüs Sağlık Merkezi

GİRİŞ: Hereditör hemorajik telenjektazi (HHT) ya da diğer adıyla Osler-Weber-Rendu sendromu yaklaşık 5, 000-8, 000 kişide bir görülen otozomal dominant geçişli vasküler bir hastalıktır. Hastalarda yaşla artan sık kanama epizotları tipiktir. Bu kanamalar genelde burun kanaması şeklindedir. Hemen bütün

hastalarda mukokutanöz telenjektazi görülürken yaklaşık %30'unda pulmoner arteriovenöz malformasyon (AVM), %30'unda hepatik tutulum, %10-20'sinde serebral tutulum ve %15 oranında gastrointestinal kanamalar gelişir. Curacao kriterleri epistaksis, multipl telenjektaziler, visseral arterio-venöz malformasyon ve birinci derece yakınlarından birinde HHT varlığıdır. HHT tanısı bu dört kriterden 3'ü pozitifte kesin kabul edilirken iki kriter varsa olası HHT denir. Bu hastalığa bağlı morbidite ve mortalitenin en önemli nedeni multiorgan AVM varlığı ve bunlara eşlik eden kanamalardır.

OLGU SUNUMU: Altmış üç yaşında bir erkek hasta halsizlik, sık burun kanaması ve nefes darlığı şikayetleri ile dahiliye polikliniğine başvurdu. Diyetle regüle olan diabetes öyküsü dışında hastanın yıllardır tekrarlayan burun kanamaları, dönem dönem artan halsizlik ve çabuk yorulma şikayetleri vardı. Aynı şikayetlerin annesinde ve beş çocuğundan ikisinde de olduğunu ifade etti. Yapılan fizik muayenesinde yüzde ve tüm vücutta, oral mukozada hemorajik telenjektazik papüller lezyonlar mevcuttu. HHT ön tanısı ile istenen Kulak Burun Boğaz (KBB) Hastalıkları konsültasyonu sonucu her iki nazal kavitede ve septum nazide hiperemik, telenjektazik ve hemorajik lezyonlar rapor edildi. Göz Hastalıkları konsültasyonunda alt tarsal konjunktivada telenjektazi bildirildi. Hemogloblin 4, 4 g/dl, hematokrit %16, 7, ortalama eritrosit hacmi 61, 8 fl, demir 5 µg/dl, doymamış demir bağlama kapasitesi 487 µg/dl ve ferritin 3 µg/l olarak saptandı. Gaytada gizli kan negatif bulunurken açlık kan şekeri 132 mg/dl olan hastanın karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile vitamin B12 ve folik asit düzeyleri de normaldi. EKG, postero-anterior akciğer grafisi ve göğüs tomografisi normal olan hastanın yapılan abdominal ultrasonografisinde hepatik vasküler yapılarla dilatasyon, grade 1 hepatosteatoz, kolelitiazis, splenomegali ve bilateral renal kortikal kistler rapor edildi. Karaciğer ve portal ven doppler USG'de arterio-venöz malformasyon saptandı. HHT tanısı konan hastaya öncelikle parenteral demir replasmanı yapılarak aile bireyleri kontrol amacıyla muayeneye çağrıldı.

SONUÇ: HHT kesin tedavisi olmamakla birlikte tedavi edilebilir komplikasyonları nedeniyle ve otozomal dominant kalıtımından dolayı aile bireylerinin de takibini gerektiren bir hastalıktır. Hastalığın prognozu kanama erken fark edilip etkin tedavi edilebildiğinde iyidir. HHT hastalarının yaklaşık %10 kadarı komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir. Bu yönüyle erken tanı ve hasta takibinin önemli olduğu durumlardan biridir.

P315**YAŞLILARDA GUT ARTRİTİNİ UNUTMAYIN**¹Mehmet Ali Karaoğlu, ²Nazan Karaoğlu, ¹Kudsi Öncü¹Bilgi Hastanesi, ²Selçuk Üniversitesi Kampüs Sağlık Merkezi

GİRİŞ: Gut hastalığı kronik hiperürisemi ile seyreden eski ve en iyi bilinen romatizmal hastalıklardan biridir. Sodyum urat kristallerinin eklemlere çökmesi ve yineleyen akut artrit atakları ile karakterizedir. Bazı araştırmacılar insülin rezistansı, obezite, hipertansiyon ve trigliserid yüksekliğini kapsayan metabolik sendromla yakın ilişkisi nedeniyle hiperürisemiyi metabolik sendromun bir bileşeni olarak kabul etmektedir. Yetmiş beş yaş üstü bireylerde hiperürisemi sıklığı %4, 1 olarak ifade edilmektedir. AMAÇ: Bu vakayı sunmakla amaç yaşlı bireylerdeki başka hastalıklarla karışabildiği için gözden kaçabilen gut artriti dikkat çekmektir.

OLGU SUNUMU: Yetmiş iki yaşında hipertansiyon ve diabetes öyküsü olan obes bir kadın sağ dizinde ağrı ve hareket kısıtlılığı ile başvurdu. Hastanın bu şikayeti yaklaşık 2 yıldır mevcuttu. Yirmi yıldır antihipertansif, oral antidiyabetik ve düşük doz aspirin kullanmakta olan hasta dizlerindeki ağrı için gonartroz tanısı almıştı. Hastanın laboratuvar testlerinde demir eksikliği anemisi, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) düşüklüğü, sedimentasyon yüksekliği, C-reaktif protein (CRP) pozitifliği ve hiperürisemi (serum ürik asit düzeyi: 9, 3 mg/dl) saptandı. Fizik muayenede sağ patellada hareket kısıtlılığı dışında ödem, ısı artışı ve kızarıklık saptanmadı. Hastaya kronik gut artriti tanısı konarak tedavi başlandı. Bir aylık tedavi sonrası yapılan kontrolde serum ürik asit düzeyinin 4, 6 mg/dl'ye düştüğü, sedimentasyonun normale döndüğü, CRP'nin negatifleştiği ve hastanın klinik olarak düzeldiği saptandı.

SONUÇ: Bu vaka gonartroz olarak takip edilen tipik bir kronik gut artriti vakasıdır. Gut hastalığı menopoza kadar kadınlarda nadir görülür ve prevalansı kadınlarda erkeklerin yaklaşık yarısı kadardır. Buna rağmen özellikle yaşlı kadınlarda gut artriti akla gelmesi gereken önemli bir problemidir. Yaşam kalitesinde belirgin bozulmaya yol açmasının yanı sıra sağlık kaynaklarının artmış kullanımına ve sıklıkla üretkenliğin azalmasına yol açar. Bu hastalığı artıran metabolik sendromun artışıyla da ilgili olması muhtemeldir. Günlük rutinde bu hastalığın akla gelmesi gereksiz tetkikleri önler ve hastanın yaşam kalitesi üzerine etkilidir.

P316**ERCP SONRASI BATIN İÇİ ENFEKSİYONA BAĞLI PARSİYEL PORTAL VEN TROMBOZU OLGUSU**

Olca Bengi Bozkurt, Emel Tatlı, Fuat Şar, Rümeyza Kazancıoğlu

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Endoskopik retrograd kolonjiopankreatografi (ERCP) yıllardan beri biliyer ve pankreatik hastalıklara bağlı koleodk patolojilerinin değerlendirilmesinde ve tedavisinde başarı ile uygulanan bir yöntemdir. ERCP sırasında yapılan insizyona bağlı olarak hemoraji, pankreatit, kolanjit, perforasyon gibi komplikasyonlar %0.2-2.5 oranında görülmektedir.

OLGU: 83 yaşında erkek hasta karın ağrısı, mide bulantısı, kusma, ateş yakınması ile başvurdu. 30 yıl önce peptik ulkus nedeniyle Billroth II operasyonu geçiren ve bilinen başka bir hastalığı olmayan hastaya karın ağrısı yakınması ile başvurduğu başka bir hastanede yapılan Batın BT ve Batın MR'da safra kesesi hidropik ve koleodk geniş görüldüğü için 15 gün önce ERCP yapılmış ve sfinkterotomi uygulanmış. ERCP sonrası hastada karın ağrısı, halsizlik, düşüklük gelişmesi üzerine 2 gün gözlem altında tutulmuş, sıvı tedavisi ve antibiyoterapi uygulanmış, ayakta antibiyoterapi ve dispeptik ilaçlar kullanmasına rağmen yakınmaları devam eden hasta ERCP'den 15 gün sonra tarafımıza başvurdu.

Çekilen Batın BT'de portal ven normal kalibrasyonda olup superior mezenterik ven düzeyinden portal vene oradan hafif derecede sol portal vene uzanan ve lümeninde parsiyel obstrüksiyon oluşturan hipodens trombüs, pankreas inferoposteriorunda belirgin kitle formasyonu göstermeyen, içerisinde hava imajları izlenen yumuşak doku dansitesi (enfektif proses lehine) pnömobilia izlendi. ERCP öncesi trombüs olmayıp ERCP sonrası olduğu tespit edildi.

SONUÇ: Gastroenteroloji konsültasyonu ile hasta batın içi enfeksiyona sekonder portal ven trombüsü olarak değerlendirildi. Prokoagulan faktörler normal bulundu. Antikoagulan ve antibiyotik tedavi başlandı. Üç hafta sonra yapılan kontrolde klinik bulgular doğal idi ve kontrol BT'de trombüs izlenmedi.

ERCP, Biliyer ve pankreatik hastalıklar için son derece faydalı bir tetkik olmakla birlikte komplikasyonlara yol açacağı unutulmamalıdır.

P317

GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİYLE METASTAZI TAKLİT EDEN PİYOJENİK KARACİĞER ABSESİ- OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Burçak Evren Arın, Süheyla Serin Senger

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ: Piyojenik karaciğer absesi, nadir görülen fakat hayatı tehdit edici bir hastalık olup son yıllarda görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ve yaygınlaşmasıyla erken tanı ve tedavi imkanı kazanarak mortalitesi %50'lerden %10'lara kadar düşmüş bir hastalıktır. Burada görüntüleme yöntemleri ile karaciğer metastazı düşünülerek tetkik edilirken biyopsi ile piyojenik karaciğer absesi tanısı konulan diyabetik bir hasta sunulacaktır.

OLGU SUNUMU: 56 yaşında bir kadın hasta merkezimiz acil servisine 10 gündür mevcut olan oral alım bozukluğu, bulantı, sarılık, idrar renginde koyulaşma şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde diyet önerilen takipsiz Tip 2 Diabetes Mellitus dışında sistemik hastalığı yoktu. Acil serviste vücut ısısı 38, 7°C ölçülen hastanın fizik muayenesi iktir ve hepatomegali dışında olağandı. Diyabetik ketoasidoz tablosu saptanan hastanın gönderilen rutin kan tetkiklerinde normositer anemi, lökositoz, CRP yüksekliği, hiperbilirubini-nemi ve karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik görüldü. Çekilen karın USG ve BT' de karaciğerde multi-pli metastazla uyumlu kitle lezyonları saptandı. Enfeksiyon Hastalıkları bölümüne danışılarak kültürleri alındıktan sonra ampirik Sulbaktam-Ampisilin (SAM) 4x1,5 gr iv tedavisi başlandı. Taramalarda malignite için primer odak bulunamadığından karaciğerdeki lezyonlardan USG eşliğinde iğne biyopsisi yapıldı. Hastanın karaciğer biyopsisi kok kümeleri görülen abses odaklarıyla uyumlu idi. Ateşli dönemlerde alınan kan kültürlerinde metisilin duyarlı Staphylococcus Aureus ve Peptostreptococcus sp. üredi. Hastanın tedaviyle 96 saat sonrasında ateşi düştü, CRP ve lökosit sayısı normale döndü, KCFT'de yaridan fazla azalma oldu, bilirubinleri normale düşüp iktir kayboldu. Tedavinin 17. gününde kontrol BT'de karaciğerdeki odakların belirgin küçüldüğü ve bazılarının kaybolduğu gözlemlendi. Parenteral antibiyotik tedavisi 3 haftaya tamamlanan hasta toplam 6 hafta sonra kontrole gelmek üzere p.o. Amoksisilin klavulanat ile taburcu edildi. Altı hafta sonraki kontrol abdomen BT'de karaciğerdeki lezyonların tamamen kaybolduğu ve karaciğer fonksiyon testlerinin normale döndüğü görülen hastanın tedavisi 8 haftaya tamamlanarak kesildi.

TARTIŞMA: Bizim olgumuz diyabetik bir kriptojenik karaciğer piyojenik absesi hastası olup USG ve BT'de multipl karaciğer lezyonları mevcuttu. Görüntüleme yöntemleri bu lezyonları metastaz lehine değerlendirdiği için gerekli taramalar yapılan fakat primer odak bulunamayan hastada tanı, alınan karaciğer biyopsisi ve kan kültürleri ile konuldu ve tedavisi drenajsız sadece antibiyotik tedavisi ile yapıldı. Bu da bize yaşlı, diyabet gibi bağışıklık sistemini baskılayan hastalığı olan ve özellikle ateş yüksekliği, lökositoz gibi bulgularla başvuran hastalarda karaciğerdeki multipl lezyonların değerlendirilmesinde ayrıca tanıda mutlaka absenin de göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir. Böylece fatal seyredebilecek olan karaciğer abselerinin erken tanı ve tedavisi mümkün olabilecektir.

P318

HİPERTANSİF HASTALARDA ALKOLİK OLMAYAN YAĞLI KARACİĞER HASTALIĞI SIKLIĞI VE EŞLİK EDEN HASTALIKLAR AÇISINDAN TEDAVİYE YANITIN İNCELENMESİ

'Yasemin Korkut Türkmen, 'Levent Naci Aydın, 'Kültigin Türkmen, 'Çiğdem Ersoy, 'Yüksel Altuntaş

'Şişli Etfal Hastanesi, 'İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi

GİRİŞ: Alkole bağlı olmayan karaciğer yağlanması (NAYKH) karaciğerde basit yağlanma ile başlayıp steatohepatit, fibroz ve siroza kadar ilerleyebilen bir hastalıktır. Toplumda %10–24 oranında görülmektedir. Obezite, tip 2 diyabet ve dislipidemi etyolojide önemlidir. Diyet, yaşam şekli değişikliği ile kilo verilmesinin yanında antihipertansif, antidiyabetik, dislipidemik tedavi sonrası bazı çalışmalarda kısmi histolojik düzelmenin olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hipertansiyon polikliniğinde 2002–2006 tarihlerinde takip edilen 2700 hastanın dosyası retrospektif olarak incelenerek hipertansiyon ve NAYKH tespit edilen kohorttaki hastaların diyet ve egzersiz ile beraber antihipertansif, antidiyabetik, dislipidemik tedavi sonrası demografik verileri karşılaştırıldı.

GEREÇ VEYÖNTEM: Çalışmaya en az 6 aydan beri aminotransferazlarda yükseklik bulunan, viral ve otoimmün göstergeleri negatif, sorumlu olabilecek ilaç kullanımı bulunmayan, dislipidemi, hipertansiyon, diyabetes mellitus sebebiyle polikliniğimizde takip edilip tedavi gören ve batin ultrasonografisinde karaciğerde yağlanma tespit edilen ve yukarıdaki kriterlere uygun 141 hasta (93 kadın, 48 erkek) çalışmaya dâhil edildi. Hastalara medikal tedavinin yanısıra yaklaşık %5–10 kilo kaybı amacıyla 12 ay boyunca dengeli diyet ve egzersiz programı uygulandı. Hastalar belirli periyotlarda izlenerek başlangıç ve son kontrol parametreleri tedavi öncesi ve sonrasında karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastalar tedavi öncesi ve sonrası kan basıncı, AKŞ, kolesterol ve kreatinin değerleri açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark saptandı (Tablo 1). Ancak VKI, bel çevresi, insülin, trigliserid, mikroalbuminüri, AST, ALT, GGT değerleri arasında istatistiksel olarak fark anlamlı değildi. Diyabetik olmayan, ağırlığı azalan, değişmeyen ve artan gruplar arasında yine bu parametreler açısından farklar anlamlı bulunmadı.

SONUÇ: Diyabet, hipertansiyon, dislipidemi NAYKH açısından önemli risk faktörleri arasındadır. Bu hastalıkların tedavi edilmesiyle kan basıncı, AKŞ, kolesterol ve kreatinin düzeyleri kontrol altına alınmış fakat NAYKH açısından anlamlı fark saptanamamıştır. Çalışmanın kısıtlılıkları açısından bakıldığında USG'nin farklı hekimler tarafından yapılmış olması sonuçları genellemeye olanak tanınamamaktadır. Ancak çalışmamızda optimal terapötik yaklaşımların ve hedeflerin sağlandığı olgularda dahi NAYKH evrelerinde iyileşme yeterli bulunmamıştır. Bu durum sonuçta etyoloji açısından halen farkedilemeyen faktörlerin olabileceği sorusunu düşündürmektedir.

Tablo .

İncelenen Veri (n=141)	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	P
VKI (kg/m2)	32, 5±5, 3	32, 1±5, 1	AD
SKB (mmHg)	155, 3±26, 6	132±15, 3	<0, 0000
DKB (mmHg)	95±13, 8	82, 6±9, 9	<0, 0000
AKŞ (mg/dl)	106, 9±20, 7	99, 5±13, 4	<0, 0001
T-Kol (mg/dl)	215, 7±43, 9	197, 5±43, 6	<0, 0001
HDL-Kol (mg/dl)	47, 4±11, 3	49, 9±13, 0	0, 0004
LDL-Kol (mg/dl)	136, 6±38, 3	120, 9±35, 8	<0, 0001
Kreatinin (mg/dl)	1, 0±0, 4	0, 9±0, 4	0, 01

P319

AKCİĞER KANSERİ VE BEYİN METASTAZI KLİNİĞİNİ TAKLİT EDEN ECHINOCOCCUS ALVEOLARIS OLGUSU

'Mustafa Eren, 'Kerim Çayır, 'Mehmet Bilici, 'Salim Başol Tekin, 'Murat Akbaş, 'Pınar Polat

'Atatürk Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, 'Atatürk Üniversitesi Medikal Onkoloji Bilim Dalı, 'Atatürk Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı

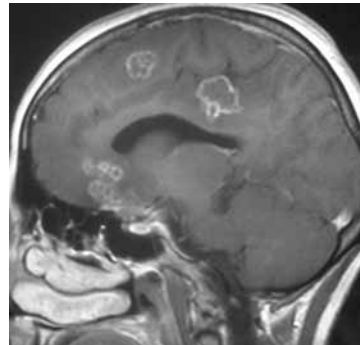
AMAC: Echinococcus alveolaris enfestasyonu akciğer ve nadiren de olsa beyin tutulumu yapabilmektedir. Bu bildiride Echinococcus alveolaris akciğer ve beyin tutulumu yaptığı bir olgu sunulmuştur.

OLGU: 47 yaşında bayan olan hasta 3 aydır olan sağ kol ve bacakta güçsüzlük şikâyeti ile Erzurum Numune Hastanesi'ne başvuran hasta akciğer kanseri ve beyin metastazı ön tanısı ile Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Bölümü'ne sevk edilmiş. Burada hastaya bronkoskopi önerilmiş. Bronkoskopi kabul etmeyen hastanın genel durumu bozulması sebebiyle Beyin Cerrahisi Kliniğine devredilmiş. Hasta aynı ön tanılarla Medikal Onkoloji Kliniğimize devir alındı. Hastanın genel durumu kötü ve şuuru konfüzeydi. Sağda fasial parali, sağ kol ve bacakta 3/5 motor defisit ve sağda babinski refleksi müsbetliği mevcuttu. Batın cildinde geçirilmiş kolesistektomi operasyonuna sekonder insizyon skarı mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde eritrosit sedimantasyon hızı: 60 mm/h, albuimn: 2, 9 mg/dl olması dışında anormallik yoktu. PA akciğer grafisinde sol akciğerde periferik yerleşimli kitle lezyon (Resim 1) ve beyin CT'de en büyüğü sol frontal lobda 4x3 cm olmak üzere multiple metastatik tutulum ve beyin ödemi saptandı. Mannitol ve deksametazon tedavisinden sonra hastanın şuuru düzeldi, motor defisiti 1/5'e geriledi. Hastanın çekilen Beyin MR'da sol frontal lobda en büyüğü 41x34 mm ebatlı olmak üzere 4 adet, sağ frontal lobda 4 adet, sol temporal lobda 21x21 mm ebatlı bir adet, sol parietal lobda bir adet ve korpus kallozum korpus posterior komşuluğunda 19x20 mm ebatlı bir adet olmak üzere bilateral serebral hemisferlerde multiple, T1 AG'lerde gri cevher ile izointens, T2 AG'lerde hipointens, postkontrast kesitlerde periferik kontrast tutulumu gösteren, etrafında yoğun ödemi bulunan lezyon alanları saptandı. MR spektroskopik incelemede 2, 9 ve 1, 3'te pikler saptanmasının ve kolon pikinin olmamasının beyin metastazını ve beyin primer tümörünü ekarte ettirdiği belirtildi (Resim 2). Hastanın çalışılan kist hidatik aglütinasyon testi pozitif sonuçlandı. Bu haliyle hastada Echinococcus alveolaris beyin tutulumu olabileceği düşünüldü. Hastanın sol akciğerindeki lezyondan transtoraksik biopsi yapıldı ve patolojik incelemede Echinococcus alveolaris akciğer tutulumu saptandı. Hastaya albendazol 200 mg tb 2x2 başlandı. Hastanın 6 ay sonraki kontrollerinde şikâyetlerinin azaldığı saptandı.

SONUÇ: Echinococcus alveolaris genellikle karaciğer tutulumu ile sınırlı kalıp, bazen akciğer tutulumu nadiren de beyin tutulumu yapabilmektedir ve malign hastalık kliniğini taklit edebildiğinden ayırtıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.



Resim 1. PA Akciğer Grafisi: Solda periferik yerleşimli kitle lezyon imajı.



Resim 2. Beyin MRI: Multipl yerleşimli lezyonlar.

P320**FENOFİBRAT VE GEMFİBROZİL KULLANIMINA BAĞLI RABDOMİYOLİZ SONUCU GELİŞEN AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ**

Eray Yıldız, Can Sevinç, Damla Başkaya, Ferhan Aytağ, Funda Türkmen, Ali Özdemir

S.B. Haydarpaşa Numune Hastanesi İstanbul

Fenofibrat ve gemfibrozil karaciğerde LVLD sentezini baskılayarak ve lipoproteinlipaz aktivitesini arttırarak antilipemik etki gösterirler. Her iki ilacın da en iyi bilinen yan etkileri hepatotoksitite ve rabdomiyolizdir. Burada iki ilaç kullanan, şiddetli rabdomiyoliz ve akut böbrek yetmezliği ile acil servisimize başvuran bir olgu sunulmuştur.

OLGU: 52 yaşındaki erkek hasta şiddetli yaygın kas ağrısı, idrar miktarında azalma, idrar renginde koyulaşma şikayeti ile acil polikliniğimize başvurdu. Son bir haftadır fenofibrat 400mg/gün ve gemfibrozil 1200mg/gün kullandığını ifade ediyordu. Kan basıncı 150/80 mmHg, nabız 80/dk, şuur açık, koopere olup, tüm kaslar muayenede ağrılıydı. Kan şekeri 100 mg/dl, BUN 34 mg/dl, kreatinin 3.9mg/dl, sodyum 139 mEq/L, potasyum 6.2 mEq/L, klor 99 mEq/L, kalsiyum 7.9 mg/dl, fosfor 9.1mg/dl, ürik asit 7.2mg/dl, AST 2640U/L, ALT 865U/L, LDH 1690U/L, pH 7.2, PCO2 40mmol/L, laktat 0.8mmol/L, bikarbonat 19 mmol/L, lökosit 12400/ml, Hb 14.2gr/dl, Trombosit 175 000 /ml'di. CPK acil serviste ilk yapılan tetkikte ölçülemeyecek kadar yüksek bulununca serum 1/20 sulandırılarak ikinci kez bakıldı ve 100000 IU/L ölçüldü. İdrar hematürik görünümüne sahip olup, dansite 1005, idrar sedimentinde 4-5 eritrosit, kahverengi pigment yüklü silindirler görüldü. Olgu rabdomiyolize bağlı akut böbrek yetmezliği tanısı ile yatırıldı. EKG hiperpotasemi ile uyumluydu. US tetkikinde hepatosteatoz, bilateral böbrekler büyük ve ödemli saptandı. Oligoanürik dönemde olan olguya acil hemodiyaliz endikasyonu konularak, diyalize başlandı. Miyoglobulin düzeyi serumda 589ng/ml, idrarda 3620 ng/ml saptandı. Oligoanürik dönem 12 gün, mecburi poliüri dönemi 10 gün sürdü. Olgu normal böbrek fonksiyonları ile taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Günümüzde oldukça sık rastlanan rabdomiyoliz nedenlerinden biri de değişik ilaçların toksik etkileridir. Antilipemik etkili fenofibrat ve gemfibrozilin rabdomiyoliz iyi bilinen bir yan etkisi olup, olgumuzda olduğu gibi birlikte ve yüksek doz kullanımlarında bu risk artar. Özellikle kombine tedavi önerilen hastaların klinik ve CPK düzeyleri ile izlenmesi gerekmektedir. Rabdomiyoliz tanısı yüksek CPK düzeyleri, serum ve idrarda miyoglobulin varlığının gösterilmesi, hematürik görünümüne sahip idrarda anlamlı miktarda eritrosit olmaması, taze idrar sedimentinde kahverengi pigment yüklü silindirlerin görülmesi ile konulur. Olgumuzda anamnezde rabdomiyolize yol açabilecek ilaç kullanımı ile birlikte mevcut laboratuvar bulguları rabdomiyolizi destekliyordu.

Rabdomiyolizin en korkulan yan etkisi akut böbrek yetmezliğidir. Rabdomiyolizde erken tanı önemli olup, olgular alkali-mannitol tedavisi ile akut böbrek yetmezliğinden korunabilir. Olgumuz oligoanürik dönemde başvurduğundan alkali-mannitol tedavisi denenmemiştir. Olgumuzda CPK düzeyi 100000IU/L gibi çok yüksek bir değerde olup, bu değerde bir CPK düzeyine literatürde rastlanmamıştır. Antilipemik ilaç kombinasyonlarında rabdomiyoliz riskine dikkat edilmelidir.

P321**OSTEOMYELITİ İKİNCİL AMİLOİDOZ VAKASI**

¹M. Mustafa Demirpençe, ¹M. Muhittin Yalçın, ¹Elif Gülçipek, ²Ali Çelik, ³Şükrü Araç, ¹Kadir Biberoglu

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, ³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Anabilim Dalı

Amiloidoz beta-plak yapısında fibriller bir protein olan amiloidin doku ve organlarda birikmesi ile karakterizedir. Primer olabileceği gibi, çeşitli sistemik hastalıklara ikincil de gelişebilir. Klinikliğimizde izlediğimiz kronik osteomyelit'e ikincil gelişen AA amiloidoz vakası sunmayı uygun bulduk.

Kırkdokuz yaşında erkek hasta iki ay önce başlayan ve giderek artan ayaklarda şişlik şikayeti ile başvurdu. Özgçmişinde 2 ay önce tanı aldığı hipertansiyonu ve 12 yıl önce trafik kazası sonrası gelişen humerus fraktürü vardı. Antihipertansif tedavi ile kan basınçları regüle seyreliyordu. Humerus fraktürüne yönelik plak ve eksternal fiksör yerleştirilmişti, fakat son 1 yıldır sol kolunda şişlik başlamış ve son dönemde sol kolu tamamen fonksiyon dışı kalmıştı. Vital bulguları stabil olan, ateşi olmayan hastanın fizik muayenesinde pretibial ödem ve sol kolunda şişliği mevcuttu. Sol kol grafisinde eksternal fiksörünün doku içinde parçalar halinde dağılmış olduğu, kemik bütünlüğünün bozulmuş olduğu gözlemlendi (Resim 1), grafi kronik osteomyelit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Laboratuvar bulgularında kreatinin: 6.4 mg/dl saptanan hastanın 13 gr /gün proteinürisi mevcuttu. Lipid profili normaldi. Rektum biyopsisi AA amiloidoz ile uyumlu saptanan hasta kronik osteomyelite ikincil amiloidoz ve kronik böbrek yetmezliği olarak kabul edildi. Kreatinin klirensi 10ml/dk'nın altında olan hasta hemodiyaliz programına alındı. Kolundaki yabancı cisimler çıkarıldı. Gönderilen doku ve aspirat kültüründe üreme olmadı. Hastaya kronik osteomyelit tanısı ile vankomisin tedavisi başlandı ve tedaviye en az 6 ay devamı kararlaştırıldı.

Sekonder amiloidoz nefrotik sendrom nedenleri arasında sık görülen nedenler arasındadır. T. ülkemizde en sık görülen sekonder amiloidoz nedenleri %64 sıklıkla Ailevi Akdeniz Ateşi birinci sırası, %10 Tüberküloz, %6 ile Bronşektazi ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, %4 Romatoid Artrit, %3 Spodiloartropati, %2 Kronik Osteomyelit, %4 diğer ve %7 ile bilinmeyen nedenler oluşturmaktadır. 1992 yılında University Hospital in Nigeria. Alabi ZO ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 51 kronik osteomyelit vakasından 4 hastada amiloidoz gelişmiştir. Bizim vakamızda da osteomyelit ve kronik osteomyelite ikincil amiloidoz saptanmıştır.



Resim 1. Yabancı cisime bağlı osteomyelit.

P322**İZONIAZİD İNTOKSİKASYONU**

Erdal Eskioglu, Selma Karaahmetoğlu Özkan, Evrım Çakır, Murat Çınarsoy

Ankara Numune Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği

AMAÇ: İzoniazid'in ülkemizdeki yaygın kullanımına rağmen intoksikasyonunun nadir görülmesi, mortal seyredebilmesi, spesifik tedavisinin mümkün olması, klinik ve laboratuvar bulgularının birçok acil müdahaleyi gerektiren diğer hastalıklarla karışabilmesi nedeniyle vakayı sizlerle paylaşmayı uygun bulduk.

Burada acile bilinç bulanıklığı ile getirilen grandmal tipi nöbetleri olan ve metabolik asidozu bulunan tipik bir izoniazid intoksikasyonu vakası sunduk.

OLGU: 22 yaşında bayan hasta acile şuur bulanıklığı ile getirildi. Alınan öyküden intihar amaçlı ilaç içtiği öğrenilen hastanın geliş fizik muayenesinde;

TA: 120-70mmHg Nabız: 86/dk Ateş: 36.5C SS: 17

Bilinç kapalı, sözel uyarana yanıt yok, ağrılı uyarana çekme tarzı yanıt var. Pupiller midriatik, ışık refleksi +/-+. Kardiyovasküler sistem ve solunum sistemi doğal, ekstremiteler motor kayıp yok, patolojik refleks yoktu. Laboratuvar incelemesinde; Kan biyokimyasında; Glu: 296 mg/dl, karaciğer enzimleri normal, böbrek fonksiyonları ve elektrolitleri normal idi. Tam kan sayımında; hb: 14 ht: 44 bk: 33, 6 nötr: %76 plt: 312000. APTT: 20sn, PT: 12sn, INR: 1, Arter kan gazında; pH: 7 pO₂: 106 pCO₂: 25 HCO₃: 7 S02: 94 idi.

Hastanın geldikten 5 dakika sonra jeneralize miyoklonik tarzda nöbeti oldu, diazepamle müdahale edildi. Nöbet sonrası solunumu yüzeyleşen ve ağrılı uyarana yanıtı azalan hastanın 10 dakika içinde 3 kez aynı tarzda nöbeti oldu ve eponitin infüzyonu başlandı. Tetkiklerinde arter kan gazında metabolik asidozu (ph: 7 hco3: 7) olan hastaya bikarbonat replasmanı başlandı. Hiperglisemisi (kan şekeri: 293 mg/dl) olan hastanın diabetik ketoasidoz olabileceği düşünüldü. İdrar tetkikinde glukoz izlenmesine rağmen ketonüri izlenmedi. Hastanın nöbeti eponitin infüzyonu sonrasında 1 kez daha tekrarladı, sonrasında nöbet tekrarı olmadı, kranial CT de patoloji izlenmedi.

Ailesinden alınan bilgiye göre hastanın babasının ilaçlarını almış olabileceği öğrenildi. Olay sonrası 10. saatte 19 adet izoniazid aldığı öğrenilen hastanın metabolik asidozu ve hiperglisemisi düzelmiş ve nöbet tekrar olmamıştı, hasta ile kooperasyon kurulabiliyordu. 8 saat sonraki biyokimyasında CK: 1018 U/L (25-200) olarak geldi, nöbet sonrası CK yüksekliği olarak değerlendirildi. 2.gün 75000 üzerinde ölçüldü. Takibinde gerileyerek düştü. 3.gün karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik izlenen hastada izoniazide bağlı toksik hepatit düşünüldü, takibinde gerileyerek düştü.

SONUÇ: İzoniazid'in ülkemizdeki yaygın kullanımına göre göz önüne alınarak acile şuur bulanıklığı ve jeneralize miyoklonik kasılmalarla getirilen ve metabolik asidozu bulunan hastada ayırıcı tanıda izoniazid alımı muhakkak sorgulanmalı ve tedavi planı buna göre yapılmalıdır. Bizim vakamızda da hastanın uygun ve zamanında müdahalesi ile klinik ve laboratuvar olarak tam iyileşme gözlenmiştir.

P323**DİYABETİK HASTALARDA MİKROALBUMİNÜRİ DÜZEYİNDEKİ ARTIŞTA HELICOBACTER PYLORİ VARLIĞININ ETKİSİ BİR TESADÜF MÜ?**

Özgür Tanrıverdi

Şafak Sağlık Grubu, Göztepe Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Helicobacter pylori (Hp) daha çok gastroduodenal hastalıklara neden olmakla birlikte konakta sistemik immünolojik bir yanıt oluşturduğu bilinmektedir. Bu yanıt sırasında ortaya çıkan infalmtuar mediatörlerin özellikle vasküler yapıda bazı hasarlar oluşturduğu düşünülebilir. Bu çalışmada diyabetik hastalarda Hp varlığı ile mikroalbuminüri (MAU) varlığı ve progresyonu arasındaki ilişki gösterilmek istenmiştir.

YÖNTEM: Çalışmaya toplam 41 tip 2 diyabetik hasta alındı ve her hastada 24 saatlik idrarda MicrAlb strip ile MAU varlığı belirlendi. MAU varlığına göre MAU (+) ve MAU (-) hasta grupları oluşturuldu ve tüm hastalarda gastroskopik incelemede hızlı üreaz testi ve biyopsi ile Hp varlığı araştırıldı. Proteinüri oluşturacak nedenlerin olmadığından emin olundu ve hastalar normotansifti. Hp ve MAU varlığı araştırıldı ve tüm hastalarda HbA1c düzeyi, Angiotensin convertin enzim inhibitörü ve angiotensin reseptör blokleri kullanımı yönünden farklı değildi. Tüm hastalara 3 ay Hp eradikasyonu uygulandı ve 6 ay sonra MAU ve Hp arasındaki ilişki gözden geçirildi. Çalışmanın üçüncü aşamasında toplam 15 ay sonra yeniden Hp ve MAU arasındaki ilişki incelendi. Non-diyabetik ve normotansif 21 dispeptik hasta kontrol grubu olarak

Tablo .

	Başvuru değeri	Taburculuk değerleri
Hemoglobin	6.8	9.3
Hematokrit	20.3	27.4
Beyaz küre	11400	7800
Trombosit	676000	287000
BUN	67	53
Kreatinin	6.0	4.4
Albumin	1.6	1.3

alındı. Tüm hastalara çalışma hakkında bilgi verildi ve istatistiksel değerlendirme SPSS ortamında ki-kare, pearson korelasyon, student t testi ve numerik testler kullanılarak yapıldı.

BULGULAR: MAU (+) saptanan 25 diyabetik hastanın 18'inde Hp (+) idi ve bu hastaların 6. değerlendirmesinde Hp (+) iken eradike edilen 13'ünde MAU değerinde anlamlı bir değişiklik saptanmadı. ($p>0.05$) Bu grupta Hp (+) iken eradike edilemeyen 5 hastanın 6.aydaki değerlendirmesinde 3 hastada MAU düzeyinde anlamlı artış olduğu belirlendi. ($p<0.05$) Bu grupta 15.ay değerlendirmesinde ilk tedavi ile eradike edilen hastaların 5'inde (5/13) Hp (+) saptanırken, 3'ünde MAU düzeyinde anlamlı bir artış ($p<0.05$) ve 2'sinde ise aşkar proteinüri saptandı. İlk tedavi ile eradike edilemeyen 5 hastanın 2'sinde aşkar proteinüri mevcuttu. MAU (-) saptanan 16 hastanın (16/41) 12'sinde Hp (-) iken, bu hastaların 15.ay değerlendirmesinde 4'ünde Hp (+) saptanmış olup MAU değerinde artış anlamıydı. ($p<0.05$) . MAU (-) hastaların geri kalan 4'ünde Hp (-) iken, 6 aydaki değerlendirmede 2'sinde Hp (+) saptanırken aynı hastalarda MAU (+) bulunmuştur. Tüm hastaların 3 aylık takiplerinde postprandiyal kan şekeri ve HbA1c değerleri benzer regülasyon aralığında idi. Takipere gelmeyen 2, HbA1c değeri $>7.0\%$ seyreden toplam 3 hasta 15. ay değerlendirmesine katılmadı. Kontrol grubunda 14/21 hastada Hp (+) saptanırken bu hastaların 9'unda (9/14) MAU saptanmış olup, MAU yapacak diğer nedenler ekarte edilmiştir. Hp eradikasyonu ile bu hastaların 8 (8/9) 'ünde MAU 6. ay sonunda negatifleşmiştir.

SONUÇ: Sistemik bir yanıt olarak Hp enfeksiyonunun mikroalbuminüride artışa yol açtığı kabul edilirken diyabetik hastalarda Hp enfeksiyonunun mutlaka eradike edilmesi gerektiği kanısına varılmıştır.

Tablo .

	İlk değerlendirme Hp (+)	İlk değerlendirme Hp (-)
MAU (+) (n=25)	18	7
MAU (-) (n=16)	4	12
	P<0.05	P<0.05

P324

TÜRKİYE'NİN MEDYATİK HEKİM PROFİLİ

¹Tuğba Yayla, ¹Emine Özay, ²Uğur Ünlütürk, ²Selçuk Dağdelen, ²Serhat Ünal

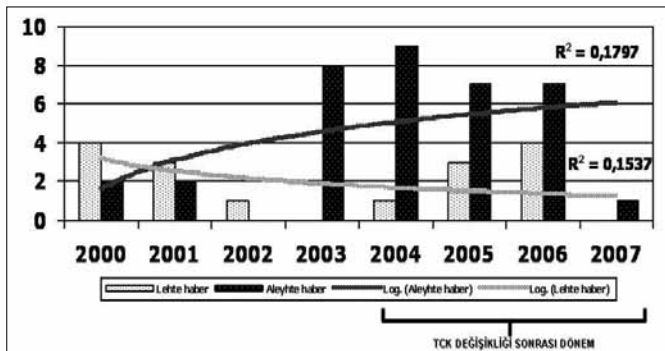
¹Hacettepe Tıp Fakültesi, ²Hacettepe Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

AMAÇ: Yeni TCK Yasasında hekimlere ilişkin düzenleme sonrası yazılı basının haber yapımında hekimlere karşı yanlış bir tutum oluşup oluşmadığının saptanması amaçlanmıştır. İkincil amaç olarak, lehte ve aleyhte haberlerin nesnel olup olmadığı irdelenmiştir.

YÖNTEM: Haber kaynağı olarak çok satan ve 2000-2007 yıllarına ait internette erişilebilir bir arşive sahip 3 gazete seçilmiştir. En çok satan 5 gazeteden birisi satış yapılmadan ücretsiz dağıtıldığı için, diğeri ise internet üzerinde arşive sahip olmadığı için çalışma dışı bırakılmıştır. Böylece; Hürriyet, Milliyet, Sabah gazetelerinin 2000-2007 arası arşivleri taranmıştır. Hekim ismi verilerek yapılmış tüm haberler incelenmeye alınmıştır. Bu haberler, ilgili hekime yönelik "mesleki hata, mesleki ihmâl, mesleki başarı" şeklinde kategorize edilmiştir. Mükerrek haberlerin sayısı yankı göstergesi bakımından hesaplanmış fakat aynı olay tek vaka olarak kodlanmıştır. Lehinde haber yapılan hekimlerin; haber konusu başarılarının nesnellığı açısından ilgili hekimin çalıştığı kurum (yurt dışı merkez, yurt içi üniversite hastanesi, Sağlık Bakanlığı hastanesi ve özel hastane) , yaşadığı şehir, cinsiyeti, yaşı, varsa akademik ünvanı göz önüne alınmıştır. İlgili başarının literatüre katkısı ise yayınlandığı derginin etki faktörü, patent durumu ve atf sayısı ile değerlendirilmiştir. Aleyhinde haber yapılan hekimlerin ise; haber konusu ihmâl veya hataları yargıya intikal etmeleri ve nihai yargı kararları gözetilerek değerlendirilmiştir. Veriler SPSS 11.0'da analiz edilmiştir.

BULGULAR: Tarama kapsamında 52 vaka hakkında 74 gazete haberi saptanmıştır. Haberlerin %50'si-nin mesleki hata, %31'inin mesleki başarı, %19'unun ise mesleki ihmâllere ilişkin olduğu görülmüştür. Yıllara göre lehte/aleyhte haber oranlarına bakıldığında, TCK değişikliği sonrası aleyhte haberlerde anlamlı bir artış dikkati çekmektedir ($p<0.05$), (Şekil 1). Mesleki başarıları nedeniyle haber olan hekimlerin %75'i yurt dışında çalışan Türk hekimler, %13'ü Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde, %6'sı özel hastanelerde, %6'sı ise üniversite hastanelerinde görev yapmaktadır ($p<0.05$) . Gerek lehte gerekse aleyhte haber olan hekimlerde erkek cinsiyet hakim olup, lehinde haber çıkanların %73'ü erkek, %27'si ise kadındır ($p<0.05$) . Lehte haberlerde brans dağılımı açısından anlamlı fark yokken, aleyhte haberlerin %53'ü Kadın Doğum uzmanlarıdır. Lehte haberlerin yalnızca %18'i, A sınıfı dergilerde yayınlanmış ya da patentli bir keşif hakkındadır. Aleyhte haberlerin yalnızca %10'unda hekime dair yargılama sürecinin nihai sonucu basında haber olmuştur.

SONUÇ: Türkiye gazetelerinde haber konusu olan hekimlerin 2/3'ü mesleki hata ya da ihmaller nedeniyle gündeme gelmiştir. TCK değişikliği sonrası aleyhte haberlerde anlamlı artış izlenmektedir. Lehte haberler genelde yurt dışı kökenli hekimlerin, yayınlanmamış ya da patent alınmamış faaliyetlerine ilişkindir. Lehte veya aleyhte hekim haberlerinin nesnel olmadığı saptanmıştır.



Şekil 1. Yıllara göre hekim lehine/aleyhine haber oranlarının dağılımı.

P325

SİGARA İÇİCİLİĞİNİN SAĞLIKLI GENÇ OLGULARDA ORTALAMA TROMBOSİT HACMİNE ETKİSİ

Erol Arslan

Beytepe Asker Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

AMAÇ: Ortalama trombosit hacmi (OTH) , trombosit fonksiyonlarının bir göstergesidir. Sigara içiminin trombosit fonksiyonları üzerine etkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Sağlıklı genç yaş grubunda benzer çalışmalara az rastlanmaktadır. Çalışmamızda sağlıklı genç yaşlardaki kişilerde sigaranın ortalama trombosit hacmi üzerine etkilerini araştırdık.

YÖNTEM: Çalışmamıza toplam 102 sağlıklı genç erkek olgu dahil edildi. Çalışmaya dahil olma kriterleri hipertansiyon, diyabet, obezite, koroner arter hastalığı, kronik seyirli diğer hastalıklarının olmaması ve ilaç kullanımı öykülerinin olmamasıydı. Olguların boy, kilo, bel çevresi, akb (arteryel kan basıncı) , kan lipit değerleri ve ortalama trombosit hacimleri hesaplandı. İstatistiksel inceleme için student –t testini kullandık.

BULGULAR: Her iki gruptaki olguların verilerinin ortalamaları ve istatistiksel karşılaştırılması tablo 1 de gördüğümüz şekildedir. Bulgulardan vki (vücut kitle indeksi) , bel çevresi, açlık kan şekeri (akş) , akb, ürik asit, OTH gibi değerler arasında anlamlı farklılık saptamadık. Diğer bulgulardan vldl, hdl, trigliserit değerleri her iki grupta da normal sınırlarda olmalarına rağmen, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı.

SONUÇ: Koroner Arter Hastalığı olanlarda yapılan çalışmalarda OTH'nın artmış olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmalarda dikkatimizi çeken olguların orta-ileri yaş gruplarında oluşlarıdır. Metabolik sendrom komponentleri ile OTH ilişkisinin incelendiği bazı çalışmalarda bu ilişkiye rastlanmamıştır. Sigara içiciliğinin hdl –kolesterol üzerine olan etkisi yapılan çalışmada uyumlu olarak, çalışmamızda da anlamlı şekilde azalmakta olduğunu gördük. Çalışmamızda sigara içiciliğinde hdl-kolesterolün azaldığı, trigliserit değerlerinin arttığını saptarken, OTH'nın artmaması dikkatimizi çekmiştir.

Tablo .

GRUP	SİGARA (+) n=56	SİGARA (-) n=46	P
YAŞ	22.26±2.4	23.04±2.7	a.d
VKI (kg/m ²)	20.61±7.2	19.26±8	a.d
BEL ÇEVRESİ (cm)	80.9±6.7	80.5±6.6	a.d
AKB (mmHg)	114/73±12/12	114/71±10/9	a.d
AKŞ (mg/dl)	90.6±10.3	89.4±8.2	a.d
ÜRİK ASİT (mg/dl)	5.7±1.2	5.8±0.9	a.d
T.KOLESTEROL (mg/dl)	149.2±22.3	153.9±23	a.d
LDL (mg/dl)	85.2±19.7	89.9±21	a.d
VLDL (mg/dl)	19.3±10.6	14.2±8.6	A
HDL (mg/dl)	44.1±8.7	49.7±7.6	A
TG (mg/dl)	98.6±53	71.5±43	A
PLT (10 ³ /mm ³)	218±55	219±50	a.d
MPV (um ³)	8.57±0.8	8.67±0.8	a.d

P326

TÜRK ERİŞKİNLERİNDE İNSÜLİN DİRENCİNİ YETERİNCE PREDİKTE EDEBİLECEK BEL ÇEVRESİ SINIRLARI NEDİR?

Mehmet Uzunlulu, Aytekin Oğuz, Selda Çelik

Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Abdominal obezite kardiyometabolik riskin en önemli prediktörlerinden birisidir. Abdominal obezite ile insülin direnci arasında yakın bir ilişki olduğu bildirilmektedir. TEKHARF çalışması kardiyometabolik riski öngörmekte bel çevresi sınırlarını erkeklerde 95 cm ve kadınlarda 88 cm olarak önermektedir. Bununla birlikte Türk erişkinlerinde insülin direnci ile abdominal obezite arasındaki ilişkiyi ortaya koyan net bir veri bulunmamaktadır. Bu çalışmada abdominal obezite ve insülin direnci arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla erkek ve kadın olgularımızda insülin direncini yeterince predikte edebilecek bel çevresi sınırlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniklerinde takip edilen 20 yaş ve üzeri toplam 187 non-diyabetik olgu (145 kadın, 42 erkek, ortalama yaş: 47±12.6) alındı. Bel çevresi kalınlığını etkileyen patolojisi olan ve insülin direncini etkilediği bilinen tedavi alan olgular çalışma dışı tutuldu. İnsülin direnci Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance (HOMA-IR) modeli ile belirlendi. HOMA-IR'nin 1'in üzerinde bulunması insülin direnci olarak kabul edildi. İnsülin direncini predikte edebilecek bel çevresi cut off değerini saptamada ROC analizi kullanıldı.

BULGULAR: Bel çevresi tertillerine göre HOMA-IR ortalamaları tablo 1'de verilmiştir. Hem kadın hem de erkeklerde bel çevresi tertillerindeki artışa paralel olarak HOMA-IR düzeylerinde yükselme gözlemlendi (kadın ve erkeklerde sırasıyla $p<0.01$ ve $p<0.05$) . Bel çevresinin erkeklerde 100 cm olması insülin direncini predikte etmede %82.9 sensitivite ve %93.6 pozitif prediktif değer, kadınlarda 88 cm olması %94.4 sensitivite ve %78.5 pozitif prediktif değer gösterdi.

YORUM: Bu çalışmada kadın olgularımızda insülin direncini yeterince predikte edebilecek bel çevresi sınırının 88 cm bulunması TEKHARF ve Üçüncü Erişkin Tedavi Paneli'nin kadınlar için önerdiği bel çevresi risk sınırlarına benzerlik göstermiştir. Erkek olgularımızda ise bu sınır 100 cm olarak Üçüncü Erişkin Tedavi Panelinin erkekler için önerdiği 102 cm'lik bel çevresi risk sınırına daha yakın bulunmuştur.

Tablo .

	<i>Bel Çevresi</i>	<i>n</i>	<i>HOMA-IR</i>
Kadın olgularda	≤ 80 cm	8	0.81±0.43
	81 – 90 cm	22	1.14±0.53
	91 – 100 cm	56	1.47±0.68
	101 – 110 cm	39	1.83±0.62
	> 110 cm	20	2.03±0.54
	p		0.001
Erkek olgularda	≤ 90 cm	5	1.10±0.59
	91 – 100 cm	11	1.39±0.60
	101 – 110 cm	22	2.02±0.61
	> 110 cm	4	2.17±0.59
	p		0.013

P327**OKULLARDAKİ TEHLİKE: CİVA İNTOKSİKASYONU**

¹Mustafa Eren, ²Refik Ali Sarı, ³Mehmet Parlak, ¹Murat Akbaş, ³Cezmi Karaca, ¹Belma Çankaya

¹Atatürk Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Atatürk Üniversitesi İç Hastalıkları İmmünoloji Romatoloji Bilim Dalı, ³Atatürk Üniversitesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

OLGU: 16 yaşında erkek hasta 1.5 aydır süregelen terleme, belinde, bacaklarında ve ayaklarında ağrı, bacak kaslarında seymmeler, vücudunda döküntüler, ellerinde soyulma, el ve ayaklarında kızamıklık şikayeti ile başvurdu. Hastanın Fizik muayenesinde Tansiyon Arteriyel: 160/100 mmHg, Nabız: 104/dk, Ateş: 36 C. Karında, ellerinde ve ayaklarında veziküler cilt lezyonları, el ve ayaklarında eritem, her iki el parmaklarında soyulma mevcuttu. Gövdesinde ellerinde ve ayaklarında nonpalpabl purpurik döküntüler mevcuttu. Her iki bacağında belirgin fasikülasyonlar oluyordu. Laboratuvar tetkiklerinde CK: 1702 U/L, AST: 85 U/ml ALT: 47 U/ml LDH: 407 U/L olup diğer tetkikler normal sınırdıydı. Hasta İmmünoloji-Romatoloji Kliniğimize Vaskülit?, Reaktif Artrit?, Brucellozis? ön tanıları ile yatırıldı. Nöroloji, miyozit başlangıcı yönüyle kas biyopsisi önerdi. Dermatoloji, cilt bulgularının vaskülit ile uyumlu olabileceğini belirtti. Enfeksiyon Hastalıkları, enfeksiyöz bir hastalık düşünüldüğünü belirtti. Hastanın batın USG, beyin-torakal-lomber MRI'da özellik saptanmadı. Kas biyopsisinde hafif derecede miyozit saptandı. Hepatit, CMV IgM, Varicella IgM, Toxoplazma IgM, Brucella IgM ve Ig G negatif saptandı. 2 hafta sonunda hastanın kliniğinde iyileşme olmaması ve vaskülit şüphesi ile 500 mg/gün metilprednizolon pulse steroid tedavisi 3 gün verildi ve 60 mg/gün oral idame dozuna geçildi. Hastanın klinik şikayetlerinde düzelleme olmadı. Elektromyografide multiple radikülopati saptandı. Bu esnada Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde yatan 18 yaşında, şiddetli bel ve bacak ağrıları olan bir erkek hasta için Vaskülit? yönüyle dahiliye konsültasyonu istendi. Hasta klinik ve laboratuvar olarak kendi olgumusta tipatip benzeşmekteydi. Hasta brucelloz şüphesi ile yatırılmıştı ve serolojik testleri ve sakroliak-lomber MRI normal saptanmıştı. Hastalar ile yapılan görüşmelerde aynı yatılı okulda okudukları öğrenildi. Yapılan literatür taramasında Civa zehirlenmesinin hastaların şikayetlerini oluşturabileceğini saptadık. Hastaların civa ile temas hikayesi sorgulandığında; aynı yatılı okuldaki 15 öğrencinin 2 ay kadar önce okul laboratuvarından aldıkları bir avuç kadar civa ile kapalı bir odada 2 saat kadar oynadıkları tespit edildi. Her iki hastanın da kan ve idrarda civa düzeylerinin normal saptanması, intoksikasyonun üzerinden 2.5 aylık süre geçmesine bağlandı. Hastalarımız British Anti-Lewisite (=2.3-dimerkap-toprapanol) ile tedavi başladıktan 4 gün sonra şikayetleri gerileme, 15 gün sonunda tamamen iyileşme görüldü. Yaklaşık 15 gün sonra, aynı okulda civa ile temas öyküsü olan 15 yaşında bir erkek hasta, aynı şikayetlerle geldi ve civa intoksikasyonu tanısı ile tedavi edildi.

SONUÇ: Civa oda sıcaklığı üzerinde buharlaştığından inhalasyonla alınabilen, çeşitli klinik şikayetlere sebep olması sebebiyle hekimlerin dikkat etmesi gereken ciddi bir intoksikasyon sebebidir. Okul laboratuvarlarında mutlaka çocukların ulaşamayacağı yerlerde muhafaza edilmelidir.

P328**HARDAL OTU KULLANIMI SONRASI OLUŞAN TOKSİK HEPATİT OLGUSU**

¹Bülent Huddam, ²Afşin İbişi, ²Ayşe Bilgiç, ²Siren Sezer,

²Fatma Nurhan Özdemir

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

GİRİŞ: Karaciğer sindirim yoluyla alınan bütün maddelerin vücuda giriş kapısı olması nedeniyle büyük ölçüde toksik olabilecek maddelere maruz kalmaktadır. Bugün için hepatitlerin %10'unun toksik hepatit olduğu, özellikle 50 yaşın üzerinde bu oranın %40'ı geçtiği rapor edilmektedir. Fulminan hepatitlerin ise %25'i toksik nedenlere bağlıdır. Toksik hepatitin en sık sebepleri; non-steroid oral inflammatuar ilaçlar, antibiyotikler, antiepileptikler, statinler, tuberkulostatikler ve bitkisel ilaçlardır. Hardal otu oldukça sık kullanılan bir bitkisel üründür. Ülkemizde romatizmal ağrılarda yakı olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte özellikle kronik hastalığı olanlar sindirim düzenleyicisi ve iştah açıcı olarak kullanılmaktadır. Bu olguda hardal otu kullanımı sonrası oluşan hepatit tablosu anlatılmaktadır.

OLGU: 60 yaşında bayan hasta, 5 gündür giderek artan ciltte ve gözlerde sarılık yakınması ile başvuruyor. Medikal öyküsünde; 16 yıldır Diabetes Mellitus'u ve buna bağlı 8 yıldır kronik böbrek yetmezliği tanısı mevcut. KBY için sürekli ayakta periton dializ programında. Günde 5 değişim yapmakta. (3 x %2, 27+2 x %1, 36) Fosfor yüksekliliği için sevalemer 3x800 mg, diabeti için intraperitoneal insülin ve diabetik nöropati için gabapentin 1x600 mg kullanmakta. Fizik muayenede; Kan Basıncı: 110/70 mmHg, nabız: 72/dakika, vucut sıcaklığı: 36.6°C, solunum sayısı: 18/dakika idi. Cilt ve scleralar ikterikti. Karaciğer ve dalak non-palpabldı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar; Hemogloblin: 12, 1 g/dl, Lökosit: 8130/uL, Trombosit: 191000/uL, Total Bilirubin: 4, 98 mg/dl, Direk Bilirubin: 3, 41 mg/dl, Alkalen Fosfat (ALP) : 1112 U/L, Gamaglutamil Tranferaz (GGT) : 708 U/L, Alanin Aminotranferaz (ALT) : 209 U/L,

Aspartat Aminotranferaz (AST): 162 U/L, albumin: 4,3 g/dl, Protombin Zamanı: 12,9 saniye, INR: 1 olarak saptandı. Periton sıvısından gönderilen Total Bilirubin: 0, 2 mg/dl, Direk Bilirubin: 0, 1 mg/dl, Lökosit: 0/uL. Abdominal Ultrasonografisinde: Karaciğerde hafif yağlanma dışında bir bulgu görülmedi. Bir ay önce yapılan kontrollerinde karaciğer fonksiyon testleri normal olan hastada anamnez derinleştirildiğinde iş-tah açıcı olarak son 10 gündür 150-200 g/gün hardal otu kullandığı öğrenildi. Hastanın kullandığı hardal otu kesildi. Bir hafta sonra bakılan kontrol değerlerinde; Total Bilirubin: 2,03 mg/dl, Direk Bilirubin: 1,03 mg/dl, ALP: 903 U/L, GGT: 758 U/L, AST: 54 U/L, ALT: 70 U/L olarak bulundu. Altı hafta sonra karaciğer fonksiyon testleri normale dönmüştü. Bu bulgularla hastanın mevcut hepatit tablosunun kullanmış olduğu hardal otuna bağlı olduğuna karar verildi.

TARTIŞMA: Akut karaciğer hasarı terimi 3 aydan kısa süren biyokimyasal bozukluklar, kronik injuriler ise bu süreyi aşan bozukluklar için kullanılmaktadır. Toksik hepatit bir ekartasyon tanısıdır. İlaça veya kimyasal maddelere bağlı hepatitlerin ayırıcı tanısında karaciğer hasarı yapabilen bütün olaylar akla getirilmeli ve ısrarla araştırılmalıdır.

P329**HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİSİNİN DİYABETİK HASTALARDA ATHEROSKLEROZ BELİRTECİ OLAN ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ ÜZERİNE ETKİSİ**

¹Nuri Karadurmuş, ¹İbrahim Ertuğrul, ¹Satılmış İnal, ²Cengiz Öztürk, ³Cantürk Taşçı, ⁴Ercan Köseoğlu, ⁴Ahmet Şen, ⁴Zeki Dulkadir

¹Dahiliye Kliniği, Eskişehir Asker Hastanesi, ²Kardiyoloji Kliniği, Eskişehir Asker Hastanesi, ³Göğüs Hastalıkları Kliniği, Eskişehir Asker Hastanesi, ⁴Uçucu Sağlığı Araştırma Eğitim Merkezi

GİRİŞ: Diyabetik hastalarda en önemli mortalite ve morbidite nedeni aterosklerotik komplikasyonlardır. Diyabetik hastalarda artmış ortalama trombosit hacmi (OTH) düzeylerinin diyabetik komplikasyonlarla yakından ilişkili olduğu bilinmektedir.

AMAÇ: Bu çalışmada hiperbarik oksijen (HBO) tedavisinin diyabetik ayaklı hastalarda glisemik kontrol ve OTH düzeyi üzerindeki etkisini incelemeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya diyabetik ayağı olan 36 hasta dahil edildi. Diyabetik ayaklı hastalar Wagner klasifikasyonuna göre sınıflandırıldı. 15 hastada miyokard infarktüsü, 23 hastada koroner anjiyografi ile muhtelif koroner lezyonlar, tamamında periferik arter hastalığı, 5 hastada konjestif kalp yetersizliği vardı ve 7 hastada daha önce herhangi bir kardiyovasküler olay anamnezi yoktu. Hastaların tamamı insülin tedavisi kullanılmaktaydı. Çalışma sürecinde 3 hasta tedaviye uyum sorunu nedeniyle ila devam edemedi. HBO tedavisi öncesi ve sonrasında plazma açlık, tokluk 2. saat glukoz ve OTH seviyeleri saptandı. OTH ölçümleri kan alınmasından sonraki 1-4 saat içinde yapıldı. OTH düzeyi 7.2-11 fl arasında normal olarak kabul edildi. Çalışmaya alınan tüm diyabetik hastaların (n=33) HBO tedavisi günde bir kez 2.5 ATA'lık (atmosfer absolut) basınçta 2-2.5 saatlik seanslar halinde gerçekleştirildi. Her hastada tedavi süresi en az bir ay süre ile ortalama 30 seans devam ettirildi. İstatistiksel analizler için SPSS 10.0 programı kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık p<0.05 düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR: Hastalarda HBO tedavisinin tedavi öncesi ve sonrasındaki açlık, tokluk plazma glukoz düzeyleri ve OTH seviyeleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede etkisinin olduğu saptanmıştır. Hiperbarik oksijen öncesi, hiperbarik oksijen sonrası açlık glukoz (mg/dL) : 154 ± 10.4, 113.6 ± 7.2; 113.6 ± 7.2, tokluk ikinci saat glukoz (mg/dL) : 223 ± 13.4; 164 ± 11.1 ve Ortalama trombosit hacmi (fl) : 223 ± 13.4; 164 ± 11.1 (sırasıyla, p değeri: <0.001, 0.001, 0.001) idi. Bu istatistiksel anlamlılık diyabetik ayak evresi ile bir korelasyon göstermemektedir.

SONUÇ: Sonuç olarak diyabetik ayaklı hastalarda HBO tedavisinin glisemik kontrol yanında kolay, ucuz ve ek bir masraf gerektirmeyen otomatik kan sayım aletinin verdiği bir parametre olan ve aterosklerozun bir göstergesi olan OTH düzeyi üzerine anlamlı bir etkisinin olduğu saptandı.

Tablo 1.

	<i>Hiperbarik oksijen öncesi dönem</i>	<i>Hiperbarik oksijen sonrası dönem</i>	<i>P değeri</i>
Açlık glukoz (mg/dL)	154 ± 10.4	113.6 ± 7.2	<0.001
Tokluk 2. saat glukoz (mg/dL)	223 ± 13.4	164 ± 11.1	<0.001
Ortalama trombosit hacmi (fl)	12.2 ± 1.2	76 ± 0.9	<0.001

Tablo 2.

	<i>Wagner Klasifikasyon Grade-3 hasta</i>	<i>Wagner Klasifikasyon Grade-4 hasta</i>
Diyabetik Ayaklı Hasta	18	15

P330**NEDENİ BİLİNMEYEN ATEŞ NEDENİ OLARAK KÜÇÜK HÜCRE DİŞİ AKCİĞER KARSİNOMU OLGUSU**

Meryem Tahmaz, Halime Özçam, İsmail Cengiz, Ayşegül Akpolat, Abdülkadir Ergen, Abdülbaki Kumbasar

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Nedeni bilinmeyen ateş (FUO) ; en az 3 haftadır devam eden, hastanede 3 gün kalınmasına veya 3 kez poliklinikte görülmesine rağmen tanısı konulamayan ve ateşin 38.3 derece veya daha fazla olduğu ateşli hastalıklar için kullanılan bir terimdir. FUO 4 sınıfa ayrılmıştır: 1-Enfeksiyonlar, malignite, inflammatuar hastalıklar ve ilaç ateşinin etken olarak sayıldığı klasik FUO 2-Nazokomiyal FUO 3-Nötropenik (<500 nötrofil/MM3) FUO 4-HIV'le ilişkili FUO.Neoplazmlar FUO olgularının yaklaşık üçte birinden sorumludur. Lenfomalar, lösemiler, hipernefroma, hepatoselüler karsinom sık olarak karışımıza çıkarken, akciğer karsinomları daha seyrek olarak saptanmaktadır.

OLGU: 66 yaşında erkek hasta 3 aydır devam eden yüksek ateş, halsizlik, iştahsızlık ve ses kısıklığı şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Hastanın 1 aydır antibiyotiklere cevap vermeyen ateş ve lökositozu mevcuttu. Özgeçmişinde KOAH öyküsü mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde her iki akciğer orta ve alt zonlarda kreptan raller ve yer yer ronküs dışında özellikli saptanmadı. KBB muayenesi ile vokal kord paralizisi saptandı. Laboratuvar testlerinde 25000 civarında başlayıp, 40000'e ulaşan lökositoz ve sola kayma (%90 nötrofil), sedimentasyon ve CRP değerlerinde yükselme saptandı. EBV, CMV markerları, salmonella ve brucella agglütinasyon testleri, VDRL-RPR, kalın damla, Anti-HIV, viral hepatit markerları negatif saptandı. Romatolojik tetkiklerden ANA (-), Anti dsDNA (+), P-ANCA ve C-ANCA borderline saptandı. Ancak lupus veya diğer romatolojik hastalık kriterleri saptanmadı. İnfektif endokardit (İE) yönünden TEE yapıldı, ve negatif bulundu. Hastanın ateşli olduğu dönemlerde birçok kez alınan kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi enfeksiyon ile ilişkili (lökomoid reaksiyon) olabilir şeklinde değerlendirildi. Kemik iliği kültüründe üreme olmadı. LAP skoru yüksek saptandı. Malignite araştırması için toraks ve batin BT, batin usg, gastroskopi ve kolonoskopi yapıldı, toraks BT'de en büyüğü 15mm'ye ulaşan LAP'lar ve bronşektazi dışında patoloji saptanmadı. Batin MR ve nörolojinin önerisiyle çekilen kranial MR'da FUO etyolojisini açıklayacak bir patoloji saptanmadı. Hastaya 1 ay sonra çekilen kontrol toraks BT'de mediastendeki LAP'ların boyutlarında progresyon gözlenmesi üzerine göğüs hastalıkları ile konsulte edilerek hastaya Wang IA biyopsisi yapıldı. Biyopsi örneğinin patolojisinde küçük hücre dışı karsinom hücreleri saptandı.

TARTIŞMA: Hastanın hemoptizi, öksürük gibi akc malignitelerini düşündürecek bulguları yoktu. Çeşitli antibiyotiklere cevap vermeyen ateş ve dirençli lökositozu hematogen yayılım yapan maligniteler sebep olabilir. FUO etyolojisinde diğer neoplazmlara göre akciğer kanseri daha az görülmekle beraber ayrıntı tanıda düşünülmesi gerekmektedir. Aralık çekilen radyolojik tetkikler tanı koymada yardımcı olabilir.

P331

ÇEVRE SAĞLIĞINA HEKİM OLARAK NE KADAR KATKIDA BULUNABİLİRİZ?

¹Hakan Cinemre, ¹Cemil Bilir, ¹Muhittin Pekuz, ¹Feyzi Gökosmanoğlu, ²Semih Korkut, ³Mehmet Akgül

¹Düzce Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Düzce İl Sağlık Müdürlüğü, ³Düzce Üniversitesi Orman Endüstri Mühendisliği

Her geçen gün azalan ormanlarımız ve gelecek neslimizi bekleyen kurak bir TÜRKİYE? Küresel ısınma, orman yangınları, azalan su rezervlerimiz, hava kirliliği... Hekim olarak yoğun iş tempomuz ve çalışma şartlarımızın hayat tarzımızı etkilemesi bizim bu tarz sorunlarla yeteri kadar ilgilenmemizin önüne geçmektedir. Her geçen gün önemi artan ve gelecekte büyük sorunlarla karşılaşmamız için acil tedbirlerin alınması gereken bu çevre sorunları için biz hekimler de sessiz kalmamalı ve kendi ülkemiz için gereken katkıyı ivedilikle yapmalıyız. Biz bu bağlamda planladığımız çalışmayı değerli meslektaşlarımızla paylaşmak istedik.

METOD: Her hekim gündelik poliklinik çalışmasında bir çok ilaç mümessili ile görüşmekte ve çeşitli yöntemlerle hekimlere çalışılmaktadır. Her halde en sık kullanılan yöntemde ilaçların tanıtım kartları ve çalışma verilerini içeren kataloglardır. Gün içinde biriken bazen masamızın üstünü tamamen dolduran bu kartlar gün bitiminde toplanarak maalesef çöpe atılmaktadır. Biz Düzce Tıp Fakültesi de tüm polikliniklerimizde çalışan broşür kartlarını gündelik olarak toplayıp haftalık ve yıllık bir hesap gerçekleştirdik. Bir haftalık dönemde poliklinik başına ortalama 800 gr broşür kartı toplanmaktadır. Bu oran dahiliye branşlarında 1,5 kg a kadar çıkabilmektedir. Aile hekimliği veya devlet hastanesi polikliniklerindeki fakültemize göre daha yoğun ilaç mümessili çalışılmaktadır. Bir polikliniğe bu hesaplara yılda yaklaşık 35 kg tanıtım broşürü bırakılıyor. Düzce İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre bölgemizde 148 ikinci ve üçüncü basamak, 98 aile hekimliği, 19 özel hastane polikliniği, 81 özel muayenehane bulunmakta toplamda 346 adet aktif hekim polikliniği mevcuttur. Tüm bu polikliniklere müessil çalışması yapılmakta ve yıllık olarak 12 ton ağırlığında broşür kartıyla hekimlerimize çalışılmaktadır.

Bize çalışılan kartlar birinci sınıf kalite olup 500 kg bu tip kağıdın elde edilebilmesi için 1 ton odunluk ağaç kesilmesi gerekiyor. İstanbul Büyükşehir Belediyesi Çevre Koruma ve Geliştirme Daire Başkanlığı verilerine göre de 1 ton kağıt için odun elde etmek için 17 tane ağaç (40 m² ormanlık alan) kesiliyor.

SONUÇ: Bölgemizde sadece hekimlere çalışan ve çöpe atılan ilaç tanıtım kartları yıllık yaklaşık 200 ağacın kesilmesine yol açmaktadır. Bu hesap yapılırken veriler en düşük düzeyden hesaplandı. Ülkemiz çapında yapılabilecek bir hesaplarda aslında ne kadar büyük bir sorunun ne kadar kolay çözümlenebileceği ne dikkat çekmek istedik. Hekim olarak çalışmalarına her zaman saygı duyduğumuz ilaç firmalarımızın bu konuda yeni çalışma metodları geliştirmelerini ummaktayız. Her çöpe atılan kartın aslında boşa kesilen bir ağaç olduğu dolayısıyla geri dönüşümünün rahatlıkla sağlanarak tekrar kullanıma kazandırılabilen bu kartlarla bile Düzce bölgesindeki hekimlerimiz yılda 200 ağacı ve 8000 m² dikili alanı kurtarabilir. Çok önemli paramedikal bu konunun ülkemizin en büyük katılımlı tip kongresindeki tüm hekimlerimizin dikkatine sunarız.

P332

ERİTROSİT SEDİMENTASYON HIZI ≥ 100 MM/SAAT OLARAK TESPİT EDİLEN 40 YAŞ ÜZERİ BİREYLERDE TANILARIN DAĞILIMI

Şeref Vardı, Cengiz Karacaer, Ali Tamer

İzzet Baysal Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ilk olarak 1918'de Fahreus tarafından başlanılmış ve test Westergren tarafından modifiye edilmiştir. Uzun ve yaygın olarak kullanılan bir testtir. Özellikle belirgin ESH yükseklikleri saptanan hastalar hekimler için önemli sorun yaratmaktadır. Biz bu çalışmada ESH ≥ 100 mm/saat olarak saptanan 40 yaş üzeri olguları incelemeyi amaçladık.

Materyel ve Metod: Çalışmaya A.B.Ü. İzzet Baysal Tıp Fakültesi İç Hastalıkları polikliniğinde ESH ≥ 100 mm/saat olarak saptanan 66 olgu (yaş 63,9+11,6 /yıl, 37 K, 29 E) alındı. Olgular tanılarına göre enfeksiyon, malignite (hematolojik ve nonhematolojik), romatolojik tanı, diğer tanılar ve nedeni saptanamayan grup olarak 5 gruba ayrılarak incelendi.

BULGULAR: Olgular tanılarına göre incelendiğinde (Tablo 1): gruplar arasında yaş açısından anlamlı fark saptanmazken, malignite grubunda, enfeksiyon ve romatolojik tanı grubuna göre ESH daha yüksek olarak saptandı (sırasıyla p=0,034, p=0,018). Malignite grubu, hematolojik ve non hematolojik maligniteler olarak 2 ye ayrılarak incelendiğinde hematolojik malignite grubu ile enfeksiyon, nonhematolojik malignite, romatolojik ve diğer grup ile anlamlı sedimentasyon yüksekliği saptanırken (p<0,05), yaş açısından anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Erkek ve kadın cinsiyet grupları arasında yaş ve sedimentasyon açısından anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Erkek cinsiyet grubunda: enfeksiyon 7 (%24,1) olgu; malignite 13 (%44,8) olgu, (9 (%31) olgu hematolojik malignite, 4 (%13,8) olgu nonhematolojik malignite); romatolojik tanı 4 (%13,8) olgu; diğer tanılar 3 (%10,3) olguda; nedeni saptanamayan 2 (%6,9) olgu iken, kadın cinsiyet grubunda: enfeksiyon 8 (%21,6) olgu; malignite 15 (%40,5) olgu, (11 (%29,7) olgu hematolojik malignite, 4 (%10,8) olgu nonhematolojik malignite); romatolojik tanı 7 (%18,9) olgu; diğer tanılar 2 (%5,4) olgu; nedeni saptanamayan 5 (%13,5) olgu idi. Cinsiyet grubu ile tanı grupları arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05).

SONUÇ: ESH ≥ 100 mm/saat olarak saptanan 40 yaş üzeri olgularda maligniteler yaş ve cinsiyetden bağımsız olarak daha sık olarak saptanmıştır. Ancak sonuçlarımız sadece iç hastalıkları anabilim dalı sonuçlarımızı kapsamaktadır.

Tablo 1.

HEMATOLOJİK MALİGNİTE (n=20, %30, 3)	ROMATOLOJİK HASTALIKLAR (n=11, %16, 7)
Multiple myeloma 9 Miyelodisplastik sendrom 5 Akut Miyelositler lösemi	Romatoid artrit 4 Polimiyaljiya romatika 3 Seronegatif artrit 2 Temporal arterit
4 Nonhodgkin lenfoma 1 Miyelofibrozis 1	1 Lökositoklastik vaskülit 1
ENFEKSİYON (n=15, %22, 7)	NONHEMATOLOJİK MALİGNİTE (n=8, %12, 1)
Üriner sistem enfeksiyonu 4 KOAH akut alevlenme 4 Amipiyem 2 Tüberküloz 1 Sepsis 1 Pelvik enfeksiyon 1 Pseudomembranöz enterokolit 1 Akciğer apsisi 1	Endometrium kanseri 2 Prostat kanseri 1 Periapiküller tümör 1 Kolon kanseri 1 Hepatosellüler kanser 1 Renal hücreli kanser 1 Akciğer kanseri 1
DİĞER HASTALIKLAR (n=5, %7, 6)	
Subakut viral tiroidit 3 Kronik böbrek yetmezliği 2	

P333

SEKONDER OSTEOPOROZLA PREZENTE OLAN ÇÖLYAK HASTALIĞI: BİR OLGU SUNUMU

¹Engin Sennaroğlu, ¹S. Cumali Efe, ¹Hasan Tunca, ¹Saadet Akdur, ¹Hulki Genç, ¹Narin Nasıroğlu, ¹Yüksel Ürün, ¹Gamze Gedik, ¹Tuba Can, ²Berna Savaş, ²İnsu Kuzu

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Çölyak Hastalığı genetik olarak hastalığı taşıyan kişilerde; gluten alımı ile klinik bulgu veren otoimmün bir hastalıktır. Sıklığının toplumda %0,5-1 oranında olduğu tahmin edilmektedir. Erken çocukluk döneminde ya da yaşamın 4-5. dekarlarında gastrointestinal sisteme ait bulgularla ortaya çıkmaktadır; hastaların az bir kısmında ise başlangıç nonspesifik olabilir ve bu hastalarda gastrointestinal sistem semptomları yıllar sonra ortaya çıkabilir. Bu olguda yaygın kemik ağrıları nedeniyle hastaneye başvuran ve sekonder osteoporoz saptanan 58 yaşında bir erkek hastadan bahsedilmektedir. Daha önce hiçbir gastrointestinal semptomu olmamasına rağmen yapılan ileri tetkikleri neticesinde Çölyak Hastalığı tanısı alan hastamızı olgu olarak sunmaya değer bulduk.

P334

AKCİĞERİN LİMİTLİ WEGENER GRANULOMATOSİSİ

¹Feyza Özer, ²Berna Dursun, ¹Bülent Huddam, ¹Özgür Demirhan, ²Nilgün Kalaç

¹Başkent Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Wegener Granulomatosis antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ile ilişkili vaskülitlerini sık görülen formudur. Görülme sıklığı yılda bir milyonda 10 vakadır. Tanıda ortalama yaş genellikle 50 dir. Kadınlarda genellikle limitli formu görülmesine rağmen erkeklerde daha ciddi hastalık görülür. Klinik olarak üçlü triadı vardır. Üst solunum yolu tutulumu (sinüzit, otit, ülserasyonlar, kemik deformiteleri ve subglottik veya bronşial stenoz), alt solunum yolu tutulumu (öksürük, göğüs ağrısı, nefes darlığı ve hemoptizi) ve glomerulonefritisdir. Wegener Granulomatosisin limitli formunda genelde böbrek tutulumu göstermezken baş ve boyun bölgesi daha çok tutulur. Her zaman genel hastalığa ilerleyecek diye bir kural yoktur. Bizim olgumuzda genellikle reaktif trombositozda görülen sayının üstünde olan yani bir milyondan fazla trombosit olan, öksürük, balgam, hemoptizi ve konstitusyonel semptomları dışında başka şikayeti olmayan limitli WG'li hasta anlatılmaktadır. 52 yaşında erkek hasta 15 gündür olan öksürük, balgam, hemoptizi ve halsizlik şikayetiyle başvurdu. Sigara içim öyküsü olan hastanın fizik muayenesinde bilateral ronküs dışında pozitif bulgusu mevcut değildi. Laboratuvarında; Hemogloblin: 12.5 gr/dl, lökosit: 12.600/mm3, trombosit: 1.131.000/mm3, Kreatinin: 1 mg/dl, aspartat amino transferase (AST): 60 U/L (10-41 U/L), alanine amino transferase (ALT): 47 U/L (10-40 U/L), alkaline phosphatase (ALP): 445 U/L (normal sınırı, 20-120 U/L), gama glutamil transferase (GGT): 121 U/L (11-61 U/L), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR): 85 mm/hr (0-20 mm/hr), ferritin: 623 ng/ml (15-300 ng/ml), C-reactive protein (CRP): 20.2 mg/dl (0-10 mg/dl). Akciğer filminde yaklaşık 2 cm'lik nodülleri mevcuttu. Akciğer tomografisinde santral kavitey gösteren mm'lik nodüller, sol hemitoraksta yaygın santral kaviteyasyon gösteren multiple nodüller ve nodüler infiltrasyon mevcuttu. Abdominal tomografisinde pankreas başında şüpheli kitle olması nedeni ile akciğerdeki lezyonların metastaz olabileceği için akciğer biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucu granülomatöz prosesi destekleyen dense interstitial inflamasyon ile olan vaskülit geldi. Bu sıralarda hastanın ANCA sonucu da pozitif geldi. Spot ve 24 saatlik idrar sonucu normaldi. Hastaya siklofosfamid (2 mg/kg/gün), prednisolon (1 mg/kg/gün) ve co-trimoxazole başlandı. Multifaktöriyel, değişken prezentasyon, belirtilerin karmaşık olması ve enfeksiyon, malignite, tromboembolik hastalık ve konnektif doku hastalıkları ile birlikte görülmesinden dolayı ANCA kaynaklı vaskülitler en tecrübeli klinisyenler için dahi tanı konulması açısından zor bir durumdur.

P335**HİPOPARATİROİDİLİ BİR OLGU**

Feyza Özer, Bülent Huddam, Özgür Demirhan

Başkent Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Otoimmün poliendokrinopati sendromu tip I görülmeye sıklığı ülkeden ülkeye değişmekle birlikte genelde 1/ 100000'dür. Otoimmün regülatuar gen (transkripsiyonel aktivator gen) AIRE deki mutasyondan kaynaklanmaktadır. Addison ve / veya hipoparatiroidizm ve / veya kronik mukokutanöz kandidiasis major klinik bulgularıdır. En az ikisinin tanı için bulunması gerekirken sadece hipoparatiroidizmin tek manifestasyon olabileceğini söyleyen yayınlarda vardır. İlk semptom genellikle kandidiasis (5 yaşın altında), ardından hipoparatiroidizm (10 yaş altında) en son olarak da addison (15 yaş altında) görülür. 1/3'ünde ilk prezentasyonda hepsi olabilir. Bu olguda 16 yaşında dış merkezde otoimmün hipoparatiroidizm tanısı alıp replasman tedavileri planlanmış hasta anlatılmaktadır. Hasta takip amaçlı hastanemize başvurduğunda hipokalsemi ve hiperfosfatemi mevcuttu. Gerekli medikal tedavisi planlandı. 2003 yılında tanı aldığında bakılan kortizolu, otoantikörleri normal, parathormonu çok düşük bulunmuş. 2006 da bakılan ön hipofiz ve gonadal hormonları normal gelmiş. Hastanın çocuklukta mantar enfeksiyonu hiç olmamış. 2002'ye kadar şikayeti olmayan hastanın ilk şikayeti 2003'te ellerinde kasılmaya başlamış. Ailede başka kimsede ne şikayet ne de laboratuvar bulgusu mevcuttu. Kalsiyumlarının düşük olduğu dönemde şikayeti olmayan hastaya bu sendromda görülebilecek hastalıklar araştırıldı. Dişlerde enamel anomalisi, bilateral iris kolobomu tesbit edildi. KBB muayenesi normaldi. Şu aşamada sadece hipoparatiroidisi olan hasta ileride eklenebilecek şikayetler açısından haberdar edildi.

Bu sendromda çeşitli klinik prezentasyon ve progresyon, çevresel faktörler ve AIRE deki gen mutasyonundan başka genetik faktörlerden de etkilenebilir. Tüm hastalara, hastalığın yeni komponentlerinin tespiti açısından yakın izlem gerektirmektedir.

P336**LAURENCE-MOON-BARDET-BİELD SENDROMU**

Bülent Huddam, Feyza Özer

Başkent Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Bardet Bield Sendromu otozomal resesif geçen genetik bir hastalık olup abdominal obezite, mental retardasyon, dismorfik ekstremiteler (sindaktili, brakidaktili veya polidaktili), retinal distrofi veya pigmenter retinopati, hipogonadizm ve yapısal veya fonksiyonel böbrek anomalisiyle karakterizedir. BBS1'den BBS8'e kadar ki 8 mutant gen sorumlu olup BBS1 major lokus, BBS3 en az görülen form olup boy bakımından büyümeyi etkiler. Önceleri Laurence-Moon-Bardet-Bield hastalığı olarak anılsa da artık Laurence-Moon ve Bardet-Bield sendromu olarak gruplara ayrılmıştır. Laurence-Moon sendromunda; mental retardasyon, normal yapı, obezite (erken başlangıçlı), hipogonadizm veya hipogenitalizm, retinopati, progresif ataxia, spastik paraparazi içerirken polidaktili görülmez. Az görülen fakat genellikle yanlış veya tanı almayan ciddi sendromlardır. Bu olguda 7 yaşında tanı alıp 14 yaşında kronik böbrek hastalığı tanısıyla sürekli ayaaktan periton dializi ardından hemodializ programına alınan, sendromun metabolik komponentlerinden protrombotik olaylar geçiren, görmesi de belirgin etkilenen pannikülit tanısıyla kliniğimize başvuran hasta anlatılmaktadır. Akraha evliliğinden doğan hasta bebeklikte kilolu olup 7 yaşında okula gidince görme disfonksiyonu fark edilmiş. Sağ ayak parmağı yapışık olan hasta sol elde fazla parmağı olması nedeniyle operasyon geçirmiş. Görme problemleri nedeniyle okula devam edememiş. Meme gelişimi normal olmayan hasta hormon replasmanı ile bir dönem menstürasyonu görmüş. Hipotiroidinin de eşlik ettiği sendromda hastaya pannikülit nedeniyle operasyon yapıldı. Sonucu yağ nekrozu ve metastatik kalsifikasyon olarak geldi.

Son noktada ciddi prognozlarının olması nedeniyle oftalmolojist, endokrinologlar ve nefrologların haberdar olması gereken sendromlardandır. Erken başlayan körlük, metabolik sendroma artan vasküler risk ve ciddi böbrek tutulumu hastanın yaşam süresini ve kalitesini etkilemesi nedeniyle komplikasyonlarına erken davranılması gerekmektedir.

P337**HEMODİALİZ TEDAVİSİ GÖREN HASTALARDA HCV ENFEKSİYONUNUN CİNSEL PARTNERE BULAŞMA RİSKİ**

Celil Alper Usluoğlu, Haldun Selçuk, Mehmet Çelikbilek, Tekin Güney, Nurhan Özdemir, Uğur Yılmaz

Başkent Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

HCV enfeksiyonu tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Bundan dolayı HCV enfeksiyonunun bulaş yollarının belirlenmesi ve bu nedenlere karşı önlem alınması önemlidir. Hepatit C virüsü genellikle enfekte kan ile temas sonucu yayılır. Fakat HCV enfeksiyonu tespit edilen hastaların %50'inde bulaş yolu aydınlatılamamaktadır. Cinsel yol ile bulaşma ilgili literatürde çelişkili sonuçlar mevcuttur. Yapılan çalışmalarda kronik HCV enfeksiyonu olan hastaların eşlerinde HCV enfeksiyonu sıklığı %0-27 arasında bulunmuştur. HCV görülmeye sıklığı ülkemizde Hemodializ (HD) hastaları arasında %31.4 oranındadır. Bu risk çok sık partner değiştirenlerde %2-12 arasındayken tek partnerli cinsel hayatı olanlarda %0.4-1 arasındadır. Diğer risk faktörlerini ekrte edildikten sonra cinsel yol ile bulaşmanın çok daha iyi tesbit edilebileceği düşünüldü. Bizde bu çalışmada HCV pozitif sondönm böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastalarda HD tedavisi süresince cinsel yolla bulaş riskini ve sıklığını araştırmayı planladık.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya Başkent Üniversitesi hemodializ ünitesinde diyaliz programında olan serum anti HCV pozitif 44 hastanın alınması planlandı. Her hastanın eşine HCV enfeksiyonunun bulaş bulaşmadığını saptamak amacı ile serum anti HCV tayini yapılması planlandı. Cinsel yolla bulaşmada rol oynayan faktörleri belirlemek amacı ile her hastaya; HCV pozitif iken kaç yıldır evli olduğu, haftadaki cinsel ilişki sıklığı, kondom kullanımı, cinsel ilişki tipi, birden fazla kişi ile ilişkisinin olup olmadığı, sorulması planlandı.

SONUÇLAR: Çalışmaya alınan 44 hastanın 23'ü erkek 21'i kadın idi. Yaşları 35 ila 11.27 yıl idi. Hastalar 1-24±86 arasında değişmek üzere ortalama 53.20 (5.45) HD tedavisi altında idi. Hastalar 4-31 yıl arasında (ortalama 13.35 (4.31)) yıldır HCV pozitifliği biliyorlardı. ±1-16 yıldır (ortalama 8.11 (2.37)), 3-22 ay süreyle ±Hastaların 11'i 2-8 yıl önce (ortalama 90 (5.75)) interferon tedavisi almıştı. 6'sı geçici süre± (ortalama 9.40 (11.98)) ±tedaviye cevap vermiş. Hastaların tamamı 11-55 (ortalama 30.25 yıl) süreyle evli idi. Hastaların 3 gün ila bir arası olmak üzere 104.05 gün idi. Hastaların 29'u±ortalama cinsel ilişki sıklıkları 54.95 prezervatif, 6'sı OKS ile korunuyor, 9'u düzenli bir korunma yöntemine başvuruyordu. Hastaların hiç biri çok eşli değildi. Hastaların tümünde HCV RNA viremi sardi.

TARTIŞMA: Eşlerine HCV bulaşmış 2 hastada cinsel ilişki sırasında korunmuyordu. HCV ile enfekte hastaların eşlerinde görülen antiHCV pozitifliği SDBY olmayan ve partnerlerinde söz konusu enfeksiyonun olmadığı kimselerden fazla değildir. Buna sebep prezervatif kullanımı, enfeksiyonun cinsel yolla bulaşının düşük risk taşımasının yanında ele alınan SDBY hastalarının cinsel ilişki sıklığının da etkisi olsa gerektir

P338**HİPERTANSİYONDA NEDEN HEDEFİ 12'DEN VURAMIYORUZ?**

Alpaslan Kılıçarslan, Gülay Sain Güven, Mine Durusu Tanrıöver, Ş. Gül Öz, Tümay Sözen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Dahiliye Ünitesi

Hipertansiyon, önenebilir bir kardiyovasküler risk faktörüdür. 2000 yılı itibarıyla dünyada erişkin nüfusun %26.4'sının hipertansiyonu olduğu öngörülmüştür. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasının sonucuna göre, Türkiye'de hipertansiyon prevalansı ise %31.8'dir. Kan basıncı yüksekliğinin farkında olan ve ilaç tedavisi kullananlarda kontrol oranı ise %20.7 olarak tesbit edilmiştir. Bu sonuç Türkiye'de hipertansiyonu olan hastaların %79.3'ünde hedefe ulaşamadığımızı göstermektedir.

AMAÇ: Hipertansif hastalarda hedef kan basıncı değerine ulaşmayı etkileyen parametrelerin incelenmesi HASTA GRUBU VE YÖNTEM: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Dahiliye Ünitesi Polikliniğine Eylül 2004- Eylül 2005 tarihleri arasında başvuran 2400 hastadan (yaş: 18-65), daha önce bir hekim tarafından hipertansiyon tanısı konulmuş olan 846 hasta çalışmaya alındı. Bu hastalardan antihipertansif ilaç tedavisi almayanlar, ilaçlarını düzenli kullanmadığını ifade edenler, diyetle uyumsuzluk gösterdiğini belirtenler ve hipertansiyon tanısı 3 aydan kısa süreli olanlar çalışmaya alınmadı. Yukarıda bahsedilen kriterler dışında kalan 536 hasta (376 kadın ve 160 erkek) değerlendirilmeye alındı. Hedef kan basıncı diyabetik olmayanlarda sistolik 140, diyastolik 90 mmHg, diyabetiklerde sistolik ve diyastolik sırasıyla 130 ve 85 mmHg olarak kabul edildi. Sistolik ve diyastolik hedef kan basıncı değerine ulaşmada etkili olabilecek faktörler [yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), hiperlipidemi, diyabet] açısından hedefe ulaşan ve ulaşmayan hastalar karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan erkek hastaların ortalama yaşları 50.9±9.2 kadın hastaların 49.6±10.0 idi. Kadın hastalarda ortalama sistolik ve diastolik kan basıncı 144.6±23.9 / 90.9±13.3 mm/Hg iken erkek hastalarda 136.6±17.7 / 88.5±12.5 mm/Hg idi. Sistolik kan basıncı hedefine ulaşmada kadın ve erkek hastalar arasında fark görülmezken (sırasıyla %35, %53.7) (p=0.08), diastolik kan basıncı hedefi erkek hastalarda daha sıklıkla yakalanmaktaydı (p=0.14). Kadın hastalarda yaş arttıkça sistolik kan basıncı hedefine ulaşma sıklığının azaldığı saptandı (p=0.024). Diastolik kan basıncı hedefine ulaşmada ise yaş istatistik olarak anlamlı değildi (p>0.05). Hipertansiyon hedefine ulaşmada VKİ, kan kolesterol düzeyleri, altta yatan hastalıklar açısından fark bulunamadı (p>0.05).

SONUÇLAR:

- Diyet ve ilaç uyumu olduğunu belirten hastalarda dahi antihipertansif tedavi hedefleri yakalanamamaktadır.
- Kadınlarda yaş arttıkça sistolik kan basıncı hedefine ulaşmak zorlaşmaktadır. Bu nedenle, hipertansiyon tanısı konan hastaların yıllar içerisinde daha yakın izlemi ve tedavi uyumunun gözetilmesi uygun olacaktır.

P339**POSTMENOPOZAL OSTEOPOROZDA ÇEVRESEL VE GENETİK RİSK FAKTÖRLERİNİN SAPTANMASI**¹Mine Durusu Tanrıöver, ²Gamze Bora, ¹Gülay Sain Güven,²Didem Dayangaç Erden, ¹Alpaslan Kılıçarslan, ¹Ş. Gül Öz,²Hayat Erdem Yurter, ¹Tümay Sözen¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Dahiliye Ünitesi, ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Osteoporoz hormonal ve çevresel faktörlerden etkilenen, multigenik bir hastalıktır. Üzerinde en çok çalışılan genler Vit D reseptör (VDR), kollajen tip I alfa 1 (COL1A1) ve östrojen reseptör alfa (ERα) genleridir.

AMAÇ: Postmenapozal osteoporozda, klasik risk faktörleri ve gen polimorfizmlerinin rolünü araştırmaktır.

HASTA GRUBU VE YÖNTEM: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Dahiliye Ünitesine Aralık 2003-Mart 2007 tarihleri arasında başvuran, daha önce osteoporoz tanısı ve tedavisi alınmış 36 postmenopozal osteoporoz hastası ve yaş açısından eşleştirilmiş 15 kontrol alındı. Genetik faktörlerin etkilerini değerlendirebilmek için 50 hasta ve 50 kontrol sayısı hedeflendi. Hologic 4500-QDR cihazı ile kemik mineral dansitesi ölçümü yapıldı. Serum kalsiyum, kreatinin, alkalen fosfataz, kemige özgü alkalen fosfataz, serbest T3 ve T4, TSH, 25-hidroksi vitamin D, tip 1 kollajen propeptid, osteokalsin düzeyleri ve idrar deoksipiridinolin ile günlük kalsiyum ve kreatinin atılımı çalışıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan postmenopozal osteoporoz hastalarının ortalama yaşı 57.6 ± 6.9, kontrol hastalarının ortalama yaşı 55.9 ± 2.8 idi ve iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. Kontrol grubundaki kadınların vücut kitle indeksi, osteoporotik kadınlardan daha yüksekti (P= 0.021). Osteoporoz grubundaki kişilerin %84.6'sı haftada iki veya daha sıklıkla et tüketirken, bu oran kontrol grubunda %40 olarak bulundu (P<0.05). Çay-kahve tüketimi, sigara tüketimi, günlük aktivite ve egzersiz yapma oranları, giyim özellikleriyle güneşe maruziyetleri açısından osteoporoz ve kontrol grupları arasında fark yoktu. Hasta grubu ve kontrol grubu arasında gebelik sayısı, toplam emzirme süreleri açısından da anlamlı fark bulunmadı. Ortanca serbest T4 değeri osteoporoz grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksekti (sırasıyla 15.7 ± 3.1 pmol/L ve 13.7 ± 3.4 pmol/L, P=0.035).

Proje, hastalardaki genetik risk faktörlerinin saptanması amacıyla, VDR (vitamin D reseptör) geninde Bsm I, Fok I, Apa I ve Taq I, ER α (östrojen reseptör α) geninde ise Xba I ve Pvu II polimorfizmlerinin varlığı araştırılmaktadır. Allel frekansları ancak hedeflenen hasta sayısına ulaşıldığı zaman hesaplanabilecektir.

SONUÇLAR:

- Osteoporoz risk faktörleri açısından değerlendirilen hastalarda, günlük süt/süt ürünleri tüketiminin yanı sıra et tüketimi/hayvansal protein tüketiminin de sorgulanması gereklidir.
- Kabul edilen laboratuvar referans değerleri içerisinde olmakla beraber, osteoporoz grubunda ortalanca serbest T4 düzeyleri anlamlı olarak daha yüksekti. Daha geniş klinik çalışmalarda yüksek normal T4 düzeylerinin risk faktörü olup olmadığı araştırılmalıdır.
- Gen polimorfizmi çalışmaları sonucunda, allel dağılımları açısından osteoporoz ve kontrol grubunda farklılıklar izlendi. Allel frekansları, yeterli hasta sayısına ulaşıldığında hesaplanacaktır.

P340

HEMOGLOBİN A1C DEĞERİNİN AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARDA ERKEN MORTALİTEYİ BELİRLEMEDE ROLÜ VAR MI?

Güzin Öztürk, Öykü Aksoy, Osman Kara, Tülin Kurt, Mehmet Ali Çıkrıkçıoğlu, Tufan Tükek

Bezmi-alem Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği

Hemoglobin A1c değeri diyabetik hastaların takibinde kullanılan önemli bir parametredir. Son zamanlarda, infarktüs geçiren hastalarda prognozu belirlemede de önemli olduğu iddia edilmektedir. Çalışmamızın amacı, akut koroner sendrom nedeni ile koroner yoğun bakım ünitesine yatan hastalarda, erken dönem mortalite ile HbA1c değeri arasında ilişki olup olmadığını araştırmaktır.

METOD: Akut koroner sendrom tanısı almış 500 hasta çalışmaya alındı (E/K: 356/144, ortalama yaş: 60 ± 12 yıl). Yetmiş üç hasta unstable angina, 246 hasta ST elevasyonu MI, 181 hasta ST elevasyonu olmayan MI idi. Hastaların 238 i diyabetikti. Tüm hastalarda biyokimya tetkikleri ve HbA1c yoğun bakıma yatırıldığı gün bakıldı. Birinci ayın sonunda hastalar poliklinikte görülerek veya telefonla aranarak kardiyak nedeni ile ölüm olup olmadığı kaydedildi. Ölen hastaların başlangıçtaki değerlerine bakılarak HbA1c ve diğer biyokimyasal parametreler ile ilişkisi araştırıldı.

BULGULAR: Hastaların koroner yoğun bakım ünitesine ilk yatış anında alınan kan glikoz değerleri 138 ± 84 mg/dl idi. HbA1c ortalaması 6.71 ± 2.05 bulundu. Yirmi üç hasta ilk 1 ay içerisinde kardiyak nedenle kaybedildi. Ölen hastaların HbA1c değeri ile hayatta kalan hastaların değerleri karşılaştırıldığında arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edildi (6.71 ± 2.07 vs 6.66 ± 1.62, p>0.05). Ölen hastaların ilk geliş anındaki kan şekeri ve üre değerlerinin hayatta kalanlara göre daha yüksek olduğu tespit edildi (kan şekeri için 193 ± 119 vs 135 ± 81 mg/dl, p: 0.01, üre için 70 ± 30 vs 43 ± 25, p<0.001).

SONUÇ: HbA1c değeri erken mortaliteyi belirlemede etkin bir parametre değildir. Ancak başlangıçta ölçülen kan şekeri ve üre değerleri erken mortaliteyi belirlemede daha etkili gibi görünmektedir.

P341

SUBKLİNİK HIPOTİROİDİ VE DİSLİPİDEMİ BİRLİKTELİĞİ: BİRİNCİ BASAMAKTA BİR ÇALIŞMA

¹Nazan Karaoğlu, ²Mehmet Ali Karaoğlu

¹Selçuk Üniversitesi Kampüs Sağlık Merkezi, ²Bilgi Hastanesi, Konya

AMAÇ: Subklinik hipotiroidi, serum tiroid stimulan hormonun (TSH) yüksekliğine karşın serum tiroksin (FT4) düzeyinin normal olması olarak tanımlanır. Bu durum kan lipid düzeyleri üzerinde olumsuz etkilere yol açar ve kardiyovasküler riski artırır. Bu çalışmanın amacı birinci basamağa başvuran tiroid hormonları ve kan lipid düzeyleri incelenmiş olan bireylerde bu birlikteliğin durumunu incelemektir.

METOD: Bu tanımlayıcı-kesitsel çalışmada Selçuk Üniversitesi Kampüs Sağlık Merkezi check-up istemi ile başvuran, daha önce bilinen diyabet, tiroid hastalığı ve dislipidemi olmayan 15 yaş üzeri bireylerin 2006 yılı içindeki laboratuvar kayıtları incelenmiştir. Sub-klinik hipotiroidi tanısı TSH değeri ≥4µIU/mL ve tiroksin düzeyi normal sınırlar (0.58-1.64ng/dL) içinde ise konmuştur. Kontrol grubu olarak TSH değeri normal sınırlarda (0.24 ve 4µIU/mL) olan tiroid bireyler alınmıştır. Bu bireylerde serum total kolesterol, düşük dansiteli lipoprotein (LDL) kolesterol, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) kolesterol ve trigliserid düzeyleri karşılaştırılmıştır.

BULGULAR: Grupta 15-78 yaş arasında ortalama yaşları 33.52±11.24 yıl olan 489 kişi vardı. Bunlardan 208'i kadın (%42,5) ve 281'i erkek (%57,5) bireylerdi. LDL düzeyi 9 kişide trigliserid düzeyi ≥500 mg/dl olduğu için hesaplanamamıştı. Çalışma grubundaki 22 kişi (%4, 5) subklinik hipotiroidi olarak tanımlandı. Yüzelli bir kişide (%30, 9) total kolesterol ≥ 200mg/dl 119 kişide (%24, 3) trigliserid ≥ 150 mg/dl ve 41 kişide (%8, 5) LDL ≥ 160 mg/dl olarak saptandı. HDL ise 184 kişide (%37, 6) 40 mg/dl'nin altında (erkek 40mg/dl, kadın 50mg/dl) ölçülmüştü. Kadınların 16'sında (%7, 6), erkeklerin 6'sında (%2, 1) subklinik hipotiroidi belirlendi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0, 05). Total kolesterol, HDL ve trigliserid açısından subklinik hipotiroidisi olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı fark yokken (p>0, 05) LDL kolesterol düzeyi subklinik hipotiroidisi olanlarda anlamlı olarak yüksek bulundu (p<0, 05).

SONUÇ: Bu çalışma özellikle dislipidemi tedavisinde tedaviye başlama kriteri olan LDL'nin subklinik hipotiroidi ile bağlantısını göstermektedir. Tedaviye başlanmadan önce hastanın tiroid fonksiyonlarının saptanması gereksiz ilaç kullanımını önler ve dislipideminin de etkin tedavisini sağlamaya yardımcı olur.

P342

BİR SAĞLIK MERKEZİ VERİLERİ İLE BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN HASTALARDA DİABET

¹Nazan Karaoğlu, ²Mehmet Ali Karaoğlu

¹Selçuk Üniversitesi Kampüs Sağlık Merkezi, ²Bilgi Hastanesi, Konya

AMAÇ: Diyabet, tüm dünyada yaygın, yol açtığı sonuçlar nedeniyle de bireylerin yaşam beklentisini kısaltan ve yaşam kalitesini bozan bir hastalık olması sebebiyle üzerinde en çok çalışma yapılan konulardan biridir. Ayrıca uzun dönem fark edilmeden seyredebilmesi hastalığın tehlikeli yönlerinden biridir. Birinci basamak hekimleri hem aynı hasta grubunu tekrarlayan kereler görmesi, hem bireyi hem de ailesini daha yakından takip etme açısından bu tür hastalıkların erken tanısı ve doğru yönlendirilmesinde önemlidir. Bu çalışmanın amacı, birinci basamak bir sağlık merkezine başvuran asemptomatik hastalarda tesadüfi olarak saptanan diyabet sıklığını belirlemektir.

METOD: Bu tanımlayıcı-kesitsel çalışmada Selçuk Üniversitesi Kampüs Sağlık Merkezi'ne 2006 yılı içinde başvuran, daha önce diyabet tanısı almamış, muayene eden doktor tarafından diyabet ön tanısı ile tetkik istenmemiş olan hastaların laboratuvar kayıtları incelenmiştir. Diyabet ve bozulmuş açlık glikozu tanımları Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve 'Follow-up Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus' kriterlerine göre konmuştur. Açlık kan şekeri 110 ile 125 mg/dl ise bozulmuş açlık glikozu, açlık kan şekeri ≥126 mg/dl ise diyabet olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışma grubunu oluşturan 653 kişinin 291'i (%44,6) kadın, 362'si (%55,4) erkek bireylerdir. Grubun yaş ortalaması 33,32±11,32 yıldır. Açlık kan şekeri 110 mg/dl'nin altında olan birey sayısı 624 (%95,6), 110-125mg/dl arasında olan birey sayısı ise 11 (%1,7) olarak bulunmuştur. Açlık kan şekeri ≥126 mg/dl olup diyabet tanısı alan kişilerin oranı ise 18 kişi ile %2,8'dir. Laboratuvar değerlerine göre bozulmuş açlık glikozu ve diyabet tanısı alan 29 kişi grubun %4,4'ünü oluşturmaktadır. Çalışma grubu 40 yaş ve 40 yaş üzeri olarak iki gruba ayrıldığında açlık kan şekeri 110 mg/dl ve üzerinde olan birey sayısı 40 yaş ve

altındakilerde 9 kişi (%1,8), 40 yaş üstündekilerde 20 kişidir (%10,5). İki yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0, 05). Cinsiyet olarak karşılaştırma yapıldığında ise kan şekeri 110 mg/dl ve üzerinde olan 21 erkek (%6,1) bireye karşın 8 kadın (%2,8) birey vardır. Ancak cinsiyet açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0, 05).

SONUÇ: Bu çalışmanın sonuçlarına göre daha önce diyabetle ilgili herhangi bir yakınması ya da konmuş tanısı olmayan tesadüfi olarak saptanan bozulmuş açlık glikozu ve diyabet oranı %4, 4'tür. Bu bireylerin ileri tetkik ve tedavi için birinci basamakta erken tespiti hem hastalar için hem de daha ekonomik sağlık politikaları için gereklidir.

P343

NADİR BİR BULGU OLARAK GRAVES HASTALIĞI DERMOPATİ VE OFTALMOPATİ BİRLİKTELİĞİ

Ferhan Mantar, Sibel Hamarat, Laika Karabulut

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Graves dermatopisi veya pretibial miksödem Graves hastalığının nadir görülen bir bulgusu olup, yaklaşık %2-3 oranında, Graves hastalığının diğer bulguları ile ilişkisi ve etyolojisi hakkındaki bilgilerimiz sınırlıdır. Pretibial miksödemin Graves hastalığının otoimmün bir bulgusu olduğu ve bu immün cevapta Graves oftalmopatisinde olduğu gibi bağ dokusundaki TSH reseptörlerinin rolü olduğu üzerinde durulmaktadır. Fibroblastların uyarılması ile oluşan fazla miktardaki glikoz amino glikanların ciltte birikmesi özellikle alt tibial bölgede ciltte kalınlaşma ile kendini gösteren Graves dermatopisine neden olur.Graves dermatopilerinin neredeyse tamamı ciddi oftalmopati ile beraberdir ve çok yüksek tiroid stimulan hormon reseptör antikor (TRAb) titreleri ile ilişkilidir. Tiroid dermatopisindeki lezyonlar genellikle asemptomatik ve sadece kozmetik öneme sahiptir. Vakamızı bildiri yapmakla bu seyrek duruma vurgu yapmayı amaçladık.

OLGU: Polikliniğimize Graves dermatopisi ve oftalmopatisini düşündüren 38 yaşında bir erkek hasta başvurdu. 3 yıldır giderek artan her iki el, ayak ve bacaklarda şişlik, parmak uçlarında şekil değişikliği ve gözlerde belirginleşme şikayeti mevcuttu. Hastadan 1998'den beri Graves hastalığı nedeniyle izlenmekte olduğu ve Aralık 2001'de total tiroidektomi operasyonu olduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde; ciddi oftalmopati, basmakla gode bırakmayan sert pretibial ve ayak sırtı ödemi ve tınaklarda trofik değişiklikler mevcuttu.

Hastanın laboratuvar değerlerinden TSH: 36,510 (0,27-4,20) mIU/L, TR-Ab: 404 (9-14) U/L bulundu. Orbitaya yönelik MR'da bilateral grade 3 proptozis mevcuttu. Bilateral crus MR'da bilateral pretibial bölge ve ayak bileği düzeyinde cilt ve ciltaltı dokularda 1 cm kalınlaşma saptandı. El-el bileği MR'da her iki 1, falanksta cilt-ciltaltı bölümünde 5 mm kalınlaşma mevcuttu. Sol bacak pretibial bölge deri punch biyopsisinde; epidermiste orthohiperkeratoz, çoğu alanda atrofik görünüm, tüm dermiste hafif fibroblastik aktivite artışının eşlik ettiği Alcian mavisi ile metakromazi gösteren yoğun mukopolisakkarit birikimi saptanıp, pretibial miksödem ile uyumlu bulundu. Düzensiz ilaç kullanan hastaya L-tiroksin başlandı. Göz hastalıkları ve dermatoloji klinikleri ile konsülte edilerek ileri tedavi programına alındı.

SONUÇ: Graves dermatopisi nadir bir bulgu olup hemen tamamı oftalmopati ile birliktedir.



Graves dermatopisi.

P344

AĞIR DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİNİN EŞLİK ETTİĞİ BİR PSEUDOINFEKSİYON OLGUSU

¹Alper Azak, ²Esin Beyan, ³Merve Yılmaz, ⁴Kürşad Öneç, ⁵Ayşe Arduç, ⁶Ebru Çakır, ⁷Ekrem Abaylı

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği, ²Ankara Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Hastanesi Patoloji Bölümü

Ainhum ve psödoainhum parmaklarda annüler konstriktif fibröz bant oluşumu ile birlikte görülen tablolardır. Fibrozis ilerleyici olarak gelişir ve otoamputasyon ile sonuçlanır. Ainhum özellikle tropikal

bölgelerde çıplak ayakla gezmeyle ilgili oluşan bir klinik tablo iken, psödoainhum birçok nedene bağlı olarak gelişebilmektedir. Psödoainhum'u gerçek hastalıktan ayıran en önemli özellik beşinci ayak parmağının tek tutulum bölgesi olmaması şeklinde tanımlanmıştır. Bu raporda, ağır demir eksikliği anemisinin yol açtığı klinik tablo ile hastaneye müraaat eden bir pseudoainhum olgusu sunulmaktadır. Otuzbir yaşında erkek hasta nefes darlığı ve baş dönmesi şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan ilk tetkiklerinde derin anemi saptanması üzerine ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Fizik muayenesinde taşikardik ve normotansif olan hastanın el ve ayaklarında parmak sulkuslarının korunmasına rağmen kısılalı mevcuttu. 20 yıl öncesinde parmaklarında bant oluşumunu takiben mevcut şekil oluşmuştu. Laboratuvar incelemelerinde hemogloblin 4 g/dl olarak saptanan hastanın serum demir düzeyi 12 µg/dl, serum demir bağlama kapasitesi 218 µg/dl, ferritin 17,8 ng/ml idi. Gaitada gizli kan negatif olarak saptandı. Periferik yaymada hipokromi ve mikrositoz gözlemlendi. Hemogloblin elektroforezi normaldi. Anti-nükleer antikor, anti-dsDNA, anti-tiroglobulin ve anti-tiroidperoksidaz antikorları negatif olarak saptandı. Parathormon, C3, C4, immünglobulin G, M ve protein elektroforez tetkikleri normal sınırlarda idi. Çekilen direkt el ve ayak grafilerinde falankslarda osteoliz görülmekteydi. Anemi etyolojisine yönelik yapılan gastrointestinal sistem endoskopisinde patoloji saptanmayan hastanın mide ve duodenumdan kör biyopsilerinde amiloid ve malabsorbsiyon lehine bulgu saptanmadı. Semptomatik olduğu dönemde eritrosit transfüzyonu yapılan hasta oral demir tedavisi verilerek kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Psödoainhum olgularında anemi eşlik eden bir manifestasyon olarak rapor edilmemiştir. Olgumuzdaki aneminin çocukluk çağına dayanan kronik bir anemi olduğu ve bu aneminin yol açtığı kronik doku iskemisinin mevcut tabloyu tetiklemiş olabileceği speküle edilebilir. Ancak olgunun geçmişine yönelik tıbbi kayıtların mevcut olmaması ve demir eksikliği gibi sık olarak görülen bir tabloda daha önce benzeri bir birlikteliğin rapor edilmemiş olması bu hipotezi çok zayıflatmaktadır. Olgumuz, pseudoainhum hastalığının nadir görülen, iyi bilinmeyen ve erken dönemde tanı konabildiği takdirde cerrahi tedavi ile otoamputasyon gelişmesi önlenebilen bir tablo olması nedeni ile sunulmuştur.



P345

AKUT İNTERMİTTAN PORFİRİ HASTALARINDA AMLODİPİN KULLANIMI GÜVENLİ Mİ?: OLGU SUNUMU

Hakan Cinemre, Uğur Korkmaz, Aytekin Alçelik, Elif Önder, Adem Güngör
Düzce Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Akut intermittan porfiri (AİP) genetik porfirilerin en sık karşılaşılanıdır. Hipertansiyon ve bozulmuş renal fonksiyon AİP'te sıklıkla bulunmaktadır, fakat hipertansiyon için kullanılan ilaçların çoğu AİP'te kontrendikedir. Çünkü bu ilaçlar ya atakları provoke etmektedir veya deneylerde porfirinojenik olarak tespit edilmiştir. AİP'li hastalarda hipertansiyon tedavisinde güvenli kullanılabilecek hipertansiyon ilaçları β-blokerler (özellikle propranolol) ve periferik sempatik nöron bloke eden ajanlar (guanetidin ve betadin) ile sınırlıdır. AİP'te yeni antihipertansiflerin güvenli olup olmadığı henüz net değildir. Biz amlodipin tedavisi alan ve atak görülmeyen AİP'li bir hastayı sunduk.

OLGU: 28 yaşında bayan hasta 6 yıldır AİP tanısı ile kliniğimizde takip edilmektedir. Bu süre zarfında hasta karın ağrısından kardiyo pulmoner arreste kadar değişen ağırlıkta ataklar geçirdi. Son 2 yıldır hipertansiyon tedavisi almaktadır. Atenolol 100 mg/gün tedavisi başlandı ve kontrol altına alınamayınca dozu 100 mg 2x1/gün'e çıkarıldı. 10 ay öncesine kadar tansiyon değerleri kontrollü iken, hastanın tansiyonları ortalama 160/90 mmHg olarak ölçüldü. Bunun üzerine mevcut tedavisine önce 5 mg/gün amlodipin eklendi. Takiplerine göre amlodipin dozu 10 mg/güne çıkarıldı. Bu tedavi rejimi ile kan basıncı kontrolü sağlanan (ortalama 130/80 mmHg) hastanın, 10 aydır amlodipin tedavisi almasına rağmen herhangi bir semptomu olmadığı gözlemlendi.

TARTIŞMA: Kalsiyum kanal blokerleri, özellikle nifedipinin, AİP'li hastalarda güvenli olmadığı bilinmektedir. Bununla birlikte bir kalsiyum kanal blokeri olan amlodipinin güvenli olduğuna ve olmadığına dair çelişkili vaka sunumları mevcuttur. Bizim vakamız ise AİP'te amlodipin kullanımının güvenli olabileceğini desteklemektedir. AİP'te hipertansiyon tedavisinde kullanılan ve güvenli olan ilaç sayısının sınırlı

olduğu düşünüldüğünde; kombinasyon tedavisi gerektiğinde amlodipinin bu hastalarda kullanılabileceğini düşünüyoruz.

P346

ÜST GİS KANAMALI HASTALARDA MPV DEĞERLERİ VE BU DEĞERLERDEKİ DEĞİŞİMİN; TRANSFÜZYON SAYISI, ENDOSKOPİK BULGULAR, PROGNOZ İLE İLİŞKİSİ

Eylem Çağıltay, Selim Nalbant, Hakan Terekeci, Burak Şahan, Mustafa Kaplan, Fevzi Demirel

GATA Haydarpaşa İç Hastalıkları Servisi

GİRİŞ VE AMAÇ: Mean Platelet Volume (MPV), hemogram sonuçlarında standart olarak çalışılan, ölçümü basit ve halen üzerinde detaylı çalışmalar yapılan bir parametredir. Çalışmanın amacı, kolay ulaşılan bu veriyi kullanarak Üst Gastrointestinal Sistem (GİS) kanaması ile gelen hastalarda ilk müraaat anındaki MPV değerleri ve bu değerlerdeki daha sonraki değişimlerin; transfüzyon sayısı, endoskopik bulgular ve prognoz ile ilişkisini araştırmak olarak belirlenmiştir.

METOD: Çalışmaya Dahiliye Yoğun Bakım servisimize Ağustos 2006 ve Şubat 2007 tarihleri arasında Üst GİS kanaması tanısı ile yatan ve kanama lokalizasyonları endoskopik olarak da kanıtlanan 50 hasta dahil edilmiştir. Bu hastaların 32 tanesi erkek ve 18 tanesi bayan idi. Kontrol grubu ise sağlıklı, anemisi olmayan ve gaitada gizli kan sonuçları üç kez negatif tespit edilen 20 gönüllüden oluşturulmuştur.

Çalışma grubunu oluşturan hastaların hastanede hemogloblin, hemotokrit, trombosit sayıları, MPV, hastanede kalış süreleri, transfüzyon miktarları ve mortaliteleri kayıt altına alındı. Bu hastalar taburcu edildikten sonra da üç ay süreyle takip edilmiştir. Olguların yapılan takipleri sırasında aylık olarak hemogloblin, hemotokrit, trombosit ve MPV değerleri de ölçüldü ve kayıt edildi.

BULGULAR: Üst GİS kanaması ile gelen hastalarda MPV değerleri ve bu değerlerdeki değişimin; transfüzyon sayısı, hastanede kalış süresi ve mortalite ile ilişkisi yönünden anlamlı bir sonuç bulmadık. (p>0,05)

TARTIŞMA: Araştırmalarımıza göre yaptığımız çalışma MPV ve GİS kanama ile ilgili yapılmış ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır. Çalışma sonucunda istatistiksel anlamlı bir sonuç ortaya çıkmış olmasa da, daha geniş hasta serilerinde yaptığımız çalışmadan yola çıkılarak yeni çalışmalar düzenlenebilir ve yeni sonuçlara ulaşılabilir.

P347

DİYABETİK HASTALARDA HbA1C DÜZEYİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ

Selda Çelik, Mehmet Uzunlulu, Aytekin Oğuz, Esra Tekiner, Saffet Yavuz

S.B. İstanbul Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi

AMAÇ: HbA1c iyi glikemik kontrolün önemli göstergelerindendir. Ülkemizde yapılan DİKONT çalışmasında diyabet merkezleri ve polikliniklerde takip edilen diabetes mellituslu hastalarda dahi hedef değer olan %7'nin altında bir değer sağlanamadığı ve hastalarımızın ortalama HbA1c düzeyinin %8 olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada yetersiz kontrolün nedenlerinden biri olan eğitim eksikliğinin göstergesi olarak diyabetik hastalarımızın HbA1c kavramı ile ilgili bilinç durumunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyabet Polikliniğine 28/12/2006 ile 12/01/2007 tarihleri arasında başvuran hastalardan rasgele yöntemle seçilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 78 hasta (33 erkek, 45 kadın, ortalama yaş 7,5 yıl idi. Hastaların ±14,9) alındı. Ortalama diyabet süresi 8, 42±55 demografik ve antropometrik özellikleri, kullandıkları ilaçlar ve önceden hazırlanmış anket sorularına verdikleri cevaplar kaydedildi. HbA1c kavramından haberdarlık, normal düzeyinin bilinmesi ve bakılma sıklığı oranları saptandı ve bu verilerin hastaların yaşı, cinsiyeti, diyabet süresi, vücut kütle indeksi, tedavi şekli ile ilişkisi değerlendirildi.

BULGULAR: HbA1c kavramını, normal düzeyini ve ne sıklıkta bakılması gerektiğini bilenlerin oranı sırasıyla %26, 9, %23, 1, %26, 9 idi. HbA1c bakılma sıklığının bilinmesi kadın hastalarda anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05). HbA1c kavramından haberdarlık ve HbA1c'nin ne sıklıkta bakılması gerektiği bilgisi abdominal obezitesi olanlarda (bel çevresi ≥88 cm olan kadınlarda ve ≥102 cm olan erkeklerde) anlamlı ölçüde düşük bulundu (p<0,05). Hastaların yaşı, diyabet süresi, vücut kütle indeksi ve almakta oldukları tedavi şekli ile HbA1c bilinci arasında bir ilişki yoktu.

YORUM: Bir diyabet polikliniğinde izlenmekte olan diabetes mellituslu hastaların dörtte üçünün HbA1c kavramı ile ilgili bilincinin olmaması etkili diyabet kontrolünde eğitim eksikliğinin önemli bir rolü olduğunu açık göstergelerinden biri olarak dikkati çekmektedir.

Tablo 1. HbA1c bilincine yönelik dağılımlar

	n (%)
HbA1c kavramını bilenler	21 (26,9)
Hedef HbA1c düzeyini bilenler	18 (23,1)
HbA1c'nin ne sıklıkta bakılması gerektiğini bilenler	21 (26,9)

P348

MEMBRANOPROLİFERATİF GLOMERULONEFRİT İLE PREZENTE OLAN MULTİPLE MYELOM VAKASI

Engin Sennaroğlu, Rifki Üçler, Hasan Tunca, Tuba Can Erdoğan, Saadet Akdur, Burak Civelek, Yüksel Ürün

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Glomerüllerde mezengial ve kapiller bölgede hücre proliferasyonu ile prezente olan membranoproliferatif glomerulonefrit (mpgn) multiple myelomda (mm) nadir görülen bir klinik tablodur. Burada halsizlik, yürüme güçlüğü ve tüm vücutta şişlik ile başvuran yapılan tetkiklerinde nefrotik sendrom ve hiperkalsemi

saptana 44 yaşında bayan hastaya sunmak istiyoruz. Hastanın nefrotik sendrom etiyolojisi için yapılan böbrek biyopsisinde mpgn saptandı. Hiperkalsemi beklenen bir bulgu olmadığı için ileri tetkik yapıldı. Hastanın yapılan kemik iliği biyopsisinde multiple myelom tanısı kondu, hastaya kemoterapi başlandı.

Nefrotik sendrom ve hiperkalsemi ile başvuran hastada multiple myelom mutlaka akla getirilmesi gerektiğini vurgulamak istiyoruz.

P349

DIYABETİK HASTALARIN HASTANEYE YATIŞ NEDENLERİ

¹Esmâ Altunoğlu, ¹Serap Çelik, ¹Ender Ülgen, ¹Gürhan Şişman, ¹Osman Özdoğan, ¹Süleyman Can, ¹Mustafa Duran

¹Sb İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Diabetes Mellitus farklı etyolojilere bağlı olarak oluşan, hiperglisemi ile karakterize bir metabolik bozukluktur. Uzun dönemde mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlara yol açabilir. Görülme sıklığı hızla artmaktadır. Hastaneye başvuran hastaların %60'ını diyabetik hastaların oluşturduğu öngörülmektedir. Diyabetik hastaların büyük kısmının yakınmalarının nedenini diyabete bağlı komplikasyonlar oluşturmaktadır. Biz de çalışmamızda 2006 Ocak ile 2007 Ocak ayları arasında İstanbul Eğitim Hastanesi 5. Dahiliye Servisine yatan diyabetik hastaların yatış nedenlerini inceledik. Bu süre içerisinde toplam 196 diyabetik hasta takip edildi. Hastaların yaşları 17 ile 74 arasında idi. Vakaların 92'si erkek 87'si kadındı. Hastaların 37'si kan şekeri regülasyonu; 16'sı diyabetik ketoasidoz nedeniyle yatırılmıştır. 53 hastanın nefropati saptanmıştır. Hasta ların 28'i konjestif kalp yetmezliği, 27'si akut koroner sendrom, 2'si akut akciğer ödemi, 6'sı KOAH, 4'ü aritmi, 4'ü sepsis, 2'si karaciğer sirozu, 1'i pnömoni, 1'i de panreatit nedeni ile takip edilmiştir. Hastaların sadece 53 ü (%27) akut metabolik komplikasyon ve regülasyon için takip edilmiş; yatan hastaların çoğunluğunu diyabetik nefropatiler (%27) oluşturmıştır. Diyabetik hastaların büyük bir bölümü diyabete bağlı diğer sistem yakınmaları ile takip edilmektedir. Bu da bize diyabetik hastaların sistemik olarak değerlendirilmeleri gerektiğini göstermektedir.

P350

AKUT MİYOKARD İNFAKTÜSLÜ HASTALARDA HS-CRP DÜZEYLERİNİN ERKEN PROGNOZ ÜZERİNE ETKİSİ

Şükran Türkeş, Füsün Erdenen, Cüneyt Müderrisoğlu, Mustafa Boz, Öznur Ertaş, Rüçhan Ulutürk, Ender Ülgen

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Kardiyovasküler olay ve inflamasyon ilişkisi iyi bilinmektedir. CRP olası kardiyak olayların güçlü bir habercisi olarak kabul edilmektedir.

Biz çalışmamızda akut miyokard infarktüsü tanısıyla koroner ünitesine yatırılan hastaların ilk yirmi-dört saatte ölçülen Hs-CRP düzeyleri ile birinci ay sonunda erken komplikasyon ilişkisini araştırdık.

Yöntem ve gereç: Çalışmaya SB İstanbul Eğitim Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde AMİ (akut miyokard infarktüsü) tanısı ile yatırılarak tedavi edilen 32-75 yaşlarında, 59 hasta katıldı. İlk 24 saatte alınan kan örneklerinde nefelometrik yöntemle hs-CRP çalışıldı. Non-Q MI, kronik karaciğer ve böbrek yetmezliği olanlar çalışmaya alınmadı. AMI sonrası 1. ayda koroner anjiyografileri ve ekokardiyografileri LVEF (sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu) ; ayrıca erken komplikasyon (angina, reinfarkt ve aritmi nedeniyle yeniden yatış, ya da mortalite) açısından değerlendirildi. Anjiyografi sonrası stent, PTCA, CABG girişimleri kaydedildi.

BULGULAR:

1. Hastalarımızın 50'si erkek, 9'u kadın olup 41'i sigara kullanıyordu. 16'sının öyküsünde hipertansiyon, 10'unda iskemik kalp hastalığı, 11'inde diabetes mellitus mevcuttu. İnfarktüs, 18 anterior, 22 inferior, 14 inferior + sağ ventrikül, 5'inde diğer lokalizasyonlardaydı. 35 hastaya streptokinaz yapılmıştı. 38 hastaya girişim uygulandı. 3 hastada koroner anjiyografi normaldi. 11'inde 1, 26'sında 2, 14'ünde 3 ve 2'sinde 4 damar hastalığı saptandı. Erken komplikasyon gelişen ve gelişmeyen hasta grubunda cinsiyet, AMI lokalizasyonu, komorbidite, sigara, trombolitik tedavi ya da invaziv girişim uygulanması ve anjiyografideki tutulan damar sayısı farklı bulunmadı (p>0,05).

2. 33 hastada ekokardiyografide sol ventrikül sistolik fonksiyon bozukluğu vardı. Erken komplikasyon gelişen ve gelişmeyen grupların LVEF'leri arasında anlamlı farklılık bulundu (43.15±10.11 e karşı 50.12±9.26) (p<0,05).

3. Erken komplikasyon gelişen ve gelişmeyen grupların hs-CRP değerleri arasında anlamlı farklılık yoktu (sırasıyla 4.36±6.67 mg.a karşı 3.97±7.39) (p>0,05).

Kardiyovasküler risk değerlendirilmesinde hs-CRP düzeyleri; <1.0 mg/L düşük risk, 1.0 mg/L-3.0 mg/L orta risk ve >3.0 mg/L yüksek risk olarak bildirilmiştir. Bizim hastalarımızda da AMI'nın ilk 24 saatinde ortalama hs-CRP değeri 4.07±7.15 (>3.0) mg/L idi.

Literatürde AMI geçiren hastaların izlenmesinde kardiyak ölüm, yeni angina pectoris atağı ve reinfarkt gibi kardiyak olaylar ve CRP arasında korelasyon saptanmıştır. Hastalarımızdan hs-CRP <3 mg olan 44'ünün 10'unda erken komplikasyon görüldüğüne hs-CRP ≥ 3 mg bulunan 15 hastanın 6'sında erken komplikasyon saptandı. hs-CRP ile erken komplikasyon gelişimi ilişkili bulunmadı.

Sonuç olarak uzun dönem risk belirlenmesinde pek çok çalışma ile desteklenmiş olan CRP düzeyinin kısa dönem için aynı derecede anlamlılık göstermediğini saptadık. Daha fazla sayıda hasta ile yapılacak yeni çalışmalar bu konuda daha yararlı bilgiler sunacaktır.

P351

İSKELET KASI METASTAZLARI İLE TANI ALAN KOLON KARSİNOMU

¹Birgül Öneç, ¹Erdal Eskioglu, ¹Selma Karaahmetoğlu, ¹Mehmet Karakoç, ¹Ayla Yıldız, ¹Kürşad Öneç, ²Ebru Çakır

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Dahiliye Kliniği, ²Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Kolorektal kanserlerde iskelet kasi içine metastazlar nadirdir ve genellikle hastalığı bilinen ileri evre kanserlerde görülür. Kolorektal kanserli hastaların çoğu gastrointestinal semptomlar veya anemi semptomları ile tanı alır. Asemptomatik hastalara genellikle taramalar sırasında ve erken evrelerde rastlanırlar. Gastrointestinal sisteme ya da anemiyeye ait semptom olmaksızın, uyuk ve göğüs duvarında ağrılı yumuşak doku kitleleri ile başvuran tanı alan kolon adenokarsinomunu sunuyoruz. Literatürde kolon

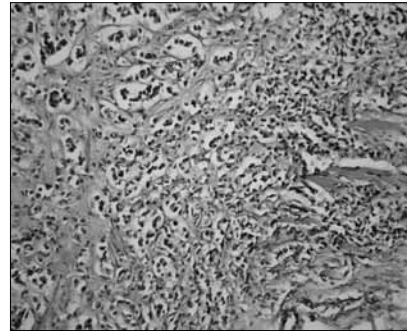
karsinomunun intramusküler metastazı yalnız 15 vakada yayınlanmıştır ve bunların yalnız ikisinde hastalığın tanısı ve asemptomatik olduğu bildirilmiştir.

OLGU SUNUMU: 59 yaşında erkek hasta göğüs duvarında ve sağ uylukta ağrılı kitleler şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sol göğüs duvarında 5-7. kostalar üzerinde 8x6 cm ve sağ uyluk distal medial kesiminde 15x7 cm ağrılı kitleler tespit edildi. Hasta bu kitleler dışında rektal kanama, bağırsak alışkanlıklarında değişim, halsizlik ya da kilo kaybı gibi gastrointestinal malignite düşündürcek semptom tariflemiyordu. Yapılan ultrasonografi ve manyetik rezonans incelemelerinde kitlelerin benzer özelliklerde solid lezyonlar olduğu saptandı. Uyluktaki kitleden yapılan iğne biyopsisi kas dokusu içinde az diferansiye müsinöz adenokarsinomu ortaya koydu. CA 19-9 düzeyinin yüksek saptanması nedeniyle abdominal bilgisayarlı tomografi yapıldı ve karaciğerde metastaz düşündürden bir lezyonla beraber sigmoid kolonda irregüler duvar kalınlaşması saptandı. Kolonoskopide 20 cm'lik bir segment boyunca uzanan, lümeni çepeçevre saran polipoid ülser lezyon gözlemlendi. Hem kolondaki lezyondan, hem karaciğer kitesinden alınan biyopsi adenokarsinom tanısını doğruladı.

TARTIŞMA: Visseral tümörlerin yumuşak doku metastazları daha önce tanı almış olan hastalarda bile sıradışıdır. Otopsi serilerinde visseral tümörlere ait intramusküler metastaz sıklığı %0, 8-16 olarak bildirilmiştir. Bizim hastamızda olduğu gibi primer tümöre ait semptom olmaksızın yumuşak doku metastazına ait bulgularla prezantasyon çok daha nadirdir. Bizim vakamızda bu derece büyük olan primer kitlenin asemptomatik kalması ve batin içi lenf nodlarına, karaciğere ve uzak iskelet kaslarına metastazlardan sonra tanı alması şaşırtıcıydı. Literatürde kolon karsinomunun intramusküler metastazı olarak yalnız 15 vaka yayınlanmıştır ve bunların yalnız ikisinde hastalığın tanısı ve asemptomatik olduğu bildirilmiştir.



Kolon karsinomlu göğüs duvarı metastazı manyetik rezonans görüntüsü.



Kolon karsinomlu kas metastazının histopatolojik görünümü.

P352

SPONTAN MESANE PERFORASYONU: AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİNİN NADİR BİR NEDENİ

Ayla Yıldız, Nujen Çolak, Selma Karaahmetoğlu, Erdal Eskioglu

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Spontan mesane perforasyonu, akut böbrek yetmezliğinin (ABY) nadir bir sebebidir. Hastalar genellikle oligüri, abdominal distansiyon, asit, peritonit ve ABY bulgularıyla başvururlar. Tanı için şüphelenmek gerekir ve tedavide gecikme ile %25 mortal seyredir. Burada ABY ile presente olup 3.günde spontan intraperitoneal mesane perforasyonu tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Hastanemiz aciline ateş, karın ağrısı, oligüri ve hematüri ile başvuran 79 yaşında erkek hastanın fizik muayenesinde subfebril ateş ve yaygın abdominal hassasiyet saptandı. Üriner kateterizasyon sonrası hematüri ve oligüri gözlemlendi. Laboratuvar tetkiklerinde lökositöz, üre/kreatinin yüksekliği (313/9.1) ve metabolik asidoz tespit edildi. Abdominal ultrason normaldi. Hasta ABY ve üriner enfeksiyon tanıları ile yatırılarak hemodialize alındı. Abdominal hassasiyeti ve hematürisi gerilemeyen hastada postrenal ABY düşünüldü. Mesane 300cc mayi ile doldurulduktan sonra tekrarlanan ultrasonda barsak ansları arasında serbest mayi izlendi, mesane boştu. Sistografide kontrast maddenin mesaneden intraperitona extravazasyonu izlendi. Eş zamanlı bakılan serum, asit ve idrarda üre/kreatinin oranları mesane perforasyonu ile uyumluydu. Ürolojiye konsülte edilen hastanın; operasyonu hazırlandığı sırada idrar miktarının artması ve hematürisinin azalması nedeniyle konservatif tedaviyle takibi kararlaştırıldı. Sistoskopide mesanede multiple divertiküller izlendi, perforasyon yoktu. Dört seans hemodializ sonrası üre/kreatinin geriledi ancak asit mayi gerilemedi. Şimik irritasyon bulgularını azaltmak için abdominal kateter yerleştirildi. Kliniğine sepsis ve DIC eklenen hasta yatışının 30.gününde exitus oldu.

TARTIŞMA: Spontan mesane rüptürü künt veya iatrojenik travmalarla ilişkilisizdir ve çoğunlukla intraperitonealdır. Divertikül gibi mesane duvarı patolojileri, mesane boynu obstrüksiyonu, nörolojik ve organik hastalıklar nedenleri arasındadır. Klinik tabloda düziri, hematüri, peritonit, abdominal distansiyon, asit,

ABY, paralitik ileusa sekonder septisemi, DIC ve ölüm görülebilir. Bildirilen olguların ortalama tanı alma süreleri 5, 4 gündür. Tanının gecikmesiyle peritona çıkan idrar miktarı artar ve ters otodiaziz fenomeniyle peritondan daha fazla üre/kreatinin emilir ve klinik tablo ağırlaşır. Olgumuzun tanı alma süresi yaklaşık 3 gündür. Tanıda; asit mayi ve serumun eş zamanlı üre/kreatinin değerlerinin incelenmesinden de yararlanır. Olgumuzda serum BUN/Cr: 12.45 (≥ 10.8), asit/serum Cr: 1 (≥ 1) olması tanıyı destekledi. Sistografi, en sensitif tekniktir. Kesin tanı çoğunlukla intraoperatif bulgulara dayanır. Tedavisi sıklıkla cerrahi olarak onarımdır, nadiren üriner ve peritoneal drenaj sağlanarak konservatif yaklaşılabılır. Olgumuzda da spontan iyileşme düşünülerek konservatif tedavi yapılmıştır. Sonuç olarak, ABY ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında yüksek mortalite ile seyreden mesane perforasyonu da hatırlanmalıdır.

P353

PREOPERATİF İÇ HASTALIKLARI KONSÜLTASYONU YAPILAN 904 HASTANIN SONUÇLARI

Zeki Aydın, Didem Aydın, Ahmet Akın, Nurhan Biriz, Esma Türkmen, Müjgan Kaya, Mustafa Yaylacı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Dahiliye Kliniği

GİRİŞ: Preoperatif değerlendirmenin amacı cerrahi girişim ile ilgili mortalite ve morbiditeyi azaltmak, hastanın en hızlı bir şekilde istenen fonksiyonel düzeye ulaşmasını sağlamaktır. Preoperatif konsülte ettiğimiz 904 hastanın değerlendirme sonuçları sunulmuştur.

MATERYAL VE METOD: Hastanemizde kliniğimize bağlı preoperatif konsültasyon polikliniğinde görülen 904 hasta değerlendirildi. Hastaların opere olacakları branşlar, anestezi tipi, hipertansiyon ve diyabetes mellitus gibi kronik hastalık durumları, efor anjinası, sigara kullanma durumları, ertelenen hastalarda erteleme sebepleri ve dahiliye dışı konsültasyon birimleri kaydedildi.

SONUÇLAR: Hastaların ortalama yaşı 56.9 $\pm$ 12.5 /yılı idi. Hastaların ek hastalık olarak 293'ünde (%32.4) hipertansiyon, 104'ünde (%11.5) diyabetes mellitus mevcuttu. Semptom olarak 64 (%7.1) hastada efor anjinası mevcuttu ve 218 (%24.1) hasta sigara kullanmaktaydı. 651 (%72) hastaya onay verilmiş, diğer hastaların operasyonları laboratuvar tetkiklerinin eksikliği veya komorbid durumları nedeniyle ertelenmiştir. Ayrıca tarafımızdan hastaların 54'ünden (%6) kardiyojloji, 34'ünden (%3.8) göğüs hastalıkları ve 20'sinden (%2.2) her iki branşın konsültasyonuna yönlendirilmiştir. Hastaların %13'üne lokal anestezi uygulanmıştır.

TARTIŞMA: Tıbbi sorunları olan hastalarda kötüleşen genel durum ve cerrahinin büyüklüğüne paralel olarak mortalite riski artmaktadır. Gelişen teknolojik gelişmeler birçok test gündeme getirmiştir. Bu testlerin uygulanması çoğu zaman fizik muayenenin önüne geçmekte ve yoğun laboratuvar testlerinin uygulanmasına yol açmaktadır. Yapılan araştırmalar preoperatif dönemde yapılan testlerin %70 anamnez ve fizik muayene sonuçlarına göre gerekli olmadığını göstermektedir. Bu ayrıntılı tetkiklerin lokal anestezi ile yapılan operasyonlarda dahi istenmesi hem maliyetleri artırmakta hem de hastaların mağdur durumda kalmalarına yol açmaktadır. Yapılacak olan testlerin rutin hale getirilmesi hastaların yaşına, yapılacak operasyonun ağırlığına, hastanın risk faktörlerine, fizik muayenemin durumuna, anestezinin tipine göre planlaması en uygun yoldur. Çalışmamızda olduğu gibi %28 hastanın operasyonun ertelenmesi, ertelenme gerekçelerini tartışmalı kılmaktadır. Maalesef günümüzde pratik olduğu düşünüldüğünden fizik muayenenin yerini laboratuvar tetkiklerin alması, klinisyenliği negatif yönde etkilemekte, maliyetleri arttırmakta, zaman kaybı ve hastaların mağdur kalmalarına yol açmaktadır.

P354

GIS KANAMA İLE PREZENTE OLAN BİR GAUCHER VAKASI

Özlem Mutluay Soyer, Mübeccel Gümrak, Yasemin Gökden, Necati Yenice

S.B. Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi

Gaucher hastalığı en sık lizozomal depo hastalığıdır. Otozomal resesif geçiş gösterir. Glukoserebroidaz enziminin defektif aktivitesi sonucu meydana gelir. Yıkılamayan glukoserebroidler tüm RES'de birikir. Hastalarda başlıca bulgular hepatosplenomegali ve kemik lezyonlarıdır. Biz bu yazımızda alt GIS kanama ile prezente olan bir Gaucher vakasını sunmayı amaçladık.

OLGU: 51 yaşında erkek hasta rektal kanama ve halsizlik şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde bilinen bir hastalık hikayesi olmayan hastanın son 10 gündür mevcut olan halsizlik ve kırmızı renkli rektal kanama şikayeti vardı. Fizik muayenesinde inspeksiyonla solukluk mevcuttu. Batın muayenesinde karaciğer 4 cm, dalak 20 cm sert, künt kenarlı ve ağrısız olarak palpe edildi. Diğer sistem muayeneleri ise normal olarak saptandı. Laboratuvar incelemelerinde Hb: 9,6 Hct: 26,8 WBC: 2000 PLT: 29000 PT: 15,4 olarak tespit edildi. Diğer biyokimyasal parametrelerde bir anormallik yoktu. Periferik yaymada hipokromi, mikrositoz, nadir tear drop, trombositler azalmış, tekli, ikili olarak tespit edildi. Gastroskopide hiatus hernisi, özofajit (LA-B), eritematöz pangastriit, eroziv duodenit tespit edildi. Rektal tüşede kırmızı rektal kanama tespit edilen hastanın kolonoskopisinde barsak tamamen taze kanama ile dolu olarak görüldü. Kemik iliği biyopsisinde Gaucher hastalığını düşündüren yama tarzında histiyositik infiltrasyon odakları içeren eritroid seri baş-kılığında hafif hipersellüler kemik iliği tespit edildi. Hastanın glukosylceramidaze düzeyi 1,95 nmol/saat mg protein (N: 5-18) olarak saptandı. Mutasyon analizinde N370S heterozigot olarak saptandı.

TARTIŞMA: Gaucher hastalığı en sık lizozomal depo hastalığı olup OR kalıtımla geçer. Defektif olan glukoserebroidaz geni nedeniyle yıkılamayan glukoserebroidler tüm RES'de birikir. Lipid biriken bu hücrelere Gaucher hücreleri adı verilir.

Hastalık geni 1. kromozomda lokalizedir. Beta glukozidaz geninde 200'den fazla mutasyon tanımlanmıştır.

Nörolojik tutulum olup olmamasına göre 3 tipe ayrılır:

- 1- Erişkin non-nöronopatik tip
- 2- Akut nöronopatik tip (infantil)
- 3- Subakut nöronopatik tip (juvenil)

Hastalıkta görülen başlıca klinik bulgular şunlardır.

- Splenomegali (%95)
- Hepatomegali (%87)
- Radyolojik kemik hastalığı (%81)
- Trombositopeni (%50)
- Anemi (%40)
- Kemik ağrısı (%34)
- Kemik krizleri (%9)

Hafif karaciğer fonksiyon bozuklukları sıkır. Hepatik fibrozis ve portal hipertansiyon gelişimi nadirdir. Portal hipertansiyon gelişiminde Gaucher hücrelerinin sinüzoidlere basısı suçlanmaktadır. 2006 yılında Hoffman ve arkadaşları tarafından yayınlanmış üst gastrointestinal kanama ile prezente olan bir tip II

Gaucher vakası mevcut olup kanama odağı olarak gastroskopide gastrik ülser tespit edilmiş ve hasta masif GIS kanama ile kaybedilmiş. Bizim vakamız ise tip I Gaucher vakası olup kanama kolonik kökenli idi ve hastanın kanaması mortal değildi.

P355

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALI HASTALARDAN VARFARIN, ASPIRİN VE KLOPIDOGREL KULLANANLARIN KLİNİK VE ENDOSKOPIK RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRMESİ

¹Nujen Çolak, ¹Ayla Yıldız, ¹Erdal Eskioğlu, ¹Selma Karaahmetoğlu,

²Ersan Ozaslan

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

AMAÇ: Üst gastrointestinal sistem kanaması (ÜGISK), acile başvuru nedenleri arasında ön sıralarda yer alan, sıklıkla hospitalizasyon ve yoğun bakım gerektiren, yüksek maliyetli klinik bir problemdir. Kanama testlerinin bozukluğu ÜGISK morbidite ve mortalitesi için bilinen bağımsız risk faktörlerindendir. Bu nedenle antitrombotik tedavi alan hastalarda ÜGISK, tedavi kısıtlayıcı istenmeyen bir komplikasyondur. Bu çalışmada, hastanemizde tanı alan üst GIS kanamalı hastalardan varfarin, aspirin ve klopidoğrel tek tek ve kombine kullanımları ile hiç kullanmayanların klinik ve endoskopik risk faktörleri karşılaştırılmıştır.

YÖNTEM: Hastanemizde 1/7/2005-2007 arasında yapılan 13992 endoskopik girişim retrospektif olarak tarandı. GIS kanama endikasyonu ile yapılan, aktif ÜGISK odağı saptanan ve/veya geçirilmiş ÜGISK'nın endoskopik bulguları izlenen toplam 560 hasta çalışmaya dahil edildi. Hasta özellikleri (yaş, cinsiyet, kullandığı ilaç, geliş hemoglobini), saptanan endoskopik lezyon, yatış süresi, rekürren kanama oranı ve mortalite hızı gibi parametreler belirlendi. Veri analizleri SPSS 13.0 istatistik programı ile değerlendirildi.

SONUÇLAR: Saptanan 560 hastanın 318'i kanama parametrelerini etkileyen herhangi bir ilaç kullanmıyordu. 37 hasta sadece varfarin, 57 hasta sadece aspirin, 5 hasta sadece klopidoğrel kullanmaktaydı. Bu ilaçları kullananların yaş ortalaması, kullanmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksekti (64.1 $\pm$ 13.4). Ortalama geliş hemoglobin değeri varfarin grubunda düşüktü (8.2g/dl). En sık kanama yeri tüm hastalarda duodenal ülserken, varfarin grubunda eroziv/hemorajik gastropatiydi. İlaç kullananlarda kanayan odak en sık visible vesselken, kullanmayanlar sızıntı şeklinde kanamıştı. Varfarin grubunda anlamlı derecede daha az endoskopik tedavi uygulanmıştı (%18,9). Rekürren kanama riski klopidoğrel grubunda yüksek görünse de bu gruptaki vaka sayısının az olması nedeniyle istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. Yatış süresi varfarin grubunda daha uzundu. Varfarin ile aspirini birlikte kullananlarda, tek başına aspirin kullananlara göre rekürren kanama riskinde %6.6 artış izlendi. Varfarine aspirin eklendiğinde visible vessel kanama oranında %19.8, endoskopik tedavi oranında %25.5 artış izlendi. Klopidoğrel ile aspirini birlikte kullananlarda rekürrens riski tek başına aspirin kullananlara göre %13.2 artmıştı. Klopidoğrel ve aspirini birlikte kullananlarda mortalite her birinin tek tek kullanımına göre sırası ile %16.7 ve %13.2, ve hiç ilaç kullanmayanlara göre %6 oranında artmış izlendi. Ancak tüm gruplarda mortalite açısından anlamlı fark yoktu.

Tablo 1. Üst GIS kanamalı hastaların endoskopik ve klinik bulguları.

	İlaç kullanmayan	Varfarin	Aspirin	Varfarin + Aspirin	Klopidoğrel	Klopidoğrel + Aspirin	Bütün araştırma grubu
Sayı (n)	318	37	57	9	5	6	560
Yaş*	55.1 $\pm$ 17.9	66.4 $\pm$ 10.8	63.2 $\pm$ 13.7	66.2 $\pm$ 9.2	57.2 $\pm$ 8.7	74.3 $\pm$ 10.5	57.0 $\pm$ 17.2
Kadın/Erkek (%)	0.4	0.8	0.4	0.1	0.7	0.5	0.45
Ortalama geliş Hb (g/dl)	9.3	8.2	9.0	9.1	9.8	9.6	9.2
En sık kanama yeri*	Duodenal ülser	Hemorajik gastropati	Duodenal ülser	Hemorajik gastropati	Duodenal ülser	Duodenal ülser	Duodenal ülser
En sık kanama odağı* (%)	Sızıntı (10.7)	Visible vessel (13.5)	Visible vessel (17.5)	Visible vessel (33.3)	Visible vessel (20.0)	Sızıntı (33.3)	Visible vessel (13, 6)
Endoskopik tedavi (%) *	37, 1	18.9	33.4	44.4	60.0	16.7	35, 3
Transfüzyonu yapılanlar (%) *	63.5	73	70.2	100.0	60	100.0	68.4
Rebleeding oranı (%)	17.3	10.8	3.5	11.1	40.0	16.7	15.9
Yatış günü	6.3 $\pm$ 7.2	7.1 $\pm$ 5.9	6.0 $\pm$ 6.8	7.2 $\pm$ 2.6	6.4 $\pm$ 5.3	5.1 $\pm$ 2.9	7.1 $\pm$ 8.6
Mortalite hızı (%)	10.7	5.4	3.5	0.0	0.0	16.7	10.0

*p<0.05

TARTIŞMA: Varfarin, aspirin ve klopidoğrel en yaygın kullanılan antitrombotik ajanlardır. Çalışmalarda bu üç ajan için ayrı ayrı ÜGISK risk faktörleri değerlendirilmiştir. Ancak, endikasyonları gereği bu ilaçlar sıklıkla birbirleri ile kombine edilebilmektedir. Bizim çalışmamızda kombine kullanımın morbiditeyi artırdığı ancak mortaliteyi etkilemediği saptandı.

P356

SAĞ KOLON TUTULUMLU PSÖDOMEMBRANÖZ ENTEROKOLİTE BAĞLI TOKSİK MEGAKOLON: OLGU SUNUMU

¹Fatih Tufan, ¹Fulya Coşan, ¹Mustafa Akdemir, ¹Binnur Pınarbaşı, ²Oktay Özkan, ²Alaattin Yıldız, ²Aydın Türkmen, ²Tevfik Ecder, ²Mehmet Şükrü Sever

¹*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı*

GİRİŞ: Antibiyotige bağlı kolit hemen hemen her zaman Clostridium difficile infeksiyonuna bağlıdır. Özellikle üç günden uzun süre hastanede yatmakta olan hastalarda antibiyotik kullanımı söz konusu olmasa da ishal geliştiğinde bu tanı akla getirilmelidir. Psödomembranöz enterokolit genellikle ishal ile ortaya çıksa da izole sağ kolon tutulumu olan olgularda ishal olmaksızın sistemik toksisite bulguları gelişebilir. Burada kronik böbrek yetersizliği nedeniyle takipli olan ve antibiyotik tedavisi sonrasında akut batın kliniği ve sistemik toksisite bulguları gelişen bir olgu sunuldu.

OLGU: Elli yedi yaşında kadın hasta, sol el 3. parmakta morarma yakınması ile başvurdu. Sekiz yıldır etyolojisi bilinmeyen son dönem böbrek yetersizliği nedeniyle haftada üç gün hemodiyalize girmekteydi. Fizik muayenesinde yaygın livedo retikularis ve sol el 3. parmak uç kısmında nekrotik görünüm mevcuttu. Yatışının 3. gününde pnömoni kliniği gelişmesi üzerine parenteral ampisilin sulbaktam ve oral klaritromisin tedavisi başlandı. Bu tedavinin 3. gününde genel durumunda bozulma ile birlikte lökosit değeri 30,000/mm³'e CRP değeri 650 mg/L'ye kadar yükseldi ve karın ağrısı ile birlikte ileus tablosu gelişti. Ayakta direkt karın grafisinde (Resim 1) kalın barsak anslarında ciddi genişleme saptandı ve batın bilgisayarlı tomografisinde çekimde duvar kalınlık artışı ve 6.5 cm'e varan duvar çapı olduğu görüldü. Vaskülit şüphesi nedeniyle ayırıcı tanı açısından çekilen batın bilgisayarlı tomografi anjiyografisinde mezenter damar yapıları açık olarak izlendi. Sağ kolon tutulumlu psödomembranöz enterokolite bağlı toksik megakolon düşünüldü ve 4x125 mg oral vankomisin başlandı. Bu tedavi sonrasında genel durumu düzeldi, akut batın tablosu geriledi ve gaz-gayta çıkışı başladı. Tekrarlanan ayakta direkt karın grafisinde (Resim 2) kalın barsak anslarının incelendiği görüldü. Bunun üzerine kesin tanı amacıyla kolonoskopi yapıldı ve terminal ileum normal, ilioçekal valv ve çekimda psödomembranlar ve iyileşmiş ülser nedbeleri görüldü. Histopatolojik incelemede psödomembranöz enterokolit tanısı doğrulandı. Oral vankomisin tedavisi 14 güne tamamlanarak kesildi. Takiplerinde herhangi bir şikayeti kalmadı, lökosit değeri normal sınırlara kadar geriledi ve CRP değeri 50 mg/L'ye kadar düştü.

TARTIŞMA: Antibiyotige bağlı kolit önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Antibiyotik kullanımı sonrası ishali gelişen hastalarda genellikle akla getirilmektedir. Bununla birlikte olgumuzda olduğu gibi izole sağ kolon tutulumu olanlarda ishal olmaksızın karın ağrısı, genel durum bozukluğu ve ateşle birlikte toksik bir tablo gelişebilir. Toksik megakolon geliştiğinde cerrahi tedavi sıklıkla gerekli olsa da olgumuzda olduğu gibi medikal tedavi ile de düzelebilir. Potansiyel olarak fatal seyredebilen ve medikal tedavi ile düzelebilen bu tablo özellikle yatmakta olan hastalarda nedeni açıklanamayan toksemi bulgularının ve akut batının ayırıcı tanısında akıldan tutulmalıdır.



Resim 1. Toksik megakolon ile uyumlu ayakta direkt karın grafisi.



Resim 2. Vankomisin tedavisi sonrasında çekilen ayakta direkt karın grafisi.

P357

ÜLKEMİZDE ÖDEM PREVALANSI, ÖDEMLİ HASTALARIN GENEL ÖZELLİKLERİ VE ÖDEMLİ HASTALARDA EŞLİK EDEN KOMORBİD HASTALIKLAR

¹İdris Şahin, ²Beytullah Yıldırım, ²Banu Öztürk, ³İlker Etikan, ⁴İlhan Çetin, ⁵Emin Gökhan Yalçın, ⁶Hüsamettin Sazlıdere, ⁷Nihat Uluocak, ⁸Zehra Seyfikli

¹*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı, ²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, ⁴Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ⁵Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, ⁶Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ⁷Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı*

GİRİŞ: Ödem, konjestif kalp yetmezliği, nefrotik sendrom, karaciğer sirozu gibi durumlarda ortaya çıkan interstisyel sıvı volümünde palpe edilebilecek düzeyde artışı olarak tanımlanır. Literatürde, ülkemizde toplumda ödem prevalansı ile ilgili bir çalışmaya rastlanılmadı. Çalışmamızda Tokat İl'inde ödem prevalansı, ödemeden olan başlıca komorbid hastalıklar ile ödem olan ve olmayan olguların bazı demografik özellikleri karşılaştırıldı.

Yöntem ve gereçler: Çalışma, Ağustos-Ekim 2005 tarihleri arasında Tokat İl'inde gerçekleştirildi. Çalışmaya katılan tüm bireylerin sistemik muayeneleri en az üç yıllık deneyimli iç hastalıkları uzmanı tarafından yapıldı. Pretibial veya bölgeye bastırmakla iz bırakılması ödem olarak kabul edildi. Ödem saptanan hastaların yaş, cinsiyet, gibi bazı demografik özelliklerinin yanında vücut kitle indeksi, sistemik kan basıncı, açlık kan şekeri değerleri ölçüldü. Ödemli hastalarda eşlik eden korbid hastalıklar araştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya yaşları 18-95 yıl arasında değişen (ortalama 41±16 yıl) 541 erkek, 554 kadın 1095 kişi dahil edildi. Olguların %49.4'ü erkekti. Ödemli olguların ise %24'ü erkek idi. Her iki grup cinsiyetleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0.0001). Çalışmamızda Tokat yöresinde ödem prevalansı (84 olgu) %7.6 olarak bulundu. Ödemli olmayan olguların yaş ortalaması 40±17 yıl iken ödemli grupta 47±14 yıl idi. Her iki grubun yaş ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0.0001). Ödemli olmayan grupta kan basıncı 131±24/83±15 mmHg iken ödemli grupta kan basıncı 141±31/88±19 mmHg idi. Her iki grubun hem sistolik hem de diastolik kan basıncı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (sırası ile p<0.0001, p<0.005). Ödemli olgularda hipertansiyon prevalansı %53.5 iken; ödemli olmayan grupta %38.2 idi. Ödemli grupta beden kitle indeksi ödemli olmayan gruba göre daha yüksek idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0.0001). Hastaların açlık kan şekeri değerleri ödemli hastalarda 99±41 iken ödemli olmayan hastalarda bu değerler 93±31 olarak bulundu her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.211). Ayrıca ödemli olgularda eşlik eden hastalık olarak %42'sinde kardiyovasküler sistem hastalığı, %12'sinde solunum sistem hastalığı, %4'ünde böbrek hastalığı, %3'ünde kronik karaciğer hastalığı ve tiroid hastalığı saptandı. Olguların %54'ü obez, %24'ü kilolu idi.

SONUÇ: Ödem birçok hastalığa eşlik eden ve ülkemizde sık görülen bir semptomdur. Ödem sıklığı %7.6 olarak bulunmuştur. Ödemli olgularda obezite, hipertansiyon, kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıkları sık görülmektedir. Bu nedenle ödemli hastaların klinik değerlendirilmelerinde eşlik eden komorbid hastalıkların sık olduğu unutulmamalıdır.

Bu çalışma Gaziosmanpaşa Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeler Komisyonu tarafından 2005/026 proje no su ile desteklenmiştir.

P358

D VİTAMİNİ İNTOKSİKASYONUNA BAĞLI BİR HİPERKALSEMİ OLGUSU

¹Ümmügül Üyetürk, ²Çiğdem Usul Afşar, ¹Süheyla Uzun Kaya, ¹Binnur Şengezer

¹*Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Sb İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği.*

GİRİŞ: Vitamin D intoksikasyonu yüksek dozda vitamin D2 veya vitamin D3 (genellikle aylar boyunca ya da günde 50.000-100.000IU üzerinde) kronik alınımında ortaya çıkar. Aşırı miktarda yağ dokusunda depolanıp kan akımına yavaş yavaş salındığından bir seferde büyük miktarlarda alınması akut toksisiteye neden olmaz. Genel olarak serum düzeyinin 120 nmol/l'te üzerinde olması hipervitaminoz olarak kabul edilir. İntoksikasyon bulguları hiperkalsemiye bağlı olup bu da kalsiyumun gastrointestinal sistemden fazla emilmesine ve kemiklerden fazla miktarda rezorbsiyonuna bağlıdır. Kalsiyumun kalp, kaslar, gastrointestinal sistem, böbrekler ve sinirler üzerine etkileri vardır. Hipertansiyon, aritmi, QT intervalinde kısalma, halsizlik, yorgunluk, kaslarda ileri derecede kuvvetsizlik, hipotoni, iştahsızlık, bulantı-kusma, karın ağrısı, kabızlık, peptik ülser, pankreatit, mukozalarda kuruluk, polidipsi, poliüri, dehidratasyon, hiperkalsemi, nefrolitiazis, nefrokalsinozis, renal yetmezlik, bilinç bulanıklığı, koma ve ölüme neden olabilir.

OLGU: Halsizlik, iştahsızlık, bulantı-kusma, kabızlık ve bilinç bulanıklığı nedeniyle polikliniğimize başvuran 75 yaşındaki bayan hastanın yapılan muayenesinde genel durumu orta, şuuru bulanık ve ko-operasyon tam kurulamıyordu. TA: 160/100 mmHg, Nb: 90/dk, SS: 20/dk bulundu. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Özgeçmişinde 5 yıldır hipertansiyon, 4 yıldır osteoporoz nedeniyle ilaç kullanımı dışında bir özellik yoktu. Hastanın yapılan tahlillerinde hemogramı normal sınırlarda, rutin biyokimyasal tahlillerinde ürik asit: 13.3 mg/dl, kalsiyum: 17 mg/dl olması dışında bir özellik yoktu. Hiperkalsemi yapabilecek nedenler araştırılırken parathormon 13.81pg/ml (12-72) düzeyi normaldi. Protein elektroforezinde bir özellik yoktu. Periferik yaymasında ve litik lezyonlar açısından kemik graflerinde de özellik yoktu. Hastanın 24 saatlik idrar kalsiyumu 35.4mg/dl (N: 2.8-23.5) olarak yanı sıra artmış bulundu. Hastanın anamnezinde osteoporozu için, 2 aydır 3 günde bir 1 ampul D vit 3 (toplam 17 ampül) ve D vitamini kalsiyum tabletleri kullandığı öğrenildi. D vitamini intoksikasyonu olabileceği düşünüldü. 25-OH vitamin D3 düzeyi 274, 3ng/ml (N: 10-60) olarak geldi. Hastanın öncelikli olarak sıvı replasmanı ile rehidratasyonu sağlandı. Furosemid ve prednizolon tedavisi uygulandı. Yatışının 9.gününde kalsiyum değerleri 9.2 mg/dl'ye düştü.

SONUÇ: Vitaminler içinde en toksik olanı D vitamini dir. İntoksikasyonu hemen daima iyatrojeniktir. Hastalar ve bazen sağlık çalışanları bile bir vitamin olan D vitamini fazla tüketmekte bir sakınca görmekte; hatta kemiklerinin daha sağlam olacağı gibi bir yanlış inanca sahiptirler. Bu da tehlikeli sonuçlar doğurmaktadır.

P359**PRİMER ANTİFOSFOLİPİD SENDROMUNA BAĞLI HİPERTANSİF HİPONATREMİK SENDROM VE PRİMER ADRENAL YETMEZLİK**

Mehmet Ali Çıkrıkçıoğlu, Öykü Aksoy, Mustafa Çakırca, Mehmet Hürsitoğlu, Tufan Tükek

Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Dahiliye Kliniği

43 yaşında erkek polikliniğimize baş ağrısı, huzursuzluk, ajitasyonlar, poliuri ve regule edilemeyen HT nedeniyle başvurdu. DVT hikayesi vardı. Hasta hafif konfüze ve huzursuzdu. TA 220/110 mm Hg. Babinski bilateral pozitif. TİT normal, kanda Na 116 mEq/L, K 2.5 mEq/L, Cl 80mEq/L idi. USG de böbrek boyutları normal, sağ böbrek daha küçük, parankim kalınlıkları ve ekojeniteleri normaldi. Renkli doppler usg ile renovasküler patoloji yoktu. Arter kan gazı normaldi. BT'de bilateral hipodens adrenal mass tesbit edildi. (sağ 4-2.5 mm, sol 2.5-1.6 mm). 24 saatlik idrar katekolaminleri, DHEAS, aldosteron normal, PRA yüksek, kan kortizolu 30 mcg/dL - 9 mcg/dL, Adrenal küteller inaktif kabul edildi. Poliuri, yüksek PRA, hipertansiyon, hiponatremi, hipokalemi hiponatremik hipertansif sendrom (HHS) ile uyumlu idi. Renal MRI anjiyografide sağ renal arter proksimalinde darlık tesbit edildi. Bu sırada hastada muhtemelen kontrasta bağlı ABY gelişti. Renal arteriografi ve perkutan anjiyoplasti düşünüldü. DTPA sintigrafide sağ böbrek fonksiyonu %18, sol böbrek fonksiyonu %80 bulundu. Nefrektomi kararı alındı.

Operasyon için hazırlık yapılırken sağ crural arter iskemisine bağlı ayak yarısı ve trombositopeni ortaya çıktı. Tekrarlayan DVT atakları, periferik arteriyel yetmezlik, trombositopeni, renal arter darlığı ile APS düşünüldü. Lupus antikoagulanı pozitif, antikardiyolipin antikorlu yüksek bulundu. ANA, Anti ds DNA negatif. Enoxaparin, pentoksifilin, ASA, hidroksikloquin verildi.

Sağ nefrektomi ve sağ surranelektomi yapıldıktan sonra hastanın şuru ve genel durumu düzeldi. Üre kreatinin normale yaklaştı, poliuri kayboldu. Postop 12. gün adrenal yetmezlik gelişti. Cortisol düştü (8 mcg/dL), ACTH yüksek (948 pg/mL). Hormon replasmanı yapıldı.

Patoloji: sağ nefrektomi materyeli: renal arterde intimal kalınlaşma, organize ve taze trombus, multiple taze infarktus odağı. Sağ surranelektomi materyeli: Diffüz koagülasyon nekrozu (infarktus), nekroz sahaları içinde tromboze damarlar.

HHS poliuri, polidipsi, düşük plazma osmolaritesi, hiponatremi, hipokaleminin eşlik ettiği bir hipertansiyon tablosudur. Patofizyolojisi tam bilinmemekle birlikte renal iske mi sorumlu tutulmuştur. Hastamızda primer antifosfolipid sendromunun yol açtığı trombüs nedeniyle tek taraflı renal arter stenozu vardı, Hiponatremi intensif Na replasmanına rağmen düzeltililememiş ve kan basıncı kontrol edilememişti. Nefrektomiden sonra tablo tamamen düzeldi. Tek taraflı surranelektomi ile adrenal yetmezlik belirginleşti. Çünkü iki adrenal BT görüntüsü aynı idi ve çıkarılan adrenalde iskemik nekroz vardı.

APS ile birliktelik gösteren HHS vakası şimdiye kadar bildirilmemiştir. Renal arter stenozu nedeni olarak APS da düşünülmeli, hipertansiyona eşlik eden inatçı hiponatremi ve hipokalemi durumunda ısrarla renal arter darlığını aramalı ve primer adrenal yetmezlik sebebi olarak APS da akla gelmelidir.

Tablo .

24-hour urine volume	5000 cc.
Blood osmolarity	242 mOsm/kg
Urine osmolarity	150 mOsm/kg
ADH	5.7 ng/L (elevated as incompatible with blood osmolarity)
PRA	23 ng/mL/h (high value)
Cortisol	9 microgram/dL
Aldosteron	46 pg/mL (normal) (after receiving IV hypertonic NaCl)
Urine Na	35 mEq/L
Urine K	10 mEq/L

P360**DAHİLİYE POLİKLİNİĞİMİZE BAŞVURAN HASTALARDA MAGNEZYUM, KALSİYUM VE FOSFOR PROFİLİ**

¹Yusuf Bilen, ¹Habib Emre, ³Habib Bilen, ²Mustafa Keleş, ³Güngör Akçay

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, ³Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Bilim Dalı

Magnezyum (Mg) iyonlarının enerjinin transferi, depo ve kullanımında öncü rollerinin yanı sıra memelilerde 300 den fazla enzimde katalizör rolü bulunmaktadır. Hücre içi magnezyum seviyeleri DNA ve RNA sentezinin yanı sıra hücre büyümesi, yapısının korunması ve membran stabilitesi içinde gerekli olan bir elementtir. Kalsiyum (Ca) ve fosfor (P) , Mg ile birlikte değerlendirildiğinde kas iskelet ve diğer tüm organ sistemlerinin hayatîyetinin devamı ve işlevselliği açısından elzemlerdir.

AMAÇ: Bu çalışmamızda Erzurum yöresinde yaşamakta olan hastaların hastalık grup ve derecelerine bakılmaksızın Mg, Ca ve P seviyelerini belirlemeyi ve bu elementlerin eksikliğinin sistemik hastalıklarla olan birlikteliğini göstermek istedik.

Materyal, metod: Bu amaçla 2005 yılı Aralık ve 2006 yılı Şubat ayları arasında İç Hastalıkları polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran böbrek fonksiyon testleri normal olan hastalar randomize edilerek, başvuru sebebine bakılmaksızın 653 hastanın serum Mg, Ca ve P değerlerine bakıldı.

SONUÇLAR: 653 hastanın (352 KADIN %53,301 ERKEK %47) dahil edildiği bu çalışmanın sonucunda. Toplumdaki hasta bireyler arasında polikliniğimize başvuran hastalarla yaptığımız bu çalışmada hipokalsemi sıklığı %29, 9 (196) , hipomagnezemi sıklığı %12,7 (83), hipofosfatemi sıklığı %10,8 (71) gibi yüksek değerler bulunmuştur.

Hipomagnezemi hastalarının ortalama Mg değeri 1,4±0,22 idi. Başvuruda incelenen tüm hastaların ortalama Mg değeri ise 1, 9 mmol/l ± 0,36 (min.: 0,4 mmol/l, max: 6,5 mmol/l, range: 6,4, ortalama değer: 1,9 mmol/l) olarak hesaplanmıştır.

Aynı hastaların Ca değerlerine bakıldığında; ortalama Ca değeri 8, 7 mmol/l ± 0, 87 (min: 4, 2 mmol/l, max: 11, 2 mmol/l, range: 7, 3, ortalama değer: 8, 9 mmol/l) olarak hesaplanmıştır. Hipokalsemiye hipomagnezemi den çok daha sık olarak rastlanmış olup hipokalseminin örneklemimizdeki prevalansı %29,

9 (196) olarak karşımıza çıkmış ve hipokalsemik grupta ortalama kalsiyum değeri 7,6 ± 0,69 olarak bulunmuştur.

Hastaların P düzeylerine bakıldığında; ortalama P düzeyi: 3, 42 mmol/l ± 0,87 (min: 0,7 mmol/l, max: 8, 4 mmol/l, range: 7,7, ortalama değer: 3,4 mmol/l) olarak hesaplanmıştır. Hipofosfatemik grup incelendiğinde (71, %10,8) ortalama fosfor düzeyi 1,99 ± 0,41 olarak bulunmuştur.

Alt grup analizleri kendi aralarında yapıldığında hipomagnezeminin hipokalsemi (p<0.01) ile birlikteliği yüksek oranda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bu çalışma ışığında hipokalseminin hasta grupları arasında ciddi oranda yüksek bir prevalansa sahip olduğu, hipomagnezemi ve hipokalsemi arasında bir ilişkinin varlığı net bir şekilde ortaya konmaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarında Erzurum yöresinde Mg, Ca ve P eksikliğinin yaygın ve hatta endemik bir sorun olabileceğine dair bulgular ortaya konmuştur. Mg, Ca ve P eksikliğinin boyutlarının daha iyi değerlendirilebilmesi için daha geniş çaplı toplum bazlı epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

P361**İLERİ YAŞ GRUBU HASTALARDA İRRİTABL BARSAK SENDROMU GLUTEN ENTEROPATİSİ İLE İLİŞKİLİ OLABİLİR Mİ?**

Özgür Tanrıverdi

Şafak Sağlık Grubu, Göztepe Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Henüz patogenezi tam açıklanamayan ve günümüzde artık yaygın tanı alan irritable barsak sendromu ile çölyak hastalığı arasında olası ilişki gösterilmeye çalışılmıştır.

Yöntem ve geçerler: Sorgulamalarında ROMA kriterleri ile irritable barsak sendromu konulan dışlama yöntemi malignite ve inflamatuvar gastrointestinal sistem hastalıkları ekrte edilen ve çalışmayı kabul eden 60 yaş üzeri toplam 18 hasta (Grup 1) ile 35-60 yaş atasındaki 15 hasta (Grup 2) çalışmaya alındı. Gastrointestinal hiç bir semptomu olmayan 11 sağlıklı hasta da kontrol grubu olarak belirlendi. Hastaların tamamından hemogram, demir, demir bağlama kapasitesi, ferritin, B12 vitamini, folik asit, albumin, protein, anti- endomisyum antikorlu, anti gliadin antikorları ve anti-doku transglutaminaz tetkikleri ve duodenal biyopsi istendi.

BULGULAR: Gruplar arasında yaş ve cinsiyet farkı yoktu. Gruplara göre değişkenlerin dağılımı Tablo-1'de gösterilmiştir. Grup 1 hastalarda seroloji sıklığı (endomisyum antikorlu veya doku transglutaminaz antikorlu ve/veya anti gliadin antikorları) Grup 2 ve kontrole göre anlamlı olarak yüksek bulundu. (p<0.05) Duodenal biyopsi ile ROMA kriterlerinin Grup 1 hastalarda parsiyel villöz atrofi ve komplet atrofi açısından anlamlı korelasyon olduğu belirlenmiştir. Grup 2 hastalarda ise seroloji ile komplet villöz atrofi korele idi. (p<0.05, p

SONUÇ: İleri yaş hasta grubunda gastrointestinal semptomları olan hastalarda özellikle de demir eksikliği de varsa çölyak hastalığı araştırılmalıdır.

Tablo .

	Grup 1 (n=18)	Grup 2 (n=15)	Kontrol (n=11)
Anti- endomisyum antikorlu	9	5	2
Anti gliadin antikorlu IgA	11	7	4
Anti-gliadin antikorlu IgG	9	6	3
Anti doku transglutaminaz antikorlu	7	4	1
Parsiyel villöz atrofi	5	3	1
Komplet villöz atrofi	4	2	1

P362**ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARINDA PRE- ENDOSKOPİK BAZI RİSK FAKTÖRLERİNİN ETİYOLOJİYE GÖRE DAĞILIMI**

¹Nujen Çolak, ¹Ayla Yıldız, ¹Erdal Eskioğlu, ¹Selma Karaahmetoğlu,

²Ersan Özaslan

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

AMAÇ: Üst gastrointestinal sistem (GIS) kanamaları %6-14 mortaliteyle seyredir. Rekürrens ve mortaliteye etkili etiyolojik faktörlerin bilinmesi, progresin tahmini ve tedavi yönetiminde yol gösterici olabilir. Bu çalışmada hastanemizde saptanan üst GIS kanamalarının etiyolojisi tanımlandı. Endoskopi öncesi hastaya ait bazı özelliklerin, saptanan etiyolojik faktörlere göre dağılımı belirlenerek rekürrens ve mortalite ile ilişkisi araştırıldı.

YÖNTEM: Hastanemize 2 yıl içinde başvuran 560 üst GIS kanama saptanan hastanın endoskopik bulguları incelenerek etiyolojik faktörler tanımlandı. Hastaların endoskopi öncesi verilerinden başvuru zamanı, geliş şikayeti, eşlik eden ko-morbid hastalık öyküsü, GIS kanama riskini arttıran ilaçlardan non-steroid, aspirin, varfarin ve klopidoğrel kullanımı öyküsü gibi parametrelerin kanama etiyolojisine göre dağılımı saptandı. Primer sonlanım noktası rekürrens ve mortalite olarak belirlendi. Veri analizlerinde SPSS 13.0 programı kullanıldı.

SONUÇLAR VE TARTIŞMA: Hastanemize başvuran üst GIS kanamalarının iki yılda en sık kasım ayında olduğu gözlemlendi. Tüm üst GIS kanamalarının en sık nedeni peptik ülserdi. Aspirin ve diğer non-steroid antiinflamatuvar kullanımı en sık peptik ülserlerle birliktiydi. Bu veriler, sonbahar aylarında non-steroid kullanımının artmasına bağlı peptik ülserden kanama sıklığının arttığını düşündürülebilir. İkinci en sık neden erozif/hemorajik gastropatidir. Varfarin kullananların en sık bu grupta olması varfarin kullananlarda görülen GIS kanamalarının sıklıkla erozif/hemorajik gastropatiye bağlı olduğunu gösterebilir. Yoğun bakım ihtiyacı, rekürrens ve mortalite bu grupta peptik ülserlerden daha fazlaydı. Üçüncü en sık neden portal hipertansif gastropati ve varislerdi. Bu gruptaki hastalarda eşlik eden ko-morbid hastalığın en sık endokrin nedenliken diğer gruplarda kardiyak nedeniydi. Bu, altta yatan karaciğer hastalıklarına bağlanabilir. Aspirin kullanımının yine bu grupta en az olması, aspirinin sıklıkla eşlik eden kardiyak ko-morbidite nedeniyle kullanıldığını düşündürmektedir. Özefagus ülserleri, özefajit dördüncü sık kanama nedeniydi. Klopidoğrel kullananlar en sık bu gruptaydı. Klopidoğrel kullananlarda görülen kanamaların özefageal kaynaklı olduğu

söylenebilir. Özegeal kanamaların yoğunbakıma yatışı, rekürrens ve mortalitesi önceki gruplardan daha yüksek izlendi. Neoplastik odaktan kanayan hastalar diğerlerinden daha yaşlıydı. Mortalitenin en yüksek bu grupta izlenmesi alta yatan malinite ve ileri yaşla ilişkili olabilir. Yoğunbakıma yatışların en sık anjiodisplazi, divertikül ve mide operasyonuna bağlı kanamalarda gözlenmesi cerrahi müdahale gerektirmelerinden kaynaklanabilir. Tüm üst GLS kanamalarının erkeklerde daha sık görülmesi, hematemiz şikayeti ile başvuranlarda mortalite hızının daha yüksek olması diğer İngilizce literatürle uyumluydu. Bu sonuçlar; hangi hastanın nereye yatırılacağı kararına, izlenecek tedavi yönetimine ve mortalite tahminine yardımcı olabilir.

Tablo 1. Etiyolojiye göre üst gastrointestinal kanamalı hastaların bazı parametreleri (ANEAH)

	Erozif/ hemorajik gastropati	Peptik ülser	Özefagus hastalıkları*	Portal hipertansif gastropati/ varis	Neoplastik odak	Diğer**
Sayı	115 (20.5)	277 (%49.5)	38 (%6.7)	81 (%14.5)	28 (%5)	19 (%3.4)
Ortalama yaş	59,5	56,4	59,1	55,4	63,8	56,2
Erkek/Kadın	1,5	2	4,1	2	1,6	8,5
Başvuru zamanı	Kasım	Kasım	Eylül	Kasım	Kasım	Şubat
Şikayeti	Melena	Melena	Hematemiz	Hematemiz	Hematemiz	Hem+Mel***
Ko-morbid hastalık	Kardiak	Kardiak	Kardiak	Endokrin	Kardiak	Malinite
NSAID kullanımı (%)	17,4	23,7	8,8	2,5	7,1	5,3
Aspirin kullanımı (%)	16,5	20,2	15,3	3,7	10,7	10,5
Varfarin kullanımı (%)	25,2	6,5	15,5	0	7,1	5,3
Klopidogrel kullanımı (%)	2,6	2,4	6,7	2,5	0	0
Yoğun bakıma yatış (%)	5,2	3,2	12,1	9,9	7,1	21,1
Rebleeding (%)	12,2	14,8	26,5	14,8	32,1	15,8
Mortalite hızı (%)	9,6	8,1	17,5	11,1	21,4	10,5

*Özefajit, özefageal ülser, Mallory-Weiss

**Diğer: Anjiodisplazi, divertikül, operasyon yerinden kanama.

P363

ASİTTEN “TAŞ KALBE” UZUN İNCE BİR YOL

¹Funda Pepedil, ²Gülşay Sain Güven, ¹Arzu Gedik, ¹Zeki Sürmeli,

²Mine Durusu Tanrıöver, ³Ali Deniz, ²Tümay Sözen

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Dahiliye Ünitesi, ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

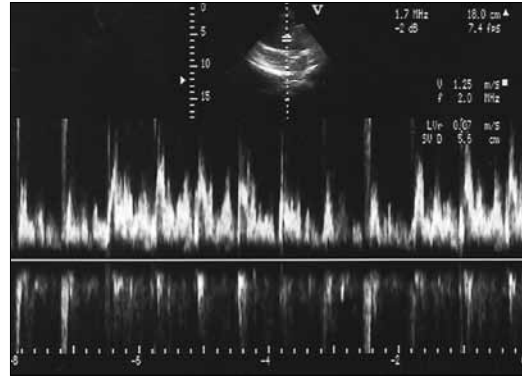
GİRİŞ: Asit nedenleri arasında siroz %85 ile en sık nedendir. Tüm kardiyak nedenler ise %3 gibi düşük bir oranda tespit edilmektedir. Bu nedenle asitli hastalarda konstriktif perikardit nadiren aklı gelmektedir.

OLGU SUNUMU: Onsekiz yaşında erkek hasta 4 ay önce başlayan bulantı, kusma, cilt renginde sararma ve yaklaşık 1,5 aydır olan karın şişliği nedeni ile hastanemize başvurdu. Fizik muayenede belirgin boyun venöz dolgunluğu, karında asit ile uyumlu matite ve hepatosplenomegali, tetkiklerde hafif ALP, GGT ve bilirubin yüksekliği saptandı. Abdominal ultrasonografide (US) masif asit ve splenomegali dışında patoloji yoktu. Parasetez örneğinde serum-asit albumin gradienti 1.4 g/dL bulundu. Hepatobilier doppler US’de portal venöz sistem normal, hepatic venöz sistemde konjesyon ile uyumlu bulgular görüldü. Doppler ekokardiyografide mitral akım hızının inspiryumda azaldığı, ekspiryumda arttığı (solunumsal varyasyon) gözlemlendi (Şekil 1). Toraks Bilgisayarlı tomografide perikard normalden kalın, vena kava inferior geniş bulundu. Kalp kateterizasyonunda sağ ve sol ventrikül basınçları artmış bulundu, basınç trasesinde karekoks izareti görüldü. Konstriktif perikardit tanısı ile perikardiyektomi yapıldı. Perikard sıvısında Mycobacterium tuberculosis enfeksiyonu lehine bulgu yoktu (ARB ve PCR negatif, kültürde üreme olmadı). Romatolojik belirteçler negatifti. Perikardiyektomi materyalinin patolojik incelemesi hyalinizasyon, fibrozis ve kronik inflamasyon olarak rapor edildi. Etiyolojik neden bulunamayarak idiopatik perikardit kabul edildi.

TARTIŞMA: Konstriktif perikardit nadir görülen bir asit nedenidir. Etiyolojide enfeksiyöz nedenlerden tüberküloz (ülkemizde halen siktir), coxsackie virüs, bakteri, parazit ve mantarlar, travma, radyoterapi, kollajen doku hastalıkları ve malignansi suçlanmaktadır. Ancak sıklıkla neden saptanamaz (idiopatik konstriktif perikardit).

Vakamızda olduğu gibi karaciğer fonksiyon testlerinde belirgin bozukluk olmaksızın masif asitle başvuran ve hepatic venler ya da inferior vena kavada obstrüksiyonu olmayan hastalarda serum asit-albumin gradienti de yüksek ise mutlaka konstriktif perikardit aklı gelmelidir. Jugüler venöz nabız muayenesi çok değerlidir ve kusmaull izareti görülebilir. Ancak, gelişmiş görüntüleme yöntemlerinin kullanılabildiği çağımızda bile konstriktif perikardit tanısı koymak kolay değildir. Konstriktif perikarditli hastalarda ekokardiyografide mitral ve trikuspid akım hızlarında görülen solunumsal varyasyon tipiktir. Tanıda kardiyak

kateterizasyonu altın standart olarak kabul edilir, ancak bazı vakalarda kesin tanı cerrahi esnasında konulabilir. Geçmiş perikardiyektomi girişimleri, uzun süre tedavisi izlenmiş vakalarda etkisiz olabilir. Tedavi edilebilir kalp ve karaciğer fonksiyon bozukluğuna yol açması nedeni ile konstriktif perikardit tanısının erken konulması önemlidir.



Şekil 1. Ekokardiyografi: Mitral akım hızının solunumsal varyasyonu.

P364

BRUCELLA SPP’NİN ETKEN OLDUĞU PACEMAKER ENFEKSİYONU VAKASI

Muhittin Yalçın, Özkan Güngör, Pınar Tosun, Kadir Biberoglu

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Enfeksiyon, endokardiyal pacemaker sonrası karşılaşılan ciddi komplikasyonlardır. Etken olarak en sık Staphylococci, Streptococci, Enterobacteriaceae, Pseudomonas aeruginosa, Enterococcus türleri saptanmaktadır. Yazımızda, etken olarak Brucella spp saptanan bir pacemaker enfeksiyonu olgusu sunulmuştur.

Altmışbir yaşında erkek hasta sağ klavikula altındaki deri bölgesinde tekrarlayan papüler lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hipertrofik Obstruktif Kardiyomiyopati ve eşlik eden Hasta Sinüs Sendromu nedeniyle 1999 yılında pacemaker takılan hastanın şubat 2006’da lead disfonksiyonu nedeniyle pacemakeri değiştirilmişti. Yeni pacemaker takıldıktan sonra pacemaker takılı yüzeyde gelişen tekrarlayan papüler lezyonlar nedeniyle başvurduğunda, pacemaker enfeksiyonu olarak değerlendirilerek yedi gün Sulbaktam Ampisilin tedavisi verildiği, pacemaker pilinin çıkarıldığı ve takılan Holter EKG’de hastanın bradikardisi ve ileti bloğu olmaması nedeniyle pacemaker ihtiyacı olmadığı düşünülecek taburcu edildiği öğrenildi. Taburculuktan 15 gün sonra aynı bölgede benzer lezyonların tekrarlaması üzerine başvuran hasta pacemaker enfeksiyonu ön tanısı ile dahiliye servisine yatırıldı. Ateş, kilo kaybı, terleme tariflemeyen hastadan nonspesifik kan kültürleri alındı. Gönderilen kan kültürlerinde Brucella spp. üredigi saptanan hastaya Rifampisin 1x600 mg ve Doksisiklin 2x100mg tedavisi başlandı ve pacemaker bölgesindeki yabancı cisimler (pacemaker telleri) ve yüzeyel doku ultrasonografisinde saptanan 42x15x20 mmlik absenin tamamı çıkarıldı ve kültüre gönderildi. Hastaya yapılan transtorasik ekokardiyografide kalp kapaklarında vejetasyon izlenmedi. Gönderilen tüm materyallerde (iki adet kan kültürü, abses kültürü, pacemaker tellerinin kültürü) Brucella spp üremesi gözlenen hastanın antibiyoterapi 6 haftaya tamamlandı. Kontrol kan kültürlerinde üremesi olmadı.

Bruselloz, enfekte hayvan ile direkt ya da indirekt yolla temasla bulaşan ve birçok farklı klinik prezentasyonu olan sistemik bir hastalıktır. Pacemaker enfeksiyonu hastalığın çok nadir bir görülmektedir ve olgumuz literatürde bildirilen 5.vaka, Türkiye’den bildirilen 2. vaka. Bu durum, Türkiye’de pastörize edilmemiş hayvan ürünlerinin yaygın kullanımı sonucu hastalığın endemik olarak görülmesiyle açıklanabilir. Türkiye gibi Brusellozun endemik olarak görüldüğü ülkelerde pacemaker enfeksiyonu etkenleri arasında Brucella spp de aklı tutulmalıdır.

Tablo .

	BAŞVURU DEĞERLERİ	TABURCULUK DEĞERLERİ
BEYAZ KÜRE (uL)	7400	6000
PARÇALI ORANI (%)	70	59
CRP (mg/L)	7.82	2.37
HEMOGLOBİN (GR/DL)	11.3	12.9
HEMATOKRİT (%)	33.6	38.6
TROMBOSİT (uL)	255000	198000
SEDİMENTASYON (mg/h)	31	13



Resim 1. Pacemaker implantasyon yerinde papüler lezyon.

P365**BİR VAKA SUNUMU: EOZİNOFİLİK KOLANJİOPATİ**

Ferhan Mantar, Sibel Hamarat, Fatmanur Otmar, Bilgivar Kaya, Laika Karabulut

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Eozinofilik kolanjyopati biliyer obstrüksiyon ile seyreden nadir benign bir hastalıktır. Biliyer sistemin yoğun eozinofilik infiltrasyonu ile karakterizedir. Eozinofilik kolesistopati sadece safra kesesini etkilediği gibi aynı zamanda safra yollarını da etkileyebilir. Literatürde bildirilen 15 olgunun yarısında biliyer sistem tutulması yanında diğer hastalarda biliyer sistem dışı tutulum da bildirilmiştir. Hastalık tanısında periferik eozinofili olması, bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografide alkaliköz kolesistit olmaması, ERCP normal olması ve parazit enfestasyonu olmaması önemlidir. Kliniğimizde takip edilerek eozinofilik kolanjyopati tanısı konulan hastamızı nadir rastlanan bir olgu olması nedeniyle sunmayı amaçladık.

OLGU: 33 yaşında erkek hasta, 3 aydır yemeklerden sonra ortaya çıkan, sırta vuran karın üst kısmında ağrı ile kliniğimize başvurdu. Hasta 2 ay önce de benzer şikayetler ile başka bir hastanede tetkik edilmiş, kolesistit tanısı konularak medikal tedavi verilmiş. Şikayetleri devam eden ve tarafımıza başvuran hastanın fizik muayenesinde anlamlı bulgu yoktu. Kan sayımında eozinofili (%59, eozinofil/lökosit: 10.560/17.780 /mcl) mevcut olup yapılan periferik yayma da uyumlu idi. Kan biyokimyası doğaldı. Gaitada parazit için istenen gaita mikroskopisi 3 kez negatif geldi. Batın ultrasonografisinde safra kesesi duvarında difüz kalınlaşma (11 mm), koledok duvar kalınlık artışı (3 mm) dışında anlamlı bulgu yoktu. Kolanjio MR ve abdominopelvik BT'de de safra kesesi ve koledok duvar kalınlık artışı dışında bulgu yoktu. Gastroskopi ile alınan duodenal tubaj mayide fasciola hepatica ve yumurtasına rastlanmadı. Bunun üzerine yapılan ERCP'de papilla normal görünümünde idi, papillatomi ile girilen safra yollarında fasciola hepatica enfestasyonu yoktu; pankreas kanalı, koledok, intrahepatik safra yolları normal görünümünde olup dolma defekti yoktu. Bu bulgularla hastada eozinofilik kolesistit ve kolanjyopati düşünüldü 48 mg prednisolon başlandı. Tedavinin 1. haftasında hastanın belirtileri geriledi, eozinofil sayısı düzeldi (%1, eozinofil/lökosit: 150/14.500 /mcl) ve periferik yayma da uyumlu idi. Tedavinin 2. Haftasında yapılan kontrol batın ultrasonografide koledok cidar kalınlığı (2, 41 mm) ve safra kesesi duvar kalınlığı (5, 2 mm) olup azalma saptandı. Hasta kortizol tedavisi ile takibe alındı.

SONUÇ: Eozinofilik kolanjyopati biliyer sistemin eozinofil infiltrasyonu ile karakterize nadir rastlanan bir hastalıktır.

P366**HİPOGLİSEMİ, RABDOMYOLİZ İLE SEYREDEN ERİŞKİN GLUKOJEN DEPO HASTALIĞI OLGUSU**

M. Muhittin Yalçın, Pınar Tosun, Hakan Alp Bodur, Mehmet Tunca, Kadir Biberöglü

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Mc Arde Tip V Glukojen depo hastalığı çocukluk çağında sık olarak karşımıza çıkmaktadır. Otozomal resesif olarak kalıtılan bu hastalıkta kas glukojen metabolizmasının glikolitik fazı bozuktur, myofosforilaz ve glikotransferaz enziminde defekt vardır. Hastalıkta myalji, kas krampları, tekrarlayan miyoglobiniüri, egzersiz intoleransı, erken yorulma gibi semptomlar vardır. Bulgular tipik olarak erken çocukluk döneminde ya da adolesan döneminde başlamaktadır.

On dokuz yaşındaki erkek hasta bir haftadır olan ateş yüksekliği, öksürük, yeşil renkli balgam şikayetleri ile başka bir merkeze başvurmuş ve hastada atipik pnömoni düşünüldü moksifloksasin tedavisi başlanmış. Tedavinin 4. gününde gelişen bilinç bulanıklığı nedeni ile yapılan lomber ponksiyon sonucu normal saptanmış ve hastanemize ileri tetkik için yönlendirilmiş. Hastanın özgeçmişinde, kronik bir hastalığının ya da damar içi ilaç kullanımının olmadığı, bitkisel bir tedavi almadığı, 3 aydır askerlik yaptığı ve ergenlik döneminden bu yana kas ağrıları nedeni ile efor kısıtlılığı olduğu öğrenildi. Hastanemize başvurusunda KB: 70/50 mmHg, nabız: 108/dakika, ateş: 40.0 derece saptandı, bilinci uykuya meylliydi, her iki akciğer bazallerinde raller ve her iki alt ekstremitede kaslarda palpasyonda hassasiyeti vardı. Laboratuvar tetkiklerinde ağır hipoglisemi, lökositöz, rabdomyoliz bulguları ve akut böbrek yetmezliği bulguları saptandı (Tablo 1). Menenjit ön tanısı ile tekrarlanan lomber ponksiyon sonucu bakteriyel menenjit ile uyumlu değildi. Adrenal yetmezlik olasılığı düşünüldü bakılan bazal kortizol değeri normaldi. İdrarda toksikoloji paneli negatifti. Miyoglobulinüri olan hastaya, rabdomyolize ikinci akut böbrek yetmezliği düşünüldü damardan sıvı tedavisi ve idrar alkalinizasyonu başlandı. Destek tedavisi ile ilk yirmi dört saatte bilinci tamamen normale dönen, kan basıncı değeri yükselen, böbrek yetmezliği ve rabdomyoliz tablosu gerileyen hasta, yoğun bakımdan servis izlemine alındı. Hastanın özgeçmişinin tekrar değerlendirilmesinde anne-babasının ikinci dereceden akraba oldukları ve başvurudan iki gün önce kendisine göre yoğun fiziksel efor sarf ettiği öğrenildi. Hipoglisemi, efor sonrası rabdomyoliz birlikteliği nedeniyle glukojen depo hastalıklarından Mc Arde hastalığı ön planda düşünüldü iskemik önkol testi yapıldı (Tablo 2) Hastanın kliniği ve test sonuçları bir arada değerlendirilerek hastaya Mc Arde hastalığı (tip 5 glukojen depo hastalığı) tanısı koyuldu ve genel durumu düzelen hasta diyet önerileri ile taburcu edildi.

Genelde çocukluk çağında görülse de rabdomyoliz, ağır hipoglisemi, myoglobiniüri buna ikincil böbrek yetmezliğinin olduğu vakalarda yetişkin dahi olsa glukojen depo hastalıkları akılda tutulmalıdır.

Tablo 1.

	Kreatinin	Ast	Alt	LDH	Kan Myoglobin	CK	CK-MB	Beyaz Küre	Alt	CK
Yoğun Bakım	2	242	73	3181	>800	6165	211	15800	592	16946
Servis	0.7	189	317	1436	93, 8	1931	14, 1	5600	317	1981
Taburculuk	0.6	70	188	742	264	842	12, 4	6400		561

Tablo 2.

	AMONYAK	LAKTİK ASİT	PİRUVİK ASİT
0. DAKİKA	58	1	0.053
1. DAKİKA	266	2	0.051
4. DAKİKA	74	2	0.061
6. DAKİKA	60	3	0.069
10. DAKİKA	77	2	0.074

P367**CROHN HASTALIĞI' NDA FİSTÜLİZASYON OLMADAN GELİŞEN PSOAS ABSESİ**

Sevim Dindar, Abdülkadir Küçükbayrak, Gökhan Dindar, Uğur Korkmaz, Rezan Gergin, Hakan Cinemre, Necip Aytuğ

Düzce Üniversitesi

AMAÇ: Psosas absesi etyolojisine göre primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Crohn hastalığında görülen Sekonder Psosas absesi nadir görülen bir komplikasyondur (%0, 4-4, 3). Klinik tanısı USG ve/veya CT ile koyulur. Absenin etyolojisinde sindirim sisteminde oluşan fistüller önemli yer almaktadır. Burada Crohn Hastalığına eşlik eden ve fistülizasyon olmadan gelişen Psosas Absesi vakası sunulmuştur.

OLGU: 32 yaşında erkek hasta kliniğimize ishal, karın ağrısı, ateş ve sağ kasık ağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan kolonoskopisinde Crohn Hastalığına ait bulgular tespit edilen hasta servisimize yatırıldı. Hastanın vital bulguları TA: 120/80 mmHg Ateş: 38, 5 C, nbz: 107/dk ritmik idi. FM de sağ kalçanın hareketleri şiddetli ağrı nedeni ile kısıtlıydı. Ağrı

nedeniyle yürüyemeyen hasta kalçasını fleksiyonda tutma eğilimindeydi. Sağ inguinal bölgede palpasyonda sınırlı net seçilemeyen ağrılı şişlik vardı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın kasık ağrısı ve ateş şikayeti olması nedeni ile abse ön tanısı ile USG si yapıldı ve psosas kasına lokalize 10x8 cm boyutlarında abse formasyonu olduğu görüldü. Abse batın CT ile teyid edildi. USG eşliğinde abse drenajı yapıldı ve abse materyalinden kültürler gönderildi. Kültürde E.coli üreyen hastaya antibiyotik tedavisi verildi. Tedavi sonrası yapılan kontrol USG de absenin kaybolduğu görüldü. Vital bulguları stabil seyreden ve kliniği düzelen hasta tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Taburculuğundan 1 ay sonra tekrarlayan sağ kasık ağrısı nedeni ile kliniğimize başvuran hasta rekürren psosas absesi düşünülerek servisimize yatırıldı. Yapılan USG de eski lokalizasyonda psosas kasında abse formasyonu görüldü ve dren koyularak boşaltıldı. Abseden gönderilen kültürlerde Staf. Aureus ve Candida albicans üredi ve antibiyotik tedavisine başlandı. Crohn açısından tedavisine devam eden hastanın tekrarlayan abseleri nedeni ile abse için başka odak bulunamadığından fistülizasyon ön tanısı ile alt batın MR çekildi ve fistül olmadığı rapor edildi. Çekilen kontrastlı kolon grafisinde patolojiye rastlanmadı. Antibiyotik tedavisi tamamlanan hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Psosas absesi Crohn Hastalığı'nın nadir görülen komplikasyonlarından biridir. Crohn Hastalığı sırasında oluşabilen retroperitoneal fistüller psosas kasi boyunca ilerleyerek abse oluşumuna neden olabilmektedir. Bildirilen vakaların fistüllere sekonder psosas absesi olup bizim vakamızda olduğu gibi Crohn Hastalığına fistülizasyon olmadan da psosas absesi gelişebileceği akılda bulundurun.

P368**47,X,İ(XQ),Y KARYOTİPİ SAPTANAN BİR KLİNEFELTER SENDROMU OLGUSU**

Ahmet Ekmekçi, Bora Uslu, Ömer Kamil Yazıcı, Şeref Demirel

İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Klinefelter sendromu ilk tanımlanan kromozom anomalisi olup hipergonadotropik hipogonadizm ve önkoid vücut yapısı ile karakterizedir. Sıklığı 500-1000 canlı doğumda biridir. Olgular sıklıkla infertilite nedeniyle başvurur. Genel özellikleri uzun boy, önkoid vücut yapısı, jinekomasti, azalmış testis volumü, yetersiz yüz ve pubik kıllanma, kişilik ve davranış problemleridir. 47,XXY kromozom kuruluşu olguların %80'inde mevcuttur. İzokromozom Xq gibi yapısal kromozom anomalilerinin sıklığı net olarak bilinmemekle birlikte sıklığının tüm Klinefelter sendromlu olguların %3-9 olduğu tahmin edilmektedir. Olgu Sunumu: Yirmialtı yaşında, evli, eşiyile aralarında 1,5" kuzen evliliği bulunan baba adayında, infertilite nedeniyle yapılan tetkiklerinde semen analizinde azospermi saptanması üzerine karyotip tayini istenmiş. Özgeçmişinde özellik yoktu. Anne ve baba arasında akrabalık olmayan olgumuzun fizik muayenesinde; boy 174 cm, kilo 75 kg idi. Fasiyal dismorfizmi yoktu; jinekomasti saptandı. Aksiller, pubik ve yüz kıllanması normalden azdı. Genital sistem muayenesinde penis normal boyutta, sağ testis hacmi 4cc, sol testis hacmi 3 cc saptandı. Hormon profilinde ise FSH: 37,1 mIU/ml (1,37- 13,58), LH: 13,7 mIU/ml (1,8- 8,16) ve Testosteron: 1,93 ng/ml (1,66- 8,77) saptandı. Kromozom analizi sonucunda 47,X,İ(Xq),Y kromozom kuruluşu saptandı.

TARTIŞMA: Klinefelter sendromu ilk defa 1942'de Klinefelter tarafından jinekomasti, azospermi ve idrarda artmış FSH sekresyonu gösteren 9 vakada bildirilmiştir. Belirgin fenotipik farklılıkları uzun boy, önkoid vücut yapısı, jinekomasti, azalmış testis volumü, yetersiz yüz ve pubik kıllanma, kişilik ve davranış problemleri olarak dikkat çekmektedir. Ortalama IQ 90'dır. Psikoseksüel oryantasyon erkek yönündedir. Ereksiyon, koitus ve ejakülasyon olur fakat libido azalmıştır. Germ hücre gelişimindeki bozukluk nedeniyle hemen daima infertilirdir. Olguların yaklaşık %15'inde karyotip mozaiktir. Diğer kromozom kuruluşları 48, XXXY; 48, XYYY; 49, XXXXY olup kural olarak X kromozomlarının sayısı arttıkça daha dismorfik, seksüel gelişim daha geri ve daha ağır mental gerilik görülür. Bizim olgumuzun karyotip analizinde 47, X, İ (Xq) saptandı. Fryns ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 569 Klinefelter sendromlu erkek olgusunun sadece ikisinde i (Xq) anomalisi saptanmıştır. 47,XXY ve 47,X,İ(Xq), Y kromozom yapısındaki Klinefelter sendromlu hastalar arasında tek klinik farkın kısa boy olduğu öne sürülmüştür. Olgumuz ile literatürdeki diğer olgular kıyaslandığında hepsinin zekası bizim olgumuz gibi normal saptanmıştır. Jinekomasti açısından değerlendirildiğinde 16 vakanın üçünde hafif, ikisinde bizim olgumuzdaki gibi belirgin jinekomasti görülmüş. Diğer tüm olgularda olduğu gibi bizim vakamızda da gonadotropinler artmış olarak bulundu. Sonuç olarak infertilite ile başvuran her olgu uzun boy, küçük testisler, sekonder seks karakterleri dikkatlice muayene edilmeli ve hipergonadotropik hipogonadizm de saptanırsa karyotip analizi istenmelidir.

P369

HEPATİT VE PLÖROPERİKARDİT İLE PREZANTE OLAN OLASI STILL HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

¹Fatih Tufan, ¹Ömer Celal Elçioğlu, ¹Nilüfer Alpay, ¹Özer Taranoğlu, ²Sibel Aydın, ²Atahan Çağatay

¹*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı*

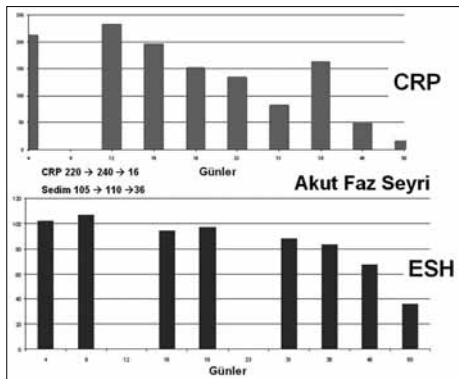
GİRİŞ: Plöroperikardit etyolojisinde genellikle viral enfeksiyonlar, tüberküloz, üremi ve bağ dokusu hastalıkları yer alır. Plevra sıvısının biyokimyasal incelemesi ve hücre sayımı ayrıntılı tanı açısından yönlendiricidir. Still hastalığı genellikle farenjit, yüksek ateş, artrit ve döküntü ile ortaya çıksa da nadiren hepatit ve plöroperikardite yol açabilir. Burada ateş, hepatit ve plöroperikardit ile başvuran bir olası Still hastalığı olgusu sunuldu.

OLGU: Altmış yaşındaki erkek hasta üç haftalık plöretik ağrı, öksürük ve ateş yakınması ile başvurdu. Burada ateş, hepatit ve plöroperikardit ile başvuran bir olası Still hastalığı olgusu sunuldu. OLGU: Altmış yaşındaki erkek hasta üç haftalık plöretik ağrı, öksürük ve ateş yakınması ile başvurdu. Burada ateş, hepatit ve plöroperikardit ile başvuran bir olası Still hastalığı olgusu sunuldu. OLGU: Altmış yaşındaki erkek hasta üç haftalık plöretik ağrı, öksürük ve ateş yakınması ile başvurdu. Burada ateş, hepatit ve plöroperikardit ile başvuran bir olası Still hastalığı olgusu sunuldu. OLGU: Altmış yaşındaki erkek hasta üç haftalık plöretik ağrı, öksürük ve ateş yakınması ile başvurdu. Burada ateş, hepatit ve plöroperikardit ile başvuran bir olası Still hastalığı olgusu sunuldu.

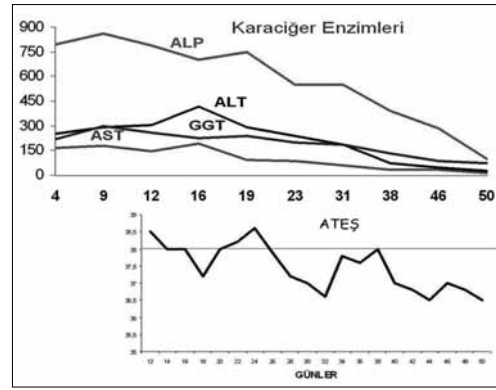
TARTIŞMA: Plöroperikardit etyolojisinde enfeksiyonlar önemli yer almaktadır. Bununla birlikte bazı olgularda bağ dokusu hastalıkları da sorumlu olabilir. Olgumuz tüberküloz hikayesi ve belirgin PPD endürasyonu nedeniyle tüberküloz açısından ayrıntılı olarak değerlendirildi ancak tablonun spontan olarak düzelmesi ve alınan örneklerde tüberküloz lehine bulgu saptanmaması bu tanıdan uzaklaştırdı. Viral enfeksiyonlarda da benzer bulgularla karşılaşılabileceği olgumuzun akut faz reaksiyonlarındaki belirgin yükseklik ve uzun seyri nedeniyle bu tanıdan uzaklaşıldı. Yaptığımız literatür araştırmasında hepatit ve plöroperikardit ile prezante olan az sayıda Still olgusu bildirisine rastladık.

Tablo 1.

Hb (g/dl)	12.1	ALT	304
Hct (%)	35.4	ALP	703
MCV (fl)	83.8	GGT	228
Lökosit	17300	LDH	620
Nötrofil	13600	CK	59
Lenfosit	2900	Total bilirubin	0.49
Trombosit	577000	Demir	14
ESH (mm/st)	94	TDBK	210
CRP (mg/L)	231	Ferritin (ng/ml)	610
Glikoz (mg/dl)	180	FT4	16
BUN (mg/dl)	13	TSH	0.186
Kreatinin (mg/dl)	0.8	Kortizol	29
Na	134	PSA	0.974
K	5.1	sPSA	0.137
Ürik asit	2.6	HbA1C	6.9
Ca	9.4	TG	118
Albumin (gr/dl)	3.3	LDL	104
Gamma glb (gr/dl)	0.94	HDL	28
AST	144	Troponin I	0.01



Şekil 1. Akut Faz Değerleri.



Şekil 2. Ateş ve karaciğer enzimlerinin seyri.

P370

GASTROİNTESTİNAL KOMPLİKASYONLARLA SEYREDEN YAYGIN DEĞİŞKEN İMMÜN YETERSİZLİK

Sibel Hamarat, Ferhan Mantar, Bilgivar Kaya, Laika Karabulut

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Yaygın değişken immün yetmezlik (common variable immunodeficiency-CVID) immünglobulin oluşturma bozukluğu ile karakterize bir primer immün yetersizliktir. Bu hastalarda solunum ve gastrointestinal sistemde tekrarlayan bakteriyel enfeksiyonlar görülmektedir. Hastaların şikayetleri değişken olmakla beraber yapılan çalışmalarda kronik gastrointestinal şikayetlerin sık olduğu, en sık da kronik diyare olduğu görülmüştür. Diyare enfeksiyöz nedene bağlı olabilmekle beraber, otoimmün inflamasyon nedeniyle de olabilmektedir. Yapılan çalışmalar hastaların ortalama %10 unda karaciğer bozukluğu da olabileceğini göstermektedir. Vakamız kronik hepatit ve kronik diyare ile prezente olan bir yaygın değişken immün yetersizlik olması nedeniyle sunmayı amaçladık.

OLGU: Kliniğimize 40 yaşında bir erkek hasta 1 yıldır ishal ve kilo kaybı şikayeti ile başvurdu. Doğuştan duyma ve konuşma özürü olan hastanın ara ara uzun süren ishalleri dışında bilinen bir hastalığı yokmuş. Hastanın fizik muayenesinde traupe kapalı idi ve kot kavsini 4 cm geçen hepatomegali mevcuttu. Kan sayımında hipokrom mikrositer anemi dışında özellik yoktu. Kan biyokimyasında AST 66 (0-37) U/L, ALT 68 (0-41) U/L, ALP 628 (38-126) U/L, GGT 266 (8-61) U/L saptandı. Hastanın hepatit testleri (HBsAg, Anti HCV) negatif idi. 24 saatlik idrarda bakır normal, serum albumin normal idi. Hastadan otoimmün hepatit için bakılan anti-LKM 1, AMA, ANA, anti SMA, SLA negatif geldi. Bunun üzerine yapılan karaciğer biyopsisinde kronik hepatit ile uyumluydu. Kronik ishal açısından 3 kez gönderilen gaita mikroskopisinde özellik yoktu. Anti endomisyum Ig A negatif idi. Yapılan gastroskopide: duodenum 2. Kısmında silme nodüller hiperplazi, kolonoskopide terminal ileumda çok sayıda nodüler hiperplazi saptandı. Bu nodüler hiperplazilerden alınan biyopsilerde aktif kronik iltihap saptandı. Bunun üzerine hastadan istenen Ig G 1, 657 (7, 0-16, 0) g/L, Ig M 0, 271 (0, 50-30) g/L, Ig A normal saptandı. Hastaya yaygın değişken immün yetersizlik tanısı konarak takibe alındı.

SONUÇ: Yaygın değişken immün yetersizlik kronik diyare ve kronik hepatit ile prezente olabilir.

P371

CA 125 YÜKSEKLİĞİ VE ASİT BULGUSU İLE SEYREDEN BİR HİPERTİROİDİ VAKASI

Cumali Karatoprak, Ferhan Mantar, Sibel Hamarat, Şeyda Gülenay, Laika Karabulut

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. İç Hastalıkları Kliniği.

Tiroid hormonları vücudtaki bir çok metabolik süreci etkiler. Tiroid bezinin büyümesine guatr adı verilir ve diffüz ya da nodüler şekilde oluşabilir. Tiroid hormonlarının aşırı salgılanmasına hipertiroidi adı verir. Bu hastalar sinirlilik, aşırı terleme, ısıya hassasiyet, çarpıntı, yorgunluk, kilo kaybı, dispne, güçsüzlük, artan iştah, göz şikayetleri, bacakta şişme, ishal gibi semptomlarla doktora başvurulur, yapılan muayenede taşikardi, guatr, deride değişiklikler, titreme, göz belirtileri, atrial fibrilasyon, splenomegali, jinekomegali, hepatomegali gibi bulgular elde edilebilir. Ancak her zaman bu kadar spesifik bulgular ile karşımıza çıkmaz. Bazen çok atipik semptom ve bulgularla karşımıza çıkabilir. CA 125 genellikle over ve nadiren gastrointestinal sistem ve peritonu tutan bir kanser markırıdır.

Karında şişlik, son 3 ayda kilo kaybı ile hastaneye başvuran 57 yaşında kadın hastadan istenen tetkiklerde hipokrom mikrositer anemi, CA 125 yüksekliği (150.3 U/ml (N: 0-35)), batın USG de yaygın asit tespit edildi. Fizik muayenede grade 3 nodüler guatr, karında asit saptandı. Tiroid testlerinde hipertiroidi saptandı: TSH: 0.02 uU/ml (N: 0.34-5.6) , FT4: 4.96ng/dl (N: 0.58-1.64) , FT3: 25.51 pg/ml (N: 2.5-3.9) , Anti TPO: 796 IU/ml (N: 0-35) . Boyun doppler USGde: tiroid vaskülaritesinde artış (Graves' hastalığı) , sağ lopta 2, sol lopta 1 adet nodül, boyunda çok sayıda LAP tespit edildi. Toraks ve batın BT de sağ akciğerde üst loba dek uzanan pleval efüzyon ve eşlik eden kompresyon atelektazisi, batında dougles lojunda patolojik miktarda serbest sıvı tespit edildi. Pelvik MR da patolojik özellik yoktu. Asit mayii tetkiki transuda idi. Ekokardiografisinde: EF: %73 orta derecede pulmoner HT, 3+ triküspit yetmezlik, 2+ aort ve mitral yetmezlik mevcuttu. Jinekolojik değerlendirmede patoloji tespit edilmemesi üzerine hasta, sadece propitiourasil 450 mg/gün başlanarak hipertiroidi ve malignite açısından takibe alındı. Hasta 3 ay sonraki kontrolünde CA 125: 11.6 U/ml'ye düştü, tüm batın usg de asit kayboldu, akciğer grafisinde pleval efüzyon kayboldu. Boyundaki LAP palpe edilemeyen, anemisi düzelen, ötiroid olan hasta ameliyat için genel cerrahiye verildi.

SONUÇ: Hipertiroidi zaman zaman klasik semptomatoloji dışında farklı klinik bulgular ve laboratuvar ile karşımıza çıkabilir. Biz bu hastada ön planda malignite düşünülmüş olup, bu bulguların hipertiroidi tedavisi ile tamamen kaybolduğunu gördük ve bizim bilimize göre literatürde daha önce hipertiroidinin sebep olduğu asit ve CA yüksekliği bildirilmemiştir.

P372**ÜNİVERSİTE VE SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNDE İÇ HASTALIKLARI ASİSTANLARININ MEMNUNİYET TERCİH VE BİLİMSEL ETKİNLİK PROFİLİ**

Ferhat Çetin, Barış Karaca, Fatma Özçoban, Damla Çoksert, Arzu Akalın, Aytekin Oğuz

S.B. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Bu çalışmada iç hastalıkları alanında ihtisas yapmakta olan asistanların ihtisasları ile ilgili memnuniyet durumu ve eğitimle ilgili tercihleri araştırılmıştır.

MATERYAL VE METOD: Çalışma 20/06/2007 ile 10/07/2007 tarihleri arasında, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde eğitim gören dahiliye asistanlarına 34 soruluk bir anket yöneltilerek yapılmıştır. Anketler katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Çalışmaya 55 İç Hastalıkları asistanı alınmıştır (30 erkek, 25 kadın, ortalama yaş 27.5).

BULGULAR: Çalışmanın bulguları aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

P216 İç Hastalıklarını ilk tercih olarak seçen asistanların oranının %50 (ÜH: %46 / EAH: %48) civarında olmasına rağmen, ihtisaslarından memnuniyet oranları oldukça yüksektir (ÜH: %78, EAH: %78). İhtisas dalı açısından memnuniyet karşılaştırıldığında üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri eşit olmakla birlikte bulunduğu klinikten memnuniyet oranı eğitim ve araştırma hastanelerinde daha yüksek olarak tesbit edilmiştir. Her beş asistandan dördü ilerde yan dal eğitimi almak istemektedir. Asistanlar hasta başı eğitimlerin kendileri için en yararlı eğitim etkinliği olduğunu ifade etmişlerdir. Ulusal ve uluslararası bildiri ve yayın alanlarının hepsinde üniversite asistanlarının daha yüksek oranda eser vermiş olduğu görülmektedir. En faydalı olduğu düşünülen kongre her iki kurumda da İç Hastalıkları Kongresi olarak belirtilmiştir.

Tablo .

Araştırılan Parametrelerden Seçilenler	Üniversite Hastaneleri n: 28	Eğt. Araştırma Hastaneleri n: 27
Yaş (ort.)	27.5	27.4
Cinsiyet (Erkek / Kadın - %)	53 / 47	56 / 44
İlk tercihi dahiliye olanlar (%)	46	48
Dahiliye ihtisasından memnuniyet durumu (%)		
Hep memnun	25	22
Genellikle memnun	53	56
Kararsız	7	7
Bazen memnun	14	15
Bulunduğu klinikten memnuniyet durumu (%)		
Hep memnun	18	41
Genellikle memnun	57	52
Kararsız	7	0
Bazen memnun	18	7
Yan dal ihtisası yapmak isteyenler (%)	85	81
Yan dal için tercih edilen ilk üç branş (%)	Onkoloji (17) Endokrinoloji (14) Gastroenteroloji (14)	Endokrinoloji (32) Gastroenteroloji (32) Nefroloji (18)
Eğitimlerine katkı bakımından ilk sırada olan etkinlik (%)	Hasta başı eğitimler (34)	Hasta başı eğitimler (33)
En fazla başvurulmuş ilk üç bilgi kaynağı (%)	Yabancı temel kitaplar (40) Elektronik yayınlar (28) Türkçe temel kitaplar (22)	Türkçe temel kitaplar (67) Yabancı temel kitaplar (23) Elektronik yayınlar (7)
Yayın takip edebilecek düzeyde İngilizce bilenler (%)	89	63
Ulusal kongre bildirisi olanlar (%)	34	26
Uluslararası kongre bildirisi olanlar (%)	9	0
Uluslararası yayını olanlar (%)	14	4
Ulusal yayını olanlar (%)	23	15
En faydalı olduğu düşünülen ilk üç toplantı-kongre (%)	İç Hastalıkları (32)	İç Hastalıkları (44)

P373**BİYOPSİ İLE VERİFİYE KARDİYAK AMİLOİDOZLU BİR RENAL TRANSPLANTLI HASTANIN KLİNİK SEYRİ**

¹Seyit Mehmet Kayacan, ²İbrahim Altun, ¹Sezai Vatansever,

²Ahmet Kaya Bilge, ¹Aytaç Karadağ, ³Yasemin Özlük, ⁴Dilek Kayacan,

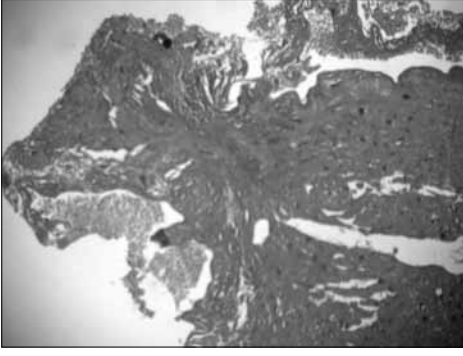
¹Kerim Güler

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, ³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, ⁴Sağlık Bakanlığı, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

Kardiyak amiloidozu olan kronik böbrek yetersizliği tanılı hastalarda renal transplantasyonun yaşam standardını artırdığı bilinmektedir. Burada ankilozan spondilite bağlı sekonder amiloidoz gelişmiş bir kronik hemodiyaliz hastasında biyopsi ile gösterilmiş kardiyak amiloidoz ve renal transplantasyon (tx) sonrası kardiyak fonksiyonlardaki olumlu gelişme sunulacaktır.

OLGU: Kırkaltı yaşında bir erkek hasta 33 yıldır ankilozan spondilite tanısı ile takip edilmekteydi. Beş yıl önce karaciğer biyopsisi ile amiloidoz tanısı kondu. Üç yıl önce kronik hemodiyaliz tedavisine başlandı. İki yıl önce ishal nedeniyle yapılan ince barsak biyopsisinde de amiloidoz gösterildi. Bir yıl önce kanlıdan böbrek transplantasyonu yapıldı. İmmunosupresif tedavi olarak siklosporin, azatiopurin, prednizolon almaktaydı. Transplantasyon öncesi ekokardiyografide EF: %49 bulundu. Yaygın amiloidoz nedeniyle pretransplant miyokard biyopsisi yapıldı. Kardiyak amiloidoz gösterildi (Resim 1). Transplantasyon sonrası graft fonksiyonu normal seyretti. Arasına atipik göğüs ağrısı ve çarpıntı oluyordu. Elektrokardiyogramda sinusal taşikardi vardı. Ritm Holterinde temel ritm sinus ritmi, ortalama kalp hızı 121/dk, en yüksek kalp hızı 142/dk bulundu. Diltiazem 120 mg/gün başlandı. Transplantasyondan 8 ay sonra yapılan ekokardiyografide EF: %79 bulundu.

Renal tx, bazı araştırmalara göre relatif kontrendikasyon olsa da, kardiyak amiloidozlu hastalarda da seçkin bir tedavi yöntemidir.



Resim 1.

P374

ANTİHİPERTANSİF KULLANAN HİPERTANSİYONLU HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN SF-36 FORMU İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet Ekmekçi, Fatih Tufan, Ömer Kamil Yazıcı, Ahmet Bilge Sözen, Hasan Kudat, Sezai Vatansever, Şeref Demirel

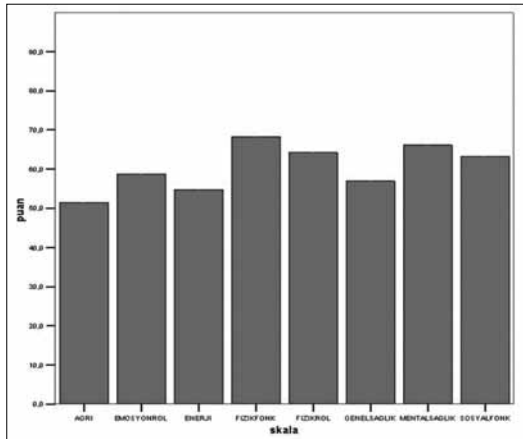
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Günümüzde hipertansiyon (HT) sık karşılaşılan bir hastalıktır ve uygun tedavi edilmediğinde başta kardiyovasküler sistem, renal ve merkezi sinir sisteminde olmak üzere ciddi sorunlara yol açabilmektedir. HT sonucu gelişen inme, myokard infarktüsü, kalp yetersizliği, böbrek yetersizliği ve retinopati gibi komplikasyonlar hemen her zaman yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesine rağmen komplikasyonsuz hipertansiyonun yaşam kalitesine olan etkileri konusunda çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada komplikasyonsuz hipertansiyonu olup antihipertansif kullanmakta olan hastalarda yaşam kalitesini inceledik.

MATERYAL VE METOD: SF-36, herbiri toplam 2-10 soru arasında değişen sekiz skala (genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, sosyal fonksiyon, ağrı, enerji, mental sağlık) ve skorlamaya katılmayan bir sağlık seyri sorusundan oluşmaktadır. Her bir soru, yalnızca bir skalada skorlanmaktadır. Her bir skala için 0-100 arasında skorlama yapılmaktadır. En düşük puan, en kötü sağlık durumunu ifade etmektedir. Çalışmaya genel dahiliye polikliniğine başvuran, evre I-II hipertansiyonu olup yaş ortalaması $57,1 \pm 11,8$ (40-86) olan toplam 21 (11 erkek, 10 kadın) hasta alındı. Hastalara yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla "Short Form (SF) -36" yaşam kalitesi anketi uygulandı.

BULGULAR: Genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, sosyal fonksiyon, enerji, ağrı ve mental sağlık skala skorları sırasıyla; $56,9 \pm 19,8$, $68,3 \pm 24,4$, $64,2 \pm 35,8$, $58,7 \pm 36,3$, $63 \pm 27,2$, $54,7 \pm 19,6$, $51,4 \pm 9,6$ ve $66 \pm 14,6$ olarak bulunmuştur (Şekil 1).

TARTIŞMA: Çalışmamızda, HT'li hastalarda SF-36'nın tüm sekiz skalasının da belirgin olarak bozulduğu görülmüştür. Az sayıda hasta içeren çalışmamızda komplikasyon gelişmemiş HT hastalarında da ilaç kullanmalarına rağmen yaşam kalitesinin önemli derecede etkilendiği görülmüştür. HT'li hastalarda tedavinin asıl amacı komplikasyonların önlenmesi olsa da yaşam kalitesinin artırılması da önemlidir. Bu nedenle hastaların takibinde kan basıncı kontrolünün yanı sıra SF-36 gibi yaşam kalitesi ölçütlerinden birinin kullanılması da faydalı olabilir.



Şekil 1. SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Formu.