



Uludağ  
**22. İç Hastalıkları**  
**Ulusal Kış Kongresi**

16. Uludağ İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi

09-12 Nisan 2026 • Swissôtel / Bursa



**KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI VE BİLDİRİ ÖZETLERİ**

[www.uludagichastaliklari2026.org](http://www.uludagichastaliklari2026.org)



# 22. İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi

16. Uludağ İç Hastalıkları  
Hemşireliği Kongresi

09-12 Nisan 2026  
Swissôtel / Bursa

## Değerli Meslektaşlarımız,

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından düzenlenecek olan **22. Uludağ İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi** ve eş zamanlı olarak gerçekleştirilecek olan

**16. Uludağ İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi, 09-12 Nisan 2026** tarihleri arasında **Swissôtel Bursa**'da gerçekleştirilecektir.

Her yıl artan katılım ile gelenekselleşen bu bilimsel organizasyonlar, İç Hastalıkları alanındaki yeniliklerin paylaşıldığı, akademisyenler, uzmanlar, asistanlar ve sağlık çalışanlarını bir araya getiren değerli buluşmalardandır.

Üniversitemizin çatısı altında birleşen bölgemizin değerli eğitim kurumlarındaki yol arkadaşlarımız ve bölgemiz dışından bizleri destekleyen kıymetli meslektaşlarımızın bilimsel katkıları ile daha kapsamlı çalışmalar planlıyoruz. Daha önceki tecrübelerimiz ve bilime olan tutkumuz doğrultusunda hep daha iyisini hedeflemekteyiz. Bir yandan fuaye alanımızda konusunda saygın hocalar, kıymetli konuşmacılar, uzman ve asistan hekimler, hemşireler ve sektör paydaşları ile sosyal bağlarınızı kuvvetlendirecek; diğer yandan üzerinde çok çalışılmış ve doyurucu bilimsel içeriğimiz ile bütün katılımcıların eve mesajlar götüreceği bir şölen izleyeceksiniz.

Bilim, gerçeğe giden yolları aydınlatan ışıktır. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı olarak sizleri kongremizde ağırlamaktan onur ve mutluluk duyacağız.

09 - 12 Nisan 2026 tarihlerinde " Zirve'de Bilim " teması ışığında Yeşil Bursa'mızın baharı karşılayacağı bu güzel mevsimde sağlık ve esenlik içinde sizlerle buluşma dileğiyle saygı ve sevgilerimizi sunarız.

## Saygılarımızla,

**Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı**



## KURULLAR

### KONGRE BAŞKANI

Prof. Dr. Yavuz PEHLİVAN

### KONGRE SEKRETERİ

Prof. Dr. Erdem ÇUBUKÇU

### DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Soner CANDER (Endokrinoloji Bilim Dalı)  
Doç. Dr. B. Nihan COŞKUN (Romatoloji Bilim Dalı)  
Doç. Dr. Adem DELİGÖNÜL (Onkoloji Bilim Dalı)  
Dr. Öğr. Üyesi Serdar EFE (Yoğun Bakım Bilim Dalı)  
Öğr. Gör. Dr. Fatih EREN (Gastroenteroloji Bilim Dalı)  
Doç. Dr. Cuma Bülent GÜL (Nefroloji Bilim Dalı)  
Prof. Dr. Selim GÜREL (Gastroenteroloji Bilim Dalı)  
Doç. Dr. Vildan GÜRSOY (Hematoloji Bilim Dalı)  
Prof. Dr. Özen ÖZ GÜL (Endokrinoloji Bilim Dalı)  
Prof. Dr. Vildan ÖZKOCAMAN (Hematoloji Bilim Dalı)  
Öğr. Gör. Dr. Hikmet ÖZTOP (Genel Dahiliye Bilim Dalı)  
Doç. Dr. Seda PEHLİVAN (Sağlık Bilimleri Fakültesi)  
Doç. Dr. Ahmet Bilgehan ŞAHİN (Onkoloji Bilim Dalı)  
Doç. Dr. Burcu YAĞIZ (Romatoloji Bilim Dalı)  
Prof. Dr. Abdülmecit YILDIZ (Nefroloji Bilim Dalı)  
Uzm. Hemşire Semure ZENGİ (İç Hastalıkları AD)

### BİLİMSEL KURUL ÜYELERİ

Prof. Dr. H. Ediz DALKILIÇ (BUÜTF Romatoloji BD)  
Doç. Dr. Tuba ERSAL (BUÜTF Hematoloji BD)  
Prof. Dr. Alparslan ERSOY (BUÜTF Nefroloji BD)  
Prof. Dr. Canan ERSOY (BUÜTF Endokrinoloji ve Metabolizma BD)  
Prof. Dr. Erdinç ERTÜRK (BUÜTF Endokrinoloji ve Metabolizma BD)  
Prof. Dr. Türkkhan EVRENSEL (BUÜTF Onkoloji BD)  
Prof. Dr. Mustafa GÜLLÜLÜ (BUÜTF Nefroloji BD)  
Prof. Dr. Macit GÜLTEN (BUÜTF Gastroenteroloji BD)  
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN (E.Ü. Hemşirelik Fakültesi)  
Prof. Dr. Murat KIYICI (BUÜTF Gastroenteroloji BD)  
Prof. Dr. Selim Giray NAK (BUÜTF Gastroenteroloji BD)  
Prof. Dr. Ayşegül ORUÇ (BUÜTF Nefroloji BD)  
Prof. Dr. Fahir ÖZKALEMKAŞ (BUÜTF Hematoloji BD)  
Prof. Dr. Mahmut YAVUZ (BUÜTF Nefroloji BD)  
Prof. Dr. Hicran YILDIZ (BUÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi)

*Kurul üyeleri soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.*



# 22. İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi

16. Uludağ İç Hastalıkları  
Hemşireliği Kongresi

09-12 Nisan 2026  
Swissôtel / Bursa

## 9 NİSAN 2026, PERŞEMBE

## SALON A

### 14.15-15.15 **Gastroenteroloji Paneli** **Moderatör: Macit Gülten**

14.15-14.35 Karaciğer Testleri Bozuk Hastaya Yaklaşım

*Selim Giray Nak*

14.35-14.55 Akut Karaciğer Yetmezliği Yönetimi

*Fatih Eren*

14.55-15.15 Dispepsi Tanı, Tedavi ve Yönetimi

*Selim Gürel*

### 15.15-15.30 **Tartışma**

### 15.30-16.30 **Genel Dahiliye Paneli: Olgu Eşliğinde** **Kardiyo-Renal-Metabolik (CKM) Sendrom** **Moderatörler: Nizameddin Koca, Hikmet Öztop**

#### **Olgu Sunumu ve Tartışma**

**Panelistler: Selçuk Yaylacı, Mustafa Altınkaynak, Alper Tuna Güven,  
Nazif Yalçın**

## 16.30-16.45 **KAHVE MOLASI**

### 16.45-17.30 **MDT Paneli** **Moderatör: Abdülmecit Yıldız**

16.45-16.50 HipoNatremi - Uygunsuz ADH - Vaka Sunumu

*Alper Coşkun*

16.50-17.00 Endokrinoloji

*Soner Cander*

17.00-17.10 Nefroloji

*Mehmet Sezen*

17.10-17.20 Tıbbi Onkoloji

*Akif Doğan*

17.20-17.30 Göğüs Hastalıkları

*İbrahim Koç*

## 17.30-18.00 **Bilgi Yarışması**

## 18.00-18.30 **Açılış Töreni**

## SALON A



# 22. İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi

16. Uludağ İç Hastalıkları  
Hemşireliği Kongresi

09-12 Nisan 2026  
Swissôtel / Bursa

## 9 NİSAN 2026, PERŞEMBE

## SALON B

13.30-18.00 **Romatoloji : Kılavuzlardan Pratięe**

13.30-14.00 **Romatoid Artrit**  
*Moderatör: Ediz Dalkılıç, Selime Ermurat*  
*Konuşmacı: Ediz Dalkılıç*

14.00-14.30 **Ankilozan Spondilit**  
*Moderatör: Merih Birlik, Yavuz Pehlivan*  
*Konuşmacı: İsmail Sarı*

15.30-16.00 **Psoriatik Artrit**  
*Moderatör: Gezmiş Kimyon, Belkıs Nihan Coşkun*  
*Konuşmacı: Adem Küçük*

16.00-16.30 **Sistemik Skleroz**  
*Moderatör: Süleyman Serdar Koca, Yavuz Pehlivan*  
*Konuşmacı: Merih Birlik*

## 16.30-17.00 KAHVE MOLASI

17.00-17.30 **Ailevi Akdeniz Ateşi**  
*Moderatör: Yavuz Pehlivan, Ediz Dalkılıç*  
*Konuşmacı: Abdurrahman Tufan*

17.30-18.00 **Sjögen Sendromu**  
*Moderatör: Ahmet Omma, Burcu Yağız*  
*Konuşmacı: Engin Tezcan*

18.00-18.30 **Açılış Töreni**

SALON A



**10 NİSAN 2026, CUMA**

**SALON A**

07.30-08.30

**SÖZEL BİLDİRİMİ OTURUMU-1**

**Oturum Başkanı: Belkıs Nihan Coşkun, Burcu Yağız**

|        |   |                                |
|--------|---|--------------------------------|
| SS-002 | Nefroloji Hastalarının Acil Servise Başvuru Şikayetleri   | <i>Engin Ertek</i>             |
| SS-003 | Diyabetli Hastalarda Multimorbidite ve İnflamasyonun Hastane İçi Klinik Sonuçlarla İlişkisi   | <i>Muhammet Fatih Şahin</i>    |
| SS-004 | iGlarLixi ile İnsülin Tedavisinde De-eskalsayon: Tip 2 Diyabette İnsülin Koruyucu Etki ve Kilo Kaybı – Retrospektif Gözlemsel Bir Çalışma | <i>Ensar Aydemir</i>           |
| SS-005 | Böbrek nakli sonrası ilk 6 ayda elektrolit değişikliklerinin seyri: tek merkez deneyimi   | <i>Saide Elif Güllülü Boz</i>  |
| SS-006 | KARDİYORENAL SENDROMDA YÜKSEK MORTALİTE GERÇEĞİ: KLİNİK BELİRLEYİCİLER VE PROGNOSTİK FAKTÖRLER  | <i>Elif İtir Şen</i>           |
| SS-010 | Metastatik olmayan Gastrointestinal Stromal Tümör hastalarında AFIP risk durumunun sağkalım üzerine etkisinin değerlendirilmesi           | <i>Mustafa Zahid Karadeniz</i> |
| SS-011 | Romatoloji Pratiğinde Düşük Ayak ve Mononöritis Multipleks  | <i>Meysere Nur Akkuç</i>       |
| SS-012 | Biyokimyadan Dansitometriye: Primer Hiperparatiroidide Serum Kalsiyum Düzeylerinin Kemik Mineral Yoğunluğu Üzerindeki Tahmin Edici Rolü   | <i>Rümeysa Kantar</i>          |



# 22. İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi

16. Uludağ İç Hastalıkları  
Hemşireliği Kongresi

09-12 Nisan 2026  
Swissôtel / Bursa

## 10 NİSAN 2026, CUMA

## SALON A

09.00-10.00 **Endokrinoloji Paneli: Diabetes Mellitusta Özellikli Durumlarda Yönetim**

**Moderatörler: Şazi İmamoğlu, Erdinç Ertürk**

09.00-09.20 KAH ve KKY Olan Diyabetik Hastada Diyabet Yönetimi

*Sinem Kıyıcı*

09.20-09.40 KBH Olan Diyabetik Hastada Diyabet Yönetimi

*Özen Öz Gül*

09.40-10.00 İleri Yaş Diyabetik Hastada Diyabet Yönetimi

*Soner Cander*

10.00-10.45 **Uydu Sempozyumu: BH ve AS tedavisinde REMSİMA**

**İBH Tedavisinde Kanıtlanmış Tedavi Remsima**

**AS Tedavisinde Kanıtlanmış Tedavi Remsima**

**Konuşmacılar: Macit Gülten, Yavuz Pehlivan**



## 10.45-11.00 KAHVE MOLASI

11.00-12.00 **MDT Paneli: Endokrinoloji & Gastroenteroloji Obezite Ortak Oturumu**

**Moderatörler: Soner Cander, Macit Gülten**

11.00-11.30 Obezite Tanı ve Yönetimi

*Elif Güneş*

11.30-12.00 Obezite ve MASLD'da Gastroenterolojik Yönetim

*Murat Kıyıcı*

## 12.00-13.30 ÖĞLE YEMEĞİ



# 22. İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi

16. Uludağ İç Hastalıkları  
Hemşireliği Kongresi

09-12 Nisan 2026  
Swissôtel / Bursa

## 10 NİSAN 2026, CUMA

## SALON A

13.30-14.30 **Nefroloji Paneli**  
**Moderatör: Mustafa Güllülü, Kamil Dilek**

13.30-13.50 KBY Takibinde Sık Yapılan Yanlışlar *Hayriye Saraylıoğlu*

13.50-14.10 Endokrin Hipertansiyona Yaklaşım *Özlem Soyluk  
Selçukbiricik*

14.10-14.30 Yaşlı Hipertansif Hastam Var, Ne Yapmalıyım? *Gülistan Öztürk*

14.30-15.15 **Uydu Sempozyumu: Tıbbi Beslenmenin  
Yeni Standartı: Kas Odaklı Yaklaşım**  
**Moderatör: Erdem Çubukçu**

**ABBOTT**

**Konuşmacılar: Ahmet Bilgehan Şahin, Meltem Gülhan Halil**

14.30-14.50 Kas Odaklı Nutrisyonel Yaklaşım *Meltem Gülhan Halil*

14.50-15.10 Prehabilitasyon ve Tedavi Uyumu *Ahmet Bilgehan  
Şahin*

15.10-15.15 Soru-Cevap

15.15-16.15 **Geriatri Paneli: Geriatriinin 3D'si**  
**Moderatör: Meltem Gülhan Halil**

15.15-15.35 Yaşlı Bireylerde Demans Tanı ve Tedavisi *Hacer Doğan Varan*

15.35-15.55 Yaşlı Bireylerde Depresyon Tedavisinin Önemi *Merve Hafizoğlu*

15.55-16.15 Yaşlı Bireylerde Deliryum Farkındalığı ve  
Tedavisi *Olgun Deniz*

## 16.15-16.30 KAHVE MOLASI

16.30-17.30 Asistan Debate - Check-Up Kanıtı Dayalı  
Koruyucu Hekimlik mi, Ticari Aşırı Tetkik mi?



# 22. İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi

16. Uludağ İç Hastalıkları  
Hemşireliği Kongresi

09-12 Nisan 2026  
Swissôtel / Bursa

## 10 NİSAN 2026, CUMA

## SALON B

09.00-10.00 **Hematoloji: Yeni Hedefe Yönelik Tedaviler ve Yönetimi**  
**Moderatörler: Fahir Özkalemkaş, Vildan Özkocaman**

09.00-09.20 Akut ve Kronik Lösemilerde Yenilikçi  
Tedaviler

*İbrahim Ethem Pınar*

09.20-09.40 Multipl Myelomda Yenilikçi Tedaviler

*Vildan Gürsoy*

09.40-10.00 Lenfomalarda Yenilikçi Tedaviler

*Tuba Ersal*

10.00-10.45 **Uydu Sempozyumu: BH ve AS tedavisinde REMSİMA**  
**İBH Tedavisinde Kanıtlanmış Tedavi Remsima**  
**AS Tedavisinde Kanıtlanmış Tedavi Remsima**  
**Konuşmacılar: Macit Gülten, Yavuz Pehlivan**

## SALON A



## 10.45-11.00 KAHVE MOLASI

11.00-11.30 **Hematoloji: Benign Hematolojide Güncellemeler (Yenilikçi  
Tedaviler)**  
**Moderatörler: Fahir Özkalemkaş, Vildan Özkocaman**

11.00-11.15 Koagülasyon, Hemofili Alanında  
Güncellemeler

*Sevil Sadri*

11.15-11.30 Sitopeniler (Anemi, Trombositopeni)  
Alanında Güncellemeler

*Mehmet Baysal*

11.30-12.30 **Miyeloproliferatif Hastalıkların Dünü, Bugünü, Yarını**  
**Moderatör: Fahir Özkalemkaş**  
**Konuşmacı: Ahmet Emre Eşkazan**

## 12.30-13.30 ÖĞLE YEMEĞİ

**10 NİSAN 2026, CUMA**

**SALON B**

13.30-14.30 **Onkoloji Paneli: Vakalarla Yan Etki Yönetimi**  
**Moderatör: Nilüfer Avcı**

13.30-14.00 Kollitis Gül Akın  
Ahmet Bilgehan Şahin  
Murat Kıyıcı

14.00-14.30 Pnevmonitis Hülya Odabaşı Bükün  
Turgut Kaçan, İbrahim Koç

14.30-15.15 **Uydu Sempozyumu: Tıbbi Beslenmenin  
Yeni Standartı: Kas Odaklı Yaklaşım**  
**Moderatör: Erdem Çubukçu**  
**Konuşmacılar: Ahmet Bilgehan Şahin, Meltem Gülhan Halil**

**SALON A**

**ABBOTT**

**15.15-15.30 KAHVE MOLASI**

15.30-16.30 **Onkoloji Paneli: Vakalarla Yan Etki Yönetimi**  
**Moderatörler: Ömer Fatih Ölmez**

15.30-16.00 Hypophisitis Çağla Karaoğlu, Emre Hafizoğlu  
Özen Öz Gül

16.00-16.30 Cilt Toksisitesi Ali Aktaş, Abdullah Sakin  
Serkan Yazıcı

**16.30-16.45 KAHVE MOLASI**

16.45-17.45 **Onkoloji Paneli: Vakalarla Yan Etki Yönetimi**  
**Moderatörler: Murat Arslan**

16.45-17.15 Kardiyak Yan Etki Zekeriya Hannarici  
Mustafa Atcı, Ece Çelebi Coşkun

17.15-17.45 Göz Ender Eren Özçelik, Serdar Arıcı  
Gamze Uçan Gündüz



**11 NİSAN 2026, CUMARTESİ**

**SALON A**

07.30-08.30

**SÖZEL BİLDİRİMİ OTURUMU-2**

**Oturum Başkanı: Tuba Ocak, Hikmet Öztop**

|        |  |                               |
|--------|--|-------------------------------|
| SS-013 | Postural instabilite yaşlılarda kırılabilirlik göstergesi olabilir mi?   | <i>Raye Sevra Özmen</i>       |
| SS-014 | Non-anemik bireylerde serum ferritin düzeyleri ile fibromiyalji arasındaki ilişki: Bir olgu-kontrol çalışması  | <i>Altuğ Güner</i>            |
| SS-016 | Subklinik Cushing Sendromu Tanılı Hastalarda Cerrahi ve Konservatif İzlem Sonuçlarının Retrospektif Karşılaştırılması  | <i>Can Özgü</i>               |
| SS-017 | Renal transplantasyon hastalarında biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç kullanımı: tek merkez retrospektif deneyim  | <i>Temel Utku Öztürk</i>      |
| SS-018 | Birinci basamak setuksimab temelli tedavi alan metastatik kolorektal kanserli hastalarda yaşın etkinlik üzerine etkisi: Tek merkez gerçek yaşam verileri   | <i>Yağmur Karaman</i>         |
| SS-019 | İlçe devlet hastanesi genel dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda 25- OH D vitamini düzeyi ile pnömoni tedavi yanıtı arasındaki ilişkinin tek merkez, retrospektif olarak değerlendirilmesi | <i>Nevriye Gül Ada Tak</i>    |
| SS-020 | Metastatik Hormon Reseptörü Pozitif, Her-2 Negatif Erkek Meme Karsinomunda CDK 4/6 İnhibitörleri ve Endokrin Blokaj Stratejileri: Dört Olguluk Klinik Deneyim Analizi                            | <i>Buket Erkan Özmarasalı</i> |

**11 NİSAN 2026, CUMARTESİ**

**SALON A**

|        |   |                                  |
|--------|---|----------------------------------|
| SS-021 | Subakut Tiroiditte Hemogram Türevli İndekslerin İnflamasyon Parametreleri İle İlişkisi  | <i>Filiz Mercan Sarıdaş</i>      |
| SS-022 | Dev Hücreli Arterit Tanılı Hastaların Klinik Özellikleri, Tedavi Süreçleri ve Organ Hasarı Analizi: Tek Merkez Deneyimi   | <i>Zeynep Yağbasan</i>           |
| SS-023 | Tip 1 Diyabetes Mellitus Hastalarında Diyabetik Retinopati ile Hastalık Süresi, Glisemik Kontrol ve İnflamatuvar-Lipid İndeksler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi | <i>Nisa Babacanlar</i>           |
| SS-024 | Ailevi akdeniz ateşi (FMF) zemininde gelişen fokal segmental glomerüloskleroz (FSGS), tek merkez deneyimi   | <i>Abdullah Yusuf İstanbullu</i> |

**09.00-10.00 Hematoloji Paneli: Konsültasyon Hematolojisi**  
**Moderatörler: Fahir Özkalemkaş, Vildan Özkocaman**

|             |   |                            |
|-------------|---|----------------------------|
| 09.00-09.15 | Kritik/Yoğun Bakım Hastasında Trombositopeni/DIC/HIT                | <i>Sertaç Durusoy</i>      |
| 09.15-09.30 | Gebede Hematolojik Değerlendirme/ TMA                               | <i>Sinem Çubukçu</i>       |
| 09.30-09.45 | Perioperatif Hematoloji, Cerrahi Hastasında Sık Görülen Zor Olgular | <i>Tuba Güllü Koca</i>     |
| 09.45-10.00 | Pozitif Trombofili Testlerinin Klinik Yorumu                        | <i>Fazıl Çağrı Hunutlu</i> |



# 22. İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi

16. Uludağ İç Hastalıkları  
Hemşireliği Kongresi

09-12 Nisan 2026  
Swissôtel / Bursa

11 NİSAN 2026, CUMARTESİ

SALON A

10.00-10.45 **Uydu Sempozyumu: Demir Eksikliği  
Anemisi Tedavisinde FerApplic**  
*Moderatör: Hikmet Öztop*  
*Konuşmacı: Muhammed Özbilen*

**SANDOZ**

10.45-11.00 **KAHVE MOLASI**

11.00-12.00 **MDT Paneli: Kardiyoloji & Nefroloji & Nöroloji Tüm Yönleriyle  
FABRY Hastalığı**  
*Moderatörler: Mahmut Yavuz, Cuma Bülent Gül*

11.00-11.20 İç Hastalıkları Hekimi Nasıl Gözden  
Kaçırmaz?

*Ayşegül Oruç*

11.20-11.40 Nörolojik Yönüyle Fabry

*Yasemin Dinç*

11.40-12.00 Kardiyolojik Yönüyle Fabry

*Dilek Yeşilbursa*

12.00-13.30 **ÖĞLE YEMEĞİ**

**11 NİSAN 2026, CUMARTESİ**

**SALON A**

13.30-14.30 **Romatoloji Paneli:**  
**Moderatör: Koray Ayar, Ediz Dakılıç**

13.30-14.00 Vakalarla Artritli Hastaya Yaklaşım

*Bünyamin Kısacık*

14.00-14.30 Gut Yönetimi

*Mehmet Sayarlıoğlu*

14.30-15.15 **Uydu Sempozyumu:**  
**Wegovy® ile Etkili Kilo Kaybı**  
**Moderatör: Sinem Kıyıcı**  
**Konuşmacı: Alev Selek**



**15.15-15.30 KAHVE MOLASI**

15.30-16.30 **Onkoloji Paneli**  
**Moderatör: Arife Ulaş**

15.30-15.50 Kanser Hastalarında Ağrı Yönetimi

*Biröl Ocak*

15.50-16.10 Kanser Tedavisinde Bulantı ve Kusma Yönetimi

*Fatih Tay*

16.10-16.30 Kanser İlişkili TromboEmboli Profilaksi ve Tedavisi

*Selin Aktürk Esen*

16.45-18.00 **Klinikler Arası Vaka Yarışması**  
**Oturum Başkanları: Mustafa Altınkaynak, Alper Tuna Güven,**  
**Doğu Karahan, Nazif Yalçın, Hikmet Öztop**

Uludağ Tıp Fakültesi: *Nuri Buğra Elkar*

Yüksek İhtisas Eğitim Arş. Hast.: *Burcu Taşpınar*

Çapa Tıp Fakültesi: *Şefika Furuncuoğlu*

Marmara Tıp Fakültesi: *Sema Nur Dokur*

Bursa Şehir Hastanesi : *Bayram Çalışkan*

**11 NİSAN 2026, CUMARTESİ**

**SALON B**

09.00-10.00 **Endokrinoloji: Hipoglisemi**  
**Moderatör: Özen Öz Gül, Soner Cander**

09.00-09.30 Diyabetik Hastada Hipoglisemi ve Yönetimi *Pınar Köksal*

09.30-10.00 Non-Diyabetik Hastada Hipoglisemi ve Yönetimi *Ayşen Akkurt Kocaeli*

10.00-10.45 **Uydu Sempozyumu: Demir Eksikliği**  
**Anemisi Tedavisinde FerApplic**  
**Moderatör: Hikmet Öztop**  
**Konuşmacı: Muhammed Özbilen**

**SALON A**

**SANDOZ**

**10.45-11.00 KAHVE ARASI**

11.00-12.00 **Endokrinoloji: Gebelikte En Sık Karşılaşılan Endokrin Problemler**  
**Moderatörler: Şazi İmamoğlu, Canan Ersoy**

11.00-11.30 Gebelikte Diyabet ve Yönetimi *Metin Güçlü*

11.30-12.00 Gebelikte Hipotiroidi ve Yönetimi *Erdoğan Ertürk*

**12.00-13.30 ÖĞLE YEMEĞİ**

13.30-14.30 **Nefroloji**  
**Moderatör: Abdülmecid Yıldız**

13.30-14.00 Sodyum Bozukluğu Olan Hastaya  
Fizyopatolojik Temelli Yaklaşım *Suat Akgür*

14.00-14.30 Hiperkalemik Ancak RAS Blokajı İçin Zorunlu  
Endikasyonu Olan Hastaya Yaklaşım *Cuma Bülent Gül*

14.30-15.15 **Uydu Sempozyumu:**  
**Wegovy® ile Etkili Kilo Kaybı**  
**Moderatör: Sinem Kıyıcı**  
**Konuşmacı: Alev Selek**

**SALON A**



**15.15-15.30 KAHVE ARASI**

15.30-16.30 **Nefroloji**  
**Moderatör: Abdülmecid Yıldız**

15.30-16.00 Kan Gazı Değerlendirmesi *Mehmet Fethullah Aydın*

16.00-16.30 Fosfor Bozukluğu Olan Hastaya Yaklaşım *Serdar Kahvecioğlu*

## İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİK KONGRESİ

11 NİSAN 2026 CUMARTESİ

SALON C

09.00-09.15 **AÇILIŞ**

09.15-10.15 **PANEL: Acil Durumların Sessiz Sinyalleri:**  
**İç Hastalıkları Hemşireleri Klinik Bulguların İzinde**  
**Oturum Başkanları: Yavuz Pehlivan, Semure Zengi, Ergül Tunalı**

09.15-09.35 Klinik Göstergelerin Dili: Yaşam Bulguları ve  
Bilinç Durumu *Eda Bozkurt*

09.35-09.55 Laboratuvar dan Kliniğe: Kritik Değerlerde  
Hemşirelik Müdahalesi *Cansu Şentürk*

09.55-10.15 Sepsisi Tanımak: Hayat Kurtaran Hemşirelik  
Farkındalığı *Dilek Talan*

10.15-10.30 **ARA**

10.30-11.40 **PANEL: Yoğun Bakımda Göz ardı Edilebilen Tehlikeler**  
**Oturum Başkanları: Remzi İşçimen, Çiler Özenli, Serdar Efe**

10.30-10.50 Tıbbi Cihaz İlişkili Basınç Yaralanmaları *Öznur Erbay Dallı*

10.50-11.10 Yoğun Bakım Kaynaklı Güçsüzlük *Gamze Çavdar*

11.10-11.30 Ses ve Gürültünün Yönetimi *Dilanur Ünver*

11.30-11.40 Yoğun Bakım Hastasında Sarkopeni *Demet Kerimoğlu*

12.00-13.30 **ÖĞLE YEMEĞİ**



11 NİSAN 2026 CUMARTESİ

SALON C

13.30-14.30 **PANEL: Ağırlığın Ötesi: Obezite Tedavisinde Klinik Gelişmeler ve Hemşirelik Yönetimi**  
**Oturum Başkanları: Özen Öz Gül, Suzan Adalı, Seda Pehlivan**

13.30-13.50 Obezite Tedavisinde Gelişmeler: Cerrahi ve Enjekte Edilebilen İlaçlarla Güncel Yaklaşımlar *Kadircan Karatoprak*

13.50 -14.10 Kime, Hangi Diyet? Obezitede Bireyselleştirilmiş Beslenme Yaklaşımları *Ferah Günden*

14.10 -14.30 Enjekte Edilen Umut: İnkretin Bazlı Tedavi Alan Hastaların Eğitimi *Hülya Ek*

14.30-14.45 **ARA**

14.45-15.45 **PANEL: İç Hastalıkları Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bütünleştirici Uygulamalar**  
**Oturum Başkanları: Hicran Yıldız, Abdulmecit Yıldız, Nesrin Varol**

14.45-15.05 Aromaterapi *Vildan Özkocaman*

15.05-15.25 Sanat Terapisi *Seda Pehlivan*

15.25-15.45 Anımsama Terapisi *Canan Bozkurt Duman*



**11 NİSAN 2026 CUMARTESİ**

**SALON C**

**16.00-17.30 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 1**

**Oturum Başkanları:** *Hanife Bağdatlı Aydın, Saliha Macun, Öznur Erbay Dalli, Seda Sali*

|        |  |                            |
|--------|--|----------------------------|
| HS-001 | Kanser Hastalarında Rehberli İmgelemenin Ağrı, Bulantı-Kusma ve Yorgunluk Üzerindeki Etkileri: Bir Meta-Analiz Çalışması | <i>Hande Arıcı Türk</i>    |
| HS-002 | Türkiye’de hemşirelik alanında diyabet ile ilgili yapılan doktora tezlerinin incelenmesi                                 | <i>Tayfun Karabulut</i>    |
| HS-003 | Sistemik lupus eritematozus hastalarında ilaç tedavisine uyum ve hastalığı kabul   | <i>Seda Pehlivan</i>       |
| HS-004 | Kronik obstrüktif akciğer hastalığı yaşam kalitesi ölçeğinin (VQ11) Türkçe geçerlik ve güvenilirliği                     | <i>Canan Bozkurt Duman</i> |
| HS-005 | Yoğun bakım ünitemizde standardize mortalite analizi: 126 hastanın retrospektif değerlendirmesi                          | <i>Dilek Talan</i>         |
| HS-006 | Hemodiyaliz sırasında uygulanan sanat terapinin diyaliz semptomları ve spiritüel iyilik haline etkisi                    | <i>Seda Pehlivan</i>       |



# 22. İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi

16. Uludağ İç Hastalıkları  
Hemşireliği Kongresi

09-12 Nisan 2026  
Swissôtel / Bursa

## 12 NİSAN 2026, PAZAR

## SALON A

|                                 |   |                          |
|---------------------------------|---|--------------------------|
| 09.00-12.15                     | <b>Yoğun Bakım Oturumu</b><br><i>Moderatör: Remzi İşçimen</i>         |                          |
| 09.00-09.20                     | YB'de Şoklu Hastada Vasoaktiflerin Seçimi, Uygulaması ve Yan Etkileri | <i>Arif Özgür</i>        |
| 09.20-09.40                     | Vasodilatör Şok Yönetiminde Sıvı, Vasopresör seçimi ve Yeni İlaçlar   | <i>Serdar Efe</i>        |
| 09.40-10.00                     | Şok Etiyolojisine Göre Bireyselleştirilmiş Kan Basıncı Yönetimi       | <i>Aytül Coşar Ertem</i> |
| <b>10.00-10.15 KAHVE MOLASI</b> |   |                          |
| 10.15-11.15                     | İlaçların Preoperatif Akılcı Kullanımı                                | <i>Hikmet Öztop</i>      |



# 22. İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi

Uludağ  
16. Uludağ İç Hastalıkları  
Hemşireliği Kongresi

09-12 Nisan 2026  
Swissôtel / Bursa

# KONUŞMA ÖZETLERİ

## **YOĞUN BAKIM HASTASINDA SARKOPENİ**

Demet Kerimoğlu

Sarkopeni, geleneksel olarak yaşlanmayla ilişkili iskelet kas kütlesi, gücü ve fonksiyonunun ilerleyici kaybı olarak tanımlanmaktadır.

Bununla birlikte, kritik hastalık sırasında , yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) oluşan sarkopeni, iskelet kas kütlesi, kalitesi ve fonksiyonunda hızlı bir kayıpla karakterize ,mortalite ve morbiditeyi artıran önemli bir klinik sorundur. Yoğun bakımda kas kütlesinin ilk hafta içinde %10-20 oranında azaldığı bildirilmiştir.

YBÜ'de edinilen sarkopeni ile birlikte sıklıkla görülen miyosteatoz, kas dokusuna yağ infiltrasyonunu içerir ve bu da kas kalitesini ve fonksiyonunu bozar.

Bu durumlar, uzun süreli ventilasyona, uzun süreli YBÜ kalışlarına, daha yüksek ölüm oranına ve artan sağlık hizmeti maliyetlerine yol açarken, uzun vadeli fonksiyonu ve yaşam kalitesini önemli ölçüde bozmakta ve YBÜ sonrası sendromuna önemli katkıda bulunmaktadır.

Sarkopeni yoğun bakımda iki şekilde görülebilir.

Hastaneye yatış öncesinde mevcut olan kronik sarkopeni ve altı aydan daha kısa sürede gelişen, hastalık, ameliyat, travma veya yanık gibi akut olayları takiben kas fonksiyonu ve kütlesinde meydana gelen hızlı düşüşü ifade eden akut sarkopeni.

Yaşlı hastalar, malnütrisyonu olanlar, kronik hastalığı olanlar ve uzun süre yatan hastalar yüksek risk altındadır.

Yaşlılarda Sarkopeni Üzerine Avrupa Çalışma Grubu (EWGSOP2),sarkopeniyi, birincil kriter olarak düşük kas gücü, tanıyı doğrulamak için düşük kas miktarı/kalitesi ve şiddetli sarkopeniyi belirtmek için zayıf fiziksel performans ile birlikte kas yetersizliği olarak tanımlamıştır.

### **Düşük kas gücü- el kavrama gücü**

< 27 kg (erkekler)

< 16 kg (kadınlar)

### **Düşük kas kütlesi (ASM)- yağsız kas kütle indeksi**

< 7,0 kg/m<sup>2</sup> (erkekler)

< 5,5 kg/m<sup>2</sup> (kadınlar) (DEXA)

### **Fiziksel performans**

Yürüme hızı (< 0,8 m/sn)

Yoğun bakım ünitesinde oluşan akut sarkopeni durumunun saptanmasında ,el kavrama gücü ve yürüme hızı gibi standart ölçümler yapılamamaktadır.Yoğun bakım ünitesine özgü sarkopeni tanımları objektif kas kütlesi ölçümlerine dayanmaktadır.

BT (altın standart)

USG (pratik ve yatak başı)

BIA (sınırlı-zor)

DXA (Yoğun bakımda zor)

### **BT'de düşük iskelet kas indeksi (SMI)**

L3 omurunda boy uzunluğuna göre normalize edilmiş kesitsel kas alanı

Erkerlerde < 52 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>

kadınlarda < 38 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>

### **USG (Kuadriseps kası- rektus femoris kesit alanı**

> bir haftada %10 kas kaybı önemli kas katabolizmasını düşündürür[5].

BATT (bilateral ön uyluk kalınlığı) ultrasonu kullanılarak kas kütlesindeki azalma için eşik değerleri

Kadınlar için 3,86 cm Erkekler için 5,44 cm'dir

## Fonksiyonel değerlendirme

ICU Mobility scale

İmmobilizasyon, inflamasyon ve yetersiz protein alımı sonucunda hızlı kas kaybı ortaya çıkar ve yoğun bakımda, kas kaybı-kas güçsüzlüğü ve sekonder sarkopeni ile sonuçlanır.

Yoğun bakım, hemodinamisi stabil olan hastalarda ilk 48 saat içinde beslenme başlanmalı, oral/enteral/gerekli durumda Total Parenteral Beslenme sırasıyla düşünülmelidir.

Enerji: indirekt kalorimetre veya 20-25 kcal/kg /gün

Protein: 1.3-1.5 g/kg/gün

Lösün ve beta-hidroksi beta-metilbütirat (HNB) içeren desteklerin kas protein sentezini uyarabileceği düşünülmektedir.

Sarkopeni, rutin klinik uygulamada yetersiz teşhis edilmekte ve tutarsız bir şekilde yönetilmektedir.

BT, ultrason ölçümleri veya manuel kas testi gibi mevcut araçlar kullanılarak erken teşhis, bakım standardı haline gelmelidir.

Bireyselleştirilmiş beslenme;

Aşamalı mobilizasyon protokolleri;

Potansiyel farmakolojik yardımcıları ile yoğun bakımda gelişen kas kaybının önlenilebilir olması ve sonuçlarının, hastaneden taburcu olduktan sonrasında da hayatta kalma programları, yapılandırılmış rehabilitasyon, vücut kompozisyonu izleme ve ayakta tedavi takibi sırasında fonksiyonel değerlendirmeler yolu ile kas sağlığına öncelik vermelidir.

## Kaynaklar:

1-Muscle matters: Transforming the care of intensive care unitacquired sarcopenia and myosteatosi *World J Clin Cases* 2025 November 26; 13(33): 110976

2-Bhasin, S.; Trivison, T.G.; Manini, T.M.; Patel, S.; Pencina, K.M.; Fielding, R.A.; Magaziner, J.M.; Newman, A.B.; Kiel, D.P.; Cooper, C.; et al. Sarcopenia Definition: The Position Statements of the Sarcopenia Definition and Outcomes Consortium. *J. Am. Geriatr.Soc.* 2020, 68, 1410-1418.

3-Yanagi N, Koike T, Kamiya K, Hamazaki N, Nozaki K, Ichikawa T, Matsunaga A, Kuroiwa M, Arai M. Assessment of Sarcopenia in the Intensive Care Unit and 1-Year Mortality in Survivors of Critical Illness. *Nutrients.* **2021 Aug** 8;13(8):2726.

4-Kataria S, Vinjamuri S, Juneja D. Muscle matters: Transforming the care of intensive care unit acquired sarcopenia and myosteatosi. *World J Clin Cases.* **2025 Nov** 26;13(33):110976.

5-Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, Cooper C, Landi F, Rolland Y, Sayer AA, Schneider SM, Sieber CC, Topinkova E, Vandewoude M, Visser M, Zamboni M; Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing.* 2019 Jan 1;48(1):16-31. doi: 10.1093/ageing/afy169. Erratum in: *Age Ageing.* **2019 Jul** 1;48(4):601.

6-Chen LK, Hsiao FY, Akishita M, Assantachai P, Lee WJ, Lim WS, Muangpaisan W, Kim M, Merchant RA, Peng LN, Tan MP, Won CW, Yamada M, Woo J, Arai H. A focus shift from sarcopenia to muscle health in the Asian Working Group for Sarcopenia 2025 Consensus Update. *Nat Aging.* 2025 Nov;5(11):2164-2175. doi: 10.1038/s43587-025-01004-y. Epub 2025 Nov 4. PMID: 41188603.yeni 2025

7-Akan B. Influence of sarcopenia focused on critically ill patients. *Acute Crit Care.* 2021 Feb;36(1):15-21. doi: 10.4266/acc.2020.00745. Epub **2021 Feb** 2. PMID: 33524252; PMCID: PMC7940098.

## YOĞUN BAKIMDA SES VE GÜRÜLTÜ YÖNETİMİ

Dilanur Ünver

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi, Bursa

**ORCID:** 0009-0006-4358-8336

### ÖZET

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), ileri teknolojik donanıma sahip, hasta izlemi ve tedavisinin kesintisiz sürdürüldüğü, yüksek düzeyde ses ve gürültünün kaçınılmaz olduğu klinik alanlardır. Monitör ve ventilatör alarmları, infüzyon pompaları, personel konuşmaları, telefon sesleri ve hasta kaynaklı sesler YBÜ'deki başlıca gürültü kaynaklarını oluşturmaktadır. Literatürde, YBÜ'de ölçülen gürültü düzeylerinin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen gündüz ve gece sınırlarının belirgin biçimde üzerinde olduğu bildirilmektedir. Konuya ilişkin ulusal ve uluslararası literatür incelenerek yoğun bakım ortamında gürültü düzeyleri, etkileri ve azaltma stratejileri değerlendirilmiştir. World Health Organization (WHO), hastane ortamlarında önerilen ses düzeyini gündüz 35–40 dB(A), gece ise 30–40 dB(A) olarak bildirmektedir. Ancak çalışmalar, yoğun bakım ünitelerinde ortalama ses düzeylerinin 50–80 dB(A) arasında olduğunu ve zaman zaman 85–90 dB(A)'yı aştığını göstermektedir. Gürültünün başlıca kaynakları monitör ve ventilatör alarmları, infüzyon pompaları ve personel konuşmalarıdır. Yüksek ses düzeyleri hastalarda uyku bozukluğu, REM uykusunda azalma, stres yanıtında artış, hemodinamik ve kardiyovasküler değişiklikler, anksiyete ve deliryum riskinde yükselme ile ilişkilendirilmiştir. Sağlık çalışanlarında ise gürültü; dikkat dağınıklığı, stres, yorgunluk, alarm yorgunluğu, tükenmişlik ve tıbbi hata riskinde artışla ilişkili bulunmuştur. Bazı çalışmalarda ise gürültünün algılanan etkisinin bireysel farklılıklara bağlı olarak değişebileceği, mutlak sessizliğin bazı hastalarda izolasyon hissi yaratabileceği belirtilmiştir. Yoğun bakım ünitelerinde ses ve gürültü, hem hastalar hem de sağlık çalışanları için önemli bir çevresel stresördür. Gürültünün olumsuz etkilerinin azaltılabilmesi için alarm yönetim protokollerinin düzenlenmesi, gereksiz alarmların azaltılması, çevresel akustik iyileştirmeler ve personel farkındalık eğitimleri etkili stratejiler olarak önerilmektedir. Gürültü yönetimi, yoğun bakım ünitelerinde bakım kalitesinin ayrılmaz bir parçasıdır. Gürültü kontrolü, hasta güvenliği, iyileşme süreci ve çalışan sağlığının korunması açısından YBÜ bakımının önemli bir bileşeni olarak ele alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Yoğun bakım, gürültü, ses düzeyi, hasta güvenliği, alarm yönetimi

### Kaynakça

1. Busch-Vishniac IJ, West JE, Barnhill C, Hunter T, Orellana D, Chivukula R. (2005). Noise levels in Johns Hopkins Hospital. *Journal of the Acoustical Society of America*, 118(6), 3629–3645.
2. Darbyshire JL, Young JD. (2013). An investigation of sound levels on intensive care units with reference to the WHO guidelines. *Critical Care*, 17(5), R187.
3. Delaney LJ, Van Haren F, Lopez V. (2017). Sleeping on a problem: The impact of environmental noise on sleep in intensive care. *Intensive Care Medicine*, 43, 476–477.
4. Demir F, Dramalı A. Yoğun bakım ünitelerinin tasarımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2002;6:8-15.
5. Karadeniz G, Kanan N. Yoğun bakımlarda çevresel stresörler ve hasta etkileri. 2019.
6. Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR. *Medical Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. 6th ed. St Louis: Mosby; 2004.
7. Tahvili A, et al. Noise and sound levels in intensive care units: a cohort study. *Sci Rep*.
8. World Health Organization. (1999). *Guidelines for Community Noise*. Geneva: WHO.

## **SEPSİSİ TANIMAK: HAYAT KURTARAN HEMŞİRELİK FARKINDALIĞI**

Dilek Talan

Sepsis, enfeksiyona karşı düzensiz konak yanıtından kaynaklanan, yaşamı tehdit eden organ fonksiyon bozukluğudur. Global Burden of Disease çalışmasına göre 2017'de 48.9 milyon sepsis vaka ve 11 milyon ölüm meydana gelmiştir. Sepsis yönetiminde "altın saatler"de tanı ve tedavi, hasta sonuçlarını doğrudan etkilemektedir. Hemşireler, erken belirtileri fark etme, Surviving Sepsis Campaign (SSC) rehberindeki bakım paketlerini uygulama ve multidisipliner ekip koordinasyonu açısından hayati öneme sahiptir. Bu çalışmanın amacı, sepsis yönetiminde hemşirelik yaklaşımlarının güncel rehberler ışığında ele alınmasıdır.

Sepsis yönetiminde hemşirelik bakımına ilişkin güncel literatür ve uluslararası kılavuzlar taranarak hazırlanmıştır.

Hemşirelerin sepsis yönetimindeki rolleri üç başlıkta toplanmaktadır. Birincisi, erken tanı ve sürveyanstır. Hemşirelerin SOFA , NEWS2 gibi skora sistemlerini kullanarak perfüzyon bozukluğu belirtilerini değerlendirmesi tedavinin gecikmeden başlamasını sağlar. Hemşirelerin sepsis konusunda eğitim almasının erken tanı ve farkındalığı anlamlı derecede artırdığı gösterilmiştir. İkincisi, tedavi uygulama ve izlemdir. Üçüncüsü, multidisipliner iletişim ve hasta/aile eğitimidir. Hemşire, gözlemci olarak hastadaki değişiklikleri hekime ileten ilk kişidir ve sepsis sonrası görülebilecek fiziksel ve bilişsel sekeller (post-sepsis sendromu) konusunda taburculuk eğitimi vererek uzun dönem hasta yönetimine katkıda bulunur.

Sonuç ve tartışma:Hemşirelerin sepsis bilgi düzeylerinin güncel tutulması, kurumlarda erken uyarı skora sistemlerinin kullanımının yaygınlaştırılması, sepsis bakım paketlerinin uygulanması ve hemşirelik müfredatında sepsis yönetimine daha fazla yer verilmesi önerilmektedir. Sonuç olarak hemşirelerin sepsiste erken tanı ve müdahaledeki aktif rolleri hayat kurtarıcıdır.

### **KAYNAKLAR**

1. Baykara, N., Akalın, H., Arslantaş, M. K., Hancı, V., Çağlayan, Ç., Kahveci, F., Demirağ, K., Bayındır, Ö., Metintaş, M. ve Özgür, E. S. (2018). Epidemiology of sepsis in intensive care units in Turkey: A multicenter, point-prevalence study. *Critical Care*, 22(1), 93.
2. Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G. ve Levy, M. (2021). Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, 47(11), 1181-1247.
3. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. (2022). Yoğun Bakım Ünitesinde Sepsis ve Hemşirelik Yönetimi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 415-422.
4. Leviner, S. (2021). Post-sepsis syndrome. *Critical Care Nursing Quarterly*, 44(2), 182-186.
5. Rudd, K. E., Johnson, S. C., Agesa, K. M., Shackelford, K. A., Tsoi, D., Kievlan, D. R., Colombara, D. V., Ikuta, K. S., Kiso, N., Finfer, S., Fleischmann-Struzek, C., Machado, F. R., Reinhart, K. K., Rowan, K., Seymour, C. W., Watson, R. S., West, T. E., Marinho, F., Hay, S. I. ve Naghavi, M. (2020). Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: Analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 395(10219), 200-211.
6. Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G. R., Chiche, J. D., Coopersmith, C. M., Hotchkiss, R. S., Levy, M. M., Marshall, J. C., Martin, G. S., Opal, S. M., Rubenfeld, G. D., van der Poll, T., Vincent, J. L. ve Angus, D. C. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801-810.



## **KLİNİK GÖSTERGELERİN DİLİ: YAŞAM BULGULARI VE BİLİNÇ DURUMU**

Eda Bozkurt

Yaşam bulguları ve bilinç durumu, hastanın fizyolojik bütünlüğünü yansıtan en temel klinik göstergelerdir. Bu parametreler yalnızca ölçülebilir sayısal değerler değil; kardiyovasküler, solunum ve nörolojik sistemlerin homeostatik yanıtlarının dinamik dışavurumudur. Klinik kötüleşme çoğu zaman vital bulgulardaki subtil değişikliklerle başlamakta ve erken dönemde fark edilmediğinde mortalite riski artmaktadır.

Özellikle solunum sayısı, akut fizyolojik bozulmanın en erken ve en hassas göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Nabız ve kan basıncı organ perfüzyonunu ve hemodinamik dengeyi yansıtırken, oksijen saturasyonu oksijenlenme hakkında bilgi sağlar; ancak doku düzeyindeki oksijen sunumunu tek başına tam olarak göstermeyebilir. Vücut ısısı ise inflamatuvar yanıtın önemli bir belirteçidir.

Bilinç durumu, serebral perfüzyon ve nörolojik bütünlüğün kritik bir göstergesi olup ani değişiklikler hipoksi, hipoglisemi, sepsis ve serebrovasküler olaylar gibi yaşamı tehdit eden durumların erken habercisi olabilir.

Glasgow Koma Skalası ve erken uyarı sistemleri, bu değerlendirmeyi standardize ederek klinik karar verme sürecini desteklemektedir. Güncel rehberler, yaşam bulgularının trend analizinin tek ölçümden daha değerli olduğunu ve erken tanı ile müdahalenin mortaliteyi azalttığını vurgulamaktadır. Bu bağlamda hemşire, klinik göstergeleri doğru ölçen, yorumlayan ve erken müdahale sürecini başlatan kilit profesyonel konumdur. Yaşam bulgularının doğru okunması, hasta güvenliği ve klinik sonuçların iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

## POZİTİF TROMBOFİLİ TESTLERİNİN KLİNİK YORUMU

Fazıl Çağrı Hunutlu

Bursa Şehir Hastanesi, Hematoloji Kliniği

### Tanım, Sıklık ve Patogenez

Trombofili, koagülasyon ya da fibrinolitik dengesinin bozulması sonucunda pıhtılaşmaya karşı kalıcı bir yatkınlık olarak tanımlanır. Bu yatkınlık herediter ya da edinsel kökenli olabilir; kimi zaman her ikisi bir arada bulunur. Klinik tablonun anlaşılabilmesi için Virchow triadını hatırlamak gerekir: venöz trombozu doğuran üç temel etken hiperkoagülabilité, venöz staz ve vasküler hasardır.

Epidemiyolojik açıdan bakıldığında trombofili, sanıldığından çok daha yaygın bir durumdur. Genel popülasyonda prevalans %10 ile %15 arasında değişmekte, venöz tromboembolizm (VTE) geçirmiş hastalarda ise oran yaklaşık %50'ye ulaşmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 600.000 ile 900.000 arasında yeni VTE vakası bildirilmekte; bunların 100.000'i ölümlle sonuçlanmaktadır. Türkiye özelinde bakıldığında Faktör V Leiden (FVL) mutasyonu sıklığı %7.9 ile %10.9 arasında raporlanmakta olup VTE, kardiyovasküler nedenler arasında üçüncü en sık ölüm nedeni konumundadır.

Klinisyen açısından pratik önemi büyük olan sınıflandırma, trombofiliyi risk düzeyine göre iki kategoriye ayırır. Protein C, Protein S ve antithrombin III eksiklikleri ile homozigot FV Leiden ve kombine FV Leiden + Protrombin G20210A (PGM) mutasyonu yüksek riskli grubu oluştururken; heterozigot FV Leiden ve heterozigot PGM düşük riskli grupta yer alır. Bu ayrım, hem tarama kararında hem de tedavi süresinin belirlenmesinde yol gösterici olması bakımından son derece önemlidir.

### Trombofili Testinin Endikasyonu: Kime, Ne Zaman?

Trombofili panelini hangi hastaya istemeli? Bu soru, hematoloji pratiğinde hem en sık sorulan hem de en kolay yanlış yanıtlanan sorulardan biridir. Sorunun önemli bir bölümü, testin yapılmasının merak duygusuna değil, klinik karara hizmet etmesi gerektiği gerçeğinde yatmaktadır. Pozitif bir trombofili sonucu yönetim planını değiştirmeyecekse, o testi yapmak hastaya fayda sağlamaz.

American Society of Hematology (ASH) 2023 kılavuzu, bu soruya oldukça kısıtlayıcı bir yanıt vermektedir. Kılavuz, yalnızca beş klinik senaryoda koşullu olarak trombofili testini değerlendirilebilir bulmaktadır: VTE'nin hormonal ya da non-cerrahi geçici risk faktörüyle ilişkili olduğu durumlar; antikoagülasyonun kesilmesinin planlandığı serebral veya splanknik ven trombozu; ailede yüksek riskli trombofili varlığında profilaksi ya da kontrasepsiyon kararı verilmesi gereken bireyler; gebelikte ailevi yüksek riskli trombofili hikâyesinin bulunması ve kanser hastalarında düşük-orta VTE riski ile aile hikâyesinin bir arada bulunması. Bunların dışındaki tüm senaryolarda — açıklanamayan (unprovoked) VTE dahil — ASH 2023, koşullu olarak rutin tarama yapılmasını önermektedir.

| Klinik Senaryo  | ASH 2023 Öneri                          |
|---|---|
| VTE + non-cerrahi major geçici veya hormonal risk faktörü (OKS, gebelik, HRT)           | Koşullu: Test düşünülebilir             |
| Serebral / splanknik venöz tromboz (antikoagülasyon kesilecekse)                        | Koşullu: Test düşünülebilir             |
| Ailede AT / Protein C / Protein S eksikliği — profilaksi kararı veya OKS/HRT rehberliği | Koşullu: Aile bireyleri test edilebilir |
| Gebe kadın + ailede yüksek riskli trombofili (AT/PC/PS eksikliği)                       | Koşullu: Test düşünülebilir             |
| Kanser + düşük/orta VTE riski + ailede VTE hikâyesi                                     | Koşullu: Test düşünülebilir             |

Tablo 1. ASH 2023 kılavuzunun trombofili testi için tanımladığı koşullu endikasyonlar.

NICE NG158 ve BSH 2023 kılavuzları ise daha geniş bir endikasyon perspektifi benimsemektedir. Kılavuzların arasında seçim yaparken hastanın bireysel koşulları, ailevi yükü ve öngörülen tedavi planı mutlaka göz önüne alınmalıdır.

### Trombofili Testinin Zamanlama Sorunları

Trombofili testini ne zaman yapacağını bilmek, kime yapacağını bilmek kadar önemlidir. Yanlış zamanda yapılan bir test yanıltıcı sonuçlar doğurur ve bu durum bazen hiç test yapmaktan daha tehlikeli olabilir.

Akut VTE döneminde Protein C ve Protein S, tüketim ve akut faz yanıtı nedeniyle fizyolojik olarak düşer; bu nedenle bu dönemde yapılan bir test yanlış pozitifliğe zemin hazırlar. Antikoagülan tedavi altında da benzer sorunlar yaşanır: Warfarin PC ve PS'yi baskılar, heparin antitrombin aktivitesini etkiler, DOAC'lar ise lupus antikoagülan testlerini bozar. Gebelik ve lohusalık döneminde PS fizyolojik olarak düşerken FVIII düzeyi yükselir; bu değişimler gerçek eksikliklerin tespitini güçleştirir. Östrojen içeren ilaçlar da benzer bir etki yaratır. Son olarak, akut enfeksiyon veya inflamasyon varlığında PC, PS ve antitrombin düzeyleri geçici olarak azalabilir.

| Test Yapılmaması Gereken Durumlar                     | Doğru Test Zamanı                               |
|---|---|
| Akut VTE dönemi (PC, PS tüketimle düşer)              | VTE'den en az 3 ay sonra, stabil dönemde        |
| Antikoagülan tedavi altında (Warfarin, heparin, DOAC) | Antikoagülasyon kesilmiş ve yeterli süre geçmiş |
| Gebelik / lohusalık (PS düşüşü, FVIII artışı)         | En az 6 hafta postpartum sonrasında             |
| OKS / HRT kullanımı (PS düşüşü, edinsel APC direnci)  | Kesimden en az 4-6 hafta sonra                  |
| Akut enfeksiyon / inflamasyon (PC, PS, AT azalabilir) | İnflamasyon geçtikten, ilaç kaydıyla birlikte   |

Tablo 2. Trombofili testinde yanıltıcı sonuçlardan kaçınmak için önerilen zamanlama (BSH 2023; ISTH SSC).

Bu kısıtlar bir araya getirildiğinde pratikte uygulanabilir bir kural ortaya çıkar: Test, antikoagülyasyonsuz, inflamasyonsuz, hormonsuz ve gebelik dışı bir dönemde yapılmalı; akut bir olayın ardından en erken üç ay beklenmelidir. Hasta bir antikoagülan kullanmaktaysa ve kalıcı kullanım söz konusuysa, bazı durumlarda genetik bazlı testler (FVL, PGM PCR analizi) daha güvenilir seçenekler sunar; bu testler antikoagülyasyondan etkilenmez.

## Tartışmalı Yönler ve Çözüme Kavuşmamış Sorular

### MTHFR: Bir Trombofili Değil

Metilen tetrahidrofolat redüktaz (MTHFR) C677T ve A1298C polimorfizmleri, yıllarca trombofili paneline dahil edilmiş ve homosistein yüksekliği ile VTE ilişkisi gerekçesiyle taranmıştır. Ancak folat desteğinin yaygınlaşmasıyla birlikte bu polimorfizmlerin klinik önemi büyük ölçüde ortadan kalkmıştır. BSH ve ISTH, bu testlerin rutin trombofili panelinden çıkarılmasını açıkça önermektedir. Genetik test pozitifliğinin otomatik olarak klinik trombofili riski anlamına gelmediği bu örnekte son derece belirgindir.

### DOAC'ların Sınırlılıkları: Tüm Trombofililer İçin Eşdeğer Değil

DOAC'ların trombofili tedavisinde evrensel bir standart olduğu varsayımı, bazı özel durumlarda yanıltıcı olabilir. Protein S aktivitesinin %20'nin altında olduğu ağır eksiklik olgularında rivaroxaban ve apixaban kullanımı sırasında rekürren tromboz geliştiği bildirilmiştir. Antitrombin eksikliğinde, özellikle Budapest 3 mutasyonu taşıyıcılarında, DOAC altında trombotik vakalar raporlanmıştır. Tüm bu verilerin kohort bazlı olduğunu ve RCT kanıtının bulunmadığını da hatırlatmak gerekir. Bu durum, bireysel vakalarda klinik kararın titizlikle verilmesini zorunlu kılmaktadır.

### Gereksiz Test: Görünmez Bir Zarar

Trombofili testinin zarar verme potansiyeli yalnızca yanlış sonuçlarla sınırlı değildir. Gereksiz yapılan bir test, hastanın gereksiz yere kaygılanmasına, sonucun yanlış yorumlanmasına ve gereksiz tedavilere yol açabilir. Üstelik pozitif bir trombofili sonucu, bireyin üzerinde yaşam boyu taşıyacağı bir etiket oluşturur: sigorta başvurularını, iş seçimini, gebelik kararlarını ve psikolojisini etkileyebilir. Aile bireylerinin taranması kararında da benzer bir fayda-zarar dengesi dikkate alınmalıdır.

### Gelecek Perspektifi: Değişen Paradigma

Trombofili testinin geleceği, birkaç önemli dönüşümün eşliğinde durmaktadır. Geleneksel paneller yalnızca birkaç mutasyonu hedef alırken yeni nesil dizileme (NGS) tabanlı multigene paneller, VTE ile ilişkili 21'den fazla geni eş zamanlı analiz edebilmektedir. Bu yöntemler nadir mutasyonları saptama avantajı tartışılmaz olmakla birlikte belirsiz önemi olan varyantların (VUS) klinik yorumlanması, hâlâ önemli bir sorun olmayı sürdürmektedir.

Makine öğrenmesi modellerinin klinik karar destek sistemlerine entegrasyonu da hız kazanmaktadır. ONKOTEV, CATS ve Rogers skoru gibi mevcut algoritmalar kanser ilişkili VTE riski için geliştirilmiştir; gelecekte 'Bu hastaya trombofili testi yapılmalı mı?' sorusunun bireyselleştirilmiş algoritmalar aracılığıyla yanıtlanması hedeflenmektedir. Elektronik hasta kayıt sistemlerine entegre uyarı mekanizmalarının gereksiz testi azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir.

Antikoagülan seçiminin kişiselleştirilmesi ise belki de en umut verici alandır. Trombofili tipinin, genetik arka planın ve edinsel risk faktörlerinin farmakogenomik verilerle birlikte değerlendirildiği bütünleşik modeller, her hasta için en uygun ajan ve süreyi belirleme potansiyeli taşımaktadır. Ancak bu hedeflere ulaşmak için güçlü RCT kanıtlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

## Sonuç

Trombofili testinin klinik pratikte yarattığı en büyük sorun, testin kendisinden değil, testin yanlış zamanda, yanlış hastada ve yanlış amaçla uygulanmasından kaynaklanmaktadır.

Yüksek riskli, unprovoked DVT saptandığında uzun süreli antikoagülasyon gereklidir; bu konuda mevcut kılavuzlar birleşmektedir. Tekrarlayan gebelik kaybında DMAH, ALIFE2 çalışmasının ardından kanıtlanmış bir fayda taşımamaktadır. Protein C eksikliğinde gebelik, son derece yüksek bir protrombotik risk penceresi oluşturur ve profilaksi ertelenebilir bir tercih değil, zorunlu bir standart bakımdır. Kriptojenik stroke ise herediter trombofili ile çok daha zayıf bir biyolojik ilişki içindedir ve bu ayrımın net biçimde kavranması gereksiz testleri önler.

Trombofili taraması ancak klinik karar akışını değiştirdiğinde gerçek değerini kazanır.

## KAYNAKLAR

1. Middeldorp S, et al. American Society of Hematology 2023 guidelines for management of venous thromboembolism: thrombophilia testing. Blood Adv. 2023;7(22):7101-7138.
2. Altwayan F, et al. Thrombophilia testing: a narrative review of current evidence and recommendations. Thromb Res. 2025.
3. Vrotniakaitė-Bajerčiene K, et al. Inherited thrombophilia and venous thromboembolism: updated risk classification.

Haemostaseologia. 2025.

4. Kovac M, et al. ISTH Scientific and Standardization Committee guidance on direct oral anticoagulants in thrombophilia. *J Thromb Haemost.* 2024;22(3):600–614.
5. Djulbegovic B, et al. Indefinite anticoagulation for thrombophilia-associated VTE: decision analysis. *Blood Adv.* 2024.
6. Mazzolai L, et al. Diagnosis and management of acute deep vein thrombosis: a joint consensus document from the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2021.
7. Quenby S, Middeldorp S, et al. Low-molecular-weight heparin for women with unexplained recurrent miscarriage (ALIFE2): multicentre, open-label, randomised trial. *Lancet.* 2023;401(10374):399–408.
8. ESHRE Guideline Group on RPL. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss (update). *Hum Reprod Open.* 2022.
9. ASRI Clinical Practice Guideline on Recurrent Pregnancy Loss. 2025.
10. Bistervels IM, et al. Intermediate-dose anticoagulation in pregnant women with a history of venous thromboembolism. *J Thromb Haemost.* 2019.
11. Skeith L, et al. ASH 2021 guidelines for VTE in the context of pregnancy. *Blood Adv.* 2021.
12. Hart C, et al. GTH guidelines for thrombophilia testing in pregnancy. *Hämostaseologie.* 2020.
13. RCOG. Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium. Green-top Guideline No. 37a. 2015.
14. Marlar RA, et al. ISTH SSC recommendation of specific laboratory tests for better management of patients with inherited thrombophilias. *J Thromb Haemost.* 2021.
15. Abels I, et al. Thrombophilia in cryptogenic stroke: results of the SECRETO study. *Stroke.* 2026.
16. Chiasakul T, et al. Inherited thrombophilia and the risk of arterial ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc.* 2019.
17. Salehi Omran S, et al. Thrombophilia testing in young adults with ischemic stroke. *Stroke.* 2021.
18. BSH Guideline for investigation and management of thrombophilia. *Br J Haematol.* 2023.
19. Lim W, et al. The dos, don'ts and nuances of thrombophilia testing. *Thromb Haemost.* 2022.
20. NICE Guideline NG158. Venous thromboembolic diseases: diagnosis, management and thrombophilia testing. 2020.

## YOĞUN BAKIM KAYNAKLI GÜÇSÜZLÜK

Eda Bozkurt

Yoğun bakım kaynaklı güçsüzlük (ICU-AW), kritik hastalık sırasında gelişen, periferik sinir ve kas sistemini etkileyen yaygın kas zayıflığıdır. Mekanik ventilasyon süresini uzatır ve fonksiyonel iyileşmeyi geciktirir.  
Kapsadığı Klinik Tablolar

- Kritik hastalık polinöropatisi (CIP)
- Kritik hastalık miyopatisi (CIM)
- Kombine CIP/CIM

### Patofizyoloji

ICU-AW'nin gelişim mekanizmaları multifaktöryeldir ve hem kas hem de sinir dokusunun etkiler.

- Sistemik inflamasyon ve oksidatif stres
- Kas protein yıkımında artış
- Mitokondriyal disfonksiyon
- Uzun süreli immobilizasyon

### Risk Faktörleri

ICU-AW sıklığı, yoğun bakım süresi ve hasta özelliklerine göre değişmekle birlikte uzun süreli ventilasyon gerektiren kritik hastalarda %25-%84 oranında değişmektedir.

- Uzamış mekanik ventilasyon
- Sepsis ve çoklu organ yetmezliği
- Hiperglisemi
- Kortikosteroid/nöromusküler bloker kullanımı
- Yetersiz beslenme ve immobilizasyon
- Sistemik inflamasyon
- İleri yaş ve komorbiditeler

### Klinik Bulgular

- Simetrik, yaygın kas güçsüzlüğü
- Solunum kaslarında zayıflık
- Weaning güçlüğü
- Fonksiyonel bağımsızlıkta azalma

### Tanı

- Mrc kas gücü skoru
- Elektromiyografi ve sinir iletim çalışmaları
- Fonksiyonel değerlendirme ölçekleri

### Tedavi ve Önleme

- Erken mobilizasyon ve rehabilitasyon
- Glisemik kontrol
- Yeterli beslenme desteği
- Sedasyonun optimize edilmesi
- İlaç yönetimi

### Hemşirelik Rolü

- Erken mobilizasyon uygulamaları
- Pozisyonlama ve komplikasyon önleme
- Sedasyon ve deliryum takibi
- Basınç yarası ve kontraktür önleme
- Beslenme ve metabolik izlem
- Hasta ve aile eğitimi
- Multidisipliner işbirliği

### Sonuç

ICU-AW'nin tanısı klinik ve elektrofizyolojik değerlendirmeye dayanır; tedavi ise önleyici ve destekleyici yaklaşımları içerir. Hemşirelik bakımı, erken mobilizasyon ve komplikasyon önleme stratejileri ile hasta sonuçlarını doğrudan etkiler. Multidisipliner ekip çalışması, iyileşme sürecinin temel belirleyicisidir.



# 22. İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi

16. Uludağ İç Hastalıkları  
Hemşireliği Kongresi

09-12 Nisan 2026  
Swissôtel / Bursa

## KAYNAKLAR

- Huang A., Salazar M., Weber H., et al. ICU-acquired weakness:Critical illness myopathy and polyneuropathy.Journal of Critical Care. 2025;88.
- Vanhorebeek I., Latronico N., Van den Berghe G. ICU- acquired weakness. Intensive Care Medicine. 2020;46.
- Springe ropen Biomarkers for ICU- acquired weakness. Annals of Intensive Care.2025;15.
- Kramer C.L. Intensive Care Unit-Acquired Weakness. Neurologic Clinics.2017;35.
- Takei T. Generalized weakness that develops in critically ill patients. Journal of Japanese Congress on Neurological Emergencies.2015.
- Schweickert W.D., Hall J. ICU- acquired weakness. Chest. 2007;131.
- Alkhani R.A.K.,et al. ICU-Acquired Weakness:Neurocritical Perspective. Vascular and Endovascular Review.2025.

## **KRONİK BÖBREK HASTALIĞI TAKİBİNDE DOĞRU BİLİNERN YANLIŞLAR**

Hayriye Sayarlıoğlu

OMÜ Tıp Fakóltesi İç Hastalıkları Nefroloji BD, Samsun

Kronik böbrek hastalığı (KBH), toplumda yaklaşık %10 prevalansa sahip önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hastaların büyük bölümü erken evrede bulunmasına rağmen, klinik uygulamada tanının sıklıkla geç konulduğu ve nefrolojiye yönlendirmenin geciktiği görülmektedir. Bu durum, hastalığın çoğu zaman asemptomatik seyretmesi, erken dönemde fark edilmemesi ve bazı temel tanısai yaklaşımların yeterince etkin kullanılmaması ile ilişkilidir. Sonuç olarak, tedavide gecikme meydana gelmekte ve progresyon riski artmaktadır.

### **Kreatinin**

KBH takibinde en yaygın hatalardan biri, serum kreatinin düzeyinin böbrek fonksiyonunun doğrudan ve yeterli bir göstergesi olarak kabul edilmesidir. Oysa kreatinin, glomerüler filtrasyon hızını (GFH) değerlendirmede yararlı olmakla birlikte, çok sayıda biyolojik ve klinik değışkenden etkilenen dolaylı bir belirteçtir. Kreatinin ile GFH arasındaki ilişki lineer değildir; bu nedenle erken böbrek hasarı varlığında serum kreatinin düzeyi normal sınırlarda kalabilir ve klinik olarak anlamlı böbrek fonksiyon kaybı gözden kaçabilir. Ayrıca kreatinin, kas metabolizmasının son ürünü olduğundan bireyin kas kitlesinden belirgin biçimde etkilenir. Yaşlı hastalarda, sarkopenisi olan bireylerde ve amputasyonu bulunan olgularda serum kreatinin düzeyi olduğundan düşük ölçülebilirken, kas kitlesi yüksek atletlerde ve yoğun fiziksel aktiviteye sahip kişilerde daha yüksek saptanabilir. Bunun yanında beslenme alışkanlıkları da kreatinin düzeyini etkileyebilir. Özellikle kırmızı et ve kreatin içeren gıdaların tüketimi sonrasında serum kreatinin düzeyinde geçici artış görülebilir. Benzer şekilde trimetoprim, simetidin ve bazı antiretroviral ilaçlar gibi ajanlar tübüler kreatinin sekresyonunu azaltarak serum kreatinininde artışa yol açabilir; ancak bu durumda gerçek GFH'de anlamlı bir değışiklik olmayabilir.

Kreatininin fizyolojik özellikleri de bu parametrenin tek başına kullanılmasını sınırlamaktadır. Kreatinin yalnızca glomerüler filtrasyon ile elimine edilmez, aynı zamanda proksimal tübülde sekrete edilir. Bu nedenle kreatinin klirensi, gerçek GFH'yi olduğundan yüksek gösterebilir. Dahası, böbrek fonksiyonu azaldıkça tübüler sekresyonun kreatinin eliminasyonuna katkısı artar. Dolayısıyla ileri evre KBH'de serum kreatinin değeri, böbrek fonksiyonundaki kaybı olduğundan daha az yansıtabilir. Bu nedenle böbrek fonksiyonunun değerlendirilmesinde kreatininin tek başına yorumlanması yerine, tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) hesaplamalarının, özellikle de CKD-EPI denkleminin kullanılması daha doğru bir yaklaşımdır. Kas kitlesinin belirgin biçimde düşük veya yüksek olduğu, klinik ile biyokimyasal verilerin uyumsuz bulunduğu durumlarda ise cystatin C gibi alternatif belirteçlerden yararlanılması uygun olabilir. Klinik pratikte esas olan, tek bir serum kreatinin değeri odaklanmak değil; eGFR eğilimini izlemek, eşlik eden albuminüriyi değerlendirmek ve klinik bağlam içinde bütüncül yorum yapmaktır. Özellikle yıllık eGFR kaybının 5 ml/dk/1.73 m<sup>2</sup>'nin üzerinde olması hızlı progresyon lehine değerlendirilmelidir. Benzer şekilde, serum kreatinin düzeyindeki küçük artışlar dahi klinik açıdan anlamlı olabilir ve göz ardı edilmemelidir.

### **İdrar tetkikleri**

KBH tanı ve takibinde bir diğer önemli ihmal alanı idrar incelemeleridir. Güncel klinik uygulamada tam idrar tahlili ve özellikle idrar sediment mikroskopisinin yeterince kullanılmadığı dikkat çekmektedir. Oysa idrar sediment incelemesi, glomerüler ve tübülointerstisyel hastalıkların ayırıcı tanısında yüksek tanısai değere sahiptir. Dismorfik eritrositler, eritrosit silindirleri, lökosit silindirleri ve granüler silindirler gibi bulgular, altta yatan renal patolojinin tipi konusunda son derece önemli ipuçları verebilir. Özellikle dismorfik eritrosit varlığı glomerüler hematüri lehine güçlü bir bulgudur. Bunun yanında yalnızca dipstick proteinüri değerlendirmesine dayanmak da eksik bir yaklaşımdır. KBH'de risk sınıflaması albuminüri düzeyi temel alınarak yapılmaktadır. Bu nedenle idrar albumin/kreatinin oranının (UACR) rutin değerlendirmeye dahil edilmesi gereklidir. KDIGO sınıflamasına göre A1 düzeyi 30 mg/g'nin altını, A2 düzeyi 30–300 mg/g arasını, A3 düzeyi ise 300 mg/g üzerini ifade eder. Spot idrar protein/kreatinin oranı da proteinüri miktarının hızlı değerlendirilmesinde ve tedavi yanıtının izlenmesinde pratik ve yararlı bir parametredir. Ayrıca idrar sodyumu, fraksiyonel sodyum atılımı ve gerektiğinde fraksiyonel üre atılımı, özellikle akut böbrek hasarında prerenal nedenlerle intrinsik renal nedenlerin ayrımında önem taşır. İdrar osmolaritesi ve dansite ise renal konsantrasyon kapasitesini değerlendirmede değerlidir ve erken tübülointerstisyel hastalıklar, diabetes insipidus ve ilerleyici KBH gibi durumlarda yardımcı olabilir. Bu nedenle idrar sediment mikroskopisi, albumin/kreatinin oranı, protein/kreatinin oranı, idrar sodyumu ve osmolaritesi gibi testler KBH izleminin temel unsurları arasında yer almalıdır.

### **KBH'de Beslenme ve Sıvı Tüketimi**

KBH'de beslenme yönetimi de sıklıkla yanlış anlaşılan ve basitleştirilerek ele alınan bir konudur. Diyalize girmeyen hastalarda protein alımının düzenlenmesi, böbrek üzerindeki metabolik yükün azaltılması ve hastalık progresyonunun yavaşlatılması açısından önemlidir. Kılavuzlar, evre 3–5 KBH hastalarında günlük protein alımının çoğu zaman 0.55–0.60

g/kg düzeyinde sınırlandırılmasını önermektedir. Diyabetik KBH hastalarında ise önerilen aralık genellikle 0.6–0.8 g/kg/gün düzeyindedir. Bununla birlikte, tüm hastalara tek tip bir protein kısıtlaması önermek uygun değildir. Hastanın mevcut beslenme düzeni, günlük protein alımı, vücut kompozisyonu, sarkopeni varlığı, kilo kaybı ve malnütrisyon riski mutlaka birlikte değerlendirilmelidir. Protein alımı zaten düşük olan bir hastada ilave kısıtlama yapmak, böbrek koruyucu yarardan çok beslenme bozukluğuna yol açabilir. Bu nedenle “proteinleri kısıtlayın” şeklindeki genel öneriler yerine, bireyselleştirilmiş bir diyet değerlendirmesi yapılmalı; gerekiyorsa diyetisyen desteği alınmalıdır. Özellikle malnütrisyon, istemsiz kilo kaybı veya sarkopeni saptanan hastalarda protein alımının artırılması bile gündeme gelebilir. Seçilmiş olgularda, yakın uzman izlemi altında ketoanalog destekli çok düşük proteinli diyetler de uygulanabilir.

Son yıllarda KBH beslenmesinde öne çıkan yaklaşımlardan biri, bitki ağırlıklı düşük proteinli diyet modelidir. Plant-Dominant Low Protein Diet (PLADO) yaklaşımında toplam protein alımı düşük tutulurken bunun en az %50’sinin bitkisel kaynaklardan sağlanması önerilmektedir. Bu yaklaşımın birden fazla potansiyel avantajı vardır. Bitkisel kaynaklı fosforun fitat formunda bulunması nedeniyle intestinal emilimi daha düşüktür; buna karşın hayvansal ve özellikle katkı maddesi içeren işlenmiş gıdalardaki inorganik fosfatın emilimi oldukça yüksektir. Bu nedenle bitki temelli beslenme fosfor yükünün azaltılmasında yarar sağlayabilir. Ayrıca bitkisel diyetler asit yükünü azaltarak metabolik asidoz gelişimini sınırlayabilir. İşlenmiş gıdalardaki fosfat katkı maddeleri ise çoğu zaman gözden kaçan, ancak klinik açıdan önemli bir risktir. Bu katkıların biyoyararlanımı çok yüksek olduğundan, özellikle prediyaliz KBH hastalarında mümkün olduğunca azaltılması önerilmelidir. Klinik pratikte, çoğu prediyaliz hasta için yaklaşık 0.8 g/kg/gün protein alımı, böbrek yükü ile beslenme durumu arasında makul bir denge sağlayan hedef olarak kabul edilmektedir.

Sodyum ve potasyum yönetimi de kişiselleştirilmiş olmalıdır. Sodyum kısıtlaması, hipertansiyon ve volüm yükü kontrolü açısından önem taşımakta olup, çoğu hastada günlük sodyum alımının 2.3 gramın altında tutulması önerilmektedir. Potasyum kısıtlaması ise tüm KBH hastalarına rutin olarak uygulanmamalıdır. Serum potasyum düzeyi normal olan hastalarda sebze ve meyve tüketiminin gereksiz yere kısıtlanması, beslenme kalitesini ve lif alımını olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle potasyum kısıtlaması yalnızca hiperkalemi olan veya hiperkalemi riski yüksek bireylerde düşünülmelidir.

Sıvı tüketimi konusunda da benzer bir yanlış algı mevcuttur. KBH hastalarında “çok su içmenin böbreği temizleyeceği” yönündeki yaklaşım bilimsel olarak doğru değildir. Sıvı önerisi hastanın klinik durumuna, idrar çıkışına, volüm durumuna, eşlik eden kalp yetmezliği varlığına ve serum sodyum düzeyine göre bireyselleştirilmelidir. Stabil, ödemsiz, kalp yetmezliği bulunmayan, hiponatremisi olmayan ve belirgin oligürisi bulunmayan prediyaliz hastalarda genellikle günlük 1.5–2 litre sıvı alımı yeterlidir. Buna karşılık azalmış idrar çıkışı olan hastalarda öneri idrar miktarına göre düzenlenmeli, oligürik olgularda ise sıvı kısıtlaması gerekebileceği unutulmamalıdır. Aşırı sıvı alımı hiponatremi, ödem, hipertansiyon ve kardiyak yük artışı ile sonuçlanabilirken; yetersiz sıvı alımı prerenal azotemi, hiperürisemi ve böbrek perfüzyonunda bozulmaya yol açabilir.

### **KBH’de Böbrek Koruyucu Tedaviler**

KBH yönetiminde sık karşılaşılan bir diğer yetersizlik, kanıta dayalı böbrek koruyucu tedavilerin eksik kullanılmasıdır. Özellikle proteinürik hastalarda renin-angiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS) blokajı, sodyum-glukoz kotransporter-2 (SGLT2) inhibitörleri, etkin kan basıncı kontrolü, tuz kısıtlaması ve uygun beslenme düzenlemesi progresyonu yavaşlatmada temel yaklaşımlardır. ACE inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri, proteinürik KBH’de hem renal hem kardiyovasküler koruma sağlamaktadır. Bu nedenle, kontrendikasyon gelişmediği sürece tedavinin mümkün olduğunca sürdürülmesi gerekir. Uygulamada sık yapılan hatalardan biri, kreatinin düzeyindeki her artışı ilacın kesilmesi için gerekçe kabul etmektir. Oysa RAAS blokajı başlandıktan sonra serum kreatinin düzeyinde %30’a kadar artış genellikle kabul edilebilir sınırlar içinde değerlendirilir. Bu artışın üzerinde bir yükselme olduğunda ise ilacın hemen kesilmesi yerine hipovolemi, nonsteroid antiinflatuvar ilaç kullanımı, bilateral renal arter stenozu veya eşlik eden hemodinamik bozukluklar gibi nedenler araştırılmalıdır. Benzer biçimde hiperkalemi durumunda da ilk yaklaşım altta yatan düzeltilebilir nedenlerin giderilmesi olmalı; diyet düzenlemesi, diüretik kullanımı ve potasyum bağlayıcı tedaviler göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak persistan ve ciddi hiperkalemi varlığında tedavinin kesilmesi gerekebilir. Akut böbrek hasarı, sepsis, belirgin dehidratasyon ve semptomatik hipotansiyon gibi durumlarda RAAS blokajının geçici olarak durdurulması uygun olabilir. Bununla birlikte stabil ileri evre KBH hastalarında bile bu ilaçların gereksiz yere sonlandırılmaması önemlidir.

SGLT2 inhibitörleri açısından da benzer bir yaklaşım benimsenmelidir. Stabil KBH hastasında tedaviye devam edilmesi gerekir. Tedavi başlangıcında eGFR’de hafif azalma veya serum kreatinininde küçük artış görülebilir; bu durum çoğu zaman beklenen hemodinamik etkiye bağlıdır ve tek başına tedavinin sonlandırılması için gerekçe oluşturmaz. Ancak akut böbrek hasarı, ciddi dehidratasyon, diyabetik ketoasidoz, ciddi enfeksiyon veya büyük cerrahi girişim öncesi gibi durumlarda ilacın geçici olarak kesilmesi uygun olabilir. Bu bağlamda “sick day” yaklaşımının hasta eğitimine dahil edilmesi önem taşımaktadır.

## KBH'de İlaç Dozları

Ayrıca KBH hastalarına reçete edilen tüm ilaçların nefrotoksisite potansiyeli açısından gözden geçirilmesi ve dozlarının eGFH düzeyine göre ayarlanması gerekir. Nefrolojik izlemin temel unsurlarından biri, yalnızca hastalığın kendisini değil, uygulanan tedavilerin böbrek üzerindeki etkilerini de yakından değerlendirmektir.

## Renal Replasman Tedavilerine Hazırlık

Son olarak, renal replasman tedavisine hazırlık aşamasında da önemli hatalar yapılabilmektedir. "Kreatinin çok yükselmeden tedavi başlamaz" yaklaşımı, modern nefroloji pratiğiyle uyumlu değildir. Diyaliz hazırlığı ve başlangıç kararı yalnızca laboratuvar verilerine dayanılarak değil; hastanın semptomları, volüm durumu, üremik bulguları, beslenme durumu ve genel klinik seyri dikkate alınarak verilmelidir. Volüm yükünün hafife alınması, üremik semptomların gözden kaçırılması ve yalnızca biyokimyasal eşiklere odaklanılması, geç renal replasman tedavisi hazırlığına neden olabilir. Bu nedenle KBH takibinde amaç yalnızca sayısal parametreleri izlemek değil; hastayı bütüncül biçimde değerlendirerek zamanında ve doğru müdahaleyi sağlamaktır.

Sonuç olarak; KBH progresif ve geri dönüşsüz bir süreçtir. Bu süreci ne kadar uzatabilirsek hastaya o kadar tedavi sağlamış oluruz. Bu nedenle doğru tanı, takip ve tedavi çok önemlidir.

## Kaynaklar

1. Levin A, Ahmed SB, Carrero JJ, et al. Executive summary of the KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*. 2024.
2. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)*. 2024.
3. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Nat Rev Nephrol*. 2022.
4. Garimella PS, et al. Tubular Secretion of Creatinine and Risk of Kidney Failure. *American Journal of Kidney Diseases*. 2021.
5. Zhang X, et al. Tubular secretion of creatinine and kidney function: an observational study. *BMC Nephrology*. 2020.
6. Saha MK, Julian BA, Novak J, Rizk DV. Glomerular Hematuria and the Utility of Urine Microscopy. *American Journal of Kidney Diseases*. 2022.
7. KDOQI 2020 Nutrition in CKD guideline commentary. Protein restriction recommendations for non-dialysis CKD.
8. Kaimori JY, et al. Plant-Dominant Low-Protein Diets: A Promising Dietary Approach for Chronic Kidney Disease. *Nutrients*. 2025.
9. KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in CKD. *Kidney International*. 2022.
10. KDIGO 2022 Diabetes Guideline Quick Reference Guide. *KDIGO*. 2022.
11. Bhandari S, et al. Renin-Angiotensin System Inhibition in Advanced Chronic Kidney Disease. *New England Journal of Medicine*. 2022.

## İLAÇLARIN PREOPERATİF AKILCI KULLANIMI

Hikmet Öztop

### GİRİŞ VE AMAÇ

Preoperatif değerlendirme, cerrahi girişim öncesinde hastanın bireysel riskini belirlemek, bilinmeyen komorbiditelerini tanımlamak ve mevcut medikal durumu optimize etmek amacıyla yürütülen sistematik bir süreçtir. Bu süreçte ameliyat öncesi dönemde kronik ilaçların nasıl yönetileceği önem arz etmektedir.

Güncel verilere göre elektif cerrahi için yapılan rutin preoperatif testlerin yaklaşık %50'si klinik endikasyon olmaksızın istenmektedir. Benzer biçimde, perioperatif ilaç yönetimi de sıklıkla standart olmayan uygulamalarla şekillenmektedir. Sırasıyla diyabet ilaçları, antihipertansifler, kortikosteroidler, romatolojik ajanlar ve onkolojik ilaçlar olmak üzere sık kullanılan ilaç grupları için güncel preoperatif yönetim gözden geçirilmiştir.

### PREOPERATİF DEĞERLENDİRME VE CERRAHİ RİSK

Preoperatif hasta değerlendirmesi: kapsamlı anamnez (yaş, komorbiditeler, kullanılan ilaçlar, alerji öyküsü, kardiyopulmoner yakınmalar, geçirilmiş anestezi deneyimleri), fizik muayene (vital bulgular, antropometri, nutrisyon durumu) ve laboratuvar/görüntüleme tetkiklerini kapsamaktadır.

Perioperatif kardiyak komplikasyon riski üç düzeyde değerlendirilmektedir: (1) Yüksek risk (>%5): unstabil koroner sendromlar, dekompanse kalp yetmezliği, ciddi aritmiler, aortik/majör vasküler cerrahiler ve özofagus/pankreas cerrahileri; (2) Orta risk (%1-5): intraperitoneal girişimler, semptomatik karotid cerrahisi, majör ortopedik prosedürler; (3) Düşük risk (<%1): yüzeysel, meme, dental, göz ve tiroid cerrahileri olarak sınıflandırılmaktadır.

### DİYABET – PREOPERATİF GLİSEMİK YÖNETİM

Elektif cerrahide HbA1c eşiği belirleyici rol oynamaktadır: HbA1c <%8,5 kabul edilebilir; %8,5-9 arasında optimizasyon önerilir; ≥%9 ise elektif cerrahinin ertelenmesi için endikasyondur. Perioperatif kan şekerinin 140-180 mg/dL aralığında tutulması hedeflenmelidir.

2 saatten uzun majör cerrahi, postoperatif yoğun bakım gerektiren vakalar, Tip 1 diyabetes mellitus (DM), HbA1c>9 veya KŞ>180 ile kötü regüle DM, acil cerrahiler, diyabetik ketoasidoz (DKA) tablosunda olan hastalar ve total parenteral nutrisyon (TPN) tedavisi alan hastalarda insülin infüzyonu endikasyonu mevcuttur.

### Oral Antidiyabetiklerin Preoperatif Kesme Zamanları

| İlaç Grubu                    | Kesme Zamanı    | Gereğe / Not   |
|-------------------------------|-----------------|--|
| Metformin                     | 24-48 saat      | Kontrast/laktik asidoz riski; postop renal parametreler stabil ise 48 saat sonra başla |
| SGLT-2 İnhibitörleri          | 3-7 gün         | Öglisemik DKA riski  |
| Sülfanilüreler                | 24 saat         | Hipoglisemi riski; uzun etkililer daha riskli  |
| DPP-4 İnhibitörleri           | Ameliyat sabahı | Düşük riskli; devam edilebilir   |
| GLP-1 (günlük)                | Sabah dozu atla | Gastrik boşalmayı geciktirir → aspirasyon riski  |
| GLP-1/Dual Agonist (haftalık) | 1-2 hafta önce  | Yarı ömür ~5-7 gün; obezite dozunda 2 hafta önerilir                                   |

İnsülin yönetimi: Bazal insüline ameliyat gecesi/sabahı %50 dozda devam edilir. Bolus insülin ameliyat sabahı kesilir, oral alım açılınca başlanır. Premiks insülin kesilmeli, eşdeğer bazal dozun %50'si devam edilmeli, bolus insülin oral alım açılınca başlanmalıdır. Tip 1 DM'de kan şekeri normal olsa dahi insülin asla tamamen kesilmemelidir (0,5 Ü/saat idame).

### ANTİHIPERTANSİFLER – PREOPERATİF YÖNETİM

Genel prensip olarak çoğu antihipertansif ameliyat sabahı bir yudum suyla devam edilir. KB <180/110 mmHg ise elektif cerrahiye devam edilebilir; ≥180/110 mmHg ise erteleme değerlendirilmelidir; hipertansif acil durumda ise IV tedaviye geçilir.

| İlaç Grubu             | Karar                   | Gereğe   |
|------------------------|-------------------------|--|
| Beta Bloker            | Devam et                | Ani kesilirse rebound taşikardi ve miyokard iskemisi                     |
| Kalsiyum Kanal Blokeri | Devam et                | Güvenli; perioperatif kardiyoprotektif etki                              |
| Alfa-2 Agonist         | Devam et                | Kesilirse rebound hipertansiyon krizi riski                              |
| ACE İnhibitörü         | <b>24 saat önce kes</b> | İndüksiyonda hipotansiyon; kalp yetmezliği endikasyonunda bireysel karar |
| ARB                    | <b>24 saat önce kes</b> | ACE-İ ile aynı gereğe; postop 24-48 saat içinde başla                    |
| Tiyazid Diüretik       | <b>Kes (sabah)</b>      | Hipovolemi ve hipokalemi riski   |
| Aldosteron Antagonisti | <b>Kes</b>              | Hiperkalemi riski  |

## KORTİKOSTEROİDLER – ADRENAL SUPRESYON VE STRES DOZU

Kronik kortikosteroid kullanımı ( $\geq 3$  hafta,  $\geq 7,5$  mg/gün prednizolon eşdeğeri) adrenal supresyon yaratabilir. Bu nedenle steroid asla aniden kesilmemelidir. Operasyon günü sabah dozu verilmeli ve supresyon riskine göre ek stres dozu planlanmalıdır. İnhalasyon, topikal ve epidermal/intraartiküler steroidler klinik anlamlı sistemik supresyon yapmaz.

Stres dozu önerileri (hidrokortizon eşdeğeri): Minör cerrahi için ek doz gerekmez; orta büyüklükte cerrahide indüksiyonda 50 mg IV hidrokortizon eklenir; majör cerrahide ise 100 mg IV indüksiyonla başlanıp 8 saatte bir, 24 saat sürdürülür. Postoperatif dönemde oral tolerans sağlandıkça preoperatif doza hızla dönülmelidir.

## ROMATOLOJİK İLAÇLAR – PREOPERATİF YÖNETİM

Biyolojik ve hedefe yönelik sentetik hastalık modifiye edici ilaçların (DMARD) preoperatif yönetimi enfeksiyon ve yara iyileşmesi açısından kritik önem taşımaktadır. Genel prensip olarak elektif cerrahi, bir doz aralığının sonuna planlanmalıdır. Devam edilebilecek ilaçlar: Hidroksiklorokin, sülfasalazin, NSAII-COX2 selektif ajanlar, aspirin (kardiyak doz), inhale/topikal steroidler.

Kesilmesi gereken ajanlar: TNF- $\alpha$  blokörleri (1 doz aralığı), IL-6 blokörleri (1 doz aralığı), abatasept (4 hafta), rituksimab (4-6 ay), JAK inhibitörleri (3-7 gün), leflunomid (1-4 hafta), non-selektif NSAII (48-72 saat).

Metotreksat genel olarak devam edilebilir ancak majör cerrahide 1 hafta kesilmesi tartışmalıdır.

JAK inhibitörleri (tofositinib, baricitinib, upadacitinib, filgotinib) venöz tromboemboli (DVT/PE) riskini artırır; preoperatif tromboprolaksi planı gözden geçirilmelidir. Rituksimab alanlarda elektif cerrahi, son infüzyondan en az 4-6 ay sonra planlanmalı ve B hücre sayımı yapılmalıdır.

## ONKOLOJİK İLAÇLAR – PREOPERATİF YÖNETİM

Onkoloji hastalarında preoperatif ilaç yönetimi, yara iyileşmesi bozukluğu, enfeksiyon riski, kanama ve immün ilişkili yan etkiler açısından özellikli bir yaklaşım gerektirmektedir.

| İlaç / Grup   | Kesme Zamanı      | Uyarı / Not   |
|---|-------------------|---|
| Anti-PD1/PD-L1 (nivolumab, pembrolizumab, atezolizumab) | 2-4 hafta         | Aktif immünoterapi ilişkili advers olay varsa cerrahiye erteleyin; steroid gerektirebilir |
| İpilimumab (anti-CTLA-4)                                | 4-6 hafta         | Pnömonit, kolitis, hepatit riski  |
| TKİ (imatinib, erlotinib)                               | 24-48 saat        | Yara iyileşmesini bozar; postop $\geq 1$ hafta sonra başla                                |
| Anti-VEGFR TKİ (sunitinib, sorafenib)                   | 7-14 gün          | Kanama riskini artırır  |
| İbrutinib (BTK inhibitörü)                              | 3-7 gün           | Kanama riski; postop yara kapanınca başla   |
| Bevacizumab (anti-VEGF)                                 | 4-8 hafta         | En uzun bekleme; GI perforasyon/fistül riski, yarı ömür $\sim 20$ gün                     |
| Standart kemoterapi                                     | 21-28 gün (1 kür) | Mutlak nötrofil sayısı $>1500/\text{mm}^3$ ve trombosit $>75.000$ hedefi                  |
| CDK4/6 inh. (palbosiklib vb.)                           | 1 hafta           | Nötropeni takibi  |
| PARP inh. (olaparib vb.)                                | 3-5 gün           | Yara iyileşmesi ve hematolojik takip  |

## SONUÇ

Perioperatif ilaç yönetimi; kronik hastalık kontrolü, kanama/tromboz dengesi, yara iyileşmesi ve immün supresyon açısından birden fazla değişkeni eş zamanlı gözetmeyi gerektiren karmaşık bir klinik karar sürecidir. Standardize edilmiş protokollerin uygulanması, multidisipliner ekip iletişiminin güçlendirilmesi ve bireysel hasta riskinin gözetilmesi, perioperatif komplikasyon oranlarını anlamlı ölçüde azaltmaktadır.

Sonuç olarak; Kronik ilaç kesilme kararları ilaç grubuna ve cerrahinin büyüklüğüne göre kişiselleştirilmelidir. ACE inhibitörleri/ARB'ler ve belirli antidiyabetik ajanlar perioperatif dönemde ek risk yaratmaktadır. Onkoloji ve romatoloji hastalarında multidisipliner değerlendirme gereklidir. Kortikosteroid kullanan hastalarda adrenal supresyon değerlendirmesi mutlaka yapılmalıdır.

## ENJEKTE EDİLEN UMUT: İNKRETİN BAZLI TEDAVİ ALAN HASTALARIN EĞİTİMİ

Hülya Ek

Bursa, Uludağ Üniversitesi

**GİRİŞ-AMAÇ:** Günümüzde etkin glukoz ve kilo kontrolü sağlayan inkretin bazlı tedaviler geliştirilmiştir. İnkretinler pankreasta glukozu bağımlı insülin sekresyonunu artırırken, glukagon sekresyonunu baskılar. Enjeksiyon yoluyla uygulanan bu ilaçlar; beynin iştah merkezini etkileyerek açlık hissini bastırır, mide boşalma hızını yavaşlatarak tokluk süresini uzatır ve kan şekeri düzenleyerek tatlı krizlerinin önüne geçer. Genellikle obezite veya kiloya bağlı sağlık sorunları olan kişilerde uzman doktor kontrolünde kullanılan bu yöntem, sadece iştahı kapatmakla kalmaz, metabolizmanın daha dengeli çalışmasına yardımcı olarak kilo verme sürecini biyolojik düzeyde kolaylaştırır. Bu çalışmanın amacı; inkretin bazlı tedavi alan hastaların eğitimi ele alınmıştır.

**BULGULAR:** Obezite, küresel ölçekte önemli ölçüde morbidite ve mortaliteye yol açan kronik bir hastalıktır. İnkretin bazlı tedaviler, halihazırda mevcut ajanlara yeni bir alternatif sunmaktadır. İnkretinler tek başına uygulandığında kalıcı kilo kaybı sağlamaz. En etkili sonuçlar, bu tedavinin dengeli bir beslenme planı ve düzenli fiziksel aktivite ile desteklenmesiyle elde edilir. Doğru beslenme alışkanlıkları ve egzersiz, hem yağ kaybını artırır hem de kas kütlelerinin korunmasına yardımcı olur. Ayrıca, iğne tedavisiyle birlikte sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri benimsenirse verilen kiloların geri alınma riski de önemli ölçüde azalır. Tedavi sırasında protein ve lif açısından zengin beslenmek, hem metabolizmayı destekler hem de uzun süre tokluk sağlar. Ayrıca, uyku düzenine dikkat etmek ve stresi azaltıcı aktiviteler de kilo verme sürecini destekleyen önemli yaşam tarzı faktörleridir. Başarı için doğru enjeksiyon tekniği, beslenme eğitimi ve uzun vadeli takip şarttır. İnkretinler, belirli kriterleri karşılayan kişiler için uygun bir tedavi seçeneğidir. FDA'nın belirlediği standartlara göre, bu iğneleri kullanmaya uygun olan kişiler; Beden Kütle İndeksi (BKİ) 30 veya üzerinde olanlar, BKİ 27 veya üzerinde olup, obeziteye bağlı en az bir sağlık sorunu yaşayanlar, yaşam tarzı değişikliklerini denemiş ancak başarılı olamamış kişiler, üç ila altı ay içinde toplam vücut ağırlığının en az %5'ini kaybetmeyi başaramamış olanlardır. İlacın dozu ve kullanım süresi, hastanın yaşı, kilosunu, mevcut sağlık durumu, diğer hastalıkları ve kullandığı ilaçlar göz önünde bulundurularak belirlenir. Özellikle ergenlerde, hamilelerde, böbrek veya karaciğer sorunları olanlarda bu ilaçların kullanımının riskli doğurabilmektedir.

**SONUÇ ve TARTIŞMA:** Obezitede farmakolojik tedavi diyet ve yaşam tarzı değişikliği denemiş fakat başarılı olamamış hastalarda uygulanmaktadır. Farmakolojik tedavi diyete uyumu ve sürdürülebilirliği artırma amacı taşımaktadır. BKİ 30'un üzerinde olan yaşam tarzı değişikliğine uyum sağlayamamış hastalarla, BKİ'si 27'nin üzerinde olup obeziteye bağlı komorbiditelerin görüldüğü yaşam tarzı değişikliğine uyum sağlayamamış hastalarda kullanılabilir. Davranış değişikliği ve farmakolojik tedaviden beklenen sonucu alamayan hastalarda cerrahi söz konusu olabilir. Obezitenin tedavisinde diyet ve yaşam tarzı değişikliği esastır. Kliniklerde ve hastanelerde obezitenin tedavisinde mutlaka multidisipliner bir yaklaşım sergilenmelidir. Obez hastanın öyküsünün iyi alınması, ihtiyaçlarının doğru belirlenmesi; tedavi planının doğru oluşturulması açısından çok önemlidir. Yaşam tarzı değişikliğinin sağlanmasında da eğitimin rolünün büyük olduğu unutulmamalıdır.

### Kaynaklar

1. Tibaldi JM. *Incorporating Incretin-Based Therapies into Clinical Practice*. Advances in Therapy, 2014.
2. Gonzales K, Vella A. *Incretin-Based Therapy for the Management of Type 2 Diabetes*. 2021.
3. Farngren J, Ahrén B. *Incretin-based medications and hypoglycemia*. Metabolism, 2019.
4. Waldrop G et al. *Incretin-based therapy in type 2 diabetes*. Journal of Diabetes Complications, 2018.
5. Zhang Z et al. *Cardiovascular outcomes of incretin-based agents*. Cardiovascular Diabetology, 2017.
6. Chia CW, Egan JM. *Incretin-Based Therapies in Type 2 Diabetes Mellitus*. JCEM.
7. Zarei M et al. *Incretin-based therapy: a new horizon in diabetes management*. 2024.
8. T EMD KILAVUZU (2024).
9. Prof. Dr. Semra Erdoğan, Doç. Dr. Şeyda Özcan (2021). Diyabet Hemşireliği

## AKUT VE KRONİK LÖSEMİLERDE YENİLİKÇİ TEDAVİLER

İbrahim Ethem Pınar

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı

### Giriş

Lösemi tedavisi son yıllarda klasik sitotoksik kemoterapi ağırlıklı yaklaşımdan, hastalığın moleküler ve immünolojik özelliklerine göre şekillenen daha seçici tedavilere doğru belirgin biçimde evrilmiştir. Bu dönüşüm hem akut hem de kronik lösemilerde farklı hız ve biçimlerde ortaya çıkmış olsa da ortak amaç aynıdır: daha derin yanıt elde etmek, toksisiteyi azaltmak, yaşam kalitesini korumak ve mümkün olduğunda daha uzun sağkalım sağlamaktır. Özellikle akut miyeloid lösemi (AML), akut lenfoblastik lösemi (ALL), kronik lenfositik lösemi (KLL) ve kronik myeloid lösemi (KML) alanlarında hedefe yönelik ajanlar, monoklonal antikolar, antikor-ilaç konjugatları, bispesifik antikolar ve hücresel tedaviler tedavi paradigmasını yeniden şekillendirmiştir.

### 1. Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL) Tedavisinde Yenilikler

Akut lenfoblastik lösemi (ALL) tedavisinde klasik kemoterapi, özellikle çocuk hastalarda yüksek sağkalım oranları sağlamış olsa da, nüks eden veya yüksek riskli vakalar için yeni yaklaşımlar kritik bir ihtiyaç haline gelmiştir. Son 10-15 yılda genomik analizler ve immünoterapiler, ALL tedavi paradigmasını kökten değiştirmiştir. Philadelphia pozitif (Ph+) ve Ph-like ALL gibi alt tiplerde, tirozin kinaz inhibitörleri (TKI) standart tedaviye eklenerek sağkalımı anlamlı düzeyde artırmıştır. İmmünoterapi alanında ise CD19 hedefli blinatumomab (bispesifik antikor), CD22 hedefli inotuzumab ozogamisin (antikor-ilaç konjugatı) ve CD19 hedefli CAR-T hücre tedavileri, özellikle dirençli B-ALL hastalarında yüksek tam remisyon ve minimal rezidüel hastalık (MRD) negatifliği sağlamaktadır. Bu yenilikçi ajanların temel amacı, kemoterapi yükünü ve toksisiteyi azaltırken sağkalımı daha da iyileştirmektir.

### 2. Akut Miyeloid Lösemi (AML) Tedavisinde Hedefe Yönelik Yaklaşımlar

Akut miyeloid lösemi (AML) tedavisinde, uzun yıllar süren yoğun kemoterapi ve nakil odaklı dönemden, moleküler özelliklere göre kişiselleştirilmiş bir döneme geçilmiştir. FLT3 mutasyonlu hastalar için midostaurin ve gilteritinib gibi inhibitörlerin kullanımı sağkalım sonuçlarını iyileştirmiştir. IDH1/2 mutasyonlarına yönelik geliştirilen ivosidenib ve enasidenib gibi ilaçlar da klinik pratikte yerini almıştır. Özellikle yaşlı veya yoğun tedaviye uygun olmayan hastalar için BCL2 inhibitörü venetoklaks ile hipometile edici ajanların (HMA) kombinasyonu, yeni standart tedavi olarak kabul edilmektedir. Ayrıca CD33 hedefli gemtuzumab ozogamisin, uygun alt tiplerde kemoterapiyle birlikte kullanılmaktadır. AML'de tedavi artık "herkese aynı kemoterapi" yaklaşımından çıkıp, genetik risk profiline göre şekillenmektedir.

### 3. Kronik Lenfositik Lösemi (KLL) ve Kemoterapisiz Tedavi Dönemi

Kronik lenfositik lösemi (KLL) tedavisi son on yılda klasik kemoterapiden büyük ölçüde uzaklaşarak, tamamen hedefe yönelik ve genellikle ağızdan alınan ilaçlara yönelmiştir. Bu değişimde BTK inhibitörleri (ibrutinib, acalabrutinib, zanubrutinib) ve BCL2 inhibitörü venetoklaks merkezi bir rol oynamaktadır. Venetoklaksın anti-CD20 antikolarıyla kombinasyonu, hastalarda belirli bir süreliğine (sabit süreli) tedavi imkanı tanıyarak derin remisyonlar ve yüksek MRD negatifliği sağlamaktadır. Dirençli vakalarda ise non-kovalent BTK inhibitörleri (pirtobrutinib) ve CAR-T hücre tedavileri umut verici sonuçlar sunmaktadır. Güncel stratejiler, yan etkileri azaltmak ve hastaları ömür boyu ilaç kullanımından kurtararak "kemoterapisiz" bir tedavi modeline ulaştırmayı hedeflemektedir.

### 4. Kronik Myeloid Lösemi (KML) Tedavisinde TFR ve Yeni Nesil İnhibitörler

Kronik myeloid lösemi (KML) tedavisi, imatinib ile başlayan TKI devrimi sayesinde çoğu hastanın normal bir yaşam süresine ulaşmasını sağlamıştır. Günümüzdeki yenilikler, özellikle dirençli vakalarda kullanılan üçüncü nesil TKI'lar (ponatinib, olverembatinib) ve farklı bir mekanizmayla BCR-ABL1'in myristoyl cebine bağlanan ilk allosterik inhibitör olan asciminib üzerinde yoğunlaşmaktadır. Asciminib, T315I mutasyonu dahil birçok dirençli mutasyonda etkili olup, daha düşük yan etki profiliyle öne çıkmaktadır. KML'deki ana hedef, sadece hastalığı kontrol altında tutmak değil, aynı zamanda daha derin ve kalıcı moleküler yanıtlar elde ederek hastaların güvenle ilaçlarını bırakabileceği tedavisiz remisyon (TFR) oranlarını artırmaktır.

### Sonuç

Sonuç olarak akut ve kronik lösemilerde yenilikçi tedaviler, hastalık biyolojisini merkeze alan yeni bir dönemi temsil etmektedir. AML'de moleküler hedefli ajanlar ve düşük yoğunluklu etkili kombinasyonlar, ALL'de antikolar ve CAR-T temelli immünoterapiler, KLL'de kemoterapisiz sabit süreli hedefli tedaviler ve KML'de yeni nesil TKI'lar ile tedavisiz remisyon hedefi bu dönüşümün temel başlıklarıdır. Ortak eğilim, daha seçici, daha az toksik ve daha kişiselleştirilmiş tedavilere yönelimdir. Önümüzdeki dönemde bu ajanların akıllı kombinasyonları, MRD temelli karar süreçleri ve direnç

mekanizmalarını aşan yeni stratejiler lösemi tedavisinin ana eksenini oluşturmaya devam edecektir.

### Kaynakça

1. Acar, I., et al. (2023). Akut Miyeloid Lösemide FLT3 Mutasyonlarının Araştırılması: Hasta Sonuçları ve Tedavi Stratejileri Üzerine Tek Merkezli Gerçek Yaşam Verisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.
2. Aureli, A., et al. (2023). Acute Lymphoblastic Leukemia Immunotherapy Treatment: Now, Next, and Beyond. Cancers, 15.
3. Bennett, R., & Seymour, J. (2024). Update on the management of relapsed/refractory chronic lymphocytic leukemia. Blood Cancer Journal, 14.
4. Bruzzese, A., et al. (2025). Treatment-Free Remission in Chronic Myeloid Leukemia: Revisiting the "W" Questions. European Journal of Haematology, 115.
5. Cortes, J., & Lang, F. (2021). Third-line therapy for chronic myeloid leukemia: current status and future directions. Journal of Hematology & Oncology, 14.
6. Inaba, H., & Mullighan, C. (2020). Pediatric acute lymphoblastic leukemia. Haematologica, 105.
7. Kantarjian, H., et al. (2024). Current status and research directions in acute myeloid leukemia. Blood Cancer Journal, 14.
8. Patel, K., & Pagel, J. (2021). Current and future treatment strategies in chronic lymphocytic leukemia. Journal of Hematology & Oncology, 14.
9. Şahin, U., et al. (2022). Relaps/Refrakter Akut Lenfoblastik Lösemide İnotuzumab Ozogamisın Tedavisi Sonrası Allojenik Kök Hücre Nakli Sonuçları. LLM Dergi.
10. Winer, E., & Stone, R. (2019). Novel therapy in Acute myeloid leukemia (AML): moving toward targeted approaches. Therapeutic Advances in Hematology, 10.

## KAN GAZI DEĞERLENDİRMESİ

Mehmet Fethullah Aydın

Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Balıkesir, Türkiye

Kan gazı analizi, solunum fonksiyonlarını hızla değerlendirmek ve karmaşık asit-baz bozukluklarını belirlemek amacıyla kullanılan kritik bir tanı aracıdır. Ayrıca kan gazı analizi glukoz ve laktat gibi metabolik parametreler, K<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>, Ca<sup>2+</sup>, Cl<sup>-</sup> gibi bazı elektrolitler ve hemogloblin gibi değerler hakkında da bilgi verir.

Vücutta asit-baz dengesi; bikarbonat, fosfat ve protein tamponlama sistemlerinin yanı sıra, akciğerlerin CO<sub>2</sub> eliminasyonu ve böbreklerin H<sup>+</sup> atılımı ile HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> üretimi sayesinde hassas bir dengede tutulur. Bu denge bozulduğunda, karmaşık tabloları doğru yönetebilmek için sistematik 5 adımlı bir yaklaşım uygulanmalıdır.

### Adım 1: pH değerlendirmesi

Öncelikle pH değeri incelenerek asidemi / alkalemi değerlendirmesi yapılır.

Asidemi → pH <7.35

Normal pH = 7.35 – 7.45

Alkalemi → pH >7.45

Normal bir pH, zıt yönde çalışan birden fazla sürecin aynı anda gerçekleştiğini de gösterebilir.

### Adım 2: Primer bozukluğun tespiti

pH ile pCO<sub>2</sub> ve HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> değerleri arasındaki ilişki değerlendirilerek primer bozukluğun solunumsal mı yoksa metabolik mi olduğu saptanır.

pH <7.35 ve HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> <22 → metabolik asidoz

pH <7.35 ve CO<sub>2</sub> >45 → solunumsal asidoz

pH >7.45 ve HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> >26 → metabolik alkaloz

pH >7.45 ve CO<sub>2</sub> <35 → solunumsal alkaloz

### Adım 3: Primer bozukluk nedeninin değerlendirilmesi

Metabolik asidozda anyon açığı (AG) hesaplanması, tanısal sürecin en kritik noktalarından biridir.

$$\text{Anyon Açığı (AG)} = [\text{Na}^+] - ([\text{Cl}^-] + [\text{HCO}_3^-])$$

Normalde vücut sıvıları her zaman elektriksel olarak nötrdür. Katyonlar ile anyonlar eşittir. Rutin testlerde tüm iyonlar ölçülemediği için anyon açığı ortaya çıkar. Normal anyon açığı 8-16'dır. Normal anyon açıklı metabolik asidozda (NAGMA) genellikle bikarbonat kaybı veya klorür fazlalığı görülür. Yüksek anyon açıklı metabolik asidozda (HAGMA) anyon açığı >16'dır ve toksinler, laktat, ketoasidoz veya renal yetmezlik gibi durumlar nedeniyle meydana gelir.

| NAGMA Nedenleri  | HAGMA Nedenleri   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal kayıplar (Diyare, ince barsak fistülü)<br><input type="checkbox"/> Üriner fistüller (Üreterosigmoidostomi, ileal loop)<br><input type="checkbox"/> Karbonik anhidraz inhibitörü<br><input type="checkbox"/> Renal tübüler asidozlar<br><input type="checkbox"/> Yüksek volümlü %0.9 NaCl infüzyonu | <input type="checkbox"/> Glikoller (Etilen glikol, propilen glikol)<br><input type="checkbox"/> Oksoprolin (Kronik asetaminofen kullanımı)<br><input type="checkbox"/> L-laktat (Tip A / B laktik asidoz)<br><input type="checkbox"/> D-laktat (Kısa bağırsak sendromu, bakteriyel aşırı çoğalma)<br><input type="checkbox"/> Metanol (Sahte alkol intoksikasyonu)<br><input type="checkbox"/> Aspirin (Salisilat intoksikasyonu)<br><input type="checkbox"/> Renal yetmezlik (Üremi, genellikle eGFR <15)<br><input type="checkbox"/> Ketoasidoz (Diyabetik, alkolik, açlık) |

| Metabolik Alkaloz Nedenleri  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Hipovolemi<br><input type="checkbox"/> Aşırı alkali (antiasitler), laksatif veya meyan kökü tüketimi<br><input type="checkbox"/> Gastrointestinal kayıplar (Kusma, klor kaybettiren enteropati)<br><input type="checkbox"/> Kistik fibrozis<br><input type="checkbox"/> Endokrin nedenler (Conn sendromu, cushing sendromu)<br><input type="checkbox"/> Renal nedenler (Bartter sendromu)<br><input type="checkbox"/> Diüretikler<br><input type="checkbox"/> Renal arter stenozu<br><input type="checkbox"/> Post-hiperkapni |

| Solunumsal Asidoz Nedenleri   | Solunumsal Alkaloz Nedenleri  |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> MSS depresyonu (Kafa travması, inme, ilaçlar)<br><input type="checkbox"/> Solunum depresyonu (Miyopati, spinal kord hasarı, ilaçlar)<br><input type="checkbox"/> Üst hava yolu obstrüksiyonu<br><input type="checkbox"/> Akciğer kaynaklı solunum yetmezliği (Pnömoni, pnömotoraks, ödem, bronşiyal obstrüksiyon)<br><input type="checkbox"/> Ağrı, göğüs duvarı deformitesi, artmış intraabdominal basınç | <input type="checkbox"/> MSS hastalıkları (inme, kanama, psikojenik)<br><input type="checkbox"/> Hipoksi (Pnömoni, pulmoner emboli, astım, yüksek rakım)<br><input type="checkbox"/> Mekanik veya aşırı ventilasyon<br><input type="checkbox"/> Anksiyete, ağrı<br><input type="checkbox"/> Progesteron<br><input type="checkbox"/> Gebelik<br><input type="checkbox"/> Salisilatlar<br><input type="checkbox"/> Sepsis |

- Adım 4:** Sekonder süreçlerin ve kompensasyonun yeterliliği analiz edilmelidir. Metabolik süreçlerin solunumsal kompensasyonu 30 dakika içinde başlar, hızlı akciğer yanıtı ile maksimum etki 12-24 saatte elde edilir. Solunumsal süreçlerin metabolik kompensasyonu 5-10 dakika içinde hücresel tamponlama sistemleri ile başlar, yavaş renal yanıt ile maksimum etki 3-5 günde elde edilir. Eğer beklenen kompensasyon gerçekleşmiyorsa, eşzamanlı ikinci bir asit-baz bozukluğu vardır. Metabolik süreçlerde beklenen pCO<sub>2</sub> ve delta oranı hesaplanarak kompensasyon ve sekonder süreçler değerlendirilir.

Metabolik Asidoz Kompansasyonunda Beklenen  $pCO_2 = (1.5 \times [HCO_3^-]) + 8 \pm 2$

Metabolik Alkaloz Kompansasyonunda Beklenen  $pCO_2 = (0.7 \times [HCO_3^-]) + 20 \pm 5$

Delta oranı, metabolik asidozun tek bir süreçten mi yoksa karma bir asit-baz bozukluğundan mı kaynaklandığını değerlendirmek için kullanılır. Anyon gap değişiminin ( $\Delta AG$ )  $HCO_3^-$ 'teki beklenen değişim ( $\Delta HCO_3^-$ ) ile orantılı olup olmadığını yansıtır. Oran çok yüksekse  $HCO_3^-$  beklenenden yüksektir ve gizli bir alkaloz varlığını düşündürür. Solunumsal süreçlerinde kompansasyon için beklenen  $HCO_3^-$  değişimlerini tahmin etmek için 1-2-3-4-5 kuralı kullanılabilir.

#### 1-2-3-4-5 kuralı:

Normal  $pCO_2$ 'deki (40 mmHg) her 10 mmHg'lik değişim için normal  $HCO_3^-$ 'te (24 mmol/L) beklenen değişim;

- Akut solunumsal asidozda 1 mmol/L artış
- Akut solunumsal alkalozda 2 mmol/L azalış
- Kronik solunumsal asidozda 4 mmol/L artış
- Kronik solunumsal alkalozda 5 mmol/L azalış

- Adım 5:** Son aşamada ise ölçümlerin düzeltilmesi yapılır. Özellikle albümin bir anyon olduğu için, hipoalbüminemik hastalarda anyon açığı olduğunda düşük saptanabilir ve bu durum yüksek anyon açığını gizleyebilir.

$$\text{Düzeltilmiş Anyon Gap} = \text{Anyon Gap} + 0.25 \times (40 - \text{Albümin})$$

Osmolar açık düzeltilmesi de toksik alkollerin (etanol, metanol, etilen glikol) tespiti için kullanılır. Ölçülen ile hesaplanan arasındaki fark  $>10$  ise anormaldir.

$$\text{Hesaplanan Osmolarite} = (2 \times [Na^+] + \text{Üre} + \text{Glukoz} + (1.25 \times \text{EtOH}))$$

## TIBBİ CİHAZ İLİŞKİLİ BASINÇ YARALANMALARI

Öznur Erbay Dallı

Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bursa

Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) kullanılan ileri tıbbi teknolojiler, yaşamı sürdürme ve bakım kalitesini artırmada önemli katkılar sağlarken, beraberinde çoğu zaman göz ardı edilen bir komplikasyonu da gündeme getirmektedir: tıbbi cihaz ilişkili basınç yaralanmaları (TCBY). Bu yaralanmalar, klasik basınç yaralarından farklı olarak, tanı ve tedavi amacıyla kullanılan cihazların oluşturduğu sürekli basınç ve sürtünme etkisiyle gelişmekte, sıklıkla cihazın geometrik yapısını yansıtan lezyonlar şeklinde ortaya çıkmakta ve yalnızca deriyle sınırlı kalmayıp mukozal dokuları da etkileyebilmektedir (Delmore & Ayello, 2017; Erbay Dallı ve ark., 2022).

Literatürde, hastane kaynaklı basınç yaralarının önemli bir kısmının TCBY'den oluştuğu ve bu oranların %30'un üzerine çıkabildiği bildirilmektedir (Erbay ve ark., 2019). Özellikle yoğun bakım hastaları; çoklu cihaz kullanımı, immobilitate, sedasyon, inotrop tedavi ve ödem gibi faktörler nedeniyle yüksek risk altındadır (Erbay Dallı ve ark., 2022). Çalışmalarda TCBY insidansının oldukça geniş bir aralıkta (%0.9-41.2) değiştiği, prevalansın ise bazı durumlarda daha yüksek oranlara ulaşabildiği görülmektedir (Barakat-Johnson ve ark., 2019). COVID-19 pandemisi sürecinde, özellikle pron pozisyonda uzun süre mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda bu yaralanmaların daha sık gözlemlendiği dikkat çekmektedir (Gefen ve ark., 2022).

TCBY gelişiminin temelinde, cihazların oluşturduğu lokalize basınç, sürtünme ve doku deformasyonu yer almaktadır. Bu mekanizmalar mikrosirkülasyonu bozarak hücresel hasara ve doku nekrozuna neden olur (Gefen ve ark., 2022). Bununla birlikte cihazın yapısal özellikleri, sabitleme yöntemi ve hastaya ait bireysel faktörler (yaş, komorbiditeler, doku toleransı, perfüzyon durumu ve mikroiklim gibi) risk düzeyini belirgin şekilde etkilemektedir (Çakar & Karadağ, 2024). Klinik olarak en sık etkilenen bölgeler; yüz, kulaklar, burun köprüsü, dudak çevresi, oksipital bölge ve topuklar olup, özellikle endotrakeal tüpler, nazogastrik sondalar ve non-invaziv ventilasyon maskeleri önemli risk kaynakları arasında yer almaktadır (Levine ve ark., 2021; Erbay Dallı ve ark., 2022). Bu yaralanmalar yalnızca lokal doku hasarı ile sınırlı kalmayıp; enfeksiyon gelişimi, ağrı, hastanede kalış süresinde uzama ve sağlık bakım maliyetlerinde artış gibi ciddi sonuçlara yol açabilmektedir (Erbay ve ark., 2019). Özellikle mukozal dokularda gelişen lezyonların evrelendirilememesi, klinik izlem ve değerlendirme süreçlerini daha da karmaşık hale getirmektedir (Delmore & Ayello, 2017). Öte yandan, bu yaralanmaların önlenmesi klasik basınç yaralarına kıyasla daha güçtür çünkü sorumlu olan cihazlar çoğu zaman yaşamı sürdürücü tedavinin vazgeçilmez bileşenleridir (Gefen ve ark., 2022).

Etkili bir önleme yaklaşımının temelini erken ve doğru risk değerlendirmesi oluşturur (Erbay ve ark., 2019). Ancak mevcut risk değerlendirme araçlarının çoğu, cihaz kullanımına özgü riskleri yeterince kapsayamamaktadır. Bu nedenle, cihaz temelli risklerin sistematik olarak değerlendirilmesi ve izlenmesi büyük önem taşımaktadır. Önleme stratejileri arasında; cihaz ile deri arasına koruyucu materyallerin yerleştirilmesi, cihazların düzenli aralıklarla yeniden konumlandırılması, uygun sabitleme tekniklerinin kullanılması, cilt bütünlüğünün yakından izlenmesi ve cihaz seçiminin hastaya özgü yapılması yer almaktadır. Ayrıca kurumsal düzeyde geliştirilen protokoller ve eğitim programları, bakım kalitesini artırmada kritik rol oynamaktadır (Gefen ve ark., 2022; Black & Kalowes, 2016). Nitekim yoğun bakım hemşirelerine yönelik gerçekleştirilen eğitim programlarının, hem bilgi düzeyini hem de önleyici bakım uygulamalarını anlamlı şekilde iyileştirdiği, buna paralel olarak TCBY prevalansında belirgin azalma sağladığı gösterilmiştir (Erbay Dallı & Kelebek Girgin, 2024). Bu bulgular, farkındalık ve eğitim temelli girişimlerin klinik sonuçlara doğrudan yansıdığını ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, TCBY'ler modern yoğun bakım pratiğinin önemli ancak çoğu zaman geri planda kalan bir sorundur. Bununla birlikte büyük ölçüde önlenemez olmaları, bu alana yönelik farkındalık, sistematik izlem ve kanıta dayalı uygulamaların önemini artırmaktadır. TCBY'nin klasik basınç yaralarından ayrı bir klinik durum olarak ele alınması, multidisipliner yaklaşımların benimsenmesi ve kurumsal stratejilerin güçlendirilmesi ile bu görünmeyen riskin yönetilmesi mümkün olacaktır.

### Kaynaklar

Barakat-Johnson, M., Lai, M., Wand, T., Li, M., White, K., & Coyer, F. (2019). The incidence and prevalence of medical device-related pressure ulcers in intensive care: a systematic review. *Journal of Wound Care*, 28(8), 512–521. <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.8.512>

Black, J. M., & Kalowes, P. (2016). Medical device-related pressure ulcers. *Chronic Wound Care Management and Research*, 3, 91–99. <https://doi.org/10.2147/CWCMR.S82370>

Çakar, V., & Karadağ, A. (2024). Best Practices in Medical Device-Related Pressure Injuries. *Journal of Education and Research in Nursing*, 21(4), 350–356. <https://doi.org/10.14744/jern.2024.79158>

Delmore, B. A., & Ayello, E. A. (2017). CE: Pressure Injuries Caused by Medical Devices and Other Objects: A Clinical Update. *The American Journal of Nursing*, 117(12), 36–45. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000527460.93222.31>

Erbay, Ö., Ceylan, İ., & Kelebek Girgin, N. (2019). İhmal edilen bir alan: Tıbbi cihaza bağlı oluşan basınç yaraları. *Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology & Reanimation*, 17(3), 96–102. <https://doi.org/10.5336/anesthe.2019-71429>



Erbay Dalli, Ö., Ceylan, İ., & Kelebek Girgin, N. (2022). Incidence, characteristics and risk factors of medical device-related pressure injuries: An observational cohort study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 69, 103180. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103180>

Erbay Dalli, Ö., & Kelebek Girgin, N. (2024). Medical Device-Related Pressure Injury Care and Prevention Training Program (DevICeU): Effects on intensive care nurses' knowledge, prevention performance and point prevalence. *Intensive & Critical Care Nursing*, 82, 103622. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103622>

Gefen, A., Alves, P., Ciprandi, G., Coyer, F., Milne, C. T., Ousey, K., Ohura, N., Waters, N., Worsley, P., Black, J., Barakat-Johnson, M., Beeckman, D., Fletcher, J., Kirkland-Kyhn, H., Lahmann, N. A., Moore, Z., Payan, Y., & Schlüer, A. B. (2022). Device-related pressure ulcers: SECURE prevention. Second edition. *Journal of Wound Care*, 31(Sup3a), S1-S72. <https://doi.org/10.12968/jowc.2022.31.Sup3a.S1>

Levine, J. M., Ayello, E. A., Persaud, B., & Spinner, R. (2021). Medical Device-Related Pressure Injury to the Ear from a Mask. *Advances in Skin & Wound Care*, 34(7), 380-383. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000752712.31139.c0>

## CERRAHİ HASTASINDA HEMATOLOJİK SORUNLAR: PREOPERATİF DEĞERLENDİRME VE PERİOPERATİF YÖNETİM

Tuba Güllü Koca

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Bilim Dalı, Bursa, Türkiye

### AMAÇ

Cerrahi hastasındaki hematolojik sorunlar, perioperatif komplikasyonların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır; yetersiz değerlendirme hem hayatı tehdit eden kanamaya hem de önlenebilir tromboembolik olaylara yol açabilmektedir. Bu sunumun amacı; preoperatif kanama ve tromboembolizm riskinin sistematik değerlendirilmesini, trombositopeni, koagülopati ve antikoagülan kullanan hastalarda kanıta dayalı perioperatif yönetim algoritmalarını gerçek klinik vakalar üzerinden aktarmak ve güncel kılavuz önerilerini uygulamaya taşımaktır.

### YÖNTEM VE SUNUM YAPISI

Sunum, ASH Hematology (Green & Carpenter, 2022) ve kadın sağlığı hematoloji konsültasyonu (Skeith ve ark., 2022) kaynak bölümlerine, BRIDGE Çalışması (Douketis ve ark., NEJM 2015), PAUSE Çalışması (Douketis ve ark., JAMA 2019), TRICC ve TRISS çalışmalarına, ASH 2019 ITP Kılavuzu, ASH 2018 VTE Kılavuzu ve SOAP 2021 Nöroaksiyel Anestezi Uzlaşma Bildirisi'ne dayandırılmıştır. Üç klinik vaka — preoperatif trombositopenik hasta, uzamış INR/aPTT'li hasta ve NOAK kullanan hasta — üzerinden tanınan iş akımları ve konsültasyon kararları sunulmuştur.

### BULGULAR VE TARTIŞMA

#### 1. Perioperatif Kanama ve Tromboembolizm Risk Değerlendirmesi

Perioperatif kanama riski cerrahi ve konakçıya bağlı faktörlerin birlikte değerlendirilmesini gerektirir. Odaklanmış kanama yüküsü, rutin laboratuvar testlerinden daha güçlü bir öngörüdür. ASH Choosing Wisely kampanyası, kanama yüküsü veya fizik muayene bulgusu bulunmayan hastalarda rutin preoperatif hemostaz testlerini (PT, aPTT, kanama zamanı) önermemektedir. Tromboembolizm risk sınıflamasında yüksek riskli grup (mekanik mitral kapak, son 3 ay VTE/inme, APLS, antitrombin/protein C/S eksikliği); orta riskli grup (AF CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc 5-6, son 3-12 ay VTE, heterozigot FVL mutasyonu); düşük riskli grup ise remote VTE veya düşük skorlu AF hastalarından oluşur.

#### 2. Trombositopeni — Olgu 1: Preoperatif ITP

67 yaşında, kolon rezeksiyonu planlanan erkek hastada otoanaliz ile PLT 68.000/mm<sup>3</sup> saptanmıştır. Periferik yaymada iri trombositler gözlenmiş, gerçek trombosit sayısı ~80.000/mm<sup>3</sup> olarak değerlendirilmiştir. Sistosit ve displazi bulgusu bulunmayan, kronik stabil ITP ile uyumlu olan bu hastada periferik yaymanın PSÖDOTROMBOSİTOPENİ ve gerçek PLT değerinin belirlenmesindeki kritik rolü vurgulanmıştır. PLT eşik değerleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir:

| Cerrahi Tipi / Prosedür           | PLT Hedefi (×10 <sup>9</sup> /L) | Kanıt Düzeyi |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------|
| Minör — dental, deri prosedürleri | ≥50                              | Uzman görüşü |
| Orta-büyük genel cerrahi          | ≥80                              | Uzman görüşü |
| Majör abdominal / kolon cerrahisi | <b>≥80-100</b>                   | Uzman görüşü |
| Nörocerrahi / Oftalmoloji         | ≥100                             | Uzman görüşü |
| Spinal / Epidural anestezi        | ≥50-70                           | SOAP 2021    |

Tablo 1. Cerrahi tipine göre perioperatif PLT hedef değerleri.

Kolon rezeksiyonu için PLT hedefi ≥80-100 × 10<sup>9</sup>/L olup sınır değerdeki olgumuzda aktif kanama yokluğu, stabil seyir ve periferik yayma ile doğrulanan PLT düzeyi göz önüne alınarak steroid/IVIG başlanmamış; cerrahi ekip ile yakın kanama takibi protokolü planlanmıştır. ASH 2019 ITP kılavuzu, PLT <30 × 10<sup>9</sup>/L veya klinik kanama olmaksızın tedavi başlanmasını önermemektedir.

#### 3. Koagülopati — Olgu 2: Uzamış INR/aPTT

55 yaşında, TAH/BSO planlanan kadın hastada ilaç kullanımı olmaksızın aPTT 52 sn, INR 1,9 saptanmıştır. İzole uzamış aPTT'de tanınan algoritma şöyledir: Önce lupus antikoagülanı (LA) değerlendirilir. LA pozitif ve kanama yüküsü yoksa bu bulgu in vitro etkiyi yansıtır; gerçek hemostaz bozukluğuna işaret etmez ve cerrahi güvenle planlanabilir. LA negatifse faktör VIII, IX, XI ve XII düzeyleri ölçülmeli, elektif cerrahi etiyoloji netleşene dek ertelenmelidir. Hem PT hem aPTT uzaması söz konusu olduğunda K vitamini eksikliği, karaciğer hastalığı ve vWH ayırıcı tanıda yer almalıdır. INR <2 olgusunda profilaktik TDP'nin kanama azaltıcı etkisi randomize çalışmalarda gösterilememiştir.

#### 4. Antikoagülan Yönetimi — Olgu 3: NOAK Kullanan Hasta

72 yaşında, DVT yüküsü nedeniyle apiksaban 5 mg 2×1 kullanan erkek hastada total kalça protezi planlanmıştır. Kreatinin klirensi ≥80 mL/dk olduğundan operasyondan ≥48 saat önce apiksaban kesilmiştir. BRIDGE Çalışması (NEJM 2015) ve PAUSE Çalışması (JAMA 2019), AF ve VTE hastalarında köprüsüz stratejinin tromboembolizm açısından noninferior olduğunu, buna karşın majör kanama riskini belirgin azalttığını ortaya koymuştur. Bu nedenle terapötik doz DMAH ile köprüleme önerilmemiştir. Warfarin kullanan hastalarda standart yaklaşım cerrahiden 5 gün önce ilacın kesilmesidir.

Yüksek tromboembolik riskte (mekanik mitral kapak, son 3 ay VTE/inme) terapötik doz DMAH veya UFH ile köprüleme yapılmalı; düşük ve pek çok orta risk olgusunda bridging uygulanmamalıdır.

### 5. Perioperatif Anemi ve Transfüzyon Eşikleri

TRICC çalışması YBÜ hastalarında Hgb eşliğinin >7 g/dL olmasının kısıtlayıcı transfüzyon stratejisine denk veya daha güvenli olduğunu göstermiştir. TRISS çalışması septik şokta 7 g/dL eşliğinin 9 g/dL'ye noninferior olduğunu ortaya koymuştur. AABB kılavuzu hemodinamik olarak stabil, aktif kanaması olmayan hastalarda 7-8 g/dL eşliğini önermektedir. Akut koroner sendromda kanıt sınırlı olmakla birlikte uzmanlar Hgb <8 g/dL'de transfüzyon önermektedir. ASH Choosing Wisely; semptom giderecek ya da güvenli Hgb bandına ulaştıracak en küçük etkili dozu transfüze etmeyi, her transfüzyondan sonra yeniden değerlendirmeyi önermektedir.

### 6. Postoperatif VTE Profilaksisi

ACCP kılavuzu Caprini ve Rogers skorlarını esas alarak VTE riskini dört kategoriye ayırmaktadır: çok düşük (<0,5% — erken mobilizasyon), düşük (~1,5% — mekanik profilaksi), orta (~3% — farmakolojik veya mekanik) ve yüksek (~6% — kombinasyon). Majör ortopedik cerrahide farmakolojik profilaksi en az 10-14 gün sürdürülmeli, gerektiğinde 35 güne uzatılabilir. Aktif kanama veya nörocerrahi varlığında mekanik profilaksi önce başlanmalı, hemostaz sağlanınca farmakolojiye geçilmelidir. Böbrek yetersizliği durumunda ajan seçimi önem kazanmakta; apikasaban son evre böbrek hastalığında farmakokinetik veriyeye dayalı olarak kullanılabilirken klinik outcomes kanıtı henüz sınırlıdır.

### SONUÇ

Perioperatif hematolojik değerlendirme, olası komplikasyonların öngörülmesi ve önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bu sunumda aktarılan beş temel ilke şöyle özetlenebilir:

1. Odaklanmış kanama öyküsü, rutin preoperatif hemostaz testlerinden üstündür; asemptomatik hastalarda rutin tarama önerilmemektedir (ASH Choosing Wisely).
2. PLT eşik değerleri cerrahi tipine göre farklılık göstermekte olup nörocerrahi/oftalmoloji için  $\geq 100$ , majör abdominal cerrahi için  $\geq 80-100$ , spinal/epidural anestezi için  $\geq 50-70 \times 10^9/L$  hedeflenmektedir.
3. İzole uzamış aPTT'de lupus antikoagülanı önce değerlendirilmeli; LA pozitif ve kanama öyküsü yoksa cerrahi güvenle planlanabilir.
4. NOAK ve warfarin kullanan hastalarda rutin köprü antikoagülasyon artık önerilmemekte; BRIDGE ve PAUSE çalışmaları köprüsüz stratejinin etkinlik ve güvenlik üstünlüğünü ortaya koymuştur.
5. Perioperatif transfüzyon kısıtlayıcı strateji ile yönetilmeli; YBÜ ve postoperatif çoğu hastada Hgb <7-8 g/dL eşığı esas alınmalıdır.

Hematoloji konsültanının rolü doğru soruyu sormak, özgün ve uygulanabilir önerilerde bulunmak ve multidisipliner ekipte etkin koordinasyonu sağlamaktır.

### TEMEL KAYNAKLAR

1. Green JR, Carpenter SL. Consultative hematology 1: hospital-based and selected outpatient topics. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2022;2022(1):34-63.
2. Douketis JD, Spyropoulos AC, Duncan J, et al. Perioperative management of patients with atrial fibrillation receiving a direct oral anticoagulant. JAMA Intern Med. 2019;179(11):1469-1478. [PAUSE Study]
3. Douketis JD, Spyropoulos AC, Spencer FA, et al. Perioperative management of antithrombotic therapy (BRIDGE Trial). N Engl J Med. 2015;373:823-833.
4. Carson JL, Guyatt G, Heddle NM, et al. Clinical practice guidelines from the AABB: red blood cell transfusion thresholds and storage. JAMA. 2016;316(19):2025-2035.
5. Neunert C, Terrell DR, Arnold DM, et al. ASH 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. Blood Adv. 2019;3(23):3829-3866.
6. Bauer M, Arendt K, Beilin Y, et al. SOAP Interdisciplinary Consensus Statement on Neuraxial Procedures in Obstetric Patients With Thrombocytopenia. IARS; 2021.
7. Cuker A, Arepally GM, Chong BH, et al. ASH 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: heparin-induced thrombocytopenia. Blood Adv. 2018;2(22):3360-3392.

**Anahtar Kelimeler:** perioperatif hemostaz, trombositopeni, koagülopati, antikoagülan yönetimi, VTE profilaksisi, transfüzyon eşığı

## ANKSİYETE TEDAVİSİNDE UÇUCU YAĞLAR (Aromaterapi)

Vildan Özkocaman

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Bursa

Anksiyete kişinin fiziksel ve fizyolojik olarak kendini tehdit altında hissettiğinde stres oluşturan faktörlere karşı gösterdiği reaksiyondur. İçsel tehditlere karşı bilinç dışı gelişen endişe, korku, gerginlik, huzursuzluk gibi tetikte olmayı sağlayan zihinsel rahatsızlıktır (Öz, 2010). Anksiyete için 1980'lerden bu yana 1500'e yakın ilaç içeren 10000'den fazla hayvan çalışması yapılmıştır. Bu çalışmalar tatmin edici sonuçlar vermemiş, bağımlılık, istenmeyen ilaç reaksiyonları gibi kötü sonuçları değiştirmemiştir. Anksiyete tedavisinde güvenli ve etkili tedavilere ihtiyaç vardır. Avrupa'da anksiyeteyi tedavi etmek için uzun yıllardır uçucu yağlar kullanılmaktadır. Uçucu yağlar kimyasal ve biyolojik özelliklerinden dolayı anksiyetede tedavilerin geliştirilmesine yol açmıştır (Cui vd., 2022).

**Aromaterapi;** aromatik bitkilerden elde edilen uçucu yağların ruhsal, duygusal ve fiziksel sağlığı tedavi etmek ve desteklemek amacıyla kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemidir. Sağlığı ve refahı destekleyen doğal ürünlere ilgi son yıllarda katlanarak artmaktadır. Uçucu yağların sedatif ve anksiyolitik etkilerine odaklanan çalışmalar hızla artmaktadır. Aromaterapinin basit, erişilebilir, düşük riskli ve uygun maliyetli olması tercih edilmesine yol açmaktadır. Eski çağlardan günümüze kadar geleneksel olarak önemli farmakolojik özelliklere sahip doğal uçucu yağlar anksiyete tedavisinde yaygın ve etkili bir şekilde kullanılmaktadır. Uçucu yağlar, aromatik bitkilerden buhar distilasyonu veya sıkma yöntemi ile elde edilen uçucu bileşiklerdir. Bitkilerin yaprakları, çiçekleri, tohumları, kabukları, kökleri ve reçineleri gibi kısımlarından elde edilir (Başer ve Kırımer 2022).

Bu derlemenin amacı güncel literatür verileri eşliğinde aromatik uçucu yağların anksiyete üzerindeki etkisini, bilimsel dayanağını kanıtlarıyla araştırmaktır. Bu derleme duygu durum bozukluklarının tedavisinde kullanılabilecek uçucu yağları ve bu konudaki bilimsel çalışmaları değerlendirmektedir

Anksiyeteyi tedavi etmek için uçucu yağlar Avrupa'da uzun yıllardır kullanılmaktadır. Uçucu yağların biyolojik ve kimyasal özellikleri anksiyete için tedavilerin geliştirilmesine yol açmıştır. İnhalasyon aromaterapisi en yaygın ve en etkili uygulama yöntemidir (Cui vd., 2022).

Yaklaşık 17500 bitki aromatik bir kokuya sahiptir. Örneğin Mentha x piperita L. nane yağı ağrıyı ve kaygıyı hafifletmek için beyindeki endojen opioid yollarını değiştirebilir. Spielberger ve arkadaşları anksiyeteyi durumluk ve sürekli diye 2'ye ayırır. Biri durumluk anksiyetesidir ve kişinin anlık yaşadığı sıkıntılarını anlatır, diğeri ise sürekli anksiyetedir ve nedeni olmaksızın kişinin anksiyeteye yatkınlığını ifade etmektedir (Uyar ve Akın Korhan, 2011).

Anksiyete'nin düzeyini risk faktörleri belirlemektedir. Anksiyete risk faktörleri aşağıda verilmiştir (Ünal vd., 2002).

- Genetik etmenler
- Biyolojik etmenler
- Psikodinamik etmenler (yetersizlikler, bilinç dışı çatışmalar)
- Çevresel değişiklikler (göç, afetler vb.)
- Ailesel etmenler
- Benlik kavramını tehdit eden durumlar
- Karşılanmamış gereksinimler
- Durumsal değişiklik (askerlik, medeni durumda değişiklik)
- Sağlık durumu (Fiziksel hastalık, hiperaktivite, dikkat eksikliği v.b)
- Sosyoekonomik değişiklikler (İş ile ilgili durumlar)
- Stresli yaşam
- Çocukluk yaşantıları
- Kişilik (depresif, çekingen)
- Anksiyetenin bulaşıcı olması (psikolojik)
- Madde bağımlılığı
- Yaş, cinsiyet, ırk ve kültür gibi değiştirilemeyen durumlarda

Ek olarak, bir hastalıkta, girişimsel bir durumda veya ameliyat öncesi hastanın anksiyete seviyeleri artmaktadır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halinde değişiklikler olmaktadır. Ameliyat öncesi anksiyeteye bağlı uyku bozukluğu görülebilirken, ameliyat sonrası anksiyeteye bağlı beslenme bozukluğu görülebilmektedir (Nayır, 2012).

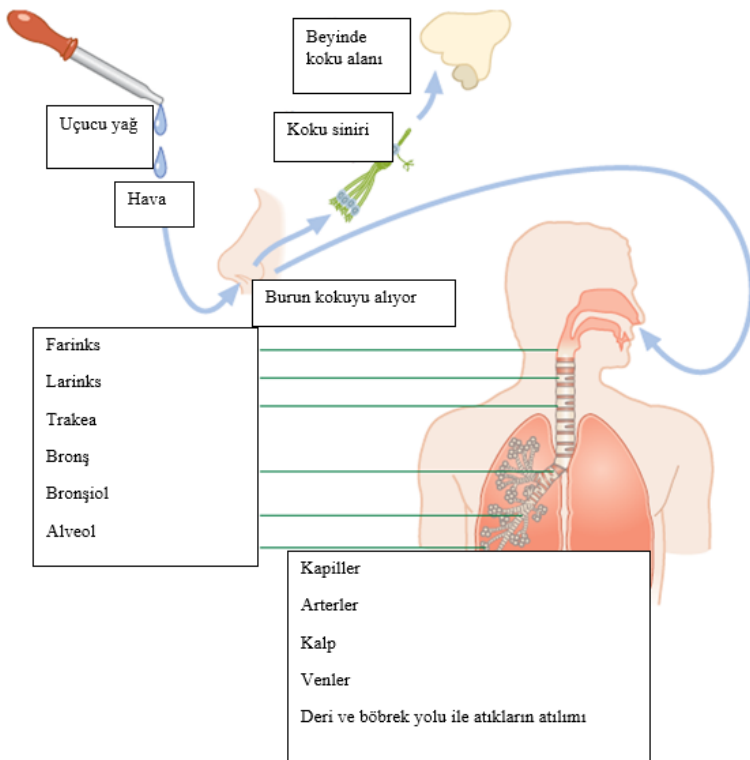
## Aromaterapi

Fitoterapi bitkilerle bilimsel esaslı tedaviyi ifade eden uluslararası bir terimdir. Dünyada bitkilerin tedavide kullanım oranı %60-90 arasındadır (Berk A. vd., 2015). Aromaterapi Fitoterapinin bir dalıdır. Aromaterapide uçucu yağlar kullanılmaktadır. Aromatik yağlar da denmektedir.

Aromaterapi en hızlı gelişen ve yaygın kullanılan tamamlayıcı ve bütünleştirici terapidir (Fellowers vd., 2004). Uçucu yağlar distilasyon veya soğuk pres yoluyla kokulu bitkilerden elde edilen uçucu organik bileşiklerdir (Tisserand ve Young 1995). Aromatik bitkilerin özlerinden elde edilen uçucu yağların beden, ruh ve akıl sağlığını dengelemek ve geliştirmek için kullanılması bütüncül aromaterapi olarak tanımlanmaktadır (National Association for Holistic Aromatherapy, 2016).

## Aromaterapinin etki mekanizması

Uçucu yağlar terpenler ve terpenik bileşiklerden oluşan kimyasal yapıya sahip uçucu maddelerdir. Kimyasal yapısı tedavi edici özelliğini belirlemektedir (Snyder ve Lindquist, 2010). Esansiyel yağların farmakolojik etkileri koklama, solunum, deri ve gastrointestinal sistem yoluyla olmaktadır. Dolaşım ve sinir sistemi ile etkileri görülür. Deriden absorbe olan uçucu yağlar epidermiste tabaka oluşturur, daha sonra dermise geçerek dolaşıma katılır. Masajla ısı ve friksiyon yoluyla deriden emilirler. Masaj yoluyla bileşikler 20 dk da etkisini gösterir. Esansiyel yağlar inhale edildiğinde burundaki olfaktör yol ile beyindeki limbik sisteme iletilir. Limbik sistemin amigdala ve hipokampus bölgeleri aromayı işleyen bölgelerdir. Diazepam'ın amigdala'daki gama amino butirik asit içeren inhibitör nöronları artırarak dışarıdan gelen duygusal uyarıları azaltır. Lavanta yağının da diazepam etkisinde olduğu düşünülmektedir. Koku hafızasının olduğu hipokampus bölgesinde öğrenilmiş rahatlatıcı aromaların kimyasalları bulunmaktadır. Önceki deneyimlere göre kokunun hoş giden veya hoş gitmeyen koku olarak bilgisi bulunmaktadır (Buckle, 2015) (Şekil 1).



Şekil 1. Aromaterapinin Etkisi (Jenkins, 2006).

## ANKSİYETE TEDAVİSİNDE KULLANILAN UÇUCU YAĞLAR VE YAPILAN KLİNİK ÇALIŞMALAR

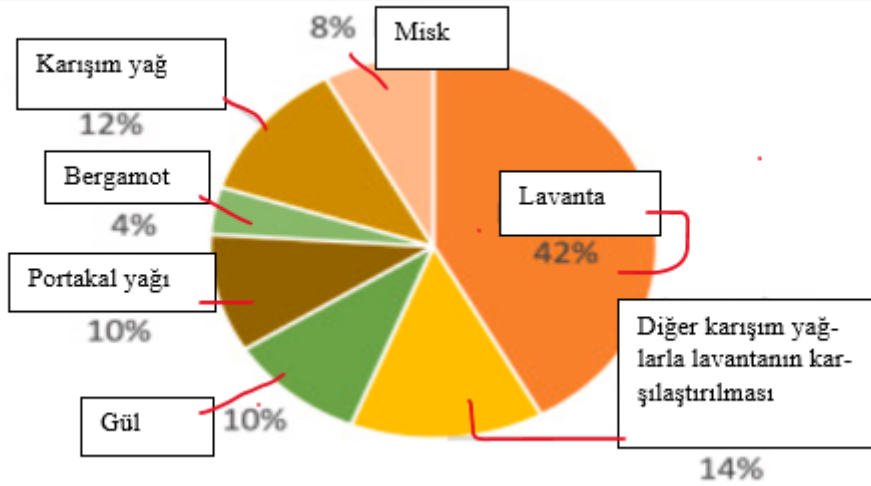
Uçucu yağlar antibakteriyel, antiviral, antimikrobiyal, antifungal, antiparazitik, antiinflamatuar, antioksidan, antiseptik, antikanser, antiaging, antidepresan, antikonvulsan, sedatif, immün sistem düzenleyici, karminatif, laksatif, rubafiyen ve nöroprotektif etkiler gösterirler. Bu özellikleri gösterdiği çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu çalışmalarda en çok lavanta uçucu yağı kullanılmıştır.

Yeni yapılan bir metaanalizde, klinik ortamda stres ve kaygı için tamamlayıcı bir tedavi olarak inhalasyon aromaterapinin faydalarını anlatan, 2000-2021 yılları arasında 15 ülkede yapılan 6539 hastayı içeren 76 çalışma incelenmiştir. Randomize kontrollü 50 çalışmada araştırmaların %66'sında müdahale gruplarında kontrol grubuyla karşılaştırıldığında kaygı düzeyleri üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir. Çoğu araştırmada güvenlik verilerinin bulunmaması, bitki

türlerinin bilinmemesi ve uçucu yağın dozajı, kalitesi gibi konular nedeniyle bilgiler sınırlıdır. Bu konuda kesin kanıta dayalı sonuçlar için ölçülebilir standart protokollere ihtiyaç vardır denilmektedir. Sonuç olarak inhalasyon aromaterapisi klinik anksiyete tedavisinde stres ve kaygıyı azaltma potansiyeline sahiptir (Hedigan vd., 2023).

İnhalasyon aromaterapisi ile ilgili 2000-2021 yılları arası randomize kontrollü çalışma verilerine göre çalışma sayısı bakımından ülkemiz İran ve Amerika'dan sonra 3. sırada yer almaktadır. Türkiye ve İran'da yapılan çalışmalarda gül uçucu yağı (*Rosa damascena*) kullanılmıştır. Her iki ülkede de gül bitkisi yerlidir. İncelenen 5 çalışmanın 4'ünde kaygıyı azaltmış rahatlamayı sağlamıştır.

Lavanta uçucu yağı (*Lavanta angustifolia*) sakinleştirici ve rahatlatıcı etkisinden dolayı klinik ortamda stres ve anksiyete tedavilerinde sıklıkla kullanılmaktadır. Randomize kontrollü 50 çalışmada en çok lavanta yağı ile çalışma yapılmış (%42), gül yağı (%10) ve portakal yağı (%10) da en çok tercih edilen yağlardır. Lavanta yağına ilave olarak karışım uçucu yağlar %12 oranında, ayrıca bu çalışmalarda %8 misk, %4 bergamot yağı tercih edilmiştir (Şekil 2).



Şekil 2. 50 RCT'da müdahale için uçucu yağların seçimi (Hedigan vd., 2023).

### **Lavandula angustifolia Mill (Lavanta)**



Şekil 3. *Lavandula angustifolia* Mill (http-1)

### **Lavanta uçucu yağının jinekolojik anksiyetede kullanımı**

Randomize kontrollü bir çalışmada 156 kadın hasta 78'er hasta olmak üzere müdahale ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmış, jinekolojik muayene sırasında kaygı düzeyleri durumluk kaygı ölçeği ile belirlenmiştir. Lavanta yağı %10 oranında hazırlanıp, lambaya konmuş, muayene masasına 15 cm uzaklığa konmuştur. Muayene sonrası kadınlara bekleme

salonunda durum kaygı envanteri uygulanmıştır. Lavanta yağının solunduktan 3-15 dk sonra kaygıyı azalttığı rapor edilmiştir. Bu çalışmada lavanta kokusunun jinekolojik muayene sırasında duyulan ağrıyı ve kaygıyı azalttığı sonucuna varılmıştır. Jinekolojik muayeneler birçok kadında olumsuz duygulara, anksiyeteye neden olmaktadır. Aromaterapi bu konuda rahatlama yöntemidir. Farklı aromatik kokular beyindeki elektriksel aktiviteyi farklı etkilemektedir. Lavanta uçucu yağının beyindeki mutluluk hormonu endorfin seviyesini 8-10 kat arttırdığı, birkaç dakikada zihinsel ve fiziksel rahatlama sağlayabileceği rapor edilmiştir (Tugut vd., 2017). (Şekil 3)

Lavanta uçucu yağının diş hekimliği anksiyetesinde

Lavanta uçucu yağının hemodiyaliz anksiyetesinde

Lavanta uçucu yağının kanser anksiyetesinde

Lavanta uçucu yağının cerrahi öncesi anksiyetesinde

Lavanta uçucu yağının cerrahi sonrası anksiyetesinde

Lavanta uçucu yağının yoğun bakım hastalarında uyku bozukluğu ve anksiyetede

Lavanta uçucu yağının depresyon hastalarında kullanımı sözkonusudur.

Kanser tanısı konmuş 70 hasta 3 gruba ayrılmış, 1. gruba lavanta yağı, 2. gruba çay ağacı yağı, 3. gruba plasebo uygulanmıştır. Kemoterapi öncesi ve sonrası sürekli değerleri karşılaştırıldığında lavanta kullanan grupta anlamlı fark gözlenmiş stresi ve kaygıyı azaltmada etkili olmuştur (Özkaraman vd., 2018).

Kemik iliği biyopsisi yapılan 80 hemotoloji hastasının anksiyetelerine karşı lavanta aromatik yağının etkisini inceleyen çalışmada, uçucu yağ pamuk topçuklarına damlatılarak, 15 dk koklatılmıştır. İşlem sırasındaki anksiyetelerini azaltmış ancak kontrol grubu ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Abbaszadeh vd., 2020).

#### **Citrus bergamia Risso (Bergamot)**



Şekil 4. *Citrus bergamia* Risso (<http-2>)

Son yıllarda bergamot uçucu yağı aromaterapide yaygın olarak kullanılmaktadır. Stresin neden olduğu bozukluklarda, ruh halinin semptomlarını iletirmede, uyku bozukluklarında kullanımı artmış, yeniden popülerlik kazanmıştır (Halcon vd., 2002). (Şekil 4)

#### **Bergamot uçucu yağının *in vivo* deneylerde anksiyetede etkinliği**

Bergamot uçucu yağı ile ratlarda yapılan bir çalışmada yükseltilmiş artı labirent ve delik tahtası testleri kullanılarak anksiyolitik özellikleri açısından araştırılmıştır. Bergopten içermeyen bergamot uçucu yağının inhalasyon uygulamasından sonra davranışlarda diazepam tedavisi ile karşılaştırılabilir bir azalma gözlemlenmiştir. Plazma kortikosteroid seviyeleri azalmıştır (Saiyudthong ve Mekseepalard 2011).

Alüminyum triklorüre ( $AlCl_3$ ) maruz bırakılan sıçanlarda anksiyete benzeri davranışlar gözlemlenmiştir. Bergamot uçucu yağının anksiyete benzeri davranış, oksidatif stres, nöroinflamasyon ve gama amino butirik asit (GABA) reseptörleri üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Alüminyum triklorüre maruziyet, artı labirent ve açık alan testinde kaygı benzeri dav-

ranışlar oluşturulmuştur. Bergamot uçucu yağı anksiyete benzeri davranışı, oksidatif stresi, GABA sistemini, nöroinflamasyonu iyileştirmiş ve kaygı benzeri davranışları hafifletmiştir (Cui vd., 2020).

Bergamot uçucu yağının stres altında çalışanlarda etkinliği Tayvan'da 54 ilkokul öğretmeni üzerinde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada bergamot uçucu yağı spreyi 10 dk. süreyle inhalasyon yoluyla kullanılmıştır. Uygulamadan 5 dk önce ve sonra kan basıncı, kalp atım hızı ve otonom sinir sistemi parametreleri kaydedilmiştir. Daha ileri analizlerde pozisyon, yaş, cinsiyet değişkenleri ile kaygı derecesi gruplara ayrılarak araştırılmıştır. Bergamot uçucu yağının parasempatik sinir sistemi aktivasyonu ölçülmüştür. Bergamot uçucu yağı ile aromaterapi uygulaması tansiyonu düşürmüş, kalp atış hızını azaltmış ve stresle çalışan meslekler için etkili bulunmuştur. Bu sonuçlar stres ve anksiyete ile ilgili daha fazla çalışmayı teşvik etmiştir (Chang vd., 2011).

### **Rosa damascena Miller (Şam Gülü)**



Şekil 5. *Rosae damascena* Miller (http-3)

*Rosae atheroleum* (Gül yağı) açık sarı renkte yarı katıdır. Katı olan kısım yağın %15-20'sini, yağın %70-75'ni alkoller oluşturur. Diğer maddeler kokuyu belirler, diğer maddelerin varlığı kokuyu değiştirdiğinden aynı kokuyu taklit etmek mümkün değildir. Fermente olmuş çiçekler distile edilince etanol ve sitronellol miktarı yüksek gül yağı elde edilir. Yağın kalitesini belirleyen sitronellol ve geraniol oranıdır. Bulgar gül yağında bu oran 1, köy tipinde 1.25-1.30 civarında, fabrika yağlarında 3-4 arasındadır (Başer ve Kırimer 2022). (Şekil 5)

### **Gül uçucu yağının koroner anjiyografi anksiyetesinde etkisi**

Koroner anjiyografi olacak 98 hasta üzerinde yapılan çalışmada 2 grup oluşturulmuştur. İlk gruba 20 dk. boyunca 5 damla *Rosa damascena* uçucu yağı koklatılmıştır. Diğer gruba su buharı uygulanmıştır. Müdahale öncesi ve sonrası stres, anksiyete ve hemodinamik parametreler değerlendirildiğinde koroner arter anjiyografisi yapılan hastaların stres ve anksiyete şiddetini önemli derecede azaltmış, hemodinamik parametreleri iyileşmiştir (Bikmoradi vd., 2020).

Anksiyete tedavisinde kullanılabilen burada ayrıntılarına giremediğimiz uçucu yağları arasında, Limon Balsamı (*Melissa officinalis* L.), Roman Papatyası (*Chamaemelum nobile* L.) uçucu yağı, Cang-ai uçucu yağı, Lemon (*Citrus limon*), Clary sage (*Salvia sclarea*), Sandalwood (*Santalum album*), Rose-scented geranium (*Pelargonium* spp.) da yer almaktadır.

**Sonuç olarak;** Uçucu yağların ağrı kesici, sakinleştirici ve stres yönetiminde kaygıyı azaltmak, dikkati arttırmak gibi özelliklerinden yararlandığı pek çok klinik çalışmada vurgulanan önemli özellikleri olmaktadır. Klinik çalışmalarda uçucu yağların bu etkileri kan basıncı, nabız ve solunum sayısı kontrol edilerek ortaya konmaktadır. Anksiyete skorları ölçekleri (Spielberger anksiyete ölçek skorları) de yaygın olarak metodolojide yer almaktadır. Ayrıca tükürükte kortizol hormonu düzey tayinleri bakılması da çalışmaların yöntemleri olarak stresi tayinde yer almaktadır. İlaveten kas tonusu değerlendirimi, göz bebeği genişlemeleri, vücut ısısı ve kan akışı artışını değerlendiren klinik çalışmalar da bulunmaktadır.

Uçucu yağlar anksiyeteyi azaltır, rahatlatıcı, gevşemeyi uyaran, sağlıklı lenf direnajını destekleyen yapıya sahiptir. En popüler uçucu yağ olan lavanta (*Lavandula angustifolia*'nın) uçucu yağının spazm giderici, sinir sistemini yatıştırıcı, kan basıncını düşüren, anksiyeteyi azaltan, ağrıyı gideren, sedatif özellikleri ön plandadır (Farrar., 2020). Uçucu yağların direkt cilde kullanımından kaçınılmalıdır. Çoğunlukla emniyetli olmaları, iyi tolere edilmelerine rağmen bazı hassas kişilerde kontakt dermatit, fototoksikite oluşturabilecekleri unutulmamalıdır. Klinik çalışmalarda uçucu yağların hangi dozda

ve ne sıklıkta uygulanması gerekliliği konusunda net standartların olmadığı dikkatimizi çekmiştir. Etkinliklerinin değerlendirilmesinde de objektif olmayan, kişiye bağımlı yani subjektif değerlendirmeler olabilmektedir ve bu nedenle yararlı olduğunu gösteren % 60-70 oranlarında çalışmalar olduğu gibi, etkisiz ve istatistiksel fark oluşturmayan veriler de elde edilmektedir. Özellikle geçici anksiyete oluşturan tıbbi işlemler sürecinde hafif ve orta düzeyli anksiyete tedavilerinde ümit verici görünmektedirler. Gelecekte yapılacak çalışmaların tedavi amaçlı kullanılan uçucu yağların niteliklerinin belirlenmesi, dozaj ve güvenli kullanım hakkında daha doğru bilgilerin toplanmasına ışık tutacağı kanaati oluşmaktadır.

#### KAYNAKLAR

- Abbaszadeh, R., Tabari, F., Asadpour, A. (2020). The Effect of Lavender Aroma on Anxiety of Patients Having Bone Marrow Biopsy. *Asiabn Pac J Cancer Prev*, 21(3), 771-775.
- Başer, K.H.C. ve Kırimer, N. (2022). *Farmakognozi ve Fitoterapi*. İstanbul Tıp Kitabevi, ISBN: 9978-625-7291, 50-7
- Berk, A., Dokumacı, AH. ve Kaymaz, MH. (2015). Yara iyileşmesi ve diyabetik yara tedavisinde kullanılan tıbbi bitkiler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24: 185-192.
- Bikmoradi, A., Roshanaei, G., Moradkhani, S., Fatahi, A. (2021). Impact of inhalation aromatherapy with Damask Rose (*Rosa damascena*) on stress, anxiety and hemodynamic parameters of patients undergoing coronary angiography: a single blind randomized clinical trial. *J Complement Integr Med*, 19(3),753-761.
- Buckle, J. (2015). *Clinical aromatherapy: Essential oils in practice*. Elsevier Health Sciences, Büyükdoğan M. Kolorektal kanserde genetik ve etyolojik faktörler. *Selçuk Tıp Dergisi*, 25(3), 171-180. Cui, Y., Che, Y. and Wanga, H. (2020). Bergamot essential oil attenuate aluminum-induced anxiety-like behavior through antioxidation, anti-inflammatory and GABA regulation in rats. *Food Chem Toxicol*, 111766.
- Cui J., Li, M., Y., Li, H., He, X., Yang, Q., Li, Z., Duan, J., Wu, Z., Chen, B., Li, G., Ming, X., Xiong L., Qin, D. (2022). Inhalation Aromatherapy via Brain Targeted Nasal Delivery: Natural Volatiles or Essential Oils on Mood Disorders *Front Pharmacol*, 12:13: 8600043.
- Farar, JA., Farar, FC., (2020). *Clinical Aromatherapy*. *Nurs Clin*, 55(4):489-504.
- Halcon, LL. (2002). *Aromatherapy: therapeutic applications of plant essential oils*. *Minn Med*, 85(11),42-6.
- Hedigan, F. (2023). Benefit of inhalation aromatherapy as a complementary treatment for stress and anxiety in a clinical setting - A systematic review. *Complement Ther Clin Pract*, 52,1-16.
- Heydarirad, G., Keyhanmehr, AS., Mofid, B., Nikfarjad, H., Mosavat, SH. (2019).
- Jenkins, N. (2006). *Aromatherapy in essence*. Birinci Baskı. London, Holder Arnold,
- Nayır, Uğur, N. (2012). Açık Kalp Ameliyatında Preoperatif Anksiyete İle Postoperatif Komplikasyonlar Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, 71
- Öz F. Anksiyete ve korku, İçinde: Sağlık Alanında Temel Kavramlar (2. Baskı), Öz F, Mattek Matbaacılık Bas. Yay, 2010: ss 130-148
- Özkaraman, A., Dügüm, Ö., Yılmaz, H.Ö., Yeşilbakan, Ö.U. (2018). Aromatherapy: The Effect of Lavender on Anxiety and Sleep Quality in Patients Treated With Chemoterapy. *C-lin J Oncol Nurs*, 1;22(2),203-210.
- Saiyudthong, S. and Meksepralard, C.(2011). Effect of Injaling Bergamot Oil on Depression –Related Behaviors in Chronic Stressed Rats. *J Med Assoc Thai*, 9:S152-9.
- Snyder, M. and Lindquist, R. (Eds.) (2010). *Complementary and alternative therapies in nursing*. Springer Publishing Company,
- Tisserand, R, & Balacs T. *Essential oil safety: A guide for health care professionals*. London: Churchill Livingstone, 1995.
- Tugut, N., Demirel G., Baser M., Ata E., Karakuş S., (2017). Effects of lavender scent. *Ther Clin Pract*, 28, 65-69.
- Uyar, M., Akin, Korhan E (2011). Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *Ağrı* 23(4), 139-146.
- Ünal, S., Küey, L., Güleç, C. (2002). Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*, 5: 8-15
- National Association for Holistic Aromatherapy. <https://naha.org/index.php/explore%20aromatherapy/about-aromatherapy/what-is-aromatherapy>. Erişim Tarihi: 24.02.2016
- http-1: //www.hammadde@rosece.com
- http-2: //www.hemensaglik.com
- http-3://www.biolib.de, 2004

## LENFOMALARDA YENİLİKÇİ TEDAVİLER

Tuba Ersal

Lenfoma, lenfatik sistemden köken alan heterojen bir malignite grubunu ifade eder ve başlıca Hodgkin lenfoma ile non-Hodgkin lenfoma olmak üzere iki ana başlık altında incelenir. Günümüzde 70'ten fazla farklı lenfoma alt tipi tanımlanmıştır. Lenfomalar biyolojik davranışlarına göre agresif ve indolent formlar olarak sınıflandırılmaktadır.

Agresif non-Hodgkin lenfomalar hızlı proliferasyon gösteren ve acil tedavi gerektiren hastalıklardır. Modern immünokemoterapi rejimleri sayesinde agresif lenfomalı hastaların önemli bir kısmında uzun süreli remisyon ve kür sağlanabilmektedir. Bununla birlikte primer refrakter veya nüks hastalık halen önemli bir klinik sorun olmaya devam etmektedir. Bu nedenle güncel araştırmalar özellikle yüksek riskli, nüks veya standart tedavilere dirençli hasta grubunda daha etkili ve daha hedefe yönelik tedavilerin geliştirilmesine odaklanmaktadır.

İndolent non-Hodgkin lenfomalar ise daha yavaş seyirli hastalıklardır ve bazı hastalarda uzun süre semptom vermeden izlenebilir. Bu grup hastalarda "izle ve bekle" yaklaşımı uygun olabilmektedir. Ancak zaman içerisinde agresif transformasyon gelişebilmekte ve bu durumda daha yoğun tedavi gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Son yıllarda geliştirilen yeni tedaviler ile progresyonsuz ve genel sağkalım sürelerinde belirgin iyileşmeler sağlanmıştır.

Lenfoma tedavisinde uzun yıllar kemoterapi temelli yaklaşımlar ön planda yer alırken, günümüzde immünoterapi ve hedefe yönelik tedaviler tedavi algoritmalarını önemli ölçüde değiştirmiştir. Özellikle B hücre reseptör sinyal yolunu hedefleyen Bruton tirozin kinaz inhibitörleri birçok B hücreli lenfomada etkinlik göstermektedir. Acalabrutinib, zanubrutinib ve pirtobrutinib gibi yeni nesil ajanlar mantle hücreli lenfoma, küçük lenfositik lenfoma ve kronik lenfositik lösemi başta olmak üzere çeşitli lenfoma alt tiplerinde kullanılmaya başlanmıştır.

Yaygın büyük B hücreli lenfoma (DLBCL) tedavisinde son yıllarda önemli değişiklikler yaşanmıştır. Standart R-CHOP yaklaşımının yanı sıra yüksek riskli ve refrakter hasta gruplarında antikor-ilaç konjugatları, bispesifik antikorlar ve hücresel tedaviler ön plana çıkmaktadır. Özellikle CD20 ve CD3'ü hedefleyen bispesifik antikorlar, T hücrelerini doğrudan tümör hücrelerine yönlendirerek etkili immün yanıt oluşturabilmektedir.

Hodgkin lenfomada ise PD-1 inhibitörleri tedavi paradigmasını değiştiren ajanlar arasında yer almaktadır. Reed-Sternberg hücrelerinde görülen PD-L1 ve PD-L2 aşırı ekspresyonu ile ilişkili immün kaçış mekanizmaları nedeniyle nivolumab ve pembrolizumab gibi immün kontrol noktası inhibitörleri özellikle nüks/refrakter hastalıkta yüksek yanıt oranları sağlamaktadır.

CAR-T hücre tedavileri, özellikle refrakter agresif B hücreli lenfomalarda umut verici sonuçlar ortaya koymuştur. Hastanın kendi T hücrelerinin genetik olarak yeniden programlanması ile geliştirilen bu yaklaşım, standart tedavilere dirençli birçok hastada uzun süreli remisyon sağlayabilmektedir. Bununla birlikte sitokin salınım sendromu ve nörotoksisite gibi ciddi yan etkiler nedeniyle deneyimli merkezlerde uygulanması gerekmektedir.

Lenfoma biyolojisinin daha iyi anlaşılması, bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının gelişmesini sağlamıştır. Moleküler alt tiplerin tanımlanması, hedefe yönelik ajanların geliştirilmesi ve immün sistemin tedaviye entegre edilmesi sayesinde gelecekte daha etkili ve daha az toksik tedavi stratejilerinin geliştirilmesi beklenmektedir.



# 22. İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi

Uludağ  
16. Uludağ İç Hastalıkları  
Hemşireliği Kongresi

09-12 Nisan 2026  
Swissôtel / Bursa

# SÖZLÜ BİLDİRİLER

## [SS-002]

### Nefroloji Hastalarının Acil Servise Başvuru Şikayetleri

Engin Ertek<sup>1</sup>, Mehmet Usta<sup>2</sup>, Nur Senem Arslantürk<sup>3</sup>

<sup>1</sup>S.B.Ü Bursa Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>S.B.Ü Bursa Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Nefroloji Bilim Dalı, Bursa

<sup>3</sup>S.B.Ü Bursa Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İç Hastalıkları ana Bilim Dalı, Bursa

**Giriş-Amaç:** Kronik böbrek hastalığı (KBH) ve diyaliz hastaları, komorbiditeleri, sıvı-elektrolit dengesizlikleri ve enfeksiyona yatkınlıkları nedeniyle acil servislere sık başvuran hasta grupları arasında yer almaktadır. Bu çalışmada, nefroloji hasta grubunun acil servise başvuru nedenlerinin dağılımını analiz ederek, klinik önceliklerin ve servis yükünün daha iyi anlaşılması amaçlanmıştır.

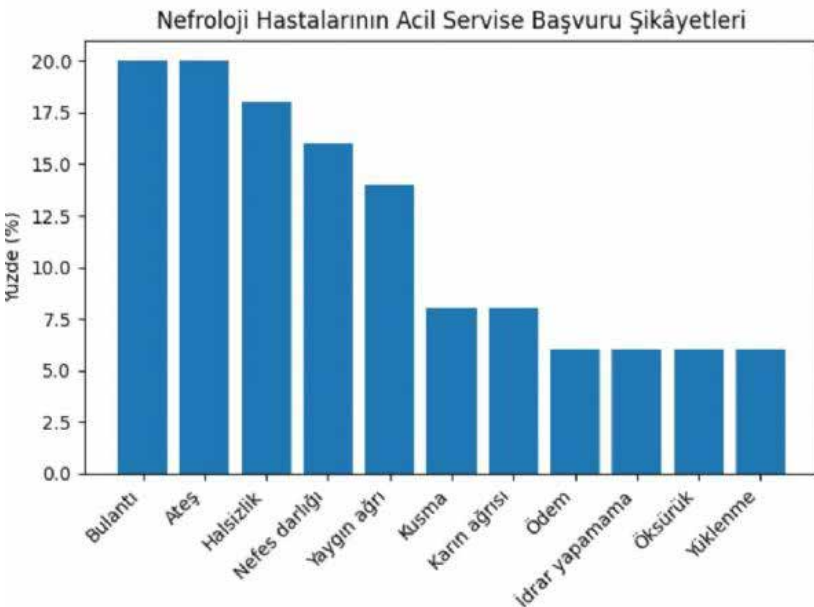
**Yöntem:** Çalışma, nefroloji servisinde takip edilen ve acil servise başvuran toplam 50 hastanın başvuru şikâyetlerinin retrospektif olarak değerlendirilmesiyle gerçekleştirildi. Hastaların acile başvuru anındaki ana ve eşlik eden şikâyetleri kayıt altına alındı. Bir hastada birden fazla şikâyet bulunabileceği göz önünde bulundurularak, semptom bazlı frekans ve yüzde dağılımları hesaplandı. Veriler tanımlayıcı istatistiklerle analiz edildi.

**Bulgular:** Acil servise başvurularda en sık bildirilen şikâyetler bulantı (%20) ve ateş (%20) olarak saptandı. Bunu halsizlik (%18) ve nefes darlığı (%16) izledi. Yaygın ağrı (%14) önemli bir başvuru nedeni olarak öne çıkarken, kusma (%8) ve karın ağrısı (%8) gastrointestinal sistem kaynaklı yakınmalar arasında dikkat çekti. Volüm yüklenmesine bağlı olduğu düşünülen ödem (%6), yüklenme (%6) ve nefes darlığı birlikteliği özellikle diyaliz ve ileri evre KBH hastalarında belirgindi. Üriner sistem yakınmaları arasında idrar yapamama (%6) ve idrar yaparken zorlanma daha düşük oranlarda izlendi. Daha nadir görülen şikâyetler arasında ritim bozukluğu, tansiyon düşüklüğü veya yüksekliliği, el-ayak uyuşması, kateter ilişkili sorunlar, ilaç ilişkili akut tübüler nekroz şüphesi ve ayak yarası yer aldı. Enfeksiyon düşündürülen semptomların (ateş, titreme, öksürük, kateter sorunları) toplam başvuruların anlamlı bir kısmını oluşturduğu görüldü.

**Sonuç:** Nefroloji hastalarının acil servise başvurularında enfeksiyon bulguları, gastrointestinal şikâyetler ve volüm dengesizliğine bağlı yakınmalar ön plandadır. Bu bulgular, KBH ve diyaliz hastalarında erken enfeksiyon tanısı, sıvı yönetimi ve elektrolit dengesinin acil servislere öncelikli değerlendirme alanları olması gerektiğini göstermektedir. Acil-nefroloji iş birliğinin güçlendirilmesi, bu hasta grubunda morbiditeyi azaltmada kritik rol oynayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** nefroloji, diyaliz hastaları, acil servis başvuruları

#### acile gelen hastaların başvuru şikayet tablosu



[SS-003]

## Diyabetli Hastalarda Multimorbidite ve İnflamasyonun Hastane İçi Klinik Sonuçlarla İlişkisi

Muhammet Fatih Şahin

Kestel Devlet Hastanesi İç Hastalıkları

**GİRİŞ:** Diyabetes mellitus, özellikle ileri yaş grubunda, hastaneye yatış gerektiren durumların başında gelmektedir. Diyabetli hastalarda glisemik kontrol düzeyi, eşlik eden kronik hastalıklar ve inflamatuvar yanıt; hastanede yatış süresi ve yoğun bakım gereksinimi gibi klinik sonuçları doğrudan etkileyebilmektedir. Klinik uygulamada HbA1c, uzun dönem glisemik kontrolün temel göstergesi olarak yaygın biçimde kullanılmasına rağmen, hastane içi kısa dönem sonuçları ne ölçüde öngörebildiği hâlâ tartışmalıdır. Öte yandan multimorbidite, özellikle yaşlı diyabetik bireylerde klinik kırılmalılığı artıran önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır.

**AMAÇ:** Bu çalışmada diyabetli hastalarda HbA1c düzeylerinin hastanede yatış süresi ile ilişkisini değerlendirmeyi; multimorbidite yükünün yoğun bakıma devir riskine etkisini incelemeyi ve yatış süresi ile inflamatuvar ve klinik parametreler arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Bu çalışma, hastanede yatarak tedavi gören diyabetli hastalar üzerinde yürütülen retrospektif gözlemsel bir analizdir. Toplam 187 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma popülasyonunun medyan yaşı 70 olup hastaların %43.9'u erkektir. Hastaların %36.4'ü insülin kullanmakta ve %28.3'ünde iki veya daha fazla kronik hastalık mevcuttur. Hastalar HbA1c düzeylerine göre üç gruba ayrılmıştır:  $\leq 7.0$ , 7.1–8.9 ve  $\geq 9.0$ . Hastanede yatış süresi normal dağılım göstermediği için medyan ve interkuartil aralık olarak sunulmuş ve gruplar arası karşılaştırmada Kruskal–Wallis testi kullanılmıştır.

Multimorbidite yükü 0–1 kronik hastalık ve  $\geq 2$  kronik hastalık şeklinde sınıflandırılmış; yoğun bakıma devir ile ilişkisi Pearson ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca yatış süresi ile C-reaktif protein, beyaz küre sayısı ve yaş arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen hastaların %13.4'ü hastane yatışı sırasında yoğun bakıma devredilmiştir. HbA1c kategorilerine göre yatış süresi incelendiğinde, tüm gruplarda medyan yatış süresi 6 gün olarak saptanmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p = 0.619$ ). Bu sonuç, HbA1c düzeylerinin hastanede yatış süresini öngörmeye sınırlı bir role sahip olabileceğini göstermektedir.

Multimorbidite yükü ile yoğun bakıma devir arasındaki ilişki incelendiğinde, iki veya daha fazla kronik hastalığı olan hastalarda yoğun bakıma devir oranı %24.5 iken, 0–1 kronik hastalığı olan hastalarda bu oran %9.0 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p = 0.005$ ).

Yatış süresi ile klinik ve laboratuvar parametreleri arasındaki korelasyon analizinde, C-reaktif protein ile yatış süresi arasında zayıf ancak anlamlı pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Buna karşılık beyaz küre sayısı ile yatış süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yaş ile yatış süresi arasındaki ilişki ise sınırdan anlamlılık göstermiştir.

**SONUÇ:** Sonuç olarak, diyabetli hastalarda hastane yatışı sırasında prognozu öngörmeye bütüncül bir yaklaşım gereklidir. Multimorbidite yükü ve inflamatuvar belirteçlerin birlikte değerlendirilmesi, klinik risk sınıflandırması ve karar süreçlerine önemli katkı sağlayabilir.

**TARTIŞMA:** Bu çalışmanın bulguları, diyabetli hastalarda hastane içi klinik sonuçların yalnızca glisemik kontrol düzeyi ile açıklanamayacağını göstermektedir. HbA1c'nin hastanede yatış süresi ile ilişkili bulunmaması, akut hastalık döneminde klinik seyrin daha çok eşlik eden hastalık yükü ve inflamatuvar yanıt tarafından belirlendiğini düşündürmektedir. Multimorbidite yükünün yoğun bakıma devir riskini anlamlı biçimde artırması, klinik risk değerlendirmesinde bu faktörün mutlaka dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca C-reaktif protein düzeylerinin yatış süresi ile ilişkili bulunması, inflamasyonun hastalık ciddiyeti ve iyileşme süresi üzerindeki rolünü desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabetes mellitus, Multimorbidity, Inflammation, Intensive care

**Tablo 1. Çalışma Popülasyonunun Temel Özellikleri ve Klinik Sonuçlar**

| Özellik                         | Toplam (n = 187) |
|---------------------------------|------------------|
| Yaş, medyan (IQR), yıl          | 70 (61-78)       |
| Erkek cinsiyet, n (%)           | 82 (43.9)        |
| HbA1c, medyan (IQR), %          | 7.1 (6.2-10.0)   |
| İnsülin kullanımı, n (%)        | 68 (36.4)        |
| Multimorbidite $\geq 2$ , n (%) | 53 (28.3)        |
| Yoğun bakıma devir, n (%)       | 25 (13.4)        |

*Bu tabloda çalışmaya dahil edilen 187 diyabetli hastanın demografik özellikleri, temel klinik ve laboratuvar bulguları ile hastane yatışı sırasında yoğun bakıma devir oranları sunulmuştur.*

**Tablo 2. HbA1c Kategorilerine Göre Hastanede Yatış Süresi**

| HbA1c kategorisi (%) | n  | Yatış süresi (gün), medyan (IQR) |
|----------------------|----|----------------------------------|
| $\leq 7.0$           | 92 | 6 (7)                            |
| 7.1-8.9              | 41 | 6 (8)                            |
| $\geq 9.0$           | 53 | 6 (5)                            |

*Bu tabloda hastalar HbA1c düzeylerine göre üç gruba ayrılmış ve gruplar arasında hastanede yatış süreleri karşılaştırılmıştır. Yatış süresi normal dağılım göstermediği için medyan ve interkuartil aralık olarak sunulmuştur.*

**Tablo 3. Multimorbidite Yükü, Yoğun Bakıma Devir ve Yatış Süresi ile İlişki**

| Multimorbidite yükü      | Yoğun bakıma devir yok, n (%) | Yoğun bakıma devir var, n (%) | Yatış süresi (gün), medyan (IQR) |
|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 0-1 kronik hastalık      | 122 (91.0)                    | 12 (9.0)                      | 6 (6)                            |
| $\geq 2$ kronik hastalık | 40 (75.5)                     | 13 (24.5)                     | 7 (8)                            |

*Bu tabloda multimorbidite yüküne göre hastaların yoğun bakıma devir oranları ve hastanede yatış süreleri karşılaştırılmıştır. Ayrıca yatış süresi ile inflamatuvar belirteç olan C-reaktif protein arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.*

**[SS-004]**

**iGlarLixi ile İnsülin Tedavisinde De-eskalsasyon: Tip 2 Diyabette İnsülin Koruyucu Etki ve Kilo Kaybı – Retrospektif Gözlemsel Bir Çalışma**

Ensar Aydemir

Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi

**Amaç:** Tip 2 Diyabetes Mellitus'ta (T2DM) uygulanan yüksek doz insülin rejimleri sıklıkla; kilo alımı, hipoglisemi riski ve terapötik ataletle sonuçlanan ve klinik olarak "overbazalizasyon" (aşırı bazal doz kullanımı) olarak tanımlanan bir kısır döngüye yol açar. iGlarLixi (insülin glarjin + liksisenatid) gibi sabit oranlı kombinasyonlar (FRC), tedaviyi basitleştirmek için farmakolojik bir strateji sunar. Bu çalışma, iGlarLixi'nin insülin doz azaltımı ("insülin koruyucu etki"), glisemik kontrol ve vücut ağırlığı değişimi üzerindeki gerçek yaşam etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

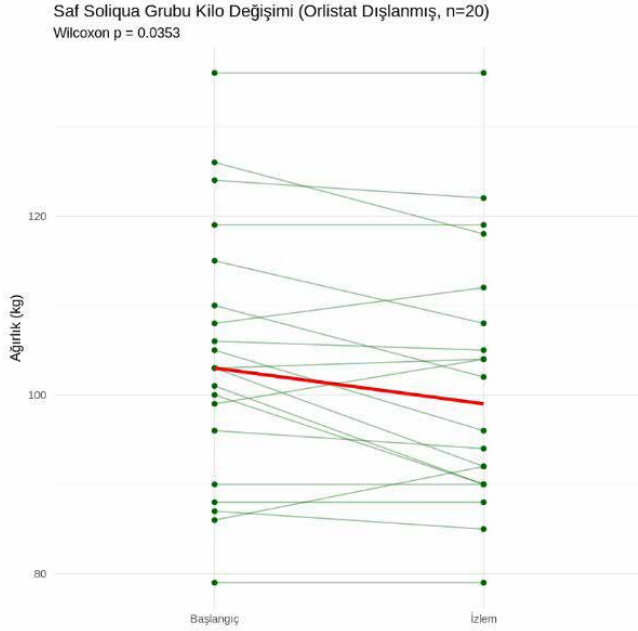
**Gereç ve Yöntemler:** Bu retrospektif gözlemsel çalışmaya, yoğunlaştırılmış insülin rejimlerinden iGlarLixi'ye geçiş yapılan ardışık 29 erişkin T2DM hastası dahil edildi. HbA1c, açlık plazma glukozu (APG), vücut ağırlığı ve toplam günlük insülin dozu (TDD) dahil olmak üzere metabolik parametreler eşleştirilmiş gruplarda (başlangıça karşı izlem) analiz edildi. İlacın özgün etkinliğini karıştırıcı değişkenlerden izole etmek amacıyla, kilo değişiklikleri eş zamanlı Orlistat kullanmayan bir hasta alt grubunda (n=20) ayrıca değerlendirildi. Örneklem büyüklüğü kısıtlılıklarını gidermek için etki büyüklükleri Cliff's Delta yöntemiyle nicellendirildi.

**Bulgular:** iGlarLixi'ye geçiş, insülin tedavisinde belirgin bir de-eskalasyonla sonuçlandı; median toplam günlük insülin dozu 66 üniteden 40 üniteye geriledi. Bu durum, 26 ünitelik (~%40; p=0,06) klinik olarak anlamlı bir median azalmayı temsil etmektedir. Bu belirgin doz azalmasına rağmen glisemik kontrol stabil kaldı (HbA1c %8,8'e karşı %8,7; p>0,05). Tüm kohortta vücut ağırlığında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gözlemlendi (p=0,003). Daha da önemlisi, Orlistat kullanmayan alt grupta (n=20), 4 kg'lık median kilo kaybı (p=0,035) elde edildi; bu durum iGlarLixi'nin anti-obezite ilaçlarından bağımsız kilo düşürücü potansiyelini doğruladı.

**Sonuç:** iGlarLixi'ye geçiş, glisemik stabiliteyi korurken anlamlı insülin doz azaltımı ve bağımsız kilo kaybı sağlar. Bu de-eskalasyon stratejisi, insülin tedavisi alan T2DM hastalarında "overbazalizasyon" tuzağına karşı etkili bir çözüm sunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** De-eskalasyon, terapötik; Diyabetes mellitus, tip 2; Gözlemsel çalışma; iGlarLixi; İnsülin koruyucu etki; Vücut ağırlığı yönetimi

**Şekil 1. Eş zamanlı Orlistat kullanımı olmayan (saf iGlarLixi) alt grupta bazal ve izlem vücut ağırlığı değişimi (n=20).**



Grafik, yoğunlaştırılmış insülin tedavisinden iGlarLixi kombinasyonuna geçiş sonrası vücut ağırlığındaki bireysel değişimleri göstermektedir. Orlistat gibi kilo kaybını etkileyebilecek ek ilaç kullanmayan 20 kişilik alt grupta, bazal (Başlangıç) ve takip (İzlem) değerleri arasındaki fark Wilcoxon işaretli sıra testi (Wilcoxon signed-rank test) ile analiz edilmiştir. Kırmızı kalın çizgi grup medyanındaki azalma eğilimini temsil etmekte olup, istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,0353$ ) bir kilo kaybı gözlenmiştir.

**Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik ve bazal klinik özellikleri (n=29)**

| Değişkenler                                      | Bulgular              |
|--|-----------------------|
| Yaş (yıl), median [IQR]                          | 58,0 [51,0 - 67,0]    |
| Cinsiyet (Kadın), n (%)                          | 21 (%72,4)            |
| Diyabet süresi (yıl), median [IQR]               | 8,0 [0,0 - 17,0]      |
| Hipertansiyon, n (%)                             | 24 (%82,8)            |
| Dislipidemi, n (%)                               | 25 (%86,2)            |
| Koroner arter hastalığı, n (%)                   | 5 (%17,2)             |
| Başlangıç vücut ağırlığı (kg), median [IQR]      | 108,0 [99,0 - 119,0]  |
| Başlangıç BKİ (kg/m <sup>2</sup> ), median [IQR] | 38,77 [37,55 - 45,35] |
| Başlangıç HbA1c (%), median [IQR]                | 8,8 [8,1 - 10,1]      |

Veriler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde [ $n$  (%)], sürekli değişkenler için ise medyan ve çeyrekler arası aralık [IQR] olarak sunulmuştur. BKİ: Beden kitle indeksi; HbA1c: Glikozillenmiş hemoglobün; IQR: Çeyrekler arası aralık.

## [SS-005]

# Böbrek nakli sonrası ilk 6 ayda elektrolit değişikliklerinin seyri: tek merkez deneyimi

Saide Elif Güllülü Boz, Özger Akarsu

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Bursa

**Giriş:** Böbrek transplantasyonu, son dönem böbrek yetmezliğinin tedavisinde altın standart yöntemdir. Nakil sonrası greft fonksiyonunun düzelmesiyle birlikte sıvı-elektrolit dengesi yeniden düzenlenmekte ve özellikle erken dönemde belirgin metabolik değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Bu değişiklikler; transplantasyon öncesi kronik böbrek hastalığı ilişkili metabolik bozukluklar, post-transplant dönemde böbrek fonksiyonunun iyileşmesi ve uygulanan immünsüpresif tedavilerin etkilerine bağlı olarak gelişebilmektedir.

**Amaç:** Bu çalışmada, böbrek nakli yapılan hastalarda serum elektrolit düzeylerinin transplantasyon öncesi ve sonrası ilk 6 aylık dönemdeki zamansal değişiminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Metod:** Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde böbrek nakli yapılan 42'si kadın, 41'i erkek olmak üzere toplam 83 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler retrospektif olarak analiz edilmiştir. Serum potasyum, sodyum, kalsiyum, fosfor ve magnezyum düzeyleri transplantasyon öncesinde ve nakil sonrası 1., 3. ve 6. aylarda kaydedilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle zamana bağlı değişimler Friedman testi ile analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

**Sonuç:** Hastaların nakil sırasındaki yaş ortalaması  $43,34 \pm 11,73$  yıl idi. 10 hastaya preemptif nakil uygulanmış olup, diğer hastalar nakil öncesinde diyaliz tedavisi almaktaydı. 15 hastaya canlı vericiden, kalan hastalara kadaverik donörden renal transplantasyon yapılmıştır.

Elektrolit değişimleri değerlendirildiğinde, serum potasyum düzeylerinde 1. ayda anlamlı değişiklik saptanmazken ( $p > 0,05$ ), 3. ayda anlamlı düşüş gözlenmiş ve bu iyileşmenin 6. ayda sürdüğü görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Serum sodyum düzeyleri tüm zaman noktalarında stabil seyretmiştir ( $p > 0,05$ ). Serum kalsiyum düzeylerinde 1. ayda anlamlı değişiklik izlenmezken, 3. aydan itibaren anlamlı artış saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Serum fosfor düzeyleri 1. aydan itibaren anlamlı şekilde azalma göstermiştir ( $p < 0,05$ ). Serum magnezyum düzeylerinde ise 1. ve 3. aylarda başlangıca göre anlamlı düşüş saptanmış ( $p < 0,05$ ), 6. ayda bu düşüşün düzeldiği gözlenmiştir.

**Tartışma:** Böbrek nakli sonrası ilk 6 ayda elektrolit homeostazında dinamik ve klinik olarak anlamlı değişiklikler meydana gelmektedir. Potasyum ve fosfor düzeylerindeki düzelleme greft fonksiyonundaki iyileşmeyi yansıtırken, erken dönemde gözlenen hipomagnezemi immünsüpresif tedavinin (özellikle kalsinörin inhibitörlerinin) renal tübüler etkileri ve poliüri ile ilişkili olabilir. Nakil sonrası kalsiyum ve fosfor düzeylerindeki değişimler, kronik böbrek hastalığına bağlı kemik mineral bozukluğunun transplantasyon sonrasında yeniden dengelenme sürecini yansıtmaktadır. Bulgularımız literatürde tanımlanan transplantasyon sonrası erken dönem elektrolit ve mineral metabolizması değişiklikleri ile uyumlu olup, transplantasyon sonrası erken dönemde elektrolit izleminin yalnızca rutin biyokimyasal takip değil, aynı zamanda greft fonksiyonu, immünsüpresif tedavi yan etkileri ve kemik-mineral metabolizmasının değerlendirilmesinde önemli bir klinik araç olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Böbrek transplantasyonu, elektrolit, hipofosfatemi, hipomagnezemi

[SS-006]

## KARDİYORENAL SENDROMDA YÜKSEK MORTALİTE GERÇEĞİ: KLİNİK BELİRLEYİCİLER VE PROGNOSTİK FAKTÖRLER

Elif İtir Şen<sup>1</sup>, Numan Görgülü<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Nefroloji, İstanbul

**Giriş:** Kardiyorenal sendrom (KRS) Tip 2, uzun süreli kardiyak fonksiyon bozuklukları ile gelişen böbrek fonksiyonlarında kronik azalma olarak adlandırılır. Bu çalışmada, mortalite ve morbiditesi oldukça yüksek olan ve hipervolemiyle başvuran bu hasta grubunda KRS kliniğine etkili faktörler, yüksek doz diüretik ve/veya hemodiyaliz ve ultrafiltrasyon gereksinimi değerlendirilerek bu sendromun hastanemizdeki sıklığı ve prognozu araştırılmıştır.

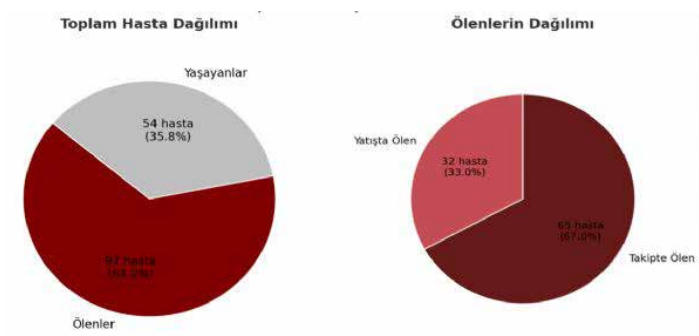
**Gereç-Yöntem:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ve Kardiyoloji Servisi'nde Kasım 2023-Kasım 2024 tarihleri arasında başvuran ve KRS tip 2 nedeniyle hastanemizde yatırılarak tedavi edilen hastalar çalışmaya alındı. Hastaların eşlik eden hastalıkları, KRS'ye etki eden faktörler, laboratuvar sonuçları, yüksek doz diüretik kullanımı, akut hemodiyaliz (HD) ve yoğun bakım ünitesi gereksinimi, sağ kalım ve hastaneden çıkışta kronik HD tedavisi gereksinimi olup olmadığı araştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya ortalama yaşları 69±11 olan 151 hasta dahil edildi (erkek %51,7; kadın %48,3). Mortal seyreden hastalarda ortalama yaş daha yüksek saptandı. En sık eşlik eden komorbiditeler hipertansiyon (%80,1), koroner arter hastalığı (%76,8) ve diabetes mellitustu (%59,6). Komorbiditeler ile mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ). Hasta grubunda düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği (HFrEF) baskındı (%91,4). Ekokardiyografik değerlendirmede mitral yetmezlik, triküspit yetmezliği ve aort yetmezliği yüksek oranlarda izlendi. Kapak patolojileri arasında yalnızca triküspit yetmezliği mortalite ile anlamlı ilişki gösterdi ( $p=0,015$ ). Presipite eden faktörler incelendiğinde anemi ve enfektif tablolar yüksek sıklıkta saptandı. Özellikle, eşlik eden enfektif tablo mortalite ile güçlü ilişki gösterdi ( $p<0,001$ ). Laboratuvar parametreleri değerlendirildiğinde Hb düzeylerinde takip süresince anlamlı değişiklik izlendi ( $p=0,001$ ) ve Hb düşüklüğü ile mortalite arasında sınırdan ilişki saptandı ( $p=0,055$ ). RDW ve Pro-BNP düzeyleri mortalite açısından anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p<0,05$ ). Serum elektrolit düzeyleri incelendiğinde sodyum, potasyum, klor ve fosfor düzeylerinde takip süresince istatistiksel değişiklikler izlenmekle birlikte mortalite ile anlamlı ilişki saptanmadı. Mortal seyreden hastalarda hemodiyaliz oranı daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel anlamlılık saptanmadı ( $p=0,222$ ). Çalışmaya dahil edilen hastaların %21'i ( $n=32$ ) yatış sırasında, %47'si ( $n=65$ ) takip süresince vefat etti. Toplam 12 aylık mortalite oranı %64,2 olarak hesaplandı.

**Sonuç:** Kardiyorenal sendrom tip 2 hastalarında mortalite oranı oldukça yüksektir. Bu nedenle özellikle ileri evre kronik böbrek hastalığı ve HFrEF bulunan hastalarda yakın klinik takip önemlidir. Hastanın yatışında enfeksiyon parametrelerinin yüksek olması, mortaliteyi artıran güçlü bir risk faktörü olarak görülmüştür. Anemisi olan, yüksek RDW ve pro-BNP'li veya septik tabloda olan hastaların yakın takibi mortaliteyi önlemede etkili olabilir. Sepsiste olan hastaların antibiyotik tedavilerinin mümkün olduğunca daha erken ve geniş spektrumlu olarak başlanması ve gereğinde kan transfüzyonu yapılması sağ kalımı artıracaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Kardiyorenal sendrom, kronik böbrek hastalığı, hemodiyaliz, ultrafiltrasyon, mortalite

### kardiyorenal Sendrom Tip 2 hastalarında Mortalite oranları



**Çalışmaya dahil edilen 151 hastanın 32'si (% 21.2) hastane yatışı sırasında eksitus olmuştur.**

[SS-010]

**Metastatik olmayan Gastrointestinal Stromal Tümör hastalarında AFIP risk durumunun sağkalım üzerine etkisinin değerlendirilmesi**

Mustafa Zahid Karadeniz<sup>1</sup>, Ender Eren Özçelik<sup>2</sup>, Ahmet Bilgehan Şahin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Bursa

**Giriş:** Gastrointestinal stromal tümörler (GİST), sindirim sisteminin nadir görülen mezenkimal neoplazmlarındandır. Primer gastrointestinal malignitelerin yaklaşık %1-2'sini oluşturmalarına rağmen, gastrointestinal sistemin en sık karşılaşılan nonepitelyal tümörleri arasında yer alırlar. Sindirim kanalının herhangi bir segmentinde gelişebilmekle birlikte, daha nadir olarak omentum, mezenter ve periton gibi ekstra-gastrointestinal lokalizasyonlarda da saptanabilirler. American Forces Institute of Pathology (AFIP) risk skoru GİST de kullanılan risk skorlamalarından biridir. Çalışmamızda, non-metastatik gastrointestinal stromal tümör tanılı hastalarda AFIP risk skorunun sağkalım üzerine etkisinin değerlendirilmesini amaçladık.

**Metodoloji:** Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi elektronik hasta kayıtları incelenerek, Ekim 2005-Mart 2023 tarihleri arasında opere edilmiş 93 non-metastatik GİST hastası retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Hastalar AFIP risk skoruna göre sınıflandırıldı ve risk gruplarına göre sağkalım analizleri gerçekleştirildi.

**Bulgular:** Çalışmamıza 93 hasta dâhil edildi. Hastaların %50,5'i kadındı. Medyan yaş 60,6 (26,4-79,7) idi. Çalışmaya ilişkin tanımlayıcı veriler Tablo.1'de gösterilmiştir.

Hasta grubumuzun hastalısız sağkalım medyanı 87,5 (7,1-176,7) ay, toplam sağkalım medyanı 113,2 (7-176,7) idi.

Hastaların AFIP risk skoruna göre progresyonsuz sağkalım ve toplam sağkalımı Şekil.1 ve Şekil.2' de gösterilmiştir.

**Tartışma:** Bu çalışmada, cerrahi olarak rezeke edilmiş GİST hastalarında AFIP risk skorlamasının prognostik değeri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Demografik verilerimiz incelendiğinde, hastalarımızın medyan yaşının 60,5 olduğu ve cinsiyet dağılımının (%50,5 kadın, %49,5 erkek) eşit bir patern sergilediği görülmektedir. Bu durum, GİST'lerin genellikle 6. dekatta ortaya çıktığını ve cinsiyetler arası belirgin bir farklılık göstermediğini belirten literatür verileriyle uyumludur<sup>1</sup>. Tümör lokalizasyonu değerlendirildiğinde, olgularımızın en büyük çoğunluğunu %57 oranıyla mide yerleşimli tümörler oluştururken, bunu sırasıyla jejunum (%16,1) ve duodenum (%9,7) izlemiştir.

Hastalarımızın uzun dönem takiplerinde progresyonsuz sağkalım (PFS) medyanı 87,5 ay (7,1-176,7), toplam sağkalım (OS) medyanı ise 113,2 ay (7-176,7) olarak bulunmuştur. Toplam 93 hastalık kohortumuzda hastaların %18,3'ünde (n=17) nüks izlenmesi, lokalize hastalıkta dahi rezeksiyon sonrası nüks riskinin devam ettiğini ve postoperatif izlemin önemini ortaya koymaktadır. Hastaların %40,9'unun adjuvan tedavi almış olması da bu risk profili çerçevesinde literatürdeki standart yaklaşımları (örn. İmatinib kullanımı) yansıtmaktadır.

Sağkalım analizleri AFIP risk skorlarına göre katmanlara ayrıldığında; çok düşük ve düşük risk grubundaki hastaların, orta ve yüksek risk grubundaki hastalara kıyasla istatistiksel ve klinik olarak belirgin düzeyde daha iyi bir sağkalım avantajına sahip olduğu Kaplan-Meier eğrileri ile net bir biçimde gösterilmiştir. Şekil 1 ve Şekil 2'de izlendiği üzere, özellikle yüksek riskli hasta grubunda kümülatif sağkalım eğrisi erken dönemde dramatik bir düşüş sergilemektedir. 2008 yılında yapılan bir çalışmada da belirtildiği gibi, tümör boyutu, mitotik indeks ve tümör lokalizasyonunu yansıtan AFIP kriterleri, hastalığın biyolojik davranışını öngörmede oldukça başarılıdır<sup>2</sup>.

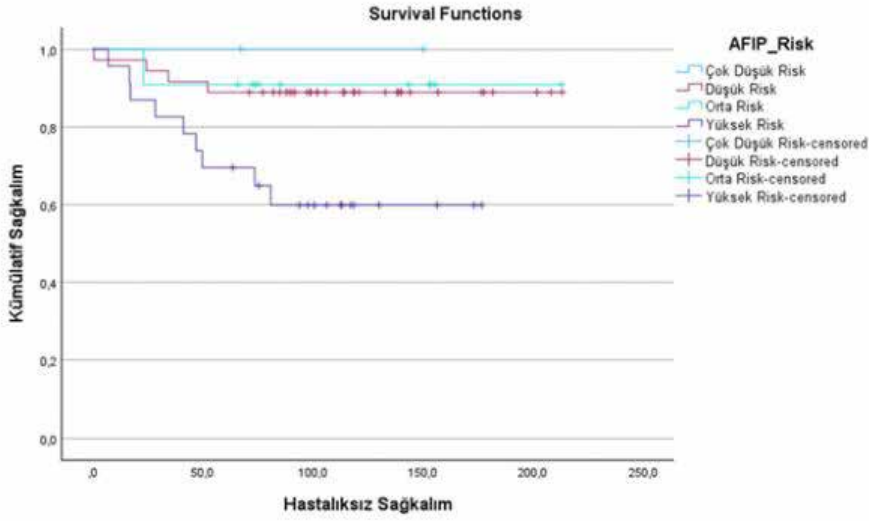
**Kaynakça:**

1- Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: pathology and prognosis at different sites. Seminars in Diagnostic Pathology, 2006.

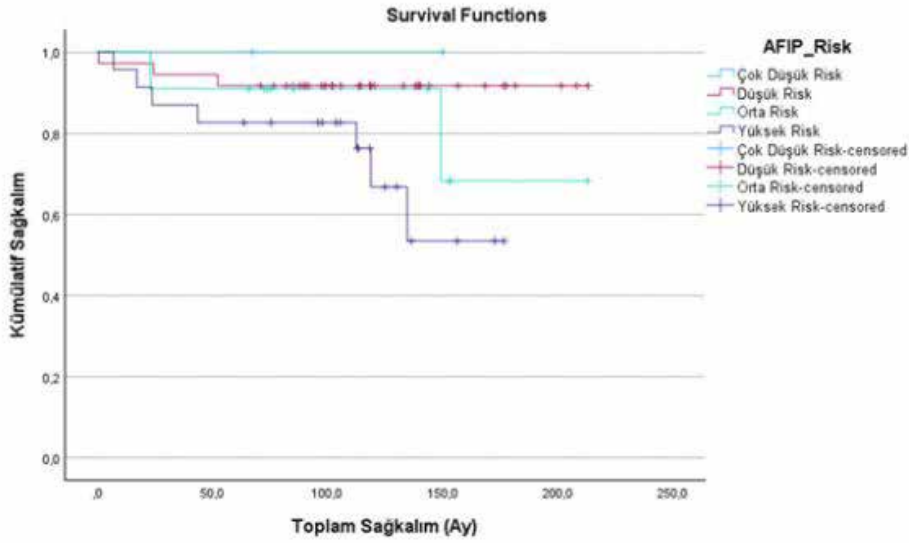
2- Joensuu H. Risk stratification of patients diagnosed with gastrointestinal stromal tumor. Human Pathology, 2008.

**Anahtar Kelimeler:** gastrointestinal stromal tümör, AFIP, nüks, sağkalım

## Hastaliksız Sağkalım Analizi



## Toplam Sağkalım Analizi



### Hastaların Klinikopatolojik Özellikleri

|                     |                  | n                | %    |
|---------------------|------------------|------------------|------|
| Yaş                 | Median (min-max) | 60,5 (26,4-79,7) |      |
| Cinsiyet            | Kadın            | 47               | 50,5 |
|                     | Erkek            | 46               | 49,5 |
| Tümör Lokalizasyonu | Mide             | 53               | 57   |
|                     | Duodenum         | 9                | 9,7  |
|                     | Jejunum          | 15               | 16,1 |
|                     | İleum            | 8                | 8,6  |
|                     | Kolon            | 3                | 3,2  |
|                     | Pankreas         | 2                | 2,2  |
|                     | Periton          | 1                | 1,1  |
| Bilinmiyor          | 2                | 2,2              |      |
| Tümör Boyutu (mm)   | Median (min-max) | 95 (50-250)      |      |
| AFIP Risk Durumu    | Çok düşük risk   |                  | 2,7  |
|                     | Düşük risk       |                  | 50   |
|                     | Orta risk        |                  | 15,3 |
|                     | Yüksek risk      |                  | 32   |
| Adjuvan Tedavi      | Yok              | 55               | 59,1 |
|                     | Adjuvan          | 38               | 40,9 |
| Nüks Durumu         | Yok              | 76               | 81,7 |
|                     | Var              | 17               | 18,3 |

**[SS-011]**

**Romatoloji Pratiğinde Düşük Ayak ve Mononöritis Multipleks**

Meysere Nur Akuç, Hüseyin Ediz Dalkılıç

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

**Giriş-Amaç:** Mononöritis multiplex (MM), periferik sinirlerin asimetrik ve multifokal tutulumu ile karakterize, sıklıkla sistemik vaskülitlerin seyri sırasında ortaya çıkan ciddi bir nörolojik komplikasyondur. Bu çalışmada, romatoloji kliniğine MM ile başvuran hastaların demografik özellikleri, klinik prezentasyonları, tanı dağılımları ve tedavi yanıtlarının retrospektif olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya MM tanısı alan ve romatolojik takibi yapılan toplam 18 hasta (13 Erkek, 5 Kadın) dahil edildi. Hastaların klinik başvuru şekilleri (düşük ayak, düşük el vb.), ilk başvurdıkları branşlar, elektromiyografi (EMG) bulguları, laboratuvar verileri ve aldıkları immünsüpresif tedaviler retrospektif olarak analiz edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 18 hastanın medyan yaşı  $59.2 \pm 15.05$  olarak saptanmış olup, hastaların %72.2'sini (n=13) erkek hastalar oluşturmaktadır. Mononöritis multiplex (MM) gelişimi, hastaların %72.2'sinde (n=13) akut, %22.2'sinde (n=4) subakut ve %5.6'sında (n=1) kronik seyir göstermiştir. Nörolojik tutulum paternleri incelendiğinde; hastaların %61.1'inde (n=11) sensorimotor tutulum, %33.3'ünde (n=6) izole sensoriyel tutulum ve %5.6'sında (n=1) izole motor tutulum saptanmıştır.

Etiyolojik sınıflamaya göre, olguların büyük çoğunluğunu ANCA ilişkili vaskülitler (AİV) oluşturmaktadır. En sık saptanan spesifik tanı Eozinofilik Granülomatoz Polianjitis (EGPA) (n=11, %61.1) olmuştur. Bunu sırasıyla Granülomatoz Polianjitis (GPA, n=2), Mikroskopik Polianjitis (MPA, n=2), Sjögren Sendromu (n=1), Ankilozan Spondilit (n=1) ve Kriyoglobulinemik Vaskülit (n=1) takip etmiştir. Serolojik analizlerde, hastaların %61.1'inde (n=11) Antinötrofil Sitoplazmik Antikor (ANCA) pozitifliği izlenmiştir.

Remisyon indüksiyon tedavisinde en sık tercih edilen ajan Siklofosamid (n=15, %83.3) olmuştur. Diğer indüksiyon stratejileri arasında azatioprin ve izole yüksek doz glukokortikoid tedavileri yer almıştır. Ortalama takip süresi sonunda hastaların %83.3'ünde (n=15) tam veya kısmi klinik yanıt elde edilmiştir. Yanıtsızlık veya progresyon oranı %16.7 (n=3) olarak kaydedilmiştir.

**Sonuç:** Düşük ayak, romatolojik vaskülitlerin ilk ve bazen en çarpıcı prezentasyonu olabilir. Multidisipliner yaklaşım ve erken immünsüpresif tedavi, bu hastalarda kalıcı motor kayıpları önlemede ve klinik yanıt sağlamada hayati öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** düşük ayak, mononöritis multipleks, vaskülit

**Tablo 1.**

|  |  |
|--|--|
| Yaş (yıl), Mean± SD                        | 59,22± 15,05   |
| Cinsiyet (erkek), n(%)                     | 13 (%72,2)   |
| Ek komorbidite varlığı, n(%)               | 15 (%83,3)<br>Astım: 7(%38,8)<br>Kardiyovasküler hastalık:5(%27,7)<br>KOAH:3(%33,3)<br>DM:2(%11,1) |
| Tanı anında ESR (mm/s)<br>Mean± SD         | 52,81± 31,04   |
| Tanı anında CRP (mg/L)<br>Mean± SD         | 54,26±53,49  |
| ANCA pozitifliği, n(%)                     | 11(%61,1)  |
| Semptom-Tedavi Arası süre (gün)<br>Mean±SD | 68,33±103,28   |
| İlk başvuru bölümü, n(%)                   | Romatoloji:6(%33,3)<br>Nöroloji:4(%22,2)<br>FTR:2(%11,1)<br>Acil:2(%11,1)<br>Diğer:4(%22,2)        |
| Toplam takip süresi (ay),<br>Mean±SD       | 53,88±47,77  |
| MM başlangıç karakteri,n(%)                | Akut:13(%72,2)<br>Subakut/kronik:5(%27,8)  |
| Nöropati tipi, n(%)                        | Sensorimotor:11(%61,1)<br>İzole sensoriyel:6(%33,3)<br>İzole motor:1(%5,6)                         |
| Klinik Yanıt (tam/kısmi), n(%)             | 15(%83,3)  |

**Koah:kronik obstruktif akciğer hastalığı, DM:diyabetes mellitus, ESR:sedimentasyon, CRP: c-reaktif protein, ANCA:anti nükleer antikor, MM:mononöritis multipleks**

[SS-012]

## Biyokimyadan Dansitometriye: Primer Hiperparatiroidide Serum Kalsiyum Düzeylerinin Kemik Mineral Yoğunluğu Üzerindeki Tahmin Edici Rolü

**Rümeysa Kantar, Kadircan Karatoprak, Can Özgü, Nisa Babacanlar, Alper Batu, Soner Cander, Erdinç Ertürk, Canan Ersoy, Özen Öz Gül**

**Bursa Uludağ Üniversitesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı**

**Giriş-Amaç:** Primer Hiperparatiroidizm (PHPT), kemik mineral yoğunluğu (KMD) üzerinde belirgin etkileri olan heterojen bir hastalıktır. Güncel klinik pratikte hastalar; normokalsemik, hafif hiperkalsemik ve belirgin hiperkalsemik fenotiplerle prezente olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı; PHPT'li hastalarda serum kalsiyum fenotiplerinin L1-L4 vertebra, femur boynu ve total femur KMD değerleri üzerindeki etkisini karşılaştırmalı olarak değerlendirmektir.

**Gereç-Yöntem:** Çalışmaya PHPT tanılı, eGFR >45 mL/dk olan ve osteoporoz tedavisi almayan 63 olgu (48 kadın; yaş ortalaması 59.4 ± 10.8 yıl) dahil edildi. Hastalar kalsiyum eşiklerine göre üç gruba ayrıldı: Grup C (Normokalsemik; Ca <10.2 mg/dL ve PTH >65 pg/mL; n=27), Grup A (Hafif Hiperkalsemi; Ca <11 mg/dL; n=19) ve Grup B (Belirgin Hiperkalsemi; Ca ≥11 mg/dL; n=17). Demografik veriler, biyokimyasal parametreler ve DXA ölçümleri (L1-L4 vertebra, femur boynu, femur total) retrospektif olarak analiz edildi.

**Bulgular:** Gruplar arasında yaş benzer saptanırken (p=0.846), kadın oranı Grup B'de (%94.1) diğer gruplara göre daha yüksek olma eğilimindeydi (p=0.058). Biyokimyasal olarak Grup B'de PTH (medyan 242 pg/mL) ve ALP (medyan 102 U/L) düzeyleri anlamlı derecede yüksek izlendi (sırasıyla p<0.001 ve p=0.010). 25(OH)D düzeyi Grup B'de en düşüktü (20.8 ± 15.0 ng/mL; p=0.034).

KMD analizinde; L1-L4 total T-skoru Grup B'de (-1.98 ± 0.97), hem Grup C (-0.88 ± 1.24; p=0.006) hem de Grup A'ya (-0.87 ± 1.26; p=0.012) göre anlamlı derecede düşük bulundu. L1-L4 bölgesinde osteoporoz sıklığı Grup B'de %41.2 iken, Grup C'de bu oran %7.4 saptandı (p=0.007). Femur bölgesi T-skorumları gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi. Korelasyon analizinde, kalsiyum ile L1-L4 T-skoru arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptandı (Spearman  $\rho$ =-0.318, p=0.012). Yaş ve cinsiyete göre düzeltilmiş lineer regresyonda, serum kalsiyumundaki her 1 mg/dL artışın, L1-L4 T-skorumunda -0.335 azalma ile ilişkili olduğu görüldü (p=0.021).

**Sonuç:** Çalışmamızın bulguları, PHPT'de kemik kaybının şiddetini belirleyen temel faktörün hastanın yaşı veya cinsiyeti değil, hiperkalsemi derinliği olduğunu ortaya koymaktadır. Belirgin hiperkalsemi, özellikle trabeküler kemiğin yoğun olduğu lomber omurga düzeyinde agresif kemik kaybı ve osteoporoz riski ile ilişkilidir. Bu veriler, normokalsemik hastaların iskeletsel açıdan daha korunmuş olduğunu gösterirken; kalsiyum düzeyi >=11 mg/dL olan hastalarda, yaştan bağımsız olarak kemik koruyucu müdahalelerin önceliklendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler: Primer Hiperparatiroidi, Kemik Mineral Dansitometrisi, Hiperkalsemi**

### Osteopeni/osteoporoz dağılımı (n / mevcut n, %)

| Bölge / Kategori                     | C (Normokalsemik) | A (Ca<11)     | B (Ca≥11)     | p     |
|--------------------------------------|-------------------|---------------|---------------|-------|
| L1-L4 total - Normal (>-1)           | 11/27 (40.7%)     | 11/18 (61.1%) | 2/17 (11.8%)  | 0.007 |
| L1-L4 total - Osteopeni (-1 to -2.5) | 14/27 (51.9%)     | 4/18 (22.2%)  | 8/17 (47.1%)  |       |
| L1-L4 total - Osteoporoz (≤-2.5)     | 2/27 (7.4%)       | 3/18 (16.7%)  | 7/17 (41.2%)  |       |
| Femur neck - Normal (>-1)            | 11/26 (42.3%)     | 9/18 (50.0%)  | 4/17 (23.5%)  | 0.322 |
| Femur neck - Osteopeni (-1 to -2.5)  | 11/26 (42.3%)     | 4/18 (22.2%)  | 9/17 (52.9%)  |       |
| Femur neck - Osteoporoz (≤-2.5)      | 4/26 (15.4%)      | 5/18 (27.8%)  | 4/17 (23.5%)  |       |
| Femur total - Normal (>-1)           | 15/25 (60.0%)     | 11/18 (61.1%) | 5/17 (29.4%)  | 0.126 |
| Femur total - Osteopeni (-1 to -2.5) | 10/25 (40.0%)     | 5/18 (27.8%)  | 10/17 (58.8%) |       |
| Femur total - Osteoporoz (≤-2.5)     | 0/25 (0.0%)       | 2/18 (11.1%)  | 2/17 (11.8%)  |       |

**n / mevcut n (%) şeklinde verilmiştir; "mevcut n" her bölge için ölçümü bulunan olgu sayısını ifade eder (eksik ölçümler nedeniyle payda değişebilir). Sınıflama: WHO T-skoru sınıflaması kullanılmıştır: normal >-1.0; osteopeni -1.0 ile -2.5 arası; osteoporoz ≤-2.5. Gruplar arası kategori dağılımları ki-kare testi veya beklenen hücre sayısı düşükse Fisher kesin testi ile karşılaştırılmıştır. Anlamlılık: p<0.05.**

**Tablo 1. Demografi ve biyokimya**

| Değişken                         | C (Normokalsemik)  | A (Ca<11)           | B (Ca≥11)           | p      |
|----------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|--------|
| Örneklem, n                      | 27                 | 19                  | 17                  | —      |
| Kadın, n (%)                     | 17 (63.0%)         | 15 (78.9%)          | 16 (94.1%)          | 0.058  |
| Yaş (yıl)                        | 58.6 ± 11.7        | 60.5 ± 10.2         | 59.4 ± 10.3         | 0.846  |
| PTH (pg/mL)                      | 104.0 [84.0–130.0] | 115.0 [98.5–172.5]  | 242.0 [180.0–386.0] | <0.001 |
| Serum kalsiyum (mg/dL)           | 9.1 [8.9–9.4]      | 10.6 [10.5–10.8]    | 11.1 [11.0–11.4]    | <0.001 |
| Fosfor (mg/dL)                   | 3.1 [2.8–3.7]      | 3.2 [2.8–3.7]       | 2.7 [2.6–3.2]       | 0.097  |
| Kreatinin (mg/dL)                | 0.71 [0.63–0.85]   | 0.72 [0.65–0.82]    | 0.74 [0.67–0.85]    | 0.943  |
| ALP (U/L)                        | 74.0 [60.0–83.0]   | 94.5 [64.0–114.0]   | 102.0 [79.2–139.0]  | 0.010  |
| 25(OH)D (ng/mL)                  | 31.9 ± 12.5        | 27.5 ± 10.9         | 20.8 ± 15.0         | 0.034  |
| 24 saat idrar kalsiyumu (mg/gün) | 106.0 [69.0–323.0] | 219.0 [154.5–314.5] | 284.5 [173.2–388.0] | 0.135  |

**Veriler ortalama ± standart sapma (SS), medyan [25–75 persentil] veya n (%) olarak sunulmuştur. Grup C = normokalsemik PHPT (serum Ca <10.2 mg/dL ve PTH >65 pg/mL); Grup A = Ca <11 mg/dL; Grup B = Ca ≥11 mg/dL. Sürekli değişkenlerde dağılıma göre tek yönlü ANOVA veya Kruskal–Wallis testi; kategorik değişkenlerde ki-kare veya Fisher kesin testi kullanılmıştır. PHPT, primer hiperparatiroidi; PTH, paratiroid hormon; ALP, alkalin fosfataz; 25(OH)D, 25-hidroksivitamin D. p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.**

[SS-013]

**Postural instabilite yaşlılarda kırılgnlık göstergesi olabilir mi?**

**Raye Sevra Özmen, Pınar Soysal**

**Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul**

**GİRİŞ:** Kırılgnlık; yaşa bağlı fizyolojik rezervlerde azalma ve nöromüsküler, metabolik ve immün sistemlerdeki fonksiyon kaybına bağlı olarak stresörlere karşı artmış hassasiyet ile karakterize bir geriatrik sendromdur. Düşme, disabilite, hastaneye yatış ve mortalite ile güçlü şekilde ilişkilidir. Postural instabilite ise denge kontrolündeki bozulmayı yansıtan ve klinik muayenede kolaylıkla değerlendirilebilen bir bulgudur. Sarkopeni, nöromüsküler zayıflık, proprioseptif kayıp ve santral sinir sistemi değişiklikleri hem kırılgnlık hem de postural instabilitenin ortak patofizyolojik zeminini oluşturabilir. Ancak postural instabilite ile kırılgnlık arasındaki ilişkinin bağımsızlığına dair veriler sınırlıdır.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı; yaşlı bireylerde postural instabilite sıklığını belirlemek ve postural instabilite ile kırılgnlık arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

**Metod:** Bu prospektif kesitsel çalışmaya, 2017–Ocak 2026 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin geriatri polikliniğine ayakta başvuran  $\geq 65$  yaş toplam 2154 hasta dahil edildi. Demografik veriler, komorbiditeler, kapsamlı geriatrik değerlendirme parametreleri, kırılgnlık durumu ve postural instabilite varlığı kaydedildi. Kırılgnlık, Fried Frailty Criteria kullanılarak değerlendirildi (yürüyüş hızı, el kavrama gücü, istemsiz kilo kaybı, düşük fiziksel aktivite, yorgunluk). Üç veya daha fazla kriterin varlığı kırılgnlık olarak kabul edildi. Postural instabilite değerlendirilmesinde hastalar ayakta ve ayakları birbirine olabildiğince bitişik pozisyondayken, gözlemci avcunun içiyle sternuma üç kez hafif itme uyguladı. Bu manevra sonrasında düşmeye başlayan hastalar postural instabilite varlığı olarak sınıflandırıldı. Sendelemesine rağmen dengesini yeniden sağlayabilen veya dengeli kalabilen hastalar ise postural instabilite yok olarak değerlendirildi. Postural instabilite ile kırılgnlık arasındaki ilişki lojistik regresyon analizleri ile incelendi.

**Sonuçlar:** Katılımcıların yaş ortalaması  $81.9 \pm 7.6$  yıl olup %70.6'sı kadındı. Postural instabilite %26.1, kırılgnlık ise %51.9 oranında saptandı. Postural instabilitesi olan hastalarda kadın cinsiyet, diabetes mellitus, serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı ve demans daha sık görüldü ( $p < 0.005$ ). Bu grupta yaş ortalaması daha yüksek; eğitim düzeyi ile Barthel ve Lawton skorları ise daha düşüktü ( $p < 0.005$ ). Kırılgnlık prevalansı; postural instabilitesi olmayan hastalarda %41 iken, postural instabilitesi olanlarda %82.7 idi ( $p < 0.005$ ). Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde postural instabilite ile kırılgnlık arasında anlamlı bir ilişki saptandı [Olasılık oranı (OR): 6.8 (95% güven aralığı (GA): 5.3–8.7)]. Multinomial lojistik regresyon analizinde; yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyinin dahil edildiği Model 1'de ilişki devam etti [OR: 4.9 (95% GA: 3.7–6.4)]. Model 1'e ek olarak demans, diabetes mellitus, serebrovasküler hastalık ve Parkinson hastalığının dahil edildiği Model 2'de de anlamlılık sürdü [OR: 4.2 (95% GA: 3.2–5.6)]. Model 2'ye ek olarak fonksiyonel durumun (Barthel ve Lawton skorları) eklendiği Model 3'te de ilişki bağımsızlığını korudu [OR: 2.3 (95% GA: 1.6–3.1)].

**TARTIŞMA:** Postural instabilite ile kırılgnlık arasında anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Fonksiyonel durum ve komorbiditeler için düzeltme yapıldıktan sonra dahi ilişkinin devam etmesi, postural instabilitenin kırılgnlığın klinikte kolay uygulanabilir bir göstergesi olabileceğini düşündürmektedir. Yaşlı hasta ile ilgilenen tüm klinik birimlerde, postural instabilite kırılgnlığın değerlendirilmesinde hızlı ve pratik bir tarama aracı olarak kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** kırılgnlık, postural instabilite, yaşlı

[SS-014]

**Non-anemik bireylerde serum ferritin düzeyleri ile fibromiyalji arasındaki ilişki:  
Bir olgu-kontrol çalışması**

Taner Dandinoğlu<sup>1</sup>, Altuğ Güner<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Şehir Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

<sup>2</sup>Bursa Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği

**Amaç:** Fibromiyalji sendromunun (FMS) patofizyolojisi tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte, oluşumunda santral sensitizasyon, nörotransmitter dengesizlikleri ve nöroendokrin mekanizmalar suçlanmaktadır. Demir, nörotransmitter sentezi ve miyelin fonksiyonu başta olmak üzere birçok nörobiyolojik süreçte kritik rol oynar. Serum ferritin düzeyi demir depolarının en duyarlı göstergesidir; hemoglobinin düzeyi normal sınırlarda olan bireylerde ferritin düzeyinin <30 ng/mL olması non-anemik demir eksikliği olarak tanımlanmaktadır. Non-anemik demir eksikliği, hemoglobin düzeyleri normal olmasına rağmen yorgunluk, ağrı eşiğinde düşüş ve bilişsel fonksiyonlarda bozulma gibi klinik belirtilerle ilişkilendirilmektedir (1,2).

Bu çalışmada, non-anemik bireylerde serum ferritin düzeyleri ile fibromiyalji arasındaki ilişkinin olgu-kontrol tasarımı ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Olgu-kontrol tasarımındaki bu çalışmaya, 2011 American College of Rheumatology kriterlerine göre fibromiyalji tanısı alan 10 non-anemik kadın ile yaş açısından benzer 10 non-anemik kontrol dahil edildi. Non-anemik durum, hemoglobin düzeyinin kadınlarda  $\geq 12$  g/dL olması olarak tanımlandı. Son dört hafta içinde oral veya parenteral demir tedavisi alanlar, aktif enfeksiyon, inflamatuvar romatizmal hastalık, malignite, gebelik, kronik böbrek hastalığı veya demir metabolizmasını etkileyebilecek sistemik hastalığı olan bireyler çalışma dışı bırakıldı. Serum ferritin düzeyleri hastane laboratuvar kayıtlarından elde edildi. Non-anemik demir eksikliği, hemoglobin düzeyi normal sınırlarda olup ferritin düzeyi <30 ng/mL olan bireyler olarak tanımlandı. Veriler dağılıma uygun olarak analiz edildi; parametrik veya non-parametrik testler kullanıldı.  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Toplam 20 non-anemik kadın birey çalışmaya dahil edildi (10 FMS, 10 kontrol). Gruplar yaş açısından benzerdi (FMS:  $42 \pm 7$  yıl; kontrol:  $40 \pm 6$  yıl;  $p = 0.48$ ) (Tablo 1). Hemoglobin düzeyleri her iki grupta da normal sınırlarda olup gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p = 0.52$ ). Serum ferritin düzeyleri FMS grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha düşüktü. FMS grubunda medyan ferritin düzeyi 18 ng/mL (12–28), kontrol grubunda ise 36 ng/mL (22–54) olarak bulundu ( $p = 0.01$ ) (Şekil 1). Ferritin düzeyleri ile yaş ve hemoglobin değerleri arasında anlamlı bir korelasyon izlenmedi ( $p > 0.05$ ).

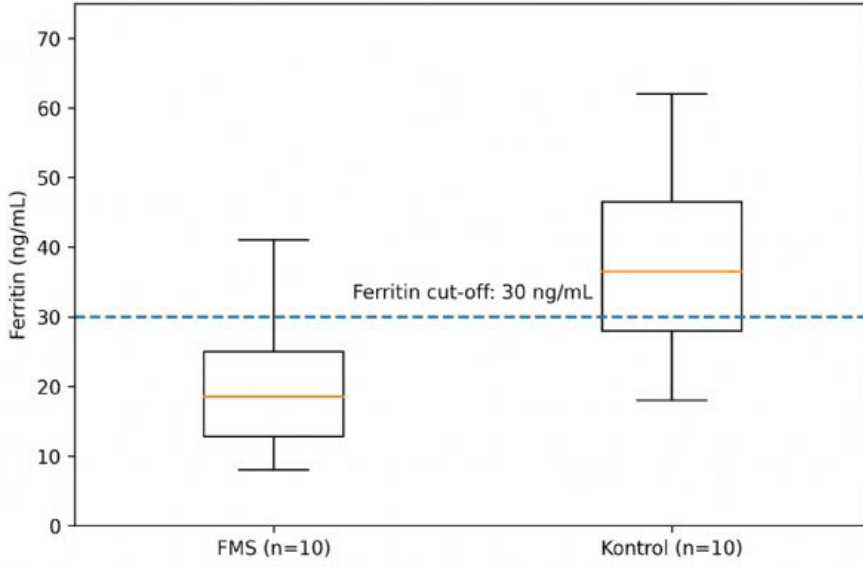
**Sonuç:** Bu çalışmada non-anemik fibromiyalji hastalarında serum ferritin düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu gösterildi. Ayrıca ferritin <30 ng/mL oranı FMS grubunda daha yüksekti. Demir, nörotransmitter sentezi ve santral ağrı modülasyonunda önemli rol oynar. Demir depolarındaki azalma, ağrı eşiğinde düşüş ve santral sensitizasyon ile ilişkili olabilir. Bu durum FMS patofizyolojisi açısından biyolojik olarak anlamlıdır (3,4). Çalışmamız küçük örneklemli ve kesitsel tasarımıdır; bu nedenle nedensellik ilişkisi kurulamaz. Ancak bulgular, hemoglobin düzeyleri normal olan FMS hastalarında dahi ferritin düzeylerinin değerlendirilmesinin klinik açıdan önemli olabileceğini düşündürmektedir.

Referanslar:

- 1.Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62(5):600-610.
- 2.Beard JL, Connor JR. Iron status and neural functioning. *Annu Rev Nutr*. 2003;23:41-58.
- 3.Dowling P, Klinker F, Amaya F, et al. Iron-deficiency sensitizes mice to acute pain stimuli and formalin-induced nociception. *J Nutr*. 2009;139(11):2087-2092.
- 4.Okan S, Çağlıyan Türk A, Şıvgın H, et al. Association of ferritin levels with depression, anxiety, sleep quality, and physical functioning in patients with fibromyalgia syndrome: a cross-sectional study. *Croat Med J*. 2019;60(6):515-520.

**Anahtar Kelimeler: Demir Eksikliği, Ferritin, Fibromiyalji, Santral Sensitizasyon**

**Şekil 1. Non-anemik fibromiyalji ve kontrol gruplarında serum ferritin düzeylerinin dağılımı.**



**Tablo 1. Çalışma Gruplarının Demografik ve Klinik Özellikleri**

| Değişken                       | FMS (n=10) | Kontrol (n=10) | p değeri |
|--------------------------------|------------|----------------|----------|
| Yaş (yıl)                      | 42 ± 7     | 40 ± 6         | 0.48     |
| Hemoglobin (g/dL)              | 13.4 ± 0.6 | 13.6 ± 0.5     | 0.52     |
| Ferritin (ng/mL), medyan (IQR) | 18 (12-28) | 36 (22-54)     | 0.01     |

[SS-016]

## Subklinik Cushing Sendromu Tanılı Hastalarda Cerrahi ve Konservatif İzlem Sonuçlarının Retrospektif Karşılaştırılması

Can Özgü<sup>1</sup>, Kadirhan Karatoprak<sup>1</sup>, Nisa Babacanlar<sup>1</sup>, Rümeyza Kantar<sup>1</sup>, Alper Batu<sup>1</sup>, Hatice Ortaç<sup>2</sup>, Erdiñç Ertürk<sup>1</sup>, Soner Cander<sup>1</sup>, Canan Ersoy<sup>1</sup>, Özen Öz Gül<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

**Giriş-Amaç:** Subklinik cushing sendromu (SCS), güncel terminoloji ile mild autonomous cortisol secretion (MACS), klinik hiperkortizolizm bulguları olmaksızın otonom kortizol sekresyonu ile karakterizedir ve adrenal insidentaloma hastalarında sık görülmektedir. SCS'nin hipertansiyon, glukoz metabolizma bozukluğu ve kardiyovasküler risk artışı ile ilişkili olduğu bilinmekle birlikte cerrahi tedavinin metabolik faydası konusunda görüş birliği bulunmamaktadır. Bu çalışmada SCS tanılı hastalarda cerrahi ve konservatif izlem sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

**Yöntem:** Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Kliniği'nde 2019–2026 yılları arasında SCS tanısı alan on dört hasta retrospektif olarak incelendi. Dahil edilme kriterleri;  $>=1$  cm adrenal insidentaloma, klinik cushing fenotipi olmaması, 1 mg deksametazon supresyon testi sonrası kortizol  $>1.8$   $\mu\text{g}/\text{dL}$  ve baskılı ACTH varlığı idi. Hastalar adrenaletomi uygulananlar ( $n=7$ ) ve konservatif izlenenler ( $n=7$ ) olarak iki gruba ayrıldı. Hipertansiyon durumu, antihipertansif sayısı, HbA1c, açlık glukozu, vücut kitle indeksi (VKİ), LDL ve hormonal parametreler değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplam 14 hasta (adrenaletomi  $n=7$ , konservatif  $n=7$ ) değerlendirildi. Takip süresi ortalama olarak adrenaletomi grubunda  $9.1 \pm 4.5$  ay, konservatif grupta ise  $9.2 \pm 3.8$  ay olmuştur. Başlangıçta gruplar yaş, cinsiyet dağılımı, lezyon boyutu ve 1 mg DST sonrası kortizol açısından benzerdi; bazal serum kortizol cerrahi grupta daha yüksekti. Adrenaletomi sonrası bazal kortizol anlamlı azaldı ( $p=0,016$ ) ve ACTH yükselerek normalizasyon eğilimi gösterdi ( $p=0,016$ ). Cerrahi grupta LDL ve sistolik kan basıncında (SKB) azalma izlendi (LDL  $p=0,031$ ; SKB  $p=0,039$ ). Gruplar arası karşılaştırmada, VKİ değişimi cerrahi grupta daha belirgin azaldı ( $p=0,023$ ) ve LDL'de düşüş cerrahi grupta anlamlıydı ( $p=0,008$ ). SKB ve diastolik kan basıncındaki (DKB) düşüş, cerrahi grupta daha fazla olsa da istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı ( $p=0,46$ ).

**Sonuç:**MACS/SCS tanılı seçilmiş hastalarda adrenaletomi, hormonal düzelme ile birlikte özellikle VKİ ve LDL üzerinde metabolik fayda sağlayabilir. Cerrahi grupta, SKB ve DKB'de de olumlu yönde bir düşüş izlenmiştir. Konservatif izlem grubunda ise belirgin metabolik iyileşme gözlenmemiştir. Elde edilen bulgular, sınırlı hasta sayısı ve takip süresine rağmen, kortizol yükünün derecesi ve komorbidite profili göz önüne alındığında, seçilmiş SCS hastalarında adrenaletominin metabolik faydalarını vurgulamaktadır. Bu sonuçlar, uygun hasta seçiminde cerrahi müdahalenin düşünölebileceğine dair güçlü kanıtlar sunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Subklinik Cushing Sendromu, Adrenaletomi, Konservatif

### Cerrahi ve Konservatif İzlem Sonuçlarının Karşılaştırılması

| Parametre                | Cerrahi Başlangıç   | Cerrahi Takip       | Cerrahi $\Delta$    | Konservatif Başlangıç | Konservatif Takip   | Konservatif $\Delta$ | p ( $\Delta$ ) |
|--------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|----------------|
| VKİ (kg/m <sup>2</sup> ) | 29.6 (26.2–30.8)    | 27.4 (21.3–28.1)    | -1.9 (-4.0--1.7)    | 28.7 (24.1–33.2)      | 27.9 (25.0–33.1)    | 0.0 (-0.4–1.8)       | 0.023          |
| LDL (mg/dL)              | 174.0 (153.0–183.8) | 117.5 (99.5–142.2)  | -57.0 (-68.5--46.2) | 130.0 (115.5–163.0)   | 165.0 (126.8–177.0) | 14.0 (-10.5–37.0)    | 0.008          |
| Sistolik KB (mmHg)       | 120.0 (115.0–137.0) | 110.0 (100.0–122.5) | -10.0 (-15.0--5.0)  | 135.0 (125.0–145.0)   | 130.0 (125.0–137.5) | 0.0 (0.0–0.0)        | 0.118          |
| Diastolik KB (mmHg)      | 80.0 (75.0–89.5)    | 70.0 (65.0–80.0)    | -5.0 (-15.0–0.0)    | 80.0 (80.0–90.0)      | 80.0 (80.0–85.0)    | 0.0 (0.0–0.0)        | 0.180          |
| HbA1c (%)                | 6.3 (5.8–6.8)       | 6.5 (6.0–7.3)       | -0.2 (-0.4–0.2)     | 6.2 (5.9–6.2)         | 5.9 (5.8–6.0)       | -0.3 (-0.3–0.1)      | 0.747          |

**Veriler medyan (CAA) olarak sunulmuştur.  $\Delta$ : takip – başlangıç değişimi. p( $\Delta$ ) değeri gruplar arası değişim farkının anlamlılığını göstermektedir.**

**[SS-017]**

**Renal transplantasyon hastalarında biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç kullanımı: tek merkez retrospektif deneyim**

Temel Utku Öztürk, Belkıs Nihan Coşkun

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları A.D, Romatoloji B.D, Bursa

**Giriş-Amaç:** Renal transplantasyon hastalarında romatolojik hastalıkların yönetimi, mevcut immünsüpresif tedavi yükü ve enfeksiyon riski nedeniyle klinik açıdan güçlükler içermektedir. Bu hasta grubunda biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçların (biyolojik DMARD) kullanımına ilişkin gerçek yaşam verileri sınırlıdır. Bu çalışmada, merkezimizde biyolojik DMARD kullanan renal transplantasyon hastalarının demografik özellikleri, son dönem böbrek yetmezliği nedenleri ve tedavi süreçlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Romatoloji kliniğinde takip edilen, renal transplantasyon öyküsü bulunan ve biyolojik DMARD kullanmış hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, son dönem böbrek yetmezliği etiyolojileri, romatolojik tanıları, transplantasyon yılları, biyolojik ajanları, eşlik eden immünsüpresif tedavileri, enfeksiyon nedeniyle hastaneye yatış öyküleri ve greft reddi durumları değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplam 13 hasta (7 kadın [%53.8], 6 erkek [%46.2]) çalışmaya dahil edildi ve medyan yaş 45 yıl idi. En sık romatolojik tanı ailesel akdeniz ateşi (FMF) olup hastaların %53.8'ini (n=7) oluşturdu; bunu romatoid artrit (%23.1, n=3), ankilozan spondilit (%15.4, n=2) ve granülomatöz polianjit (%7.7, n=1) izledi. Son dönem böbrek yetmezliği etiyolojisinde en sık amiloidoz saptandı. Medyan transplantasyon yılı 2014 olup medyan transplant sonrası izlem süresi yaklaşık 12 yıl olarak hesaplandı. Biyolojik tedavi olarak en sık anakinra kullanıldı (%53.8, n=7). Hastaların çoğunda takrolimus, mikofenolat mofetil ve düşük doz steroid içeren kombine immünsüpresif tedavi mevcuttu. İzlemde enfeksiyon nedeniyle hastaneye yatış %38.5 (n=5) hastada gözlemlendi. Greft reddi %23.1 (n=3) hastada saptandı. Hastaların %69.2'sinde (n=9) biyolojik tedavi izlem sırasında devam etmekteydi.

**Sonuç:** Bu tek merkezli deneyim, uygun hasta seçimi ve yakın izlem ile renal transplantasyon hastalarında biyolojik DMARD tedavisinin klinik pratikte uygulanabilir olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte enfeksiyon yatışı ve greft reddi açısından bu hasta grubunun dikkatli izlenmesi gerekmektedir. Daha geniş serilerle yapılacak çalışmalar uzun dönem güvenlilik profilini daha net ortaya koyacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** biyolojik DMARD, renal transplantasyon, romatolojik hastalıklar

[SS-018]

**Birinci basamak setuksimab temelli tedavi alan metastatik kolorektal kanserli hastalarda yaşın etkinlik üzerine etkisi: Tek merkez gerçek yaşam verileri**

Yağmur Karaman, Erdem Çubukçu

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

**Giriş-Amaç:** Metastatik kolorektal kanser (mKRK) tanılı yaşlı hastalarda anti-EGFR tedavilerin etkinliği ve güvenilirliği konusundaki veriler, pivotal faz çalışmalarında bu popülasyonun kısıtlı yer alması nedeniyle gerçek yaşam verilerine ihtiyaç duymaktadır. Bu çalışmada, birinci basamak setuksimab temelli tedavi alan mKRK hastalarında yaşın sağkalım üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

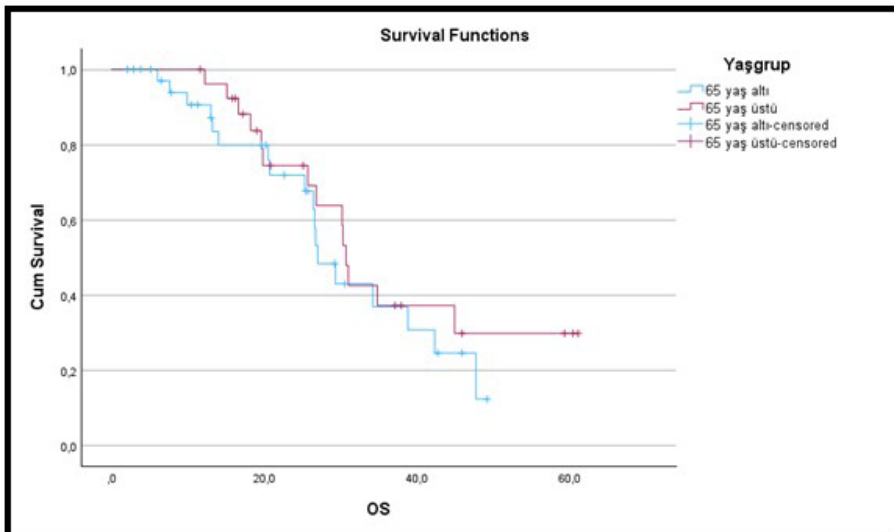
**Metod:** Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji biriminde takipli, RAS ve BRAF yaban tip (wild-type) olup birinci basamak setuksimab temelli kemoterapi alan 64 mKRK hastası retrospektif olarak incelendi. Hastalar <65 yaş (n=37) ve ≥65 yaş (n=27) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında klinikopatolojik özellikler, ECOG performans skorları, objektif yanıt oranı (ORR), progresyonsuz sağkalım (PFS) ve genel sağkalım (OS) sonuçları karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Hastaların %57,8'i <65 yaş, %42,2'si ≥65 yaş grubundaydı. Yaşlı grupta başlangıç ECOG performans skoru anlamlı derecede daha yüksekti (%51,9 vs %21,6, p=0,013). Ayrıca ≥65 yaş grubunda komorbidite yükü (%74,1 vs %40,5, p=0,008) ve karaciğer metastazı (%100 vs %83,8, p=0,028) anlamlı derecede yüksekti (Tablo 1). Etkinlik analizlerinde; ORR genç grupta %68,6, yaşlı grupta %65,4 saptandı (p=0,793). Medyan PFS süreleri (13,7 ay vs 14,2 ay, p=0,877) ve medyan OS süreleri (27,0 ay vs 30,7 ay, p=0,391) açısından gruplar arasında istatistiksel fark saptanmadı. Güvenlilik analizinde; ≥65 yaş grubunda hipokalemi gelişme oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu (%51,9 vs %25,7, p=0,035).

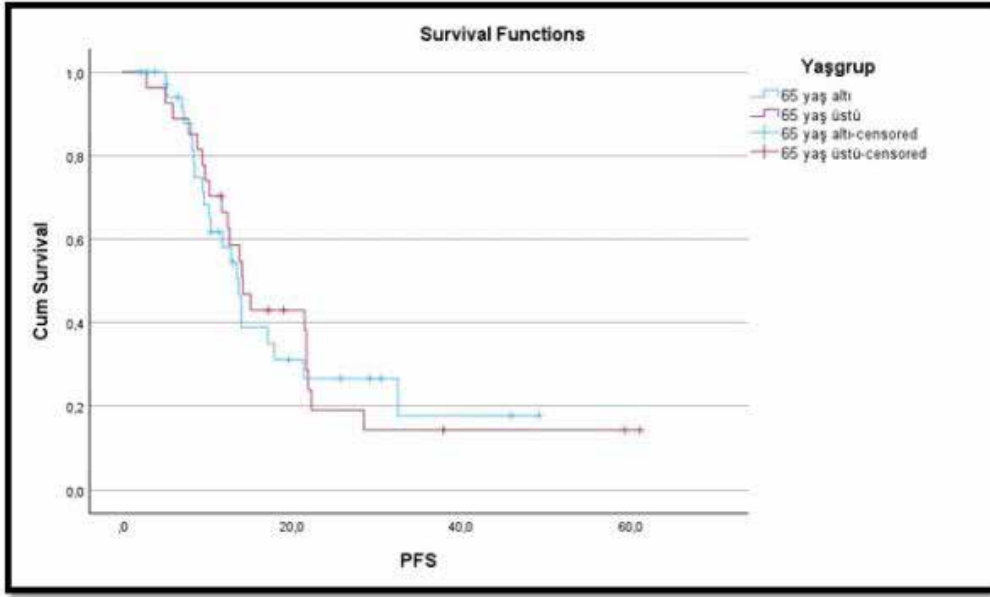
**Sonuç ve Tartışma:** Çalışmamız, yaşlı mKRK hastalarında setuksimab temelli tedavilerin genç popülasyonla eşdeğer etkinlik sunduğunu kanıtlamıştır. Yaşlı grubun anlamlı derecede daha düşük performans skoruna, daha yüksek komorbidite yüküne ve tümünde (%100) karaciğer metastazı olmasına rağmen, benzer PFS ve OS sürelerine ulaşılması klinik olarak oldukça değerlidir. Bu bulgular, yaşlı hastalarda setuksimab temelli tedavilerin tolere edilebilir olduğunu ve sağkalım avantajı sağladığını göstermektedir. Özellikle yaşlı hastalarda saptanan hipokalemi riski (p=0,035), bu popülasyonda setuksimab kullanımı sırasında daha yakın elektrolit takibi yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Elde edilen veriler, kronolojik yaşın tek başına bir dışlama kriteri olmadığını; setuksimabın yaşlı popülasyonda genç hastalarla tam bir sağkalım ve yanıt eşdeğerliği sunduğunu, bu nedenle tedavi kararında biyolojik yaş ve performans durumunun esas alınması gerektiğini desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** kolorektal kanser, sağ kalım, setuksimab

**Genel Sağkalım**



### Progresyonsuz Sağkalım



**Tablo-1**

| Özellik                  | 65 yaş altı (n=37) | 65 yaş üstü (n=27) | p     |
|--------------------------|--------------------|--------------------|-------|
| Cinsiyet (Erkek)         | 24 (%64,9)         | 19 (%70,4)         | 0,643 |
| ECOG                     |                    |                    | 0,03  |
| 0-1                      | 36 (%97,3)         | 21 (%77,8)         |       |
| 2-3                      | 1 (%2,7)           | 6 (%22,2)          |       |
| Komorbidite              |                    |                    | 0,008 |
| -Var                     | 15 (%40,5)         | 20 (%74,1)         |       |
| -Yok                     | 22 (%59,5)         | 7 (%25,9)          |       |
| Primer Tümör Yerleşimi   |                    |                    | 1,000 |
| Sol                      | 33 (%89,2)         | 24 (%88,9)         |       |
| Sağ                      | 4 (%10,8)          | 3 (%11,1)          |       |
| Hastalık Durumu          |                    |                    | 0,579 |
| De-novo Metastatik       | 28 (%75,7)         | 22 (%81,5)         |       |
| Nüks Metastatik          | 9 (%24,3)          | 5 (%18,5)          |       |
| Karaciğer Metastazı      |                    |                    | 0,03  |
| -Var                     | 31 (%83,8)         | 27 (%100,0)        |       |
| -Yok                     | 6 (%16,2)          | 0 (%0,0)           |       |
| Metastaz Bölge Sayısı    |                    |                    | 0,409 |
| -Tek bölge               | 14 (%37,8)         | 13 (%48,1)         |       |
| -2 veya daha fazla bölge | 23 (%62,2)         | 14 (%51,9)         |       |
| Kemoterapi Rejimi        |                    |                    | 0,467 |
| - Oxaliplatin bazlı      | 30 (%81,1)         | 22 (%81,5)         |       |
| - İrinotekan bazlı       | 7 (%18,9)          | 4 (%14,8)          |       |
| - Triplet (FOLFOXIRI)    | %0,0               | 1 (%3,7)           |       |

[SS-019]

**İlçe devlet hastanesi genel dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda 25- OH D vitamini düzeyi ile pnömoni tedavi yanıtı arasındaki ilişkinin tek merkez, retrospektif olarak değerlendirilmesi**

Nevriye Gül Ada Tak

Büyükorhan İlçe Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Bursa

**Giriş:** D vitamini, güneş ışığı ile deri tarafından aktive edilen, bazı balık türlerinde ve yumurtada bulunan yağda çözünebilir bir vitamindir. Kalsiyum emilimi, kemik ve kas metabolizması, hormon regülasyonu gibi aktivitelerin yanı sıra D vitamini eksikliğinde toplum kaynaklı pnömonilerin (TKP) ve tüberkülozun da içinde bulunduğu solunum yolu enfeksiyonlarının riskinin arttığı izlenmiştir. Eksiklik aynı zamanda akut faz proteinlerinden olan C-reaktif protein (CRP) ile de ilişkilendirilir. TKP şiddeti değerlendirmesi için CURB-65 (konfüzyon, kan-üre azotu, solunum sayısı, sistolik kan basıncı, >=65 yaş) skoru kullanılmaktadır. Skoru sadece yaş kaynaklı bir olanlarda yatış zorunlu olmasa da klinik seyri kötüleşebilecek hastalar ve skor>=2 olan hastalarda internasyon önerilir. Yaş ortalaması yüksek ve komorbiditesi fazla bireylerde TKP'ler yüksek mortalite ve morbidite ile seyredilmektedir. Özellikle 25-OH D vitamini düzeyi <=10 ng/mL olan ileri yetmezlik grubunda bakteriyel ve viral pnömoni riski artmakta, hastane yatış süresi uzatmakta ve yatış sıklığında artma izlenebilmektedir.

**Metod:** Bu retrospektif çalışmada, 01.01.2025 – 31.12.2025 tarihleri arasında iç hastalıkları polikliniğimize başvuran veya acil servis tarafından konsülte edilip; klinik, laboratuvar veya radyolojik görüntülemeleri ile pnömoni tanısı alan ve hospitalize edilen 41 hasta değerlendirildi. Tekrarlayan yatışı olan hastaların (n=4 hasta) ilk yatışındaki biyokimya ve hemogram değerleri çalışmaya dahil edildi ve diğer yatışları çalışma dışı bırakıldı. Demografik veriler, klinik bulgular, laboratuvar sonuçları ve etiyolojik nedenler hastane kayıtlarından elde edildi. Komorbiditeleri, kronik akciğer hastalıkları ve diğer hastalıklar olmak üzere iki ayrı ana başlık olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmamızda hasta grubumuzun medyan yaşı 75 yıl olup %68.3'ü erkekti. Olguların %51.2'sinde (n=21) kronik akciğer hastalığı, %78'inde (n=32) en az bir non-pulmoner komorbidite mevcuttu. Hastaların %80.5'inde (n=33) CURB-65>=2 idi. D vitamini düzeyi <=10 ng/mL olan hasta oranı %68.3 olarak saptandı. Hastaların %41.5'inde (n=17) yatış süresi sekiz gün ve üzeri izlendi. D vitamini düzeyine göre yapılan karşılaştırmada, <=10 ng/mL ve >10 ng/mL grupları arasında yaş, cinsiyet, komorbidite, inflamatuvar belirteçler ve böbrek fonksiyonları açısından anlamlı fark izlenmedi. Ancak ciddi 25-OH D vitamini eksikliği olan grupta hastane yatış süresi %30 daha uzun saptandı. (p=0.045) Başvuru anı 25-OH D vitamini düzeyleri ile hastanede yatış süresi arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (rs = -0.352, p = 0.024). Bu bulgu, daha düşük D vitamini düzeylerinin daha uzun yatış süreleri ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. (Güven aralığı (GA): -0.602, -0.041)

**Sonuç:** Çalışmamızda TKP tanılı 41 hasta demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri ile değerlendirildi. Hasta grubumuzun büyük bir kısmı ileri yaş, erkek cinsiyet, çoklu komorbiditelerle sahipti. CURB-65>=2 olan hastalar çoğunlukta idi. 25-OH D vitamini düzeyi <=10 ng/mL olan hasta grubu %68,3 olup ciddi D vitamini eksikliği çalışma grubumuzda yaygın olarak görüldü. Takiplerde yaş, cinsiyet, komorbidite varlığı, inflamatuvar belirteçler ve böbrek fonksiyon testleri açısından anlamlı fark izlenmedi. Ciddi D vitamini eksikliği olan hasta grubunda ise hastane yatış süresi %30 daha uzun bulundu.

**Tartışma:** Bu sonuç D vitamini eksikliğinin hastalık şiddetinden daha çok iyileşme süresi ve klinik toparlanma açısından etkili olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda hasta sayımızın sınırlı ve tek merkezli olması nedeni ile bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Örneklem büyüklüğü daha fazla olan gruplara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** 25-OH D vitamini, curb-65, pnömoni

**Tablo-1**

Tablo 1: Hastaların Genel Demografik ve Klinik Özellikleri (n:41)

| Parametreler                                | n                 |
|---|-------------------|
| Yaş, yıl                                    | 75 (37-94)        |
| Erkek cinsiyet, n (%)                       | 28 (68.3)         |
| Kronik akciğer hastalığı (Astm/KOAH), n (%) | 21 (51.2)         |
| ≥1 non-pulmoner komorbidite *, n(%)         | 32 (78.0)         |
| CURB-65 ≥2, n (%)                           | 33 (80.5)         |
| CRP, mg/dL                                  | 115 (29-184)      |
| WBC (Lökosit), ×10 <sup>9</sup> /µL         | 10.0 (3.9-36.6)   |
| Nötrofil, ×10 <sup>9</sup> /µL              | 8.2 (0.7-34.0)    |
| Lenfosit, ×10 <sup>9</sup> /µL              | 1.0 (0.2-10.0)    |
| Hemoglobin                                  | 12.9 (7.7-16.5)   |
| Trombosit sayısı                            | 221 (32-622)      |
| BUN, mg/dl                                  | 39.2 (12.0-192.0) |
| Kreatinin, mg/dl                            | 0.9 (0.6-8.0)     |
| 25-OH Vitamin D ≤10, n (%)                  | 28 (68.3)         |
| Yatış Süresi ≥8 gün, n(%)                   | 17 (41.5)         |

\*: Diabetes mellitus, Hipertansiyon, Hiperlipidemi, Koroner arter hastalıkları. KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, CURB-65: Konfüzyon, Kan-Üre Azotu, Solunum Sayısı, Sistolik Kan Basıncı, CRP: C Reaktif Protein, WBC: Lökosit, BUN: Kan-Üre Azotu,

**Tablo 1: Hastaların Genel Demografik ve Klinik Özellikleri (n:41)**

**Tablo-2**

Tablo 2: D Vitamini Düzeyine Göre Hasta Özelliklerinin Değerlendirilmesi

| Parametreler                                | ≤10 ng/mL (n=)    | >10 ng/mL (n)      | P-<br>value         |
|---|-------------------|--------------------|---------------------|
| Yaş, yıl                                    | 74 (37-89)        | 76 (51-94)         | 0.196 <sup>a</sup>  |
| Erkek cinsiyet, n (%)                       | 19 (67.9)         | 9 (32.1)           | >0.99 <sup>b</sup>  |
| Kronik akciğer hastalığı (Astm/KOAH), n (%) | 17 (81.0)         | 4 (19.0)           | 0.211 <sup>b</sup>  |
| ≥1 non-pulmoner komorbidite*, n(%)          | 20 (62.5)         | 12 (37.5)          | 0.228 <sup>b</sup>  |
| CURB-65 ≥2, n (%)                           | 20 (62.5)         | 12 (37.5)          | 0.228 <sup>b</sup>  |
| CRP, mg/dL                                  | 114.1 (29-183.6)  | 115.8 (44.5-183.1) | 0.570 <sup>a</sup>  |
| WBC (Lökosit), ×10 <sup>9</sup> /µL         | 10.4 (3.9-36.6)   | 10.0 (5.6-19.2)    | 0.484 <sup>a</sup>  |
| Nötrofil, ×10 <sup>9</sup> /µL              | 8.8 (0.7-34.0)    | 8.2 (3.8-16.6)     | 0.475 <sup>a</sup>  |
| Lenfosit, ×10 <sup>9</sup> /µL              | 1.0 (0.2-2.2)     | 1.1 (0.5-2.8)      | 0.533 <sup>a</sup>  |
| Hemoglobin                                  | 12.9 (7.7-16.5)   | 12.8 (11.4-15.7)   | 0.857 <sup>a</sup>  |
| Trombosit sayısı                            | 216 (32-622)      | 236 (100-417)      | 0.737 <sup>a</sup>  |
| BUN, mg/dl                                  | 38.8 (12.0-192.0) | 45 (33.0-54.2)     | 0.654 <sup>a</sup>  |
| Kreatinin, mg/dl                            | 0.8 (0.6-8.0)     | 1.0 (0.6-1.2)      | 0.674 <sup>a</sup>  |
| 25-OH Vitamin D, mg/dl                      | 7.2 (2.8-9.9)     | 22.0(10.1-45.5)    | <0.001 <sup>b</sup> |
| Yatış Süresi, gün,                          | 8 (3-18)          | 6 (3-10)           | 0.045 <sup>b</sup>  |

a: Mann-Whitney U testi, b: Chi-Square testi, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, CURB-65: Konfüzyon, Kan-Üre Azotu, Solunum Sayısı, Sistolik Kan Basıncı, CRP: C Reaktif Protein, WBC: Lökosit, BUN: Kan-Üre Azotu. \*: Diabetes mellitus, Hipertansiyon, Hiperlipidemi, Koroner arter hastalıkları,

**Tablo 2: D Vitamini Düzeyine Göre Hasta Özelliklerinin Değerlendirilmesi**

## [SS-020]

# Metastatik Hormon Reseptörü Pozitif, Her-2 Negatif Erkek Meme Karsinomunda CDK 4/6 İnhibitörleri ve Endokrin Blokaj Stratejileri: Dört Olguluk Klinik Deneyim Analizi

Buket Erkan Özmarasalı, Türkkkan Evrensel

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Bursa

**Giriş-Amaç:** Erkek meme karsinomu (EMK), tüm meme malignitelerinin %1'inden azını oluşturan, nadir görülmesi nedeniyle tedavi algoritmaları büyük oranda postmenopozal kadın popülasyonundan elde edilen veriler ışığında şekillenen bir antitedir. EMK vakalarının yaklaşık %90'ı hormon reseptörü (HR) pozitif olup, luminal subtipler baskındır. Bu çalışmada, metastatik luminal tip EMK tanılı dört olguda, bir siklin bağımlı kinaz 4/6 (CDK 4/6) inhibitörü olan ribosiklibin, gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) analogları ve aromataz inhibitörleri (Aİ) ile kombinasyonunun terapötik etkinliğini sunmayı amaçladık.

**Metod:** Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda takip edilen, histopatolojik olarak invaziv duktal karsinom tanısı kesinleşmiş, hormon reseptörü (HR) pozitif ve insan epidermal büyüme faktörü reseptörü 2 (Her-2) negatif dört metastatik erkek hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların proliferasyon indeksleri (Ki-67), metastatik paternleri ve ribosiklib bazlı tedaviye verdikleri radyolojik yanıtlar "Response Evaluation Criteria in Solid Tumors" (RECIST 1.1) kriterleri doğrultusunda değerlendirildi.

### Olgular

**Olgu 1:** De-novo mediastinal lenfadenopati (Ki-67: %35) ile prezente olan 51 yaşındaki hastaya ribosiklib, letrozol ve luteinizan hormon salgılatıcı hormon (LHRH) analogu başlandı. Sistemik tedavi sonrası yanıtı olup primere yönelik cerrahi uygulanan hastada, takibinin 14. ayında tam metabolik yanıt ile takip edilmektedir (Şekil 1).

**Olgu 2:** On altı yıl sonra akciğer, mediasten ve kemik nüksü saptanan, endokrin dirençli (adjuvan tamoksifen ve letrozol öykülü) hastada; ribosiklib, letrozol ve LHRH analogu kombinasyonu ile 16. ayda visseral metastazlarda tam radyolojik regresyon, kemik lezyonlarında parsiyel yanıt izlendi.

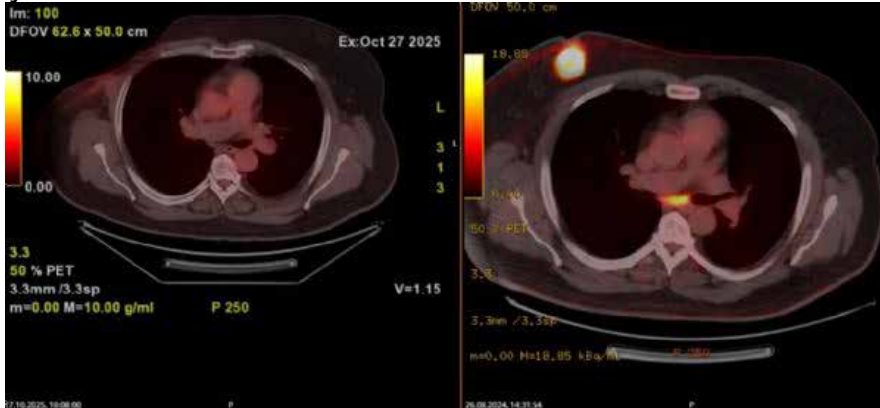
**Olgu 3:** Pulmoner metastatik olarak tanı alan (Ki-67: %3) hastada ribosiklib ve yoğun endokrin blokaj ile multimodal yönetim uygulandı. Tedavinin 15. ayında pozitron emisyon tomografisi (PET-BT) değerlendirmesinde tam remisyon saptandı.

**Olgu 4:** Adjuvan tamoksifen altındayken yüksek proliferatif karakterli (Ki-67: %50) akciğer nüksü gelişen hastada ribosiklib ve Aİ kombinasyonu ile hızlı klinik yanıt elde edilerek tam metabolik kontrol sağlandı.

**Sonuç ve Tartışma:** EMK fizyopatolojisinde östrojen sentezinin periferik aromatazasyon bağımlı olması, tek başına Aİ kullanımında negatif feedback yoluyla testosteron artışını tetikleyebilmektedir. Serimizdeki dört hastanın tamamında, yüksek visseral metastaz yükü ve yüksek Ki-67 oranlarına rağmen ribosiklib ve GnRH analogu kombinasyonu ile elde edilen yüksek tam yanıt oranları, bu hedefe yönelik stratejinin EMK yönetiminde birinci basamak standart tedavi olarak değerlendirilmesi gerektiğini desteklemektedir. Modern sistemik yaklaşımlar, metastatik EMK prognozunu anlamlı düzeyde iyileştirme potansiyeline sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Erkek meme kanseri, CDK 4/6 inhibitörü, ribosiklib, metastatik meme kanseri

### Şekil



Metastatik EMK'de Ribosiklib ve Endokrin Tedavi ile Sağlanan Tam Metabolik Yanıt

## [SS-021]

# Subakut Tiroiditte Hemogram Türevli İndekslerin İnflamasyon Parametreleri İle İlişkisi

Filiz Mercan Sarıdaş

Filiz Mercan Sarıdaş, Çekirge Devlet Hastanesi; Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü, Bursa

**Giriş:** Subakut tiroidit, tiroid bezinde ağrı ve inflamasyonla seyreden, çoğu olguda kendini sınırlayan bir tiroidit formudur. Klinik izlemi sırasında sistemik inflamasyon belirteçleri (CRP, sedimentasyon) belirgin artarken, hemogramdan türetilen indekslerin (NLR, LMR, SIRI) inflamasyon yükünü yansıtmaya potansiyeli giderek daha fazla ilgi çekmektedir. Bu çalışmada subakut tiroiditli hastalarda aktif dönem ve iyileşme döneminde NLR, LMR, SIRI ve MPV'nin değişimi ve bu parametrelerin CRP/sedimentasyon ile ilişkisi araştırıldı.

**Bulgular:** Ocak 2025–Şubat 2026 arasında tek merkezde retrospektif taranan 25 hastanın 2'si romatolojik hastalık, 1'i gebelik nedeniyle dışlandı; 22 hasta çalışmaya dahil edildi. Yaş ortalaması  $43.5 \pm 9.26$  yıl olup olguların %77.3'ü kadın ( $n=17$ ) idi. Başvuru anında tiroid hassasiyeti %81.8, USG'de bilateral tutulum %54.5 oranında saptandı. Tedavide %40 yalnız NSAİİ, %31 NSAİİ sonrası steroid, %27 yalnız steroid kullanıldı; %27.3 hastada beta-bloker gereksinimi oldu. Tiroid fonksiyonlarında TSH aktif dönemde  $0.025$  ( $0-1.84$ ) iken iyileşme döneminde  $2.43$  ( $0-6.87$ ) bulundu (Wilcoxon  $p < 0.01$ ). İnflamasyon parametreleri belirgin geriledi: CRP aktif dönemde  $46.15$  ( $2-197$ ) iken iyileşmede  $2.2$  ( $2-9.3$ ) (Wilcoxon  $p < 0.001$ ). Sedimentasyon aktif dönemde  $77.15 \pm 25.67$ , iyileşmede  $23.60 \pm 12.92$  idi ( $n=20$ ); sedimde anlamlı azalma izlendi ( $t(19)=7.878$ ,  $p < 0.001$ ; Cohen's  $d=1.76$ ).

Hemogram indekslerinde; NLR aktif dönemde  $2.95 \pm 1.36$ , iyileşmede  $1.79 \pm 0.59$  idi ( $n=21$ ) ve anlamlı azalma saptandı ( $t(20)=4.262$ ,  $p < 0.001$ ; Cohen's  $d=0.93$ ). MPV aktif dönemde  $9.71 \pm 1.05$ , iyileşmede  $9.88 \pm 0.98$  olup dönemler arasında fark yoktu ( $t(20)=-1.014$ ,  $p=0.323$ ). LMR, iyileşme döneminde anlamlı artış gösterdi (Wilcoxon  $Z=-2.94$ ,  $p=0.003$ ; etki büyüklüğü  $r \approx 0.64$ ). SIRI için dönemler arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $Z=-1.79$ ,  $p=0.073$ ).

Korelasyon analizlerinde aktif dönemde NLR-CRP ( $\rho=0.573$ ,  $p=0.007$ ), LMR-CRP ( $\rho=-0.505$ ,  $p=0.019$ ) ve SIRI-CRP ( $\rho=0.447$ ,  $p=0.042$ ) arasında anlamlı ilişki saptanırken, MPV'nin CRP veya sedimentasyon ile anlamlı korelasyonu yoktu. İyileşme döneminde sedimentasyon ile anlamlı korelasyon izlenmezken CRP ile NLR ve LMR arasında anlamlı korelasyonlar devam etti; SIRI-CRP ilişkisi ise sınırda idi ( $\rho=-0.403$ ,  $p=0.070$ ).

İyileşme dönemi-aktif hastalık dönemi değişim ( $\Delta$ =recovery-aktif) analizinde  $\Delta$ CRP ile  $\Delta$ sedimentasyon arasında çok güçlü paralellik ( $\rho=0.898$ ,  $p < 0.001$ ) saptandı.  $\Delta$ CRP ile  $\Delta$ NLR güçlü ( $\rho=0.673$ ,  $p < 0.001$ ) ve  $\Delta$ CRP ile  $\Delta$ SIRI orta düzey ( $\rho=0.439$ ,  $p=0.047$ ) pozitif korelasyon gösterdi.  $\Delta$ LMR ve  $\Delta$ MPV'nin  $\Delta$ CRP ile anlamlı ilişkisi yoktu.

**Sonuç:** Subakut tiroiditte aktif dönemden iyileşmeye geçişte CRP ve sedimentasyon belirgin azalırken, NLR'de anlamlı düşüş ve LMR'de anlamlı artış izlenmiştir; MPV'de anlamlı değişiklik saptanmamıştır. Hem aktif dönem korelasyonları hem de özellikle delta analizleri, NLR ve SIRI'nin inflamasyon yükündeki değişimi (özellikle CRP) daha iyi yansıttığını, MPV'nin ise bu değişimi yansıtmadığını düşündürmektedir. Bu indeksler, subakut tiroiditte hastalık aktivitesi izlemi için kolay erişilebilir yardımcı belirteçler olabilir; daha geniş örneklemli çalışmalarla doğrulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Subakut tiroidit, C-reaktif protein (CRP), Eritrosit sedimentasyon hızı (ESR/sedimentasyon), Hemogram indeksleri, Hastalık aktivitesi

[SS-022]

## Dev Hücreli Arterit Tanılı Hastaların Klinik Özellikleri, Tedavi Süreçleri ve Organ Hasarı Analizi: Tek Merkez Deneyimi

Zeynep Yağbasan, Yavuz Pehlivan

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

**Giriş ve Amaç:** Dev hücreli arterit (DHA), 50 yaş üzeri popülasyonda kadınlarda daha sık görülen, büyük ve orta çaplı damarları tutarak ciddi iskemik komplikasyonlara yol açabilen sistemik bir vaskülitir. Büyük damar vaskülitlerinin %40-70'ini oluşturan DHA; baş ağrısı, çene klodikasyonu gibi lokalize kraniyal bulgularla prezente olabileceği gibi, ani görme kaybı ve inme gibi kalıcı iskemik hasar riski taşıyan tablolarla da karşımıza çıkabilir. Bu çalışmada; merkezimizde takip edilen DHA hastalarının demografik verilerini, klinik prezentasyonlarını, görüntüleme ve biyopsi bulgularını, uygulanan tedavileri ve takip sürecinde gelişen organ hasarlarını değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamıza Ocak 2012 ile Aralık 2025 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji Bilim Dalında takip edilen tanısı doğrulanmış 36 DHA hastası dahil edildi. 36 hastanın klinik semptomları, laboratuvar parametreleri [(sedimantasyon, C-reaktif protein (CRP)], görüntüleme bulguları [ultrasonografi (USG), pozitron emisyon tomografisi (PET)], biyopsi sonuçları, kullanılan immünespresif tedaviler (glukokortikoid, metotreksat, tocilizumab) ve takipte gelişen komorbiditeler hastane elektronik sistemi kullanılarak retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 36 hastanın %80.6' sını (n:29) kadın olup, hastaların ortalama tanı yaşı  $70.19 \pm 7$  yıl, ortalama takip süreleri  $56.47 \pm 41.56$  ay olarak saptanmıştır. Semptom başlangıcından tanıya kadar geçen sürenin 1 (0-63) ay olduğu görülmüştür. Başvuruda saptanan semptomlar sırasıyla baş ağrısı (%88.9), görme kaybı (%61.1), scalp hassasiyeti (%55.6), çene klodikasyonu (%36.1), vasküler üfürüm (%25) ve omuz-boyun sertliğidir (%22,2). Tanısal süreçte hastaların %50' sine temporal arter biyopsisi yapılmış olup, biyopsilerin %72.2'si tanısal, %27.8' i ise nonspesifik gelmiştir. Görüntüleme yöntemlerinde USG bulgusu %11.4, PET tutulumu ise %8.3 hastada saptanmıştır. Laboratuvar tetkiklerinde ortalama sedimantasyon hızı  $72.94 \pm 28.9$  mm/sa ve CRP değeri  $83.74 \pm 72.4$  mg/L olarak ölçülmüştür. Tedavi yönetiminde hastaların %97.2'si ortalama  $47.5 \pm 36.7$  ay süreyle prednizolon (ortalama kümülatif doz:  $18.244 \pm 26.303$  mg) tedavisi almıştır. Hastaların %69.4' ü metotreksat (ortalama  $40,6 \pm 35,9$  ay), %33.3' ü ise tocilizumab (ortalama  $34,7 \pm 28,1$  ay) kullanmıştır. Takip sürecinde ortalama relaps sayısı 0.44 olup, ilk relapsa kadar geçen süre ortalama 6.6 ay olarak saptanmıştır. Vasküler tutulum paternleri incelendiğinde en sık subklavien arter (%11.1) ve karotis (%8.3) tutulumu gözlenmiş; bunu abdominal aorta (%5.6), torasik aorta (%5.6) ve aksiller arter (%2.8) tutulumları izlemiştir. Son vizit verilerine göre saptanan kalıcı organ hasarları arasında; unilateral görme kaybı (%30.6), miyokard enfarktüsü (%13.9) ve kalp yetmezliği (%11.1) en sık görülen komplikasyonlar olarak öne çıkmaktadır. Takip süreci boyunca komorbidite yükünde belirgin bir artış gözlenmiş; hipertansiyon oranı %86.1' e, diabetes mellitus oranı %33.3' e ve kronik böbrek hasarı oranı %11.1' e yükselmiştir. Tüm takip süreci sonunda mortalite oranı %25 (n=9) olarak belirlenmiştir.

**Sonuç:** DHA, yaşlı popülasyonda yüksek morbidite riski taşıyan sistemik bir vaskülitir. Glukokortikoidler, hastalık yönetiminin hala temel taşıını oluştursa da çalışmamızda saptanan yüksek kümülatif dozlar ve buna bağlı gelişen komorbidite artışı (HT, DM) dikkat çekmektedir. Görme kaybı ve vasküler tutulumlar DHA' da nadir olmayıp, saptanması durumunda kalıcı organ hasarı ve fatal sonuçlarla seyredabilmektedir. Bu riskler göz önüne alındığında, erken dönemde agresif immünespresif tedavi (tocilizumab, metotreksat) ve yakın klinik izlem tedavinin temelini oluşturmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** dev hücreli arterit, tocilizumab, görme kaybı

[SS-023]

**Tip 1 Diyabetes Mellitus Hastalarında Diyabetik Retinopati ile Hastalık Süresi, Glisemik Kontrol ve İnflamatuvar-Lipid İndeksler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

Nisa Babacanlar, Kadircan Karatoprak, Can Özgü, Rümeyza Kantar, Alper Batu, Soner Cander, Özen Öz Gül, Canan Ersoy, Erdinç Ertürk

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

**Giriş:** Diyabetik retinopati (DR), tip 1 diyabetes mellitus (T1DM) hastalarında en sık görülen mikrovasküler komplikasyonlardan biridir ve başlıca belirleyicileri arasında hastalık süresi ve kronik hiperglisemi yer almaktadır. Son yıllarda sistemik inflamasyon ve dislipidemiye yansıtılan bazı türetilmiş biyokimyasal indekslerin, vasküler komplikasyonların öngörülmesinde kullanılabileceği öne sürülmektedir. Nötrofil-lenfosit oranı (NLR), monosit-HDL oranı (MHR) ve trigliserid-HDL oranı (TG/HDL) gibi göstergelerin diyabetik retinopati ile ilişkisi konusunda veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, bir üniversite hastanesi endokrinoloji kliniğinde takip edilen T1DM hastalarında retinopati varlığı ile klinik özellikler, glisemik kontrol ve inflamatuvar-lipid indeksler arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

**Yöntem:** Kesitsel tasarımda yürütülen çalışmaya bir üniversite hastanesi endokrinoloji kliniğinde izlenen 82 T1DM hastası dahil edildi (29 erkek, 53 kadın). Katılımcıların median yaşı 29 yıl (18-65), median diyabet süresi 14 yıl (5-42) idi. Retinopati 29 hastada (%35,4) saptandı; bunların 15'i hafif-orta non-proliferatif, 14'ü ağır non-proliferatif veya proliferatif retinopati idi. Nöropati 31 hastada (%37,8) mevcuttu.

Laboratuvar parametreleri olarak nötrofil, lenfosit, monosit, trigliserid, HDL ve non-HDL düzeyleri kaydedildi. Bu değerlerden MHR (monosit/HDL), NLR (nötrofil/lenfosit) ve TG/HDL indeksleri hesaplandı.

Retinopati varlığına göre sürekli değişkenler Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Korelasyonlar Spearman testi ile değerlendirildi. Retinopati ile ilişkili bağımsız değişkenleri belirlemek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı.

Modele diyabet süresi, HbA1c, MHR, NLR ve TG/HDL değişkenleri dahil edildi ve stepwise yöntem kullanıldı. Model uyumu Hosmer-Lemeshow testi ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Retinopati olan hastalarda diyabet süresi ve yaş anlamlı olarak daha yüksekti. Retinopati olmayan hastalarda median diyabet süresi 13 yıl (5-40), retinopati olanlarda 20 yıl (9-42) idi ( $p<0,001$ ).

Median yaş retinopati olmayanlarda 24 (18-65), retinopati olanlarda 33 (21-62) idi ( $p=0,002$ ).

NLR, MHR, TG/HDL, trigliserid, HDL ve non-HDL açısından tek değişkenli analizlerde retinopati varlığına göre anlamlı fark saptanmadı (tüm  $p>0,05$ ).

Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde başlangıç modeline diyabet süresi, HbA1c, MHR, NLR ve TG/HDL dahil edildi. Stepwise analiz sonucunda son modelde yalnızca diyabet süresi ve HbA1c anlamlı kaldı. Diyabet süresi retinopati ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (OR=1,158; %95 GA: 1,073-1,250;  $p<0,001$ ). HbA1c düzeyi de bağımsız bir belirleyici olarak saptandı (OR=1,293; %95 GA: 1,015-1,647;  $p=0,038$ ). MHR, NLR ve TG/HDL indeksleri modelde anlamlı bulunmadı ve son modelden çıkarıldı. Model uyumu iyi bulundu (Hosmer-Lemeshow  $p=0,589$ ). Spearman analizinde HbA1c ile MHR arasında zayıf pozitif korelasyon ( $r=0,252$ ,  $p<0,001$ ) ve TG/HDL ile orta düzey pozitif korelasyon ( $r=0,414$ ,  $p<0,001$ ) saptandı.

**Sonuç:** Bu çalışmada T1DM hastalarında diyabetik retinopatinin bağımsız belirleyicilerinin diyabet süresi ve HbA1c olduğu gösterilmiştir. İnflamatuvar ve lipid türevli indeksler retinopati ile ilişkili bulunmamıştır. Bulgular, retinopati gelişiminde kümülatif hiperglisemi yükünün ve hastalık süresinin temel belirleyici olduğunu desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Tip 1 Diabetes mellitus, diyabetik retinopati, hba1c, monosit hdl oranı, nötrofil lenfosit oranı

## [SS-024]

# Ailevi akdeniz ateşi (FMF) zemininde gelişen fokal segmental glomerüloskleroz (FSGS), tek merkez deneyimi

Abdullah Yusuf İstanbullu, Burcu Yağız

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

**Giriş-Amaç:** Ailevi akdeniz ateşi (Familial Mediterranean fever, FMF) genellikle karın, göğüs veya eklemelerde tekrarlayan ateş ve ağrılı ataklar ile karakterize edilen, genetik geçişli otoinflamatuar bir hastalıktır. FMF hastalarında böbrek tutulumu sıklıkla sekonder (AA tipi) amiloidoz olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak amiloid birikimi olmaksızın Fokal Segmental Glomerüloskleroz (FSGS) gibi farklı podositopatiler de nadiren saptanabilmektedir. FSGS histopatolojik olarak böbrek glomerüllerinin fokal ve segmental tutulumları ile izlenen sklerotik lezyonlarla karakterize olan, patogenezinde temel olarak podosit hasarının olduğu, sıklıkla nefrotik düzeyde proteinüri ve son dönem böbrek yetmezliğine ilerleyebilen bir patolojik tanıdır. Bu bildiride, takipleri sırasında proteinüri ve böbrek fonksiyon bozukluğu gelişen, renal biyopsi ile FSGS tanısı kesinleşen 4 FMF olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Kliniğimizde FMF tanısıyla izlenen 400 hastalık kohort retrospektif olarak değerlendirildi. Böbrek tutulumu gelişen hastalarda yapılan renal biyopsiler incelendi ve 44 hastada AA tipi amiloidoz, 4 hastada ise FSGS saptandı. FSGS tanısı alan hastaların klinik seyri, laboratuvar bulguları ve tedavi yaklaşımları ayrıntılı olarak analiz edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 4 hastanın ikisi kadın, ikisi erkekti ve yaş ortalaması 29'du. Tüm hastalarda nefrotik düzeyde proteinüri mevcuttu ve proteinüri miktarı 4,2–10,8 g/gün arasında değişmekteydi. İki hastada takip sırasında son dönem böbrek yetmezliği gelişti; bu hastalardan biri periton diyalizi, diğeri ise hemodiyaliz programına alındı. Hastaların izleminde kolşisin tedavisine ek olarak steroidler, immünsupresif ajanlar (mikofenolat mofetil, siklosporin) ve biyolojik tedaviler (rituksimab, anakinra) kullanıldı. Bir hastada takip sırasında proteinüride artış nedeniyle yapılan kontrol renal biyopsisinde AA tipi amiloidoz geliştiği saptandı.

**Tartışma ve Sonuç:** FMF hastalarında gelişen proteinüride etyoloji olarak akla ilk AA amiloidoz gelse de, non-amiloid glomerüler hastalıklar akılda tutulmalıdır. Genel popülasyonda nadir görülen FSGS'nin, FMF kohortumuzda %1 oranında saptanması dikkat çekicidir. FSGS gelişen FMF hastalarında klinik seyir son dönem böbrek yetmezliğine hızlı ilerleyebilmekte olup, bu hastalarda kolşisin ile immünsupresiflerin ve hedefe yönelik ajanların kullanımı gerekebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi akdeniz ateşi, Fokal segmental glomeruloskleroz, amiloidoz

## TABLO

| Yaş / Cinsiyet                                 | 20 / Kadın  | 23 / Erkek  | 32 / Erkek   | 41 / Kadın   |
|--|---|---|--|--|
| Tanılar  | FMF, Juvenil idiopatik artrit, FSGS, Kalp Yetmezliği, Miyoperikardit  | FMF, FSGS, AA Amiloidoz, Talasemi Minör             | FMF, FSGS, KBH                                     | FMF, FSGS, Astım, KBH  |
| FMF mutasyonu                                  | V726A (p.Val726Ala) (c.2177 T>C) heterozigot  | Genetik negatif                                     | M694V ve R202Q                                     | MEFV p.Met694Val (c.2080A>G) homozigot   |
| Semptomlar                                     | Kalça ve diz ağrısı, şişlik, el eklemlerinde hassasiyet   | Karın ağrısı, bacak ağrıları, ateş, bacaklarda ödem | Kol ve bacak ağrısı                                | Kronik ishal, halsizlik  |
| Proteinüri (tedavi öncesi ve sonrası) (gr/gün) | Diyaliz evresinde   | 4,2 g (2016) → 0,9 g (2017) → 10,8 g (2024)         | Maksimum 7,79 g (2022) → 4,23 g (Spot idrar, 2025) | 10,5 g (2023) → 6,4 g (2024) Takiplerinde KBH+ Diyaliz öyküsü +                          |
| Aldığı tedavi                                  | NSAII, sülfasalazin, metotreksat, prednol, infliksimab, kolşisin, periton diyalizi (Haftada 3 gün), secukinumab | MMF, pulse steroid, RTX, kolşisin, anakinra         | Kolşisin, prednol, febuksostat                     | Prednol, siklosporin, RTX, kolşisin hemodiyaliz (Haftada 2 gün) (Anakinra planlanmıştır) |
| Kan üre azotu*                                 | 20,1 mg/dL  | 29 mg/dL  | 34,6 mg/dL   | 1 mg/dL  |
| Kreatinin*                                     | 2,15 mg/dL  | 1,37 mg/dL  | 2,90 mg/dL   | 1,0 mg/dL  |
| Albümin*                                       | 3,3 g/dL  | 2,4 g/dL  | 3,1 g/dL   | 3,2 g/dL   |
| Total Protein*                                 | 6,3 g/dL  | 4,2 g/dL  | 5,8 g/dL   | 6,2 g/dL   |
| Serum amiloid a*                               | 280 mg/L  | 134 mg/L  | 16 mg/L  | 51 mg/L  |
| CRP*   | 56,9 mg/dL  | 17,26 mg/dL   | 54,1 mg/dL   | 65,3 mg/dL   |
| Hemoglobin*                                    | 10,6 g/dL   | 14,3 g/dL   | 12,1 g/dL  | 7,4 g/dL   |

Hastaların takip, tetkik ve tedavi süreçleri



# 22. İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi

16. Uludağ İç Hastalıkları  
Hemşireliği Kongresi

09-12 Nisan 2026  
Swissôtel / Bursa

# POSTER BİLDİRİLER

[PS-002]

**Yaşlı Hastalarda Eşzamanlı veya Ardışık Görülen Meme ve Kolorektal Kanserler: Üç Olguluk Seri ve Tedavi Yaklaşımlarından Çıkarımlar**

Hülya Ertas

Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi, Tıbbi Onkoloji

**Giriş:** Eşzamanlı veya ardışık meme ve kolorektal kanser birlikteliği oldukça nadir görülmekte ve özellikle ileri yaş hastalarda klinik yönetimi karmaşık bir tablo oluşturmaktadır. Bu sunumda, 65 yaş üzeri üç hastada hormon reseptör pozitif, HER2 negatif meme kanseri ile kolorektal adenokarsinomun birlikte ya da ardışık gelişimini, tanısal süreçleri ve tedavi stratejilerini tartışmayı amaçladık.

**Olgular**

**Olguların Özeti:**

- Olgu 1: 74 yaşında kadın hasta; metastatik HR+/HER2- meme kanseri tanısı sonrası 6. ayda kolon adenokarsinomu gelişti. Palbosiklib + letrozol tedavisine iyi yanıt alınmış, daha sonra KRAS mutasyonlu kolorektal kanser tanısı ile mFOLFOX başlanmıştır.

- Olgu 2: 72 yaşında erkek hasta; meme kanseri sonrası 3 yıl içinde rektal adenokarsinom tanısı aldı. Cerrahi rezeksiyon ve kapesitabin temelli kemoradyoterapi sonrası ribosiklib + letrozol başlanmış, ilerleyen dönemde metastatik hastalık nedeniyle kaybedilmiştir.

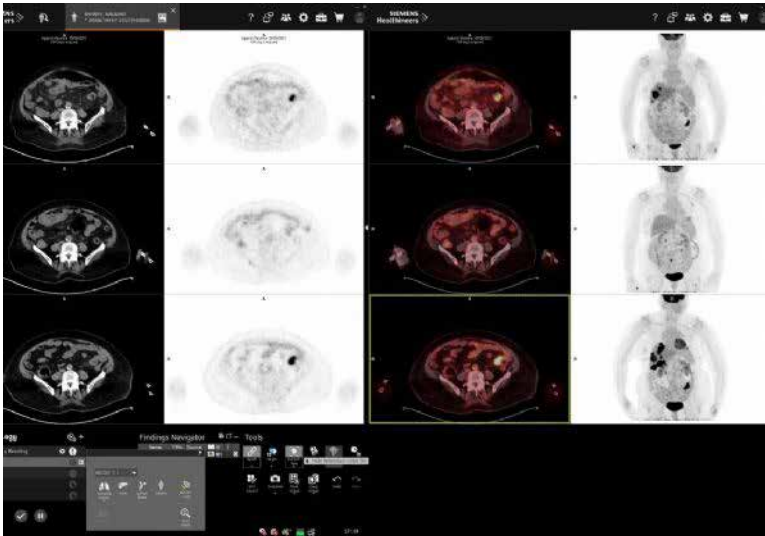
- Olgu 3: 68 yaşında kadın hasta; metastatik HR+/HER2- meme kanseri nedeniyle ribosiklib + letrozol tedavisi almakta iken 2,5 yıl sonra rektal adenokarsinom gelişti. Cerrahi ve radyoterapi sonrası kapesitabin ve fulvestrant tedavisi ile takip edilmektedir.

**Sonuçlar ve Tartışma:** Bu olgular, ileri yaşta birden fazla primer maligniteyle karşılaşıldığında tanısal dikkat ve multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır. Özellikle CDK4/6 inhibitörlerinin (palbosiklib, ribosiklib) meme kanserinde sağkalım üzerine belirgin katkısı olduğu, ancak eşzamanlı ikinci malignitelerde tedavi planının baskın hastalık davranışına göre uyarlanması gerektiği sonucuna varılmıştır. Ayrıca, preklinik veriler palbosiklibin hipoksik koşullarda kolorektal kanser hücrelerinde de antitümör aktivite gösterebileceğini desteklemektedir. Yaşlı ve komorbid hastalarda tedavi hedefi, etkinlik kadar tolerabiliteyi de ön planda tutmalıdır.

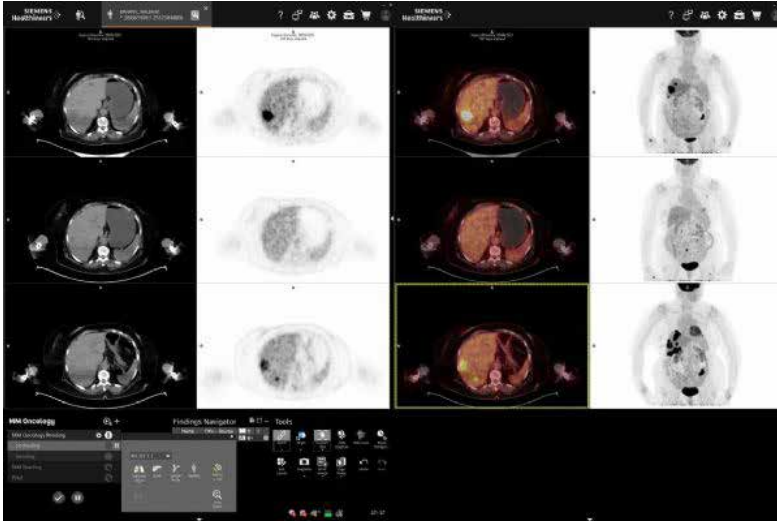
**Sonuç:** Bu olgu serisi, yaşlı hastalarda eşzamanlı veya ardışık gelişen meme ve kolorektal kanserlerin yönetiminde kişiselleştirilmiş, toksisiteyi minimize eden, multidisipliner yaklaşımın gerekliliğini ortaya koymaktadır. Palbosiklib gibi CDK4/6 inhibitörlerinin gelecekte kolorektal kanser tedavisindeki potansiyel rolü de araştırılmaya değerdir.

**Anahtar Kelimeler:** meme kanseri, kolon kanseri, palbosiclib

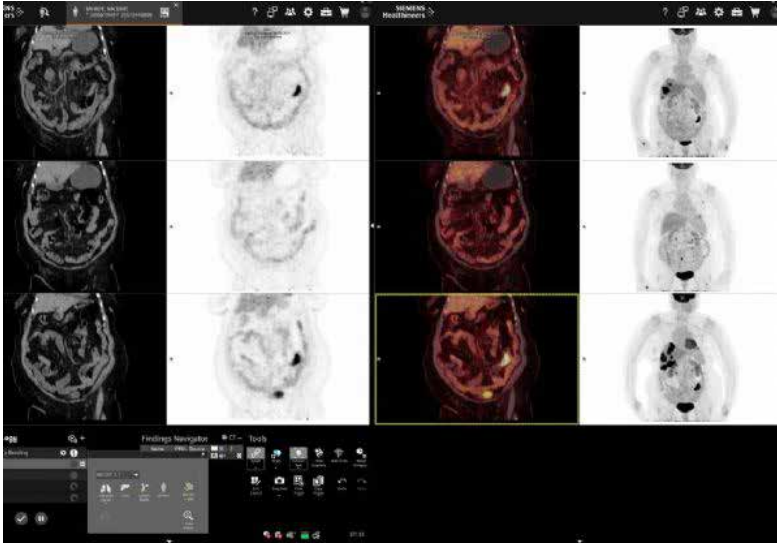
**figure 2**



**figure 3**



**olgu 1 pet-ct**



[PS-003]

**Neuman Sistemler Modeli Temelli Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Renal Yetmezlikli Bir Bireyin Bütüncül Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu**

Gülcan Canbek<sup>1</sup>, Hatice Dilek Doğan<sup>2</sup>, Ayşegül Oruç<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi, Hemodiyaliz Ünitesi, Bursa

<sup>2</sup>Bursa Mudanya Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, Bursa

<sup>3</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, Bursa

Kronik böbrek hastalığı (KBH) ve son dönem böbrek yetmezliği, artan prevalansı, yüksek morbidite ve mortalite oranları ile bireylerin yaşam kalitesinde belirgin azalmaya yol açan önemli bir küresel sağlık yükü oluşturmaktadır (1). Hemodiyaliz (HD), yaşamı sürdürücü bir renal replasman tedavisi olmasına rağmen; fiziksel semptom yükü, psikolojik zorlanmalar, sosyal kısıtlılıklar, diyet ve sıvı kısıtlamaları ile yaşam ritminde zorunlu değişikliklere neden olan çoklu stresörler yaratmaktadır (1,2). Bu karmaşık bakım gereksinimleri, hemşirelik bakımında bütüncül ve sistematik yaklaşımların kullanımını gerekli kılmaktadır. Kuramsal modeller, bireyin çok boyutlu gereksinimlerinin kapsamlı değerlendirilmesi ve yapılandırılmış bakım sürecinin sunulması için önemli bir çerçeve sağlamaktadır (3).

Betty Neuman'ın Sistemler Modeli (NSM), bireyi çevresiyle sürekli etkileşim hâlinde olan açık bir sistem olarak ele almakta; fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve spiritüel değişkenlerden oluşan bütüncül bir bakış açısı sunmaktadır (4,5). Modelde yer alan birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeyleri; stresörlerin etkilerini önleme, sınırlama ve bireyin iyilik hâlini yeniden düzenlemeye yönelik sistematik müdahalelere olanak tanımaktadır. Son dönem çalışmalar, NSM temelli hemşirelik bakımının HD hastalarında semptom yönetimi, öz-bakım davranışları ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir.

Bu olgu sunumunun amacı, kronik renal yetmezlik tanısı ile hemodiyaliz tedavisi alan bir bireyde NSM'ye dayalı hemşirelik sürecinin uygulanması ve bu yaklaşımın klinik çıktılar üzerindeki etkisinin değerlendirilmesidir. Olgu, 7 yıldır haftada üç gün HD tedavisi alan ve Crohn hastalığı öyküsü bulunan 62 yaşındaki erkek hastadır. NSM'nin beş değişkeni kapsamında yapılan değerlendirmede, hastanın esnek savunma hattının belirgin biçimde zayıfladığı saptanmıştır. İçsel stresörler arasında kontrolsüz hipertansiyon (187/109 mmHg), anemi (Hb: 10,3 g/dl), şiddetli kaşıntı, iştahsızlık ve BKİ: 15,9 kg/m<sup>2</sup> ile tanımlanan beslenme yetersizliği yer almıştır. Kişilerarası stresörler, aileye yük olma algısı ve sosyal izolasyon riski; kişi dışı stresörler ise tedaviye bağımlılık ve zaman yönetiminde kayıp hissi olarak belirlenmiştir. Hastanın ifadeleri, belirgin psikolojik çatışma ve umutsuzluk yaşadığını göstermiştir.

Olguya, NSM'nin birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeylerine uygun bireyselleştirilmiş bir hemşirelik bakım planı uygulanmıştır. NANDA-I hemşirelik tanıları doğrultusunda planlanan girişimler; hasta eğitimi, diyetisyen iş birliği ile beslenmenin düzenlenmesi, terapötik iletişim, psikososyal destek, aile danışmanlığı ve motivasyonel görüşmeleri içermiştir. Bakım süreci sonunda hastanın fizyolojik parametrelerinde iyileşme sağlanmış, umutsuzluk ve çaresizlik ifadeleri azalmış, öz-yeterlilik ve sosyal destek algısında artış gözlemlenmiştir.

Sonuç olarak, NSM temelli hemşirelik bakımının, hemodiyaliz hastalarında bütüncül değerlendirme ve etkili bakım sunmada güçlü bir kuramsal çerçeve sağladığı düşünülmektedir. Modelin klinik uygulamalarda yaygınlaştırılması, kronik hastalık yönetiminde bakım kalitesini ve hasta sonuçlarını iyileştirebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Neuman Sistemler Modeli, Kronik Böbrek Yetmezliği, Hemodiyaliz, Hemşirelik Bakımı, Bütüncül Bakım

### Temel Hemşirelik Tanılarına Yönelik NSM Koruma Düzeylerine Göre Girişim Planı

| Hemşirelik Tanısı (NANDA-I)                        | Birincil Koruma (Önleme)<br>Esnek Savunmayı Güçlendirici   | İkincil Koruma (Tedavi)<br>Normal Savunmayı Onarıcı  | Üçüncül Koruma (Rehabilitasyon)<br>Direnç Hatlarını Destekleyici                                       |
|--|--|--|--|
| Kronik hastalık yönetiminde bilgi eksikliği        | Sağlıklı yaşam, diyet ve genel hastalık süreci hakkında yazılı/görsel eğitim materyalleri sağlama. | Bireysel ihtiyaçlara yönelik diyaliz, diyet, ilaç ve kateter bakımı konularında interaktif eğitim seansları düzenleme.                     | Sağlık okuryazarlığını sürdürmek için hasta dernekleri veya destek gruplarına yönlendirme.             |
| Dengesiz beslenme: Vücut gereksinimlerinin altında | Yeterli ve dengeli beslenmenin önemi hakkında genel diyet önerileri sunma.                         | Diyetisyen ile işbirliği yaparak bireye özgü, diyalize uygun protein-kalori planı oluşturma ve düzenli takip.                              | Uzun vadeli beslenme alışkanlıklarını izleme, motivasyonel görüşmelerle sürdürülebilirliği destekleme. |
| Umutsuzluk   | Stres yönetimi ve gevşeme teknikleri konusunda genel eğitim verme.                                 | Terapötik iletişim kurarak duygularını ifade etmesine olanak sağlama, küçük başarı hedefleri belirleme, baş etme becerilerini güçlendirme. |  |

Bu tablo, belirlenen öncelikli hemşirelik tanılarını, NSM'nin koruma düzeyleriyle eşleştirerek bakım planının stratejik yapısını göstermektedir.

### NSM Temelli Bakım Sonrası Hasta Çıktılarının Değerlendirilmesi

| Değerlendirme Alanı | Hedeflenen Hasta Çıktıları  | Değerlendirme Yöntemi / Göstergeler   |
|---------------------|---|---|
| Fizyolojik Kontrol  | Kan basıncının hedef aralıkta (140/90 mmHg) seyretmesi.             | Düzenli kan basıncı ölçüm kayıtları, antihipertansif ilaç uyumu.                      |
| Semptom Yönetimi    | Anemiye bağlı halsizlik ve kaşıntı şikayetlerinde azalma.           | Hasta ifadeleri, hemoglobin/üre değerlerinin takibi                                   |
| Psikososyal Uyum    | Umutsuzluk ifadelerinde azalma, sosyal etkileşimde artış.           | Görüşmelerde olumlu gelecek ifadeleri, aile/arkadaş ziyaret sıklığında artış.         |
| Bilgi ve Öz-Bakım   | Diyet, sıvı kısıtlaması ve ilaç rejimine uyumun artması.            | Diyet günlüğü tutma, interdiyalitik kilo alımının kabul edilebilir sınırlarda olması. |
| Yaşam Kalitesi      | Genel iyilik halinde ve günlük işlevselliğinde iyileşme bildirmesi. | Yaşam kalitesinde artış.  |

Bu tablo, planlanan girişimlerin etkinliğini ve beklenen hasta sonuçlarına ulaşma düzeyini ölçmek için kullanılacak değerlendirme kriterlerini göstermektedir.

**[PS-007]**

**Yara bakımından önce beslenme: multidisipliner bir yaklaşım ile ileri evre bası yarasında dikkat çekici bir olgu**

Melike Tuğba Türkmen

Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yakın Bakım Ünitesi

**Giriş:** İleri evre bası yaraları, özellikle ileri yaştaki immobil hastalarda morbiditeyi artıran önemli bir klinik sorundur. Yara iyileşmesi sürecinde lokal bakım uygulamaları kadar sistemik faktörler de belirleyici olmakla birlikte, beslenme yetersizliği klinik pratikte sıklıkla gözden kaçabilmektedir. Bu durum, yara iyileşmesinin gecikmesine ve enfeksiyon riskinin artmasına yol açabilmektedir.

**Amaç:** Bu olgu sunumunda, pulmoner emboli şüphesi ile göğüs hastalıkları kliniğinde izlenen ve yatış sürecinde ileri evre bası yaraları olduğu saptanan bir hastada, erken dönemde başlanan enteral beslenmenin yara yatağında gözlenen kısa süreli klinik değişikliklerin sunulması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Yetmiş yedi yaşında, ileri derecede immobilitesi bulunan kadın hasta, pulmoner emboli şüphesi ile göğüs hastalıkları kliniğinde yatırılarak izleme alınmıştır. Yatış sürecinde yapılan klinik değerlendirmede, kötü kokulu ve enfekte görünümde ileri evre bası yaraları saptanmıştır.

Yara, kronik yara bakım birimi ile iletişime geçilerek değerlendirilmiş; önerileri doğrultusunda günde iki, bazı alanlarda günde üç kez olacak şekilde yara temizliği ve pansuman uygulanmıştır. İlk iki gün klinik koşullarda izlenen hastada, idrar çıkışı ve sıvı dengesi açısından bakıcı beyanı ile gerçek alım arasında farklılık olabileceği düşünülmüş; ayrıca yakın gözlem ve steril koşullarda yara bakımının sürdürülebilmesi amacıyla hasta yakın bakım ünitesine alınmıştır.

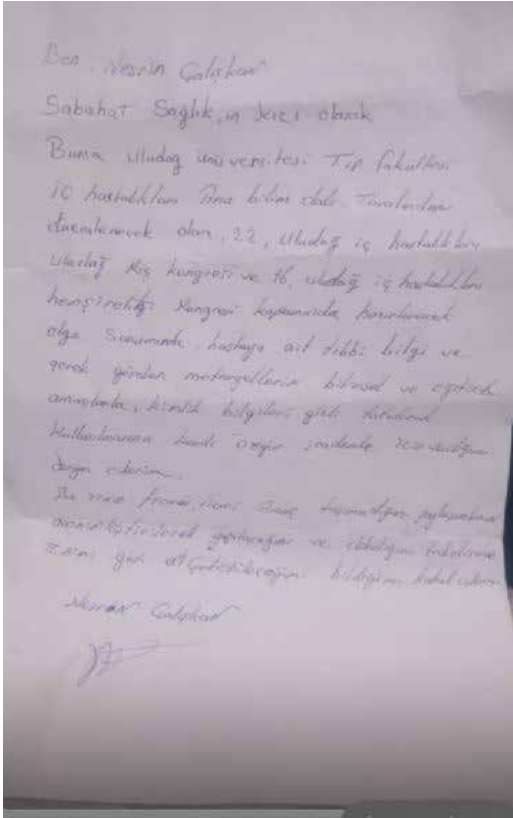
Yakın bakım sürecinde hastanın yutma refleksi değerlendirilmiş; oral alımının belirgin şekilde yetersiz olduğu ve oral nütrisyonel destekleri (abount portakal vb.) tamamlayamadığı saptanmıştır. Bunun üzerine nazogastrik sonda ile enteral beslenme başlanmıştır. Lokal yara bakımı sürdürülürken, beslenme müdahalesi öncesi ve sonrası dönemde pansuman öncesi çekilen yara fotoğrafları karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Olgu sunumu kapsamında kullanılacak görsel materyaller ve kişisel veriler hakkında hasta yakınlarına bilgilendirme yapılmış, bilimsel amaçla kullanılacağı belirtilerek yazılı onam alınmıştır.

**Bulgular:** Enteral beslenmenin başlatılmasını takiben kısa süre içerisinde yara yatağında belirgin değişiklikler gözlenmiştir. Nekrotik alanlarda gerileme, granülasyon dokusunda artış, doku canlılığında belirgin iyileşme ve eksüda karakterinde olumlu değişiklikler dikkat çekmiştir. Bu iyileşme süreci, kronik yara bakım birimi, hekim, diyetisyen ve hemşirelerden oluşan multidisipliner yaklaşım eşliğinde izlenmiştir.

**Sonuç:** İleri evre bası yarası bulunan hastalarda yalnızca lokal yara bakımına odaklanmak yeterli değildir. Beslenme durumunun erken dönemde değerlendirilmesi ve uygun enteral beslenme desteğinin sağlanması, multidisipliner bir yaklaşımla birlikte ele alındığında yara iyileşmesine anlamlı katkı sunabilir. Bu olgu, klinik bakım sürecinde beslenmenin önceliklendirilmesinin ve ekip temelli yaklaşımın önemini vurgulaması açısından dikkat çekicidir.

**Anahtar Kelimeler:** Bası yarası, beslenme, enteral beslenme, multidisipliner yaklaşım, yara iyileşmesi

### Kişisel veri ve görsel paylaşım izni



Olgu sunumunda kullanılan klinik veriler ve görseller için hasta yakınlarından yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

### Şekil 2.



Enteral beslenme başlanması ve multidisipliner bakım sonrası sol trokanter bası yarasının pansuman öncesi görünümü.

### Şekil 1.



Hastanın yakın bakım ünitesine kabul edildiği gün pansuman öncesi sol trokanter bası yarası görünümü.

[PS-008]

## Her İki Kol Arası Tansiyon Farkı: Nadir Bir Vaka

Mehmet Nur Kaya

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Balıkesir

**Giriş:** Subklavian çalma sendromu proksimal subklavian arterin ileri derecede stenozu veya oklüzyonu sonucu ipsilateral vertebral arterde kan akımının azalması veya tersine dönmesi ile ortaya çıkan klinik tablodur. Bu vakamızda subklavian çalma sendromlu bir hastayı sunmayı amaçladık.

**Vaka:** 55 yaşında kadın hasta baş dönmesi ve akut faz değerlerinde yükseklik sebebi ile romatoloji polikliniğimize yönlendirilmişti. Baş dönmesi, başın hareketleri ile ilişkili değildi ve bulantı kusma eşlik etmiyordu. Omuz ve kalça kuşağında ağrı-tutukluk, temporal baş ağrısı, çift görme, çenede kladikasyon, yutma veya konuşma bozukluğu tariflemiyordu.

Fizik muayenesinde sağ koldan ölçülen kan basıncı 136/80 mmHg, sol koldan ölçülen kan basıncı 115/75 mmHg olarak bulundu. Sağ kolda radial arterde nabız daha zayıf alınıyordu. Periferik artriti ve temporal arterlerde hassasiyeti yoktu.

Üst extremité doppler ultrasonografide sağ kol arteryel yapılarında parvus tardus akım karakterinin saptanması ve sağ vertebral arter akımının ters yönde izlenmesi subklavian çalma sendromu lehine değerlendirildi. Stenotik segmentin uzunluğu ve stenoz derecesinin saptanması için yapılan BT anjiyografide, sağda innominat arterden subklavian artere geçiş olmadığı ve subklavian arterin vertebral arter yoluyla retrograd olarak dolum gösterdiği görüldü. Ancak akut faz yüksekliği devam eden hastada, eşlik edebilecek büyük damar vaskülitini ya da malignite ön tanıları ile PET- BT görüntülemesi yapıldı.

Patolojik düzeyde artmış metabolik bir odak izlenmedi. Bu bulgular ile olgu sağ subklavian çalma sendromu tanısı almıştır. Tartışma: Vakamızda kolun egzersiziyle veya istirahatte iskemisi bulgularını düşündürecek semptomlar yoktu, ancak hiperlipidemi ve kronik hipertansiyon öyküsü gibi vasküler risk faktörlerinin bulunması nedeniyle etiyojolojiyi aydınlatmak yapılan BT anjiyografi bulgularıyla subklavian çalma sendromu tanısı almıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Subklavian çalma sendromu, Tansiyon farkı, Akut faz reaktanı

[PS-009]

## Semaglutid kullanımı sonrası görülen şiddetli pankreatit olgusu

Mahmut Can Kılıç, Murat Kıran, Meryem Ümit Kurban

Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Uşak

**Giriş:** Semaglutid etken maddesinin de içinde yer aldığı GLP-1 analogları son dönemde diyabet tedavisinde oral yoldan ya da enjekte edilebilen formları ile kullanılan ajanlardandır. Bu ajanların diyabet tedavisindeki etkinliklerinin yanı sıra kardiyovasküler risk faktörleri üzerine de olumlu etkilerinin bulunması diyabet tedavisinde tercih edilmelerini sağlamaktadır. Bu ajanların kullanımı sırasında çeşitli yan etkisi görülebilmektedir. Bu yazıda kliniğimize başvuran bir hastada semaglutid kullanımı sonrası görülen akut pankreatit olgusuna değinilmiştir.

**Olgu:** 63 yaş kadın hasta acil servise umbilikal bölgede yaygın karın ağrısı nedeniyle başvurdu. Ağrısının şiddeti son 6 saate artarak sırt bölgesine yayılmaya başlamış. Vital bulguları Tansiyon Arteriyel: 140/90 mmHg, Nabız:103/dk, Ateş: 36,9°C, Solunum Sayısı:20/dk olarak alındı. Öz geçmişinde hipotiroidi nedeniyle L-Tiroksin 50mcg, diyabet nedeniyle semaglutid 1mg/hf olarak kullanımı var. Hasta 7.doz semaglutid tedavisini 2 gün önce kullanmış. Hastaneye başvuru anında WBC:34.2 NEU:#27.5 PLT:360000 Kreatinin:1,32 AST:23 ALT:16 Total bilirubin:0,54 İNR:0,95 Düzeltilmiş Kalsiyum:9.1 Amilaz>3300 Lipaz >300 CRP:125 olarak saptandı. Tam idrar tetkikinde patoloji saptanmadı. MRCP görüntüleri "Safra kesesi lümen genişliği doğal, duvar kalınlığı normal konturları düzgündür. Perikolesistik sıvı saptanmamıştır. Lümen içerisinde taş saptanmadı. İntrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarında dilatasyon ya da dolma defekti saptanmadı. Pankreas ödemli görünümde, peripankreatik yağ planlarında ödemli görünüm ve serbest sıvı izlenmektedir." olarak raporlandı. Hastanın oral beslenmesi durduruldu. 5ml/kg/saat İV sıvı replasmanı, Seftriakson ve Enoxaparin tedavisi başlandı. Takibinin 16. saatinde hastanın takipnesi derinleşti. Hasta yoğun bakım takibine alındı. Ağır ARDS gelişen hastada önce Non İnvaziv Mekanik Ventilasyon tedavisine başlandı. Solunum yetmezliği ilerleyen hasta İnvaziv Mekanik Ventilasyon tedavisine alındı. Tedavisinin 48. saatinde kardiyak arrest gelişti. Hasta exitus oldu.

**Tartışma-Sonuç:** GLP-1 agonistleri günlük pratiğimize yeni girmiş ajanlar olsa da gösterilen olumlu etkileri ile ilerleyen yıllarda diyabet tedavilerinin vazgeçilmez ajanlarından olma potansiyeli taşımaktadır. Dahiliye hekimlerince bu ajanların kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek yan etkiler ve bu yan etkilerin yönetimi bilinmelidir. Akut pankreatit de bu yan etkilerden bir tanesi olarak mortalite riski açısından akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Semaglutid, Pankreatit, Diyabet

[PS-010]

## **Crohn Hastalığı ve Hidradenitis Suppurativa Ko-Ekspresyonunda Anti-TNF İlişkili Paradoksal Dermatolojik Reaksiyon ve JAK1 İnhibitörü ile Yönetim**

Fatıma Dönmez<sup>1</sup>, Zeynep Uzun<sup>1</sup>, Mehmet Refik Göktuğ<sup>2</sup>, Fatih Eren<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Bursa

**GİRİŞ:** Crohn hastalığı (CH) transmural inflamasyon ile seyreden, ağızdan perianal bölgeye kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir bölümünü etkileyebilen kronik inflamatuvar bağırsak hastalığıdır.

Hidradenitis suppurativa (HS), foliküler oklüzyon temelli kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır.

CH ve HS birlikteliği nadir değildir; her iki hastalıkta da TNF- $\alpha$  ve IL-23/Th17 yolu rol oynamaktadır. Anti-TNF tedavi, hem CH hem HS'de etkilidir; ancak nadiren paradoksal inflamatuvar deri lezyonları gelişebilir.

JAK inhibitörleri (özellikle Upadacitinib) orta-ağır Crohn'da 2023 sonrası kılavuzlarda yerini almıştır.

Bu olguda, CH ve HS birlikteliği olan, anti-TNF tedavi sonrası paradoksal inflamatuvar reaksiyon düşünülen ve JAK1 inhibitörü upadacitinib ile klinik yanıt alınan bir hasta sunulmuştur.

**Olgu:** 40 yaşında erkek hasta, aralık 2019'da Fistülizan Crohn Hastalığı tanısı alarak azatiyopirin ve prednizolon başlandı, şubat 2020'de perforasyon nedeniyle sağ hemikolektomi operasyonu yapıldı, azatiyopirin intoleransı gelişen ve ağustos 2020'de mesalazin başlanan hastada haziran 2023'te aksiller ve inguinal pürülan akıntılı apseler oluşması üzerine punch biyopsi yapılarak hidradenitis suppurativa tanısı koyuldu ve tedavisine adalimumab eklendi. Mesalazin ve adalimumab birlikte kullanıldığı sırada eylül 2025'te aksiller ve inguinal destrüktif, geniş eritemli ve ödemli zeminde derin ve düzensiz akıntılı ülserasyonlar, sinüs traktları ve fistüller gözlenen, yer yer nekrotik kurutlu alanlar bulunan atrofik değişiklikler ve skar dokuları görünen hasta dermatoloji tarafından kliniğe interne edilerek adalimumab tedavisi stoplandı. Anti-TNF tedavi sonrası paradoksal inflamatuvar deri lezyonları gelişen hasta dermatoloji klinikten eksterne edildikten sonra gastroenteroloji poliklinik başvurusunda değerlendirilerek 30.09.2025'te JAK1 inhibitörü upadacitinib başlandı. Tedavi başladıktan 2 hafta sonra klinik yanıt açısından değerlendirilen hastada deri lezyonlarında %30 regresyon izlendi, gastrointestinal yakınması bulunmamaktaydı.

**TARTIŞMA:** Crohn hastalığı ve hidradenitis suppurativa birlikteliği literatürde iyi tanımlanmış olup, her iki hastalıkta da ortak immünolojik mekanizmalar (özellikle TNF- $\alpha$ , IL-23/Th17 ve JAK-STAT yolakları) rol oynamaktadır. Crohn hastalarında HS prevalansının genel popülasyona göre artmış olduğu bildirilmektedir.

Anti-TNF ajanlar hem Crohn hastalığında hem de HS'de etkili tedavi seçenekleri olmakla birlikte nadiren paradoksal inflamatuvar dermatolojik reaksiyonlar gelişebilmektedir. Klinik olarak psoriaziform lezyonlardan ağır supüratif dermatit tablolarına kadar geniş bir spektrum görülebilir. Bu durumda mevcut anti-TNF tedavinin kesilmesi ve farklı etki mekanizmasına sahip bir ajana geçiş önerilmektedir.

Upadacitinib, selektif JAK1 inhibitörü olup 2023 sonrası güncel kılavuzlarda orta-ağır Crohn hastalığı için onay almış hedefe yönelik bir tedavidir. JAK-STAT yolunun inhibisyonu sayesinde hem intestinal inflamasyon hem de eşlik eden sistemik/dermatolojik inflamasyon üzerinde etkili olabilmektedir. Olgumuzda anti-TNF tedavi sonrası gelişen destrüktif dermatolojik lezyonlar nedeniyle biyolojik ajan kesilmiş, upadacitinib başlandıktan iki hafta sonra dermatolojik bulgularda %30 oranında regresyon gözlenmiş ve gastrointestinal semptom saptanmamıştır.

Bu erken klinik yanıt, JAK inhibitörlerinin Crohn-HS birlikteliğinde potansiyel etkinliğini desteklemektedir.

**Sonuç:** Sonuç olarak, Crohn hastalığı ve hidradenitis suppurativa birlikteliğinde anti-TNF tedaviye rağmen klinik kötüleşme veya paradoksal dermatolojik reaksiyon gelişmesi durumunda farklı etki mekanizmasına sahip ajanlara geçiş düşünülmelidir. JAK inhibitörleri bu hasta grubunda hem intestinal hem de dermatolojik kontrol açısından umut verici bir seçenek olabilir. Multidisipliner yaklaşım ve risk faktörlerinin modifikasyonu tedavi başarısı açısından kritik öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Crohn Hastalığı, Hidradenitis suppurativa, upadacitinib

[PS-011]

**Relaps/Refrakter Hodgkin Lenfoma Vakasında İfosfamid Gemsitabin ve Vinorelbine Bağlı Gelişen Palmo-Plantar Eritrodizestezis Sendromu**

Beyza Nur Ercan Mermertaş<sup>1</sup>, Fazıl Çağrı Hunutlu<sup>2</sup>, Fahir Özkalemkaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Bursa

**GİRİŞ:** Relaps/Refrakter Hodgkin Lenfoma hastalarında İfosfamid, Gemsitabin ve Vinorelbin (IGEV) protokolü; yüksek yanıt alınması, düşük toksisite, tam remisyon gibi etkilerinden dolayı kurtarma rejiminde ilk sıralarda tercih edilmektedir<sup>1</sup>. Palmo-plantar Eritrodizestezis ise El-Ayak Sendromu olarak da adlandırılan daha sıklıkla el ve ayaklarda önce dizestezi/parestezi ardından keskin sınırlı, simetrik eritem ve ödem ile karakterize olan ve özellikle kemoterapötik ajanların alınmasıyla ortaya çıkan sitotoksik bir ilaç reaksiyonudur<sup>2-3</sup>. Bu olguda İfosfamid, Gemsitabin ve Vinorelbin rejimi başlanmasının ardından nadir görülen kutanöz bir yan etki olarak gelişen Palmo-Plantar Eritrodizestezis Sendromunu klinik inceleme ve histopatolojik verilerle bildirmekteyiz.

**OLGU:** Bilinen Sistemik Lupus Eritematozus ve hipotiroidisi olan 34 yaş kadın hasta ateş, gece terlemesi, hızlı kilo kaybı, derin anemi ile 2021 de tarafımıza başvurdu. Malignite taranması amaçlı yapılan tetkik ve görüntülemelerinin ardından servikal eksizyonel lenf nodu biyopsisi ile Evre 4B Klasik Hodgkin Lenfoma tanısı alan hastaya 2 kür ABVD ve 4 kür AVD+Brentüksimab kemoterapileri uygulandı. Aldığı tedavilerin ardından çekilen PET-BT sonrası hasta Primer Refrakter Hodgkin Lenfoma olarak değerlendirildi ve IGEV kurtarma kemoterapisi verilmesi için kliniğe yatırıldı. Kemoterapinin 4. gününde el palmar ve dorsal bölgede; bilateral ve simetrik yanma, ağrı, şişlik, ısı artışı ve hiperemi şikayetleri başlayan hastada öncelikle artrit-artralji düşünülerek Romatoloji Bilim Dalına danışıldı. Ultrason ve laboratuvar parametreleri ile değerlendirilen hastada SLE aktivasyonu düşünülmeydi. Kemoterapi 7. günde semptomları gerilemeyen hasta Dermatoloji tarafından değerlendirilerek Palmo-Plantar Eritrodizestezis ön tanısı ile punch biyopsi alındı.

Alınan biyopsi; deri dokusunda fokal parakeratoz epidermal hücrelerde intrasitoplazmik ödem, bazal vakuolik dejenerasyon ve yer yer dermo-epidermal bileşkede ayrışma olarak sonuçlandı.

Betametazon içeren topikal krem ve nemlendiriciler ile tedaviye başlandı. Hastanın topikal betametazon tedavisine ek olarak kullanmakta olduğu oral metilprednizolon dozu 5 mg dan 20 mg a yükseltildi. Tedavinin 7. Gününde klinikte belirgin gerileme gözlenen hastada bu tabloya sebep olan ajanlar olarak Vinorelbin ve Gemsitabin kabul edildi.

**SONUÇ:** Bu reaksiyonun sitotoksik gecikmiş tipte bir hipersensitivite reaksiyonu olduğu kabul edilmektedir. En sık neden olan ajanlar 5-fluorourasil (5-FU), sitarabin, kapesitabin olmakla birlikte siklofosfamid, sisplatin, etopozid, vinorelbin, gemsitabin, irinotekan gibi ilaçlara bağlı da görülebilmektedir<sup>2</sup>. Gemsitabine bağlı kutanöz toksisite hastaların yaklaşık %25 inde ürtiker, eritem olarak kendini gösterir ve yalnızca el-ayakla sınırlı değildir<sup>4</sup>. Vinorelbine bağlı ise flebit ve periferik nöropati sık bildirilmektedir<sup>4</sup>. Yüksek doz, uzun süreli verilen Vinorelbin ile El-Ayak Sendromu ilişkilendirilmiştir fakat Vinorelbin ve Gemsitabin kombinasyonunun kısa sürede infüzyonundan sonra da bildirilen vakalar olmuştur<sup>4</sup>.

**Anahtar Kelimeler:** El-Ayak Sendromu, Gemsitabin, Hodgkin Lenfoma, Kemoterapi Toksikitesi, Palmo-Plantar Eritrodizestezis

[PS-012]

## Sistemik Lupus Eritematozuslu Hastada Canlıdan Böbrek Nakli Sonrası Erken Dönemde Gelişen Akut Rejeksiyon: Vaka Sunumu

Nigar Alieva<sup>1</sup>, Halime Soyak Kabaca<sup>2</sup>, Abdülmecit Yıldız<sup>2</sup>, Alparslan Ersoy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Bursa

**Giriş ve Amaç:** Böbrek nakli sonrası erken dönemde gelişen akut rejeksiyon, greft fonksiyon kaybının en önemli nedenlerinden biridir(2). Akut rejeksiyon sıklığı, güncel immünsüpresif tedavilere rağmen ilk yıl içerisinde %10–20 oranında bildirilmektedir(1). Özellikle otoimmün hastalık öyküsü bulunan alıcılarda akut rejeksiyon riski artmaktadır(3). Sistemik lupus eritematozus (SLE), böbrek tutulumu ve yoğun immünsüpresif tedavi gereksinimi nedeniyle renal transplantasyon sonrası rejeksiyon ve enfeksiyöz komplikasyonlar açısından özel bir hasta grubunu oluşturmaktadır(3). Erken dönemde kreatinin artışı ile prezente olan olgularda rejeksiyon, ilaç toksisitesi, enfeksiyon ve trombotik mikroanjyopati ayırıcı tanıda mutlaka değerlendirilmelidir(1). Bu olgu, SLE tanılı bir hastada canlıdan böbrek nakli sonrası gelişen akut rejeksiyonun tanı ve tedavi sürecini vurgulamayı amaçlamaktadır.

**Vaka Sunumu:** 26 kadın hasta, 2014'te SLE tanısı almış olup lupus nefritine bağlı kronik böbrek yetmezliği mevcuttu. Hastaya evre 5 lupus nefriti nedeniyle hemodiyaliz başlanmış, 15/01/2026 tarihinde canlı vericiden (abisinden) böbrek nakli gerçekleştirilmiştir. Nakil sonrası kreatinin değeri 0,77 mg/dL olan hasta taburcu edilmiştir.

Taburculuktan yaklaşık iki hafta sonra poliklinik kontrolünde kreatinin değerinin 2 mg/dL saptanması üzerine akut rejeksiyon ön tanısı ile yatırıldı. Takiplerinde kreatinin değeri 6,56 mg/dl' e kadar yükseldi.

Renal Doppler Ultrasonografide vasküler komplikasyon saptanmadı. Enfeksiyon etkenleri ve immünsüpresif ilaç düzeyleri değerlendirildi. Kreatinin progresyonu devam etmesi üzerine renal biyopsi yapıldı.

Renal biyopsi bulguları 2018 Banff kriterlerine göre interstisyel inflamasyon, tübülitis, intimal arteritis ve peritübüler kapillerit ile uyumlu olup akut hücresel rejeksiyonu desteklemekteydi. C4d negatif saptandı.

İzlem sırasında gelişen anemi ve trombositopeni nedeniyle periferik yayma değerlendirildi ve yaygın olmamakla birlikte yer yer şistositler saptandı. Bulgular trombotik mikroanjyopati olasılığı açısından anlamlı bulundu.

Hastaya 3 gün yüksek doz steroid verildi, dirençli akut rejeksiyon nedeniyle antitimosit globulin (ATG) tedavisi başlandı. ATG, 1,5 mg/kg/gün dozunda 5 gün süreyle verildi.

Antikor aracılı rejeksiyon olasılığı göz önünde bulundurularak plazmaferez başlandı, gün aşırı olacak şekilde toplam 5 seans uygulandı. Rebound antikor artışını önlemek amacıyla plazmaferez sonrası intravenöz immünoglobulin (IVIG) tedavisi verildi. IVIG, plazmaferez sonrası 10g (düşük doz) şeklinde verildi. Hastanın güncel olarak plazmaferez, IVIG ve ATG tedavileri devam etmekte ve klinik olarak yanıt alınmaktadır.

**Tartışma:** Böbrek nakli sonrası gelişen akut rejeksiyon, greft fonksiyon kaybının en önemli nedenlerinden biridir ve sıklıkla özgül olmayan klinik ve laboratuvar bulguları ile ortaya çıkar(1). Özellikle naklin ilk aylarında görülen kreatinin düzeyindeki hafif artışlar, enfeksiyon, ilaç toksisitesi veya volüm durumu gibi nedenlere bağlanarak gözden kaçabilir. Bu olguda, transplantasyon sonrası erken dönemde saptanan renal fonksiyon bozulması, sistematik değerlendirme ve zamanında yapılan ileri tanısal yöntemler sayesinde akut rejeksiyon lehine yorumlanmıştır. Erken tanı ile hızlı tedavi başlanması, greft fonksiyonunun korunmasına katkı sağlamıştır. Literatürde erken tanı ve uygun tedavinin, greft sağkalımını anlamlı şekilde artırdığı gösterilmiştir(3).

**Sonuç:** Böbrek nakli sonrası gelişen akut rejeksiyon, erken tanınmadığı takdirde geri dönüşümsüz greft kaybına yol açabilmektedir(1). Nakil sonrası ilk aylarda saptanan kreatinin artışları dikkatle değerlendirilmelidir. Klinik şüphe varlığında gecikmeden ileri tanısal yöntemlere başvurulması ve uygun tedavinin erken dönemde başlanması, greft fonksiyonunun korunmasında kritik rol oynamaktadır.

**Kaynakça:**

1. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Care of Kidney Transplant Recipients
2. Lamb KE et al. Long-term renal allograft survival in the United States. Am J Transplant.
3. Moroni G, Ponticelli C. Kidney transplantation in lupus nephritis. Nat Rev Nephrol.

**Anahtar Kelimeler:** Akut rejeksiyon, Böbrek Nakli, Lupus Nefriti

[PS-013]

**Koagülopatinin gölgesinde trombotik mikroanjiyopati: Atipik hemolitik üremik sendrom tanısına giden yol**

Zeynep Uzun<sup>1</sup>, Fatıma Dönmez<sup>2</sup>, Ezel Elgün<sup>2</sup>, Ulaş Akyüz<sup>2</sup>, İbrahim Ethem Pınar<sup>2</sup>, Vildan Gürsoy<sup>2</sup>, Tuğba Ersal<sup>2</sup>, Vildan Özkocaman<sup>2</sup>, Fahir Özkalemkaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Bursa

**Giriş-Amaç:** Trombotik mikroanjiyopati (TMA), arteriyol ve kılcal damarlarda gelişen anormalliklere bağlı mikrovasküler trombozlarla karakterize spesifik bir patolojik tablodur. Atipik hemolitik üremik sendrom(aHÜS) tipik olarak mikroanjiyopatik hemolitik anemi (MAHA), trombositopeni ve baskın olarak böbreklerin etkilendiği uç organ hasarı ile karakterize yaşamı tehdit eden bir klinik tablodur. Bazı olgularda hematolojik bulgular olmaksızın yalnızca böbrek tutulumu ile sınırlı seyredebilir. Genellikle koagülasyon faktörleri normal değerlerde izlenir. Burada kanamaya yatkınlığı ile başvuran TMA olgusu sunulmuştur.

**Olgu:** Otuz dört yaşında, 35+4 haftalık gebeliği bulunan kadın hasta; karın ağrısı ve vajinal kanama şikâyetleri ile acil servise başvurdu. Fetal kalp atımının izlenememesi ve masif kanama nedeniyle acil sezaryen uygulandı. Sezaryen sırasında kanamanın kontrol altına alınamaması üzerine uterin arter ligasyonu yapıldı. Takiplerinde hastaya 5 ünite eritrosit süspansiyonu, 2 ünite taze donmuş plazma ve iki kez fibrinojen replasmanı verildi. Taburculuktan 5 gün sonra hasta tekrar vajinal kanama nedeniyle başvurdu. Ateş yoktu. Fizik muayenede bilateral ayak bileklerinde ekimoz alanları saptandı, nörolojik muayene normaldi. Laboratuvar incelemelerinde; lökosit  $17.6 \times 10^9/L$ , hemoglobin 6,3 g/dL, trombosit  $56.3 \times 10^9/L$ , kreatinin 1,43 mg/dL, indirekt bilirubin 1,42 mg/dL ve LDH 2313 U/L olarak bulundu. Retikülosit %7,2 idi.

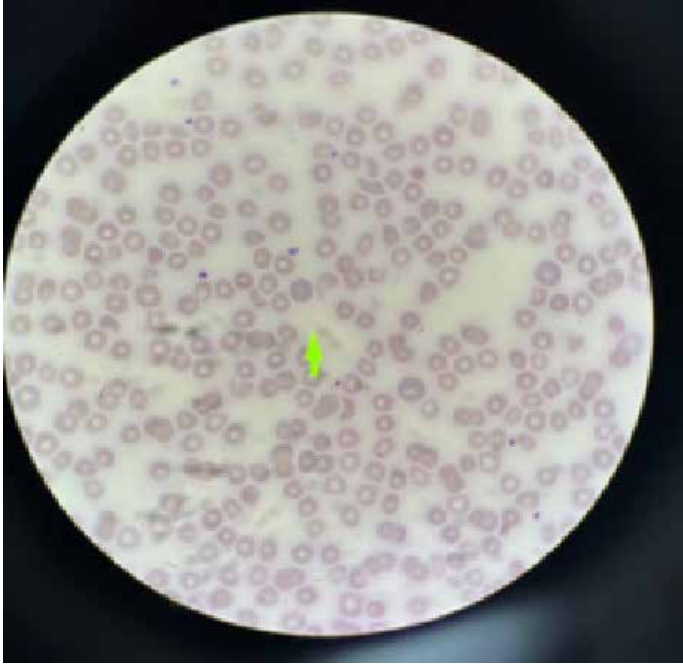
Vitamin B12 ve folat düzeyleri normal, direkt Coombs testi negatif saptandı. INR 1,01, aPTT 20,9 sn ve fibrinojen 1,68 g/L idi. D-dimer düzeyi 18.160  $\mu g/L$  olarak ölçüldü. Periferik yaymada her alanda 2-3 adet şistosit izlendi. Direk Coombs negatif MAHA, trombositopeni ve böbrek fonksiyonlarında bozulma nedeniyle hasta TMA ön tanısı ile değerlendirildi. Yakın dönemde masif kanama öyküsü ve replasman tedavileri nedeniyle dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) dışlanamadı.

ADAMTS13 aktivitesi için örnek gönderildi ve sonuç beklenmeden plazma değişim tedavisi (1-1,5 plazma volümü) başlandı. ADAMTS13 aktivitesi 0,59 IU/mL (normal aralık: 0,40-1,30) olarak saptandı ve trombotik trombositopenik purpura (TTP) dışlandı. Beş seans plazma değişimi sonrası trombosit sayısı  $56.3 \times 10^9/L$ 'den  $675 \times 10^9/L$ 'ye, hemoglobin 6,3 g/dL'den 9,2 g/dL'ye yükseldi; LDH 2313 U/L'den 399 U/L'ye ve indirekt bilirubin 1,42 mg/dL'den 0,31 mg/dL'ye geriledi. Ancak kreatinin düzeyinin 2,08 mg/dL'ye yükselmesi üzerine tablo atipik hemolitik üremik sendrom lehine değerlendirildi. Hasta nefroloji ile birlikte değerlendirildi, meningokok aşısı uygulandı ve kompleman inhibitörü olan ekulizumab tedavisi başlandı.

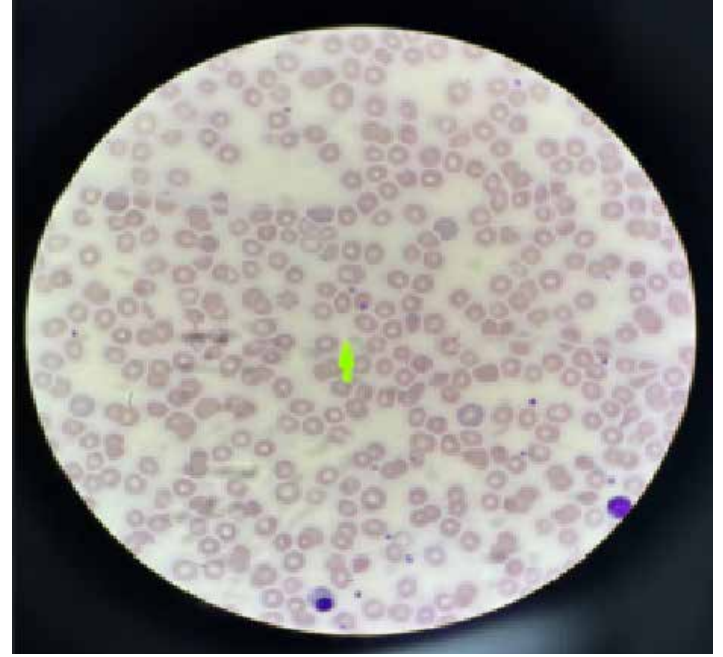
**Tartışma ve Sonuç:** Gebelik ve postpartum dönem, TMA gelişimi açısından önemli bir tetikleyicidir ve özellikle kompleman aracılı TMA için kritik bir risk penceresi oluşturur. Bu dönemde görülen hemolitik anemi, trombositopeni ve koagülasyon bozuklukları sıklıkla DIC ile ilişkilendirildiğinden tanısız gecikmelere yol açabilmektedir. Sunulan olguda postpartum kanama ve plasenta dekolmanı öyküsü nedeniyle başlangıçta DIC düşünülmüş olsa da normal koagülasyon testleri, belirgin MAHA ve trombositopeni varlığı TMA spektrumunun araştırılmasını gerektirmiştir. ADAMTS13 aktivitesinin normal bulunması TTP olasılığını dışlamış; obstetrik tetikleyici varlığı, persistan hemoliz bulguları ve diğer nedenlerin dışlanması sonucunda tanı aHÜS olarak netleşmiştir. aHÜS, alternatif kompleman yolunun kontrolsüz aktivasyonu ile karakterize olup gebelik-postpartum dönemde ilk kez ortaya çıkabilir veya bu dönemde alevlenebilir. Erken dönemde TTP dışlandıktan sonra kompleman inhibitörü tedavinin gecikmeden başlanması, geri dönüşsüz böbrek hasarı ve mortaliteyi azaltan en kritik tedavi basamağı olarak kabul edilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Koagülasyon, mikroanjiyopati, plazmaferez

### PERİFERİK YAYMA-1



### PERİFERİK YAYMA-2



### Tanı Anı ve Tedavi Sonrası Laboratuvar Parametreleri

| Parametreler    | Tanı anı                  | 5 kere Plazmaferez sonu    | Eculizumab yükleme sonu    |
|-----------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| WBC             | 17 600x10 <sup>9</sup> /L | 12 600x10 <sup>9</sup> /L  | 8330x10 <sup>9</sup> /L    |
| NEU             | 13 770x10 <sup>9</sup> /L | 8 660x10 <sup>9</sup> /L   | 5650x10 <sup>9</sup> /L    |
| HEMOGLOBİN      | 6,3 gr/dl                 | 9,2 gr/dl                  | 9,1 gr/dl                  |
| PLT             | 70 000x10 <sup>9</sup> /L | 675 000x10 <sup>9</sup> /L | 634 000x10 <sup>9</sup> /L |
| Kreatin         | 1,43 mg/dl                | 2,08 mg/dl                 | 1,8 mg/dl                  |
| Total bilirubin | 1,5 mg/dl                 | 0,45 mg/dl                 | 0,25 mg/dl                 |
| Direk bilirubin | 0,39 mg/dl                | 0,14 mg/dl                 | 0,10 mg/dl                 |
| LDH             | 2313 U/L                  | 398 U/L                    | 237 U/L                    |

## [PS-014]

# Tiroid Nodüllerinde Serum Tsh Düzeyi İle Malignite Arasındaki İlişki

Kubilay Akbal

Kozan Devlet Hastanesi, Adana

**Giriş:** TSH, hipofiz bezini tiroksin(T4) ve triiyodotironin(T3) üretmesi için uyarıcı, tirotropin olarak da adlandırılan glikoprotein yapılı bir hormondur. Hormon sentezinde yıllar içerisinde süregelen artan TSH uyarısı sonucunda, bezde yapısal heterojenite gelişir. Söz konusu olaya lokalize inflamasyonun da eklenmesi sonucunda, görünüm ve kıvamı normal tiroid parankiminden farklı olan tiroid nodülleri gelişir. Artan TSH uyarısına ve inflamasyona uygunsuz cevap sonucunda, nodüllerde malignleşme riskinin arttığı düşünülmektedir. Tüm laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerine göre nodüllerin benign veya malign ayırımında halen altın standart tetkik ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB)'dir. Bu bilgiler ışığında serum TSH düzeyinin, sitoloji sonucu benign ve malignite yönünden şüpheli nodüller arasında nasıl değiştiğini inceledik.

**Materyal-Metod:** Çalışmada Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Dahiliye kliniğinde Ocak 2022- Ocak 2025 arasında biyopsi yapılmış 500 hasta incelendi. Gebeler, <18 yaş altı ve >65 yaş üstü hastalar, sistemik enfeksiyonu, kollajen doku hastalıkları, KOAH, KBH, sigara içen, romatizmal hastalıkları, malignitesi olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Verilerine ulaşılan 301 hastada FM ve USG ile tiroid nodülü saptanan TIRADS'a göre TİİAB kararı alınıp biyopsi yapılan hastaların serum TSH değerleri ile sitoloji sonuçları incelendi. Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc. Chicago, IL) 26 paket programında değerlendirildi. Gruplar arası kategorik karşılaştırmada ki-kare analizi (Pearson Chi-kare) uygulandı. Normal dağılıma uymayan değişkenlerin iki grup arasındaki karşılaştırmasında ise Mann-Whitney U Testi uygulandı. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  şeklinde anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 301 nodülün 262 (%87) tanesi benign ve 39 (%12) tanesi malignite şüpheli saptandı. Benign olguların 218 (%83)'ü kadın, 42(%17)'si erkek olup malignite yönünden şüpheli olguların 34 (%82.9)'ü kadın, 7 (%17.1)'i erkek olarak saptandı. Benign vakaların yaş ortalaması  $42.6 \pm 11.0$  yıl ve malignite şüpheli olguların yaş ortalaması  $43.3 \pm 11.5$  yıl olarak tespit edildi. Benign olguların ortalama TSH düzeyi  $1.80 \pm 1.80$  mIU/L, serbest T3 (sT3) düzeyi  $3.20 \pm 0.53$  pg/dL ve serbest T4 (sT4) düzeyi  $1.15 \pm 0.18$  ng/dL olduğu saptandı. Malignite yönünden şüpheli olguların ortalama TSH düzeyi  $4.55 \pm 8.0$  mIU/L, serbest T3 düzeyi  $3.30 \pm 0.70$  pg/dL ve serbest T4 düzeyi  $1.20 \pm 0.35$  ng/dL olarak saptandı. Sitoloji sonuçlarına göre hastaların yaş ve laboratuvar sonuçları tablo 1'de detaylı bir şekilde verilmiştir. Malignite yönünden şüpheli olguların ortalama yaş, TSH, sT3 ve sT4 düzeyleri, benign nodül olgularından daha yüksek oldukları tespit edildi; ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p > 0.05$ ).

**Tartışma ve Sonuç:** Tiroid nodülü toplumumuzda oldukça yaygındır ve genellikle başka bir nedenle başvuran hastalarda rastlantısal saptanabilmektedir. Tiroid nodüllerinin aktiflik durumuna göre, serum TSH düzeyleri artıp azalabilmektedir. Serum TSH düzeyinin, bazı çalışmalarda maligniteyi öngörmeye risk faktörü olduğu, bazı seviyelerin üstünde daha anlamlı olduğu saptanmıştır. Bazı çalışmalarda ise, TSH düzeyi malignitede yüksek olmakla birlikte anlamlı fark bulunamamıştır. Çalışmamızın sonucuna göre malignite yönünden şüpheli olgulardaki ortalama serum TSH düzeyi, literatürdeki çalışmalara benzer şekilde sitolojisi benign olan olgulardan daha yüksek olduğunu tespit ettik; ancak bu yüksekliğin gruplar arasında anlamlı olmadığı saptadık ( $p=0.22$ ). Anlamlı saptanmaması, hasta sayısının az ve homojen olmayan gruplara bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Buna rağmen takip edilen tiroid nodüllerinde yükselen TSH düzeylerinin, nodülün malignleşmesi yönünden uyarıcı olabileceği ve bu dönemde hastalara daha erken TİİAB planlanarak takip edilebileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** TSH, nodül, benign ve malignite

**Tablo 1: Sitoloji sonuçlarına göre hastaların laboratuvar sonuçları ile p anlamlılık değerleri**

| Laboratuvar sonuçları | Benign sitoloji | Malignite yönünden şüpheli | P değeri |
|-----------------------|-----------------|----------------------------|----------|
| TSH                   | $1.80 \pm 1.80$ | $4,55 \pm 8.0$             | 0.22     |
| T3                    | $3.20 \pm 0.53$ | $3.30 \pm 0.70$            | 0.36     |
| T4                    | $1.15 \pm 0.18$ | $1.20 \pm 0.35$            | 0.27     |

[PS-015]

**Multipl Miyelomlu Bir Hastada Yeni Kuşak Tedaviler Sonrası Gelişen Nadir Bir Komplikasyon: Herpes Simpleks Virüs Pnömonisi**

Beril Su Altınışık<sup>1</sup>, Merve Nur Akyol Yaşar<sup>1</sup>, Vildan Gürsoy<sup>1</sup>, Mine Tül Yaman<sup>2</sup>, Nilüfer Aylin Acet Öztürk<sup>2</sup>, Özge Aydın Güçlü<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

**Giriş:** Multipl Miyelom (MM) hastaları, hem hastalığın doğası gereği gelişen hümmoral immün yetmezlik hem de kullanılan yoğun kemoterapötik ajanlar nedeniyle enfeksiyonlara karşı oldukça duyarlıdır. Özellikle yeni kuşak tedavilerde yer alan proteazom inhibitörleri (bortezomib) ve anti-CD38 monoklonal antikolar (daratumumab), hümmesel bağışıklığı ve doğal öldürücü (NK) hümmre fonksiyonlarını baskılayarak latent virüslerin reaktivasyon riskini belirgin şekilde artırmaktadır. Herpes Simpleks Virüs (HSV) pnömonisi, immümsüprese konaklarda nadir görülen ancak tedavi edilmediğinde mortalite oranı %75-100'e ulaşabilen oldukça ciddi bir tablodur (5). Bu bildiri, otolog kök hümmre nakli ve yoğun tedavi sonrası atipik radyolojik bulgularla prezante olan ve antiviral tedaviye hızlı yanıt veren bir HSV pnömonisi olgusu sunulmaktadır.

**Olgu:** Altmış bir yaşında multipl miyelom tanılı erkek hasta, genel durum bozukluğu, bilinç bulanıklığı ve ateş (38 °C) nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde bortezomib içeren çoklu kür tedaviler ve Ağustos 2024'te otolog kök hümmre nakli öyküsü mevcuttu. Relaps nedeniyle daratumumab-pomalidomid-deksametazon tedavisi planlanan hastada, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine rağmen klinik yanıt alınamadı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT), önceki görüntülerle karşılaştırıldığında sol akciğer üst lobda en büyüğü 2,5 cm çapında olan, nodüler karakterde yeni plevral plaklar saptandı. Bakteriyel pnömoni ve invaziv fungal enfeksiyon ön tanılarıyla yapılan fiberoptik bronkoskopide, sol üst lob apiko-posterior segment girişinde çevresi hiperemik, ortası beyaz multipl plaklar izlendi. Bronkoalveoler lavaj (BAL) örneğinde yapılan PCR testinde HSV pozitifliği saptanarak invaziv HSV pnömonisi tanısı kesinleştirildi. Hastaya 3x500 mg/gün intravenöz asiklovir tedavisi başlandı. Tedavinin 10. gününde yapılan kontrol bronkoskopisinde lezyonların tamamen gerilediği görüldü. Üç haftalık antiviral tedavi sonrası klinik iyileşme sağlanan hasta, planlanan kemoterapisi uygulanarak taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** MM hastalarında özellikle daratumumab gibi NK hümmre depleksiyonuna yol açan ajanların kullanımı, viral immün sürveyansı bozarak reaktivasyonlara zemin hazırlamaktadır. Olgumuzda izlenen nodüler plaklar, HSV pnömonisinin literatürde sıkça tanımlanan yaygın buzlu cam veya konsolidasyon paternlerinden farklı bir prezentasyondur. Bronkoskopide gözlenen tipik plak lezyonları ve antiviral tedaviye alınan hızlı klinik/bronkoskopik yanıt, HSV'nin bu hastada kolonizasyondan ziyade invaziv enfeksiyon etkeni olduğunu doğrulamıştır. Sonuç olarak, antibiyotik tedavisine dirençli ve bağışıklığı baskılanmış pnömoni olgularında, atipik radyolojik bulgular varlığında bile HSV mutlaka akla gelmelidir. Erken dönemde BAL ve PCR ile konulan tanı, hızlı antiviral tedavi ile mortaliteyi azaltmada hayatidir.

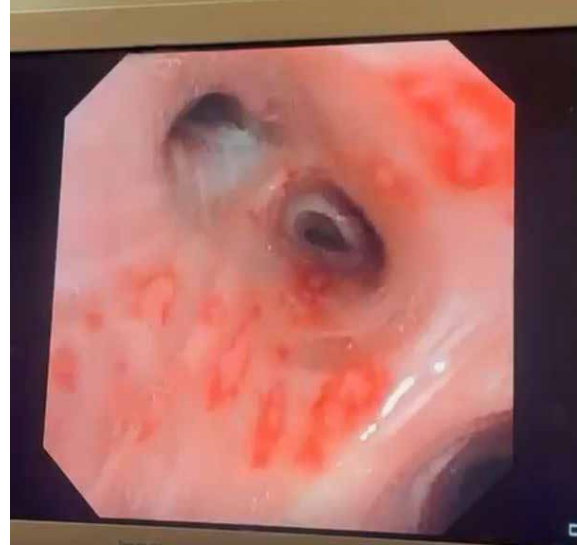
**Anahtar Kelimeler:** Daratumumab, Herpes simpleks virüs pnömonisi, İmmümsüpresyon, Multipl miyelom, Otolog kök hümmre nakli

## Antiviral tedavi sonrası kontrol bronkoskopi



Antiviral tedavi sonrası kontrol bronkoskopisinde lezyonların gerilemesi.

## İlk Bronkoskopi



İlk bronkoskopiye sol üst lob apiko-posterior segment girişinde izlenen beyaz plak lezyonlar.

## Bronkoalveoler lavaj örneğinde HSV PCR pozitifliği.

| İstem Tarihi :  | 25.11.2025 14:33                 | Çalışma Tarihi : | Örnek No :       |
|---|----------------------------------|------------------|------------------|
| Numune Alın Tarihi :                                  | 25.11.2025 14:38                 | Sonuç Tarihi :   | 25.11.2025 16:43 |
| Kabul Tarihi :  | 25.11.2025 15:15                 | Onay Tarihi :    | 25.11.2025 18:30 |
|   |                                  |                  | Örnek Tipi :     |
|   |                                  |                  | Alın Yeri :      |
| CMV (BOS ve Steril Vücut Sıvıları)                    | NEGATİF                          |                  |                  |
| Paraecho virüs (BOS ve Steril Vücut Sıvıları)         | NEGATİF                          |                  |                  |
| Enterovirüsler (BOS ve Steril Vücut Sıvıları)         | NEGATİF                          |                  |                  |
| HSV-1 (BOS ve Steril Vücut Sıvıları)                  | POZİTİF BAL ÖRNEĞİNDEN ÇALIŞILDI |                  |                  |
| HSV-2 (BOS ve Steril Vücut Sıvıları)                  | NEGATİF                          |                  |                  |
| HHV-6 (BOS ve Steril Vücut Sıvıları)                  | NEGATİF                          |                  |                  |
| VZV (BOS ve Steril Vücut Sıvıları)                    | NEGATİF                          |                  |                  |
| Escherichia coli K1 (BOS ve Steril Vücut Sıvıları)    | NEGATİF                          |                  |                  |
| Haemophilus influenzae (BOS ve Steril Vücut Sıvıları) | NEGATİF                          |                  |                  |
| Listeria monocytogenes (BOS ve Steril Vücut Sıvıları) | NEGATİF                          |                  |                  |

[PS-016]

**Erişkin Yaşta Açıklanamayan Splenomegali: Niemann-Pick Hastalığı Tip B Olgusu**

Ezel Elgün, Ulaş Akyüz, İbrahim Ethem Pinar, Vildan Gürsoy, Tuba Ersal, Vildan Özkocaman, Fahir Özkalemkaş

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Ana Bilim Dalı, Bursa

**Giriş-Amaç:** Niemann-Pick hastalığı (NPH) lizozomlarda sfingomiyelin ve sekonder olarak kolesterolün birikimi ile karakterize, lipid metabolizmasının bozulduğu otozomal resesif geçişli bir grup hastalıktır. Klinik bulgular, biyokimyasal özellikler ve genetik heterojenite göstermektedir. NPH Tip A ve B, asid sfingomiyelinaz (ASM) enzim aktivite eksikliği sonucu gelişen lizozomal depo hastalıklarıdır. Tip A; hepatosplenomegali ve hızlı ilerleyen nörodejeneratif tutulum ile karakterizedir. Tip B fenotipi ise klinik olarak daha değişken olup genellikle çocukluk çağında hepatosplenomegali ile tanı alır ve çoğu hastada nörolojik tutulum bulunmaz ya da hafiftir.

**Olgu:** Otuz iki yaşında kadın hasta, dört yıl önce seropozitif romatoid artrit tanısı almış ve bu nedenle çeşitli anti-TNF tedavileri kullanmıştır. Romatoloji polikliniği takiplerinde eforla artan dispne şikâyeti tarifleyen hastanın fizik ve nörolojik muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde; lökosit 3.260/mm<sup>3</sup>, hemoglobin 11,8 g/dL, trombosit 111.000/mm<sup>3</sup>, LDH 162 U/L, sedimantasyon 2 mm/saat ve CRP 7,9 mg/dL olarak saptandı. Beta-2 mikroglobulin düzeyi 5,11 mg/dL idi. Total kolesterol 181 mg/dL ve LDL kolesterol 117 mg/dL olarak ölçüldü. CMV, toksoplazma ve HSV IgM testleri negatif bulundu. Düzeltilmiş retikülosit oranı %1,4 idi. Solunum fonksiyon testinde FEV1/FVC oranı %83 olup difüzyon kapasitesinde (DLCO) azalma saptandı. Romatoid artrite bağlı interstisyel akciğer hastalığı açısından çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) dalak boyutu 190 mm olarak ölçüldü ve bilateral aksiller bölgede yaklaşık 1 cm çapında lenfadenopatiler izlendi. Batın BT'de dalakta multipl sayıda, en büyüğü 5 cm'ye ulaşan anterior parankimde solid hipodens lezyonlar saptandı. Karaciğer boyutu yaklaşık 16 cm olup parankim yoğunluğu minimal azalmıştı. Splenomegali ve lenfadenopati varlığı nedeniyle lenfoproliferatif hastalık açısından PET-BT yapıldı. PET-BT'de bilateral aksiller bölgede subsantimetrik, patolojik FDG tutulumu göstermeyen lenf nodları dışında patolojik bulgu saptanmadı. Lenfoproliferatif veya kronik miyeloproliferatif hastalık açısından kemik iliği biyopsisi yapıldı. Kemik iliği incelemesinde köpük sitoplazmalı histiosit infiltrasyonu izlenmekle birlikte kemik iliği normoselüler olarak değerlendirildi. Depo hastalığı ön tanısıyla enzim ve genetik inceleme amacıyla kan örneği gönderildi. Takip sürecinde görüntülemelerde dalak boyutunun 190 mm'den 220 mm'ye arttığı ve dalaktaki solid hipodens lezyonların devam ettiği saptanması üzerine histopatolojik tanı amacıyla splenektomi planlandı. Bu süreçte asid sfingomiyelinaz enzim düzeyi 0,42 nmol/mL/saat (referans: 0,8-1,2) olarak düşük bulundu. Genetik analizde SMPD1 (NM\_000543) geninde homozigot c.1117C>T (p.P373S) varyantı saptandı. Bu bulgular Niemann-Pick hastalığı Tip B ile uyumlu olarak değerlendirildi ve splenektomi planından vazgeçilerek hasta endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları bölümüne enzim replasmanı amacıyla yönlendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** NPH geniş bir klinik spektruma sahip olup bulgular perinatal dönemden erişkin yaşa kadar farklı dönemlerde ortaya çıkabilir. Klinik tablo oldukça değişken olup farklı alt tipleri tanımlanmıştır. Köpük hücre infiltrasyonu ve organomegali tüm formlarda görülebilirken, nörolojik tutulum Tip A ve C'de belirgin olup Tip B'de genellikle izlenmez. Olgumuzda splenomegali ve hepatomegali varlığına karşın nörolojik bulgu ve aile öyküsü bulunmamaktadır. Serum kolesterol düzeyinin normal olması ve kemik iliğinde köpük hücrelerinin saptanması tanıyı desteklemekle birlikte, düşük asid sfingomiyelinaz aktivitesi ve SMPD1 geninde saptanan homozigot mutasyon tanıyı doğrulamıştır. Sonuç olarak, değişken klinik bulgularla başvurabilen ve erişkin yaşta da tanı alabilen Niemann-Pick hastalığı; hepatosplenomegali, sitopeni ve nedeni açıklanamayan organomegali bulunan hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalı ve gerekli durumlarda enzimatik ve genetik incelemeler yapılmalıdır.

**Kaynakça:** Vanier M.T. Niemann-Pick diseases Handbook of Clinical Neurology Volume 113, 2013, Pages 1717-1721

**Anahtar Kelimeler:** Splenomegali, Niemann-Pick Hastalığı, Sfmngomiyelinaz

**[PS-017]**

**Hipokalemik Paralizi ile Başvuran Sjögren Sendromu Olgusu**

Rabia Gökçen Umurca Aydemir, Didem Toker Gökçen, Murat Karabacak, Hakan Emmungil

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

**Giriş:** Primer Sjögren sendromu (pSS), ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu sonucu sicca semptomları ile giden otoimmün bir hastalıktır. pSS'da çeşitli sistemik komplikasyonlar görülmekle birlikte renal komplikasyonlar oldukça nadirdir. Distal renal tübüler asidozla (RTA) birlikte hafif hipokalemi bildirilse de, ciddi hipokalemi ve buna bağlı gelişen paralizi oldukça nadir görülmektedir.

**Olgu:** Bilinen kronik hastalığı olmayan 20 yaşında kadın hasta, acil servise yaygın kas güçsüzlüğü ile başvurdu. Vital bulguları stabil olan hastanın sorgusunda kusma, diyare, ateş yüksekliği, ilaç veya madde kullanımı saptanmadı. Fizik muayenesinde alt ekstremitelerde kas gücü 3/5 saptandı ve duyu defisit izlenmedi. Laboratuvar değerlendirmesinde derin hipokalemi (K: 2,3 mmol/L), normal anyon açıklı metabolik asidoz (pH: 7,18, bikarbonat: 12, anyon gap: 11) ve tam idrar tahlilinde idrar pH'sı 7,7 saptandı. Hasta, hipokalemik paralizi ve distal tip RTA ön tanıları ile interne edilerek elektrolit ve bikarbonat replasmanı yapıldı. Böbrek fonksiyon testleri normal sınırlarda saptanan ve proteinürisi olmayan hastanın takiplerinde asidoz ve hipokalemisinin sebat etmesi üzerine yapılan romatolojik sorguda şiddetli sicca semptomları saptandı. İmmünolojik incelemede antinükleer antikor (ANA AC4, AC8 paterninde 3+) ve ENA panelinde anti-SSA (Ro52 ve Ro60 paterninde 3+) pozitifliği izlendi. Tükürük bezi biyopsisi fokus skoru 4 gelen hastaya pSS tanısı konularak 1 mg/kg metilprednizolon ve azatiopurin tedavileri başlandı. Tedavi sonrası oral antiasidoz ve potasyum ihtiyacı gerileyen hasta, steroid dozu azaltılarak takibe alındı.

**Tartışma ve Sonuç:** pSS vakalarının %5-10'unda klinik renal tutulum gerçekleşmektedir ve tübülointerstisyel nefrit en sık görülen renal tutulum tipidir. Bu vaka, kas güçsüzlüğü ile giden derin hipokalemi ve eşlik eden distal RTA'nın pSS'nun ilk prezentasyon şekli olabileceğini göstermektedir. Etyopatogeneizde distal toplayıcı kanallardaki hidrojen potasyum ATPaz pompalarına karşı gelişen otoantikörlerin rolü üzerinde durulmaktadır. Literatürdeki vaka serileri incelendiğinde, RTA ile başvuran hastaların %8'inde başvuru sırasında pSS tanısı konulduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle, başka türlü açıklanamayan distal RTA'sı olan tüm bireylerde pSS tanısı mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Distal Renal Tübüler Asidoz, Hipokalemik Paralizi, Primer Sjögren Sendromu

[PS-019]

## Lokal İleri Evre Özofagus Karsinomlu Hastalarda Kemoradyoterapi Deneyimi

Seda Sali

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Bursa

**Giriş:** Özefagus ve özefagogastrik bileşke kaynaklı olan üst gastrointestinal sistem kanserleri global olarak oldukça büyük bir sağlık problemidir. Dünya genelinde 7. en sık kanser türü olup kansere bağlı ölüm nedenlerinde 6. sırada yer almaktadır (1). Özefagus kanserleri oldukça agresif seyirli olup vakaların yaklaşık %50-80'i lokal ileri ya da metastatik evrede tanı alırlar (2). Histolojik olarak skuamöz hücreli (SCC) ya da adenokarsinom olarak karşımıza çıkmakta olup etyolojileri ve yerleşim yerleri de buna göre değişmektedir (3). Adenokarsinomlar alt özefagus yerleşimli iken SCC daha sık trakeal bifurkasyonu üst seviyesinde yeleşmeye eğilimli olup; adenokarsinoma göre lenfatik metastaz daha sık ve genellikle prognoz daha kötüdür (3). Biz de çalışmamızda lokal ileri evre özefagus kanseri hastalarının tedavi sürecini incelemeyi amaçladık.

**Materyal-Metod:** Çalışmamızda aynı Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvuran ve sitotoksik kemoterapi alan 957 kanser hastası değerlendirildi. Bunlardan lokal ileri özefagus kanseri nedeniyle kemoterapi alan ve elektronik dosya kayıtlarına ulaşılan hastalar kayıt edildi. Özefagogastrik bileşke tümörü olanlar dışlandı. Toplam 7 hastanın tedavileri, yan etkileri, tedavi cevapları ve prognozları değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 61.1 (52-73 aralığında) olup, medyan yaş 59 olarak saptanmıştır (Tablo 1). Hastaların yalnızca 1'i erkek; 6 sı kadındı. Median takip süresi 12.2 ay idi. Hastaların tamamı SCC histolojisine sahipti. Üst özefagus yerleşimli hastalığı olan 2 hastaya küratif kemoradyoterapi (KRT) planlandı. Hastaların her ikisi de tanıda evre 3B olup, bu hastaların biri takipte progrese ve ex oldu. Diğer 5 hasta (%71.4) ise orta özefagus yerleşimli olup neoadjuvan kemoradyoterapi sonrası operasyon planlandı. Ancak takipte hastaların 2'si opere oldu. Opere olan hastalardan biri postoperatif abse ve komplikasyon nedeniyle exitus oldu. Kemoradyoterapi ile hastaların 6'sı (%85.7) karboplatin ve paklitaksel; 1'i (14.3) ise kapesitabin ve oksaliptatin tedavisi almıştı. Tedavi sürecinde hastaların %71.4'ünde (n=5) G-CSF kullanımı ve kürler arası sürede uzama kaydedildi. En sık izlenen yan etkiler; anemi (%71.4), nötropeni (%57.1) ve trombositopeni (%42.8) gibi hematolojik tablolardı. Non-hematolojik olarak %28.5 oranında miyalji görülürken; hafif bulantı ve halsizlik eşlik eden diğer semptomlar arasındaydı. Hastalık relapsı görülen hastalarda yüksek nötrofil/lenfosit oranı (NLR) (4.66'ya karşı 2.12) ve düşük düşük prognostik nutrisyon indeksi (PNI) (47.95'e karşı 55.69) değerleri saptandı; PNI ve yüksek NLR birlikteliği olan hastalarda nüks izlendi. Toplam mortalite oranı %28.5 (n=2) olup, ex olan hastalarda NLR düzeyi (3.47) hayatta olanlara (2.60) göre daha yüksek bulundu. Ex grubunda PNI ortalamasının (56.5) progresyon grubuna kıyasla yüksek seyretmesi, vefatlardan birinin doğrudan progresyon yerine post-op cerrahi komplikasyon (apse) kaynaklı olmasıyla açıklanmaktadır (Tablo 2).

**Tartışma ve Sonuç:** Küresel literatürde özefagus kanseri tipik olarak erkeklerde daha sık rapor edilmektedir (1). Ancak Türkiye ve çevresindeki bazı coğrafyalarda (Özefagus Kuşağı), kadınlarda görülme sıklığının da yüksek olduğu bilinmektedir (4). Çalışmamızdaki kadın baskınlığı bu bölgesel verilerle uyumludur. Kemoterapiye sekonder yan etkiler genellikle hematolojik ve yönetilebilir idi. İnflamasyon indeksi ve nutrisyon indeksi ile ilgili çalışmalar değerlendirildiğinde; survey etkisi olmadığı gösterilen çalışmalar da mevcutken, düşük NLR ve yüksek PNI olan hastalarda daha iyi sağ kalım saptanan çalışmalar da vardır(5,6). Bizim çalışmamızda da nüks yaşayan hastalarda yüksek NLR ve düşük PNI ortalaması mevcuttu. Çalışmamız tek poliklinik deneyimine dayanmakta olup amacımız bu zor hasta grubunun verilerini gözden geçirmekti.

**Anahtar Kelimeler:** Özofagus kanseri, Lokal ileri evre, Nötrofil/lenfosit oranı (NLR)

**Tablo 1**

**Tablo 1: Özefagus Skuamöz Hücreli Karsinomlu Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri (n=7)**

| No | Yaş | Eyre | Histolojik Tip | Tedavi Planı     | Opere Oldu mu? | Tedavi Rejimi | Hastalık Yeri | Progresyon | Ex Durumu |
|----|-----|------|----------------|------------------|----------------|---------------|---------------|------------|-----------|
| 1  | 73  | 3A   | SCC            | NA-KRT-OPERASYON | Hayır (0)      | KARBO+PAKLI   | Orta          | Evet (1)   | Hayır (0) |
| 2  | 57  | 3A   | SCC            | NA-KRT-OPERASYON | Hayır (0)      | KARBO+PAKLI   | Orta          | Hayır (0)  | Hayır (0) |
| 3  | 68  | 3B   | SCC            | KÜRATİF KRT      | Hayır (0)      | CAPEOX        | Üst           | Evet (1)   | Evet (1)  |
| 4  | 61  | 3B   | SCC            | KÜRATİF KRT      | Hayır (0)      | KARBO+PAKLI   | Üst           | Hayır (0)  | Hayır (0) |
| 5  | 58  | 2    | SCC            | NA-KRT-OPERASYON | Evet (1)       | KARBO+PAKLI   | Orta          | Hayır (0)  | Evet (1)  |
| 6  | 52  | 1    | SCC            | NA-KRT-OPERASYON | Hayır (0)      | KARBO+PAKLI   | Orta          | Hayır (0)  | Hayır (0) |
| 7  | 59  | 3B   | SCC            | NA-KRT-OPERASYON | Evet (1)       | KARBO+PAKLI   | Orta          | Hayır (0)  | Hayır (0) |

**Tablo 2**

**Tablo 2: Nötrofil-Lenfosit Oranı (NLR) ve Prognostik Nutrisyonel İndeksin (PNI) Hastalık Progresyonu ile İlişkisi**

| Parametre    | Nüks (+) | Nüks (-) | Ex (Vefat) | Hayatta |
|--------------|----------|----------|------------|---------|
| Ortalama Yaş | 70.5     | 57.4     | 63         | 60.4    |
| Ortalama NLR | 4.66     | 2.12     | 3.47       | 2.60    |
| Ortalama PNI | 47.95    | 55.69    | 56.53      | 52.26   |

[PS-020]

## Kardiyak Amiloidoz Ön Tanısı İle İzlenen, Doku Biyopsilerinde Amiloid Gösterilemeyen Lambda Hafif Zincir İlişkili Şüpheli Plazma Hücre Diskrazisi Olgusu

Feyza Nur Erkiran<sup>1</sup>, Gökhan Evren<sup>2</sup>, Mahmut Yavuz<sup>2</sup>, Merve Nur Akyol Yaşar<sup>3</sup>, Vildan Gürsoy<sup>3</sup>, İbrahim Ethem Pınar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Bursa

<sup>3</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Bursa

**GİRİŞ:** Amiloidoz, yanlış katlanmış proteinlerin ekstrasellüler dokularda birikimi ile karakterize hastalık grubudur. AL (immünoglobulin hafif zincir) amiloidozda kardiyak tutulum prognozu belirleyen faktörlerden olup restriktif kardiyomyopati, diyastolik disfonksiyon, perikardiyal efüzyon, nefrotik düzey proteinüri ve hızlı organ yetmezliği ile prezente olabilir. Tanıda altın standart, doku biyopsisinde Kongo Red boyasıyla amiloid birikiminin gösterilmesidir. Bu olguda kardiyak görüntüleme bulguları ve monoklonal hafif zincir pozitifliği bulunan, ancak tekrarlayan biyopsilerde amiloid gösterilemeyen şüpheli AL amiloidoz vakası sunulmuştur.

**VAKA SUNUMU:** 67 yaşında kadın, Ekim 2025'te göğüs ağrısı şikâyetiyle başvurdu. Toraks bilgisayarlı tomografide pleval efüzyon ve perikardiyal efüzyon saptandı. Non-ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü ön tanısıyla yapılan koroner anjiyografide non-obstrüktif koroner arter hastalığı izlendi. Transtorasik ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu korunmuş olup sol ventrikülde konsantrik hipertrofi ve diyastolik disfonksiyon mevcuttu. Kardiyak manyetik rezonans görüntülemesinde biatriyal dilatasyon, sol ventrikül duvar kalınlaşması, yaygın hipokinezi ve geç gadolinyum tutulumu ile infiltratif kardiyomyopati ve amiloidoz lehine bulgular izlendi.

Kasım 2025'te ileri değerlendirme amacıyla yatırılan hastada serum kreatinin 1,21 mg/dL, spot idrarda yaklaşık 11 g proteinüri saptandı. Serum ve idrar immünfiksasyon elektroforezinde belirgin lambda hafif zincir bandı izlendi. Solunum sıkıntısı ve klinik instabilite nedeniyle planlanan renal biyopsi gerçekleştirilemedi.

Hematoloji konsültasyonu sonrası kemik iliği aspirasyonunda %11-13 oranında plazma hücresi saptandı, iskelet surveyinde litik lezyon izlenmedi. Takipte gelişen hematokezya üzerine yapılan rektosigmoidoskopide ülsera vejetatif kitle ve atlamalı ülseratif alanlar saptandı; biyopsilerde nonspesifik kronik aktif inflamasyon izlendi ve amiloid açısından özel boyama yapılmadığı görüldü.

Kemik iliği biyopsisinde yaygın kanama ve parçalanma artefaktı içeren, lambda pozitif plazma hücrelerinden zengin ancak tanısız açıdan sınırlı örnek raporlandı. Artefakt ve yetersiz örnekleme nedeniyle Kongo Red boyaması optimal değerlendirilemedi ve amiloid birikimi gösterilemedi. Tanısız yeterlilik amacıyla tekrarlanan kemik iliği ve abdominal cilt biyopsilerinde de amiloid saptanmadı.

Troponin yüksekliği, iskemik semptom ve elektrokardiyografik değişiklik olmaması, kardiyak MRG bulguları ve nefrotik düzey proteinüri birlikte değerlendirilerek kardiyoloji tarafından kardiyak amiloidoz lehine yorumlandı. Belirgin lambda hafif zincir pozitifliği ile birlikte şüpheli AL amiloidoz ön tanısı ile bortezomib, siklofosamid ve deksametazon tedavisi başlandı. Ancak tedavinin ilk gününde gelişen kardiyak arrest sonrası hasta eksitus oldu. Eksitus sonrası patolojik değerlendirmede örneklerin tanısız açıdan sınırlı olduğu ve amiloidin kesin olarak dışlanamayacağı bildirildi.

**SONUÇ:** Kardiyak MRG'de amiloid infiltrasyonu ile uyumlu bulgular, nefrotik düzey proteinüri ve monoklonal hafif zincir pozitifliği bulunan hastalarda doku biyopsisinin negatif olması tanıyı dışlatmaz. Özellikle yetersiz örnekleme, heterojen organ tutulumu ve suboptimal Kongo Red boyanması yalancı negatif sonuçlara yol açabilir. Bu olgu, kardiyak tutulumu ön planda olan şüpheli AL amiloidoz vakalarında klinik, laboratuvar ve ileri görüntüleme bulgularının bütüncül değerlendirilmesinin önemini ve ileri kardiyak tutulumun tedavi sürecinde mortaliteyi belirleyen en kritik faktörlerden biri olduğunu göstermektedir.

1. Falk RH, Alexander KM, Liao R, Dorbala S. AL (Light-Chain) Cardiac Amyloidosis:

A Review of Diagnosis and Therapy. J Am Coll Cardiol. 2016;68(12):1323-1341.

2. Fontana M, Pica S, Reant P, et al. Prognostic value of late gadolinium enhancement cardiovascular magnetic resonance in cardiac amyloidosis. Circulation. 2015;132(16):1570-1579.

3. Fine NM, Arruda-Olson AM, Dispenzieri A, et al. Yield of noncardiac biopsy for the diagnosis of cardiac amyloidosis. Am J Cardiol. 2014;113(10):1723-1727.

**Anahtar Kelimeler:** Amiloidoz, Proteinüri, Kardiyak Amiloidoz

**[PS-021]**

**Çift Primer İnvaziv Lobuler Meme Karsinomu ve Pankreatik Duktal Adenokarsinom;  
Nadir Bir Olgu Sunumu ile**

Nargiz Majidova

Vm Medicalpark Maltepe Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Meme kanserinin ikinci sıklıkta görülen histopatolojik alt tipi invaziv lobuler karsinom olup, duktal meme kanserine benzemekle beraber daha agresif seyirlidir. Modern tıbbin gelişmesi ile kanser hastalarının ortalama yaşam süresinin uzaması, diğer taraftan da kanser tedavilerinin yan etkileri sonucu multipl kanserler görülme sıklığı artmıştır. Primer malignite öyküsü olan hastalarda multipl tümör görülme sıklığı, sağlıklı kişilere göre 1,5 kat artmıştır. Yaşlı populasyonda ise tümör sıklığı %36 civarındadır, bu da yaşlanmanın kanser etiyojisinde yer aldığını gösterir (1). Çift primer senkron tümörler nadir görülmele beraber önceye kıyasla daha fazla olup, ikinci primer malignite sıklığının primer kansere bağlı olarak gelişmesi %1-16 arasında bilinmektedir (2). En yaygın kanser çiftlerinin erkeklerde kolon-akciğer ve prostat-mesane, kadınlarda meme-kolon ve meme-tiroid olduğu tespit edilmiştir. Bu olguda da olduğu gibi nadir görülen lobuler meme kanseri ile pankreatik duktal adenokarsinom birlikteliğinin paylaşılması amaçlanmıştır.

**Olgu:** 71 yaşında kadın hasta, 03.08.2021 tarihinde meme USG'de sağ alt dış kadranda 16x23 mm lezyon, aynı zamanda kitle komşuluğunda 14x6 mm lezyon ve sağ axillada 8x6 mm şüpheli lenf nodu saptandı. Sağ alt dış kadrandaki kitleden alınan tru-cut biyopsi patolojisi invaziv lobuler karsinom östrojen reseptörü %100, progesteron reseptörü %50, Her2 negatif, Kİ67 %10 raporlandı.

PET/BT'de sağ orta juguler 9 mm LAP (SUV:3,1), sağ meme alt dış kadranda 15 mm lezyon (SUV:2,48), bilateral akciğer multipl nodül (FDG tutulum yok), pankreas kuyruk kesiminde 3 cm kitle (SUV:11,14) bulunması üzerine aynı ameliyatta hem pankreastan hem de memeden opere edildi (Resim 1 ve Resim 2). Modifiye radikal mastektomi operasyon patolojisi pT2N2 invaziv mikst karsinom (%90 lobuler, %10 duktal), 7/12 lenf nodu malignite pozitif (metastatik lenf nodunda en büyük çapı 1cm), kapsül dışına yayılım mevcut, tümör boyutu 4,5 cm, grade 2, cerrahi sınır negatif, lenfovasküler ve perinöral invazyonu pozitif, östrojen %100, progesteron ve Her2 negatif, Kİ67 %10 görüldü. Pankreasa yapılan whipple operasyonu (distal pankreatektomi) patolojisi pankreas adenokarsinom (pankreatobiliyer), tümör boyutu 2,7 cm, orta derece diferansiye, 1/9 patolojik lenf nodu (metastatik lenf nodu 2 mm), T2N1, proksimal cerrahi sınır negatif, lenfovasküler invazyon pozitif saptandı. Surveyi belirleyen pankreas kanseri olarak kabul edildi. Hastaya 19.10.2021 tarihinde gemcitabin (1250 mg/m<sup>2</sup>) + kapasitabin (2x500 mg/m<sup>2</sup>) + letrozol 2,5 mg (günlük) planlandı. Kemoterapi sonrası memeye radyoterapi verilmesi planlandı.

**TARTIŞMA:** Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserlerden biridir. Multipl kanser olguları nadir görülmele beraber sıklığı giderek artmaktadır. Bu yüzden kanser hastaları yakın takip edilmeli, yeni gelişen semptomları detaylı incelenmeli ve yeni bir malignite odağı olabileceği akılda tutulmalıdır. Kanser hastalarının takip sürelerini primer tümör belirlese de, metakron (>12 aydan sonra gelişen kanserler) tümör riski nedeniyle ömür boyu takibin devam ettirilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda hastalar koruyucu önlemler ve yaşam tarzı değişikliği konusunda bilgilendirilmeli, ailesel kanser yatkınlığı olanlara sık tarama testleri yapılmalıdır. Ancak bu önlemlerin yanı sıra gereksiz tetkiklerden de kaçınılması önerilmektedir.

**Referanslar**

1. Gököz Doğu G, Yenen A, Yapar Taşköylü B, İşler K, Değirmencioğlu S. Synchronous and metachronous double primary cancer patients: single center experience. Pam Med J 2012;5:1-4.
2. Hayat MJ, Howlader N, Reichman ME, Edwards BK. Cancer statistics, trends, and multiple primary cancer analyses from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. Oncologist 2007;12:20-37.

**Anahtar Kelimeler:** PANKREAS KANSERİ, MEME KANSERİ, ÇİFT PRİMER

## [PS-022]

### **Fulminan karaciğer yetmezliği tehdidi: akut hepatit a olgu sunumu**

Burcu Kalkan, Resul Akduman, Mete Burtay Yalçın, Fatih Eren, Murat Kıyıcı

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, Bursa

**Giriş ve Amaç:** Akut viral hepatit, endemik bölgelere seyahat öyküsü olan kişilerde ani gelişen transaminaz yüksekliği ve koagülopati ile prezente olabilen önemli bir klinik tablodur. Hepatit A virüsü, genellikle benign seyirli olmakla birlikte erişkinlerde nadiren fulminan karaciğer yetmezliğine ilerleyebilmektedir. Fulminan hepatit gelişimi, erken tanı ve uygun destek tedavi açısından transplant merkezlerinde yakından izlem gerektiren hayati tehdit edici bir durumdur. Bu olguda, seyahat öyküsü sonrası gelişen akut ağır hepatit tablosu ve ayırıcı tanı süreci sunulmuştur.

**Vaka Sunumu:** Kırk sekiz yaşında erkek hasta, bilinen kronik hastalığı, ilaç kullanımı, alkol kullanımı olmayıp, yaklaşık 5 gün önce başlayan halsizlik, üşüme, titreme ve gözlerde sararma şikâyetleri ile hastaneye başvurmuş, yapılan tetkiklerde karaciğer fonksiyon testlerinin yüksek saptanması üzerine fulminan hepatit ön tanısı ile ileri tetkik ve olası karaciğer nakli hazırlığı açısından üçüncü basamak merkezimize sevk edilmiştir.

Hastanın öyküsünde 1 ay önce Suudi Arabistan'da 1 haftalık seyahat ve bu dönemde 12 saat süren bulantı, kusma ve ishal şikâyeti olduğu; ayrıca 2 hafta önce Mısır seyahati yaptığı öğrenildi. Bitkisel ürün, antibiyotik, hepatotoksik ilaç, alkol kullanımı ve riskli cinsel temas öyküsü bulunmamaktaydı.

Fizik muayenesinde ensefalopati bulgusu saptanmadı. Batın muayenesi rahat, defans ve rebound yoktu. Laboratuvar incelemelerinde başvuru sırasında AST: 5482 U/L, ALT: 5749 U/L, total bilirubin: 6,26 mg/dL olup takiplerinde total bilirubin 13,96 mg/dL'ye kadar yükselmiş, INR 2,01'e kadar uzamış, amonyak düzeyi 130 µmol/L saptanmıştır. Albümin düşük (29-33 g/L) izlenmiş, CRP yüksek (29-62 mg/L) bulunmuştur. Viral serolojide Anti-HAV IgM pozitif ve Anti-HAV IgG pozitif saptanırken; HBsAg, Anti-HBc IgM, Anti-HCV, HIV, CMV IgM ve HSV IgM negatif bulunmuştur. CMV IgG pozitif ve yüksek avidite saptanarak geçirilmiş enfeksiyon lehine değerlendirilmiştir.

Görüntülemelerde kontrastlı üst batın BT'de karaciğer parankimi hipodens görünümde izlenirken, safra kesesinde duvar kalınlaşması (kolesistit?) dikkati çekmiştir. Batın USG'de de safra kesesi duvar kalın ve ödemli olarak değerlendirilmiştir.

Hasta akut ağır hepatit tanısı ile yatırılarak N-asetilsistein infüzyonu, laktuloz ile hepatik ensefalopati profilaksisi, hepatoprotektif tedavi ve koagülopati için TDP ve K vitamini replasmanı başlanarak günlük karaciğer fonksiyon testleri ve koagülasyon parametreleri ile yakın izleme alınmıştır.

**TARTIŞMA:** Bu olguda AST ve ALT düzeylerinin 5000 U/L üzerinde olması, akut hepatoselüler hasarı düşündürmüş olup ayırıcı tanıda akut viral hepatit, ilaç/toksik hepatit, otoimmün hepatit ve iskemik hepatit değerlendirilmiştir. Hepatotoksik ilaç ve alkol öyküsünün olmaması, otoimmün belirteçlere dair bulgu olmaması viral etiyolojiyi ön plana çıkarmıştır. Özellikle Suudi Arabistan ve Mısır seyahat öyküsü, fekal-oral bulaşan HAV enfeksiyonu açısından güçlü epidemiyolojik risk faktörü oluşturmaktadır. Anti-HAV IgM pozitifliği ile akut Hepatit A tanısı doğrulanmıştır.

Bu olguda INR yüksekliği (>1,5) ve hiperamonyemi varlığı akut ağır hepatit tablosunu desteklemektedir. Ensefalopati gelişmemiş olması nedeniyle fulminan hepatit kriterleri tam karşılanmamakla birlikte, transplant merkezi tarafından yakın izlem gerektiren yüksek riskli hasta grubunda değerlendirilmiştir.

**SONUÇ:** Seyahat öyküsü bulunan hastalarda gelişen akut sarılık ve transaminaz yüksekliği varlığında akut viral hepatit, özellikle Hepatit A enfeksiyonu mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu olgu, erişkin hastalarda Hepatit A'nın nadiren akut ağır hepatit tablosu ile prezente olabileceğini ve erken tanı, yakın laboratuvar takibi ile uygun destek tedavisinin fulminan karaciğer yetmezliğinin önlenmesinde kritik olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** fulminan, hepatotoksik, viral

## [PS-023]

### Hayat Kalitesini Artıran Müdahale: OWR Hastalığında Bevacizumab Deneyimimiz

Fatma Nur Erbaş Özlü<sup>1</sup>, Merve Nur Akyol Yaşar<sup>2</sup>, Ulaş Akyüz<sup>2</sup>, Vildan Gürsoy<sup>2</sup>, Fahir Özkalemkaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı, Bursa

**Amaç:** Kalıtsal Hemorajik Telanjiektazi (HHT) veya Osler-Rendu-Weber (OWR) hastalığı, VEGF artışıyla seyreden, tekrarlayan kanamalar ve dirençli anemiyle karakterize nadir bir bozukluktur. Bu çalışmada, konvansiyonel tedavilere dirençli HHT vakalarında bevacizumabın klinik etkilerini sunmayı amaçladık.

**Yöntem-Bulgular:** Tekrarlayan epistaksis, gastrointestinal kanama ve derin anemi nedeniyle yoğun transfüzyon ihtiyacı olan iki HHT vakası değerlendirildi. İlk vakada (75 yaş, kadın), bevacizumab sonrası transfüzyon ihtiyacı tamamen ortadan kalktı. İkinci vakada (48 yaş, erkek) ise kalp yetmezliği ve stent öyküsüne rağmen, bevacizumab ve multidisipliner yaklaşımla kanama kontrolü sağlandı.

**Sonuç:** Bevacizumab, refrakter HHT vakalarında transfüzyon bağımlılığını azaltan ve yaşam kalitesini artıran etkili bir seçenektir.

**Giriş:** HHT, otozomal dominant geçişli, mukokutanöz telanjiektaziler ve organlarda arteriovenöz malformasyonlarla (AVM) karakterize sistemik bir anjiyojenik bozukluktur. Patofizyolojisinde TGF- $\beta$  sinyal yolu mutasyonları ve kontrolsüz anjiyogenez rol oynar. En önemli morbidite nedeni, kronik kanamalara bağlı dirençli demir eksikliği anemisi ve transfüzyon bağımlılığıdır. Vasküler Endotelial Büyüme Faktörü (VEGF) düzeylerindeki artış bu süreçte kilit rol oynar. Bu bildiride, standart tedavilere dirençli iki OWR vakasında bevacizumab deneyimimizi sunmaktayız.

#### Vaka Sunumları

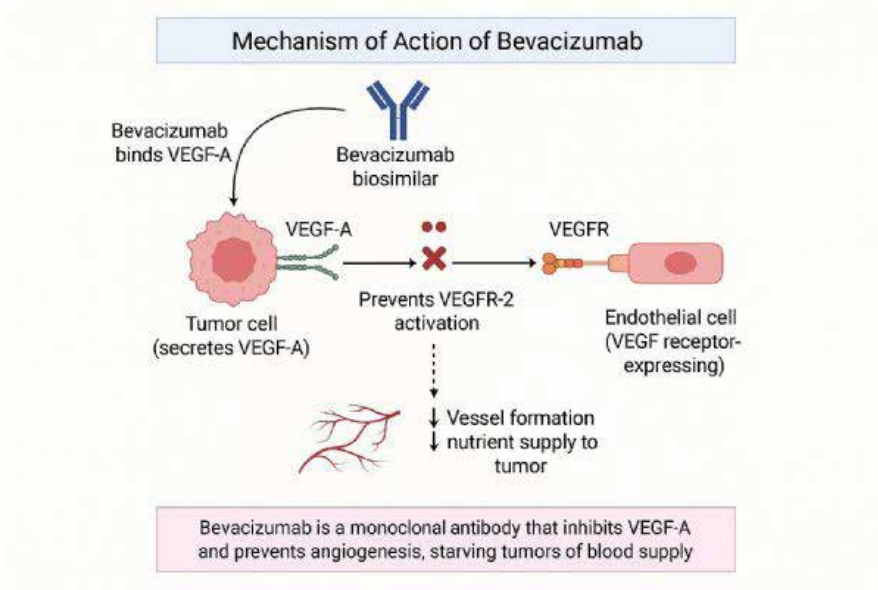
**Vaka 1:** 75 yaşında kadın hasta, 20 yıldır HHT ve 2014'ten beri KML tanılarıyla takip edilmektedir. Kronik Hgb düzeyi 8-9 g/dL seyreden ve sık transfüzyon alan hastaya Kasım 2022'de bevacizumab başlandı. Tedavi sonrası burun kanamaları tama yakın azaldı. Ağustos 2023'te koroner stent sonrası anti-agregan kullanımıyla kanamaları artsa da bevacizumabın yeniden başlamasıyla stabilizasyon sağlandı. Kasım 2025'te 18. kürünü tamamlayan hastanın transfüzyon ihtiyacı kalmamıştır.

**Vaka 2:** 48 yaşında erkek hasta, şiddetli epistaksis ve gastrointestinal telanjiektazilerle başvurdu. Nisan 2024'te bevacizumab başlanan hastada kanama atakları azaldı. Takipte gelişen dekompanse kalp yetmezliği nedeniyle tedaviye ara verilip diüretik ve lokal nazal koterizasyon uygulandı. Kardiyak stabilizasyon sonrası Ağustos 2025'te 4. kür bevacizumab ile tedaviye devam edildi; hasta halen stabil seyretmektedir.

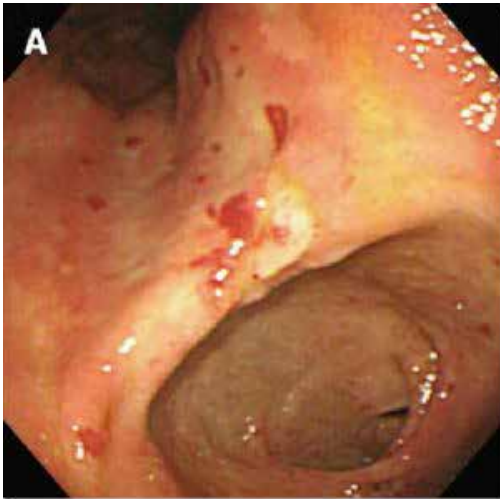
**Tartışma ve Sonuç:** HHT'de patolojik damar oluşumu ve kırılabilirlik, VEGF aracılı anjiyogenez ile ilişkilidir. Literatürde bevacizumabın epistaksis ve gastrointestinal kanamaları kontrol altına aldığı, yüksek debili kalp yetmezliğini düzelttiği bildirilmiştir. Vakalarımızda bevacizumab sonrası transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkması literatürle uyumludur. Tedavide en kritik nokta, dozun hastanın klinik yanıtına ve komorbiditelerine göre kişiselleştirilmesidir. Vaka 2'de görüldüğü üzere, kalp yetmezliği gibi yan etkiler açısından yakın takip ve multidisipliner yaklaşım esastır. Bevacizumab, HHT yönetiminde transfüzyon bağımlılığını azaltan, yaşam kalitesini restore eden ve uzun vadede konvansiyonel yöntemlere üstünlük sağlayabilen hayat kurtarıcı bir seçenektir.

**Anahtar Kelimeler:** bevacizumab, hht, owr, telanjiektazi

### bevacizumab etki mekanizması



### endoskopik telanjiektazi görüntüsü



[PS-024]

## Kladribin Tedavisi Sonrası Gelişen Trombotik Mikroanjiyopati: Atipik Hemolitik Üremik Sendrom Şüphesi Olan Bir Vaka Sunumu

Zehra Çolak<sup>1</sup>, Gökhan Evren<sup>2</sup>, Mahmut Yavuz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, Bursa

**Giriş:** Trombotik mikroanjiyopati (TMA); mikroanjiyopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve akut böbrek hasarı ile karakterize, yaşamı tehdit edebilen bir klinik sendromdur. Atipik hemolitik üremik sendrom (aHÜS), kompleman sisteminin disregülasyonu ile ilişkili nadir bir TMA alt tipidir ve enfeksiyonlar, gebelik, otoimmün hastalıklar ile bazı ilaçlar tarafından tetiklenebilir. İmmünmodülatör tedaviler sonrası gelişen TMA olguları nadirdir ve ayırıcı tanıda trombotik trombositopenik purpura (TTP), tipik HÜS ve ilaç ilişkili TMA dikkatle dışlanmalıdır. Multipl skleroz tedavisinde kullanılan kladribin sonrası gelişen TMA vakaları oldukça sınırlıdır. Bu olguda, kladribin sonrası akut böbrek hasarı ve hemolitik bulgularla prezente olan, TTP dışlandıktan sonra aHÜS ön tanısı ile eculizumab başlanan bir hastanın sunulması amaçlanmıştır.

**Vaka:** 48 yaşında kadın; bulantı, kusma, ishal, ateş ve sarılık şikayetleri ile 06.07.2025 tarihinde başvurdu. Öyküsünde 2022 yılında multipl skleroz tanısı aldığı, sırasıyla dimetil fumarat (trombositopeni), fingolimod (zona enfeksiyonu) ve 2024 yılında kladribin tedavisi aldığı öğrenildi. Kladribin ikinci kürü 17.06.2025 tarihinde uygulanmıştır.

Başvuru öncesinde baş ağrısı nedeniyle nonsteroid antiinflamatuvar ilaç kullanımı sonrası kusma ve sulu ishal ile dış merkeze başvurmuş, total bilirubin >5 mg/dl saptanması üzerine sevk edilmişti. İncelemelerde indirekt hiperbilirubinemi, yüksek laktat dehidrogenaz (LDH) ve trombositopeni saptanması üzerine hemoliz ve TMA açısından merkezimize yönlendirildi.

Hastanın bilinen böbrek hastalığı yoktu; kreatinin değerleri 2022–2025 arasında 0,6–0,7 mg/dl aralığındaydı (11.06.2025: 0,69 mg/dl). Başvuruda kreatinin 0,94 mg/dl iken ertesi gün 2,17 mg/dl'ye ve aynı gün 3,11 mg/dl'ye yükselerek akut böbrek hasarı gelişti.

Abdominal ultrasonografide karaciğerde grade 1 hepatosteatoz saptanırken böbrekler doğal değerlendirildi. Kontrastlı batın tomografide böbreklerde obstrüktif patoloji izlenmedi. Kraniyal tomografi normaldi.

Klinik izlemde indirekt hiperbilirubinemi, yüksek LDH, trombositopeni ve progresif akut böbrek hasarı ile TMA düşünüldü. Kateter yerleştirilerek beş seans plazmaferez uygulandı. Kreatinin progresyonu ve anüri gelişmesi üzerine toplam beş kez hemodiyaliz yapıldı. İzlemde diürez açıldı ve poliürik faz dikkatle yönetildi.

ADAMTS13 aktivitesi %93 saptanarak TTP dışlandı. Ateş ve ishal öyküsü nedeniyle tipik HÜS açısından yapılan dışki tetkikleri ve klinik bulgular desteklemedi. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, riketsiyoz ve leptospiroz testleri negatif ve ampirik antibiyotik kesildi.

Romatoloji değerlendirmesinde ANA pozitifliği saptandı ancak klinik bulgular ile aktif bağ dokusu hastalığı düşünülmeydi. Normal ADAMTS13 düzeyi, progresif akut böbrek hasarı ve TMA bulguları birlikte değerlendirilerek aHÜS ön planda düşünüldü.

Kompleman aracılı TMA ön tanısı ile eculizumab planlandı. Gerekli aşuları tamamlanan hastaya profilaktik siprofloksasin başlandı. İlk doz 18.07.2025 tarihinde uygulandı; indüksiyon sonrası idame tedavisi planlandı. İzlemde kreatinin bazal değerine geriledi ve hematolojik parametreler düzeldi. Hasta klinik iyileşme ile taburcu edildi.

**Sonuç:** Akut böbrek hasarı, hemolitik anemi ve trombositopeni ile prezente hastalarda TMA mutlaka düşünülmelidir. Normal ADAMTS13 düzeyi TTP'yi dışlamada kritiktir ve bu durumda aHÜS ile ilaç ilişkili TMA ön plana çıkar. Kladribin gibi immünmodülatör ajanlar nadiren TMA'yı tetikleyebilir. Erken tanı, plazmaferez, renal replasman tedavisi ve uygun hastalarda eculizumabın zamanında başlanması renal ve sistemik prognozu iyileştirir. Bu olgu, kladribin sonrası TMA tablosunda aHÜS'nin ayırıcı tanıda dikkate alınması ve erken hedefe yönelik tedavinin önemini vurgulamaktadır.

**Kaynakça:**

1. Noris M, Remuzzi G. Atypical Hemolytic-Uremic Syndrome. *New England Journal of Medicine*. 2009;361(17):1676–1687. doi:10.1056/NEJMra0902814.
2. Zuber J, Fakhouri F, Roumenina LT, et al. Use of Eculizumab for Atypical Hemolytic Uremic Syndrome and C3 Glomerulopathies. *Nature Reviews Nephrology*. 2012;8(11):643–657. doi:10.1038/nrneph.2012.214.

**Anahtar Kelimeler:** Atipik hemolitik üremik sendrom, Eculizumab, Kladribin, Multipl skleroz, Trombotik mikroanjiyopati

[PS-025]

**Kalsiyum pirofosfat kristal depo hastalığı, Vaka sunumu**

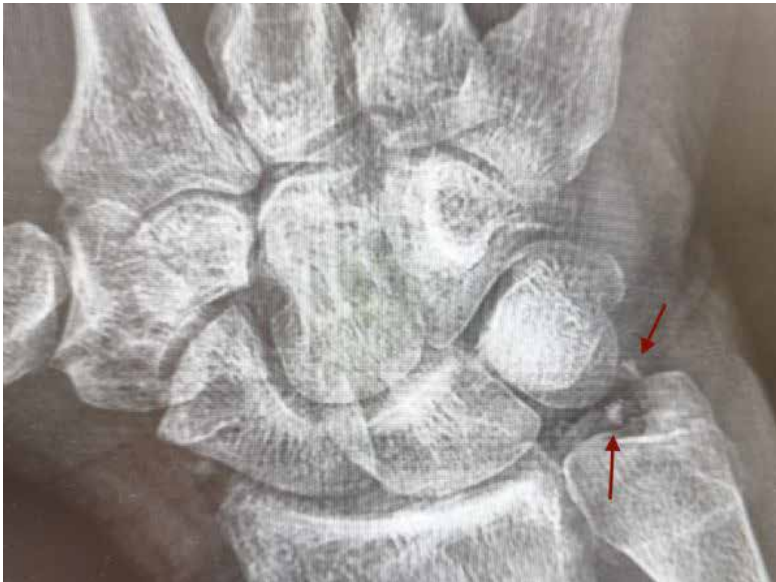
Bünyamin Polat

Yalova Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Yalova

**Giriş:** Kalsiyum pirofosfat kristal depo hastalığı (CPPD) artiküler ve periartiküler dokularda kristal birikimi ile ortaya çıkan hastalıktır. Hastalık asemptomatik, akut kristal artrit, kronik kristal artrit ve osteoartrit ile seyreden CPPD olmak üzere dört gruba ayrılır. Hastalık genellikle 60 yaş üstü bireylerde görülür. Tanıda altın standart sinoviyal sıvıda kalsiyum pirofosfat kristallerinin gösterilmesi olmasına rağmen klinik pratikte direk grafi ve ultrasonografi ile tanı kolaylıkla konulabilmektedir. En sık tutulan eklemler diz, el bileği ve omuz eklemleridir. Elde en sık 2. ve 3. metokarpofalangeal eklemler, aksiyel iskelette ise atlantoaksiyel eklem ve faset eklemler tutulur. Hastalık için ultrasonografide triangüler fibrokartilajda ve diz eklemine kalsiyum pirofosfat kristallerinin gösterilmesi tipiktir. **Olgu:** 70 yaşında erkek hasta 5 yıl önce ellerde ve dizlerde olan ağrı şikayeti ile dış merkeze başvurduğunda hastaya seronegatif Romatoid Artrit tanısı konularak leflunamid 20 mg 1x1 tedavisi başlanmış. Hasta poliklinik kontrolünde ilaçtan çok fayda görmediğini ağrılarının devam ettiğini ifade etti. Hastanın daha önce yapılmış tetkiklerde RF, CCP negatifti. Seronegatif artrit olması nedeniyle hastanın detaylı tetkikleri ve röntgenleri istendi. Hastanın anamnezinde artralji dışında belirgin bir şikayeti yoktu. Hastanın grafilerinde triangüler fibrokartilajda (şekil 1) ve dizde (şekil 2) yaygın birikim olması nedeni ile hastaya CPPD tanısı kondu. Vertebra grafilerinde (şekil 3) dejeneratif değişiklikler olan hastaya aksiyel CPPD tanısı koymak için tomografi çekilmesi planlandı ancak hasta kabul etmedi. Hastanın mevcut kullandığı leflunamid kesilerek hastaya kolşisin 0,5 mg 2x1 başlandı. **Sonuç:** Hiperparatiroidi, hipotiroidi, hipomagnezemi ve hemokromatozis gibi metabolik hastalığı olan, ileri yaş hastalarda CPPD daha sık görülmektedir. Bu vakayı sunmaktaki amacımız romatoloji polikliniklerine başvuran ileri yaş hastalarda özellikle seronegatiflik var ise CPPD için detaylı bir şekilde bakılmasını hatırlatmak ve hastaların gereksiz ilaç kullanımının önüne geçmektir.

**Anahtar Kelimeler:** Artralji, Kristal depo hastalığı, Metabolik hastalıklar

**Şekil 1**



*Triangüler fibrokartilajdaki birikim*

**Şekil 2**



*Dizdeki birikim*

**Şekil 3**



*Vertebralardaki dejeneratif değişiklikler*

**[PS-026]**

**Ciltle Sınırlı Lökositoklastik Vaskülitte Metabolik Yük ve Renal Tutulum İlişkisi:  
Beş Olguluk Tek Merkez Deneyimi**

Altuğ Güner

Bursa şehir hastanesi

**Giriş:** Lökositoklastik vaskülit (LV), immün kompleks aracılı küçük damar inflamasyonu ile karakterize olup en sık cilt tutulumu ile prezente olan bir vaskülit formudur. Çoğu olgu ciltle sınırlı seyretmekle birlikte bazı hastalarda renal tutulum gelişebilmektedir (1). Endotelial disfonksiyonun vaskülitik süreçte önemli rol oynadığı ve metabolik komorbiditelerin mikrovasküler hasarı artırabileceği bilinmektedir (2). Ancak kutanöz LV'de metabolik parametreler ile renal tutulum arasındaki ilişkiyi inceleyen veri sınırlıdır.

**Amaç:** Bu çalışmada ciltle sınırlı başlangıç gösteren lökositoklastik vaskülit olgularında metabolik yük, inflamatuvar indeksler ve renal tutulum arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Tek merkezli retrospektif gözlemsel çalışmaya toplam beş LV hastası dahil edildi. Demografik veriler, BMI, HbA1c, lipid profili, TG/HDL oranı, metabolik yük skoru, NLR ve PLR değerleri kaydedildi. Başlangıç ve takip CRP, sedimantasyon ve proteinüri düzeyleri karşılaştırıldı. Renal tutulum varlığı değerlendirildi ve yüzdeler hesaplandı.

**Bulgular:** Toplam beş hastanın dördü kadın olup ortalama yaş 49,4 yıl idi. Tüm hastalarda cilt tutulumu mevcuttu. Hastaların %60'ında (3/5) renal tutulum saptandı.

Medyan CRP düşüşü %97,6, medyan sedimantasyon düşüşü %37,5 olarak hesaplandı. Genel medyan proteinüri düşüşü %52,2 iken renal tutulum bulunan hastalarda bu oran %80,7 olarak saptandı; renal tutulum olmayan grupta ise medyan düşüş %33,7 düzeyindeydi.

Metabolik parametreler incelendiğinde renal tutulum olan hastalarda ortalama TG/HDL oranı 2,65 iken renal tutulum olmayan grupta 1,73 olarak bulundu. Metabolik yük skoru renal grupta daha yüksek eğilim gösterdi (0,70'e karşı 0,45)

**Tartışma:** Kutanöz küçük damar vaskülitlerinin çoğu benign seyirli olmakla birlikte renal tutulum geliştiğinde prognoz değişebilmektedir (1). Endotelial disfonksiyon ve inflamasyon arasındaki çift yönlü ilişki iyi bilinmektedir (2). Dislipidemi ve artmış TG/HDL oranı, mikrovasküler hasar ve sistemik inflamasyon ile ilişkilendirilmiştir (3). Bizim serimizde renal tutulum olan hastalarda metabolik yük ve TG/HDL oranının daha yüksek eğilim göstermesi, metabolik faktörlerin renal hassasiyet üzerinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte uygun immünsüpresif tedavi ile inflamatuvar parametreler ve proteinüri düzeylerinde belirgin gerileme sağlanmıştır.

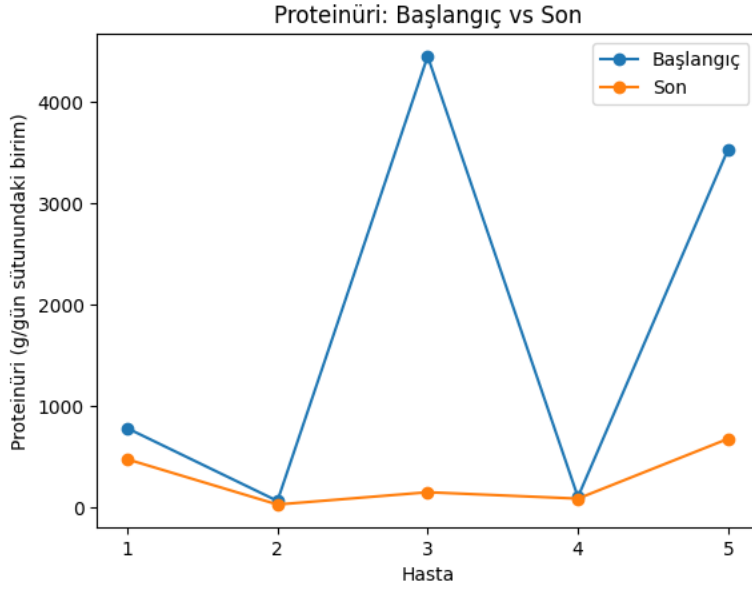
**Sonuç:** Ciltle sınırlı başlangıç gösteren lökositoklastik vaskülitte metabolik yük ve aterosklerik lipid oranları renal tutulum ile ilişkili olabilir. Daha geniş hasta serilerinde metabolik parametrelerin prognostik değeri araştırılmalıdır.

**Kaynaklar**

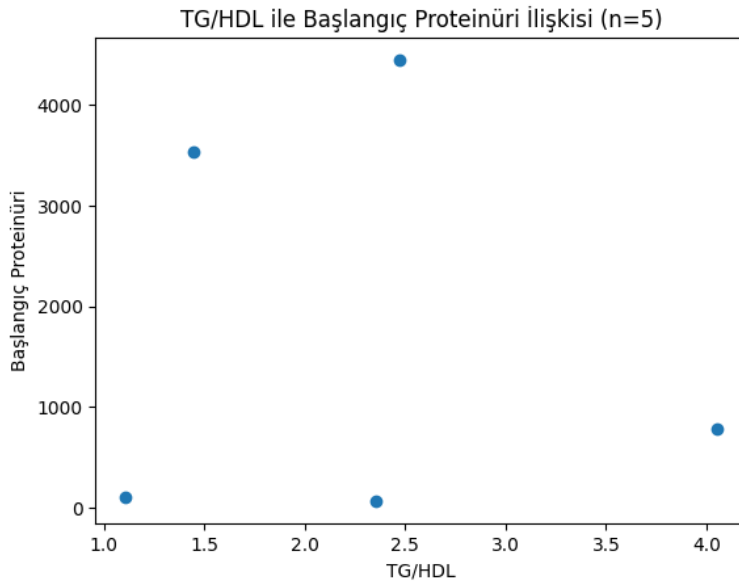
1. Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, et al. 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum.* 2013;65(1):1-11.
2. Gimbrone MA, García-Cardeña G. Endothelial Cell Dysfunction and the Pathobiology of Atherosclerosis. *Circ Res.* 2016;118(4):620-636.
3. da Luz PL, Favarato D, Faria-Neto JR, et al. High ratio of triglycerides to HDL-cholesterol predicts extensive coronary disease. *Clinics (Sao Paulo).* 2008;63(4):427-432.

**Anahtar Kelimeler:** Lökositoklastik vaskülit, metabolik yük, renal tutulum

### proteinüri(başlangıç-son)



### tghdl ve proteinüri



**[PS-029]**

**Nonspesifik Semptomlarla Başvuran Erişkin Hastada Langerhans Hücreli Histiositoz Tanısı**

Aybala Gesoğlu<sup>1</sup>, Şebnem Şentürk<sup>2</sup>, Vildan Gürsoy<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Langerhans hücreli histiositoz en sık kemikleri ve cildi etkileyen ancak kemik iliği karaciğer dalak akciğerler mss ve diğer organları da etkileyebilen bir myeloid dentritik hücre neoplazmidir.

Tanısında ilk adım ayrıntılı anamnezdir; kemik ağrısı, cilt lezyonları, baş ağrısı, poliüri-polidipsi gibi multisistem belirtiler sorgulanır.

Fizik muayenede kemik hassasiyeti, döküntü, lenfadenopati ve organomegali araştırılır.

Laboratuvarda anemi, lökositoz veya inflamasyon bulguları saptanabilir ancak özgül değildir ve ayırıcı tanı yapılmalıdır. Görüntüleme yöntemleri (radyografi, MR, PET-BT) ile lezyonların lokalizasyonu ve yaygınlığı belirlenir.

Kesin tanı, biyopsi materyalinde CD1a ve langerin (CD207) pozitifliğinin immünohistokimyasal olarak gösterilmesiyle konur.

**Yöntem:** Langerhans hücreli histiositoz tedavisi hastalığın yaygınlığına ve organ tutulumuna göre planlanır.

Kemoterapi sistemik ya da cilt tutulumu varsa topikal olarak uygulanabilir.

Cerrahi, özellikle tek kemik lezyonlarında küretaj ile lezyonun çıkarılması şeklinde kullanılabilir.

Radyoterapi, lokal dirençli lezyonlarda veya cilt tutulumunda (UVB gibi) uygulanabilir.

Hedefe yönelik tedaviler, özellikle BRAF mutasyonu olan hastalarda etkilidir.

Bu amaçla vemurafenib, dabrafenib (BRAF inhibitörleri) ve trametinib (MEK inhibitörü) kullanılabilir.

Kemik tutulumunda ağrıyı azaltmak ve lezyonları kontrol etmek için bifosfonatlar da tedavi seçenekleri arasındadır

**Bulgular**

Halsizlik yorgunluk Kemik ağrısı ara ara olan baş ağrısı şikayeti ile hematoloji polikliniğe başvuran erkek hasta bilinen allerjik astım tanısı mevcut mevcuttu.

Nötrofilik lökositozu mevcuttu.

Hafif düzey anemisi olan kemik ağrısı hastadan multipl myelom açısından istenen serum protein elektroforezinde m spike yoktu. Akım sitometrisi olağandı.

Hastaya hematolojik maligniteler açısından kemik iliği biyopsisi planlandı.

Kemik iliği normoselülerdi.

Hastanın uzun süredir olan baş ağrısı nedenli içeken beyin Mr da sağ parietalde 21x8,5 mm boyutunda hiper-izointens lezyon görülen hastaya nöroşirurji tarafından opere edilen hastanın ameliyat Biyopsi materyalinde Cd1a,langerin pozitifiti. histiositik hücre infiltrasyonu saptandı ve tanı Langerhans hücreli histiositoz olarak raporlandı.

Hedefe yönelik tedavi açısından değerlendirmek üzere patoloji preparatında BRAF çalışıldı.BRAF negatif olarak sonuçlandı. Evrelemeye yardımcı olması için Pet çekildi.Tutulum yoktu.

Dura invazyonu olan semptomatik hastada santral sinir sistemi tutulumu olması kritik organ invazyonu varlığı olarak değerlendirilerek kladrinin ve ağrıyı azaltmak için zometa tedavisi planlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Başlangıçta hematolojik malignite düşündüğümüz bu hastada, tanıya ancak hedefli biyopsi ve immünohistokimyasal inceleme ile ulaştık. Bu vaka bize, nadir hastalıkların da ayırıcı tanıda yer alması gerektiğini hatırlattı.Bu vaka, erişkin yaş grubunda nadir görülen LCH'nin hematolojik maligniteleri taklit edebileceğini ve kemik ağrısı,halsizlik,yorgunluk,baş ağrısı gibi nonspesifik semptomları olan hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini göstermektedir.

**Kaynakça**

www.thd.org.tr

www.ashpublications.org

**Anahtar Kelimeler:** histiositoz, hücreli, langerhans

[PS-030]

**Sistemik Lupus Eritematozus tanılı hastada gelişen nadir bir klinik tablo: Lupus Pannikülit**

Mehmed Said Aydın<sup>1</sup>, Zeynep Yağbasan<sup>2</sup>, Burcu Yağız<sup>2</sup>, Belkıs Nihan Coşkun<sup>2</sup>, Hüseyin Ediz Dalkılıç<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

**GİRİŞ:** Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), deri ve mukoza tutulumunun sık görüldüğü, kronik otoimmün bir hastalıktır. SLE seyrinde görülen bacak ülserleri genellikle vaskülit, vaskülopati veya enfeksiyon kaynaklıdır. Ancak nadiren Piyoderma Gangrenozum (PG) ve Lupus Pannikülit gibi nötrofilik dermatozlar da tabloya eşlik edebilir. Bu olgu sunumunda, SLE tanısı ile takip edilen ve literatürde nadir bir klinik tablo olan Lupus Pannikülit ile prezente olan bir vaka sunulmuştur.

**Olgu:** 15 yaşında iken (2008) saç dökülmesi, kilo kaybı, ateş, el ve ayak eklemlerinde ağrı, oral aft, dispne ile tetkik edilen hastada plevra ve perikardiyal efüzyon saptanmış, ANA (homojen +++), Anti-SSA (+++), Ro-52 (+) ve Anti-dsDNA (+) tespit edilmesi üzerine dış merkezde SLE tanısı konulmuştur. Metilprednizolon ve hidroklorokin tedavisi ile takibe alınan hastaya, 17 yaşında her iki alt ekstremitede paresteziyi takiben gelişen motor ve duyu kaybı üzerine SLE'ye sekonder mononöritis multipleks tanısı konulmuş ve siklofosamid tedavisi başlanmıştır. 2019 yılında sol ayak birinci parmakta gelişen akıntılı ve gangrenöz lezyonun, siklofosamid tedavisine rağmen progresyon göstermesi üzerine parmak amputasyonu uygulanmış, sonrasında rituksimab idamesi planlanmış, ancak hasta takipten çıkmıştır. Son 3 aydır sağ ayak lateral malleol ve sol ayak bileği üzerinde lokalize, ağrılı, ülser lezyon şikayeti ile başvuran hastaya yapılan muayenede; sınırları düzensiz, tabanında nekrotik doku ve tendon yapılarının vizüalize edildiği 5\*5 cm boyutlarında derin ülser lezyon izlenmiştir. Alt ekstremitelerde arteriyel ve venöz doppler ultrasonografisi normal olarak raporlanan hastanın CRP değeri 20 mg/L saptanmış olup lezyondan alınan derin eksizyonel biyopsi incelemesinde dermiste vasküler proliferasyon, subkutan yağ dokusunda nötrofillerden zengin, abseleşen granülasyon dokusu, lobüler ve septal pannikülit bulguları izlenmiştir. Tarafımıza başvuran hasta lupus pannikülit kabul edilmiş, 3 gün 500 mg metilprednizolon tedavisi uygulanmıştır. Yara kültüründe pseudomonas üremesi olan ve sağlık güvencesinde sıkıntı bulunan hastanın tedavisine mikofenolat mofetil eklenmiş, lezyonun gerilemesi ve enfeksiyonun kontrol altına alınmasıyla birlikte rituksimab planlanarak taburcu edilmiş ancak hasta taburculuk sonrası takip ve tedavisine devam etmemiştir.

**Sonuç:** Bu olgu, SLE tanısıyla izlenen hastalarda gelişen ülseratif deri lezyonlarının ayırıcı tanısında yalnızca klinik görünümün yeterli olmadığını, histopatolojik değerlendirmenin belirleyici rol oynadığını göstermektedir. Klinik olarak piyoderma gangrenozumu düşündüren derin ve nekrotik ülseratif lezyona rağmen biyopsi sonucunda lobüler ve septal pannikülit saptanması, SLE'ye bağlı nadir kutanöz tutulum biçimlerinin akılda tutulması gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca aktif hastalık, immünsüpresif tedavi ve sekonder enfeksiyon birlikteliği yönetimi güçleştirmekte olup, bu tür hastalarda multidisipliner yaklaşım ve düzenli takip büyük önem taşımaktadır. Bu vaka, SLE zemininde gelişen atipik deri lezyonlarında erken biyopsi, uygun immünsüpresif tedavi planlaması ve tedaviye uyumun prognoz üzerindeki kritik etkisini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus, Pannikülit, Bacak ülseri, Piyoderma gangrenozum

**Bacak ülseri (sağ lateral malleol)**



**Bacak ülseri (sol tibia ön yüz)**



**Bacak ülseleri tedavi süresince (her iki lezyon)**



[PS-031]

**Otolog Kök Hücre Nakli sonrası remisyonadaki Multipl Myelom hastasında nadir bir ateş ve döküntü nedeni: Schnitzler Sendromu (IgG Varyantı)**

Suna Beyza Okşan<sup>1</sup>, Zeynep Yağbasan<sup>2</sup>, Burcu Yağız<sup>2</sup>, Belkıs Nihan Coşkun<sup>2</sup>, Hüseyin Ediz Dalkılıç<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

**GİRİŞ:** Schnitzler sendromu; kronik ürtikeryal döküntü ve monoklonal gammopati (sıklıkla IgM, nadiren IgG) ile karakterize, tekrarlayan ateş, kemik ağrısı ve sistemik inflamasyon bulgularının eşlik ettiği nadir bir otoinflamatuvar hastalıktır. Bu olgu sunumunda, otolog kök hücre nakli sonrası remisyonunda izlenirken dirençli ateş, döküntü ve eklem ağrısı gelişen bir multipl miyelom vakasını ele alıyoruz. Bu hastada nadir görülen IgG varyantı schnitzler sendromu saptanmış olup, anakinra tedavisine alınan dramatik yanıt sunulmaktadır.

**Olgu:** 61 yaşında erkek hasta Mart 2024 tarihinde sırt ve yaygın ağrıları olması, hareketlerinin kısıtlanması şikayetleri ile multipl myelom tanısı almış. Hastaya indüksiyon kemoterapisi sonrası (VCD ve VRD protokolleri) Ağustos 2024'te otolog kök hücre nakli (OKİT) uygulanmış ve lenalidomid tedavisi ile devam edilmiş. Lenalidomid tedavisi ile tam remisyonunda izlenirken nakilden yaklaşık bir ay sonra ataklar halinde seyreden karın ağrısı, 39°C'yi bulan ateş, gövdede daha belirgin olmak üzere yaygın kaşıntılı ürtikeryal döküntü ve şiddetli kemik ağrısı şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde gövde ve tüm ekstremitelerinde basmakla solan ürtikeryal plaklar ve artrit bulgusu olmaksızın yaygın artralji saptanırken; laboratuvar tetkiklerinde akut faz reaktanlarında belirgin yükseklik ve atak sırasında 4000 ng/mL düzeyine ulaşan, steroid tedavisinden fayda gören ciddi hiperferritinemi dikkat çekiciydi. multipl myelom relapsı açısından tekrarlanan kemik iliği biyopsisinde plazma hücre oranı normosellüler saptanarak hematolojik progresyon dışlandı; viral serolojiler (CMV, EBV), otoimmün panel (ANA, RF, ANCA) ve kültürler negatif saptandı. Lezyonlardan alınan cilt biyopsisinde vaskülit bulgusu olmaksızın yüzeysel dermal ödem, perivasküler nötrofilik ve lenfositik infiltrasyon (nötrofilik ürtikeryal dermatoz) izlendi. Pulse steroid tedavisine (250 mg/gün) dramatik klinik ve biyokimyasal yanıt veren ancak doz azaltımında semptomları nüks eden hastaya, mevcut monoklonal gammopati (IgG tipi) zemininde Strasbourg tanı kriterleri eşliğinde IgG varyantı schnitzler sendromu tanısı konuldu ve IL-1 reseptör antagonisti (anakinra) tedavisi ile tam remisyon sağlandı.

**Sonuç:** Monoklonal gammopatisi olan hastalarda açıklanamayan ateş, kemik ağrısı ve ürtikeryal döküntü varlığında, malignite progresyonu dışlandıktan sonra schnitzler sendromu (ve nadir IgG varyantı) ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Erken tanı ve IL-1 blokajı (anakinra) ile tam remisyon sağlanması mümkündür.

**Anahtar Kelimeler:** Multipl Myelom, Otolog Kemik İliği Nakli, Schnitzler Sendromu

**[PS-032]**

**Sekonder Hemokromatozis ve Buna Sekonder Gelişen Karaciğer Sirozu**

Ömer Barış Bayır, Mete Burtay Yalçın, Mehmet Refik Göktuğ, Fatih Eren, Murat Kıyıcı, Selim Gürel, Selim Giray Nak, Macit Gülten

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Sekonder hemokromatozis, genetik olmayan nedenlere bağlı gelişen demir birikimidir ve en sık tekrarlayan kan transfüzyonları sonucu ortaya çıkar. Karaciğer, demir yükünün başlıca hedef organıdır ve ilerleyici fibrozis, siroz ve mortalite ile ilişkilidir.(1)

Bu posterde, çocukluk çağından beri Talasemi Major tanısıyla izlenen ve kronik transfüzyonlara bağlı sekonder hemokromatozis gelişen bir hastada karaciğer sirozuna ilerleyiş sürecinin klinik, radyolojik ve histopatolojik bulgular eşliğinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Elli bir yaşında, çocukluk çağında Talasemi Major tanısı almış kadın hastanın klinik, laboratuvar, görüntüleme ve histopatolojik verileri retrospektif olarak incelendi.

**BULGULAR:** Hasta ortalama üç haftada bir eritrosit süspansiyonu replasmanı almakta olup 1992 yılında splenektomi uygulanmıştır. 2008 yılında Anti-HCV pozitifliği saptanmış, HCV-RNA negatif olması nedeniyle geçirilmiş enfeksiyon olarak değerlendirilmiştir.

2022 yılında kilo kaybı nedeniyle yapılan malignite taramasında patoloji saptanmamıştır. Transaminaz yüksekliği üzerine ileri incelemede çölyak hastalığı, Wilson hastalığı, otoimmün hepatit ve vasküler patolojiler ekarte edilmiştir. Hepatit B serolojisi doğal bağışıklık ile uyumludur. Tümör belirteçleri normal bulunmuştur. Özofagogastroduodenoskopide varis saptanmamış, kronik eritematöz gastrit izlenmiştir.

Maksimal demir şelasyon tedavisine rağmen ferritin düzeyleri 3000–5000 ng/mL, transferrin satürasyonu %100'ün üzerinde seyretmiştir. Hemoglobin transfüzyonlarla 9–11 g/dL aralığında tutulmuştur.

Batın ultrasonografisinde karaciğer heterojen ve kaba granüler izlenmiş, elastografide median karaciğer sertliği 12.5 kPa ölçülerek kronik karaciğer hastalığı ile uyumlu bulunmuştur.

Karaciğer MRG'de T2\* relaksasyon zamanı 2.1 ms (yaklaşık 15.2 mg/g kuru ağırlık) olarak ölçülmüş ve ciddi hepatik demir birikimi saptanmıştır. Kardiyak MRG'de interventriküler septum T2\* değeri 5 ms olup kardiyak sideroz ile uyumludur.

MRG bulgularının ardından yapılan karaciğer biyopsisinde fibrozis evresi 3–4/6 olarak değerlendirilmiş, Searle yöntemine göre hepatosit demir skoru 3 saptanmıştır.

Takiplerinde total bilirubin >5 mg/dL olması nedeniyle hasta dekompanse karaciğer sirozu olarak kabul edilmiştir. MELD-Na skoru 25 hesaplanmış ve karaciğer nakli değerlendirmesi için yönlendirilmiştir.

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** Talasemi Major'da hem artmış intestinal demir emilimi hem de kronik transfüzyonlar demir yüklenmesine yol açar.(1) Ferritin düzeylerinin 2000 ng/mL üzerinde olması genellikle ciddi demir yükünü gösterir. Yüksek transferrin satürasyonu tanıyı destekler.(2)

T2 ve R2 tekniklerini kullanan MRG, hepatik ve kardiyak demir birikimini değerlendirmede güvenilir ve non-invaziv yöntemlerdir. Karaciğer demir konsantrasyonunun 3 mg/g kuru ağırlık üzerinde olması demir yüklenmesini gösterirken, daha yüksek değerler organ hasarı riskini artırır.(3-4)

Karaciğer biyopsisi ise fibrozis derecesini ve demir dağılımını değerlendirmede referans yöntem olmayı sürdürmektedir.

Bu olgu, düzenli şelasyon tedavisine rağmen uzun süreli transfüzyon gereksinimi olan hastalarda ciddi hepatik ve kardiyak demir birikimi gelişebileceğini ve erken, sıkı demir yükü izleminin hayati önem taşıdığını göstermektedir.

**KAYNAKÇA:**

1-Cullis JO, Fitzsimons EJ, Griffiths WJ, et al. Investigation and management of a raised serum ferritin. Br J Haematol 2018; 181:331.

2-Bacon BR, Adams PC, Kowdley KV, et al. Diagnosis and management of hemochromatosis: 2011 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases. Hepatology 2011; 54:328.

3-Wood JC, Pressel S, Rogers ZR, et al. Liver iron concentration measurements by MRI in chronically transfused children with sickle cell anemia: baseline results from the TWITCH trial. Am J Hematol 2015; 90:806.

4-Sarigianni M, Liakos A, Vlachaki E, et al. Accuracy of magnetic resonance imaging in diagnosis of liver iron overload: a systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2015; 13:55.

**Anahtar Kelimeler:** Demir, Hemokromatozis, Siroz, Talasemi, Transfüzyon

[PS-033]

## Boyut Artışı Gösteren Non-Fonksiyonel Adrenal İnsidentaloma: Nadir Bir Adrenal Kistik Lenfanjiom Olgusu

Kadircan Karatoprak, Nisa Babacanlar, Can Özgü, Alper Batu, Rümeyza Kantar, Soner Cander, Özen Öz Gül, Canan Ersoy, Erdiç Ertürk

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

**Giriş:** Kistik lenfanjiyomlar lenfatik damarların nadir benign lezyonlarıdır. Bu tümörler lenfatik endotelial hücrelerden köken alır ve lenfatik damarların ektazisi veya gelişimsel anomalilerine bağlı olduğu düşünülmektedir. Kadınlarda daha sık görülür. Olguların çoğu boyun veya aksilla bölgesinde görülürken intraabdominal lenfanjiyomlar tüm olguların yalnızca yaklaşık %5'ini oluşturur. Adrenal bez kökenli kistik lenfanjiyomlar literatürde bildirilen vakaların %0,06'sını temsil eder ve çoğunlukla abdominal görüntüleme incelemeleri, abdominal cerrahi veya otopsi sırasında tesadüfen saptanır. Bu olguda, boyut artışı gösteren non-fonksiyonel adrenal kitle nedeniyle opere edilen ve postoperatif olarak adrenal kistik lenfanjiom tanısı alan bir hasta sunulmuştur.

**Olgu:** Bilinen sistemik hastalığı olmayan 36 yaşındaki erkek hasta başka bir merkezde 2018 yılında karın ağrısı sebebiyle çekilen batin bilgisayarlı tomografisinde sol adrenal bez lokalizasyonunda yaklaşık 38x26 mm boyutlarında kistik özellik gösteren bir lezyon saptanmış, fakat o merkezde klinik açıdan anlamlı bulunmadığı için ileri inceleme yapılmamıştır. Dış merkez takip sürecinde hastada adrenal kaynaklı herhangi bir semptom gelişmeyen hastanın yine başka bir merkezde Mayıs 2025'te farklı bir nedenle yapılan toraks bilgisayarlı tomografisinde aynı lezyonun yaklaşık 6.5x5.5 cm boyutlarına ulaştığı görülmüş ve bunun üzerine hasta endokrinoloji polikliniğine yönlendirilmiştir.

Tarifimizca değerlendirilen hastaya çekilen kontrastlı abdominal manyetik rezonans görüntülemesinde, sol adrenal bez yerleşimli, lobüle konturlu, T2 ağırlıklı sekanslarda belirgin hiperintens sinyal özelliği gösteren ve kontrast tutulumu olmayan kistik bir lezyon izlenmiştir (Şekil 1). Hormonal değerlendirmede serum kortizol, ACTH, aldosteron/renin oranı, DHEAS ile plazma metanefrin ve normetanefrin düzeyleri normal sınırlar içinde bulunmuştur (Tablo 1). Bu bulgular doğrultusunda lezyon non-fonksiyonel adrenal insidentaloma olarak değerlendirilmiştir.

Hastanın bakılan olası enfektif etiyolojiler açısından toksoplazma, brusella, amip ve ekinokok tetkikleri negatif olarak sonuçlanmıştır. Önceki görüntülemelerle karşılaştırıldığında belirgin boyut artışı saptanması ve malignite olasılığının tamamen dışlanamaması nedeniyle hasta multidisipliner konseyde değerlendirilmiş ve cerrahi tedavi kararı alınmıştır. Laparoskopik adrenalectomi ile kitle cerrahi olarak çıkarılmıştır. Kitlenin histopatolojik incelemesinde multiloküle kistik yapılar izlenmiş ve kistik boşlukların endotelial hücrelerle döşeli olduğu görülmüştür. İmmünohistokimyasal analizde CD31, CD34 ve D2-40 pozitif; panCK ve kalretinin negatif saptanan olguda bulgular adrenal kistik lenfanjiom ile uyumlu bulunmuştur.

**Tartışma ve Sonuç:** Lenfanjiyom, lenfatik damarlardan köken alan benign malformasyonlar olarak bilinir. Patogenezi tam olarak açıklanamamıştır; en olası mekanizma gelişimsel anomali veya lenfatik damar ektazisidir. Tüm lenfanjiom olgularının %5'i abdominal kavitede saptanır. İntraabdominal kistik lenfanjiyomlar çoğunlukla mezenter yerleşimlidir; adrenal lokalizasyon son derece nadirdir. Çoğu olgu asemptomatik olup tesadüfen saptanır. Ancak büyük lezyonlarda abdominal ağrı, gastrointestinal yakınmalar veya palpabl kitle görülebilir.

Bu olgu, uzun dönem izlemde belirgin boyut artışı gösteren non-fonksiyonel adrenal kistik lezyonlarda nadir benign nedenlerin de ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini göstermesi açısından önemlidir. Kesin tanı çoğunlukla cerrahi sonrası histopatolojik ve immünohistokimyasal inceleme ile konulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sürrenal, insidentaloma, lenfanjioma, kistik lenfanjioma, non-fonksiyone sürrenal adenom

[PS-034]

## Karın Ağrısı Sonrası Gelişen Status Epileptikus ile Tanı Alan Akut İntermittant Porfiri

Ömer Can Kaya<sup>1</sup>, Mehmet Refik Göktuğ<sup>2</sup>, Fatih Eren<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Bursa

**GİRİŞ:** Akut hepatik porfiriler, hem biyosentez yolundaki enzim eksikliklerine bağlı gelişen, ataklarla seyreden nadir metabolik hastalıklardır. En sık görülen form olan Akut İntermittan Porfiri (AIP), hidroksimetilbilan sentaz (HMBS) enzim eksikliği sonucu ortaya çıkar ve otozomal dominant kalıttır. Klinik tablo genellikle şiddetli karın ağrısı, otonomik disfonksiyon, konstipasyon, nöropsikiyatrik semptomlar ve nöbetlerle karakterizedir. Ataklar enfeksiyon, açlık, hormonal değişiklikler ve bazı ilaçlarla tetiklenebilir. Tanıda idrarda porfobilinojen (PBG) artışı temel biyokimyasal bulgu olup genetik analiz ile doğrulanır. Bu yazının amacı nadir görülen bir hastalık olan porfiriya açısından farkındalık yaratmaktır. Bu olguda karın ağrısı, ileus ve nöbetlerle prezente olan genetik doğrulanmış AIP vakası sunulmuştur.

**OLGU:** Yirmi iki yaşında kadın hasta, bir haftadır süren bulantı ve gaz-gaita çıkışında azalma şikâyetiyle tekrarlayan acil başvuruları sonrası kliniğimize yatırıldı. Abdomen BT'de mekanik obstrüksiyon saptanmadı; ancak kolonik anslarda yaygın distansiyon izlendi. Duodenum üçüncü kısmının superior mezenterik arter ile aorta arasında basılı görünümü nedeniyle SMA sendromu düşünüldü; bulantısı ve kusması olmayan hastanın görüntülemeleriyle kliniği uyumsuz olması nedeni SMA sendromundan uzaklaştırıldı.

İzlemde aralıklı şiddetli karın ağrısı devam eden hastada 05.11.2024 tarihinde dört kez jeneralize tonik-klonik nöbet gelişti. Levetirasetam yüklemesi yapıldı, yoğun bakımda propofol infüzyonu başlandı ve nöbetler kontrol altına alındı. Kraniyal MRG'de bilateral frontal ve parieto-okspital bölgelerde T2A hiperintens lezyonlar saptanarak posterior reversible ensefalopati sendromu (PRES) ile uyumlu bulundu. BOS ve enfeksiyöz etiyoloji araştırmaları negatifti. Açıklanamayan abdominal ve nörolojik bulgular üzerine metabolik etiyoloji araştırıldı. Wilson hastalığı açısından yapılan değerlendirme normaldi. İdrarda PBG pozitif saptanması üzerine genetik inceleme yapıldı ve HMBS geninde heterozigot c.267-2del mutasyon tespit edilerek AIP tanısı doğrulandı. İzlemde dekstroz infüzyonu ile karbonhidrat yüklemesi sağlandı ve potansiyel tetikleyici ilaçlar kesildi. Klinik durumu stabil seyreden, nöbet tekrarı olmayan hasta nöroloji ve metabolizma poliklinik kontrolü planlanarak taburcu edildi.

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** AIP, özellikle genç kadınlarda tekrarlayan, açıklanamayan karın ağrısı ve nörolojik semptomlarla seyreden ve tanısı gecikebilen bir hastalıktır. Ataklarda visseral nöropatiye bağlı paralitik ileus, konstipasyon ve şiddetli abdominal ağrı görülebilir. Nöbetler, nörotoksik porfirin prekürsörlerinin birikimi ve eşlik eden elektrolit bozukluklarına bağlı gelişebilir. Bu olguda PRES ile uyumlu MRG bulguları nörolojik tutulumun şiddetini göstermektedir. Tanıda idrar PBG yüksekliği kritik öneme sahiptir ve genetik doğrulama ile kesin tanı konur. Tedavide tetikleyicilerin ortadan kaldırılması, yeterli karbonhidrat desteği ve ağır ataklarda hemin tedavisi esastır. Bu olgu, genç hastalarda ileus benzeri tablo ile nöbet birlikteliğinde akut porfirinin ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi gerektiğini göstermektedir. Erken tanı, gereksiz girişimlerin önlenmesi ve uygun metabolik tedavinin başlanması açısından hayati önem taşır.

### KAYNAKLAR

1.Anderson KE, Bloomer JR, Bonkovsky HL, Kushner JP, Pierach CA, Pimstone NR, Desnick RJ. Recommendations for the diagnosis and treatment of the acute porphyrias. Ann Intern Med. 2005 Mar 15;142(6):439-50. doi: 10.7326/0003-4819-142-6-200503150-00010. Erratum in: Ann Intern Med. 2005 Aug 16;143(4):316. PMID: 15767622.

2.Annals of Internal Medicine, Anderson KE, Bloomer JR, Bonkovsky HL, et al, Recommendations for the diagnosis and treatment of the acute porphyrias, Vol 142, Pg 439.

**Anahtar Kelimeler:** porfiri, SMA sendromu, karın ağrısı, profobilinojen

**Tablo 1 Akut intermittent porifiride bulgu ve belirtiler**

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| Karın ağrısı            | %85 - %95 |
| Kusma                   | %43 - %88 |
| Kabızlık                | %48 - %84 |
| Kas güçsüzlüğü          | %42 - %60 |
| Psikiyatrik semptomlar  | %40 - %58 |
| Extremite ve baş ağrısı | %50 - %52 |
| Hipertansiyon           | %36 - %54 |
| Taşikardi               | %28 - %80 |
| Konvülsiyon             | %10 - %20 |
| İşitme kaybı            | %9 - %38  |
| Ateş                    | %9 - %37  |
| Solunum felci           | %9 - %14  |
| Diyare                  | %5 - %12  |

**Tablo 2 Hem biosentez yolundaki enzimler, genler ve porifiri varyasyonları**

| Enzim  | Gen                       | Porifiri varyasyonları                             |
|--|---------------------------|--|
| δ-Aminolevulinic acid synthase – Erythroid-spesifik form (ALAS2) | ALAS2<br>Xp11.2           | Xe bağlı kalıtılan porifiri                        |
| ALA dehidratase (ALAD)   | ALAD<br>9q32              | ALAD porifiri                                      |
| PBG deaminase (PBGD)   | PBGD<br>(HMBS)<br>11q23.2 | Akut intermittent porifiri                         |
| Uroporphyrinogen III synthase (UROS)                             | UROS<br>10q26.2           | Konjenital eritropoietik porifiri                  |
| Uroporphyrinogen decarboxylase (UROD)                            | UROD<br>1p34.1            | Porifiri cutena tarda/hepatoeritropoietik porifiri |
| Coproporphyrinogen oxidase (CPOX)                                | CPO<br>3q12.1             | Hereditör coproporifiri                            |
| Ferrochelataze (FECH)  | FECH<br>18q21.31          | Eritropoietik porifiri                             |

**[PS-035]**

**Büyük retroperitoneal kitle ön tanısı RCC olan olguda sürpriz feokromasitoma ve metastatik seyir**

Onur Ekşi, Merve Soyhan

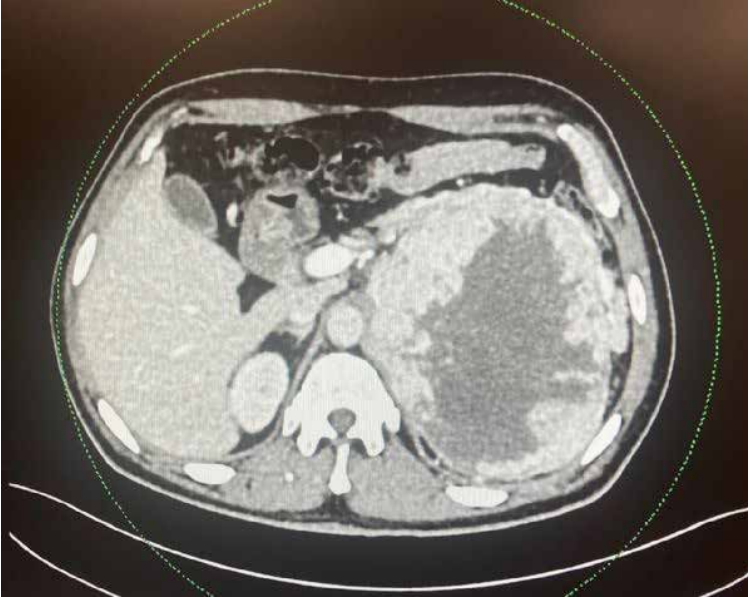
Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, İstanbul

Altmış iki yaşında kadın hasta karın ağrısı şikayeti ile hastanemize başvurdu. Hastanın kronik hastalığı olarak hipertansiyonu bulunuyor ve düzenli olarak telmisartan-tiazid kombinasyonu kullanıyordu. Ailesel öykü ve kişisel geçmişinde belirgin bir özellik yoktu. Başvuru sırasında genel durumu stabildi ve laboratuvar bulguları ciddi bir akut sorun göstermiyordu. Batın MR incelemesinde sol böbrek üst ve alt polde, ön-arka, transvers ve kraniyokaudal uzunlukta en geniş yerinde yaklaşık 150×130×220 mm boyutlarında, içerisinde kistik ve nekrotik sahalar bulunan, T2 serilerde belirgin hiperintens olarak izlenen malign görünümlü bir kitle saptandı. PET-CT’de bu kitle, karın sol yan kesimini dolduran ve içerisinde kistik metabolik alanlar bulunan yaklaşık 13×14×20 cm boyutlarında olup, komşuluğunda yumuşak doku yapılanmalarında heterojen tarzda patolojik artmış 18F-FDG tutulumu (SUVmax: 8.3) gözlemlendi. Toraks BT’de her iki akciğerde birden fazla, en büyüğü 7 mm olan metastatik nodüller izlendi. Bu bulgular, ön tanı olarak metastatik renal hücreli karsinom (RCC) düşündürdü. Hasta debulking cerrahisi amacıyla opere edildi; işlem sırasında sol nefrektomi, adrenalektomi, splenektomi ve subtotal pankreatektomi gerçekleştirildi. Preoperatif dönemde feokromasitoma düşünülmeyi için idrar veya plazma metanefrin ölçümü yapılmamıştı. Operasyon sonrası histopatoloji sonucu feokromasitoma olarak geldi ve PASS skoru 12 olarak raporlandı. Postoperatif 15. günde yapılan toraks BT’de her iki akciğerde multipl metastatik nodüller izlendi ve olgu metastatik feokromasitoma olarak değerlendirildi. 24 saatlik idrarda metanefrin 1029 µg/gün (üst sınır 521), normetanefrin 432 µg/gün (üst sınır 189) olarak ölçüldü.

Hastanın hipertansiyonu kontrol altına almak amacıyla doksazosin başlandı ve hasta onkoloji polikliniğine yönlendirildi. Onkoloji tarafından somatostatin analogu 120 mg/28 gün ve Cabozantinib tedavisi başlandı. Üç aylık izlemde normetanefrin 342 µg/gün ve metanefrin 650 µg/gün olarak ölçüldü; kan basıncı mevcut tedavilerle regüle şekilde seyretti. Bu vaka, büyük retroperitoneal kitlelerde yalnızca anatomik görüntülemeye dayanarak böbrek kaynaklı tanı koymanın ne kadar yanıltıcı olabileceğini göstermektedir. Preoperatif biyokimyasal değerlendirme, özellikle plazma veya idrar metanefrin ölçümü, tanısal tuzakları önleyerek perioperatif riskleri azaltır. Feokromasitomalar metastatik seyre eğilimli olabilir; en sık akciğer, kemik ve karaciğerde metastaz gösterir. Cerrahi, alfa-blokaj ve hedefe yönelik tedavi kombinasyonu multidisipliner yaklaşımda kritik öneme sahiptir. Güncel literatüre göre metastatik feokromasitoma tedavisinde alfa-blokaj sonrası cerrahi, TKI ajanları (Cabozantinib, Sunitinib), somatostatin analogu ve radyoaktif terapiler (I131 MIBG, 177Lu-DOTATATE) etkin olarak kullanılmaktadır. Ayrıca genetik test, özellikle SDHB mutasyonu açısından metastatik riski belirlemek için önerilmektedir. Bu olgu, büyük retroperitoneal kitlelerde yalnızca anatomik lokalizasyona dayanarak tanı koymanın risklerini, feokromasitoma ayırıcı tanısının önemini ve multidisipliner tedavi yaklaşımının değerini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Metastatik feokromasitoma, RCC, Retroperitoneal kitle

**maling görünlü kitle**



**maling görünlü kitle**



[PS-036]

## Castleman Hastalığı: Pleomorfik Folliküler Dendritik Hücreli Sarkom ile Prezente Olan Bir Vaka Sunumu

Esra Akan Aydın<sup>1</sup>, Meysere Nur Akuç<sup>1</sup>, Ali Aktaş<sup>3</sup>, Belkis Nihan Coşkun<sup>1</sup>, Ahmet Bilgehan Şahin<sup>3</sup>, Vildan Gürsoy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>3</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Ana Bilim Dalı, Bursa

**Giriş ve Amaç:** Castleman hastalığı, nadir görülen ve klinik olarak heterojen seyir gösterebilen bir lenfoproliferatif hastalıktır. Multisentrik form (MCD), sistemik inflamasyon ve artmış IL-6 ile karakterizedir. Multisentrik formda malign transformasyon riski %10–25 olup en sık Non-Hodgkin lenfoma gelişir. Bu poster, pleomorfik tip folliküler dendritik hücreli sarkom ile prezente olan nadir bir Castleman hastalığı vakasını sunmaktadır.

**Vaka Sunumu:** 47 yaşında erkek hasta, iştahsızlık ve kilo kaybı şikayetleri ile yapılan görüntülemelerinde yaygın lenfadenomegali saptanması üzerine ileri tetkik edilmiş ve 2022 yılında Castleman hastalığı tanısı almıştır. Hasta iki haftada bir Tosilizumab tedavisi altında yaklaşık iki yıl süreyle klinik ve laboratuvar yanıtı seyretmiştir. 2025 yılı takiplerinde akut faz reaktanlarında progresyon ve batin içi lenf nodlarında boyut artışı saptanması üzerine eksizyonel lenf nodu biyopsisi planlanmıştır.

Biyopsi sonrası hastanın genel durumunda bozulma gelişmiş; hiperbilirubinemi (Total bilirubin: 4.65 mg/dL, Direkt bilirubin: 3.60 mg/dL) ve belirgin akut faz yanıtı (CRP: 230 mg/L) saptanması üzerine Romatoloji Kliniği'ne yatırılmıştır. Hiperbilirubinemi açısından yapılan gastroenterolojik değerlendirmede patoloji saptanmamıştır.

Takibinde gün aşırı ateş yüksekliği olan, enfektif odak saptanmayan ve ferritin düzeyleri 3000 ng/mL'ye yükselen hasta makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) olarak değerlendirilmiş ve günlük metilprednizolon (Prednol) ile Anakinra tedavisi başlanmıştır. Ancak belirgin klinik ve laboratuvar yanıt alınamamıştır.

Bu dönemde yapılan kemik iliği biyopsisi normoselüler olarak raporlanmıştır.

Takiplerinde eksizyonel lenf nodu biyopsisinin patolojik sonucu Pleomorfik Folliküler Dendritik Hücreli Sarkom olarak bildirilmiştir. Bunun üzerine hasta onkolojik tedavisinin düzenlenmesi amacıyla Tıbbi Onkoloji Kliniği'ne devredilmiş ve tedavi planlaması yapılmıştır.

**Tartışma:** Castleman hastalığı, özellikle multisentrik formda, kronik inflamasyon ve yüksek IL-6 düzeyleri nedeniyle nadiren malign transformasyona yol açabilir. Folliküler dendritik hücreli sarkom (FDHS) bu olgularda oldukça nadirdir, ancak pleomorfik tip daha agresif seyredebilir. Bu vakada, uzun süre tosilizumab ile kontrol altında olan hastada ani inflamasyon artışı ve tedaviye yanıt vermeyen klinik progresyon, sekonder malignite olasılığını düşündürmüştür. Tedaviye dirençli inflamasyon veya atipik morfolojik bulgular varlığında eksizyonel biyopsi ile yeniden histopatolojik değerlendirme yapılması, erken tanı ve prognoz açısından kritik öneme sahiptir.

**Sonuç:** Castleman hastalığı zemininde gelişen pleomorfik folliküler dendritik hücreli sarkom, nadir ancak klinik açıdan önemli bir malign transformasyon örneğidir. Bu olgu, Castleman hastalığında atipik morfolojik bulguların dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini ve erken tanının prognoz açısından kritik olduğunu göstermektedir. Klinik progresyon, tedaviye yanıtızsız inflamasyon veya belirgin sitolojik atipi varlığında sekonder malignite mutlaka akılda tutulmalıdır.

**Kaynaklar:**

1.Castleman B, Iverson L, Menendez VP. Localized mediastinal lymph node hyperplasia resembling thymoma. Cancer. 1956;9:822–830.

2.Fajgenbaum DC, Uldrick TS, Bagg A, et al. International evidence-based consensus diagnostic criteria for idiopathic multicentric Castleman disease. Blood. 2017;129:1646–1657.

3.van Rhee F, Wong RS, Munshi N, et al. Siltuximab for multicentric Castleman's disease: a randomized controlled trial. Lancet Oncol. 2014;15:966–974.

4.Chan JK, Fletcher CDM, Nayler SJ, et al. Follicular dendritic cell sarcoma: clinicopathologic analysis of 17 cases. Am J Surg Pathol. 1997;21:705–716.

5.Saygin C, Uzunaslani D, Ozguroglu M, et al. Dendritic cell sarcoma: a pooled analysis of 462 cases. Eur J Cancer. 2013;49:3189–3202.

**Anahtar Kelimeler:** Castleman hastalığı, lenfadenomegali, malignite, sarkom

[PS-037]

## Auriküler İnflamasyon: İnfeksiyon mu, Otoimmünite mi?

Mehmet Sadık Ataman<sup>1</sup>, Zeynep Yağbasan<sup>2</sup>, Burcu Yağız<sup>2</sup>, Belkıs Nihan Coşkun<sup>2</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

**Giriş-Amaç:** Tekrarlayan (relapsing) polikondrit (RP), kıkırdak ve proteoglikandan zengin dokuların epizodik inflamasyonu ile seyreden nadir, sistemik otoimmün bir hastalıktır. En sık auriküler, nazal ve laringotrakeal kıkırdaklar etkilenir. Klinik bulguların özgül olmaması ve başlangıçta enfeksiyöz perikondrit, herpes zoster veya vaskülitik hastalıklarla karışabilmesi tanıda gecikmeye yol açabilmektedir. Tanı çoğunlukla klinik bulgulara dayanır; özgül bir laboratuvar belirteci yoktur. Bu olgu sunumunun amacı, tekrarlayan auriküler inflamasyonla başvuran bir hastada RP tanısına giden süreci ve ayırıcı tanıda sistemik sorgunun önemini vurgulamaktır.

**Olgu:** Öncesinde bilinen kronik hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı olmayan, yalnızca 30 paket-yıl sigara öyküsü bulunan 51 yaşındaki kadın hasta, son 6 ay içerisinde ikinci kez tekrarlayan kulak kepçesinde ağrı, kızarıklık ve ısı artışı şikayetleri ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Alınan anamnezde ilk atağın sağ kulakta, ikinci atağın ise sol kulakta geliştiği öğrenilmiş; ön değerlendirmede herpes zoster enfeksiyonu düşünülerek amoksisilin-klavulanat, siprofloksasin ve valasiklovir tedavileri başlanmış ancak tedaviye klinik yanıt alınmamıştı. Laboratuvar incelemelerinde hafif nötrofilik lökositoz dışında akut faz reaktanlarında belirgin yükseklik saptanmamıştı. Tedaviye yanıtızlık üzerine hasta Romatoloji polikliniğine yönlendirildi. Romatolojik ve sistemik değerlendirmede lobulus tutulumu olmaksızın bilateral auriküler kondrit, burun kökünde ağrı ve hassasiyet ile uyumlu nazal kondrit ve ses kısıklığı ile uyumlu laringeal kondrit saptandı. Mevcut bulgularla tekrarlayan (relapsing) polikondrit ön tanısı düşünüldü. Ayırıcı tanıda granülomatöz polianjitis (GPA), Varisella Zoster virüs (VZV) enfeksiyonu, enfektif perikondrit gibi tanılar; laboratuvar (ANCA, MPO, PR3, VZV IgM gibi tetkikler) ve klinik veriler ışığında dışlandı. Hastaya iki gün parenteral ve devamında oral steroid tedavisi verilmesinden sonra belirgin klinik yanıt alınması da göz önünde bulundurularak McAdam kriterlerinden en az üç kriteri karşılaması nedeniyle tekrarlayan (relapsing) polikondrit tanısı konuldu. Hastaya metotreksat tedavisi başlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Başta basit birer cilt enfeksiyonu gibi görünen fakat tekrarlayan, özellikle kulak kepçesi tutulumu olan, standart enfeksiyon tedavilerine cevap vermeyen vakalarda sistemik sorgu yapılarak RP mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Erken tanı ve uygun immünsupresif tedavi, hastanın gereksiz antibiyotik ve antiviral tedavileri kullanmasının önüne geçmekle birlikte özellikle hava yolu tutulumu gibi ciddi komplikasyonların önlenmesi açısından da büyük önem taşır.

**Kaynakça:**

- 1)McAdam LP, O'Hanlan MA, Bluestone R, Pearson CM. Relapsing polychondritis: prospective study of 23 patients and a review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 1976;55(3):193-215.
- 2)Kent PD, Michet CJ Jr, Luthra HS. Relapsing polychondritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2004;16(1):56-61.
- 3)Letko E, Zafirakis P, Baltatzis S, et al. Relapsing polychondritis: a clinical review. *Semin Arthritis Rheum*. 2002;31(6):384-395.
- 4)Dion J, Costedoat-Chalumeau N, Sene D, et al. Relapsing polychondritis: what's new in 2020? *Joint Bone Spine*. 2020;87(6):567-574.

**Anahtar Kelimeler:** tekrarlayan polikondrit, relapsing polikondrit, auriküler kondrit

### Tedavi Öncesi Aurikula



*Hastanın parenteral ve oral steroid tedavisi başlanmadan önceki kulak görüntüsü*

### Tedavi Sonrası Aurikula



*Hastanın parenteral ve oral steroid tedavisi başlandıktan sonraki kulak görüntüsü*

### Tedavi Öncesi Aurikula



*Hastanın parenteral ve oral steroid tedavisi başlanmadan önceki kulak görüntüsü*

## [PS-038]

# Kronik Sakral Bası Yarasının Rejeneratif Yaklaşımla Tedavisi: Topikal Otolog Kan Pıhtısı Uygulaması

Taner Dandinoğlu<sup>1</sup>, Altuğ Güner<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Şehir Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

<sup>2</sup>Bursa Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği

**Giriş:** Bası yaraları, özellikle immobilité ve nörolojik hasar varlığında tedaviye dirençli seyredebilir. Uzamış inflamasyon, mikrodolaşım bozukluğu ve doku hipoksisi yara iyileşmesini geciktirir. Rejeneratif tedavi yaklaşımları son yıllarda kronik yaralarda destekleyici seçenek olarak gündeme gelmiştir. Topikal otolog kan pıhtı tedavisi (TABCT), hastanın kendi periferik kanından oluşturulan fibrin bazlı bir iskele ile doğal yara iyileşme sürecini taklit etmeyi amaçlar (1-3).

**Olgu:** Travmatik T12 dislokasyon kırığı sonrası parapleji gelişen 58 yaşındaki erkek hasta, rehabilitasyon amaçlı kliniğimize yatırıldı. Hastanın sakral bölgesinde evre 3-4 bası yarası (Resim 1) mevcuttu. Hastaya bu nedenle daha önce vakum destekli kapama (VAC) tedavisi ve uygun antibiyotik tedavisi uygulanmış, cerrahi debridman gereksinimi değerlendirilmiş ancak yara iyileşmesi yetersiz kalmıştır. Standart yaklaşımlara rağmen ilerleme sağlanamaması üzerine rejeneratif tedavi seçeneği olarak TABCT uygulanmasına karar verilmiştir.

**Yöntem:** Hastaya haftada bir kez olmak üzere altı hafta boyunca TABCT uygulandı. Uygulama öncesinde 18 mL periferik venöz kan alındı ve kalsiyum glukonat ile kaolin kullanılarak fibrin pıhtı oluşturuldu. Elde edilen otolog pıhtı yara yatağını tamamen kaplayacak şekilde uygulandı. Yara iyileşme süreci Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) ve Braden risk değerlendirme skalaları kullanılarak takip edildi (4,5).

**Sonuç:** Başlangıçta PUSH skoru 18 olarak saptandı. Üçüncü haftada skor 13'e, altıncı haftada ise 10'a geriledi. Altıncı hafta sonunda yara yüzey alanında yaklaşık %60 oranında azalma, nekrotik dokuda belirgin gerileme ve sağlıklı granülasyon dokusu gelişimi izlendi (Resim 2). Tedavi süresince herhangi bir advers olay gözlenmedi. Yara iyileşmesindeki ilerleme ile birlikte hastanın oturma süresinde ve rehabilitasyon sürecine katılımında artış sağlandı.

### Referanslar

1. Afzali Borojeny L, Albatineh AN, Hasanpour Dehkordi A, et al. The incidence of pressure ulcers and its associations in different wards of the hospital: a systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med.* 2020;11:171.
2. Landau Z, Whitacre KL, Leewood C, et al. Utilization of a topical autologous blood clot for treatment of pressure ulcers. *Int Wound J.* 2023;20(3):806-812.
3. Snyder RJ, Kasper MA, Patel K, et al. Safety and efficacy of an autologous blood clot product in the management of neuropathic diabetic foot ulcers: a prospective multicenter pilot study. *Wounds.* 2018;30(7):84-89.
4. Stotts NA, Rodeheaver GT, Thomas DR, et al. Development and validation of the Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(12):M795-M799.
5. Kring DL. Reliability and validity of the Braden Scale for predicting pressure ulcer risk. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007;34(4):399-406.

**Anahtar Kelimeler:** Bası Yarası, Otolog Kan, Rejeneratif Tıp, Yara İyileşmesi, Parapleji

**Resim 1. Sakral bölgede evre 3-4 bası yarasının TABCT öncesi görünümü.**



**Resim 2. TABCT uygulaması sonrası yara yüzey alanında azalma ve granülasyon dokusu gelişimi.**



**[PS-039]**

**Primer sklerozan kolanjite sekonder AA amiloidoz: Hızlı progresyon gösteren renal tutulumlu bir olgu**

Merve Çarıkçı, Gökhan Evren, Abdülmecit Yıldız

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

**Giriş:** Primer Sklerozan Kolanjit (PSK), kronik kolestatik ve inflamatuvar bir hepatobiliyer hastalıktır. Uzamış inflamasyon zemininde gelişen AA amiloidoz nadir ancak ciddi bir komplikasyondur. AA amiloidozda böbrek tutulumu en sık klinik prezentasyon olup nefrotik düzeyde proteinüri ve progresif böbrek yetmezliği ile seyreder. PSK'ye sekonder renal AA amiloidoz literatürde sınırlı sayıda bildirilmiştir.

**Olgu:** İnşaat mühendisi olan erkek hasta; eylül ayında ishal, bulantı, kusma ve kaşeksi nedeniyle gastroenteroloji servisinde yatırıldı. Ekim ayında yapılan kolonoskopide çıkan kolon, inen kolon ve rektumdan alınan biyopsiler AA tipi amiloidoz olarak raporlandı. Renal değerlendirmede başlangıç kreatinini normal olmasına rağmen yirmi dört saatlik idrarda 7794 mg proteinüri saptandı.

Ekim ayında yapılan renal biyopsi Congo red pozitif amiloid birikimi ile uyumlu bulundu ve hasta nefroloji takibine alındı. Kreatinin değerleri kısa sürede progresyon gösterdi: ekim ayında 1,31 mg/dL, kasım ayında 2,66 mg/dL, aralık ayında 3,51 mg/dL ve yine aralık ayında 4,12 mg/dL olarak izlendi. Nefrotik düzeyde proteinüriye eşlik eden hızlı böbrek fonksiyon kaybı, aktif inflamatuvar süreçle ilişkili "amiloidoz fırtınası/sitokin fırtınası" olarak değerlendirildi ve üç gün süreyle pulse steroid tedavisi başlandı.

Fizik muayenede GKS 15, oryante ve koopere idi. Hepatosplenomegali ve makroglossi saptanmadı. Köpüklü idrar ve dizüri mevcuttu. Hemodiyaliz öyküsü yoktu.

Kontrastlı üst abdomen MRG ve MRCP'de PSK ile uyumlu kronik değişikliklere ek olarak intraabdominal yaygın sıvı ve yağ dokuda kirlenme bulguları izlendi; malignite lehine yeni bulgu saptanmadı.

**Tartışma:** AA amiloidoz kronik inflamatuvar hastalıklarda serum amiloid A düzeylerinin persistan yüksekliği sonucu gelişir. PSK'de sistemik AA amiloidoz nadirdir; ancak geliştiğinde renal prognoz belirgin şekilde kötüleşir. Bu olguda dikkat çekici nokta, başlangıçta normal kreatinin düzeyine rağmen masif proteinüri varlığı ve kısa sürede gelişen hızlı progresif böbrek yetmezliğidir. Klinik tablo, inflamatuvar aktivitenin renal amiloid birikimini hızlandırabileceğini düşündürmektedir. Erken tanı, biyopsi ile doğrulama ve inflamasyonun etkin kontrolü renal fonksiyon kaybını yavaşlatmada kritik öneme sahiptir.

**Sonuç:** PSK hastalarında masif proteinüri erken dönemde araştırılmalı ve AA amiloidoz açısından değerlendirilmelidir. Bu olgu, kronik hepatobiliyer inflamasyonun nadir fakat yıkıcı renal komplikasyonlara yol açabileceğini ve erken nefrolojik müdahalenin önemini vurgulamaktadır.

**Kaynaklar:**

1. Obici L, Merlini G. AA amyloidosis: basic knowledge and future treatments. *Curr Opin Rheumatol.* 2012;24:88-93.
2. Lachmann HJ, et al. Natural history and outcome in systemic AA amyloidosis. *N Engl J Med.* 2007;356:2361-71.
3. Chapman RW, et al. Diagnosis and management of primary sclerosing cholangitis. *Hepatology.* 2019;69:1084-110.

**Anahtar Kelimeler:** AA amiloidoz, primer sklerozan kolanjit, renal amiloidoz

[PS-040]

## Kanamalı Karaciğer Metastazı ile Prezente Olan Yüksek Riskli Gestasyonel Trofoblastik Neoplazide Multidisipliner Yaklaşım ile Tam Yanıt

Mürsel Sali<sup>1</sup>, Mehmet Fatih İncikli<sup>2</sup>, Erdem Çubukçu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji

**Giriş:** Gestasyonel trofoblastik neoplazi (GTN), serum  $\beta$ -hCG yüksekliği ile karakterize, kemoterapiye son derece duyarlı ve yüksek kür potansiyeline sahip nadir malignitelerdendir. Tanı çoğu olguda histopatolojik doğrulama gerektirmeksizin klinik ve biyokimyasal kriterlerle konulabilir. Evreleme ve risk sınıflaması FIGO skorlama sistemi ile yapılmakta olup tedavi yaklaşımı buna göre belirlenir. National Comprehensive Cancer Network ve European Society for Medical Oncology kılavuzlarına göre yüksek riskli hastalıkta (FIGO skoru  $\geq 7$ ) çoklu ajan kemoterapi standarttır. Özellikle visseral metastaz varlığında erken ve agresif tedavi hayat kurtarıcıdır.

**Olgu Sunumu:** 31 yaşında kadın hasta, anormal uterin kanama ve yüksek  $\beta$ -hCG düzeyi nedeniyle GTN tanısı almış, düşük riskli hastalık ön tanısıyla haftalık metotreksat tedavisi uygulanmıştır. Altı kür sonrası  $\beta$ -hCG düzeylerinde yeniden yükselme saptanmış ve direnç geliştiği düşünülmüştür.

Hasta acil servise baş dönmesi, kusma ve şiddetli karın ağrısı ile başvurdu. Kan basıncı 70/40 mmHg, nabız 110/dk idi. Hemoglobin 6,4 g/dL olarak saptandı. Abdominal görüntülemelerde kanamalı karaciğer kitlesi izlendi. Serum  $\beta$ -hCG düzeyi  $>225.000$  IU/L idi. Hasta yoğun bakıma alınarak sıvı replasmanı ve eritrosit transfüzyonu yapıldı. Girişimsel radyoloji tarafından başarılı hepatik arter embolizasyonu uygulandı.

PET-BT'de karaciğer, uterin kavite ve sol adrenal bezde hipermetabolik metastatik lezyonlar saptandı. Hastanın son gebeliğinin üzerinden 5 yıl geçmiş olması, çok yüksek  $\beta$ -hCG düzeyi, visseral metastaz varlığı ve önceki kemoterapi öyküsü göz önüne alınarak FIGO prognostik skoru 18 olarak hesaplandı ve Evre IV yüksek riskli metastatik GTN olarak değerlendirildi. Kanama riski nedeniyle biyopsi yapılmadı.

Karaciğer fonksiyon testlerinde AST 548 U/L, ALT 283 U/L, total bilirubin 2,9 mg/dL saptanması üzerine doz modifikasyonu yapılarak APE (daktinomisin, sisplatin, etoposid) rejimi başlandı. İlk kür yoğun bakım koşullarında uygulandı. Tedavi sonrası hızlı klinik düzelme sağlandı ve yeniden kanama izlenmedi.

Tedavinin beşinci ayında  $\beta$ -hCG düzeyi normal sınırlara geriledi ve görüntülemelerde tam yanıt elde edildi.  $\beta$ -hCG normalizasyonundan sonra tedaviye 6 hafta daha devam edildi.

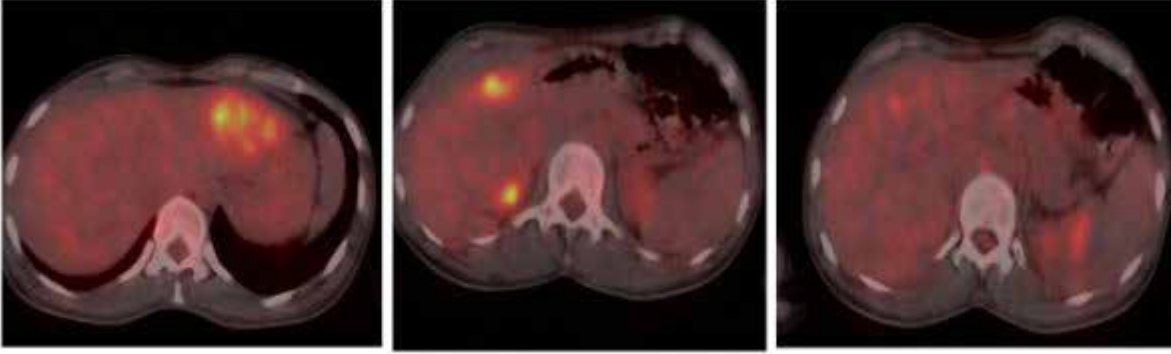
Tedavi bitiminden üç ay sonra yapılan PET-BT'de sağ akciğerde 16 mm nodül ve karaciğerde stabil hipometabolik lezyon saptandı. Karaciğer lezyonu embolizasyona sekonder değişiklik olarak değerlendirildi ve MRG ile doğrulandı. Akciğer nodülünün biyopsisinde benign histoloji raporlandı.  $\beta$ -hCG düzeyi normaldi. İzlem görüntülemelerinde pulmoner lezyon tamamen kayboldu. Hasta 24 aydır rekürrens olmaksızın izlenmektedir ve fertilitesi korunmuştur.

**Tartışma:** GTN'de karaciğer metastazı yaklaşık %10 oranında görülmekte olup kötü prognostik faktörler arasında yer alır. Özellikle kanama ile prezente olan olgularda hızlı hemodinamik stabilizasyon ve lokal kontrol önceliklidir. Yüksek riskli hastalıkta EMA-CO standart ilk basamak rejim olmakla birlikte, klinik instabilite, organ disfonksiyonu veya önceki tedavi öyküsü varlığında alternatif platin bazlı kombinasyonlar tercih edilebilir.

**Sonuç:** Kanamalı karaciğer metastazı ile prezente olan yüksek riskli GTN, zamanında multidisipliner yaklaşım ve uygun çoklu ajan kemoterapi ile kür edilebilir bir hastalıktır. İleri evre ve komplikasyon varlığında dahi uzun dönem hastaliksuz sağkalım ve fertilitate korunumu mümkündür.

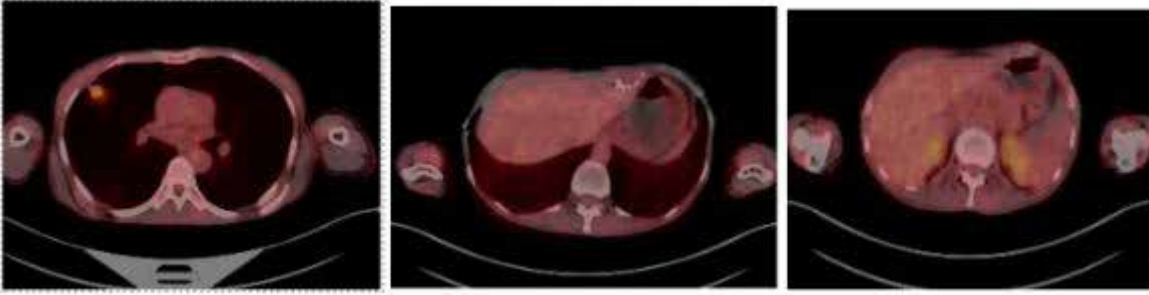
**Anahtar Kelimeler:** Gestational trophoblastic neoplasia, liver metastasis, bleeding, high-risk GTN, combination chemotherapy

**Figür1: Tanı Anında PET-BT Görüntüsü:**



*Karaciğer, Uterus ve Sol Adrenal Bezde Metastatik Tutulum*

**Figür2: Tedavi Sonrası Kontrol PET-BT:**



*Tam Metabolik Yanıt ve Rezidüel Hepatik Post-Embolizasyon Değişiklikleri*

[PS-041]

## Kontrolsüz SLE Zemininde Renal Biyopsi Sonrası Gelişen Olası Katastrofik Antifosfolipid Sendromu

Derya Pekin<sup>1</sup>, Ali Ekin<sup>2</sup>, Zeynep Yılmaz Bozkurt<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

**Giriş:** Katastrofik antifosfolipid sendromu (KAPS), küçük damarlarda yaygın tromboz ve çoklu organ yetmezliği ile karakterize, mortalitesi yüksek bir antifosfolipid sendromu (AFAS) varyantıdır. Sıklıkla enfeksiyon, cerrahi veya travma gibi tetikleyicilerle gelişir. Sistemik lupus eritematozus (SLE) birlikteliğindeki AFAS, KAPS için önemli bir risk faktörüdür. Bu vakada, kontrolsüz SLE ve AFAS zemininde renal biyopsiden haftalar sonra gelişen ve bilateral renal embolizasyon gerektiren nadir bir KAPS tablosu sunulmaktadır.

**Olgu Sunumu:** On bir yıl önce SLE tanısı alan ancak kısa süre sonra tedavisini bırakarak takipsiz kalan 34 yaşındaki erkek hasta, 20 gündür süren baş ağrısı ve sağ gözde kayma şikayetiyle başvurdu. Anamnezinde son altı ayda 20 kg kilo kaybı, tekrarlayan oral aftlar ve pansitopeni öyküsü mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde anemi (hemogloblin: 6,6 g/dL), böbrek yetmezliği (kreatinin: 2,56 mg/dL) ve 630 mg/gün proteinüri saptandı. İmmünolojik tetkiklerde antinükleer antikor (ANA) (1/10.000), anti double-stranded deoksiribonükleik asit (anti-dsDNA) pozitif, lupus antikoagülanı (2,69) pozitif saptanırken kompleman 3 (C3) (0,66) düşük izlendi. Kranial manyetik rezonans görüntülemesinde sağ kaudat nükleus düzeyinde enfarkt ile uyumlu lezyon görüldü. Aktif SLE ve AFAS tanısıyla 3 gün 500 mg/gün metilprednizolon tedavisi başlandı. Böbrek yetmezliği etiyojisini aydınlatmak amacıyla 16.05.2022 tarihinde yapılan sol renal biyopsi 'kas ve fibrolipomatöz doku' olarak raporlandı. Erken dönemde komplikasyon gelişmedi. Taburculuktan yaklaşık beş hafta sonra (20.06.2022), şiddetli sol yan ağrısıyla dış merkeze başvuran hastanın görüntülemesinde sol renal lojda 13 x 10 cm boyutlarında masif hematoma saptandı. Merkezimize sevk edilen hasta, cerrahi branşların önerisiyle konservatif izleme alındı. Takipte kanaması durmayan, 6 ünite eritrosit süspansiyonu replasmanı yapılan hastaya yatışının 3. gününde sol renal embolizasyon uygulandı. İşlem sonrası sağ yan ağrısı gelişen hastada, sağ renal lojda da spontan hematoma saptanarak yatışının 4. gününde sağ böbreğe de embolizasyon yapıldı. Hızla ilerleyen bu tablo KAPS olarak değerlendirildi ve ardışık üç gün 1 g pulse steroid, beş seans plazmaferez, altı gün intravenöz immünglobulin (IVIG), heparinsiz hemodiyaliz desteği başlandı. Aktif kanama nedeniyle antikoagülan tedavi başlanamadı. İmmünomodülatör tedavilerle klinik ve laboratuvar bulguları stabilize edildi. Hasta halen hidrosiklorokin sülfat, prednizolon ve mikofenolat mofetil tedavileri ile izlenmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Olgumuz, çoklu organ tutulumu (serebral, renal, hematolojik), antikor pozitifliği ve hızlı progresyonla olası KAPS kriterlerini karşılamaktadır. İlk renal hematomdan 24 saat sonra kontralateral tutulum fulminan seyri desteklerken, biyopsi ile tablo arasındaki beş hafta, KAPS'ın biyopsi günü başlamadığını, doku hasarının protrombotik zemini güçlendirerek gecikmiş second-hit oluşturduğunu düşündürmektedir. Kontrolsüz SLE'de minör girişim, gecikmiş dönemde masif bilateral renal hematoma ve KAPS'ı tetikleyebilir. Sol renal embolizasyon sonrası 24 saatte sağ renal hematoma eklenmesi, bir organdaki akut hasarın diğer organlar için second-hit olabileceğini destekler. Sonuç olarak tetikleyici olay ile klinik tablo arasındaki sürenin değişken olabileceği ve invaziv girişimlerin uzun dönem sistemik etkileri mutlaka dikkate alınmalıdır.

### Kaynaklar

1. Cervera R, et al. The diagnosis and clinical management of the catastrophic antiphospholipid syndrome. J Autoimmun. 2018;92:1-11.
2. Garcia D, Erkan D. Diagnosis and Management of the Antiphospholipid Syndrome. N Engl J Med. 2018;378(21):2010-21.
3. Fanouriakis A, et al. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis. 2019;78(6):736-45.

**Anahtar Kelimeler:** Katastrofik antifosfolipid sendromu, plazmaferez, renal biyopsi, renal hematoma, sistemik lupus eritematozus

[PS-042]

**Takayasu Arteriti Zemininde Uzun Süreli Anti-TNF Tedavi Altında Gelişen Gastrointestinal Tüberküloz: Olgu Sunumu**

Esra Şerife Karakaş<sup>1</sup>, Meysere Nur Akkuş<sup>2</sup>, Belkis Nihan Coşkun<sup>2</sup>, Burcu Yağız<sup>2</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

**Giriş:** Takayasu arteriti (TA), aorta ve ana dallarını tutan kronik granüloamatöz büyük damar vaskülitidir. Hastalığın kontrolünde glukokortikoidler, konvansiyonel immünsüpresif ajanlar ve dirençli olgularda biyolojik tedaviler, özellikle anti-TNF ajanlar kullanılmaktadır. TNF- $\alpha$ , granülom oluşumu ve mikobakteriyel enfeksiyonun kontrolünde temel rol oynadığından, anti-TNF tedaviler latent tüberküloz (TB) reaktivasyon riskini artırmaktadır. Bu hastalarda TB sıklıkla ekstrapulmoner veya dissemine formlarda görülmekte ve klasik tarama testleri (PPD gibi) yalnızca negatif sonuç verebilmektedir. Gastrointestinal tüberküloz (GİS-TB) ise ekstrapulmoner TB'nin nadir ancak tanısız açıdan zorlayıcı formlarından biridir. Bu yazıda uzun süreli anti-TNF tedavi alan Takayasu arteriti hastasında gelişen GİS-TB olgusu sunulmuştur.

**Olgu:** 57 yaşında kadın hasta 2005 yılında baş ağrısı ve nabız alınamaması ile başvurmuş, dijital subtraksiyon anjiyografi ile Takayasu arteriti tanısı almıştır. Tanı anında bilateral subklavian arterler tam oklüde saptanmış; azatiyoprin, steroid ve enoksaparin tedavisi başlanmıştır. 2011 yılında üst ekstremite halsizlik ve ağrı nedeniyle tedaviye hidroklorokin eklenmiştir. 2016 yılında üst ekstremite kladikasyonu, akut faz reaktan yüksekliği ve nabız kaybı gelişmesi üzerine infliksimab (Remicade) ve metotreksat başlanmış, azatiyoprin kesilmiştir. 2021 yılından itibaren demir eksikliği anemisi mevcut olup defalarca kolonoskopi önerilmiş ancak hasta yaptırmamıştır. 18.11.2025 tarihinde karın ağrısı, oral alım azlığı, dizürü, piyüri ve yüksek CRP ile başvurmuştur. Ön planda vaskülitik atak düşünülmemiş ve siprofloksasin başlanmıştır. Semptomların devam etmesi üzerine romatoloji kliniğine yatırılmış; enfeksiyon hastalıkları önerisiyle meropenem tedavisi verilmiştir. MR ve MR anjiyografide aktif vasküler stenoz saptanmamıştır. Olası gastrointestinal enfeksiyon açısından dışkıda AARB, mikobakteri kültürü, PPD ve HIV testleri çalışılmış; PPD 0 mm olarak saptanmıştır. Dışkı tüberküloz PCR testinin pozitif gelmesi üzerine hasta anti-tüberküloz tedaviye alınmıştır. Güncel toraks BT'de aktif veya sekellerle uyumlu pulmoner TB bulgusu izlenmemiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** TNF- $\alpha$ , mikobakteriyel enfeksiyonun kontrolünde kritik rol oynar. Anti-TNF tedavi granülom bütünlüğünü bozarak latent enfeksiyonun reaktivasyonuna yol açabilir. Literatürde anti-TNF tedavi alan hastalarda TB riskinin arttığı ve olguların önemli bir kısmının ekstrapulmoner formlarda görüldüğü bildirilmektedir. Bu hastalarda PPD gibi tarama testleri immünsüpresyon nedeniyle yalnızca negatif olabilir. Sunulan olguda uzun süreli infliksimab kullanımı, negatif PPD sonucu ve pulmoner tutulum olmaksızın gelişen gastrointestinal TB dikkat çekicidir. Ayrıca hastada uzun süredir mevcut demir eksikliği anemisi ve karın ağrısının retrospektif olarak GİS-TB ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Sonuç olarak, anti-TNF tedavi alan vaskülit hastalarında açıklanamayan karın ağrısı, inflamasyon bulguları ve anemi varlığında gastrointestinal tüberküloz mutlaka ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir. Tarama testleri negatif olsa dahi klinik şüphe varlığında ileri mikrobiyolojik inceleme yapılması tanı gecikmesini önleyebilir.

**KAYNAKÇA:**

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report.
2. Winthrop KL. Risk of tuberculosis and other opportunistic infections associated with anti-TNF therapy.
3. UpToDate. Tuberculosis associated with biologic therapies.

**Anahtar Kelimeler:** Takayasu arteriti, Anti-TNF, İnfliximab, Gastrointestinal tüberküloz, Ekstrapulmoner tüberküloz

[PS-043]

**Kronik ampiyem sonrası toraks stoması olan hastada kompleks klinik sürecin hemşirelik perspektifinden değerlendirilmesi: bir olgu sunumu**

Melike Tuğba Türkmen, Hande Bayram Durmuş

Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

**Giriş:** Ampiyem, plevral boşlukta enfekte sıvı birikimiyle karakterize ciddi bir enfeksiyondur. Medikal ve kapalı drenaja yanıt vermeyen olgularda açık pencere torakostomi uygulanabilir. Bu hastalarda enfeksiyon riski, protein kaybı ve psikososyal etkilenme görülebilir. Açık toraks stoması bulunan hastalarda hemşirelik bakımı, enfeksiyon kontrolü ve yaşam kalitesinin sürdürülmesinde kritik rol oynamaktadır.

**Amaç:** Kronik ampiyem sonrası toraks stomasıyla izlenen ve çoklu sistem etkilenimi gelişen hastalarda klinik sürecin, enfeksiyon kontrolü, solunum desteği, komorbidite yönetimi ve hasta uyumunu kapsayan yönleriyle hemşirelik perspektifinden değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Bulgular:** Altmış altı yaşında erkek hastaya kronik ampiyem nedeniyle Ağustos 2024'te sağ toraks stoması açılmış olup, artan stoma akıntısı ve kötü koku şikayetleriyle başvurmuştur. Özgeçmişinde romatoid artrit, koroner arter hastalığı, geçirilmiş koroner arter bypass operasyonu ve uzun süreli immünsüpresif tedavi öyküsü bulunmaktadır. Klinik izlem sürecinde bronkoplevral fistül şüphesi, tekrarlayan hidropnömotoraks bulguları ve çok ilaca dirençli mikroorganizmalarla gelişen enfeksiyonlar izlenmiştir. Hastanın klinik sürecinde son 2 yılda toplam 6 tane uzun süreli hastane yatışı bulunmaktadır. İzleminde inflamatuvar yanıtın belirgin yüksek seyrettiği, CRP düzeylerinin 359,2 mg/L'ye kadar yükseldiği, süreç içerisinde 172,8 mg/L, 175,7 mg/L ve 141,8 mg/L gibi yüksek değerler gösterdiği ve güncel olarak 26,1 mg/L olmasına rağmen normal aralığa (<5 mg/L) ulaşmadığı saptanmıştır. Tedavi sürecinde böbrek fonksiyonlarında bozulma (kreatinin: 2,57 mg/dL, GFR: 25 ml/dk), elektrolit dengesizlikleri ve kardiyak yüklenme bulguları gelişmiştir. Arter kan gazı değerlendirmelerinde hiperkapnik solunum yetmezliğinin dalgalı seyir gösterdiği, pCO<sub>2</sub> değerlerinin 37–57 mmHg aralığında değiştiği ve pH'nın 7,30 düzeyine kadar düştüğü saptanmıştır. Bu nedenle NIVM desteği gereksinimi ortaya çıkmıştır. Ayrıca hastanın vücut ağırlığının 60 kg'dan 37,2 kg'a gerilediği, iştahsızlık, kaşektik görünüm, aktivite intoleransı ve eforla dispneik olduğu gözlenmiştir. Son aylarda mobilitenin azaldığı, hastanın kısa mesafelerde baston desteği ile hareket edebildiği belirlenmiştir. İzlem sırasında hastada ajitasyon, oryantasyon bozukluğu ve tedaviye uyumsuzluk ile seyreden deliryum tablosu gelişmiş; bu durum bakım sürecinin yönetimini güçleştirmiştir. Toraks stomasına yönelik günlük steril pansuman gereksinimi, enfeksiyon kontrol önlemleri, sekresyon yönetimi, solunum desteğinin sürdürülmesi, beslenmenin desteklenmesi ve hasta uyumunun sağlanması süreçlerinde hemşirelik bakımı belirleyici rol oynamıştır.

**Tartışma:** Bu olgu, kronik ampiyem sonrası toraks stoması bulunan hastalarda bakımın yalnızca enfeksiyon tedavisi ile sınırlı olmadığını, multidisipliner ve bütüncül yaklaşım gerektirdiğini göstermektedir. Hastanın çoklu hastane yatışı, yüksek ve dalgalı seyreden CRP değerleri ve sistem etkilenimi, hastalığın kronik ve yönetimi güç seyirini ortaya koymaktadır. CRP'nin gerilemesine rağmen normalleşmemesi inflamasyonun kontrol altına alınamadığını göstermektedir. Kaşeksi ve fonksiyon kaybı hastalığın metabolik etkilerini ortaya koymaktadır. Hiperkapnik solunum yetmezliğinin pCO<sub>2</sub>: 37–57 mmHg aralığında dalgalanması ve deliryum gelişimi, hasta uyumunu azaltarak bakım sürecini zorlaştırmıştır. Bu süreçte hemşire; enfeksiyon kontrolü, solunum desteği, sarkopeni yönetimi, hasta güvenliği ve terapötik iletişimin sürdürülmesinde merkezi rol üstlenmektedir.

**Sonuç:** Toraks stoması ile izlenen kronik ampiyem hastalarında tekrarlayan yatışlar, persistan inflamasyon, solunum yetmezliği ve belirgin kilo kaybı nedeniyle hemşirelik bakımı klinik sürecin merkezindedir. Bu olgu, kompleks hasta yönetiminde hemşirelik bakımının belirleyici rolünü ortaya koymakta ve multidisipliner, hasta merkezli, bütüncül yaklaşımların güçlendirilmesinin hasta sonuçlarını iyileştirebileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ampiyem, toraks stoması, persisten inflamasyon, göğüs hastalıkları, hemşirelik bakımı

### Hastanın Açık Toraks Stomasi



### Hastanın Güncel Akciğer Grafisi



[PS-044]

**Castleman Hastalığı Benzeri Lenfoproliferatif Süreç Zemininde Gelişen Foliküler Dendritik Hücreli Sarkom ve Atipik Makrofaj Aktivasyon Sendromu: Bir Olgu Sunumu**

Merve Nur Akyol Yaşar, Vildan Gürsoy, Vildan Özkocaman, Fahir Özkalemkaş

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Bursa

**Giriş:** Foliküler dendritik hücreli sarkom (FDCS), lenf nodu veya ektranodal foliküler dendritik hücrelerden köken alan, nadir görülen ve tanısı olarak güçlükleri içeren bir mezenchimal malignitedir. Klinik prezentasyonu sıklıkla yavaş seyirli lenfadenopati şeklindedir ve histopatolojik olarak Castleman hastalığı gibi inflamatuvar lenfoproliferatif süreçlerle karışabilmektedir. Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS), sekonder hemofagositik lenfohistiyositoz (HLH) spektrumunda yer alan, sıklıkla hematolojik malignitelerle ilişkili, hızlı progresyon gösterebilen ve erken tedavi gerektiren yaşamı tehdit edici bir tablodur.

**Olgu:** Kırk altı yaşında erkek hasta, 2021 yılında istemsiz kilo kaybı nedeniyle yapılan değerlendirmelerde batın içi konglomere lenfadenopatiler saptanması üzerine hematoloji kliniğine yönlendirildi. PET/BT incelemesinde batın içinde çok sayıda hipermetabolik lenf nodu izlenmesi üzerine eksizyonel lenf nodu biyopsisi yapıldı. Lenf nodu biyopsisinde foliküler paternli B-lenfoid proliferasyon, interfoliküler alanda küçük B-lenfoid hücre artışı ve belirgin polipolik plazma hücre infiltrasyonu saptandı. İmmünohistokimyasal incelemelerde plazma hücrelerinde monoklonalite gösterilemedi. Hematolojik değerlendirmede kemik iliği biyopsisi normoselülerdi, monoklonal protein saptanmadı ve multipl miyelom tanı kriterlerini karşılayan bulgu izlenmedi. Klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda hasta başlangıçta IgG4 ilişkili hastalık ön tanısı ile sistemik kortikosteroid ve rituksimab tedavisi aldı; ancak yeterli yanıt izlenmedi. Takiben tablo idiopatik multisentrik Castleman hastalığı lehine değerlendirilerek tocilizumab tedavisi başlandı. Bu tedavi ile sistemik semptomlarda ve inflamatuvar belirteçlerde belirgin düzelme sağlandı. İzlem sırasında C-reaktif protein düzeylerinde yeniden yükselme saptanması üzerine malignite açısından ileri değerlendirme yapıldı. PET/BT’de hepatogastrik mesafede, yaklaşık 30 mm çapında, konglomere ve yoğun hipermetabolik lenf nodları izlendi. Lenf nodlarından yapılan yeniden biyopside, lenf nodu mimarisini bozan alanlarda hafif-orta derecede pleomorfik foliküler dendritik hücrelerde fokal hiperplazi ve displazi ile birlikte yoğun polipolik plazma hücre proliferasyonu saptandı. Bulgular foliküler dendritik hücreli sarkom ile uyumlu olarak raporlandı. Patoloji sonucu beklenirken hastada belirgin hiperferritinemi, total ve direkt bilirubin yüksekliği ve ciddi D-dimer artışı saptandı. Trigliserid düzeyi normaldi. Hemogramda anemi mevcut olmakla birlikte lökopeni veya trombositopeni izlenmedi. Sekonder HLH/MAS ön tanısı ile yapılan kemik iliği biyopsisinde eritrositleri fagosite eden aktive makrofajlar gözlemlendi. Klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek tablo malignite ilişkili, klasik HLH kriterlerini tam karşılamayan atipik makrofaj aktivasyon sendromu olarak kabul edildi. MAS’nin hematolojik bir acil durum olması ve altta yatan agresif bir lenfoproliferatif sürecin güçlü şekilde düşünülmesi nedeniyle, patolojik tanı kesinleşmeden etoposid içeren R-CHOEP rejimi başlandı. Tedavi sonrası hastanın klinik durumu ve inflamatuvar parametrelerinde belirgin düzelme izlendi. FDCS tanısının kesinleşmesini takiben, akut hiperinflamatuvar tablonun kontrol altına alınmasının ardından, uzun dönem tedavi planlaması amacıyla hasta medikal onkoloji ile değerlendirildi.

**Sonuç:** Bu olgu, Castleman hastalığı benzeri klinik ve histolojik bulgularla seyreden lenfoproliferatif süreçlerin zaman içinde FDCS gibi nadir malignitelere zemin oluşturabileceğini göstermektedir. İlk biyopside saptanan foliküler paternli B-lenfoid proliferasyon ve yoğun polipolik plazma hücre infiltrasyonu, Castleman hastalığında sık görülen histomorfolojik özelliklerle uyumludur. Geriye dönük olarak değerlendirildiğinde, bu bulguların FDCS gelişimi için uygun bir stromal ve sitokin aracılı mikroçevreyi yansıttığı düşünülmektedir.

Olgunun diğer önemli yönü MAS tablosudur. Belirgin hiperferritinemi, aşırı D-dimer yüksekliği ve kemik iliğinde hemofagositoz varlığı tanıyı desteklemiştir. Bu bağlamda patoloji sonucu beklenmeden etoposid içeren tedavinin başlanması, hematoloji pratiğinde rasyonel ve potansiyel olarak hayat kurtarıcı bir yaklaşımdır.

Castleman benzeri lenfoproliferatif süreçlerle izlenen hastalarda FDCS gelişimi akılda tutulmalı; malignite zemininde gelişen MAS tablolarında erken hematolojik müdahalenin önemi göz ardı edilmemelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Castleman Hastalığı, Foliküler Dendritik Hücreli Sarkom, Makrofaj Aktivasyon Sendromu

[PS-045]

**Ateş, Döküntü ve Pansitopeni ile Başvuran Hastada Miyelodisplastik Sendromdan Akut Myeloid Lösemiye Transformasyon Yolculuğu**

Havva Nur Köse<sup>1</sup>, Zeynep Yağbasan<sup>2</sup>, Burcu Yağız<sup>2</sup>, Belkıs Nihan Coşkun<sup>2</sup>, Hüseyin Ediz Dalkılıç<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

**GİRİŞ:** Ateş ve döküntü birlikteliği; enfeksiyöz, romatolojik ve hematolojik hastalıkları kapsayan geniş bir ayırıcı tanı yelpazesine sahiptir. Bu tabloya sitopenilerin eşlik etmesi, kemik iliği kaynaklı patolojiler açısından kilnisyen için uyarıcı olmalıdır (1). Miyelodisplastik sendrom (MDS), klonal hematopoietik kök hücre hastalığı olup bir veya daha fazla seride displazi, sitopeni ve değişken blast artışı ile karakterizedir (2). MDS olgularının önemli bir kısmı akut myeloid lösemiye (AML) transformasyon gösterebilmektedir (3). Özellikle alkilleiyici ajan ve antrasiklin içeren kemoterapiler sonrası gelişen tedavi ilişkili MDS/AML, kötü prognoz ile ilişkilidir (4). Hematolojik malignitelerin seyri sırasında, paraneoplastik bir süreç olarak Sweet Sendromu gibi nötrofilik dermatozlar klinik tabloya eşlik edebilmektedir. Bu sunumda; başlangıçta erişkin still hastalığı (ESH) ile karıştırılan, ancak takipte hematolojik malignite transformasyonu saptanan bir olgu sunulmuştur.

**OLGU:** Altmış bir yaşında kadın hasta; 2017 yılında invaziv duktal meme karsinomu nedeniyle opere edilmiş, adjuvan siklofosamid-adriamisin-paklitaksel kemoterapisi ve radyoterapi almış olup 5 yıldır remisyonda izlenmekteydi. Bir aydır süren, alt ekstremitelerde başlayıp üst ekstremitelere ve yüze yayılan ağrılı döküntü, 40°C'ye varan ateş, halsizlik ve artralji yakınmaları ile ESH ön tanısı ile romatolojiye yönlendirilen hastanın yatışı gerçekleştirildi. Laboratuvar incelemelerinde pansitopeni (WBC: 4730 NE: 670 HB: 8.1 PLT: 49100) saptandı. Periferik yaymada belirgin blast görülmemekle birlikte trombosit sayıları 70-100x10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> aralığında izlendi. Hasta enfeksiyon hastalıklarına danışıldı. derin sitopeniye eşlik edebilecek viral (HIV, HBV, HCV, CMV, EBV) ve bakteriyel etkenler dışlandı. Dermatoloji konsültasyonu sonrası yapılan cilt biyopsisi dermis üst yarıda belirgin klazi gösteren nötrofillerden zengin mikst enflamasyon ile uyumlu geldi. Sitopenisinin devam etmesi üzerine kemik iliği aspirasyon ve trepan biyopsisi yapıldı. Aspiratta blast oranı %10, imprint preparatta %17 olarak değerlendirildi. Granülositer ve eritroid serilerde belirgin displazi (hipogranülasyon, anormal segmentasyon, megaloblastik değişiklikler) mevcuttu. İmmünohistokimyasal incelemede CD34 ile blast artışı saptandı. Bulgular, artmış blast oranı ve multilineer displazi ile uyumlu yüksek riskli MDS ve AML transformasyonu lehine değerlendirildi. Hasta ileri tedavi planlaması amacıyla hematoloji kliniğine devredildi.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Nötrofilik dermatozlar hematolojik malignitelerin paraneoplastik göstergesi olabilir (1). Ateş ve döküntü ile başvuran hastalarda sitopeni varlığı kemik iliği kaynaklı maligniteler açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Özellikle kemoterapi öyküsü bulunan bireylerde erken kemik iliği incelemesi tanısız gecikmeyi önleyebilir. Multidisipliner yaklaşım, uygun risk sınıflaması ve zamanında tedavi planlaması açısından kritik öneme sahiptir.

**KAYNAKLAR**

1. Cohen PR. Sweet's syndrome—a comprehensive review of an acute febrile neutrophilic dermatosis. Clin Dermatol. 2007;25(2):123-134.
2. Arber DA, Orazi A, Hasserjian RP, Borowitz MJ, Calvo KR, Kvasnicka HM, et al. The 2022 WHO classification of myeloid neoplasms and acute leukemia. Blood. 2022;140(11):1200-1228.
3. Greenberg PL, Tuechler H, Schanz J, Sanz G, Garcia-Manero G, Solé F, et al. Revised international prognostic scoring system for myelodysplastic syndromes. Blood. 2012;120(12):2454-2465.
4. Godley LA, Larson RA. Therapy-related myeloid leukemia. Semin Oncol. 2008;35(4):418-429.

**Anahtar Kelimeler:** Ateş, Döküntü, Pansitopeni

**resim 1**



**resim 2**



**resim 3**



[PS-046]

**İndolent Sistemik Mastositoz Tanılı Hastada Sekonder Osteoporoz: Olgu Sunumu**

Merve Akduman<sup>1</sup>, Can Özgü<sup>2</sup>, Özen Öz Gül<sup>2</sup>, Soner Cander<sup>2</sup>, Erdiç Ertürk<sup>2</sup>, Canan Ersoy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa, Türkiye

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, Bursa, Türkiye

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Mastositoz, mast hücrelerinin klonal proliferasyonu ile karakterize nadir bir hematolojik hastalıktır. Kemik tutulumu mastositozun önemli sistemik komplikasyonlarından biridir. Mast hücrelerinden salınan triptaz, histamin ve proinflatuar sitokinler artmış osteoklast aktivitesi ve kemik rezorpsiyonuna yol açarak sekonder osteoporoz gelişimine neden olabilir. Bu yazıda sistemik mastositoz sonrası sekonder osteoporoz tanısı alan genç bir hasta sunulacaktır.

**OLGU:** Yirmi bir yaşında kadın hasta, 2024 yılında yaygın vücut kaşıntısı nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Yapılan deri punch biyopsisi sonucunda mastositoz tanısı konuldu. Mastositozun sekonder osteoporoz nedenleri arasında yer alması nedeniyle kemik mineral yoğunluğu değerlendirilmesi planlandı.

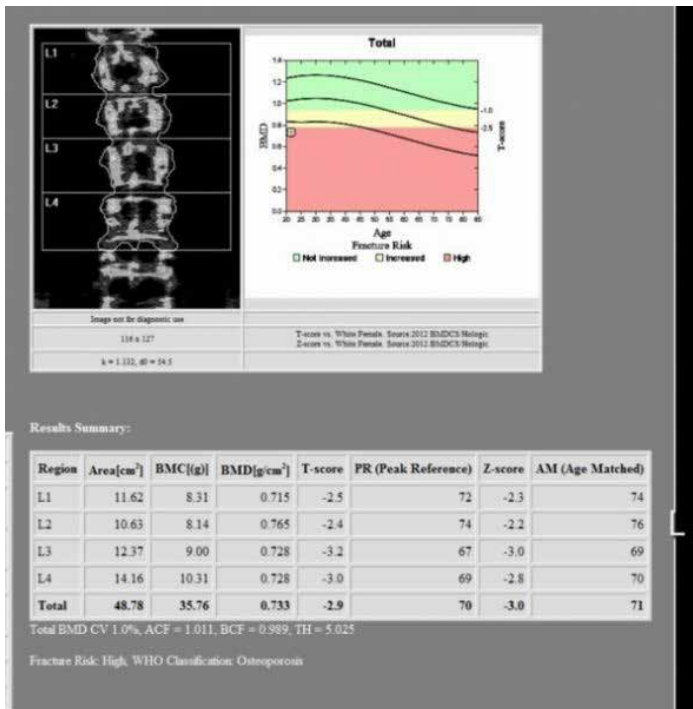
Dual enerji X-ray absorpsiyometri (DEXA) ölçümünde lomber total T skoru -2,9 (Z skoru -3,0), femur boyun T skoru -2,7 (Z skoru -2,7) olarak saptandı. Torakal ve lomber vertebra grafilerinde kompresyon kırığı izlenmedi. Bulgular mastositoza sekonder osteoporoz olarak değerlendirildi.

Ancak hastanın genç yaşta olması, fragilité kırık öyküsünün bulunmaması ve reproduktif çağda olması göz önünde bulundurularak farmakolojik antiörsorptif tedavi başlanmadı. Non-farmakolojik tedavi kapsamında D vitamini ve kalsiyum replasmanı, ağırlık taşıyıcı egzersiz ve yaşam tarzı düzenlemeleri önerildi. Hasta yakın izleme alındı.

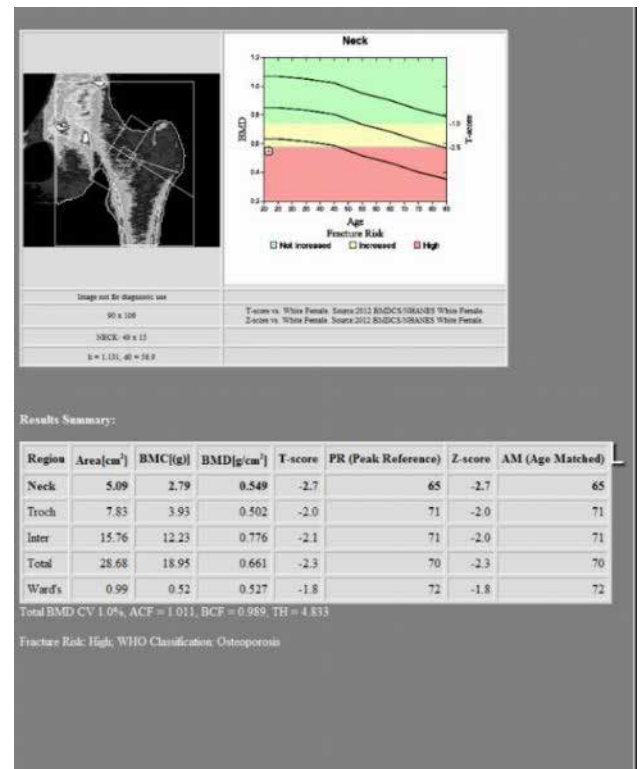
**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Mastositoz, genç hastalarda sekonder osteoporozun nadir ancak önemli bir nedenidir. Mast hücre aracılı sitokin salınımı kemik yıkımını artırarak kemik mineral yoğunluğunda belirgin azalmaya yol açabilmektedir. Genç yaşta saptanan düşük kemik mineral yoğunluğunda sekonder etiyoloji araştırılmalı; tedavi kararı hastanın yaşı, kırık öyküsü ve üreme potansiyeli dikkate alınarak bireyselleştirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** sekonder osteoporoz, sistemik mastositoz, kemik dansitometri

**tanı anı kemik dansitometrisi**



**tanı anı kemik dansitometrisi**



[PS-047]

## Crohn hastalığı tanısı öncesi ekstraintestinal manifestasyonlar ile sonrasında gelen tanı: bir olgu sunumu

Mehmet Refik Göktuğ, Fatih Eren

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Bursa

**Giriş:** Crohn hastalığı gastrointestinal sistemi etkileyen bir inflamatuvar hastalık olmanın ötesinde, çeşitli ekstraintestinal bulgularla da kendini göstererek kompleks bir klinik tablo ortaya koyar. Özellikle, hastalık başlangıcında gastrointestinal semptomlar belirgin olmayabilir ve ekstraintestinal belirtiler, ilk ortaya çıkan bulgular olarak hekimi yönlendirebilir. Bu durum, tanının gecikmesine yol açarken, aynı zamanda hastalığın seyrini ve tedavi stratejilerini etkileyen önemli bir faktördür. Bu yazıda, hastalara özgü klinik ve laboratuvar verilerinin bütünsel değerlendirilmesi, doğru tanıya ulaşmada temel unsurlardan biri olarak karşımıza çıkacağı vurgulanmak istenmiştir.

**Olgu:** 32 yaş erkek hasta 17.09.2024 tarihinde kilo kaybı, diyare ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünde 2014 yılında oral aft, genital aft, üveit ciltte papülopüstüler döküntü, bel ağrısı ve ayak bileğinde ağrı şikayeti ile başvurmuş yapılan tetkikler sonucu hasta Behçet hastalığı ve ankilozan spondilit tanısı almış ve azatioprin, kolşisin, diklofenak sodyum ve prednizolon başlanmış. Hastanın takiplerinde 2016 yılında üveit ataklarının tekrarlaması nedeni ile infliximab 5 mg/kg tedavisine geçilmiş. 2019 yılında umblikus, ağız çevresi, saçlı deri ve sakalda birkaç aydır devam eden eritemli, skuamlı plaklar ve vücutta papüller lezyonlar saptanmış yapılan biyopsiler sonrası psoriasis ve hidradenitis süppürativa tanıları almış bunun üzerine hastanın tedavisi adalimumaba değiştirilmiş. 2020 yılında hastanın hidradenitis süppürativa lezyonlarının aktive olması nedeni ile önce sekukinumab sonrada risankizumab tedavilerine geçilmiş. 2022 yılında 1 aydan daha uzun süren diyare şikayeti ile başvurmuş, yapılan tetkiklerde fekal kalprotektin:113 ve gaitada gizli kan pozitif saptanmış. Bunun üzerine yapılan kolonoskopide terminal ileumda çok sayıda üzerlerinde kirli beyaz renkte eksuda bulunan, yer yer birleşme eğilimi gösteren, yaklaşık 3-4 mm büyüklüğünde ülserler izlenmiş. Hastaya Crohn hastalığı tanısı koyulmuş daha önce klinik olarak ortaya çıkan oral aft, genital aft, üveit ciltte papülopüstüler döküntü, bel ağrısı ve ayak bileğinde ağrı şikayetlerinin ekstraintestinal manifestasyon olarak değerlendirilmiş ve hastaya tekrar 5 mg/kg dan infliximab tedavisi başlanmış. Hastanın başvuru anında yapılan kan tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadı. Fizik muayenede cilt bulgusu yoktu, Crohn hastalık aktivite indeksi(CDAI) 342 idi. Hasta Crohn hastalık alevlenmesi olarak değerlendirildi ve tedavi olarak upadacitinip 45 mg 12 hafta yükleme 30 mg idame olarak başlandı. Hasta 1. Ay kontrolünde CDAI:84 olarak değerlendirildi. Hastanın remisyonda takip ve tedavisi devam ediyor.

**Tartışma ve Sonuç:** Literatürde ekstraintestinal bulguların, özellikle gastrointestinal dışı yapılarla ilişkili belirtilerin, hastalığın erken tanısında ve tanı gecikmesinde önemli rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu durum, özellikle dermatolojik, artropatik ve hepatobiliyer sistemle ilgili semptomların, gastrointestinal semptomlar ortaya çıkmadan önce veya birlikte görülmesiyle kendini gösterir. Ancak, ekstraintestinal bulguların non-spesifik olması ve pek çok farklı hastalıkla benzer klinik tabloya yol açması, tanı koymayı güçleştirir. Bu nedenle, multidisipliner yaklaşımın önemi ortaya çıkar. Dahiliye ve gastroenteroloji uzmanlarının yanı sıra, dermatoloji, romatoloji ve cerrahi alanındaki uzmanların işbirliği, doğru tanıya ulaşmada kritik rol oynar. Bizim hastamızda da ilk semptomlar 2014 yılında çıkmış olup 2022 yılında tanı almıştır, yaklaşık 8 yıllık bir tanı gecikmesi meydana gelmiştir.

Sonuç olarak, ekstraintestinal bulguların, Crohn hastalığının klinik tablosunun ayrılmaz bir parçası olduğu kabul edilerek, bunların tanı ve tedavi stratejilerinde dikkate alınması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Crohn Hastalığı, Ekstraintestinal manifestasyon, İnflamatuvar bağırsak hastalığı

### Psoriasis ve Hidradenitis süppürativa lezyonları



**[PS-048]**

**Atipik Hemolitik Üremik Sendrom İle Başvuran Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi-Tek Merkez Deneyimi**

Hatice Kübra Anlı, Halime Soyak, İbrahim Çalışır, Gökhan Evren, Cuma Bülent Gül, Abdülmecit Yıldız, Alparslan Ersoy, Mahmut Yavuz, Ayşegül Oruç

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Nefroloji Ana Bilim Dalı

**GİRİŞ:** Atipik Hemolitik sendrom (aHÜS), böbrek hasarı, mikroanjiyopatik hemolitik anemi ve trombositopeni ile seyreden nadir görülen bir Trombotik Mikroanjiyopati (TMA) nedenidir. Alternatif yolak üzerinden kontrolsüz kompleman aktivitesi ile mikrovasküler hasarlanma olur. Bu çalışmada, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne aHÜS ile başvuran hastaların tedavi süreçlerinin ve renal prognozlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE Yöntemler:** Çalışmamız 2019-2025 yılları arasında merkezimize başvuran, aHÜS ile başvuran hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların Plazmaferez seans sayısı, ADAMTS13 sonuçları, Eculizumab dozları, üre, kreatin değerleri ortak veri tabanında toplandı. Hastaların plazmaferez öncesi alınan kanlarındaki ADAMTS13 aktivitesi değeri incelendi. Normal aralıkta bulunan değerler ile TTP tanısı dışlandı.

**Bulgular:** Çalışmaya toplam 32 hasta (10 erkek, 22 kadın) dahil edildi. Hastaların 10'unda (%31,2) tanı öncesinde hipertansiyon öyküsü mevcuttu. Kadın hastaların 6'sının (%27,3) gebelik döneminde olduğu saptandı. Üç hastanın (%9,4) aile öyküsünde aHÜS tanısı bulunan birey olduğu belirlendi. Başvuru özellikleri incelendiğinde, hastaların 21'inin (%65,6) aHÜS ile uyumlu semptomlarla hastaneye başvurduğu görüldü. En sık başvuru semptomları gastrointestinal sistem bulguları olup; ishal, karın ağrısı ve kusma ön plandaydı.

Tedavi sürecinde 20 hastada (%62,5) akut dönemde hemodiyaliz gereksinimi gelişti. İzlem sürecinde 10 hastada (%31,2) kronik böbrek yetmezliği geliştiği ve bu hastaların taburculuk sonrası düzenli hemodiyaliz programına alındığı, 6 hastanın exitus olduğu saptandı.

Hastalardan 4 tanesine genetik inceleme yapıldı. 2 hastada CFH geninde heterozigat mutasyon tespit edildi. 32 hastadan 10 tanesinin Eculizumab tedavisi aldığı, Eculizumab tedavi sürecinin hastalarda 2 hafta ile 5 yıl arasında değişkenlik gösterdiği gözlemlendi.

**TARTIŞME VE Sonuç:** aHÜS mortalite ve morbiditesi yüksek nadir görülen bir TMA sendromudur. Akut böbrek yetmezliği önemli bir bileşenidir. Plazmaferez ve Eculizumab ile özellikle böbrek sağkalımında iyileşmeler sağlanmıştır. Erken dönemde Eculizumab uygulamasının diyaliz ihtiyacını azalttığı gösterilmiştir. TMA ile başvuran hastalarda diğer nedenler dışlandıktan sonra aHÜS akla gelmelidir ve erken dönemde Eculizumab tedavisi başlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Atipik Hemolitik Üremik Sendrom, Eculizumab, Plazmaferez, Trombotik Mikroanjiyopati

[PS-049]

**Hipofiz yetmezliğinde steroid replasmanı ile ortaya çıkan hipofibrinojenemi**

Şefika Furuncuoğlu<sup>1</sup>, Mustafa Altınkaynak<sup>2</sup>, Sebile Nilgün Erten<sup>2</sup>, Bülent Saka<sup>2</sup>, Timur Selçuk Akpınar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Empty Sella Sendromu (ESS), sella turcicanın BOS ile dolması sonucu hipofiz bezinin yassılaşmış ve küçülmüş gibi izlenmesidir. Primer olarak diyafragma selladaki hasara bağlı olabileceği gibi, Sheehan sendromu, hipofizitler ve hipofizer apopleksi sonrası sekonder olarak da gözlenebilir. Bu olgu sunumunda, derin hiponatremi ile prezente olan ve takiplerinde hipofibrinojeneminin eşlik ettiği bir empty sella vakası ele alınmıştır.

**Vaka:** Bilinen kronik hastalığı olmayan, 2 yıldır menoraji nedeniyle jinekoloji tarafından takip edilen 48 yaşında kadın hasta bulantı, kusma ve halsizlik şikayetleriyle başvurdu. Soy geçmişinde bir ay önce kızının intestinal tüberküloz (batın içi 10 cm kitle, Bx sonucu nekrozlu granülom) nedeniyle ex olduğu, kendisinin profilaksi almadığı öğrenildi.

Fizik muayenede sağ akciğer bazalinde solunum sesleri alınmadı, perküsyonla matite artışı tespit edildi. Pretibial ödem saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde Hb: 7.4 g/dL, MCV: 67.8 fL, Na: 117 mmol/L, kreatinin: 0.64, kortizol: 0.9 µg/dL, ACTH: 13.9pg/ml, FT4 <1.3 pmol/L ve TSH 3.36 mIU/L ve idrar sodyumu 18 mmol/L saptandı. Sekonder adrenal yetmezlik ve santral hipotiroidi tanıları ile hastaya hidrokortizon tedavisi (100 mg puşe+ 4x50 mg idame) başlandı. Tedrici olarak Hidrokortizon dozu azaltılarak tedavinin 3. Gününde levotiron 25 mcg başlandı ve üç gün arayla 12.5 mcg artırıldı.

Hipofizer yetmezliği için çekilen hipofiz MR'da empty sella saptandı. Toraks görüntülemesinde bilateral plevral effüzyon, bilateral akciğerde alt loblarda belirgin buzlu cam alanları; batın görüntülemesinde en derin yerinde pelviste 7 cm serbest sıvı izlendi. Pro-BNP düzeyi 4000 olan ve efüzyonları bulunan hastanın Ekokardiyografisinde ARA'ya sekonder kapak hastalığı (ciddi TY, orta MY, hafif AY) ve evre 3 diastolik disfonksiyon saptandı. Hastanın plevral sıvı örneklemesi transuda vasfındaydı. TBC açısından yapılan bronkoskopisinde ADA 1.53 U/L, ARB ve kültürleri negatif saptandı.

Menorajileri sebebiyle çekilen Batın MR'ında peritonda asimetric kontrastlanma artışı saptandı. TBC peritonit ön tanısıyla çekilen PET-CT'de mezenter çevresinde hafif heterojen düşük düzeyde FDG tutulumu (FDG:2,5) saptandı. Diagnostik laparoskopi yapılan hastadan periton biyopsisi alındı, fibrozis alanı içeren adipoz doku saptandı. Steroid tedavisinin beşinci, levotiroksin tedavisinin 2. gününde izole hipofibrinojenemisi gelişti (fibrinojen: 86mg/dl). Hipofibrinojenemi açıklayacak hepatik yetmezlik, tüketim koagülopatisi yoktu. Periferik yayması demir eksikliği ile uyumlu, şistosit bulunmamakta idi.

Hastaya 3-5 gün arayla fibrinojen 100 mg/dL üzerinde olacak şekilde beş ünite kriyopresipitat verildi. Fibrin yıkım ürünleri negatif saptandı. Antifibrinojen antikor oluşumuna neden olabilecek romatolojik hastalıklar için ANA, ENA ve RF negatif saptandı. Takiplerinde tiroid hormonları normal sınırlara yaklaştıkça (FT4: 10.93pmol/l, TSH:3.87mg/L) tedricen kriyosipitat ihtiyacı azaldı ve fibrinojen değeri artarak normal sınırlara (188 mg/dl) ulaştı. Takiplerinde fibrinojeninde düşüşü saptanmadı.

Vakamızda malignite tetkik ve girişimsel tetkikler yapılırken tesadüfen saptanan ve hayati kanamalara yol açabilecek fibrinojen düşüklüğünün steroid replasmanı sonrası artan metabolik süreçte var olan tiroid yetersizliğinin belirginleşmesiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Hipofizer yetmezlik saptanan hastalarda özellikle girişimsel müdahaleler öncesinde fibrinojen düzeylerinin takibi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** hipofizer yetmezlik, hipofibrinojenemi, steroid replasmanı

[PS-050]

**Maligniteyi Taklit Eden Açıklanamayan Ateş ve Kilo Kaybının Nadir Bir Nedeni:  
Büyük Damar Tutulumlu Dev Hücreli Arterit**

Feyza Nur Erkiran<sup>1</sup>, Zeynep Yağbasan<sup>2</sup>, Burcu Yağız<sup>2</sup>, Belkis Nihan Çoşkun<sup>2</sup>, Hüseyin Ediz Dalkılıç<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

**GİRİŞ:** Dev Hücreli Arterit (DHA); genellikle 50 yaş üzerinde görülen, orta ve büyük çaplı arterlerin tutulumuyla karakterize kronik, granümatöz bir vaskülitir. Hastalık; klasik iskemik bulguların (baş ağrısı, çene kladikasyonu, görme kaybı) yanı sıra etkilenen damar yatağına göre yalnızca nonspesifik konstitüsyonel semptomlar ile de seyredebilir. Bu olgu sunumunda, malignite ön tanısıyla araştırılırken DHA tanısı alan hastayı bu tablonun ayırıcı tanındaki önemini vurgulamak amacıyla sunmayı amaçladık.

**VAKA SUNUMU:** 63 yaşında kadın hasta, gece terlemesi ve ateş yüksekliği şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş. Dış merkezde üst solunum yolu enfeksiyonu düşünülerek antibiyotik başlanmış. Şikayetlerinin geçmemesi, akut faz reaktan (AFR) yüksekliğinin sebat etmesi (sedimentasyon 97 mm/saat, C-reaktif protein 106 mg/L) ve tabloya kilo kaybının (2 ayda 66 kg dan 60 kg) eklenmesi üzerine enfeksiyon hastalıkları tarafından tetkik edilmiş. Brusella, hepatit panel, HIV ve tüberküloz tetkikleri negatif sonuçlanmış. Kilo kaybı, belirgin AFR yüksekliği ve kronik hastalık anemisi bulguları olan hasta iç hastalıkları kliniğine malignite taranması amacıyla yönlendirilmiş. Yapılan toraks, abdomen ve pelvis bilgisayarlı tomografi incelemelerinde patoloji saptanmamış; endoskopi ve kolonoskopide ise klinik tabloyu açıklamayacak nonspesifik bir tübüler adenom dışında bulguya rastlanmamış. Konstitüsyonel semptomları devam eden hastaya çekilen fluorodeoksiglukoz - pozitron emisyon tomografi/ bilgisayarlı tomografi (FDG-PET/BT) incelemesinde; çıkan aorta, inen aorta, abdominal aorta ile bilateral iliak, subklavian ve karotis arterlerde karaciğer metabolik aktivitesini belirgin şekilde aşan, diffüz ve fokal artmış florodeoksiglukoz (FDG) tutulumu [SUVmax (Standardized Uptake Value maximum – Maksimum Standartlaştırılmış Tutulum Değeri): 3.6–6.2; Grade 3] izlenmiş. Malignite lehine hipermetabolik odak saptanmayan hasta, vaskülit ön tanısıyla romatolojiye yönlendirilmiş. Hastanın romatolojik sorgulamasında; baş ağrısı, görme kaybı, çene kladikasyonu ve polimiyalji romatika semptomları saptanmadı. Diğer baş dokusu hastalıklarına yönelik sorgulama ve fizik muayenede (temporal nabızlar palpabl, üfürüm negatif) patoloji saptanmadı. İleri yaş, yüksek akut faz reaktanları ve PET/BT'deki yaygın büyük damar tutulumu ile hastaya ekstrakranial tutulumlu DHA tanısı konuldu. Yüksek doz intravenöz metilprednizolon (80 mg/gün) başlandı. Üç günlük intravenöz tedavi sonrası oral prednizolon ve haftalık metotreksat tedavisine geçildi. Takipte klinik semptomların gerilediği ve inflamatuvar parametrelerde düşüş olduğu gözlemlendi.

**SONUÇ:** Bu olgu, klasik kraniyal semptomlar olmaksızın yalnızca konstitüsyonel bulgular ve yüksek AFR ile prezente olan ekstrakraniyal büyük damar tutulumlu dev hücreli arterit tablosunu vurgulamaktadır. FDG-PET/BT, malignite, enfeksiyonun dışlanması yanı sıra vasküler inflamasyonun gösterilmesinde önemli tanılal katkı sağlamaktadır. İleri yaşta açıklanamayan ateş, kilo kaybı ve yüksek AFR ile başvuran klasik vaskülit semptomları eşlik etmese dahi büyük damar vaskülitleri mutlaka akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve etkin tedavi; aort anevrizması ve diseksiyon gibi hayati tehdit eden komplikasyonların önlenmesi açısından hayati öneme sahiptir.

**KAYNAKLAR**

1. European Alliance of Associations for Rheumatology. 2022 EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. Ann Rheum Dis. 2022;81:19–30.
2. American College of Rheumatology / Vasculitis Foundation. 2021 Guideline for the Management of Giant Cell Arteritis and Takayasu Arteritis. Arthritis Rheumatol. 2021;73:1349–1365.
3. Weyand CM, Goronzy JJ. Giant-cell arteritis and polymyalgia rheumatica. N Engl J Med. 2014;371:50–57.
4. Blockmans D. The use of FDG-PET in large-vessel vasculitis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2016;30:681–690.

**Anahtar Kelimeler:** Ateş, Dev Hücreli Arterit, Kilo Kaybı, Malignite

**[PS-051]**

**Gut ve psöriatik artrit örtüşmesi gösteren multisistemik bir olgu sunumu**

Ege İleri İstanbullu, Selma Karaahmetoğlu

T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

**Giriş-Amaç:** Gut ve psöriatik artrit (PsA), hiperürisemi ve IL-17/IL-23 eksenli inflamatuvar yollar üzerinden kesişen patofizyolojik mekanizmalara sahiptir. Literatürde bu iki hastalığın klinik olarak örtüştüğü tablo "Psout" olarak tanımlanmakta olup nadir bildirilmektedir. Psout olguları sıklıkla atipik artrit paterni, tedaviye direnç ve sistemik inflamasyonla seyredebilir. Bu bildiri, uzun süre gut tanısıyla izlenirken klinik ve dermatolojik bulgular eşliğinde ön tanı olarak PsA düşünülen ve izleminde otoimmün hemolitik anemi, periferik nöropati ve renal fonksiyon bozulması gelişen multisistemik bir olgunun sunulması amaçlandı.

**Olgu:** Yetmiş yedi yaşında erkek hastanın özgeçmişinde 6 yıldır gut, hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı ve derin ven trombozu öyküsü mevcuttu. Başvuru sırasında dizlerde şişlik ve gastrointestinal yakınmalar ön plandaydı. Dermatolojik muayenede yaygın kserozis ve iktiyoziform plakların yanı sıra el tırnaklarında subungual hiperkeratoz, sarı diskolorasyon ve onikoliz saptandı (Resim 1-2). Retrospektif incelemede Nisan 2021'de yaygın poliartrit ile başvurduğu, diz eklem fonksiyonlarında kristal dışlanamayan inflamatuvar sıvı elde edildiği görüldü. Takipte sağ dizde tekrarlayan efüzyon ve eş zamanlı otoimmün hemolitik anemi gelişti. Temmuz 2021'de ortaya çıkan yürüme güçlüğü nedeniyle yapılan EMG'de yaygın duyuşal-motor aksonal periferik nöropati saptandı. İzlem sırasında böbrek fonksiyonlarında hızlı kötüleşme gözlemlendi. Klinik, laboratuvar ve dermatolojik bulgular birlikte değerlendirildiğinde, hastada gut ve ön planda PsA birlikteliği (Psout) düşünüldü. Steroid ve kolşisin tedavileriyle klinik ve laboratuvar yanıt alındı ancak hasta uyumsuzluğu sebebiyle psöriasis tanısı dermatoloji tarafından konfirme edilemedi.

**Tartışma ve Sonuç:** Dirençli, atipik seyirli veya sık nüks eden gut atakları olan hastalarda PsA gibi seronegatif spondiloartritler mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Özellikle tırnak ve cilt bulgularının varlığı Psout tanısı açısından yol göstericidir. Bu olguda gelişen otoimmün hemolitik anemi, periferik nöropati ve renal fonksiyon bozulması, Psout tablosunun yalnızca eklemlerle sınırlı olmadığını, belirgin bir sistemik inflamatuvar yük taşıyabileceğini göstermektedir. Atipik hiperürisemik artrit olgularında erken tanı ve multidisipliner yaklaşım, morbiditeyi azaltmada kritik öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Gut, psöriatik artrit, kronik böbrek hastalığı, otoimmün hemolitik anemi, polinöropati

[PS-052]

## Yabancı cisim sonrası distal özofagus perforasyonunun endoskopik stent ile minimal invaziv yönetimi

Beyza Nur Bayram<sup>1</sup>, Mete Burtay Yalçın<sup>2</sup>, Mehmet Refik Göktuğ<sup>2</sup>, Fatih Eren<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Bursa

**Giriş-Amaç:** Özofagus perforasyonu nadir ancak mortalitesi yüksek olup acil tanı ve tedavi gerektiren bir klinik tablodur. En sık iatrojenik nedenlerle gelişmekle birlikte, özofageal yabancı cisimler ile altta yatan striktür veya motilite bozuklukları da perforasyon gelişimine zemin hazırlayabilir. Özellikle gecikmiş olgularda mediastinit gelişimi mortaliteyi belirgin artırmaktadır. Cerrahi yöntemler klasik tedavi seçenekleri olmakla birlikte, günümüzde minimal invaziv yöntemler, endoskopik stent yerleştirme gibi yenilikçi teknikler, özellikle distal özofagus perforasyonlarında tercih edilmektedir. Bu sayede iyileşme süresi kısalmakta, komplikasyon oranları azaltılmakta ve yaşam kalitesi korunmaktadır. Bu bağlamda, endoskopik stent kullanımı, özellikle uygun şartlarda ve deneyimli ekipler tarafından uygulandığında yüksek başarı oranları ile dikkat çekmektedir. Bu vakada, özofageal yabancı cisim sonrası gelişen distal özofagus perforasyonunun endoskopik stent uygulaması ile başarılı yönetimi sunulmuştur.

**Vaka:** 31 yaşında erkek hastanın yaklaşık iki yıldır aralıklı disfaji nedeniyle tekrarlayan acil servis başvuruları mevcuttu. 02.01.2026 tarihinde tavuk tüketimi sonrası başlayan yutma güçlüğü nedeniyle dış merkeze başvuran hasta, endoskopik değerlendirme amacıyla hastanemize sevk edildi. Başvuru sırasında yapılan fizik muayenede hasta takipneik ve dispneik olup siyanoze görünümdeydi. Kan basıncı 130/85 mmHg, SpO<sub>2</sub> nazal oksijen altında %95 olarak ölçüldü. Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 17,4 g/dL, trombosit sayısı 366.000/mm<sup>3</sup> ve INR 1,1 olarak saptandı. Acil şartlarda yapılan ilk üst gastrointestinal endoskopide (ÖGD) distal özofagusun 40. santimetre seviyesinde yaklaşık 2 cm uzunluğunda bir perforasyon alanı saptandı. Perforasyon hattından mediastene doğru gıda materyali geçişi izlendi ancak solunum sıkıntısı gelişmesi nedeniyle müdahale edilemedi. Sonrasında hasta entübe edilerek, ameliyathane koşullarında perforasyon alanına müdahale için 2. kez işleme alınması planlandı. İşlem öncesinde çekilen bilgisayarlı tomografide mediastende ve ciilt altında yaygın serbest hava izlendi. Pnömotoraks saptanan hastaya toraks tüpü takıldıktan sonra işlem tekrarlandı. İkinci endoskopide gıda materyali forceps ile uzaklaştırıldı. Defekt distalinde benign görünümlü sirküler darlık izlendi. Perforasyon bölgesinin kapanmasını hedefleyen 10 cm uzunluğunda yarı kapalı metalik özofagus stenti yerleştirilerek işlem sonlandırıldı. 05.01.2026 tarihli kontrastlı toraks BT'de pnömomediastinum bulgularında gerileme olmakla birlikte distal özofagus çevresinde paraözofageal sıvı koleksiyonu ve mediastinal yağlı planlarda kirli görünüm saptandı, mediastinit şüphesiyle geniş spektrumlu intravenöz antibiyoterapi başlandı ve hasta bu tedavi altında takip edildi. 08.01.2026 tarihli oral kontrastlı batın BT'de supradiafragmatik bölgede kontrast ekstralüminasyonu izlendi. Aynı tarihte yapılan kontrol ÖGD'de stentin yerinde olduğu ve mukozal defekt izlenmediği görüldü. 09.02.2026 tarihinde yapılan ÖGD'de metalik stent çıkarıldı, işlem sonrası minimal mukozal hemoraji dışında komplikasyon izlenmedi. Klinik izlemede hemoglobin düşüşü saptanmayan ve kontrol görüntülemelerinde perforasyon veya aktif kanama lehine bulgu izlenmeyen hasta poliklinik kontrol önerileriyle taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Distal özofagus perforasyonlarında endoskopik stent uygulaması, uygun hasta seçimi ve multidisipliner yaklaşım ile cerrahiye alternatif güvenli bir tedavi seçeneği sunmaktadır. Özellikle yabancı cisim ilişkili perforasyonlarda, perforasyonun erken tanınması ve hızlı endoskopik girişim komplikasyonları azaltmada kritik rol oynar. Stent uygulaması, perforasyon hattının kapatılmasını sağlayarak mediastinal kontaminasyonu sınırlandırmakta ve iyileşme sürecini desteklemektedir. Bununla birlikte pnömotoraks, mediastinit ve stent migrasyonu gibi komplikasyonlar açısından yakın klinik takip gereklidir. Bu vakada endoskopik irrigasyon ve stent uygulaması ile perforasyon kontrol altına alınmış, yoğun bakım izlemi ve antibiyoterapi ile klinik iyileşme sağlanmıştır. Tedavi öncesi ayrıntılı değerlendirme, süreç boyunca multidisipliner iş birliği ve gelişen teknolojik olanakların etkin kullanımı, hasta güvenliği ve tedavi başarısını artırmada belirleyici rol oynamaktadır. Sonuç olarak endoskopik stent, seçilmiş hastalarda distal özofagus perforasyonlarının yönetiminde etkin ve minimal invaziv bir yaklaşım olarak değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** endoskopik stent yerleştirilmesi, özofagus perforasyonu, motilite bozuklukları

[PS-053]

**Semptomdan Tanıya Hemofagositik Lenfhistiositoz'un Nadir Ama Ölümcül Sebebi; Visseral Leishmaniazis**

Rümeysa Yılmaz, Hikmet Öztop

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

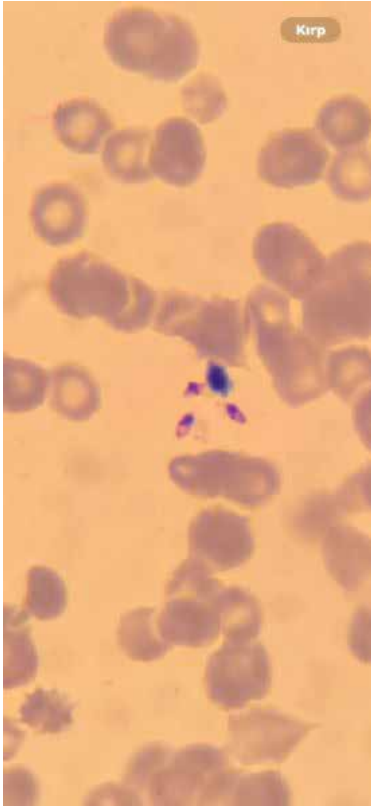
**GİRİŞ:** Visseral Leishmaniasis(VL); Leishmania protozoonunun neden olduğu, retiküloendotelial sistemi (RES) etkileyen ve tedavi edilmediğinde ölümlerle sonuçlanan sistemik bir hastalıktır.(1) Tatarcık sineklerinin ısırması ile bulaştırılan promastigotlar mononükleer fagositleri enfekte ettikten sonra amastigot formunu alarak RES'e geçer; kemik iliği, lenf nodları, dalak ve karaciğere yayılıp çoğalarak buralarda çok yüksek parazit yükleri birikir. Klasik semptom ve bulguları; ateş yüksekliği, halsizlik, kilo kaybı, splenomegali, pansitopeni ve hipergammaglobulinemidir.(2) Hemofagositik Lenfhistiositoz(HLH) ise VL'in nadir görülen bir komplikasyonudur.(3) Kesin tanı dokuda amastigot formların gösterilmesi veya kültürde mikroorganizmanın üretilmesi ile koyulmaktadır.(4)

**Olgu:** Bilinen komorbiditesi ve ilaç kullanımı olmayan 22 yaşında erkek hasta; ateş, terleme, bulantı, kusma, halsizlik, baş dönmesi, bir aydır olan kilo kaybı (10 kg) ve gece terlemesi şikayetleriyle dış merkezde değerlendirilmiş. Sistem sorgusu ve fizik muayenesinde enfektif odak saptanamayan, geniş spektrumlu antibiyoterapi altında dirençli ateşleri devam eden hasta; takiplerinde pansitopenisi olması ve hipotansiyon nedeniyle inotrop ihtiyacı gelişmesi üzerine tarafımıza sevk edilmiş. Hastamızın bize başvuru laboratuvarında tam kanda lökosit  $0,32 \cdot 10^9/L$ , nötrofil  $0,08 \cdot 10^9/L$ , hemoglobin 7,5 gr/dl, trombosit  $28,2 \cdot 10^9/L$  ile pansitopenisi sebat etmekteydi. Total Bilirubin 3,34 mg/dl, Direkt Bilirubin 2,63 mg/dl olan hastanın AST 213 U/L, ALT 182 U/L olup transaminaz yüksekliği de tabloya eşlik etmekteydi. Fibrinojen 0,75 g/L ile düşük, ferritin  $>40000$  mikrogram/L ile yüksek olarak saptandı. D-dimer ise  $>35200$  mikrogram/L idi. Ateşi ve splenomegalisi de olan hasta HLH tanısını karşılamaktaydı. HLH açısından inflamasyonu baskılamak adına immünsupresif tedavi başlandı, beraberinde HLH etyolojisi araştırılan hastanın pansitopenisi de olması üzerine yapılan kemik iliği biyopsisi normoselüler olarak saptandı. Romatolojik sorgusunda özellik yoktu, romatolojik markerları negatif olarak sonuçlandı. Olası enfeksiyöz etken açısından TORCH paneli, hepatit markerları, HIV Ag/Ab, Lyme IgM ve IgG, Brusella Aglutinasyonu, Rose Bengal, sfiliz için İHA ve RPR gönderildi, negatif olarak sonuçlandı. Gece terlemesi ve kilo kaybı da tarifleyen hastaya olası malignite ekartasyonu için Kontrastlı Toraks, Abdomen, Pelvik BT çekildi; soliter malignite ya da lenfoma düşündürür bulgu saptanmadı. HLH etyolojisi saptanamayan ve pansitopenisi sebat eden hastada kemik iliği biyopsi materyali leishmania açısından tekrar değerlendirildi. Kemik iliği aspirat materyalinde leishmania promastigotları, biyopsi materyalinde ise histiosit içinde kümelenmiş çok sayıda leishmania amastigotu olduğu görüldü. Kemik iliği kültüründe üreme olmadı ancak serum PCR incelemesinde leishmania infantum pozitif saptandı. Hastaya VL'e sekonder HLH tanısı konarak Amfoterisin-B tedavisi başlanması sonrasında hasta pansitopeniden çıktı; taburculuk hemogramında lökosit  $4,16 \cdot 10^9/L$ , nötrofil  $2,17 \cdot 10^9/L$  hemoglobin 11.5 gr/dl, trombosit  $106,7 \cdot 10^9/L$  idi. Ferritin 250 mikrogram/L ile referans aralığa geriledi. Fibrinojen ise artarak 1,61 g/L olarak sonuçlandı.

**Sonuç:** VL; tedavi edilmediği takdirde ölümcül olabilen, Leishmania cinsine ait hücre içi bir protozoanın neden olduğu vektör kaynaklı bir hastalıktır. Asemptomatik seyredebileceği gibi hastaların bir kısmı ateş, splenomegali, anemi - pansitopeni ve halsizlik gibi semptomlar gösterir. HLH ise bağışıklık sisteminin aşırı aktivasyonu ile karakterize ciddi ve ölümcül bir tablodur. VL özellikle dirençli ateş ve sitopeni vakalarında sekonder HLH'a neden olabilen nadir ama ciddi bir tetikleyicidir. Ülkemizde Ege, Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde daha sık görülmekte olup ateş, kilo kaybı, splenomegali, pansitopeni tablosunda leishmania da mutlaka düşünülmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** HLH, Leishmania, Pansitopeni, VL

**Resim 2**



*Kemik iliği biyopsisinde görülen Leishmania promastigot ve amastigotları*

**Resim 3**



*Kemik iliği biyopsisinde görülen Leishmania promastigotları*

## [PS-054]

### Kilo kaybı etiolojisinde nadir bir sebep: duodenumda bezoar

Betül Güler, Resul Akduman, Fatih Eren

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı

**Giriş:** Bezoar, gastrointestinal sistemde sindirilemeyen maddelerin birikerek oluşturduğu kitlelerdir. En sık midede, daha nadiren ince bağırsakta görülür. Oluşumuna göre fitobezoar, trikobezoar, farmakobezoar, laktobezoar olarak gruplara ayrılır. Kilo kaybı etiolojisinde malignite, malabsorpsiyondan sonra mekanik obstrüktif durumlar arasında nadir görülen bir durumdur.

**Amaç:** Bu olgu sunumunda kilo kaybı araştırılan bir hastada nadir bir sebep olan duodenumda oluşumunun sunulması amaçlanmıştır.

**Metod:** Olgunun klinik seyri, laboratuvar bulguları ve endoskopik değerlendirme sonuçları retrospektif olarak incelendi.

**Amaç:** Bu olgu sunumunda kilo kaybı semptomu olan bir hasta geriatric hastada nadir sebep olan duodenumda bezoar anlatımı amaçlanmıştır.

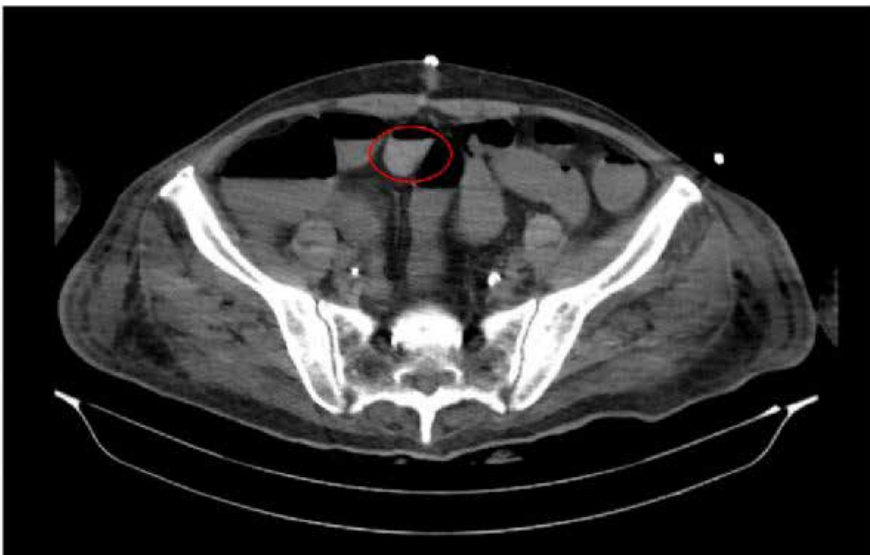
**Metod:** Olgunun klinik seyri, laboratuvar bulguları ve bronkoskopik değerlendirme sonuçları retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Seksen iki yaşında demansif erkek hasta yorgunluk halsizlik yakınması ile temmuz 2025'te acil servise başvurmuştur. Hastanın öyküsünde son altı ayda seksen kilogramdan altmış beş kilograma düşme, erken doyma, üç ay süren diyare, divertikülit ön tanısıyla antibiyoterapi alarak hastane yatışı, sık Trabzon hurması yeme yer almaktadır. Şubat 2025'te yapılan endoskopide ince bağırsak kısa bir segmentte kabarıklıklar ve kanamaya meyilli inflame alanlar, kolonda divertikülit ve kolon tümörü düşündürür bulgular saptanan acil servis başvurusu ardından 21 Temmuz abdomen bilgisayarlı tomografide duodenum 2. kıta düzeyinde tıkayıcı vasıfta 6 cm transvers çapında hava dansiteleri içeren bezoar uyumlu görünüm izlenmiştir. İzlem sırasında melena gelişen ve hematokrit düşüşü görülen hastanın 26 Temmuz özefagogastroduodenoskopide midede en büyüğü 3\*3 cm büyüklüğünde temiz tabanlı multipl ülserler, duodenumda bulbus ve duodenum 2. kısımda multipl temiz tabanlı ülserler duodenum ikinci kıta distalinde forrest-2A ülser ve komşuluğunda forrest 2-C ülser görüldü. Hemoklip uygulandı. Eritrosit süspansiyonu replasmanı ve intravenöz hidrasyon ve oral alımı kısıtlı izlenen hastada hemodinamik anstabilite gelişmesi ardından genel cerrahiye konsülte edildi. 26 temmuzda opere edildi. Bezoar fragmantasyonu uygulandı.

**Tartışma ve Sonuç:** İleri yaş demansif gastrointestinal hareketleri zayıflamış hastalarda Trabzon hurması gibi yüksek lifli beslenme, bezoar oluşumu için bir risk faktörüdür. Olgumuzda kilo kaybı, iştahsızlık erken doyma semptomları ile başlayan divertikülit ön tanısıyla izlenip antibiyoterapiye yanıtız olan hastalarda ön planda malignite, malabsorpsiyon, diyabetik hastalarda gastroparezi ekarte edildikten sonra ayırıcı tanıda beslenme öyküsünde posadan zengin beslenme olan hastalarda bezoar akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Bezoar, demans, ileri yaş, kilo kaybı, ülser

#### Bezoar BT görüntüsü



Bezoar, dudonem 2. kıtada bilgisayarlı tomografi transvers kesitte görüntüsü

**[PS-055]**

**Bursa İlindeki Hastanelerin Web Sayfalarında Yer Alan Hipertansiyon İle İlgili Bilgilerin Değerlendirilmesi**

Saliha Esin Temel, Sıla Gödel, Hicran Yıldız

Bursa Uludağ Üniversitesi

**Giriş:** Hipertansiyon prevalansı giderek artan ve ciddi sağlık sonuçlarına neden olan bir sağlık sorunudur. Hipertansiyonun doğru ve etkin yönetim komplikasyonların önlenmesi ve hastanın yaşam kalitesinin korunması açısından önemlidir. Hipertansiyonun doğru ve etkin yönetiminde hastanın bilgi düzeyi kritik bir role sahiptir. Bu nedenle hastaların yeterli düzeyde bilgilendirilmesi ve doğru bilgilere erişiminin sağlanması gerekir. Hastane web sayfaları, hastaların bilgi edinme konusunda en sık yararlandığı kaynaklardan biridir.

**Amaç:** Çalışma Bursa'da faaliyet gösteren hastanelerin web sayfalarının kalite ve güvenilirliği ile bu sayfalarda yer alan hipertansiyon konusundaki bilgilerin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Çalışma kapsamında Bursa'da faaliyet gösteren 20 özel, 16 kamu olmak üzere toplam 36 hastanenin web sayfası incelendi. Bunlar arasından web sayfasında hipertansiyon hakkında bilgilendirme olan 21 hastane çalışmaya dahil edildi.

Web sayfasının kalitesinin değerlendirilmesinde LİDA Ölçeği, güvenilirliğinin değerlendirilmesinde HON kriterleri kullanıldı. Hipertansiyon konusundaki bilgi düzeyinin kapsam yeterliliği hipertansiyonun tanımı, risk faktörleri, belirtileri, tanısı, tedavisi, komplikasyonları, korunma konusundaki bilgilerin varlığı üzerinden değerlendirildi. Hipertansiyon konusundaki bilgi düzeyinin yeterliliği ise araştırmacılar tarafından oluşturulan 58 maddelik (risk faktörleri (13), belirtileri (4), tanı yöntemleri (11), komplikasyon (10), korunma(20)) bir form aracılığı ile değerlendirildi. Web sayfasında var olan her doğru madde/bilgi için 1 puan verildi. Her alt boyuttan alınan puan yüzdelik değere dönüştürüldü.

**Bulgular:** Hastanelerin %57,1'i özel hastaneydi. Hastanelerin web sayfası LİDA Ölçeği puanı ortalaması  $62,07 \pm 10,04$  (Erişilebilirlik  $78,23 \pm 10,22$ ; Kullanılabilirlik  $73,16 \pm 9,36$ ; Güvenirlik  $34,82 \pm 17,28$ ) ve HON kriterleri puanı ortalaması  $7,10 \pm 2,00$  olarak belirlendi. Bu veriler doğrultusunda %9,5'inin yüksek, %42,9'unun orta, %47,6'sının düşük kalitede web sayfasına sahip olduğu; %9,5'inin orta düzeyde, %90,5'inin düşük düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu saptandı. Hastanelerin web sayfasında hipertansiyon konusunda yer alan bilgilerin kapsamının orta düzeyde ( $58,20 \pm 26,51$ ), hipertansiyona ilişkin bilgilerin yeterliliği ortalama  $34,79 \pm 21,78$  (hipertansiyon belirtileri ( $41,90 \pm 35,16$ ), risk faktörleri ( $42,12 \pm 30,15$ ), tanı yöntemleri ( $17,32 \pm 27,56$ ), komplikasyonlar ( $38,10 \pm 31,40$ ), korunma ( $34,52 \pm 22,91$ )) olarak belirlendi. Sonuç ve öneriler: Hastanelerin web sayfalarının yarısına yakını düşük düzeyde kaliteye ve tamamına yakını ise düşük düzeyde güvenilirliğe sahipti. Hipertansiyon konusundaki bilgilerin kapsamının orta düzeyde olduğu; bilgi içeriğinin ise düşük seviyede olduğu belirlendi. Hastane web sayfalarında yer alan hipertansiyon konusundaki bilgilerin kapsam ve yeterlilik açısından gözden geçirilmesi ve yeniden yapılandırılması, hastaların tatmin edici bilgilere ulaşarak başka kaynaklardan bilgi arayışının ve yanlış kaynaklardan bilgi edinmesinin önüne geçecektir. Düzenli aralıklarla hastane web sayfalarındaki bilgilerin güncellenmesi, kapsam ve yeterliliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Web sayfası, hipertansiyon, bilgi, kalite, güvenilirlik

[PS-056]

## Bursa İlindeki Hastanelerin Web Sayfalarında Yer Alan Meme Kanseri İle İlgili Bilgilerin Değerlendirilmesi

Emirhan Güneş, Hicran Yıldız

Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

**Giriş:** Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Meme kanserinin doğru ve etkin yönetimi metastazların önlenmesi ve hastanın yaşam kalitesinin korunması açısından önemlidir. Hastaların bilgi düzeyinin artırılması tedavinin başarısı ve hastalığın prognozunu etkileyen önemli bir faktördür. Bu nedenle hastaların bilgilendirilmesi ve doğru bilgilere erişiminin sağlanması göz ardı edilmemelidir. Bilgi edinme konusunda hastalar tarafından en sık yararlanılan kaynaklardan biri hastane web sayfalarıdır.

**Amaç:** Çalışma Bursa'da faaliyet gösteren hastanelerin web sayfalarının kalite ve güvenilirliği ile bu sayfalarda yer alan meme kanseri konusundaki bilgilerin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Çalışma kapsamında Bursa'da faaliyet gösteren 20 özel, 16 kamu olmak üzere toplam 36 hastanenin web sayfası incelendi. Bunlar arasından web sayfasında meme kanseri hakkında bilgilendirme olan 14 hastane çalışmaya dahil edildi. Web sayfasının kalitesinin değerlendirilmesinde LİDA Ölçeği, güvenilirliğinin değerlendirilmesinde HON kriterleri kullanıldı. Meme kanseri konusundaki bilgi düzeyinin kapsam yeterliliği meme kanserinin tanımı, risk faktörleri, tarama, tanı, tedavisi, korunma konusundaki bilgilerin varlığı üzerinden değerlendirildi. Meme kanseri konusundaki bilgi düzeyinin yeterliliği ise araştırmacılar tarafından oluşturulan 58 maddelik (risk faktörleri (24), tedavi (8), tarama (9), korunma(17)) bir form aracılığı ile değerlendirildi. Web sayfasında var olan her doğru madde/bilgi için 1 puan verildi. Her alt boyuttan alınan puan yüzdelik değere dönüştürüldü.

**Bulgular:** Hastanelerin %50'si özel hastaneydi. Hastanelerin web sayfası LİDA Ölçeği puanı ortalaması 58,65±10,04 (Erişilebilirlik 81,12±14,18; Kullanılabilirlik 48,85±10,48; Güvenirlik 45,98±20,39) ve HON kriterleri puanı ortalaması 7,57±2,53 olarak belirlendi. Bu veriler doğrultusunda %42,9'unun orta, %42,9'unun düşük ve %14,3'ünün yetersiz kalitede web sayfasına sahip olduğu; %21,4'ünün yüksek, %21,4'ünün orta düzeyde, %57,1'inin düşük düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu saptandı. Hastanelerin web sayfasında meme kanseri konusunda yer alan bilgilerin kapsamının ortalama 78,57±17,82; meme kanserine ilişkin bilgilerin yeterliliği ortalama 47,40±25,89 (meme kanseri belirtileri (41,90±35,16), risk faktörleri (58,93±33,05), tarama (56,35±30,96), tedavi yöntemleri (27,68±34,03), korunma (46,64±28,49) olarak belirlendi.

**Sonuç ve öneriler:** Hastanelerin web sayfalarının yarısından fazlası düşük/yetersiz düzeyde kaliteye ve düşük düzeyde güvenilirliğe sahiptir. Meme kanseri konusundaki bilgilerin kapsamının iyi düzeyde olduğu; bilgi içeriğinin ise orta seviyede olduğu belirlendi. Hastane web sayfalarında yer alan meme kanseri konusundaki bilgilerin kapsam ve yeterlilik açısından gözden geçirilmesi ve yeniden yapılandırılması, hastaların sağlığının korunmasına ve sürdürülmesine katkıda bulunacaktır. Düzenli aralıklarla hastane web sayfalarındaki bilgilerin güncellenmesi, kapsam ve yeterliliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Web sayfası, meme kanseri, bilgi, kalite, güvenilirlik



# 22. İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi

Uludağ  
16. Uludağ İç Hastalıkları  
Hemşireliği Kongresi

09-12 Nisan 2026  
Swissôtel / Bursa

## HEMŞİRELİK KONGRESİ SÖZLÜ BİLDİRİLER

[HS-001]

**Kanser Hastalarında Rehberli İmgelemenin Ağrı, Bulantı-Kusma ve Yorgunluk Üzerindeki Etkileri: Bir Meta-Analiz Çalışması**

Hande Arıcı Türk<sup>1</sup>, Canan Bozkurt Duman<sup>1</sup>, Öznur Erbay Dallı<sup>2</sup>, Yasemin Yıldırım<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Balıkesir

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bursa

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş:** Kanser hastalarında ağrı, bulantı-kusma ve yorgunluk en sık görülen ve yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltan semptomlar arasında yer almaktadır. Bu semptomların yönetiminde farmakolojik yaklaşımlar yaygın olarak kullanılmakla birlikte, ilaç yan etkileri ve sınırlı etkililik nedeniyle non-farmakolojik hemşirelik girişimlerine olan ilgi giderek artmaktadır. Rehberli imgeleme (guided imagery), zihin-beden temelli bir müdahale olup stresin azaltılması ve semptom kontrolünde destekleyici bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Ancak yetişkin kanser hastalarında rehberli imgelemenin bu temel semptomlar üzerindeki etkisini bütüncül olarak değerlendiren meta-analiz çalışmaları sınırlıdır.

**Amaç:** Bu meta-analiz çalışmasının amacı, rehberli imgelemenin yetişkin kanser hastalarında ağrı, bulantı-kusma ve yorgunluk üzerindeki etkilerine ilişkin mevcut kanıtları sistematik olarak değerlendirmek ve sentezlemektir.

**Yöntem:** Şubat 2026 tarihine kadar yayımlanmış çalışmalar, PubMed, Web of Science, Scopus, Cochrane Library, CINAHL ve OVID olmak üzere altı elektronik veri tabanında gerçekleştirilen kapsamlı literatür taraması ile belirlenmiştir. Çalışmaların uygunluğu PICOS kriterleri doğrultusunda değerlendirilmiştir. Çalışma seçimi, veri çıkarımı ve metodolojik kalite değerlendirmesi Cochrane Yanıllık Riski Aracı (RoB) kullanılarak iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak yürütülmüştür. Meta-analiz, Review Manager (RevMan) yazılımı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar orman grafiği, standartlaştırılmış ortalama fark (SMD) ve %95 güven aralıkları (GA) ile sunulmuştur. Bu meta-analiz çalışmasının protokolü International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) sistemine kaydedilmiştir (CRD420261295841)

**Bulgular:** Meta-analize toplam 837 katılımcıyı içeren 10 çalışma dahil edilmiştir. Çalışmaların beşi randomize kontrollü, beşi yarı deneysel tasarıma sahiptir. Örneklem büyüklükleri 30 ile 208 arasında değişmekte olup, katılımcıların ortalama yaşı yaklaşık 51 yıldır ve örneklemelerin yaklaşık %70'ini kadın hastalar oluşturmaktadır. En sık incelenen kanser türü meme kanseridir. Meta-analiz sonuçlarına göre rehberli imgeleme, kontrol grubuna kıyasla ağrı düzeylerinde anlamlı bir azalma sağlamıştır (SMD = -1.19; %95 GA [-1.82, -0.56]; p = 0.0002; I<sup>2</sup> = %92). Sadece randomize kontrollü çalışmaların dahil edildiği alt grup analizinde de ağrı üzerinde anlamlı bir etki saptanmıştır (SMD = -1.42; %95 GA [-2.18, -0.66]; p = 0.0002; I<sup>2</sup> = %90). Bulantı-kusma için dört çalışmanın verileri birleştirilmiş ve rehberli imgelemenin bu semptomları anlamlı düzeyde azalttığı belirlenmiştir (SMD = -1.26; %95 GA [-2.21, -0.31]; p = 0.009; I<sup>2</sup> = %92). Yalnızca randomize kontrollü çalışmalar analiz edildiğinde ise etki büyüklüğü benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (SMD = -0.53; %95 GA [-0.92, -0.14]; p = 0.008; I<sup>2</sup> = %48). Yorgunlukta ise azalma eğilimi görülmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (SMD = -1.38; %95 GA [-2.86, 0.10]; p = 0.070).

**Sonuç:** Bu meta-analiz bulguları, rehberli imgelemenin yetişkin kanser hastalarında ağrı ve bulantı-kusmanın azaltılmasında etkili bir non-farmakolojik girişim olduğunu göstermektedir. Ancak yorgunluk üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmalar arasındaki yüksek heterojenite ve metodolojik sınırlılıklar göz önünde bulundurulduğunda, daha yüksek kaliteye sahip, geniş örneklemli randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Rehberli imgeleme, Kanser, Ağrı, Bulantı ve kusma, Yorgunluk

## [HS-002]

# Türkiye’de hemşirelik alanında diyabet ile ilgili yapılan doktora tezlerinin incelenmesi

Tayfun Karabulut<sup>1</sup>, Hasibe Özgür<sup>2</sup>, Derya Akça Doğan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Bursa Çekirge Devlet Hastanesi, Bursa

<sup>3</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Bursa

**Giriş:** Diyabet, dünya genelinde prevalansı hızla artan ve multidisipliner yönetim gerektiren kronik bir hastalıktır. Hemşirelik disiplini, diyabetli bireylerin öz-yönetim becerilerinin geliştirilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Doktora tezleri, bir disiplindeki akademik birikimin, bilimsel olgunluğun ve klinik uygulamayı dönüştürecek bilgi üretim süreçlerinin en somut göstergelerinden biridir.

**Amaç:** Bu araştırma Türkiye’de hemşirelik alanında diyabet konusunda yapılan doktora tezlerinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

**Metod:** Retrospektif tanımlayıcı tipteki bu çalışmada, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi veri tabanı 1985–2025 (31 Aralık 2025 tarihine kadar) yılları arasında tarandı. Tarama sırasında anahtar sözcük olarak “diyabet”, “diabet” ve “diabetes” kullanılmıştır. Yapılan tarama sonucunda ulaşılan 151 tezdən; hemşirelik alanı dışı olan (n=1) ve deney hayvanları üzerinde gerçekleştirilen (n=15) çalışmalar dışlanarak, toplam 135 doktora tezi inceleme kapsamına alındı. Elde edilen veriler, betimsel istatistiksel yöntemler (frekans ve yüzde) kullanılarak analiz edildi.

**Bulgular:** Araştırmaya dahil edilen tezler yıllara göre incelendiğinde diyabet ile ilgili doktora tez sayısının 1999–2015 görece sınırlı düzeyde seyrettiği ve 2016 yılında belirgin bir artış gösterdiği görüldü. Ayrıca, 2022–2025 yılları arasında gerçekleştirilen tezler toplam çalışmaların %44,4’ünü oluşturdu. İncelenen tezlerin %62,2’si deneysel, %14,8’i yarı deneysel, %12,6’sı karma araştırma tasarımı idi. Çalışmaların yürütüldüğü ana bilim dalları incelendiğinde %41,5’inin Hemşirelik ve %24,4’ünün İç Hastalıkları Hemşireliği ana bilim dalı kapsamında gerçekleştirildiği görüldü. Yapılan tezlerin örneklem gruplarına bakıldığında, %93,3’ü diyabetli bireyler ile yürütüldüğü, bu grubun da ağırlıklı olarak yetişkinlerden (%83,7) oluştuğu; çocuk/adölesan grubuna yönelik çalışmaların %9,6 oranında kaldığı belirlendi. Araştırma konuları açısından eğitim temelli müdahalelere (%33,8) ilk sırada yer almaktaydı.

**Tartışma:** Bu çalışmada incelenen doktora tezleri, hemşirelik alanında diyabet araştırmalarının büyük ölçüde müdahale temelli ve uygulamaya odaklı bir çerçevede ele alındığını göstermektedir. Çalışmaların önemli bir kısmının deneysel tasarımla planlanmış olması, doktora düzeyinde kanıt üretimine yönelik güçlü bir yaklaşımın benimsendiğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, metodolojik ve nitel tasarımların sınırlı düzeyde yer alması; ölçüm aracı geliştirme ve deneyim temelli bilgi üretimi açısından gelişime açık bir alan bulunduğu işaret etmektedir. Tezlerin çoğunlukla diyabetli bireyler, özellikle de yetişkin örneklem üzerinde yürütülmesi, pediatrik gruplara yönelik doktora çalışmalarının görece az olduğunu ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, bakım sürecinde yer alan farklı paydaşlara yönelik araştırmaların da sınırlı olduğu görülmektedir. Araştırma konularında eğitim temelli ve dijital müdahalelerin öne çıkması ise hemşireliğin diyabet yönetiminde öz-yönetim ve teknoloji destekli bakım yaklaşımlarına verdiği önemi yansıtmaktadır.

**Sonuç:** Genel olarak bulgular, Türkiye’de hemşirelik alanında diyabet konulu doktora tezlerinin belirli araştırma tasarımları, örneklem grupları ve müdahale alanları etrafında yoğunlaştığını göstermektedir. Farklı yaş gruplarına ve bakım sürecinde yer alan diğer paydaşlara yönelik doktora çalışmalarının artırılması, hemşirelik alanında diyabet konulu doktora araştırmalarının çeşitlenmesine ve daha bütüncül bir akademik çerçeveye ulaşmasına katkı sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabet, Doktora Tezleri, Hemşirelik

## [HS-003]

### Sistemik lupus eritematozus hastalarında ilaç tedavisine uyum ve hastalığı kabul

Seda Pehlivan<sup>1</sup>, Öznur Erbay Dallı<sup>1</sup>, Derya Akça Doğan<sup>1</sup>, Nagehan Dik Kutlu<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Bursa

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji BD, Bursa

**Giriş:** Sistemik lupus eritematozus (SLE), sıklıkla kadınlarda görülen, farklı doku, organ ve sistemleri etkileyebilen, nedeni tam olarak bilinmeyen otoimmün bir hastalıktır. SLE’de ilaç tedavisi organa özgüdür ve özellikle ağır vakalarda kortikosteroid tedavisi ile farklı immünosupresif ve immünomodülatör ilaçlar kombinasyon olarak kullanılabilir. Tedaviye uyum, hastanın ilaçlarını kendisine reçete edildiği şekilde alması olarak tanımlanır ve SLE gibi kronik hastalıkları olan bireylerde tedavi etkinliği ve sağlık maliyetleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Tedaviye uyumsuzluğun nedenleri çok boyutlu olup; ilaç yan etkileri, karmaşık tedavi rejimleri, unutkanlık, psikolojik sıkıntılar, yetersiz sağlık okuryazarlığı ve sosyoekonomik güçlükleri içermektedir. Hastalığı kabullenme ise; bireyin kronik hastalığını bilişsel ve duygusal olarak yaşamının bir parçası haline getirme derecesini ifade eder. Yüksek düzeyde hastalığı kabullenme; daha iyi psikolojik uyum, artmış yaşam kalitesi ve daha düzenli öz-bakım davranışları ile ilişkilendirilmektedir. Özellikle SLE gibi belirsizlik, öngörülemesizlik ve görünür fiziksel değişikliklerle seyreden hastalıklarda, bireyin hastalığı algılama ve kabullenme biçimi tedaviye yönelik tutumlarını ve davranışlarını doğrudan etkileyebilmektedir. Literatürde SLE’de ilaç uyumunu etkileyen çeşitli faktörler incelenmiş olmakla birlikte, hastalığı kabullenme ile tedaviye uyum arasındaki ilişkinin yeterince araştırılmadığı görülmektedir.

**Amaç:** Araştırmanın amacı, SLE tanılı hastalarda ilaç tedavisine uyum ile hastalığı kabullenme düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek ve tedaviye uyumu etkileyen yordayıcı faktörleri belirlemektir.

**Yöntem:** Araştırma, kesitsel ve ilişkisel tasarımda yürütüldü. Bir üniversite hastanesinin romatoloji polikliniğinde takip edilen SLE tanılı 171 hasta çalışmaya dahil edildi. Araştırmanın verileri, sosyodemografik ve hastalık özelliklerini içeren “Hasta Tanıtım Formu”, Horne ve Hankins (2001) tarafından ilaç uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen ve Temeloğlu Şen ve ark. (2019) tarafından Türkçe’ye uyarlanan “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği”, Felton ve Revenson (1984) tarafından geliştirilen ve Türkçe’ye Büyükkaya Besen & Esen (2009) tarafından uyarlanan “Hastalığı Kabul Ölçeği” ve Lorig ve ark. (2001) tarafından geliştirilen ve İncirkuş ve Nahcivan (2020) tarafından Türkçe’ye uyarlanan “Kronik Hastalıklar Yönetiminde Öz Yeterlik Ölçeği” ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; SPSS aracılığıyla yapılan tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman korelasyon testi ve ikili lojistik regresyon analizi uygulandı.  $P < 0.05$  anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** SLE hastalarının ilaç uyum puanı ortancası 24 (14-25) ve hastalığı kabul puanı ortancası 30 (10-40) bulundu. Genç yaş, çalışıyor olma, alkol kullanımının ilaç uyumunu olumsuz etkilediği bulundu ( $p < 0.05$ ). Evli olma, sigara ve alkol kullanma, yüksek hastalık aktivitesi ve fazla ilaç sayısının hastalığı kabulü olumsuz etkilediği belirlendi ( $p < 0.05$ ). İlaç uyumu ile hastalığı kabul arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulundu ( $r = 0.187$ ,  $p = 0.014$ ). İlaç uyumunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizinde hastalık kabulü ( $B = 0.074$ ,  $p = 0.002$ ) ve yandaş hastalık varlığı ( $B = 0.896$ ,  $p = 0.007$ ) tedaviye uyumun anlamlı yordayıcıları olarak saptandı. Buna göre, hastalık kabulü puanındaki her bir birim artış tedaviye uyumda %7.7’lik artışla ilişkili iken, yandaş hastalığı bulunan bireylerin tedaviye uyum düzeyinin bulunmayanlara göre 2.45 kat daha yüksek olduğu belirlendi.

**Sonuç:** Bulgular, SLE hastalarında tedaviye uyumun yalnızca biyomedikal faktörlerden değil, psikososyal değişkenlerden de etkilendiğini göstermektedir. Hastalığı kabullenmenin tedaviye uyum üzerindeki belirleyici rolü, psikoeğitim ve danışmanlık müdahalelerinin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca yandaş hastalık varlığının tedaviye uyumla pozitif yönde ilişkili bulunması, artan hastalık yükünün bireylerde sağlık farkındalığını ve tedavi sorumluluğunu artırabileceğini düşündürmektedir. Bu doğrultuda, romatoloji kliniklerinde psikososyal değerlendirmelerin ve bütüncül yaklaşımların rutin bakımın bir parçası haline getirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik Lupus Eritematozus, ilaç tedavisine uyum, hastalığı kabullenme

[HS-004]

**Kronik obstrüktif akciğer hastalığı yaşam kalitesi ölçeğinin (VQ11) Türkçe geçerlik ve güvenilirliği**

Canan Bozkurt Duman<sup>1</sup>, Hülya Bulut<sup>2</sup>, Öznur Erbay Dalli<sup>3</sup>, Türkan Çalışkan<sup>4</sup>, Yasemin Yıldırım<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D., Balıkesir, Türkiye  
<sup>2</sup>S.B.Ü. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ar-GGe Birimi, İzmir, Türkiye  
<sup>3</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D., Bursa, Türkiye  
<sup>4</sup>Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D., Balıkesir, Türkiye  
<sup>5</sup>Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D., İzmir, Türkiye

**Giriş:** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini çok boyutlu olarak etkileyen progresif bir hastalıktır. KOAH'ta yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hasta merkezli bakımın planlanması ve klinik sonuçların iyileştirilmesi açısından önemlidir. Kısa ve çok boyutlu yapıya sahip olan VQ11 (KOAH Yaşam Kalitesi Ölçeği), klinik kullanım için geliştirilmiş pratik bir ölçektir; ancak Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulunmamaktadır.

**Amaç:** Bu çalışma, VQ11'in Türkçeye uyarlanması ve KOAH'lı yetişkinlerde geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

**Metod:** Metodolojik tipteki bu çalışma, Mayıs-Kasım 2024 tarihleri arasında bir göğüs hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesinde yürütülmüştür. En az bir yıldır KOAH tanısı olan 236 hasta örneklemini oluşturmuştur. Ölçeğin dil uyarlaması Beaton rehberine uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Yapı geçerliği için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA), eş zamanlı geçerlik için KOAH Değerlendirme Testi (CAT) ile korelasyon analizi uygulanmıştır. Güvenirlik değerlendirmesinde Cronbach alfa katsayısı ve test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması 70,01±7,89 yıl olup %65,3'ü erkektir. Yapılan AFA sonucunda 11 madde ve üç faktörlü yapı doğrulanmış ve toplam varyansın %78,33'ü açıklanmıştır (KMO=0,922; Bartlett  $\chi^2=2805,216$ ;  $p<0,001$ ). Yapılan DFA uyum indeksleri kabul edilebilir düzeydedir ( $\chi^2/df=3,693$ ; GFI=0,921; CFI=0,951; RMSEA=0,072;

TLI=0,934; SRMR=0,046). Madde faktör yükleri 0,72-0,90 arasında değişmiştir. VQ11-T toplam ve alt boyut puanları ile CAT arasında güçlü pozitif korelasyon saptanmıştır ( $r=0,706-0,772$ ;  $p<0,001$ ). Toplam ölçek için Cronbach alfa değeri 0,953; alt boyutlar için 0,807-0,895 arasında bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirlüğünün oldukça yüksek olduğu gözlenmiştir (ICC=0,965-0,986;  $p<0,001$ ).

**Sonuç ve Tartışma:** VQ11'in Türkçe versiyonu geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır. Fonksiyonel, psikolojik ve sosyal olmak üzere üç boyutlu yapının korunması ve yüksek iç tutarlılık değerleri, KOAH'lı hastalarda yaşam kalitesinin kapsamlı biçimde değerlendirilebileceğini göstermektedir. Kısa ve uygulanabilir yapısı sayesinde bu ölçek hem klinik uygulamada hem de araştırmalarda kullanılabilecek pratik bir araçtır ve Türkiye'de KOAH'a özgü yaşam kalitesi değerlendirmesine bilimsel katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Yaşam Kalitesi, VQ11, Psikometrik Özellikler, Geçerlik ve Güvenirlik

## [HS-005]

### **Yoğun bakım ünitemizde standardize mortalite analizi: 126 hastanın retrospektif değerlendirmesi**

Dilek Talan<sup>1</sup>, Serdar Efe<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

**Giriş ve Amaç:** Yeni açılan yoğun bakım ünitelerinin erken dönem sonuçlarının değerlendirilmesi, hasta bakım kalitesinin artırılması ve klinik protokollerin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. SMR, kalite yönetiminde kullanılan önemli bir kalite göstergesidir. Beklenen mortalitenin, gözlenen mortaliteye oranıdır. Biz bu çalışmamızda hasta popülasyonumuzun sekiz aylık SMR değerini hesaplayarak hasta bakım kalitemizi ölçmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Ünitemiz kademeli aktivasyon stratejisi ile hizmete açılmış olup, tam kapasite 6 yatak olarak hizmet vermeye başladıktan sonraki temmuz ve şubat ayları arasında takip edilen 126 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, APACHE II skorları, sadeleştirilmiş tanıları ve klinik sonuçları (exitus, taburcu, klinik devir) kaydedildi. Yatak devir oranı, toplam hasta sayısının yatak sayısı ve çalışma süresine bölünmesiyle hesaplandı. Beklenen mortalite, APACHE II lojistik regresyon formülüne [ $\text{Logit}(p) = -3.517 + (0.146 \times \text{APACHE II})$ ] her hastanın tanısına uygun SFAR tanı ağırlığı eklenerek hesaplandı. Tanı grupları 11 ana kategoride sınıflandırıldı. SMR, gözlenen ölüm oranının beklenen ölüm oranına oranı olarak hesaplandı.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan 126 hastanın %61,1 hayatını kaybetti, %38,9 taburcu oldu. Sekiz aylık yatak devir oranı 21( hasta/yatak) olarak hesaplandı. Her hasta için bireysel tanı ağırlığı eklenen SFAR modelinde ortalama beklenen mortalite 78,84 olarak hesaplandı. Gözlenen ölüm oranı 61,1 olduğundan, SMR 0,77 olarak bulundu.

**Sonuç ve Tartışma:** Yeni açılan yoğun bakım ünitemizin ilk dönem verileri, ağırlıklı olarak ileri evre kanser hastalarından oluşan ve yüksek APACHE skorlu bir popülasyona hizmet verdiğimiz göstermektedir. Yatak devir oranının 21 olması, 6 yataklı ünitemizin 8 aylık dönemde 126 hasta ile aktif ve verimli çalıştığını göstermektedir. Yoğun bakım ünitemizde SFAR tanı ağırlıklı SMR'nin 0,77 olması, gözlenen mortalitenin beklenen mortaliteden düşük olması nedeniyle bakım kalitesi açısından olumlu bir sonuçtur. Her hastaya bireysel tanı ağırlığı uygulanması, mortalite öngörüsünde daha doğru sonuçlar vermekte ve yeni açılan yoğun bakım ünitelerinde performans değerlendirmesinde kullanılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** APACHE II, SMR, mortalite, yoğun bakım, SFAR, tanı ağırlığı, yatak devir oranı

## [HS-006]

### **Hemodiyaliz sırasında uygulanan sanat terapinin diyaliz semptomları ve spiritüel iyilik haline etkisi**

Beyza Nur Kahraman Kızılcaoluk<sup>1</sup>, Seda Pehlivan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tavşanlı Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu, Kütahya

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Bursa

**Giriş:** Hemodiyaliz hastaları, günlük işlevlerini olumsuz etkileyen çok çeşitli semptomlarla karşı karşıyadır. Hemşireler, bu semptomları ve sonuçlarını değerlendirme ve hasta refahını artırmayı amaçlayan kanıta dayalı müdahaleleri uygulamada önemli bir yere sahiptir.

**Amaç:** Bu araştırma, hemodiyaliz sırasında uygulanan sanat terapisinin diyalizle ilgili semptomlar ve manevi refah üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Araştırma, CONSORT kılavuzlarına uygun şekilde paralel gruplu, randomize kontrollü olarak yürütüldü. Hastalar, hemodiyaliz günlerine göre gruplara randomize edildi. Araştırmaya 30 deney grubu ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 hemodiyaliz hastası dahil edildi. Kontrol grubuna diyaliz alırken herhangi bir işlem yapılmazken, deney grubuna diyaliz esnasında sanat terapi uygulandı. Sanat terapi uygulaması, diyaliz sırasında resim boyama ve resim yapma şeklinde 4 hafta boyunca uygulandı. Veriler, Hasta Tanıtım Formu, Diyaliz Semptom İndeksi (DSİ) ve Spiritüel İyilik Hali (SHİ) Ölçeği kullanılarak toplandı. Araştırmanın verileri, çalışmanın başlangıcında (hafta 0), uygulamaların bitiminde (hafta 4) ve uygulamanın bitiminden 4 hafta sonra (hafta 8) toplandı. İstatistiksel analizler SPSS 27.0v kullanılarak yapıldı ve p değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Başlangıç verilerinde gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ). 4. haftada, deney grubu DSİ puanlarında azalma ve SHİ puanlarında artış gözlemlendi ( $p<0,001$ ). Deney grubunun Hafta 0 ve Hafta 4 DSİ ve SHİ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,001$ ). 8. haftada, deney grubu 4. haftaya kıyasla DSİ puanlarında artış ve SHİ puanlarında azalma gösterse de, başlangıca göre iyileşmeler sürdü ( $p<0,05$ ). Deney kontrol gruplarına göre ölçümler arası DSİ ve SHİ puanı fark ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:** Bulgular, sanat terapi uygulamasının hemodiyaliz hastalarında diyalizle ilgili semptomları azaltma ve spiritüel iyiliği artırma potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Hemodiyaliz seansları sırasında uygulanan yatak başı sanat temelli aktiviteler, hastaların semptom yükünü hafifletmeye ve spiritüel iyilik hallerinde iyileşmeyi desteklemeye yardımcı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik böbrek yetmezliği, diyaliz semptomları, spiritüel, sanat terapi, hemşirelik.

## Organizasyon Sekretaryası



Figür Kongre Organizasyonları ve Tic. A.Ş.  
19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center No: 4  
34360 Şişli / İstanbul

Tel: 0 212 381 46 00 - Faks: 0 212 258 60 78

E-mail: [uludagichastaliklari@figur.net](mailto:uludagichastaliklari@figur.net)



[www.uludagichastaliklari2026.org](http://www.uludagichastaliklari2026.org)