17.

Ulusal İç Hastalıkları Kongresi

Sueno Hotel & Kongre Merkezi
Belek / Antalya

www.ichastaliklari2015.org

14-18
Ekim
2015



Kongre Kitabı

İÇİNDEKİLER

Sayfa	
5	Kongre Başkanından Katılımcılara
6	Komite ve Kurullar
7	17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi – Kurs Programları
10	17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi – Bilimsel Programı
17	Hekim Konuşma Metinleri
103	Hekim Sözel Bildiriler
117	Hekim Poster Bildiriler
310	17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi İç Hastalıkları Hemşireliği Programı – Düzenleme Komitesi
311	17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Hemşirelik Oturumu – Kurs Programı
313	17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Hemşirelik Oturumu – Bilimsel Programı
317	Hemşirelik Programı – Konuşma Metinleri
367	Hemşirelik Programı – Sözel Bildiriler
379	Hemşirelik Programı – Poster Bildiriler
459	Yazar Dizini

BİLİMSEL SEKRETERYA

Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği
Cemal Nadir Sokak No:12 / 6 Çankaya / Ankara
Tel : +90 312 441 98 23 Faks : +90 312 441 99 83
URL : www.tihud.org.tr - www.ichastaliklari2015.org
E-mail : gensek@ichastaliklari2015.org

KONGRE SEKRETERYASI

Serenas Uluslararası Turizm Kongre Organizasyon A.Ş.
Turan Güneş Bul. 5. Cad. No: 13, 06550 Yıldız, Çankaya / ANKARA
Tel : +90 312 440 50 11
Faks : +90 312 441 45 63
URL : www.serenas.com.tr
E-mail : ichastaliklari@serenas.com.tr

Yayın Hizmetleri
BAYT Bilimsel Araştırmalar
Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
Ziya Gökalp Cad. 31/31, Kızılay, Ankara
Tel. (0312) 431 30 62
E-mail: info@bayt.com.tr

Baskı tarihi: Ekim 2015

Değerli meslektaşlarım,

17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresine hoş geldiniz.

Derneğimiz tarafından her yıl gerçekleştirdiğimiz kongremizde bu yıl da İç Hastalıkları Kliniklerindeki çok önemli ve ilgi çeken konuların yanı sıra, olgular eşliğinde sık karşılaşılan problemlere ve kronik hastalıklara yaklaşım ile birlikte tıptaki yeni gelişmeler gözden geçirilecektir.

Organizasyon komitesinin önceliği, katılımcılara geniş konu ve alanlarında deneyimli konuşmacılar tarafından oluşturulmuş olan bilimsel programı kaliteli bir şekilde sunmaktır. Son gelişmelere ilişkin konferanslar, iç hastalıklarında kanıt-hastalık ilişkisi oturumları, klinik ve labaratuvarlardaki güncel konuları içeren sempozyumlar, programın ana başlıklarını oluşturacaktır.

Kongre bilimsel programı yanında sosyal program olarak da keyifli bir kongre geçirmeniz dileğiyle, siz katılımcılara, tüm konuşmacılarımıza ve kongremizi destekleyen tüm kuruluşlara teşekkürlerimizi sunarız.

Prof. Dr. Serhat ÜNAL

TİHUD Yönetim Kurulu ve Kongre Başkanı

KOMİTE ve KURULLAR

DÜZENLEME KURULU

Onursal Başkan Dr. Dinçer FIRAT

Başkan Dr. Serhat ÜNAL

Genel Sekreterler Dr. Mert ÖZBAKKALOĞLU
Dr. İhsan ERTENLİ

Saymanlar Dr. Yunus ERDEM
Dr. Sedat KİRAZ

Üyeler Dr. Kadir BİBEROĞLU
Dr. Ahmet DEMİRKAZIK
Dr. Erdal ESKİOĞLU
Dr. Kerim GÜLER
Dr. Birol ÖZER
Dr. Tufan TÜKEK
Dr. Sezai VATANSEVER

BİLİMSEL KURUL

Dr. Ahmet DEMİRKAZIK
Dr. Birol ÖZER
Dr. Ender TERZİOĞLU
Dr. Erdal ESKİOĞLU
Dr. Gülay SAİN GÜVEN
Dr. İhsan ERTENLİ
Dr. İpek Kıvılcım OĞUZÜLGEN
Dr. Kerim GÜLER
Dr. Mert ÖZBAKKALOĞLU
Dr. Muhammed GÜVEN
Dr. Mustafa CANKURTARAN
Dr. Muzaffer DEMİR
Dr. Refik TANAKOL
Dr. Sadi GÜLEÇ
Dr. Sedat KİRAZ
Dr. Serhat ÜNAL
Dr. Sezai VATANSEVER
Dr. Şükrü ULUSOY
Dr. Teslime ATLI
Dr. Tufan TÜKEK

BİLDİRİ DEĞERLENDİRME KURULU

Başkanlar Dr. İhsan ERTENLİ, Dr. Mert ÖZBAKKALOĞLU

Hakemler
Dr. Bilgin ÖZMEN
Dr. Birol ÖZER
Dr. Bülent ALTUN
Dr. Cengiz KIRMAZ
Dr. Erdal ESKİOĞLU
Dr. Gürhan KADIKÖYLÜ
Dr. Harun AKAR
Dr. İhsan ERTENLİ
Dr. Lale ÖZIŞIK
Dr. Mustafa CANKURTARAN
Dr. Oğuz KILINÇ
Dr. Saadettin KILIÇKAP
Dr. Selma KARAAHMETOĞLU
Dr. Sezai VATANSEVER
Dr. Tufan TÜKEK
Dr. Yasemin Şefika AKDENİZ
Dr. Yeşim ÖZDAMAR
Dr. Zahit BOLAMAN

14 Ekim 2015, Çarşamba

Sueno Hotel & Kongre Merkezi

İÇ HASTALIKLARI ACİLLER KURSU

Kurs Koordinatörleri: *Dr. Kerim GÜLER, Dr. Osman ERK*

09:00 – 10:30	**Vaka örnekleriyle endokrin aciller** *Dr. Refik TANAKOL* *Dr. Şeref DEMİREL* *Dr. Tufan TÜKEK*
10:30 – 11:00	**Kahve Arası**
11:00 – 12:30	**Vaka örnekleriyle sepsisli Hastaya Yaklaşım** *Dr. Osman ERK* *Dr. Halil YAZICI* *Dr. Şeref DEMİREL*
12:30 – 13:30	**Öğle Yemeği**
13:30 – 15:00	**İç Hastalıkları Hematoloji Kursu** *Dr. Sevgi KALAYOĞLU BEŞIŞIK, Dr. Tufan TÜKEK* Periferik yaymadan tanıya *Dr. Tuba YÜCE*
15:00 – 15:30	**Kahve Arası**
15:30 – 16:30	**Kemik iliği incelemesinden tanıya** *Dr. Metban GÜZEL MESTANZADE*

17. ULUSAL İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ KURS PROGRAMLARI

14 Ekim 2015, Çarşamba

Sueno Hotel & Kongre Merkezi

GERİATRİ KURSU: YAŞLIDA SEMPTOMA YAKLAŞIM	
Kurs Koordinatörleri: *Dr. Mustafa CANKURTARAN, Dr. Teslime ATLI*	
13:30 - 14:45	**OLGULARLA YAŞLIDA SEMPTOMA YAKLAŞIM VE TEDAVi-I** ***Başkan:*** *Dr. Aslı ÇURGUNLU*
13:30 – 13:55	**Unutkanlık** *Dr. Ergün BOZOĞLU*
13:55 – 14:20	**Depresyon** *Dr. Gülistan BAHAT ÖZTÜRK*
14:20 – 14:45	**Uykusuzluk** *Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK*
14:45 – 15:15	**Kahve Arası**
15:15 – 16:30	**OLGULARLA YAŞLIDA SEMPTOMA YAKLAŞIM VE TEDAVİ-II** **Başkan:** *Dr. Mustafa CANKURTARAN*
15:15 – 15:40	**Konstipasyon-Diyare** *Dr. Yusuf YEŞİL*
15:40 – 16:05	**Ağrı** *Dr. Alper DÖVENTAŞ*
16:05 – 16:30	**İdrar kaçırma** *Dr. Berrin KARADAĞ*

14 Ekim 2015, Çarşamba

Sueno Hotel & Kongre Merkezi

İÇ HASTALIKLARI UZMANLARI İÇİN TIBBİ ONKOLOJİ KURSU	
Kurs Koordinatörleri: *Dr. Cem BÖRÜBAN, Dr. Sezai VATANSEVER*	
13:00 – 15:40	**OTURUM 1:** **Kanser riski yüksek hastanın değerlendirilmesi; farkındalık ve tarama programları** ***Oturum Başkanı:*** *Dr. Cem BÖRÜBAN*
13:00 – 13:40	**İnflamatuvar barsak hastalığı, reflü ve *H. Pylori*'ye bağlı ösafagus-mide hastalığı, vaskülitler ve immun yetersizlik sendromları, sigara, alkol ve mesleki maruziyetler gibi durumlarda artan kanser riski taşıyan hastanın değerlendrilmesi** **Ailevi kanser sendromları ve kişisel yatkınlık sendromları (poliposis, MEN; BRCA mutasyonları; vb.)** **Tümör belirteçlerinin doğru kullanılması** **Konuşmacı:** *Dr. Sezai VATANSEVER*
13:40 – 13:50	**Sorular ve Tartışma**
13:50 – 14:30	**Onkolojik Aciller** ***Konuşmacı:*** *Dr. Timuçin ÇİL*
14:30 - 14:40	**Sorular ve Tartışma**
14:40 – 15:30	**Kanser tedavisi sırasında sık karşılaşılan sorunlar ve destek tedavileri. (Kanser hastalarında beslenme ve diğer destek tedavileri)** ***Konuşmacı:*** *Dr. Filiz ÇAY ŞENLER*
15:30 - 15:40	Sorular ve Tartışma
15:40 – 16:00	**Kahve Molası**
	OTURUM 2 ***Oturum Başkanı:*** *Dr. Sezai VATANSEVER*
16:00 - 16.30	**Terminal hastaya yaklaşım** *Dr. Özgür ÖZYILKAN*
16:30 - 16:40	**Sorular ve Tartışma**
16.40 - 17.20	**Kanser Tedavisi sırasında alternatif adı verilen yöntemler** *Dr. Mustafa ÖZDOĞAN*
17.20-17.30	**Sorular ve Tartışma**

17. ULUSAL İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI

1. Gün - 15 Ekim 2015, Perşembe

Sueno Hotel & Kongre Merkezi

	SALON A	SALON B
08:30 - 10:00	**PANEL** **ENDOKRİNOLOJİDE YENİLİKLER** **Başkan:** Dr. Şükrü PALANDÜZ - **Bariatrik cerrahi: Obezite Tip 2 diyabetin çözümü olabilir mi?** Dr. İlhan SATMAN - **Primer hiperparatiroidi** Dr. Nuri ÇAKIR - **Gestasyonel diyabet ve tedavisi** Dr. Nevin DİNÇÇAĞ	
10:00 - 10:30	**KAHVE ARASI**	
10:30 - 11:15	**KONFERANS** **HİPERTANSİYON ULUSAL UZLAŞI RAPORU** **Başkanlar :** Dr. Bülent ALTUN, Dr. Mert ÖZBAKKALOĞLU **Konuşmacı :** Dr. Mustafa ARICI	**KONFERANS** **HİPERÜRİSEMİK HASTAYA YAKLAŞIM** **Başkan:** Dr. İhsan ERTENLİ **Konuşmacı:** Dr. Yaşar KARAASLAN
11:15 - 11:30	**ARA**	
11:30 - 12:30	**UYDU SEMPOZYUM** novo nordisk®	**UYDU SEMPOZYUM** SERVIER
12:30 - 13:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
13:30 - 15:00	**PANEL** **ACİLDE ZOR VAKALAR, ZOR KARARLAR** **Tartışmacılar:** Dr.Kerim GÜLER, Dr. Mustafa YENEREL Dr. Tufan TÜKEK, Seyit Mehmet KAYACAN - **Vaka 1** Dr. Murat KÖSE - **Vaka 2** Dr. Murat KÖSE - **Vaka 3** Dr. Oğuz Kaan BAKKALOĞLU	**PANEL** **DAHİLİYE PRATİĞİNDE SIK KARŞILAŞILAN HEMATOLOJİK SORUNLARA YAKLAŞIM** **Başkan:** Dr. Ahmet Muzaffer DEMİR - **Hastamın lökositozu var ne yapmalıyım?** Dr. Fahir ÖZKALEMKAŞ - **Hastamın dalağı büyümüş ne yapmalıyım?** Dr. Emin KAYA - **Hastamın pansitopenisi var ne yapmalıyım?** Dr. Fahri ŞAHİN
15:00 - 15:30	**KAHVE ARASI**	
15:30 - 16:30	**UYDU SEMPOZYUM** SANOFI	**UYDU SEMPOZYUM** bilim İLAÇ
16:30 - 16:45	**ARA**	
16:45 - 17:30	**KONFERANS** **İNSULİN DİRENCİ NEDİR? GÜNLÜK PRATİĞİMİZDE ÖNEMİ NEDİR? NASI ÖLÇÜLÜR? TEDAVİ EDİLEBİLİR Mİ?** **Başkan:** Dr. Temel YILMAZ **Konuşmacı:** Dr. Kubilay KARŞIDAĞ	**KONFERANS** **KAN/KAN BİLEŞENLERİNİN KULLANIMI VE TRANSFÜZYON İLKELERİ** **Başkan:** Dr. Ahmet Muzaffer DEMİR **Konuşmacı:** Dr. Gürhan KADIKÖYLÜ
17:30 - 18:15	**KONGRE AÇILIŞ OTURUMU** **Konuşmacılar:** Dr. Serhat ÜNAL *Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Yönetim Kurulu Başkanı* Dr. Erdal ESKİOĞLU *Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Genel Sekreteri* Dr. Mert ÖZBAKKALOĞLU *Kongre Genel Sekreteri*	

1. Gün - 15 Ekim 2015, Perşembe

Sueno Hotel & Kongre Merkezi

SALON C

10:00 - 10:30	**KAHVE ARASI**
10:30 - 11:15	**KONFERANS** **GENEL DAHİLİYE AKADEMİK ÇALIŞMA GRUBU TOPLANIYOR** **Başkanlar:** Dr. Gülay SAİN GÜVEN, Dr. Banu MESÇİ - **Genel dahiliye'nin akademik veya üçüncü basamak merkezlerdeki rolü nedir?** Dr. Pınar YILDIZ - **Çalışma grubunun hedefleri ve aktiviteleri** Dr. Süheyla KAYA - **Tartışma**
11:15 - 11:30	**ARA**
11:30 - 12:30	**UYDU SEMPOZYUM** AstraZeneca
12:30 - 13:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**
13:30 - 15:00	**PANEL** **DAHİLİYE POLİKLİNİĞİNDE MATEMATİKSEL YAKLAŞIMLAR, KRİTİK KARARLAR** **Başkan:** Dr. Aytekin OĞUZ - **Bir hasta üç kardiyovasküler risk modeli: Sonuç farklı mı?** Dr. Gülay SAİN GÜVEN - **Bir şikayet üç hasta: "Her yanım ağrıyor doktorum": Üç farklı tanı** Dr. Alparslan KILIÇARSLAN - **Bir glukoz değeri üç hasta (kan şekeri: 380mg/dl): Üç farklı gidişat** Dr. Emine BİNNETOĞLU
15:00 - 15:30	**KAHVE ARASI**
15:30 - 16:30	**UYDU SEMPOZYUM** Boehringer Ingelheim
16:30 - 16:45	**ARA**
16:45 - 17:30	**KONFERANS** **ASPİRİN, ANTİİNFLAMATUAR İLAÇLAR VE GASTROİNTESTİNAL SİSTEM** **Başkan:** Dr. Ömer ÖZÜTEMİZ **Konuşmacı:** Dr. Birol ÖZER

SALON D

İÇ HASTALIKLARI ALANINDA MESLEK HASTALIKLARI **Başkan :** Dr. Ali Naci YILDIZ - **İç Hastalıkları Boyutu İle Meslek Hastalıkları Kavramı, Önemi, Bildirimi** Dr. Alparslan KILIÇARSLAN - **Meslek Anamnezinin Önemi** Dr. Mehmet Erdem ALAGÜNEY - **Kronik Hastalıklar ve Çalışma Hayatı** Dr. Sultan Pınar ÇETİNTEPE - **Klinik Uygulamalarda ve Saha Örnekleri ile Meslek Hastalıkları Örnekleri** Dr. Engin TUTKUN
PANEL **YAŞLIDA KRONİK HASTALIKLARDA HEDEFLER** **Başkan:** Dr. Hüseyin DORUK • **Hipertansiyon** Dr. Meltem HALİL • **Diyabet** Dr. Teslime ATLI • **Hiperlipidemi** Dr. Sevgi ARAS
KONFERANS **ALZHEİMER HASTALIĞI: İÇ HASTALIKLARI UZMANLARI NELER BİLMELİ** **Başkan:** Dr. Mehmet Akif KARAN **Konuşmacı:** Dr. Burcu BALAM YAVUZ

17. ULUSAL İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI

2. Gün - 16 Ekim 2015, Cuma

SALON A	Sueno Hotel & Kongre Merkezi	SALON B

	SALON A	SALON B
08:30 - 10:00	**PANEL** **ASEMPTOMATIK YÜKSEK RİSKLİ HASTAYA YAKLAŞIM: ERKEN TEŞHİS HAYAT KURTARIR (MI?)** **Başkan:** Dr. Sadi GÜLEÇ - **Diyabetin var, sigara içiyorsun; gel sana bir efor testi yaptıralım!..** Dr. Sadi GÜLEÇ - **Hastaneye yeni cihaz alındı; gel 5 dakikada kalp damarlarını görelim!.. (kansız anjiyo; koroner BT anjiyo)** Dr. Ahmet TEMİZHAN - **Boşver bunları; gel risk düşürücü tedavi uygulayalım!..** Dr. Cem BARÇIN	
10:00 - 10:30	**KAHVE MOLASI**	
10:30 - 11:15	**KONFERANS** **OLGU ÖRNEKLERİYE İÇ HASTALIKLARI UZMANLARI İÇİN RADYOLOJİ: PRATİK İPUÇLARI** **Başkan:** Dr. Serhat ÜNAL **Konuşmacı:** Dr. Ali Devrim KARAOSMANOĞLU	**KONFERANS** **BONZAİ'DEN ANTİBİYOTİĞE TOKSİK AKUT BÖBREK HASARI** **Başkan:** Dr. Şükrü ULUSOY **Konuşmacı:** Dr. Gülsüm ÖZKAN
11:15 - 11:30	**ARA**	
11:30 - 12:30	**UYDU SEMPOZYUM** SANOFI	**UYDU SEMPOZYUM** İ. E. ULAGAY İLAÇ SANAYİ TÜRK A.Ş. 1963
12:30 - 13:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
13:30 - 15:00	**PANEL** **PULMONER TROMBOEMBOLİ TANI VE TEDAVİSİNDE GÜNCEL GELİŞMELER (YENİ KILAVUZLARDA NELER DEĞİŞTİ?)** **Başkanlar:** Dr. İ. Kıvılcım OĞUZÜLGEN, Dr. Gül ÖNGEN - **Pulmoner tromboembolide değişmeyen konu: Dahili hastalarda primer profilaksi** Dr. Gül ÖNGEN - **Tanı ve tedavi akış şemalarında neler değişti ?** Dr. Gülfer OKUMUŞ - **Pulmoner tromboemboli tedavisinde neler değişti ?** Dr. İ. Kıvılcım OĞUZÜLGEN	**PANEL** **4 SORU 4 CEVAPTA KRONİK KARACİĞER HASTALIĞI** **Başkan:** Dr. Nurdan TÖZÜN - **Asit yönetimi** Dr. Nurdan TÖZÜN - **Gastrintestinal sistem kanaması** Dr. Sabahattin KAYMAKOĞLU - **Karaciğer dışı hastalıklarda ilaç kullanımı** Dr. Ulus Salih AKARCA - **Beslenme ve diyet** Dr. Sedat BOYACIOĞLU
15:00 - 15:30	**KAHVE MOLASI**	
15:30 - 16:30	**UYDU SEMPOZYUM** novo nordisk®	**UYDU SEMPOZYUM** MSD
16:30 - 16:45	**ARA**	
16:45 - 17:30	**KONFERANS** **YOKSA HALA STATİN YAZIYOR MUSUNUZ?** **Başkan:** Dr. Çetin EROL - **Medyada kolesterol ve statinler; dostumuz kolesterol, düşmanımız statin** Dr. Dilek URAL - **Bilim dünyasında kolesterol ve statinler; dostumuz statin, düşmanımız kolesterol** Dr. Meral KAYIKÇIOĞLU	**KONFERANS** **KARDİYOPULMONER RESUSİTASYONDA NELER DEĞİŞTİ?** **Başkan:** Dr. Muhammet GÜVEN **Konuşmacı:** Dr. Murat SUNGUR

2. Gün - 16 Ekim 2015, Cuma

Sueno Hotel & Kongre Merkezi

	SALON C	SALON D
10:00 - 10:30	**KAHVE MOLASI**	
10:30 - 11:15	**KONFERANS** **HİPOGLİSEMİ İLE İLGİLİ BİLİNMEYENE GERÇEKLER** **Başkan:** Dr. Demet ÇORAPÇIOĞLU **Konuşmacı:** Dr. Rıfat EMRAL	
11:15 - 11:30	**ARA**	
11:30 - 12:30	**UYDU SEMPOZYUM** Boehringer Ingelheim	
12:30 - 13:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
13:30 - 15:00	**PANEL** **NEFROLOJİDE YENİLİKLER** **Başkan:** Dr. Yunus ERDEM - **Polikistik böbrek hastalığı** Dr. Caner ÇAVDAR - **Akut böbrek yetersizliği tanımlamasında Rifle sınıflaması** Dr. Şule ŞENGÜL - **Diyalizde mortaliteyi etkileyen faktörler** Dr. Şükrü ULUSOY	**PANEL** **SIK GÖRÜLEN ALLERJİK HASTALIKLAR VE TEDAVİSİ** **Başkanlar:** Dr. Ender TERZİOĞLU, Dr. Yaşar KARAASLAN - **Astım ve tedavisi** Dr. Taşkın ŞENTÜRK - **Allerjik Rinit ve tedavisi** Dr. Göksal KESKİN - **Ürtiker ve tedavisi** Dr. Ender TERZİOĞLU
15:00 - 15:30	**KAHVE MOLASI**	
15:30 - 16:30	**UYDU SEMPOZYUM** MSD	
16:30 - 16:45	**ARA**	
16:45 - 17:30	**KONFERANS** **BÖBREKLERİN GÖRÜNTÜLENMESİ VE KLİNİK ANLAMI** **Başkan:** Dr. Caner ÇAVDAR **Konuşmacı:** Dr. Ahmet Uğur YALÇIN	**KONFERANS** **KLİNİK PROBLEM ÇÖZME: 4 ONKOLOJİ OLGUSU** **Başkan:** Dr. Sezai VATANSEVER **Konuşmacılar:** Dr. Mert BAŞARAN, Dr. N. Taflan SALEPÇİ

17. ULUSAL İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI

3. Gün - 17 Ekim 2015, Cumartesi

Sueno Hotel & Kongre Merkezi

	SALON A	SALON B
08:30 - 10:00	**PANEL** **KRONİK HASTALIKLARDA PREOPERATİF HAZIRLIK VE POSTOPERATİF İZLEM** **Başkan:** Dr. Kerim GÜLER - **Sorunlu kardiyak hasta** Dr. Fehmi MERCANOĞLU - **Hematolojik sorunlu hasta** Dr. Mustafa YENEREL - **Endokrin sorunlu hastaya yaklaşım** Dr. Refik TANAKOL	
10:00 - 10:30	**KAHVE MOLASI**	
10:30 - 11:15	**KONFERANS** **YENİ TESTLERİN AKILCI KULLANIMI: PROKALSİTONİN, BNP,** **D-DİMER, ENDOKAN** **Başkan:** Dr. Kıvanç CEFLE **Konuşmacı:** Dr. Tufan TÜKEK	**KONFERANS** **ÖRNEK VAKALARLA ENDOSKOPİ RAPORLARININ YORUMLANMASI** **Başkan:** Dr. Sedat BOYACIOĞLU **Konuşmacı:** Dr. Ömer ÖZÜTEMİZ
11:15 - 11:30	**ARA**	
11:30 - 12:30	**UYDU SEMPOZYUM** gsk GlaxoSmithKline	**UYDU SEMPOZYUM** Boehringer Ingelheim
12:30 - 13:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
13:30 - 14:30	**UYDU SEMPOZYUM** MSD	
14:30 - 15:00	**KAHVE MOLASI**	
15:00 - 16:30	**PANEL** **10 SORUDA ARTRİTLİ HASTAYA YAKLAŞIM** **Başkan:** Dr. Ender TERZİOĞLU, Dr. Ayşen AKINCI TAN **Konuşmacılar** : Dr. Vedat HAMURYUDAN Dr. Sedat KİRAZ Dr. İhsan ERTENLİ	**PANEL** **BEŞ FARKLI ÇARPINTI SENARYOSU; EKG'DEN TEDAVİYE PÜF NOKTALARI** **Ekstrasistol, supraventriküler takikardi, bradikardi, atriyal fibrilasyon, ventriküler takikardi/fibrilasyonun vakalar yoluyla tartışılması** **Başkan:** Dr. Erdem DİKER **Panelistler:** Dr. Mesut DEMİR Dr. Sinan AYDOĞDU
16:30 - 16:45	**ARA**	
16:45 - 17:30	**KONFERANS** **ANTİOKSİDANLARIN KULLANIMI : 2 N 1 K** **Başkan:** Dr. Şerife Gül ÖZ **Konuşmacı:** Dr. Pınar YILDIZ	**KONFERANS** **UYKUDA SOLUNUM BOZUKLUKLARI: UYUYORUM, HORLUYORUM, BOĞULUYORUM** **Başkan:** Dr. İ. Kıvılcım OĞUZÜLGEN **Konuşmacı:** Dr. Oya İTİL

3. Gün - 17 Ekim 2015, Cumartesi

Sueno Hotel & Kongre Merkezi

SALON C

KONFERANS
DAHİLİYEDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI: REÇETEDE PÜF NOKTALAR
Başkan: Dr. Erdal ESKİOĞLU
Konuşmacı: Dr. Mustafa CANKURTARAN

UYDU SEMPOZYUM AstraZeneca

PANEL
ERİŞKİN AŞILAMA
Başkan: Dr.Serhat ÜNAL

- **Erişkin aşı takvimi**
  Dr. Lale ÖZIŞIK
- **Seyahat aşılaması**
  Dr. Cengiz UZUN
- **İmmünsupresif hastada aşılama**
  Dr. Ali MERT

KONFERANS
ROMATOLOJİDE SIK GÖRÜLENLER, AZ BİLİNENLER
Başkan: Dr. Sedat KİRAZ
Konuşmacı: Dr. Gökhan KESER

SALON D

PANEL
OSTEOPOROZ 2015
Başkan: Dr. Refik TANAKOL

- **Temel kavramlar: Kimi tarayalım, kimi tedavi edelim, ne süre tedavi edelim?**
  Dr. Ayşegül ATMACA
- **Steroid Osteoporozu**
  Dr. Alper GÜRLEK
- **Yeni ilaçlar**
  Dr. Füsun SAYGILI

KONFERANS
DEĞİŞEN DÜNYA, DEĞİŞEN İNFEKSİYON HASTALIKLARI
Başkan: Dr. Ali MERT
Konuşmacı: Dr. Serhat ÜNAL

Hekim Konuşma Metinleri

HİPERKALSEMİK KRİZE YAKLAŞIM

Dr. Refik TANAKOL

İstanbul Tıp Fakültesi, Endokrinoloji-Metabolizma, İstanbul

Hiperkalsemi, metabolik acil tabloların en sık görülenlerinden biridir. Normal şartlar altında birçok fizyolojik olayın devamlılığı, ekstrasellüler sıvıda kalsiyum düzeylerinin belli kritik sınırlar içinde kalması ile mümkündür. Plazmada kalsiyum 3 şekilde bulunur: 1) İyonize (serbest) kalsiyum, tüm kalsiyumun %50'sini oluşturur. 2) Plazma proteinlerine bağlı kalsiyum iyonu %40'lık kısmı teşkil eder. 3) Difüzyona uğrayabilen kalsiyum kompleksleri %10 oranında olup sitrat veya fosfat iyonları şeklindedir. Serum total kalsiyumunun %60'ını oluşturan kompleks ve iyonize fraksiyonlar ultrafiltrabldır; yani yarı geçirgen membranlardan geçebilirler. Normal şartlarda gastrointestinal sistem, kemik ve böbreklerden gelen kalsiyumun toplamı ile idrarla atılan ve tekrar kemiklere giren kalsiyumun toplamı arasındaki fark, kandaki net kalsiyum seviyesini belirler. Eğer kan kompartmanına giren kalsiyum, böbreklerle atılan ve kemiğe yerleşen kalsiyumdan daha fazla ise hiperkalsemi ortaya çıkar. Bunun olabilmesi için ya kemiklerden osteoklastik rezorpsiyon artışı sonucu açığa çıkan kalsiyum düzeyi yükselmelidir veya barsaktan fazla miktarda kalsiyum emilmelidir. Hiperkalsemi, daha nadir olarak böbreklerden kalsiyum atılımının bozulduğu veya kemik mineralizasyonunun azaldığı hallerde görülür.

Hiperkalseminin en sık rastlanan fizyopatolojik nedeni kemikte osteoklastik rezorpsiyonun artması halidir. Osteoklastları uyaran faktörler arasında paratiroid hormon (PTH), PTH ile ilişkili protein (PTHrP), 1,25 dihidroksivitamin D vardır. Bunun yanı sıra sitokinler (interlökin 1α, interlökin 1ß, tümör nekrozis faktör-α, lenfotoksin, transforming growth faktör α) osteoklastik kemik rezorpsiyonunu uyarırlar. Gastrointestinal sistemden aşırı kalsiyum emiliminin meydana geldiği durumlar arasında D vitamini intoksikasyonu, lenfoma, sarkoidoz sayılabilir. Serum kalsiyumu arttığı zaman böbrekler devreye girerek kalsiyum vücuttan uzaklaştırılmağa çalışılır. Bu nedenle hiperkalsemi hemen her zaman hiperkalsiüri ile birliktedir. Böbreğin kalsiyum atma kapasitesi aşıldığı zaman hiperkalsemi meydana gelir. PTH distal tubulusta kalsiyum emilimini artırdığı için, primer hiperparatiroidide idrarla atılan kalsiyum, kan kalsiyum düzeyine göre göreceli olarak düşük kalmaktadır. Hiperkalsemide böbrekler antidiüretik hormona karşı kısmen duyarsızlaşarak nefrojenik diabetes insipidus ve poliüri meydana gelir. Hiperkalsemi sebebi ile meydana gelen bulantı ve kusma sonucu susama hissi azalarak dehidratasyon ağırlaşır. Dehidratasyon hiperkalsemiyi daha da ağırlaştırır. Bu hastalardaki immobilizasyonun da hiperkalsemiye katkısı vardır.

Hiperkalsemi kliniği

Hiperkalseminin yaşlılardaki en önemli bulgusu kognitif bozukluklardır. Belirgin dehidratasyon ve mental durum değişiklikleri ile karşılaşılabilir. Anoreksi, kusma ve bulantı sıklıkla görülen belirtileridir. Halsizlik, kabızlık ve uyku hali vardır. Hiperkalsemik kriz bazan böbrek yetersizliği, dehidratasyon, stupor ve hatta koma ile ortaya çıkabilir. Fakat genellikle varlığı daha önceden bilinen habis bir hastalığın seyri sırasında görülmektedir. Kilo kaybı, anoreksi, kas zaafı ve konstipasyon primer hastalığın bulguları gibi algılanmaktadır.

Hiperkalsemik hastaya laboratuvar testleri ile yaklaşım

1. Serum kalsiyumu değerlendirilirken mutlaka serum albümin konsantrasyonu dikkate alınmalıdır. Normal bir erişkinde ekstrasellüler sıvıdaki Ca konsantrasyonu 8,8-10,4 mg/dl arasındadır. Molar olarak hesaplamak için 4'e bölünür (10 mg/dl= 2,5 mM). Serbest fraksiyon ya doğrudan ölçülebilir veya büyük kısmı albümine

Tablo 1. Hiperkalsemi nedenleri

Endokrin hastalıklar	Granülomatöz hastalıklar	Malign hastalıklar
• Primer hiperparatiroidi • Tirotoksikoz • Feokromositoma(PTHrP ile) • Ağır Hipofosfatazya • Familyal hipokalsiürik hiperkalsemi • Addison **İlaçlar** • Aminofilin, • Vitamin D intoksikasyonu • Süt-alkali sendromu • Vitamin A • Lityum • Tiazid diüretikler, • Aluminyum intoksikasyonu (kronik böbrek yetmezliğinde), • Östrojen ve antiöstrojenler	• Tüberküloz • Histoplazmoz • Koksidioidomikoz • Sarkoidoz **Çeşitli** • İmmobilizasyon • Lepra • Total parenteral nutrisyon	• PTHrP (akciğer,özefagus, baş, boyun, renal hücreli, over, mesane kanserleri) • Litik kemik metastazları (multipl myelom, meme kanseri) • Ektopik 1,25dihidroksivitaminD üretimi (lenfoma) • Vazoaktif intestinal polipeptid salgılayan tümörler,

bağlı olan total kalsiyumdan şu formülle hesaplanabilir: %proteine bağlı Ca= 0,8 x albümin (gr/l) + 0,2 x globulin (gr/l) + 3. Serumda ölçülen kalsiyum seviyelerini albümine göre düzeltmek için basit olarak 4 gr/dl altındaki serum albümin seviyelerinde, her 1 gr albümin azalması için, ölçülen kalsiyum değerine 0,8 mg/dl eklenir.

2. Ayırıcı tanıda kalsiyum ile birlikte parathormon ölçümü yardımcı olmaktadır. Kalsiyum ve PTH'nin birlikte yüksek olması primer hiperparatiroidi lehinedir. Bu durumda idrar kalsiyumunun ölçülmesi familyal hipokalsiürik hiperkalsemiyi ekarte ettirmektedir. En ağır hiperkalsemi habis hastalıklarda görülür. PTHrP ölçümü, hümöral hiperkalsemi tanısında yardımcı olmaktadır.
3. Kalsiyum yüksek bulunduğunda tekrar turnikesiz kan alınır. Kan kalsiyum değerlerinin sağlıklı yorumlanabilmesi için, kan proteinlerine de bakılmalıdır.
4. Fosfor ölçülür. Fosfor yüksek veya normalse habaset ihtimali artar.
5. Serumda alkali fosfataz ve klor primer hiperparatiroidide artar.
6. İmmunometrik yöntemle PTH ölçülür.
7. Kalsiyum klirensinin, kreatinin klirensine oranının 0,01 den az olması familyal hipokalsiürik hiperkalsemi lehinedir.
8. PTH düşükse, mamografi, toraks BT, abdomen BT, serum veya idrar elektroforezi, Tc 99m sintigrafisi yapılır.
9. İntoksikasyonlar bakımından kanda 25-OH D vitamini ve A vitamini ölçümleri yapılmalıdır.
10. Granülomatöz hastalıklar ve lenfoma tanısı bakımından 1,25OH2D ölçümü yapılabilir.
11. Daha nadir hiperkalsemi nedenlerini aydınlatmak için TSH ve kortizol; feokromositoma bakımından şüpheli vakalarda idrar katekolaminleri ölçülür.

Akut hiperkalsemi tedavisi

Hiperkalseminin sebebi ne olursa olsun tedavisi aynıdır. Hiperkalseminin belli bir seviyede sabitleştirilmesi ve böbrek hasarının meydana gelmesinin önlenmesi gerekmektedir. Hiperkalsemi poliüri yaptığından hastalar genellikle dehidratedir. Bu sebeple ilk yapılması gereken iş hastanın sıvı-elektrolit dengesinin sağlanmasıdır. Hastanın sıvı dengesi sağlandıktan sonra tuz diürezi yoluyla kalsiyum atılımı da sağlanabilir. Çünkü Henle'de sodyum ve kalsiyum emilimi birbirine paralel seyretmektedir. Bunun için intravenöz %0.9 izotonik sodyum klorür infüzyonu yapılabilir ve genellikle ilk 24 saatte 3-6 lt verilmesi gereklidir. Sodyum ve kalsiyum klirensi yakın bir ilişki gösterdiğinden, furosemid, etakrinik asit, bumetanid ile forse edilen sodyum diürezi, kalsiyumun da proksimal tubulustan emilimini azaltacaktır. Forse diüreze başlamadan önce mutlaka sıvı kaybının yerine konulmuş olduğundan emin olmak gerekir. Eğer diüretiklerle aşırı sıvı kaybedilirse dehidratasyon sonucu hiperkalsemi artabilir. Forse izotonik NaCl diürezinin istenmeyen etkileri, hipopotasemi, hipomagnesemi, kardiak dekompansasyon ve hipofosfatemidir. Eğer böbrek yetmezliği varsa dializ, hem sıvı dengesini düzenleyecek hem de kalsiyumun vücuttan uzaklaştırılmasına yardımcı olacaktır.

Hastaya bir kere volüm replasmanı yapıldıktan sonra, hiperkalsemi nedenine yönelik tedavi gerekmektedir. Eğer hastada primer hiperparatiroidi var ve paratiroidektomi başka sebeplerle gecikecekse veya kalsiyum düşürülemiyorsa, en etkili tedavi yöntemi intravenöz bisfosfonatlardır. Bu ilaçlar spesifik olarak kemik rezorpsiyonunu inhibe ediyorlarsa da, PTHrP sebebiyle artmış tübüler kalsiyum reabsorbsiyonuna bağlı hiperkalsemilerde de sıklıkla yararlıdırlar. Bisfosfonatların temel yapısı iki fosfat grubunun bir karbon atomu ile birleşmesine dayanır. Fosfat gruplarının negatif yüklü olması onların kemik mineraline yapışmasını sağlar. Kemikteki hidroksiapatit kristaline yapışan bisfosfonatlar, osteoklastlar tarafından fagosite edilirler. Birinci jenerasyon bisfosfonatlardan olan etidronat ve klodronat, osteoklastın ATP sistemleri ile birleşerek hücre ölümüne yol açarlar. Yeni jenerasyon aminobisfosfonatlar ise (alendronat, pamidronat, risedronat, zoledronat) osteoklastın mevalonat yolağını bloke ederek, hücre içi sinyalizasyon mekanizmalarını bozmaktadırlar. Pamidronat hiperkalseminin derecesine bağlı olmak üzere 15 ile 90 mg arasında infüzyonla verilebilir. Bu sırada pamidronat konsantrasyonunun, 250 mg %0.9 izotonik sodyum klorür içinde 60 mg dan fazla ve infüzyonun saatte 20 mg dan daha hızlı olmaması gereklidir. Hiperkalsemi tedavisinde klodronat 500 ml %0.9 izotonik sodyum klorür içinde 900-1500 mg dozunda 4 saat içinde tek bir infüzyon olarak verilebilir. Plazma kalsiyumu yaklaşık 72 saat içinde düşmeye başlayacak ve 5.günde en düşük seviyesine ulaşacaktır. Etkisini uzatmak için klodronat ağızdan da devam edilebilir ama genellikle kalsiyum yükselmeğe başlamakta ve tekrar intravenöz klodronat kullanılması gerekmektedir. Parenteral bisfosfonat tedavisi iyi tolere edilebilmekle beraber nadir olarak kemik ağrıları, geçici ateş yükselmesi, grip benzeri semptomlar ortaya çıkmaktadır. Daha nadir komplikasyonları döküntü ve iritistir. Bisfosfonatlar böbrek fonksiyonlarında bozulmaya yol açabildikleri için yeterli hidratasyon sağlanmadan verilmemelidirler. GFR 30 ml/dak altında olduğunda başka tedavi seçenekleri düşünülebilir. Daha yeni bisfosfonatlarla çok daha iyi sonuçlar alınabilmektedir. İntravenöz ibandronat ile hastaların %44-77 sinde, zoledronat ile maligniteye bağlı hiperkalsemilerin %93'ünde serum kalsiyumu normal seviyelere dönmektedir. Zoledronatın etkisi 2-3 günde ortaya çıkmakta ve uzun sürmektedir. Zoledronat 30 dakikalık infüzyonla verilmekte, yan etkileri oldukça hafif olmaktadır.

Hastaların büyük kısmı intravenöz bisfosfonatlara cevap vermekle beraber hepsinde yeterli düşme sağlanamaz. Böyle vakalarda her 6 saatte bir intramüsküler olarak 400 İÜ ye varan yüksek dozlarda somon kalsitonini denenebilir. Fakat bu dozlarda şiddetli flushing ve bulantı beklenir ve hastaların tolere etmesi güçtür. Ancak kalsitoninin etkisi bisfosfonatların aksine birkaç saat içinde çıkmaktadır. Bu bir avantaj olabilir. Rezistan hiperkalsemi vakalarında plikamycin ve gallium nitrat kullanılabilir. Ama bu ilaçların çok toksik olduğunu bilmek gerekir.

Lenfoma, multipl myeloma, D vitamini intoksikasyonu ve kanda 1,25 dihidroksivitamin D düzeylerinin arttığı granülomatöz hastalıkların yaptığı hiperkalsemide günde 40-60 mg prednisolona cevap alınabilir.

Kaynaklar

1. Fraser WD, Matfin G. Hypercalcemia. In: Endocrine and Metabolic Medical Emergencies. Ed. Glenn Matfin. Endocrine Press, Washington D.C. 2014, p. 192-202.
2. Favus MJ, Goltzman D. Regulation of calcium and magnesium.In: Rosen CJ ed, Primer on Metabolic Bone Diseases, and Disorders of Mineral Metabolism. 8 th ed, Washington DC, American Society for Bone and Mineral Research, 2013, 173-179.
3. Hersman JM, Hassani S, Braunstein GD, Geola F, Brickman A, Seibel MJ. Bisphosphonate therapy in primary hyperparathyroidism. J Bone Miner Res 2003; 18: 1889.
4. Stewart A. Hypercalcemia associated with cancer. N Eng J Med, 2005; 352: 373-379.
5. Peacock M, Blezikian JP, Klassen PS, et al. Cinacalcet hydrochloride maintains long-term normocalcemia in patients with primary hyperparathyroidism. J Clin Endocrinol Metab 2005; 90 (1): 135-41.
6. Body JJ. Hypercalcemia of malignancy. Semin Nephrol, 2004; 24:48
7. Miedlich S, Krohn K, Paschke R. Update on genetic and clinical aspects of primary hyperparathyroidismm. Clin Endocrinol 2003; 59: 539-554.
8. Mundy GH, Stewart AF. Calcium and common bone disorders. In: Comprehensive Clinical Endocrinology. Eds: GM Besser, M O'Thorner. Mosby, 2002, 3.baskı, İspanya, 501-516.
9. Brickman AS. Disorders of calcitropic hormones in adults. In: Manual of Endocrinology and Metabolism. Eds: N. Lavin, 3.baskı Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2002,
10. Hu MI, Glezerman IG, Leboulleux S. et al. Denosumab for treatment of hypercalcemia of malignancy. J Clin Endocrinol Metab, 2014:99:3144.

TİROTOKSİK KRİZ (TİROİD FIRTINASI)

Tiroid krizi nadir fakat hayatı tehdit eden bir durum olup hipertiroidi belirtilerinin şiddetlenmesi ile ortaya çıkar. Çeşitli serilerde mortalitenin %30-50 gibi yüksek oranlarda olması nedeniyle tiroid fırtınasının tanınması ve hızla tedavi edilmesi şarttır. Tiroid fırtınası, hipertiroid bir hastanın tiroid veya tiroid dışı bir operasyona maruz kalması ile gelişebileceği gibi antiroid ilaçlarının kesilmesi, iyotlu radyografik kontrast ajanlar alması veya akut bir infeksiyon geçirmesi ile de ortaya çıkabilir. Çok şiddetli tiroid palpasyonu, serebrovasküler hastalık, pulmoner tromboemboli diabetik ketoasidoz, travmanın da tiroid krizini tetikleyebildiği bildirilmiştir.

Komadaki bir hastada tirotoksik krizi akla getirmesi gereken durumlar şunlardır:

- Son zamanlarda hipertiroidiyi düşündüren belirtilerin bulunması
- Cerrahi gibi presipitan bir olay geçirilmiş olması
- Daha önce tiroid tedavisi görmüş olması
- Ailede tiroid hastalığının olması

Tiroid fırtınasında genellikle komplike olmamış hipertiroididekı belirtiler daha abartılı şekilde ortaya çıkar. Özellikle ateş ve terleme çok abartılı olup, vücut ısısı 40°C üzerine çıkabilir. Atrial aritmiler ve atrial fibrilasyon görülebilir. Tiroid fırtınası düşündüren ilave klinik bulgular mental durumun bozulması, yüksek ateş, taşikardi veya taşiaritmi, şiddetli hipertiroidi belirtileri, kusma, sarılık, ishaldir. Ayrıca kalp yetmezliği, solunumun bozulması, konjestif hepatomegali, dehidratasyon ve prerenal böbrek yetersizliği ortaya çıkabilir. Ajitasyon, deliryum, psikoz, stupor ve koma gelişebilir. Konjestif kalp yetmezliği, vasküler kollaps gelişebilir. Tiroid fırtınasının atipik şekilleri de olabilir. Özellikle yaşlılarda apatetik tirotoksik kriz tanısının konulması güçtür.

Laboratuvar: Kan sayımlarında bir infeksiyon olmaksızın lökositoz ortaya çıkması hipertiroidi krizi için tipiktir. Biyokimyasal taramada hafif hiperkalsemi ve artmış alkali fosfataz seviyelerine rastlanır. Tiroid hormon seviyeleri artmış olmakla beraber aşırı derecede yüksek olmayabilir. AST, ALT yükselir, bilirubin 3 mg/dl üzerine çıkar.

Tedavi

Tiroid krizindeki bir hastanın yoğun bakım ünitesinde takibi gereklidir. Öncelikle kardiyo-respiratuvar durumun, sıvı-elektrolit dengesinin yakın takibi ve soğutma genel destekleyici tedavinin en önemli unsurlarıdır. Genelikle başlangıçta 3-5 lt sıvı açığı bulunabilir. Yüksek ateş için parasetamol verilebilir. Aspirin serbest tiroid hormonlarında artış yapabileceğinden verilmemelidir. Atrial fibrilasyon varsa antikoagülan tedavi, digoksin dahil olmak üzere standart antiaritmik tedavi uygulanmalıdır. Eğer infeksiyon düşünülüyorsa geniş spektrumlu antibiotikler başlanabilir. Karaciğer glikojen depolarının eksilmesi sebebiyle %5 dekstroz solüsyonları verilmelidir. Bilhassa tiamin tüketiminin artması göz önüne alınarak vitamin süplementasyonu yapılmalıdır. Kalp yetmezliğinde digoksin ve diüretikler verilir.

- Propiltiourasil (PTU) başlangıç dozu 600 mg, sonra 4-6 saatte bir 250 mg veya
- Metimazol (MMI) oral olarak her 4 saatte bir 20 mg (Her iki ilaç rektal veya nazogastrik sonda ile verilebilir)
- İnorganik iyot Anti-tiroidlerden birkaç saat sonra 60 mg/6 saat (0.2-2 g/gün) lugol solüsyonu 6 saatte bir 8 damla veya SSKI (satüre potasyum iyodür) 5 damla 6 saatte bir (En fazla 10 gün) verilir. İyot, tiroid hormon salınımını azaltır.

Propiltioürasil T4'ün T3'e dönüşümünü bloke ettiğinden tercih edilecek ilaçtır. Antitiroid ilaçların glandda depo edilmiş hormon üzerine bir etkisi yoktur. Sadece yeni hormon sentezini bloke edebilirler. Potasyum iyodür tiroidde depolanmış tiroid hormonlarının kana salıverilmesini bloke eder. Ayrıca hormon sentezi üzerine de geçici blokan etkisi vardır. Oral radyografik kontrastlardan ipodat (günde 1-3 gr) yüksek iyot içeriği ile hem tiroid hormon sentezini bloke eder, hem de T4'ün T3'e dönüşümünü önler. Beta adrenerjik blokan ilaçlar taşikardi, tremor ve diğer adrenerjik belirtilerin kontrol altına alınmasında eşsiz bir yere sahiptirler. Propranolol 4 saatte bir 60-80 mg gibi yüksek dozlarda verilebilir veya saatte 2-5 mg gibi bir dozda infüzyon yoluyla da uygulanabilir. Yüksek doz glukokortikoidler damar yatağını stabilize etmek veya T4'ün T3'e dönüşümünü bloke etmek amacıyla kullanılabilirler. Günde 60 mg prednisolon veya 6 saatte bir 50 mg hidrokortizon (İM) bu amaçla uygulanabilir. Bu tedavilere dirençli vakalarda plazmaferez veya periton dializi yapılabilir.

Kaynaklar

1. Warnock AL, Cooper DS, Burch HB. Life threatening Thyrotoxicosis. In: Endocrine and Metabolic Medical Emergencies. Ed. Glenn Matfin. Endocrine Press, Washington D.C. 2014, p. 110-126.
2. Akamizu T, Satoh T, İsozaki O. Diagnostic criteria, clinical features, and increase of thyroid storm based on nationwide surveys. Thyroid, 2012; 22: 661.

MİKSÖDEM KOMASI

Miksödem koması uzun süre tedavisiz kalan hipotiroidide ortaya çıkan ve hayatı tehdit eden bir durum olarak tarif edilmiştir. Ancak bu tarif son zamanlarda değişmiştir. Miksödem koması aslında çeşitli tetikleyici faktörlerin sebep olduğu dekompanse hipotiroidi olup, kardiyovasküler ve santral sinir sisteminde bozukluklar ile ortaya çıkar. Soğuğa maruz kalma, travma, infeksiyonlar, santral sinir sistemi depresanlarının verilmesi, hipoglisemi, inme, narkoz, diüretiklerin aşırı kullanımı ile hipotiroid hastalar miksödem komasına girebilir. Tiroid dekompansasyonunun ana sebepleri, efektif kan volümündeki azalma veya santral sinir sistemindeki bozukluklara hipotiroidili hastanın adapte olamamasıdır. İlerleyen hipotiroidide oksijen tüketimi ve ısı üretimi azalır. O zaman organizma, nörovasküler düzenlenmeler ile kan dolaşımının deriden, santral bölgelere kaymasını sağlamakta ve vücudun merkez ısısını düşürmemeğe çalışmaktadır. Organizma bunu periferik vazokonstriksiyon ile sağlamaktadır. Bu sebeple orta derecede ağır hipotiroidilerde solukluk, soğukluk ve diastolik hipertansiyon ortaya çıkmaktadır. Böyle bir hastada ß-adrenerjik reseptörlere duyarsızlık meydana gelmekte ve adrenalinin termojenik etkisi azalmakta, santral vücut ısısının korunması zorlaşmaktadır. Tiroid hormonlarının eksikliğinde myokard kontraktilitesinde azalma olmaktadır. Diastolik hipertansiyon kalbin daha da zorlanmasına yol açmakta ve kardiak yetersizliği kolaylaştırmaktadır. Solunum merkezinin hiperkapniye duyarlılığı azalmakta, belirgin solunum depresyonu ve arteriyal PCO2 artışı görülmektedir. Solunum kaslarının güçsüzlüğü hipoventilasyonu daha da ağırlaştırmaktadır. Vazopressin sekresyonunun düzenlenmesindeki bozukluk ile su atılımı bozulur ve hiponatremi meydana gelir. Fonksiyonel plazma volümünün azalması ve kardiak debinin düşmesi, böbrek kan akımının azalmasına yol açarak sıvı atılımı azalmakta hiponatremi daha da belirginleşmektedir. Epinefrin ve glukagona duyarlılığın azalması sonucu glukoneogenez bozulmakta ve bu sebeple hastalar hipoglisemiye eğilimli hale gelmektedirler. İlaçların klirensi azalmakta olduğundan hipotiroid hastaların digoksin, diüretikler, trankilizanlar ve narkotiklere karşı aşırı hassas hale geldiklerinin bilinmesi gerekmektedir.

Miksödem komasının tanınmasında 3 anahtar noktanın akılda tutulması gerekir. Bunlar, mental durum değişikliği, termoregülasyonun defektli oluşu ve tetikleyici olay veya hastalığın bulunmasıdır. Miksödem komasının teşhisi için mutlaka mental durum değişikliği şarttır. Bunun koma olması şart değildir, ama konfüzyon, letarji, dezoryantasyon veya aşikar psikoz bulunmalıdır. Miksödem koması en çok yaşlılarda görülür çünkü yaşlıların adaptasyon mekanizmaları yetersizdir.

Miksödem komasının tedavisi

Hastaların ilk 24-48 saatteki destek tedavileri çok önemlidir. Çünkü tiroid hormon tedavisinin etkilerinin başlaması ancak bu süreden sonra olmaktadır. Miksödem komasının en önemli tetikleyicisi infeksiyonlar olduğundan aksi ispat edilene kadar her hastada infeksiyonun var olduğu düşünülmelidir. Bu hastalarda ağır bakteriyel infeksiyon varlığında bile lökositoz görülmediğinden yaymada band formların bulunması bir infeksiyon bulgusu olarak algılanmalıdır. Solunum yetmezliğinde endotrakeal intübasyon ve mekanik solunum yardımı uygulanmalıdır. Anemi varsa kan transfüzyonları hipoksiyi düzeltmek için yardımcı olabilir. Hipotansiyonun ortaya çıkması çok ciddi bir belirtidir. Çünkü bu hastalarda efektif plazma volümü daha önce belirtildiği gibi azalmıştır. En ufak bir sıvı kaybı veya kanamayı tolere edebilmeleri güçtür. Vazokonstriktör ajanların verilmesi ciddi bir yanlıştır. Sıvı replasmanı veya kan transfüzyonundan kaçınılmamalıdır. Komayı kolaylaştıran faktörlerden biri de böyle bir hastanın periferik dokularının hızla ısıtılması, deride vazodilatasyon meydana getirerek santral ısısının daha da düşürülmesidir. Diüretiklerin fazla kullanılması da volüm kaybını artırarak komayı kolaylaştırabilir. Sessiz bir myokard infarküsü, kan basıncı ve kardiak debiyi daha da azaltabilir.

Miksödem tedavisinde aşağıdaki ana noktaların bir daha gözden geçirilmesinde yarar vardır:

- Tedaviye başlamadan önce kortizol, TSH ve tiroid hormonu tayini için kan örneklerinin alınması
- Hipotermi için eksternal ısıtmadan kaçınılarak, sadece battaniye ile daha fazla ısı kaybının önlenmesi yani pasif eksternal ısıtma yoluyla hipoterminin tedavisi
- Glikoz içeren parenteral sıvılarla hipogliseminin önlenmesi
- Presipitan durumun belirlenerek tedavisi
- Kan kültürleri alındıktan sonra antibiyotik tedavisi
- Eğer koma eğilimi varsa yoğun bakımda tedavisi
- Yüz maskesi ile nemlendirilmiş ılık oksijen verilmesi, eğer hipoventilasyon gelişirse mekanik ventilasyon
- İç ısının yavaş yavaş yükseltilmesi (saatte 0.5°C)
- Supraventriküler aritmiler yönünden kardiak monitorizasyon
- Hiponatreminin düzeltilmesi(hafif sıvı kısıtlaması), hipotansiyonun düzeltilmesi (kristaloidler veya tam kan transfüzyonu ile dikkatli bir şekilde volüm artırılması), hipoglisemi için glukoz verilmesi
- Rektal ısı, oksijen satürasyonu, kan basıncı, santral venöz basınç ve saatlik idrar takibi
- Kortizol eksikliği düşünülüyorsa kan kortizol sonuçlarını beklemeksizin 6-8 saatte bir 50-100 mg hidrokortizon veya eşdeğeri yapılmalıdır.
- Tiroid hormon replasmanı: Nazogastrik tüpten veya İV olarak T4 300-500 μg ile başlanıp, daha sonra oral beslenmeye geçene kadar aynı yoldan günde 50-100 μg T4 verilmesi
- Eğer 24-48 saat içinde hiçbir düzelme görülmezse T3 hormonu 10-25 μg İV 8 saatte bir yukardaki tedaviye ilave olarak verilmelidir.

Kaynaklar

1. Kasid N, Hennessey JV. Myxedema coma. In: Endocrine and Metabolic Medical Emergencies. Ed. Glenn Matfin. Endocrine Press, Washington D.C. 2014, p. 104-109.
2. Wartofsky L. Myxedema coma. Endocrinol Metab Clin North Am 2006; 35: 687-698.
3. Mathew V, Misgar RA, Ghosh S. Myxedema coma: a new look into an old crisis. J Thyroid Res, 2011; 1-7.

HİPOKALSEMİ KRİZİ

Hipokalsemik kriz: Akut, şiddetli ve hayatı tehdit eden kalsiyum düşmesinin ortaya çıkardığı klinik tablodur.

Klinik bulgular

Akut hipokalseminin birçok belirtisi nöromüsküler iritabilite ile ilgilidir. Bunlar tetani, parestezi, kramplar, konvülsiyon, organik beyin sendromu şeklinde ortaya çıkar. Klinik olarak hipokalseminin en önemli belirtisi tetanidir. Tetani, spontan, tonik müsküler kasılmalardır. Ağız kenarında ve parmaklarda paresteziler ile kendini gösterir, ama asıl bulgusu karpopedal spazmdır. "Ebe eli" de denilen bu durumda baş parmak abduksiyona geçerken metakarpofalengeal eklemlerde fleksiyon, interfalangeal eklemlerde ektansiyon, el bileğinde fleksiyon görülür. Bu istemsiz kasılmalar ağrılıdır. Tetani bazan larinks kaslarını da ilgilendirebilir ve hayati tehlike ortaya çıkar. Bronş spazmı da görülebilir. EMG'de tipik olarak tekrarlayıcı motor nöron aksiyon potansiyelleri alınır. Tetani sadece hipokalsemiye özgü bir bulgu değildir. Hipomagnesemi, alkaloz (özellikle hiperventilasyona bağlı respiratuvar alkaloz) durumlarında da tetani ortaya çıkabilir. Nöromüsküler iritabilitenin hafif derecede arttığı hipokalsemi durumlarında (7-8,5 mg/dl) latent tetani görülür. Latent tetaniyi ortaya çıkarmak için iki test yapılabilir. Bunlardan birisi olan Trousseau belirtisi için tansiyon aletinin manşonu sistolik kan basıncının 20 mmHg üzerine kadar şişirilerek 3 dakika beklenir. Eğer karpal spazm oluşursa test pozitif olarak kabul edilir. Diğer test Chvostek belirtisi olup, kulak memesinin 2 cm önünde, zigomanın hemen altında fasyal sinire vurarak (refleks çekici veya parmakla) yapılır. Ağız dudak birleşeğinde bir çekilme olursa latent tetani var demektir. Ağır vakalarda tüm yüzün o yarısı çekilir. Ancak normal insanların %10-25'inde de hafif bir çekilme olabilir. Hipokalsemi fokal veya jeneralize konvülsiyonlara da eğilim yaratır. Bu durumda latent tetani testlerini yapmamak gerekir. Kas krampları olur. LDH ve CPK gibi kas enzimleri yükselebilir. Hipokalsemide psödotümör serebri, papilla ödemi gelişebilir. Hipokalseminin kardiak etkileri arasında repolarizasyon gecikmesi ve bunun sonucunda EKG'de QT uzaması vardır. Eksitasyon-kasılma eşleşmesi bozulabilir. Altta yatan bir kalp hastalığı varsa tedaviye cevapsız kalp yetmezliği görülebilir. Düz kasların tutulumuna bağlı olarak disfaji, karın ağrısı, bilier kolik oluşabilir. Akut hipokalsemi ile birlikte hipotansiyon görülmesi myokard depresyonuna bağlı olabilir ve kalsiyum replasmanı ile geriye çevrilebilir. Torsades de pointes, hipokalsemi ile tetiklenebilir. Nadiren hipokalsemiye bağlı kalp blokları ve ventriküler disritmiler görülebilir.

Hipokalsemi nedenleri

- Hipoparatiroidi (cerrahi, idiopatik)
- Akut ve kronik böbrek yetersizliği
- Kalsiyum bağlayıcılar: Fosfat, sitratlı kan transfüzyonları, EDTA, bikarbonat
- Alkaloz
- Hiperfosfatemi: Kronik böbrek yetmezliği, fazla soda içilmesi, katabolizma artışı, akut lösemide kemoterapi
- Laktik asidoz
- Hipomagnezemi (Nedenler: kusma, diare, pankreatit, ozmotik diürez, diüretikler, aminoglikozidler, amfoterisin B, cisplatinum, siklosporin, pentamidin, yanıklar)
- Hiperventilasyon sonucu respiratuvar alkaloz
- Plazmaferez, aferez
- D Vitamini ile ilgili bozukluklar (D vitamini malabsorpsiyonu, karaciğer ve böbrek hastalıkları, güneş ışığına çıkmama, diette yetersizlik, antikonvülsifler, vitamin D-bağımlı raşitizm)
- PTH rezistansı (Magnezyum eksikliği, psödohipoparatiroidi)
- İlaçlar (Kalsitonin, parenteral uygulanan bisfosfonatlar, mitromisin, difenilhidantoin, fenobarbital, EDTA'lı radyografik kontrastlar, flor tedavisi, 5-florourasil, leucovorin)

•Akut pankreatit

- Tümör lizis sendromu, intravasküler hemoliz (akut hiperfosfatemi)
- Toksik şok sendromu, sepsis
- Akut rabdomyoliz
- Paratiroidektomi sonrası aç kemik sendromu
- Osteoblastik metastazlar

Cerrahi hipoparatiroidi: Hipoparatiroidinin en sık sebebi budur. Total tiroidektomi, boyunda kanser cerrahisi veya paratiroidektomi sonrası hipoparatiroidi komplikasyonu görülebilir. Genellikle cerrahi sonrası 1 veya 2.gün tetani başlar. Bununla beraber genellikle uzun süreli tedaviye gerek bırakmayacak şekilde hipokalsemi kendiliğinden düzelmektedir. Bu durumda muhtemelen ameliyatta iskemik kalan paratiroid glandlar daha sonra toparlanmaktadır. Ağır hiperparatiroidisi olan hastalarda ameliyat sonrası ağır hipokalsemi gelişebilir. Bu duruma aç kemik sendromu adı verilir. Kalsiyum ile fosfor da azalmaktadır. Buna karşılık ameliyat sonrası geçici veya kalıcı hipoparatiroidi gelişirse kanda kalsiyum düştüğü halde fosfor yüksek kalmaktadır.

Laboratuvar

Kan kalsiyum değerlerinin sağlıklı yorumlanabilmesi için, kan proteinlerine de bakılmalıdır. Serumda ölçülen kalsiyum seviyelerini albümine göre düzeltmek için basit olarak 4 gr/dl altındaki serum albümin seviyelerinde, her 1 gr albümin azalması için, ölçülen kalsiyum değerine 0,8 mg/dl eklenir. Akut respiratuvar alkalozda kalsiyumun albümine bağlanması sebebiyle total kalsiyum normal fakat iyonize kalsiyum düşük çıkar. Hipoparatiroidinin laboratuvar bulguları hipokalsemi, hiperfosfatemi, düşük PTH düzeyleridir. Hipokalseminin ayırıcı tanısında hastanın anamnezi ve klinik bulgularına göre başka yardımcı testler istenebilir. Bunlar serum magnezyum, kreatinin, fosfat, 25OHD, alkali fosfataz, amilaz değerleridir. İdrarla kalsiyum atılımına da bakmak gerekebilir.

Hipokalsemi tedavisi

Hipokalsemi tedavisi altta yatan hastalığa ve kalsiyum düşmesinin hızına ve şiddetine göre değişir. Parestezi, karpopedal spazm, konvülsiyonlar, bradikardi, QT uzaması, kardiyak kasılma bozukluğu tedavi şekli ve kararını etkiler. Akut hipokalseminin sebep olduğu semptom ve bulgular, hipokalseminin yavaş yavaş geliştiği hipoparatiroidi gibi durumlarda gözükmez. Semptomatik hipokalsemide intravenöz kalsiyum verilmelidir. Semptomlar olmasa bile, eğer düzeltilmiş kalsiyum hızla 7.5 mg/dl (1.9 mmol/L) altında bulunursa, gene tedavi gerekir. Kalsiyum düzeyleri 7.5-8

mg/dl üzerinde olup, parestezi gibi hafif belirtiler varsa intravenöz kalsiyum gerekmez, oral kalsiyum başlanabilir.

Acil: Baş boyun veya tiroid cerrahisini takiben akut hipoparatiroidiye bağlı ani kalsiyum düşmeleri olabilir. Hemen 1-2 g (1-2 ampul) kalsiyum glukonat ampul (1 ampul 10 ml olup 90 mg elemanter kalsiyum içerir) 50-100 ml %5 dekstroz içinde 10-20 dakikada infüze edilir. Kalsiyumun daha hızlı verilmemesi gerekir, çünkü kardiak disfonksiyon, sistolik arrest yapabilir. Bu doz verildiğinde, kalsiyum 2-3 saate kadar yükselecektir. Fakat daha sonra kalsiyum düşme eğilimine girecektir. Bunu önlemek için saatte 0.5-1.5 mg/kg elemanter kalsiyum infüzyonla verilir. Bunun için hazırlanması gereken solüsyonun 1ml sinde 1 mg kalsiyum bulunmalıdır. Bu amaçla 11 g kalsiyum glukonat (990 mg elemanter kalsiyum) tamamı 1000 cc olacak şekilde %5 dekstroz içine eklenir ve saatte 50 ml gidecek şekilde ayarlanır. Dikkat edilmesi gereken unsur intravenöz mayide fosfat veya bikarbonat olmamasıdır. Çünkü bunlar kalsiyumla çökelek oluştururlar. Aynı zamanda 1-2 g oral kalsiyum da başlanır. Oral kalsiyum ile birlikte etkisi hızlı başlayan D vitamini türevlerinden biri (kalsitriol, alfa kalsidol) eklenir. Oral preparatların etkisi çıkana kadar eğer gerekiyorsa 24 saat kalsiyum infüzyonuyla devam edilir. Digital alanlarda kalsiyum infüzyonu riskli olduğu gibi, kanda fosfor yüksekse kalsiyum infüzyonu tehlike yaratabilir. Örneğin, tümor lizis sendromu gibi durumlarda fosfor yüksek olacağı için kalsiyum infüzyonu sırasında çeşitli dokularda metastatik kalsifikasyon olabilir.

Hipomagnesemi: Hipokalseminin sebebi bazen hipomagnesemi olabilir. Magnezyumu düzeltmeden hipokalsemiyi kontrol altına almak mümkün olmaz. Eğer serumda magnezyum konsantrasyonu 1 mg/dl den düşükse 2 g magnezyum sülfat (16 meq=8 mmol) infüzyonla 10-20 dakika içinde verilmelidir. Daha sonra saatte 100 ml sıvı içinde 1 g (8 meq) magnezyum olacak şekilde infüzyona devam edilir. Magnezyum konsantrasyonu normalleşince kesilir.

Kaynaklar

1. Armelisasso C, Vaccario ML, Pontecorvi A, Mazza S. Tonic-clonic seizures in a patient with primary hypoparathyroidism: a case report. Clin EEG Neurosci. 2004;35(2):97.
2. Kazmi AS, Wall BM. Reversible congestive heart failure related to profound hypocalcemia secondary to hypoparathyroidism. Am J Med Sci. 2007;333(4): 226.
3. Cooper MS, Gittoes NJDiagnosis and management of hypocalcaemia. BMJ, 2008; 336:1298.
4. Shoback D. Clinical practice. Hypoparathyroidism. N Engl J Med. 2008;359(4):391.

AKUT ADRENAL YETERSİZLİK (ADRENAL KRİZ)

Primer adrenal yetersizlikte hem glukokortikoid eksikliğine bağlı taşikardi ve hipotansiyon, periferik vasküler rezistans azalması, hipoglisemi hem de mineralokortikoid eksikliğine bağlı izoozmotik dehidratasyon, hiponatremi, hiperkalemi ve metabolik asidoza meydana gelir. Sekonder adrenal yetersizlikte hipotansiyon ve hiponatremi vardır. Bu son durumda hiperpigmentasyon, hidrojen ve potasyum konsantrasyonlarında bir değişiklik görülmez.

Primer adrenal yetersizlik nedenleri

Otoimmün adrenalitis ve poliglandüler otoimmun yetmezlik sendromu

İnfeksiyöz adrenalitis:
- Tüberküloz adrenalitis
- Dissemine fungal infeksiyonlar: Histoplazmoz ve parakoksidioidomikoz, Kuzey ve Güney Amerika blastomikozu, cryptococcosis.
- Sifiliz
- Sitomegalovirus infeksiyonuna bağlı nekrotizan adrenalitis
- Mikobakterium avium intrasellulare
- Kriptokokkus infeksiyonları

Bilateral adrenal kanama:
- Antikoagülanlar
- Meningokoksemi, sepsis, travma, tromboemboli, lupus antikoagülanı
- Heparinin indüklediği trombositopeni sendromunda adrenal ven trombozu ve hemoraji
- Primer antifosfolipid sendromu

Metastazlar:
- Dissemine akciğer ve meme kanserleri
- Melanom, mide ve kolon kanserlerinde sürrenal metastazı
- Hodgkin ve non-Hodgkin lenfoma
- Metastatik Kaposi sarkom infiltrasyonları

Edinsel İmmün Yetersizlik Sendromu

Amiloidoz

Adrenolökodistrofi ve adrenomyelonöropati

Konjenital adrenal hipoplazi

Familyal glukokortikoid eksikliği

İlaçlar
- Mitotan, aminoglutetimid, etomidat, ketokanazol, metirapon
- RU 486
- Suramin (anti-paraziter)
- Hepatik karışık fonksiyonlu oksijenaz enzimlerini indükleyen fenitoin, barbitüratlar, rifampisin gibi ilaçlar kortizol ve sentetik glukokortikoidlerin metabolize edilmelerini hızlandırarak, sınırlı glukokortikoid üretimi olanlarda veya steroid replasmanı alanlarda sürrenal yetmezliğine neden olabilirler.

İnfiltratif (sarkoidoz, hemokromatoz)

Kortizol rezistansı

Adrenal kriz (Akut adrenal yetmezliği)

Genellikle daha önce teşhis edilmemiş primer sürrenal yetmezliği bulunan bir hasta, araya giren tetikleyici bir olay sonucu adrenal kriz ile başvurabilir. Akut adrenal yetmezlik, kronik adrenal yetmezliği bulunan bir hastada araya giren bir medikal olay sonucu veya hastanın ilacını almaması veya hastanın ilacının stres dozunda arttırılmaması sonucunda gelişebilir. Tetikleyici olay infeksiyon, travma, cerrahi girişim, dehidratasyon veya diare gibi bir olay olabilir. Bu hastalarda şokun yanı sıra anoreksi, kilo kaybı, letarji, konfüzyon, bulantı, kusma, karın ağrısı gibi nonspesifik belirtiler vardır. Hipovolemik şokla başvuran her hastada akut sürrenal yetmezliği düşünülmelidir. Bu hastalar volüm replasmanına ve vazokonstriktör ajanlara iyi cevap vermezler. Açıklanamayan ateş, karın ağrısı, ortostatik hipotansiyon akut adrenal yetmezliğini akla getirmelidir. Supraventriküler taşikardi, kardiak atım hacmının düşmesi, periferik rezistansın azalması tipiktir. Eğer sürrenal yetmezliği çok hızlı gelişmemişse pigmentasyon bulunabilir. Diğer bir deyişle, kronik sürrenal yetmezliği zemininde gelişmiş adrenal krizdeki hastada hiperpigmentasyon olur. Bunun yanı sıra hiponatremi, hiperpotasemi, lenfositoz, eozinofili ve hipoglisemi hemen adrenal krizi akla getirmelidir. Hiperpotasemi kardiak aritmilere neden olabilir. Batın muayenesinde abdominal hassasiyet vardır ve lokalize değildir. Ateş ön planda bir bulgudur; infeksiyon olsun veya olmasın, ateş vardır ve hipokortizolemiye bağlıdır. Glukokortikoid verildiği zaman ateş düşer. Bazan hipoglisemi çok ağır olabilir. Major fizyopatolojik faktörlerden birinin mineralokortikoid eksikliği olduğunu bilmek gerekir. Sadece glukokortikoid tedavisi almakta olan sürrenal yetersizliğindeki bir hastaya mineralokortikoid verilmiyorsa, bu hastada adrenal kriz ortaya çıkabilir.

Daha önce tamamen sağlıklı olan bir kişide ani oluşan adrenal kriz, bilateral adrenal infarktüs nedeniyle olabilir. Adrenal infarktüs emboli, sepsis, bilateral adrenal ven trombozu sonucu meydana gelebilir. Bu durumda ani şok, karın ağrısı, bazan göğüs alt bölümünde ağrı, bulantı, kusma, konfüzyon, defans ve rebound tenderness vardır. Bu durumda akut abdomen tanısı ile, glukokortikoid profilaksisi verilmeden yapılacak bir cerrahi girişim mutlaka ölümle sonlanacaktır. Bu hastalarda narkotiklere, genel anesteziklere karşı aşırı hassasiyet görülür. Özellikle antikoagülan alanlar, tekrarlayıcı tromboembolik olay geçirenler ve postoperatif dönemde olanlar risk altındadır. Bu durumlarda sürrenal yetmezliğinden şüphelenmek bile hayat kurtarıcı olabilir. Meningokoksemide, adrenal hemoraji ve şok görülebilir buna Waterhouse Friderichsen Sendromu denir. Bununla beraber adrenal hemoraji, Pseudomonas aeruginosa sepsisinde daha sıktır. Karın veya böğür ağrısı ile birlikte vasküler kollaps gelişen, durumu gittikçe kötüleşen, hiperpireksi ve/veya hipoglisemisi olan her hastada akut sürrenal kanaması düşünülmelidir.

Sekonder ve tersiyer sürrenal yetmezliğinde adrenal kriz daha nadirdir, çünkü mineralokortikoid eksikliğine bağlı hipovolemi yoktur. Bu hastalarda genellikle diğer ön hipofiz hormon eksiklikleri de vardır. Ekzojen steroidler aniden kesilirse, relatif veya mutlak bir adrenal yetmezliği ortaya çıkar. Semptomlar glukokortikoidin kesilmesini takiben ilk 48 saatte ortaya çıkmaktadır. Büyük bir hipofiz tümöründeki hemorajiden sonra görülen hipofiz apopleksisi de akut kortikosteroid yetmezliğine neden olur. Şiddetli baş ağrısı ve görme bozukluğu (bitemporal hemianopsi), kranyal sinir felçleri, mental konfüzyon, meninjeal iritasyon bulguları ortaya çıkar. Glukokortikoidler vasküler tonusu düzenlediğinden ani gelişen ACTH eksikliklerinde hipotansiyon ve şok görülebilir.

Laboratuvar

Primer adrenal yetmezlik durumunda kortizol sekresyonu düşüktür. Plazma ACTH düzeyi 50 pg/ml üzerinde olmak üzere artmıştır. Hafif-orta derecede eozinofili, lenfositoz, nötropeni, normokrom, normositer anemi görülür. Hiponatremi ve hiperpotasemi bulunur. Akut adrenal kanama vakalarının ancak çok küçük bir kısmında hiponatremi ve hiperpotasemi olur. Ancak çoğunda azotemi vardır. Hafif hiperkloremik asidoz, kan üre azotunun artışı (prerenal azotemi), hipoglisemi sık rastlanan bulgulardır. Aldosteron yetersizliği ve AVP ile ilgili değişiklikler sonucu serum sodyum düzeyleri düşer. Aldosteron eksikliğinin meydana getirdiği hipovolemi sonucunda plazma renin düzeyleri artar. Bunun yanı sıra AST artışı olabilir. EKG'de hiperpotasemi ile ilgili sivri T ve silik P dalgaları, geniş QRS kompleksleri olabileceği gibi atrial asistoli, intraventriküler blok, atrioventriküler blok ortaya çıkabilir. Sekonder adrenal yetersizlikte, primerden farklı olarak ACTH artmamıştır, hiperkalemi olmaz, azotemi ve hiperkalsemi nadirdir, hipoglisemi daha sıktır (diğer ön hipofiz hormonlarının eksikliğine bağlı). Sekonder sürrenal yetersizliğinde plazma renin düzeyleri normaldir. Sürrenal yetmezliğinde tanıyı doğrulamak için laboratuvar analizlerine ihtiyaç vardır.

Sabah saat 8 de, yani kortizolün en yüksek olması gereken dönemde, kortizol 3 μg/dl altında ise kesin sürrenal yetmezliği tanısı konulur; 10 μg/dl altında ise şüphe uyandırır. Bazal kortizolün 10 μg/dl üzerinde olması hastanın stres durumunda kortizol salgılayabileceğini göstermez, 20 μg/dl üzerinde ise (bazılarına göre 18 μg/dl) sürrenal yetmezliği ekarte edilmiş sayılabilir. Akut ciddi bir hastalık sırasında herhangi bir zamanda bakılan kortizol düzeyinin 16 μg/dl altında bulunması düşük sayılmaktadır.

Kısa ACTH uyarı testi: Bu test için açlık gerekmez ve günün herhangi bir saatinde uygulanabilir. Bazal kortizol ölçüldükten sonra ACTH 250 μg (Cosyntropin) intravenöz yapılıp 30 ve 60. dakikada kortizol ölçülür. Otuz veya 60.dakikada, herhangi bir değerin 18 μg/dl (bazı araştırıcılara göre 20μg/dl = 550 nmol/l) üzerinde olması sürrenal yetmezliğini dışlar. Bunun altındaki değerler sürrenal yetmezliğini gösterir ama primer, sekonder veya tersiyer mi olduğunu ayırt edemez. Primer adrenal yetersizlikte hipofizden ACTH sekresyonu artmış ve sürrenal maksimal derecede uyarılmıştır. Ekzojen ACTH de verilse kortizol artmaz. ACTH eksikliğine bağlı sekonder veya tersiyer sürrenal yetersizliğinde zona fasciculata ve retikülariste atrofi olduğundan ekzojen ACTH uyarısına ya yanıt alınamaz, ya da kortizol cevabı düşük kalır. ACTH testi normalse birkaç hafta önce başlamış hipofizer kökenli sürrenal yetmezlik dışlanamaz. Çünkü bu dönem zarfında sürrenallerde tam bir atrofi görülmez. Adrenal kriz esnasında gecikme kabul edilemeyeceğinden, adrenal yetersizlik şüphesi kuvvetli ise, plazma kortizolü ve elektrolitler alındıktan sonra

deksametazon ve izotonik sodyum klorür ile tedaviye başlanır, bu arada deksametazon tedavisinin ilk bir-iki günü içinde ACTH uyarı testi de yapılır. Son zamanlarda düşük doz ACTH testinin (1 μg) adrenal korteks için daha fizyolojik bir uyarı olduğu ileri sürülmektedir. Suboptimal adrenal fonksiyon bozukluklarını daha hassas bir şekilde gösterebilmektedir. Örneğin uzun süre glukokortikoid almış hastalarda 250 μg lık ACTH uyarısı ile normal cevap alınabildiği halde, 1μg ACTH uyarısı ile kortizol artışı düşük kalmaktadır.

Radyoloji

Direkt abdominal grafilerde tüberküloza bağlı Addison hastalığı vakalarının %50'sinde adrenal kalsifikasyonlar görülür. Tüberküloz, fungal infeksiyonlar, sitomegalovirus, malign olmayan sürrenal infiltrasyonlarında, adrenal hemoraji, sürrenal kanserlerinde abdominal MRİ ve BT'de sürrenaller büyümüş gözükür. Otoimmun sürrenal hastalığında sürrenaller büyümemiştir. Tüberküloz başlangıçta sürrenalleri büyütürse de daha sonra atrofi ve kalsifikasyon olur. Göğüs röntgenlerinde akciğer tbc ile ilgili deliller bulunabilir. Sekonder ve tersiyer sürrenal yetmezliğinde hipofiz-hipotalamus BT veya MRI ile hipofizde makroadenomlar, infiltratif hastalıklar, kanamalar, primer veya metastatik kitleler saptanabilir.

Tedavi

Adrenal kriz hayatı tehdit eden bir durumdur. İlk olarak yapılması gereken hipotansiyon/şok ile mücadele ve elektrolit bozukluklarının düzeltilmesidir. Bunun için hızla 2-3 lt kadar izotonik sodyum klorür daha sonra %5 dekstrozun tuzlu sudaki eriyiği verilmelidir. Çünkü hipoglisemi de sıktır. Başlangıçta hipotonik sıvılar verilmemelidir. Hiponatremi ağırlaşabilir. Kortizol ve ACTH için kan alındıktan sonra deksametazon sodyum fosfat 4 mg veya hidrokortizon sodyum süksinat 100 mg intravenöz olarak injekte edilmelidir. Hidrokortizon kullanılıyorsa 6 saatte bir 25-50 mg olarak devam edilmelidir. İlk 100 mg hidrokortizondan sonra 24 saatte 100-200 mg yeterli olacaktır. Hidrokortizon saatte 10 mg gidecek şekilde ilk 24 saat devamlı infüzyon ile de verilebilir. İlk anda mineralokortikoid gereksizdir, çünkü hem tuz tutturucu etkisi birkaç günde başlar, hem de belirtilen dozlarda verilen hidrokortizonun, mineralokortikoid etkisi yeterlidir. Sodyum klorür infüzyonu da bu ihtiyacın karşılanmasında yardımcı olacaktır. Asidoz ve hiperpotasemi için ayrı bir tedaviye gerek yoktur, çünkü hidrokortizon tedavisi ile düzelirler. İlk müdahaleden sonra krizi tetikleyen faktör (bakteriyel infeksiyon, viral gastroenterit gibi) bulunmağa çalışılmalıdır. Hastanın ilk andaki kritik durumu toparlandıktan sonra, sürrenal yetmezliği tanısından şüphe varsa, kısa ACTH testi yapılabilir. Fakat hidrokortizon alan hastalarda bu test yapılamaz çünkü tedavide kullanılan hidrokortizon 'radyoimmun assay'e girer. Adrenal krizi tetikleyen hastalık tedavi edildikten ve stres kaynağı ortadan kaldırıldıktan sonra ikinci gün 50 mg hidrokortizon 6 saatte bir uygulanarak, kortikosteroid dozu hergün bir önceki dozun yarısına inilir ve 4.-5. gün günde 3 defa 10 mg hidrokortizon veya bunun eşdeğeri başka bir glukokortikoid verilerek idame dozuna geçilir. Hastada sepsis gibi ağır bir durum varsa, hastanın genel durumu stabil olana kadar 6-8 saatte bir 100 mg hidrokortizon uygulamasına devam edilir. Eğer tanı primer sürrenal yetersizliği ise kortizol dozu 50 mg'ın altına inildikten sonra (bazı yazarlara göre 100 mg altına inilince) tedaviye mineralokortikoid de eklenir. Bu amaçla verilen fludrokortizon 0,05-0,1 mg/gün dozlarında yeterli olur. Daha iyisi plazma renin düzeyini normale getirecek dozun seçilmesidir. Sekonder veya tersiyer sürrenal yetmezliğinde de aynı tedavi uygulanır. Burada mineralokortikoid vermeye gerek yoktur. Bu nedenle eşdeğer deksametazon veya prednisolon ile de tedavi yapılabilir.

Akut adrenal yetmezlik (Adrenal kriz) tedavisi

1. Hemen damar yolu açılır.
2. Kan şekeri, elektrolitler, kortizol ve ACTH ölçümleri için kan alınır. Fakat sonuçlar beklenmeden tedaviye başlanır.
3. Sodyum klorür (%0,9) 2-3 lt veya %5 dekstrozun %0,9 NaCl eriyiği santral veya periferik venöz basınç takibi ile birlikte verilir.
4. İntravenöz 4 mg deksametazon fosfat yapılır ve bu sırada kısa ACTH stimülasyon testi yapılabilir. Bundan sonra 6-8 saatte bir intravenöz hidrokortizon 50 mg ile devam edilir.
5. Adrenal yetmezliğin sebebi araştırılır. Altta yatan başka hastalık varsa tedavi edilir.
6. Altta yatan hastalık kontrol altına alınabilmişse kortikosteroid dozu azaltılarak idame tedavisine geçilir.

Kaynaklar

1. Stewart PM. Emergent management of adrenal disorders. In: Endocrine and Metabolic Medical Emergencies. Ed. Glenn Matfin. Endocrine Press, Washington D.C. 2014, 155-8.
2. Arlt W, Allolio B. Adrenal insufficiency. Lancet 2003; 361: 1881-93.
3. Oelkers W.: Adrenal insufficiency. N Eng J Med 1996; 335: 1206-11.
4. Dahlberg PJ, Goellner MH, Pehling GB. Adrenal insufficiency secondary to adrenal hemorrhage. Arch Intern Med 1990;150:905-9.
5. Satta MA, Corsello SM, Della Casa S, et al. Adrenal insufficiency as the first clinical manifestation of the primary antiphospholipid antibody syndrome. Clin Endocrinol (Oxf) 2000; 52: 123-6.
6. Cooper MS, Stewart PM. Corticosteroid insufficiency in acutely ill patients. N Eng J Med 2003; 348: 727-34.
7. Çalış M, Gökçe C, Ateş F, et al. Investigation of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis (HPA) by 1 μg ACTH test in patients with fibromyalgia syndrome. J Endocrinol Invest 2004; 27: 42-6.
8. Rasmuson S, Olsson T, Hagg E. A low-dose ACTH test to assess the function of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. Clin Endocrinol (Oxf) 1996; 44: 151-6.
9. Hamrahian AH, Oseni TS, Arafah BM. Measurement of serum free cortisol in critically ill patients. N Eng J Med 2004; 350: 1629-38.
10. Wagner RL, White PF, Kan PB, et al. Inhibition of adrenal steroidogenesis by the anesthetic etomidate. N Eng J Med 1984; 310:1415-21.
11. Cunnigham SK, Moore A, McKenna TJ. Normal cortisol response to corticotropin in patients with secondary adrenal failure. Arch Int Med 1983; 143: 2276-79.

OLGULARLA YAŞLIDA SEMPTOMA YAKLAŞIM VE TEDAVİ: UNUTKANLIK

Dr. Ergün BOZOĞLU
G.A.T.A, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Ankara,

Yaşlanma insanoğlu için doğumu ile hatta ana rahmine düşmesiyle başlayan, hayatı boyunca devam eden ve ölüm ile noktalanan bir süreçtir. Yaşlılık ise daha çok kronolojik bir kavram olup, insan hayatının ileri dönemlerine verilen bir addır. Dünya sağlık örgütünün tanımlamasına göre bu kronolojik sınır 65 yaş olarak belirtilmektedir.

Ondokuzuncu yüzyılın ortalarından itibaren bilim, teknoloji ve sağlık alanındaki gelişmelere paralel olarak beklenen yaşam süresi ve dünya nüfusu belirgin bir şekilde artmaya başlamış ve yirminci yüzyılın başlarında "Geriatri" disiplininin ortaya çıkmasına neden olmuştur.

İnsanoğlu doğumundan ölümüne kadar devamlı olarak öğrenme süreci içerisindedir. Beynimiz bu süreçte bilgiyi duyularımız yoluyla tarayıp, işleyip depolayıp ve gerekli olduğu zaman geri çağırmaktadır. Öğrendiklerimizin bir bölümünü yaşam boyu belleğimizde canlı olarak tutup kolayca hatırlarken, birçoğunu ise unutmaktayız. En kısa tanımıyla unutma "şifrelenmiş ve depolanmış bilginin kaybı"dır.

Bilim ve teknolojideki gelişmelere ve hayatın akış hızına ayak uydurmaya çalıştığımız şu keşmekeş dünyada zaman zaman herkes bir şeyleri unutabilir. Bu durum gençlikte pek önemsenmezken, ileri yaşlarda önemli bir sorunun belirtisi olabileceği düşünülmektedir. Gerçekten unutkanlık veya bellek fonksiyonlarındaki azalma yaşın ilerlemesiyle daha sık görülmeye başlamaktadır. Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte, unutkanlık şikayetiyle birinci basamak sağlık hizmetlerine ve iç hastalıkları polikliniklerine başvuranların sayısında belirgin artış gözlenmektedir.

Bu sunumda "Unutkanlık" yakınmasıyla bize başvuran bir olgunun değerlendirilmesi ele alınacaktır. Öncelikle subjektif bir yakınma olan unutkanlığın patolojik olup olmadığının ayırt edilmesi, masum bir unutkanlık mı, yoksa mental bozukluk veya demansın bulgusu mu olduğunun ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir. Bu ayrımı yaparken öykü ve fizik muayenede nelere dikkat etmeli; özellikle ve öncelikle potansiyel düzeltilebilir veya geri dönüşümlü kognitif bozukluk yapabilecek durumlar nelerdir ve bunların gözden geçirilmesi; buna yönelik hangi laboratuvar tetkiklerinin isteneceği ve yaşlıda nasıl yorumlanması gerektiği; kognitif bozukluğa yönelik kullanılacak pratik tarama testlerinden ve bu testlerinin kullanımı; görüntüleme yöntemlerinin ne zaman ve hangisinin isteneceği; takipte neler yapılacağı ve ilgili uzmanlık dallarına ne zaman sevk edilmesi gerektiği gibi alt konu başlıkları irdelenmeye çalışılacaktır.

OLGULARLA YAŞLIDA SEMPTOMA YAKLAŞIM VE TEDAVİ AĞRI

Dr. Alper DÖVENTAŞ
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul

65 yaş üstü bireylerde önemli bir yakınma olan ağrı, genellikle kronik ağrı niteliğinde olsa da; akut herpes zoster, postherpetik nevralji, trigeminal nevralji, aterosklerotik ve diyabetik nöropati, periferik damar hastalıkları, temporal arterit, angina, kanser, iskelet-kas sisteminin dejeneratif hastalıklarına bağlı akut ağrılı tablolar da oldukça sık görülmektedir. Neredeyse yaşlıların üçte ikisinin ağrılı durumlarla karşılaşma olasılığı vardır.

Yaşlı kişilerde kronik ağrı, yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Hareketsizlik, korku, depresyon, korku, uyku bozuklukları, dikkatsizlik, bilişsel bozulma, iştah ve yemede azalma sonucu malnutrisyon ve sarkopeni eğiliminde artış gibi eklenen sorunlar genel durumun giderek bozulmasına yol açabilir. Bu nedenle Hipokrat'tan beri bilinen en önemli iki kavram: "Önce zarar verme" ve "Ağrıyı dindir" felsefesidir.

"Biyo-psiko-sosyal bir sendrom" olarak tanımlanabilecek kronik ağrı, özelikle bilişsel fonksiyonlarında azalma olan yaşlılarda tam olarak değerlendirilmediği gibi; çoğu zaman yaşlanmanın bir sonucu gibi algılanarak etkin de tedavi edilmemektedir. Uluslararası Ağrı Çalışma Birliği (International Association for the Study of Pain-IASP) ve Amerikan Geriatri Derneği başta olmak üzere pek çok kuruluş, ağrı konusuna dikkat çekerek klinik uygulama kılavuzları yayınlamışlardır.

Yaşlanma ile sinir sisteminde meydana gelen değişiklikler ağrılı uyarana cevap ve ağrı algısında değişikliklere neden olmakta; ağrı eşiği genellikle yükselirken, ağrıya toleransın azaldığı kabul edilmektedir. Patofizyolojide rol oynayan nörotransmiter ve reseptörler (Noradrenerjik, dopaminerjik, kolinerjik, serotonerjik, GABA, glutamat gibi) ile periferik miyelinli ve miyelinsiz liflerin yoğunluklarındaki azalmanın buna neden olduğu düşünülmektedir.

Yaşlılarda ağrı eşiğinin yükselmesi, aslında akut ağrılı durumlarda bir savunma mekanizması ya da erken uyarı sisteminin kaybı sonucunu doğurmakta, neticede pek çok ağrılı patoloji gözden kaçabileceği gibi tanı ve tedavinin de gecikmesine yol açabilmektedir. Yaşlılarda hiç de azımsanmayacak bir oranda (%40) karşımıza çıkan "ağrısız akut miyokart infarktüsü" ya da akut intraabdominal patolojiler bu duruma örnek verilebilir.

Yaşa bağlı hepatik klirensin azalması, ağrı tedavisinde sık kullanılan faz-I metabolizmasından etkilenen (Amitriptilin, karbamazepin, duloksetin, indometazin, lidokain, venlafaksin gibi) ya da sitokrom P-450 fonksiyonundan etkilenen ilaçlar (SSRI ve SNRI gibi) ilaçlar açısından önemlidir.

Glomerüler filtrasyonun ilerleyen yaşla azalması, iaç toksisite ve yan etki riskini artırır. Gabapentinoidler, tramadol, morfin, karbamazepin, baklofen gibi analjeziklerin dozları azaltılmalı ya da doz araları uzatılmalıdır. Proteine bağlanması yüksek olan analjeziklerden özellikle NSAİİ'a özellikle dikkat edilmelidir. Metamizol ve parasetamol düşük proteine bağlanma oranları ile yaşlılarda daha güvenlidir. Trisiklik antidepressanlar (Amitriptilin), duloksetin, diazepam gibi ilaçların protein bağlanma oranları ve dolayısıyla aktif serbest kısımları yaşlılarda daha yüksektir. Yan etki potansiyelleri nedeniyle ilk planda düşünülmemelidir.

Yaşlanma ile yağ artarken, su azalır. Lipofilik analjezikler (Fentanil), yağ dokusu artışına bağlı olarak, dağılım volümleri artar ve fazla depolanır. Hidrofil analjezikler (Morfin) ise su kitlesinin azalmasına bağlı olarak, dağılım volümü azalır ve vücutta yüksek konsantrasyonda kalır.

Yaşlılarda ağrı değerlendirilmesi güçlükler taşır. İşitme-görme problemleri, bilişsel bozukluklar anamnez almayı ve ağrı form ve skalalarının hasta tarafından doğru değerlendirilmesini engeller. Hastanın ağrısının yanında çok yönlü geriatrik değerlendirmeye (ÇYGD) tabi tutulması gereklidir.

Ağrının patofizyolojik kökeni (Ağrı tipi; viseral-somatik-nöropatik-idyopatik), lokalizasyonu-yayılımı, niteliği (Yanıcı-batıcı-şimşek gibi, zonklayıcı), şiddeti, artıran/azaltan faktörleri, zamansal karakteri (Akut/kronik,) seyri (Devamlı/aralıklı), mevcut ağrı tedavisi (Doğruluğu, etkinliği, yan etkileri) belirlenmelidir. Önemli olan hastanın multidisipliner yaklaşımla eksiksiz değerlendirilmesi ve tedavi edilmesidir.

Bu konuşmada, olgular üzerinden ağrıya yaklaşım ve tedavi ipuçları verilmeye çalışılacaktır.

ÜRİNER İNKONTİNANS

Dr. Berrin KARADAĞ
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul

Miktarı ne olursa olsun, istem dışı idrar kaçırma "üriner inkontinans" dır. Ciddi morbiditeye sebep olduğu için yaşlı hastaların değerlendirilmesinde mutlaka sorgulanmalıdır. Üriner inkontinansın prevalansı ve insidansı kadınlarda daha yüksektir ve yaşla beraber artar. 60 yaş ve üzerindeki sağlıklı toplumda yaşayan kadınların 1/3 ünün ve erkeklerin 1/5'inin belirgin derecede üriner inkontinansı vardır. Prevalansı hospitalize edilmiş yaşlı erkeklerde %40 ve uzun süreli bakımevlerindeki erişkinlerde %70-80'lere çıkmaktadır.

İşeme sempatik, parasempatik ve somatik sinirlerin koordinasyonuyla oluşan kompleks bir olaydır. Otonom bir fonksiyon olduğu kadar beyin sapı, korteks gibi üst merkezlerin de etkisi altındadır. Mesane dolarken sempatik sistem aktifken, işemenin başlamasıyla parasempatik sistem aktif hale gelir ve mesane kontraksiyonları başlar. Sakral pudental somatik sinirler pelvik taban kasları ve eksternal üretral sfinkteri kontrol ederek kontinansın sağlanmasında rol oynar. Üriner inkontinans sıklıkla üretral sfinkter ve/veya pelvik taban kaslarındaki problemden kaynaklanmakla beraber mesane, üretra ve kasların arasındaki sinir iletimi veya işeme ile ilgili merkezlerin sağlıklı çalışmaması sonucu da olabilir. Ayrıca, hastanın kontinans durumu hastanın kognitif fonksiyonları, mobilitesi, yaşadığı ortam, el becerisi, medikal durumu ve kullandığı ilaçlara da bağlıdır.

Yaşlanma üriner inkontinansa yol açmaz, ama yaşla ilgili değişiklikler yatkınlık oluşturabilirler. Yaşla beraber mesane kontraktilitesi, mesane kapasitesi azalır. Yine yaşla birlikte fonksiyonel üretral basınç azalır. Her iki cinste de mesane hiperaktif olma eğilimindedir ve istemsiz detrussor kas kontraksiyonlarının sıklığı artar.

Hastanede yatan hastaların 1/3'ünde, poliklinikten başvuranların ise %50'sinde geçici üriner inkontinans vardır. Bu durumlarda tanıda bu nedenleri ortaya koymak önemlidir. En sık görülen geçici, düzeltilebilir üriner inkontinans

nedenlerini hatırlamada ingilizce kelimelerin baş harflerinin oluşlturduğu DİAPPERS akronimi kullanılabilir. Bunlar; deliryum (Delirium), infeksiyonlar ve/veya mesane irritanları (Infection and/or bladder irritants), atrofik vajinit-üretrit (Atropic vaginitis/urethritis), ilaçlar (Pharmaceutical causes), psikojenik nedenler (Psychological causes), aşırı idrar üretimi (Excessive urine production), mobilitede kısıtlılık, (Restricted mobility) ve fekal impakttır (Stool impaction). Yaşlı hastalarda üriner inkontinansın en sık nedenlerinden biri ilaçlardır. Bunlar; antikolinerjikler, antidepresanlar, alfa agonistler, dekonjestanlar, alfa antagonistler, kalsiyum kanal blokerleri, ACE inhibitörleri ve diüretiklerdir.

Kalıcı inkontinans; detrussor hiperaktivitesine, detrussor hipoaktivitesine, çıkış direncinde azalmaya veya çıkış direncinde artmaya bağlı olabilir. Mesane detrusitol kasının aşırı aktivitesi Urge (Sıkışma) Tipi Üriner İnkontinans'a neden olur. En sık görülen üriner inkontinans tipidir. Medikal tedavinin diğer tiplere göre daha faydalı olduğu tipdir. Urge inkontinansta mesane gevşetici ajanlar efektif olabilir, ancak antikolinerjik yan etkileri vardır.

Stres Tipi Üriner İnkontinans yaşlı kadınlarda üriner inkontinansın en sık ikinci nedenidir. Sfinkterdeki hafif bir zayıflık durumunda karın içi basınç arttığı zaman (öksürük, egzersiz, efor, hapşırma gibi) idrar kaçırmadır. En sık olarak pelvik taban kaslarının zayıflığının eşlik ettiği mesane çıkışı ve üretranın hipermobilitesidir. İntrensek sfinkter yetmezliği ise ikinci sık nedenidir. Stres inkontinansda tedavi biraz daha karışıktır. Konservatif yaklaşım, davranışsal tedavi ve egzersizler verilebildiği gibi, ileri durumlarda cerrahi uygulanır.

Mikst Tip Üriner İnkontinans, sıkışma ve stres inkontinans yakınmalarının birlikte görüldüğü durumlardır. Taşma (Overflow) Tipi Üriner İnkontinans, boşalamayan mesanenin maksimum kapasitede dolup damlama tarzında idrar kaçırmanın olduğu üriner inkontinans tipidir. Mesane detrusitol kasının zayıflığı veya mesane çıkış yolu obstrüksiyonu sonucu görülür. Genellikle idrar yaparken duraklama, damla damla gelmesi, zayıf akım ve sık idrara çıkmayla karakterizedir. Üretral obstrüksiyonda mesane gevşetici ajanlar, alfa antagonistler, antiandrojenler veya cerrahi tadavi uygulanabilir.

Fonksiyonel Tip Üriner İnkontinans, hastaların kontrolleri dışında zamanında tuvalete ulaşamamasına bağlı olarak ortaya çıkan idrar kaçırmadır. Depresyon, demans, mobilite problemleri, tuvalete uzak odada bulunma gibi birçok durum buna neden olabilir.

Tedavi üriner inkontinans tipine göre planlanmalıdır. Geçici inkontinans düşünülüyorsa altta yatan nedenler mutlaka tedavi edilmelidir. Noktürnal inkontinans durumunda akşam sıvı alımı kısıtlanmalı, alıyorsa diüretik tedavi daha erkene kaydırılmalıdır.

PRİMER HİPERPARATROİDİ PANEL ENDOKRİNOLOJİDE YENİLİKLER

Dr. Nuri ÇAKIR
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, Ankara

Primer hiperparatroidizm, bir veya daha çok sayıda paratroid bezden, aşırı parathormon salgılanması ile giden, hiperkalsemiye neden olan, bir hastalıktır. Hiperkalsemi,bulantıdan, kabızlığa, böbrek taşından, osteoporoza kadar bir çok değişik belirti ve bulgulara neden olmaktadır. Ayaktan izlenen olgularda, hiperkalseminin en sık görülen nedeni, primer hiperparatroididir. Hiperkalsemi varlığında, uygunsuz olarak parathormon düzeyinin yüksek olması ile, primer hiperparatroidizm tanısı konulmaktadır. Primer hiperparatiroidizm (PHPT), diabetes mellitus, hipertiroidizmden sonra üçüncü sırada en sık görülen endokrinolojik hastalıktır. Hastalığın prevalansı, 50 yaş üzerindeki kadınlarda yaklaşık %2'dir. PHPT tanısı genellikle, belirtisi olmayan olgularda, rütin serum kalsiyum ölçümünde, kalsiyum düzeyinin yüksek saptanması ile konulmaktadır. Hiperkalsemi varlığında, uygunsuz olarak parathormon düzeyinin yüksek olması, primer hiperparatroidizmi düşündürür. Olguların, yaklaşık %80'inde, tek paratroid bez adenomu, olguların yaklaşık %15-20'sinde birden fazla sayıda adenom veya hiperplazi, primer hiperpatroidizme neden olmaktadır. Paratiroid kanseri oldukça nadir görülmektedir (%1). Birden fazla sayıda paratiroid bezin katıldığı hastalıklar, bazen ailesel olmakta, bazen de genetik sendromlarla birlikte görülebilmektedir. İzole ailesel PHPT, MEN1 sendrom(menin gen mutasyonu), MEN2A sendromu (RET onkojen mutasyonu), MEN4 sendromu (CDKN1B mutasyonu), hiperparatiroidizm jaw tümör sendromu (HRPT2/CDC73) bunlara örnektir. MEN2B (MEN3) nadiren PHPT ile birliktedir. MEN1 sendromunda, paratiroid tutulumu %95 civarındadır ve ilk olarak tanı almaktadır. Multiple paratiroid bez hastalığında, 30 yaşın altındaki olgularda MEN1 şüphenilmelidir. Uzun süreli Lityum tedavisi altında olan, boyun bölgesine radyoterapi uygulanan, kişilerde de, multiple bez tutulumu görülebilmektedir. Sağlıklı kişilerin yaklaşık %10-15'inde, beşinci paratiroid bezi bulunabilir. PHPT bağlı klinik belirti ve bulgular, çoğunlukla hiperkalsemiye bağlıdır, birçok organı ve sistemi ilgilendirir. Kemik ve iskelet sisteminde; ağrı, kemik lezyonları, osteoporoza bağlı kemik kırıkları, kondrokalsinozis, böbrekte; nefrolitiazis, nefrokalsinozis, böbrek işlevlerinde bozulma, gastrointestinal sistemde; peptik ülser, konstipasyon, pankreatit, kardiyovasküler sistemde; hipertansiyon, aritmiler, nöropsikatrik belirtiler, bilişsel fonksiyon- larda bozulma yapabilmektedir. Hiperkalsemik kriz nadir görülse de, acil girişim gerektiren hayatı tehdit eden acil bir durumdur. Asemptomatik PHPT olgular uzun yıllar stabilde kalabil mekte, ilerleme de gösterebilmektedir. Uzun süreli yaklaşık 15 yıllık bir izlemde,olguların yaklaşık 1/3'ünde hastalığın ilerleme gösterip, semptomatik hale geldiği gösterilmiştir. Primer hiperparatiroidizmin, tedavisi için cerrahi ve medikal tedavi seçenekleri olsa da, asıl kalıcı tedavisi cerrahi olarak fazla hormon salgılayan bez veya bezlerin cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Son kılavuz önerilerine göre, 50 yaşından genç, semptomatik olgulara, ve ayrıca asemptomatik olup, izlemde serum kalsiyum düzeyi, laboratuvar sınırlarının 1mg /dl üzerine çıkan, kreatinin klirensi 60ml/dakika altında olan, 24 saatlik idrarla kalsiyum atılımı 400mg'dan fazla, DEXA ile vertebra, toplam femur ve femur boynunda, Radius 1/3 distal ucunda T skoru -2,5 veya düşük olan, nefrolitiazisi ve vertebra kırığı olan olgulara, cerrahi önerilmektedir. Son yıllarda, hiperparatroidi cerrahisinde, dört paratiroid bezinin gözlen- mesine dayalı, iki yönlü boyun eksplorasyonundan, minimal invaziv paratroidektomiye doğru, yönelim olmuştur. Minimal invaziv cerrahi (MİC), cerrahi süresi kısalığı, komplikasyon oranında düşüklük, daha küçük insizyon, daha az maliyet gibi bazı yararlar sağlamaktadır.Başarılı bir cerrahi için, cerrahi öncesi, fazla çalışan paratiroid bez veya bezlerin görüntülemesi önemlidir. Primer hiperparatroidizmde, büyüyen bezin görüntülemesinde yaygın olarak, ultrasonografi ve Tc-99-sestamibi sintigrafisi kullanılmaktadır. Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)-computed tomography gibi çok duyarlı sestamibi taramalarına rağmen olguların, yaklaşık %30'unda, büyüyen paratiroid bez saptanamamaktadır. Bu alanda yeni görünteleme ajanlarına ve yöntemlerine gereksinim vardır. Hedefe yönelik cerrahide, ektopik odakları ve çok sayıda paratiroid bez tutulumunu (multiglandular disease) saptamada, paratiroid bez sintigrafileri önemli rol oynamaktadır. Paratiroid bezin ektopik yerleşiminin %6-16 civarında olduğu varsayılmaktadır. Bunların yaklaşık %1-2'i toraks içinde yer aldığı için, bu olgularda boyun cerrahisi yerine toraks cerrahisi gerekmektedir. Ektopik yerleşim cerrahi başarısızlığa neden olmaktadır. Sintigrafide ve ultrasonografide saptanamayan bezler genelde küçük olmakta yada hiperplazi buna neden olmaktadır. Cerrahi deneyimin çok olduğu, Mayo klinikte bile, sintigrafisi negatif olgularda, intraoperatif PTH ölçümüne rağmen, cerrahi başarısızlığı %10 civarındadır. Cerrahi başarısızlığı azaltmak için çoğu merkezde intraoperatif PTH düzeyi ölçülmektedir. Şüpheli lezyon çıkarıldıktan, 10 dakika sonra, PTH düzeyinde %50 azalma, cerrahinin başarılı olduğunu göstermektedir. Cerrahi öncesi ideal bir görüntelemede küçük lezyonlar, çok sayıda bez büyümesi, ektopik odaklar belirlenebilmeli, tiroid nodülü nedeni yalancı pozitif sonuçlar en az olmalıdır.Paratroid görüntülemesinde yaygın olarak kullanılan 99 mTc-sestamibi sintigrafisinin sensitivitesi SPECT/CT yöntemi ile artırılmıştır. 99 mTc-sestamibi/ I 123 subtraction protokulu ile yapılan ikili izotoplu incelemeler, özellikle çok sayıda bez tutulumunun saptanmasında avantaj sağlamakta,sensitiviteyi %94'e kadar çıkarmaktadır. SPECT/CT, lezyonun anatomik yerinin tam belirlenmesinde, ektopik odakların saptanmasında, patolojik lezyonların, kas, kahverengi yağ dokusu, kemik iliği gibi fizyolojik tutulumlardan ayrılmasında yararlı

olmaktadır. Son zamanlarda bazı yayınlarda, Multiphase 4-Dimensional (4D) CT Scanner, incelemesinin, patolojik paratiroid bezinin belirlenmesinde, sintigrafiye üstünlüğü olduğu, ileri sürülsede beraberinde tiroid nodülleri olduğunda ayırımın güç olduğu, çok sayıda paratroid bez tutulumunda sensitivitesinin %14-32 gibi düşük düzeyde belirtilmekte ve kontrast madde kullanımının böbreklere olumsuz etkisi gibi çeşitli sakıncalar ileri sürülmektedir. Mevcut görüntüleme yöntemlerinin bazı alanlarda yetersizliği, araştırmacıları yeni ajanlara yöneltmiştir. 11 C-methionin PET, araştırılan ajanlardan biridir. Daha önce operasyon geçiren ve negatif 99 mTc-sestamibi görüntüsü olan 15 olgunun 6'sında 11-C methionin PET incelemesi ile tutulum saptanmıştır. Pahalı olması, multigland hastalığında spesifitesinin az olması nedeni ile yaygın kullanımı önerilmemektedir. Yine son zamanlarda 11 C –cholin yapılmış çalışmalar yayınlanmıştır. Bu alanda son zamanda, 18F-flurocholine PET dikkati çekmiş, ilgi çekici bir ajan haline gelmiştir. Quak ve arkadaşları, prostat kanseri tekrarı nedeni ile18F-flurocholine PET çektikleri bir olguda, rastlantısal olarak paratiroid adenomu-nun bu maddeyi tuttuğunu görmüşlerdir. Paratiroid adenomlarında fazla çalışan paratroid hücrelerinde, phospholipid/Ca2+- bağımlı protein kinaz aktivitesi artmakta bu da choline tutulumunu artırmaktadır. 99 mTc-sestamibi ile karşılaştırıldığında, 18 F-fluorocholine PET daha iyi sensitivite göstermektedir. (%92 karşın %64) Bu alanda yapılan ön çalışmalarda, 18 F-fluorocholine PET, klasik sintigrafilere göre daha üstün görülmekte ve umut vermektedir. Cerrahi uygulanmayan veya cerrahiye yuğun olmayan olgularda, ilaç tedavisi seçenekleri arasında, bisfosfanatlar ve Cinacalcet ön plana çıkmaktadır. Kemik mineral dansitesini düzeltilmesi amaçlanıyorsa, bisfosfanatlar kulanılmalıdır. Bisfosfonatlar arasında, alendronatla ilgili kanıtlar daha fazladır.Eğer tedavide kalsiyum düşürülmesi hedefleniyorsa Cinacalcet uygun bir seçenektir.

Kaynaklar

1. J Clin Endocrinol Metab 99:3561–3569, 2014
2. International Journal of Surgery Case Reports 13 : 73–75,2015
3. Ann Surg 260:474–482,2014
4. J Nucl Med 56:737–744,2015
5. Arch Endocrinol Metab. 59(3):265-9,2015
6. Chirurg· 85:601–606,2014
7. Clinical Endocrinology , doi: 10.1111/cen.12835,2015
8. Otolaryngology–Head and Neck Surgery Vol. 153(2) 183–188,2015

GESTASYONEL DİYABET TANI VE TEDAVİSİ

Dr. Nevin DİNÇÇAĞ
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

Gestasyonel diyabet(GDM) gebelikte ortaya çıkan karbonhidrat intoleransıdır. Genetik olarak mevcut defekt, çevresel faktörlerin etkisiyle aşıkar hale geçmektedir. Günümüzde obezitenin ve gençlerde de T2DM epidemiyolojik çalışmalarının artışı gözönüne alınırsa; GDM aslında tanı almamış bir diyabet olarak tanımlanabilir.

Sıklığı: GDM, diyabet oranının daha yüksek olduğu toplumlarda daha sık olmakla birlikte genel olarak tüm gebelerin %2-4'ünde saptanır. Ülkemizde 20 yaş üzeri toplumda diyabet oranının %13.5 olması nedeniyle Türk toplumu, GDM açısından orta derecede riskli bir toplum sayılabilir; ülkemizdeki sıklığı %4-10 civarındadır.

Etyopatogenezi: Normal gebelikteki diyabetojenik etkenlere pankreas β- hücresinin yanıtındaki yetersizlik olarak açıklanabilir. β-hücre yanıtındaki yetersizliğin genetik olarak programlanmış β-hücre defektine bağlı olduğu; ayrıca insülin reseptör beta- subünitinde tirozin fosforilasyonunda da bozukluk bulunduğu bilinmektedir. Aslında GDM gelişen gebelerde insülin direncinin nondiyabetik gebeliktekinden farklı olmadığı, farkın metabolik değişikliklere pankreas insülin sekresyon kapasitesindeki adaptasyon yetersizliğinden kaynaklandığı bildirilmektedir. Doğumla birlikte insülin direncinin büyük ölçüde ortadan kalkması ile normoglisemi sağlanır; ancak insülin sekresyon defekti genetik olarak programlanmış ve kalıcı olduğundan bu kişiler ileriki yaşantılarında diyabet gelişimi, açısından yüksek risk taşımaktadırlar.

Önemi: GDM genellikle herhangi bir semptom vermeyen, perinatal morbiditeye ve anne adayında doğum sonrası yaşamında tip 2 diyabet oluşumuna yol açan; bundan ötürü gebelerde araştırılarak tanı konulması ve tedavi edilmesi gereken bir sağlık sorunudur. Bu nedenle tüm gebelerin GDM açısından taranması gerekir. GDM, ağır ve akut komplikasyonlara yol açması beklenmemekle birlikte gebenin yaşı, doğurganlık sayısı, hipertansiyon varlığı, sigara alışkanlığı, daha önceki gebeliklerinde abortus, çoğul gebelik, beslenme yetersizliği bulunması, gebeliğinin geç fark edilmesi ve aile planlaması yapılmaması gibi klasik obstetrik risk faktörleri hem anne adayı hem de fetüs için önemlidir.

A.Fetal komplikasyonlar: Erken dönemde fetüs için en önemli riskler makrosomi ve buna bağlı doğum travması, neonatal hipoglisemi ve ikterdir.

Makrosomi, yeni doğanda vücut ağırlığının >4000 gram olması halidir. Sebebi, yükselen maternal glukoz düzeyinin fetal dolaşıma yansımasına yanıt olarak gelişen fetal hiperinsülinemidir. Böyle bebeklerde pankreas hiperplazik-tir. Hiperglisemi makrosomi gelişinde önemli belirleyicidir; ancak annede kan şekeri yükselme derecesi arttıkça makrosomi aynı paralelden artmaz. Annede glisemi kontrolü sağlanmasıyla makrosomi önemli ölçüde azaltılabilir. GDM de fetüste trunkal yağlanmaya bağlı olarak vücuda oranla daha geniş omuz çevresi vardır. Bu durum travay esnasında omuz takılmaları ve Erb paralizisi için zemin ve risk yaratır.

Neonatal hipoglisemi GDM'in sık komplikasyonlarındandır. Sıklığı farklı serilerde %3-38 olarak bildirilmiştir. Travay esnasındaki maternal glisemi düzeyi ile yakından ilişkilidir. Anne adayında gliseminin>180 mg/dl olması halinde yenidoğanda hipoglisemi kaçınılmazdır. Bu nedenle GDM'li anneden doğan bebeklerin mümkün olduğunca erken beslenmeleri önemli bir husustur.

GDM'li annelerin bebeklerinde görülen bir başka neonatal komplikasyon ikterdir. Genellikle hafif-orta seviyede olmakla birlikte bazan tedavi gerektirecek düzeyde olabilir.

Neonatal dönemde daha seyrek görülen diğer sorunlar, hipokalsemi, respiratuvar sıkıntlı sendrom, polisitemi gibi tablolardır. Bu durumlar genellikle tanısı konulmamış ya da tedavi edilmemiş GDM olgularında rastlanır. Modern takip ve tedavi koşulları sayesinde günümüzde nadir görülmektedir.

GDM'li bir annenin çocuğunda yüksek oranda konjenital malformasyon görülmesi beklenen bir durum değildir. Zira GDM, patogenezinde de belirtildiği gibi organogenez tamamlandıktan sonra oluşan bir sorundur. Anne adayı GDM tanısı aldığında fetüs gelişimini tamamlamıştır. Ancak yine de literatürde GDM varlığında yüksek konjenital malformasyon bildiren bazı seriler mevcuttur Bu çalışmalarda gebelik öncesinde varolup, gebelik sırasında saptanmış tip 2 diyabetlilere ait subgruplar söz konusu olabilir; ancak kesin tanmlanmış bir sav değildir.

GDM'li annelerin çocuklarında geç adelosan ve erişkin dönemde de obezite, glukoz intoleransı ve diyabet riski yüksektir. Bu nedenle GDM'li anne ve çocuklarının doğumdan itibaren sağlıklı beslenme ve yaşam tarzı alışkanlığı kazanmaları çok önemlidir.

B. Maternal komplikasyonlar: GDM'li kadında hipertansiyon ve preeklampsi riski artmıştır Çoğunlukla fetal makrosomi nedeniyle sezeryan operasyon indikasyon oranı da yüksektir. GDM, anne açısından uzun dönemde önem taşır. GDM olgularında doğumdan sonra diyabetin kalıcı olma ihtimali %5 civarındadır. Gebelik öncesinde BKI yüksek(>27 kg/m2) olan, gebelik süresince aşırı kilo alan, diyabeti erken gestasyon döneminde belirginleşen, tedavide insülin ihtiyacı gelişmiş vakalarda ve hiperglisemisi doğumdan sonra da devam eden kadınlarda diyabetin kalıcı olma ihtimali daha da artar. Çoğunluğunda glukoz toleransı normale dönmekle birlikte GDM hikayesi olanlarda doğumdan sonraki ilk 12 yıl içinde glukoz intoleransı olasılığı %70 düzeylerine ulaşmaktadır.

Tanınması: Tüm gebelerin taranmasının hem pratik olmayışı, hem de maliyeti yüksek olması nedeniyle genel eğilim, riskli vakaların tetkik edilmesidir. Riskli gruplar

görüldükleri ilk vizitte orta derecede riski olanlar gebeliğin 24-28. Haftasında taranmalıdır. GDM açısından yüksek risk faktörlerinin en önemlisi diyabet oranının yüksek olduğu etnik kökene sahip olmaktır. Diğer risk faktörleri Tablo 1 de gösterilmiştir.

Tablo 1. GDM açısından risk faktörleri

• Obezite (vücut ağırlığı/ideal ağırlık=1.2)
• Yaşı> 40 olan gebeler
• Ailede birinci derece akrabalarında diyabet öyküsü bulunanlar
• Önceki gebeliklerinde glukoz intoleransı olanlar
• Kötü obstetrik öyküsü olanlar
- Ağırlığı>4000 g olan bebek doğurma öyküsü
- Açıklanamayan intrauterin fetal ölüm öyküsü
- Konjenital anomalili doğum öyküsü
- Polihidramnios veya fetal makrosomi öyküsü
- Glukoz intoleransı öyküsü
- Mevcut gebelikte bebeğin gebelik yaşına göre büyük oluşu
• DM riski fazla olan etnik gruplardan olanlar

Araştırıcıların gestasyonel diyabet (GDM) tanımı ve tanınması hakkındaki görüşleri, yıllardan beri birbirinden uzaklaşan farklılıktadır. En azından bir jenerasyon döneminde bir tarafta klinik gözlem çalışmalarına ve deneysel çalışmaların kliniğe yansıtılarak elde edilen verilere dayanarak gebelerin GDM açısından taranması, tanınanların tedavi edilmesini önerenler varken öte yanda yarar ve zararları gösteren net bulgular olmadıkça belirgin bir aksiyon almamaktan yana olanlar mevcuttur.

Maternal glukoz düzeyinin gebelikteki riskler ile olan ilişkisini göstermeyi hedefleyerek planlanan Hiperglisemi ve Gebelik Sonuçları(HAPO) Çalışmasında maternal glukozun en az düzeyde tutulduğunda fetal ve perinatal risklerin azaltıldığı gösterildikten sonra araştırıcılar tanıda da dil birliği sağlanması amacıyla Uluslar arası Diyabet ve Gebelik Çalışma Grupları Birliği(IADPSG) oluşturulmuş; IADPSG, 24-28 haftalık gebelerde 75 gr glukoz ile tek aşamalı GDM taraması yapılmasını önermiştir. Ancak yeni kriterler ile GDM'li gebe oranının %18 lere ulaşarak, prevalansın ikiye katlanması başka sorunlara yol açmıştır. Tanı için gereken maliyetin artışı ve gebeliğin "medikalleştirilmesi" algısı önemli problemler olarak tartışılmaya başlanmıştır. Ulusal Sağlık sistemlerine yansıyan ekonomik yüklerin kaçınılmaz artışı tanıda ortak görüş birliği oluşturulması hususunu hala zorlamaktadır. Öte yandan IADPSG kriterleri ile gebelerin çoğunda açlık ve 1. saat glukoz değerleri ile tanı sağlanmaktadır. Tanı alanların hedef glukoz değerlerine ulaşıp ulaşmadığına bakılmaksızın doğum tarihini erkene almak, doğum şeklini sezeryana döndürmek, pek çok bebeği yoğun bakım ünitesine almak gibi sonuçlar doğurmaktadır. Aslında potansiyel avantaj gibi duran bu girişimlerin her biri gerçek tehlike başlatıcısı da olabilir.

Tanımlandığı 1960'lı yıllardan itibaren farklı örnek, farklı yöntem ve kesim değerleri önerilerek tek basamak ya da iki basamaklı tarama testleri önerilmiştir (Tablo 2 ve 3). 100 g OGTT ile yapılanlarda en az iki değer pozitif kabul edilirken; 75 g OGTT ile önerilende tek bir değerin varlığı tanı için yeterli kabul edilmiştir.

Sonuç olarak şimdiye değin önerilen GDM tanı testlerinin rutinde kullanımı ve glukoz eşik değerleri konusunda diyabet cemiyetleri arasında bir konsensus sağlanamamıştır.

Tablo 2. Çeşitli sağlık örgütleri tarafından belirlenen GDM tanı kriterleri

Yaklaşım metodu	Öneren cemiyet	Açlık glukozu mg/dL	1.saat glukoz mg/dL	2. saat glukoz mg/dL	3.saat glukoz mg/dL
Tek basamaklı test*					
Tek aşamalı (75 gr OGTT)	IADPSG ADA	≥92	≥180	≥153	-
	WHO	≥126	-	≥140	-
İki basamaklı test**					
İlk aşama (50 gr glukoz tarama testi)		-	≥140	-	-
İkinci aşama (100 g)	ADA	≥95	≥180	≥155	≥140

Tablo 3. GDM tanısı için tarama testi kesim noktaları için öneriler

	O'Salivan & Mahan* 1964 (100 g)	NDDG** 1979 (100 g)	Carpenter &Coustan*** 1982 (100 g)	ADA**** 1997 (100 g)	ADA 2015 (75g) (100g)
APG(mg/dl)	90	105	95	95	92 95
1. st PG	165	180	190	190	180 180
2. st PG	143	165	155	155	153 155
3. st PG	127	145	140	140	140

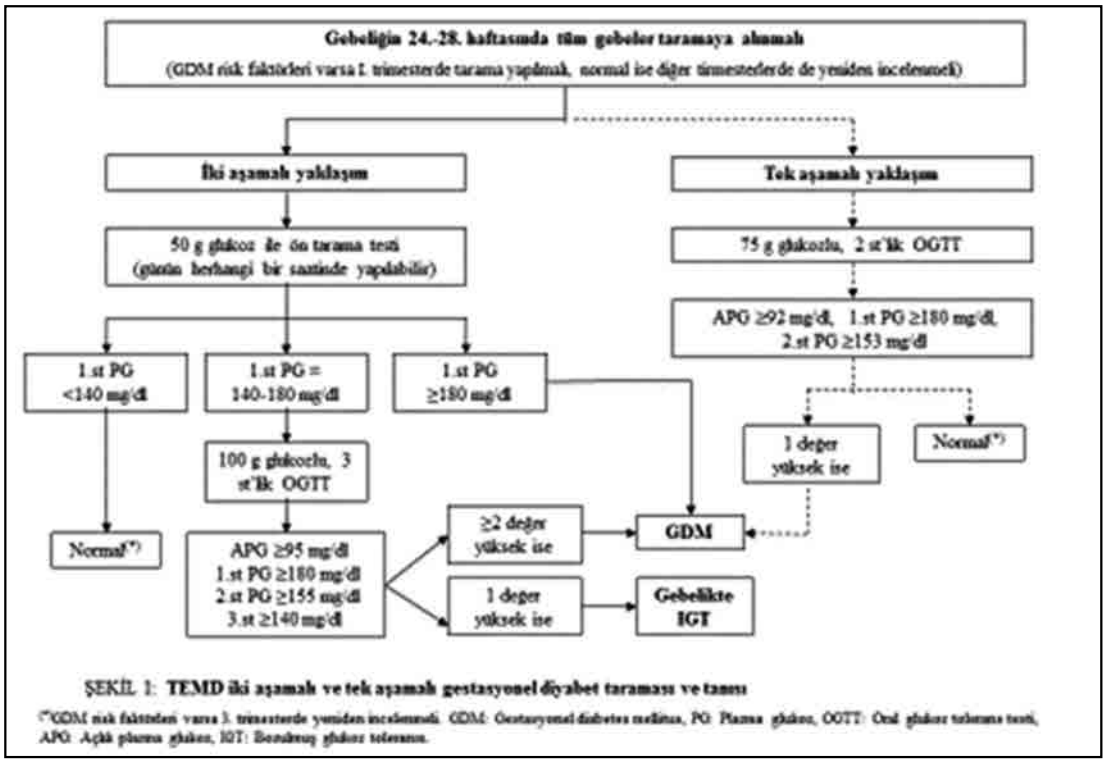
*Diabetes 1964; 13: 278**Diabetes 1979;28:1038***Am J Obstet Gynecol 1982; 144:768 ****D.care 2002

Ülkemizde ise konu ile ilgili otoriteler, yeni kriterler ile GDM tanısı koymanın çok kolaylaşacağına, buna karşılık GDM tanısı alan gebe sayısının çok artacağına, bu durumun ekonomik ve emosyonel sorunları arttırabileceğine işaret ederek iki tanı yönteminin karşılaştırılacağı klinik prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadırlar. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu 2015'e göre hem tek basamaklı (75 g glukozlu OGTT) hem de iki basamaklı (100 g OGTT) yaklaşım önerilmektedir. (Şekil 1).

Birinci basamak tarama testinde 50 gr glukoz içirildikten sonra 1. saat glukoz değeri 140-180 mg/dL bulunan kadınlara, GDM tanısını kesinleştirmek için 100 gr iki saatlik OGTT önerilir. Elli gram glukozlu tarama testinde 1. saat glukoz değeri ≥180 mg/dL bulunması durumunda ikinci basamak tetkike gerek yoktur. Bu vakalar GDM olarak kabul edilerek izlenmelidir. GDM kuşkusu yüksek olan kadınlarda ön tarama testi olmaksızın doğrudan tek basamaklı 75 gr glukozlu iki saatlik OGTT yapılabilir.

Tedavi: GDM tanısı alan gebenin tedavisinde öncelik tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz; glisemi kontrolünün yetersiz kaldığı durumlarda da insülin tedavisidir.

Tedavide hedeflenen gebelik için normoglisemik kabul edilen değerlerin sağlanmasıdır. İdeal tedavi ile glisemi açlıkta <95 mg/dl; postprandiyal 1. saatte 120 mg/dl; ikinci saatte 140 mg/dl nin altında olmalıdır.



ŞEKİL 1: **TEMD iki aşamalı ve tek aşamalı gestasyonel diyabet taraması ve tanısı**

*GDM risk faktörleri varsa 3. trimesterde yeniden incelenmeli. GDM: Gestasyonel diabetes mellitus, PG: Plazma glukozu, OGTT: Oral glukoz toleransı testi, APG: Açlık plazma glukozu, IGT: Bozulmuş glukoz toleransı.

GDM tanılı gebelerde açlık glisemisinden ziyade; postprandiyal glisemilerin takibi önemlidir. Zira yapılan çalışmalarda tokluk glisemisinin kontrol altına alınmasıyla makrosominin azaltıldığı gösterilmiştir. Standart olmamakla ve bireysel gereksinime göre değişmekle birlikte genellikle haftada 1-2 kez kahvaltı öncesi ve ana öğünlerden sonraki 1. saatte kan şekeri ölçümü önerilmektedir. Çünkü 1. saat fetüse geçiş hızını belirleyen glukozun postabsorbtif en yüksek olduğu saattir.

1. Tıbbi beslenme tedavisi (TBT): Düzenlenecek TBT, ketonemi ve ketonüri oluşturmayacak, hedeflenen glisemik değerleri sağlayacak, gebelikteki fetüs gereksinimlerini karşılayabilecek özelliklerde ve gebenin hedeflenen ağırlık düzeyi ve fizik kapasitesine uygun olmalıdır. Gebelikten önce normal ağırlıkta olan kadınlar için gebelik süresince önerilen ideal kilo artışı 9-11 kg olmalıdır. Günlük kalori ihtiyacı (kcal/ideal kg), normal ağırlıktaki GDM'li için 30 kcal/kg/gün, ideal ağırlığının %120-150 fazlası olan GDM'li için 24 kcal/kg/gün, ideal ağırlığının %150 den fazlası olanda ise 12 kcal/kg/gün olarak hesaplanmalıdır. Günlük kalorinin %50'si karbonhidratlardan, %20-30'u yağlardan, geri kalanı da proteinlerden sağlanmalıdır. Öğün sayısı 3 ana, 4 ara öğün biçiminde planlanmalıdır. Günlük kalori ihtiyacını 18 pay olarak düşünürsek bunun 2 payını sabah kahvaltısında, beşer payını öğle ve akşam yemeklerinde; 1 payını sabah-öğle arası ara öğünde, 2 payını ikindi ara öğününde, 3 payını da akşam yemeğinden sonraki dönemde iki ara öğün olarak vermek gereklidir. Ayrıca GDM'li gebeye ideal olarak demir 18 mg/gün, folik asit 800 mg/gün, kalsiyum 1200 mg/gün verilmelidir.

2. Egzersiz: Diyabet tedavisinin bir parçası olan egzersiz gebelik diyabetinde de önemlidir. Gebelere güvenirliği ve etkinliği açısından oturur pozisyonda yapılan kol ve omuz egzersizleri önerilmelidir.

3. İnsülin tedavisi: TBT ne rağmen açlık glisemisi(AG)<95 mg/dl, 1. Saat glisemisi(TG)>120 mg/dl ise tedaviye insülin eklenmelidir. Gebelerde oral antidiyabetik ilaçlar kontrindikedir. Son yıllarda polikistik over sendromunda metformin kullanımı, gebelik sırasında da metformin tedavisinin sürdürüldüğü çalışmaları gündeme taşımıştır. İnsülin direnci üzerine olumlu etkileri nedeniyle GDM de metformin kullanımını akla yatkın görünmekle birlikte güncel yaklaşımda GDM'li kadınlara verilecek tek ilaç insülindir. Tedavide rDNA tekniğiyle hazırlanmış human regüler insülinler uygulanmalıdır. İnsülin ihtiyacı çok yüksek değildir. AG'nin 95-105 olduğu hallerde 0.1 U/kg/gün dozunda , gece ara öğün öncesinde tek NPH uygulaması ya da orta etkili human insülin(Humulin N) önerilir. AG>105, TG:120-180 mg/dl düzeyinde ise 0.3-0.4U/kg/gün dozunda orta etkili insülin konvansiyonel olarak uygulanır. AG>120; TG>180 mg/dl olduğu durumda 0.5 U/kg/gün dozuna varan dozlarda kısa ve orta etkili insülinler konvansiyonel ya da sık aralıklı(bazal-bolüs) biçimde uygulanmalıdır. Konvansiyonel tedavi yerine sık aralıklı, günde 3-4 kez insülin uygulanmasını önerenlerin sayısı daha fazladır. GDM de hızlı etkili analog insülinlerin regüler insüline oranla postprandiyal glisemiyi kontrolde daha efektif olduğu bildirilmiş, ve immunolojik etkilerinin olumlu olduğu, bulunmuş; fetal antropometrik ölçümleri bozmadığı gözlemlenmiştir. Hızlı-kısa etkili insülinlerin (özellikle lispro ve aspart insülin) kullanımları için yeterli çalışma verileri mevcuttur. Uzun etkili insülinlerin gebelikte indikasyonları açısından detemirin FDA onayı vardır; glarginin yeterli klinik çalışması ve kanıtları ve indikasyon onayı yoktur.

Doğum: GDM, tek başına seksiyo veya 38. haftadan önce doğum için bir indikasyon değildir. Ancak 38. haftayı geçen gebeliklerde makrosomi riski giderek arttığı için obstetrik başka engel yoksa 38. haftada, vaginal yolla doğum

önerilmektedir. Doğumdan sonra laktasyonun desteklenmesi yararlıdır.

Doğum sonrası takip: GDM olgularında doğumdan sonra diyabetin kalıcı olma ihtimali %5 civarındadır. Gebelik öncesinde BKI yüksek(>27 kg/m2) olan, gebelik süresince aşırı kilo alan, diyabeti erken gestasyon döneminde belirginleşen, tedavide insülin ihtiyacı gelişmiş vakalarda ve hiperglisemisi doğumdan sonra da devam eden kadınlarda diyabetin kalıcı olma ihtimali artar. Çoğunluğunda glukoz toleransı normale dönmekle birlikte GDM hikayesi olanlarda doğumdan sonraki ilk 12 yıl içinde glukoz intoleransı olasılığı %70 düzeylerine ulaşmaktadır. Bu nedenle bu annelerde karbonhidrat metabolizması doğumdan sonra, en erken 10.haftada yeniden 75 gram glukozlu OGTT yapılarak incelenmelidir. Normoglisemik seyreden kişiler bile diyabet riski açısından uyarılmalı, kilo kontrolü sağlanmalı, dengeli ve düzenli beslenme, egzersiz gibi konularda eğitilmeli, bu anneler en az 3 yıl izlenmelidir.

Kaynaklar

1. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups reccomendations on the diagnosis and classification of hyperglycaemia in pregnancy. Diabetes Care 33: 676-682; 2010
2. ADA. Standarts of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 33, suppl 1, jan 2010
3. NIH Consensus State Sci Statements 29: 1-31; 2013
4. ACOG(American College of Obstetrics and Gynecology) Statement. Obstet Gynecol 122: 406-16, 2013
5. TEMD Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu, DM ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu,7.baskı, Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti. Ankara, 2015
6. ADA. Standarts of Medical Care in Diabetes-2015. Diabetes Care 38, suppl 1, jan 2015

HİPERÜRİSEMİYE KLİNİK YAKLAŞIM

Dr. Yaşar KARAASLAN
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği, Ankara

Serum ürik asit düzeyinin 7.0 mg/dl'nin üzerinde olması hiperürisemi olarak kabul edilir. Ancak bu değer daha çok Kuzey Amerika ve Batı Avrupa gibi gelişmiş batılı toplumlar için tanımlanmıştır ve bazı otörler özellikle bizim gibi daha az protein tüketen toplumlar için 6.0 mg/dl'nin üzerinin hiperürisemi olarak değerlendirilmesinin daha uygun olacağını ileri sürmektedirler.

Sınıflama, nedenler

Hiperürisemi 2 ana başlık altında incelenebilir: 1-Primer, 2-Sekonder. Primer hiperürisemide ürik asit yapım veya atılımını etkileyen bir hastalık veya ilaç kullanımı söz konusu değildir. Primer hiperürisemi erkeklerde erkeklerde genellikle pubertede, kadınlarda ise menopozdan sonra başlar. Sekonder hiperürisemiler de kendi içinde 1-Aşırı ürik asit yapımına bağlı olanlar ve 2-Böbrekten ürat atılımının azalmasına bağlı olanlar şeklinde iki alt gruba ayrılabilir (Tablo 1).Gerçek hayatta hiperürisemilerin çok azı yapım fazlalığına, %90'dan fazlası ise atılım bozukluğuna bağlıdır. Klinik pratikte en sık görülen sekonder hiperürisemi nedenleri, diüretik kullanımı ve böbrek yetmezliğidir.

Tablo 1. Hiperürisemi nedenleri

I. Primer
II. Sekonder
a. Aşırı pürin ve ürat yapımına bağlı
1. Aşırı pürin yapımına yol açan kalıtsal enzim defektleri (Hipoksantin-guanin fosforibozil transferanz eksikliği, fosforibozil pirofosfat sentetaz aşırı aktivitesi, glukoz-6-fosfataz eksikliği)
2. Aşırı pürin ve ürat yapımına yol açan hastalıklar (Miyeloproliferatif veya lenfoproliferatif hastalıklar, malignensiler, hemolitik hastalıklar, psöriazis, obezite, hipoksi, glukojen depo hastalıkları)
3. İlaç, diyet veya toksinlere bağlı aşırı pürin ve ürat yapımı (Alkol, aşırı pürin alımı, früktoz, vitamin B12 eksikliği, nikotinik asit, vd)
b. Böbreklerden ürik asit atılımının azalmasına bağlı
1. Böbreklerden ürik asit atılımını bozan hastalıklar (kronik böbrek yetmezliği, kurşun nefropatisi, volüm kaybı, böbrek kan akımının azalması, ketoasidoz, laktik asidoz, preeklampsi, obezite, hiperparatiroidizm, hipotiroidizm, sarkoidoz, vd)
2. Böbreklerde ürat taşıyıcılarını kodlayan genlerdeki polimorfizmler (SLC2A9, SLC22A12, ABCG2, SLC17A1)
3. Diyet veya ilaçlara bağlı olarak böbreklerden ürik asit atılımının azalması (Tiyazid ve lup diüretikleri, siklosporin, takrolimus, düşük doz aspirin, etambütol, pirazinamid, etanol, levodopa, laksatifler, tuz kısıtlaması)

Klinik bulgular

Hiperürisemi genellikle asemptomatiktir ve rutin biyokimya taraması sırasında saptanır. Hiperürisemi kişilerin çoğunda semptomsuz seyretse de ürat kristallerinin dokularda birikmesi ile 3 ana klinik tabloya yol açabilir: 1-Gut, 2-Ürat nefropatisi ve 3-Nefrolitiyazis. Gut gelişme riski, hiperürisemenin derecesi ve süresi ile yakından ilişkilidir. ABD'de yapılan "*Normative Aging Study*"(Normal Yaşlanma Çalışması) isimli prospektif araştırmada, 5 yıl sonunda, serum ürik asit düzeyi 9 mg/dl üzerinde olan erişkinlerin %22'sinde gut geliştiği saptanmıştır. Hipertansiyon saptama ve izlem programındaki hastaların verilerinin analiz edildiği diğer bir çalışmada ise 14 yıllık sürede serum ürik asit düzeyi 7.0-7.9 mg/dl arasında olan kişilerin %12'sinde gut geliştiği bildirilmiştir.

Son yıllarda özellikle ultrasonografi ile yapılan çalışmalarda asemptomatik hiperürisemili kişilerin önemli bir kısmında eklem ve tendonlarda monosodyum ürat kristal depolanması olduğu saptanmıştır. Ancak bu kişilerin gut olarak kabul edilmesi ve bu kişilere ürik asit düşürücü tedavi başlanması gerektiği konusunda yeterli kanıt yoktur.

Hiperürisemili hastaların çoğunda böbrek fonksiyon testleri hafif-orta derecede bozulmuştur. Ancak bu genellikle hiperürisemi dışı nedenlere bağlıdır. Hiperüriseminin serum ürik asit düzeyi erkeklerde 13 mg/dl'yi, kadınlarda ise 10 mg/dl'yi geçmedikçe önemli nefrotoksisite riski oluşturmadığı ileri sürülmüştür. Kronik hiperürisemili hastalarda idrardan ürik asit atılımının artması böbreklerde ürik asit ve kalsiyum okzalat taşı gelişme riskini artırır.

Hiperüriseminin özellikle iç hastalıkları uzmanları açısından önemli diğer bir yönü de sıklıkla hipertansiyon, insülin direnci, diyabet, dislipidemi, kronik böbrek yetmezliği, kardiyovasküler patolojiler ve serebrovasküler hastalıklara eşlik etmesidir.

Ayırıcı tanı

Hiperürisemili hastaların çoğunda olayın primer mi, yoksa altta yatan bir hastalığa veya ilaçlara mı bağlı olduğu öykü, fizik muayene ve rutin biyokimya testleri ile kolayca anlaşılabilir ve hastaların çoğunda idrarda ürik asit atılımı ile ilgili ileri testlerin yapılması gerekmez. Ancak özellikle gençlerde beklenmeyen olağan dışı ürik asit yüksekliklerinde olayın yapım fazlalığına mı, yoksa atılım azlığına mı bağlı olduğunu ayırmak için idrarda fraksiyone ürik asit atılımına bakılabilir. Pürinden düşük diyet altında idrarda fraksiyone ürik asit atılımının %10'un üzerinde olması yapım fazlalığını, %6'nın altında olması ise atılım azlığını gösterir. İdrarda fraksiyone ürik asit atılımı (FE ürik asit) *FE ürik asit = idrar ürik asit düzeyi x plazma kreatinin düzeyi/idrar kreatinin düzeyi x plazma ürik asit düzeyi* formülü ile hesaplanır. Yine günlük ürik asit atılımının 800 mg/gün veya 12 mg/kg/gün'ün üzerinde olması yapım fazlalığını destekler.

Klinik yaklaşım ve tedavi

Hiperürisemi asemptomatik olsa bile önemsenmelidir. Çünkü 1-Dokularda kristal birikimi ile gut, nefropati ve ürolitiyazis gibi patolojilere yol açabilir, 2-Sıklıkla metabolik sendroma eşlik ettiği için özellikle kardiyovasküler olaylar,

kronik böbrek yetmezliği ve serebrovasküler hastalık gibi komplikasyonlar ve mortalite açısından kötü prognoza işaret eder. Hiperürisemi nedeni ile ilk defa hekime başuran kişilerde, olayın kronik olup olmadığını anlamak açısından, öncelikle eski testlerindeki ürik asit düzeylerine bakılır. Çoğu hastada hiperüriseminin aslında uzunca bir süredir olduğu, ancak çok üzerinde durulmadığı görülür. 30 yaş altı erkeklerde ve premenopozal kadınlarda çok yüksek ürik asit düzeyleri ile karşılaşılırsa özellikle miyeloproliferatif veya lenfoproliferatif hastalıklar, malignensi ve kalıtsal enzim defektleri akla gelmelidir.

Persistan hiperürisemili bir hastada öncelikle sekonder nedenlerin araştırılması ve düzeltilebiliyorsa da bu nedenin düzeltilmesi gerekir. Hiperüriseminin başlıca düzeltilebilir nedenleri arasında lenfoproliferatif ve miyeloproliferatif hastalıklar, yaygın psöriazis, vitamin B12 eksikliği, kurşun zehirlenmesi, pre-eklampsi, alkol ve başta tiyazidler olmak üzere ilaçlar sayılabilir. Örneğin tiyazid grubu diüretik kullanan ürik asiti yüksek hipertansiyonlu bir hastada, tiyazid yerine ürik asit düzeyini yükseltmeyen başka bir antihipertansif ilaç verilebilir veya en azından tiyazidin dozu azaltılabilir. Bu gibi hastalarda ürik asit düzeyini hafif derecede de olsa, düşürdüğü iyi bilinen losartan veya olumsuz yönde etkilemediği klinik çalışmalar ile teyit edilen kalsiyum kanal blokörleri tercih edilebilir. Yine sıklıkla hiperürisemiye eşlik eden hipertrigliseridemi için ürik asit düzeyini düşürdüğü bilinen fenofibrat tercih edilebilir.

Persistan hiperürisemili hastalarda tedaviye yeterli sıvı alınması, pürinden fakir diyet, alkolden sakınılması, fruktozlu ve şekerli gıdalardan sakınılması, ideal kiloya inilmesi ve egzersiz şeklinde özetlenebilecek **yaşam tarzı değişiklikleri** ile başlanır. Alkol ve ilaç gibi sekonder nedenlerin ortadan kaldırılması ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi önlemlerle ürik asit düzeyi normale gelmeyen bütün hiperürisemili hastalara rutin olarak allopurinol veya febuksostat gibi ürik asiti düşürmeye yönelik ilaç tedavisi başlanması önerilmez. Bunun en önemli iki nedeni asemptomatik hiperürisemili veya metabolik sendroma eşlik eden hiperürisemisi olan hastalarda allopurinol ile ürik asiti düşürmenin yararını gösteren yeterli kanıt olmaması ve ilaçların bazen hayatı tehdit edebilen yan etki riskleridir. Hiperürisemili hastalarda yaygın kabul gören ürik asiti düşürmeye yönelik ilaç tedavisi başlanması endikasyonları şunlardır:

1. **Gut artriti:** Gutlu hastalarda akut atak sırasında öncelikle NSAİİ'lar, kolşisin veya düşük doz steroid ile akut atağın tedavi edilmesi gerekir. Akut atak kontrol edildikten sonra kolşisin veya NSAİİ profilaksisi altında ürik asiti düşürmek için allopurinol başlanır. Allopurinol bazen hayatı tehdit edebilen ağır hipersensitivite-allerji riski nedeni ile genellikle 75-100 mg gibi düşük dozlarda başlanır ve dozu kademeli olarak artırılır. Böbrek yetmezliği olan hastalarda allopurinol dozunun azaltılması gerekir. Gutlu hastalarda diyet, yaşam tarzı değişiklikleri ve hipoürisemik ilaç tedavisi ile serum ürik asit düzeyi 5-6 mg/dl altında tutulmaya çalışılır.
2. **Hiperürisemiye bağlı üriner sistem taş hastalığı:** Bu hastalarda öncelikle hidrasyon (günlük sıvı alımının 2 litrenin üzerine çıkarılması) ve potasyum sitrat veya potasyum bikarbonat ile idrarın alkalinizasyonu önerilir. İdrarın pH'sı 6.5 veya üzerine çıkarılmaya çalışılır. Bu tedaviye karşın taş tekrarlarsa potasyum sitrattan allopurinole geçilir ve serum ürik asit düzeyi 6 mg/dl'nin, idrarda günlük ürik asit atılımı ise 800 mg'ın altında tutulmaya çalışılır.
3. **Akut ürik asit nefropatisi:** Günümüzde tümör lizis sendromunu önlemeye yönelik önlemlerin yaygın olarak kullanılması nedeni ile nadir görülmektedir. Lösemi, lenfoma veya solit tümörü olup kemoterapi veya radyoterapi alacak hastalarda akut ürik asit nefropatisinin önlenmesi için hidrasyon + allopurinol (veya rasburikaz) ile hiperüriseminin kontrol edilmesi gerekir. Akut ürik asit nefropatisi gelişen hastalarda ise diyaliz yapılması gerekir.
4. Nefrolitiyazisi olmasa da idrarda günlük 1.100 mg'dan fazla ürik asit atılımı olan hastalar. Bu hastalarda diyet ile idrarda günlük ürik asit atılımı 1.000 mg'ın altına indirilemez ise hidrasyon + alkalinizasyon + allopurinol başlanır ve allopurinol dozu günlük ürik asit atılımı 800 mg'ın altında tutulacak şekilde ayarlanır.
5. Asemptomatik de olsa erkeklerde 13 mg/dl, kadınlarda 10 mg/dl üzeri persistan hiperürisemi. Bu hastalarda diyet ve diğer yaşam tarzı değişiklikleri ile ürik asit düzeyi 8 mg/dl'nin altına düşürülemez ise hipoürisemik ilaç tedavisi başlanabilir.

Yukarıda sayılan bu özellikleri taşımayan diğer hiperürisemili hastalarda, bugün için, rutin ürik asit düşürücü ilaç tedavisi başlanması önerilmemektedir. Bu gibi kişiler için diyet, yaşam tarzı düzenlemeleri ve ürik asit düzeyini olumsuz etkileyen ilaçların (tiyazidler gibi) yeniden düzenlenmesi gibi hipoürisemik ilaç tedavisi dışı yöntemler ve takip önerilir. Elimizde bulunan mevcut veriler ışığında, bugün için ürik asit düşürücü ilaç tedavisi önerilmeyen bu özel hasta gruplarından bazıları şunlardır:

1. Dokularda ürat kristali birikimine bağlı gut artriti veya nefrolitiyazis gibi hastalığı olmayan, ancak sıklıkla ürik asit yüksekliğinin eşlik ettiği hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, kronik böbrek yetmezliği veya metabolik sendrom gibi diğer hastalığı olan hiperürisemili hastalar. Bu gibi hastalarda da ürik asit düşürücü tedavinin yararlı olabileceğini ileri süren otörler varsa da, bu yaklaşım henüz yaygın kabul görmemektedir.
2. Ultrasonografi veya diğer radyolojik yöntemler ile eklemlerinde veya tendonlarında ürat kristali birikimi olduğu gösterilmesine karşın asemptomatik olan ve gut kliniği bulunmayan hiperürisemili kişiler.

Kaynaklar

1. Bardin T, Richette P. Definition of hyperuricemia and gouty conditions. Curr Opin Rheumatol 2014;26(2):186-91.
2. Becker MA. Asymptomatic hyperuricemia. UpToDate, July 2015. http://www.uptodate.com/contents/asymptomatic-hyperuricemia.
3. Campion EW, Glynn RJ, De Labry LO. Asymptomatic hyperuricemia. Risks and consequences in the Normative Aging Study. Am J Med 1987; 82(3):421-6.
4. Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, et al. Purine-richfoods, dairyand protein intake, andthe risk of gout in men. N Engl J Med 2004;350(11):1093-103.
5. Choi HK, Soriano LC, Zhang Y, Rodríguez LA. Antihypertensive drugs and risk of incidentg out among patients with hypertension: population based case-control study. BMJ 2012;344:d8190.

6. Chowalloor PV, Keen HI. A systematic review of ultrasonography in gout and asymptomatic hyperuricaemia. Ann Rheum Dis 2013;72(5):638-45.
7. Desideri G, Castaldo G, Lombardi A, et al. Is it time torevisethe normal range of serum uricacidlevels? Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2014;18(9):1295-306.
8. Gois PH, Souza ER. Pharmacotherapy for hyperuricemia in hypertensive patients. Cochrane Data base Syst Rev 2013;1:CD008652.
9. Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, et al. 2012 American College of Rheumatology guide lines for management of gout. Part 1: systematic non pharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia. ArthritisCareRes2012; 64(10):1431-46.
10. Langford HG, Blaufox MD, Borhani NO, et al. Is thiazide-produceduricacidelevation harmful? Analysis of data from the Hypertension Detection and Follow-up Program. Arch Intern Med 1987; 147(4):645-9.
11. Neogi T. Clinical practice. Gout. N Engl J Med 2011; 364(5):443-52.
12. Zhang W, Doherty M, Bardin T, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: Management. Report of a taskforce of the EULAR Standing Committeefor International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2006; 65(10):1312-24.

ÇALIŞMA GRUBUNUN HEDEFLERİ VE AKTİVİTELERİ

Dr. Süheyla UZUN KAYA
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

İç Hastalıkları uzmanlarının koruyucu hekimlik, kritik düşünme ve karar vermede etkin, epidemiyolojiye hakim ve eğitim alanlarında da sorumlu olduğu anlayışından hareketle Genel Dahiliye Akademik Çalışma Grubu ilk olarak 17 Ekim 2014 tarihinde 16. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi kapsamında Hacettepe Üniversitesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültelerinin İç Hastalıkları ABD ya da Genel Dahiliye Bilim Dallarından öğretim üyelerinin katılımıyla ilk toplantı gerçekleştirildi. Ardından 27. 03.2015 ve 29.05.2015 tarihlerinde Ankara TIHUD merkez binasında toplantılarımıza devam ettik. Toplantılarda; TIHUD'nin asli amacının özellikle İç Hastalıkları/ Genel Dahiliye uzmanlarını temsil etmek olduğu ve dernek politikasının bu asli amaç üzerine yoğunlaştırması; bu kapsamda Genel Dahiliyecilerin dernek aktivitelerinde ve yönetiminde daha çok sorumluluk almaları gerektiği ortaya konulmuştur.

Özellikle İç Hastalıkları Ana Bilim Dalının sadece yan dalların bir toplamı olarak algılandığı için İç Hastalıklarının işlevini tamamen yitirdiği kurumlarda Genel Dahiliye Bilim Dalları kurularak bütünleyici bir rol üstlenmesi gerektiği dile getirilmiş, bu nedenle TIHUD koordinasyonunda YÖK, TUK ve Sağlık Bakanlığı ile görüşmeler yapılması gerekli görülmüştür.

İç hastalıkları uzmanlarının yeni rolleri ve modern sağlık ve eğitim sistemlerinde değiştirilemez önemleri vardır. İç Hastalıkları uzmanları gerek hizmet hastanelerinde gerekse akademik ortamda temel bir konumda yer almaktadır. Bir iç hastalıkları uzmanı; hastasına sahip çıkan, kendine güvenen, hastasına hakim olan ve güven veren durumda olması gereklidir. Ayrıca kritik düşünme becerisine, bütüncül ve mevcut duruma daha yukarıdan bakabilen bir anlayışa sahip olmalıdır. Bu noktadan hareketle; tıp fakültelerindeki ve İç Hastalıkları uzmanlığındaki öğrencilerin İç Hastalıkları eğitimi, Genel Dahiliyenin çatısı altında toplanmalı, sonuçta Genel Dahiliye Bilim Dalı kurulması zorunluluk haline gelmelidir. Ayrıca uzmanlık eğitminin eğitim yöneticisinin de Genel Dahiliyeci olması ve Genel Dahiliye yapılanması olmayan kurumların eğitim verme haklarının ellerinden alınması gerekliliği, Genel Dahiliye Akademik Çalışma Grubu olarak yapmış olduğumuz toplantılarda ortak görüş olarak benimsenmiştir.

TUKMOS İç Hastalıkları müfredat komisyonu çalışmaları kapsamında "ortak dahiliye yataklarında eğitim verilmesi zorunluluğunun" müfredata yerleştirilmesi için Komisyon başkanı ile temasa geçilmesi planlanmıştır.

İç Hastalıkları uzmanlığı ihtisas eğitiminde uzmanlık öğrencilerinin genel dahiliyede geçirdikleri ihtisas sürelerinin oldukça kısa olduğu bu eğitimin büyük kısmının yan dal rotasyonları şeklinde olması dikkat çekicidir. Oysa ki ihtisas amacıyla alınan araştırma görevlileri İç Hastalıkları adına kadroda yer almakta ancak uygulama pratiğinde çoğu süreyi yan dallarda tamamlamakta genel dahiliye servis ve polikliniklerinde çok az bir süre geçirmektedir. İhtisas eğitimi sonrasında çoğunlukla yan dalları ilgilendiren hasta profili yerine, genel dahiliye hasta profili ile karşılaşacak olan İç Hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin genel dahiliyede geçirdikleri sürenin daha uzun olmasının gerektiğini ve bu konuda TUKMOS ile işbirliği yapılmasının uygun olacağını düşünüyoruz.

Acil Servis- İç Hastalıkları hasta yükü çalışması- İç Hastalıkları uzmanları tarafından verilen hizmetin niteliğini değerlendirecek ölçütler bulunmamaktadır. Genel Dahiliye Akademik çalışma grubu olarak bu durumu ortaya koymak amacıyla birkaç çalışma planlanmıştır. Öncelikle pratik uygulamada görülen, İç hastalıkları uzmanı olmadan bir sağlık değerlendirmesi ya da sağlık hizmetinin verilmesinin neredeyse imkansız olduğudur. Bu durum, acil servislerden istenilen konsültasyonların sıklığı ve tabii ki gerekliliğinin önemi değerlendirildiğinde daha iyi anlaşılmaktadır. Bu amaçla yapılmış, gerek ülkemizden gerek yurt dışından birkaç çalışma olsa da öncelikli olarak acil servislerde İç Hastalıkları uzmanlarının rolünü belirlemek amacıyla istenilen konsültasyonların özelliklerini ve oranlarını değerlendirmek, bu konsültasyonlarda değerlendirilen hastaların acil servislerde kullanılması uygun olabilecek basit, hızlı, kolay, güvenilir skorlama sistemleriyle aciliyet ve komorbiditelerini ortaya koymak amacıyla çok merkezli bir çalışma planlamaktayız. Çalışma etik kurul onayı sürecinde olup, mevsimsel özelliklerden ve acil servise başvuru durumlarını değiştirebilecek diğer faktörlerden etkilenmeyi minimuma indirecek şekilde bir yılın 4 farklı dönemini kapsayan birer haftalık verilerin kaydedildiği ve çok merkezli ilk çalışma olacaktır. Böylece halen eğitim süreçlerinin bir kısmını İç Hastalıklarında geçiren acil servis asistanlarına İç Hastalıkları acilleri ve temel konular ile ilgili kapsamlı eğitim verilmesini ve belki de İç Hastalıkları rotasyonu ile ilgili çıkarımlar yapılmasını sağlayacak önemli sonuçlar elde edileceğini umuyoruz.

Mecburi Hizmette Üniversiteler: Birçok yan dal uzmanı devlet yükümlülüklerini zaman zaman açılan kadrolarla üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde yapabilmektedir. Aynı şekilde İç Hastalıkları uzmanlarının da devlet hizmet yükümlülüklerini belirli şartlara göre düzenlemeler yapılıp koşullar belirlenerek üniversiteler ve eğitim araştırma hastanelerinde tamamlaması ve bu sayede akademik bir kariyer planlayan İç Hastalıkları uzmanlarının eğitim kurumlarında kalabilmesi için gerekli mercilerle iletişime geçilmesi kararlaştırılmıştır.

Sevk zincirinde Genel Dahiliye: TIHUD'nin 2008 raporunda aile hekimliği sistemi ile mecburi sevk zinciri işlemeye

başladığında dahiliye uzmanlarına başvuracak hasta sayısının azalmasından endişe duyulduğu belirtilmişti. Günümüz itibariyle sevk zinciri henüz faaliyete geçmiş değildir. İç Hastalıkları uzmanının bu sevk zincirinde yan dallardan önce konumlandırılması genel dahiliyenin geleceği, sevk zincirinin doğru işlemesi, en önemlisi de hastaların uygun teşhis ve tedavi süreci açısından büyük önemi vardır. Sevk sisteminin işlerlik kazanmasından önce bu durumun Sağlık Bakanlığı yetkililerine anlatılması için çalışmalar yapılması planlarımız arasında yer almaktadır.

Genel Dahiliyenin yeni rolleri: Artık çağımızda ve ülkemizde yaşlı ve nispeten morbidite durumları değişken, palyatif bakıma daha çok ihtiyaç duyacak bir nüfusun giderek arttığını görmekteyiz. Bu konuda hastaları bir bütün olarak ele alabilen, gerek hasta bakımı, gerek medikal tedavi, gerek kronik hasta yönetimi konularında deneyimli olan genel dahiliye hekimlerinin bu alanda aktif rol alması kaçınılmazdır. Zaten TIHUD, Genel dahiliye hekimini etik ve profesyonel değerlere sahip, eğitim ve yetkinlikleri belirlenmiş, hasta bakımında hasta- odaklı, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğini ön plana çıkarmış, kronik hastalık yönetimini ve koordinasyonunu üstlenmiş, profesyonelliği, sürekli eğitim ve gelişmeyi benimsemiş, genel dahiliye- yan dal işbirliğini en üst düzeye getirmiş, takım liderliği yapan, sağlık okur-yazarlığı konusunu sahiplenmiş, enformasyon teknolojisini yoğun kullanan uzman hekim olarak tanımlamıştır. Bu nedenle genel dahiliyeci iyi bir kronik hastalık koordinatörüdür. Palyatif bakım konusu zaten hasta odaklı hizmet uygulamasında adı konulmamış bir şekilde genel dahiliye uzmanları tarafından yürütülmektedir. Bu amaçla hizmet içi eğitimlerin verilmesi ve palyatif bakımda adı konulmuş şekilde aktif rol almaları uygun olacaktır.

Klinik pratiklerimizde görmekteyiz ki sadece preoperatif dönem değil, perioperatif anlamda genel dahiliye uzmanları cerrahi hastaların takiplerinde vazgeçilmez bir rol üstlenmektedir. Bu amaçla anesteziyologların ve cerrahların sık sık beraber bilgi paylaşımları yaptıkları genel dahiliyeciler belki de genel cerrah- anestezist- genel dahiliye uzmanı ekibi olarak perioperatif dönem üçgeninin daha sağlıklı ve daha az morbidite süreci şekilde yaşanmasında ayrılmaz köşelerinden birini oluşturacaktır.

Kış Okulu ve çeşitli sertifikasyon programları: Düzenli yapılan, geniş katılımlı Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, bölgesel toplantılar ve çeşitli üniversitelerimizin özverili çalışmaları ile düzenlenen bölgesel İç Hastalıkları günleri şeklindeki eğitim faaliyetleri mezuniyet sonrasında eğitimin sürekliliğini sağlayan etkinliklerdir. Genel Dahiliye Akademik Çalışma Grubu olarak, dileğimiz ve planlarımız arasında yer alan ve belirlenmiş konularda yapılacak kış okulu uygulamasının da spesifik konuların daha yoğun işlendiği eğitim etkinliklerinden olacağına inanmaktayız.

Ayrıca İç Hastalıklarının günlük pratiğinde yer alması gereken ultrasonografi, ekokardiyografi kullanımı ile ilgili yeterlilik ve sertifika programlarının başlatılması gerektiğine inanıyoruz.

Temel Genel Dahiliye Kitabı: İç Hastalıkları uzmanlık eğitiminin güçlendirilmesi esastır. Bu alanda yabancı dillerden Türkçeye çevrilmiş eserlerin yanı sıra ülkemizin önde gelen isimleri tarafından Türkçe olarak kaleme alınmış çok sayıda güzel eser mevcuttur. Bunlara ek olarak; doğru zamanda, doğru ve hızlı karar vermeyi sağlayabilen, pratik uygulamalarda kullanılabilen; çeşitli düzenlemelerin yapıldığı; gerek tıp, gerek iç hastalıkları uzmanlık eğitimi ilk yıl öğrencisi ve gerekse yeni mezun bir hekimin ihtiyacı olan propedötik, fizik muayene ve atlanmaması gereken noktaların da yer aldığı semptomdan tanıya varış, doğru tetkik kullanımı ve tedavi algoritmalarının bulunacağı kaynak kitapların oluşturulmasını planlamaktayız. Böylelikle hem uzmanlık hem de tıp eğitiminde genel dahiliye olarak ülkemizde iç hastalıkları açısından standardiazasyon sağlanacağına inanıyoruz.

GENEL DAHİLİYE'NİN AKADEMİK VEYA ÜÇÜNCÜ BASAMAK MERKEZLERDEKİ ROLÜ NEDİR?

Dr. Pınar YILDIZ
Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği İç Hastalıkları Uzmanını; 'Etik ve profesyonel değerlere sahip, eğitim ve yetkinlikleri belirlenmiş, hasta bakımında hasta-odaklı, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğini ön plana çıkarmış, kronik hastalık yönetimini ve koordinasyonunu üstlenmiş, profesyonelliği, sürekli eğitim ve gelişmeyi benimsemiş, genel dahiliye-yan dal işbirliğini en üst düzeye getirmiş, takım liderliği yapan, sağlık okur-yazarlığı konusunu sahiplenmiş, informasyon teknolojisini yoğun kullanan uzman hekim' olarak tanımlamıştır. Bu tanımlama kendi içinde, İç Hastalıkları uzmanına yüklenmiş misyonun ne derece önemli olduğunu da net bir şekilde ortaya koymaktadır. Ancak son yıllarda sağlık sistemindeki sorunlar, hasta bakma odaklı performans uygulamaları ve İç Hastalıklarının bilim dallarına ayrılmak suretiyle bütüncül anlayışından uzaklaşması ile birlikte İç Hastalıkları Ana Bilim Dalının dış ve iç yüzü değişmiş, güçlü yapısını kaybetmeye başlamıştır.

Özellikle temel amaçlarından biri **İç Hastalıkları uzmanı** yetiştirmek olan üniversite hastanelerinde, özellikle yan dallara ayrılmanın sonrasında ihtisas eğitimleri başta olmak üzere, hasta yönetiminde de sorun yaşanmaktadır. İç Hastalıkları uzmanlığını parçaların bütünü olarak yorumlamak çok doğru olmadığı için, asistan hekimlerin bütünü doğru parçalayabilmeyi ve bu parçaları yorumlayarak yeniden bütüncül bakmayı mutlaka ihtisas eğitimi sırasında öğrenebilmesi şarttır. Bu noktada 'genel dahiliye'kavramının anlaşılabilmesi için İç Hastalıkları eğitimi veren tüm üniversite hastanelerinde ve eğitim araştırma hastanelerinde Genel Dahiliye'nin diğer yan dallarla aynı statüde yaygın ve kurumsal bir kimlik kazanabilmesi son derece önemlidir.

Dünyada İç Hastalıkları; Bilinen en eski ve güçlü İç Hastalıkları uzmanı olan Hipokrat'tan beri İç Hastalıkları uzmanlığı dünya genelinde önemini korumaktadır. Hipokrat; tıp biliminde başarının ancak genel bütüncül bakış açısıyla yakalanabileceği savunmaktadır. Takip eden süreçte 1970'li yıllarla birlikte iç hastalıklarında alt branşlara ayrılmalar başlamıştır. Hastalar ilgili branşlarca değerlendirilse de, yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalıklar artmış ve çoklu ko- morbiditelerin tanı, tedavi ve takibinde genel bakış açısı gerekmektedir. Bu durum ile birlikte özellikle hastanın bir bütün halinde görülmesi, tetkik/tedavi maliyetlerinin kanıta dayalı şekilde düzenlenmesi ve daha birçok yenilenmiş rolün içinde barındığı 'Genel Dahiliye'kavramını yeniden ortaya çıkarmıştır. İç Hastalıkları uzmanlığı ve sistemler açısından bakıldığında; Amerika Birleşik Devletleri(ABD.) ve Avrupa ülkelerinde İç Hastalıkları uzmanlığı, yan dallar ve genel dahiliye üniteleri ile ilgili farklı uygulamalar mevcuttur. Yan dal ve genel dahiliye eğitim süreleri ve işleyiş ile ilgili standart bir sistem bulunmamaktadır. Ancak ortak olan görüş İç Hastalıkları uzmanlarının koruyucu hekimlik, kritik düşünme ve karar vermede etkin, epidemiyolojiye hakim ve eğitim alanlarında da sorumlu olduğu bir anlayıştır.

Türkiye'de İç Hastalıkları; Ülkemizde şuan üniversitede Genel Dahiliye bilim dalı bulunmaktadır. Eğitim Araştırma Hastanelerinde ise kliniklere ayrılmış sistem Genel Dahiliye temelinde çalışsa da yan dal klinikleri açılmış ve bölünmeler yaşanmıştır. İç Hastalıkları uzmanlık öğrencileri eğitim sürelerinin neredeyse tamamına yakınını yan dallarda rotasyonda geçirmektedir. Şüphesiz ki, uzmanlık eğitiminde asistanların yan dal yaklaşımını, hasta tanı/tedavi ve takip süreçlerini gözlemlemesi şarttır ancak bu görüş bütünsel bakışı bozmamalı sadece katkı sağlamalıdır. Her bir sorunu sadece organ sistemlerine göre değerlendirmek ve yan dallara danışarak çözmek İç Hastalıkları uzmanlarının gücünü kaybetmesine yol açmıştır. Aynı zamanda ihtisas eğitimini tamamlamış İç Hastalıkları uzmanlarının yan dal ihtisası yapmalarının özendirilmesi de İç Hastalıkları Genel Dahiliye uzmanlarının sayısının azalmasına yol açmakta ve prestij kaybına neden olmaktadır.

İç Hastalıkları Genel Dahiliye'nin uzmanlık eğitiminde önemi; Uzmanlık eğitiminin hasta temelli ancak bilimsel ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayanmış bir yapıda olması önemlidir. Özellikle İç Hastalıkları gerek hizmet hastanelerinde gerek akademik ortamda tıbbın temelindedir. Eğitimin uzmanlık sonrasında da dinamik olarak devamlılığının sağlanması, yeni gelişmelerden haberdar olunması öncelikli konuların başındadır. Genel Dahiliye uzmanı olarak mezun olmuş bir uzmanın farkındalığının, bilgi ve becerilerinin arttırılmasında Genel Dahiliye kavramı büyük öneme sahiptir. Takım lideri vizyonuna sahip, sosyal/organik boyutuyla hastasına hakim ve güven veren, sahiplenen, doğru yönlendiren ve en önemlisi de kritik düşünme becerisini kazanmış bir İç Hastalıkları uzmanı yetiştirmek Genel Dahiliye'nin en önemli misyonudur. Bu nedenlerden ötürü akademik alanda Genel Dahiliye'nin en öncelikli görevi ihtisas eğitimi sorumluluğudur.

İç Hastalıkları Genel Dahiliye'nin İlgi Alanları; İç Hastalıkları Genel Dahiliye'nin merkezi hastadır. Klinisyen olarak kendisine başvuran ya da danışılan hastanın sağlığını korumak ve iyileştirmek ile ilgilidir. Akademik alanda ise Genel Dahiliye İç Hastalıkları uzmanına, eğitim sorumluluğu dışında, hasta yönetimi ve hasta bakımının iyileştirilmesi, kalite uygulamaları, yönetici ve mentor vasfı, gözleme dayalı klinik araştırmalar, akut/kronik hasta bakımı, konsültanlık ve koruyucu hekimlik alanında çalışma ve kendini geliştirme imkanı yaratır.

Sonuçta; İç Hastalıkları Anabilim Dalı içinde, Genel Dahiliye'nin bir üst-yan dal olarak uzmanlık eğitiminde ve yüksek kaliteli hasta bakımında güvenilir kurumsal, yaygın kabul görmüş bir yer edinmesi ve bununla birlikte *takım lideri ve koordinasyon* görevlerini en iyi şekilde sağlayabileceği bir kimlik kazanması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Tanriover MD, Rigby S, van Hulsteijn LH, Ferreira F, Oliveira N, Schumm-Draeger PM, Weidanz F, Kramer MH; Working Group on Professional Issues, European Federation of Internal Medicine (EFIM). What is the role of general internists in the tertiary or academic setting? Eur J Intern Med. 2015 Jan;26(1):9-11.
2. Oz SG., Guven GS., Sozen T., Iskit AT, Kilicarslan A. İç Hastalıkları Anabilim Dalının Yan Dalı Olarak Genel Dahiliye. İç Hastalıkları Dergisi Cilt: 12 Sayı: 3 Yıl: 2005 155-160
3. Kellet J, Hillen H. Introduction to Internal Medicine. European Manuel of Internal Medicine. Vol. 1. München: Urban & Fischer Verlag, 2002: 1-7.
4. Armstrong K, Keating NL, Landry M, Crotty BH, Phillips RS, Selker HP; Council of the Society of General Internal Medicine. Academic general internal medicine: a mission for the future. J Gen Intern Med. 2013 Jun;28(6):845-51.

ÇALIŞMA ÖYKÜSÜ ALMANIN ÖNEMİ

Dr. Mehmet Erdem ALAGÜNEY
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İş Sağlığı Güvenliği, Ankara

Çalışma öyküsü, hastanın tam ve doğru tanı alabilmesi ve bu doğrultuda tedavi olabilmesi için tıbbi öykünün diğer verileri gibi hayati önem taşımaktadır. Ancak çalışma öyküsü almanın bireyin sadece doğru tanı ve tedavi almasının ötesinde faydaları vardır. Öncelikle bir hastaya doğru tanı konulup tedavisi verilse bile mesleksel ilişki ortaya konulamadıysa hasta işine devam edecektir. Mesleksel etkilenim devam ettiği müddetçe de hastanın tekrar tekrar hastalanması kaçınılmazdır. Bunun yanında meslek hastalıkları yüzde yüz önlenebilir hastalıklardır. Doğru ve erken tanı konulabilirse hastanın bazı durumlarda hiç tedaviye gerek kalmadan sadece etkenden uzaklaşması ve uygun önlemlerin alınması ile iyileşmesi ve bir daha hastalanmaması sağlanabilir. Bir başka ve çok önemli husus ise hasta ile aynı etkene maruz kalan iş arkadaşlarının da hastalıklarının tespit edilmesi, hasta değillerse gerekli önlemler alınarak birincil korunma sağlanmasının mümkün olmasıdır. Bu bir hastayı iyileştirmekten çok daha öte, duruma göre onlarca veya yüzlerce kişinin sağlığını koruyabilmemizi sağlayacak bir fırsattır. Aynı zamanda meslek hastalıklarının tespit edilebilmesi çalışanların sağlık ve güvenliklerinin korunmasını, hastalık ve sakatlıkların önlenmesini, gereğinde tazminat haklarına ulaşabilmelerini ve sağlık harcamalarının da azaltılmasını sağlayacaktır (1).

Hekimlerin çalışma öyküsüne yaklaşımı

Meslek hastalığı veya meslekle ilişkili bir rahatsızlığı olan hasta öncelikle ve en sık birinci basamak hekimine başvuracaktır. Bunun yanında duruma göre ikinci ve üçüncü basamak hekimleri de bu hastalarla karşılaşmaktadırlar. Yukarıda bahsedilen tüm olumlu getirilerine rağmen çalışma öyküsünün doktorlar tarafından göz ardı edilebilen bir unsur olduğu gerçeği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.

İngiltere'de yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin %75'inin hastanın mesleğini sordukları görülmüştür (2). ABD'de yapılan başka bir çalışmada ise birinci basamakta hekimlerin sadece %24'ünün hastalarının mesleğini sorduğu görülmüş. Tıp fakültesi 3. Sınıf öğrencilerinin aldığı tıbbi öykülerde meslek sorma oranı %70 saptanmıştır (3). Ülkemizde yapılan bir çalışmada poliklinik doktorlarının %43,9'unun meslek öyküsünü hiç almadıkları görülmüştür(4). Başka bir çalışmada da hastalara %89,7 oranında yaptıkları işin sorulmadığı ortaya çıkmıştır (5).

Bu durum göstermektedir ki meslek hastalığı tanısı koymada sıkıntılar mevcuttur. Sıklığı, ekonomik yükü ve klinik önemi bu kadar fazla olmasına rağmen meslek hastalıkları tanı sürecinde maalesef geri planda kalmaktadır. Bu nedenle tüm hekimlerin bu konuda duyarlı ve şüpheci olması, hastaların doğru tanı alabilmesi ve tedavi olabilmesi için şarttır. Dr. Bernardino Ramazzini henüz 17. yüzyılda "hastalara ne iş yaptıklarını sorunuz" diyerek konunun önemine işaret etmektedir (1).

Burada öncelikle yapılması gereken ne olursa olsun hastanın mesleğini sorma kültürünün doktorların rutin alışkanlığı haline getirilmesidir. İkinci olarak çalışma öyküsünün tam ve doğru alınabilmesi için gerekli donanıma sahip olmaları için çalışmalar yapılmalıdır.

Çalışma öyküsü nasıl alınır

Başlangıç soruları

Her hastaya mesleği sorulmalıdır. Mesleğin tıbbi öykünün ayrılmaz bir parçası olduğu daima aklıda tutulmalıdır. Ancak sadece mesleğin adı değil, niteliği de sorgulanmalıdır. Pek çok anamnez formunda işçi, memur, emekli, serbest meslek gibi ifadelere rastlanılmaktadır. Bu bilgilerin meslek hastalıklarını aydınlatmada herhangi bir faydalarının olmayacağı açıktır. Her doktorun tüm hastalarından, hastanın mevcut işi ve daha önce yaptığı işlerin bilgisini alması gerekir. Bu durumda hastaya bir dizi tarama sorusu sorulması veya kendi doldurabileceği bir çalışma öyküsü formu verilmesi yoğun poliklinik ortamında istediğimiz bilgileri alabilmemizi sağlayacaktır. Ayrıca bu tip bir çalışma öyküsü formunun verilmesinin, hastanın daha çok bilgiyi hatırlamasını sağladığı görülmüştür (1,6).

Hastaya ilk etapta sorulması önerilen sorular şunlardır; Çalışıyor musun, ne iş yapıyorsun? Sağlık sorununun işinle ilişkili olduğunu düşünüyor musun? Şikâyetlerin işte ya da evde olmana göre değişiyor mu? Toz, kimyasal, metal, radyasyon, ya da gürültüye maruz kalıyor musun? Daha önceden toz, kimyasal, metal, radyasyon ya da gürültüye maruz kaldın mı? İş arkadaşlarında benzer şikâyetler var mı?

Kapsamlı çalışma öyküsü alma

Bir ya da daha fazla yanıt şikâyetlerin meslekle ilgili olabileceğine dair şüphe uyandırıyorsa ya da hasta standart tedavilere yanıt vermiyor, demografik verileri hastalığına uymuyor (40 yaşında sigara içmeyen hastada akciğer kanseri gibi), veya etyoloji tespit edilemiyor ise hastadan ayrıntılı mesleksel öykü alınmalıdır. Ayrıca bazı hastalıklar da mesleksel açıdan ayrıntılı incelemeyi gerektirir. Bunlar arasında nedeni tespit edilemeyen anemi, astım, akut bronşit, kronik akciğer hastalıkları, dermatit, baş ağrısı, hepatit, yeni başlangıçlı depresyon, nöropati, pnömokonyoz, böbrek yetmezliği, üreme bozuklukları sayılabilir (1,6,7).

Meslek hastalığından şüphelenildiği durumlarda kapsamlı çalışma öyküsü alınması gerekir. Burada bir dizi sorunun ayrıntılı ele alınması esastır. Kapsamlı çalışma öyküsü almak yeterli zaman ayırma ve dikkat gerektirir.

İş öyküsü: Öncelikle hastanın yaptığı işler tanımlanır. Halen yaptığı işin yanı sıra eskiden yapmış olduğu ve ek

iş olarak yaptığı tüm işlerin sorgulanması gerekir. İş öyküsünde; işverenin adı, işe giriş tarihi, iş unvanları, işte neler yapıldığı, ne süredir bu işte çalıştığı, günde ne kadar süre çalıştığı, işyerinde nöbet ve rotasyon sisteminin olup olmadığı sorulması gereken başlıca sorulardır. Hatta hastaya tipik bir işgünün nasıl geçtiğini kısaca anlatmasını istemek de önemli bilgiler alınmasını sağlayacaktır. Hastadan işyerinin bir krokisini çizmesi de istenebilir(1, 6).

Meslek hastalıkları latent periyodu uzun hastalıklar olduğundan hastanın çalışa geldiği tüm pozisyonlar ayrıntılı listelenmelidir. Dikkat edilmesi gereken bir başka nokta da aynı işyerinde aynı unvan ile çalışan kişilerin farklı pozisyonlarda çalışmaktan kaynaklanan farklı etkilenimleri olabileceğidir. İş öyküsüne askerlik hizmetinin de dâhil edilmesi uygundur çünkü çeşitli mesleksel ve çevresel etkilenimler askeri hizmetlerde görülebilmektedir (1, 6).

Hastanın iş öyküsü kapsamında işe giriş muayenesi ve periyodik muayenelerinin yapılıp yapılmadığı sorulmalıdır. Bu muayeneler sonucunda herhangi bir patolojik bulgu saptanıp saptanmadığı veya bir hastalık tanısı alıp almadığı öğrenilmelidir. Böyle bir durum varsa buna bağlı iş değişikliği veya izin kullanma durumları da sorgulanmalıdır. Bu kapsamda çalışma süresince hastalık nedeniyle kullanılan tüm izinler ve nedenleri ve geçirilmiş iş kazaları itina ile sorgulanmalıdır (7).

İş yeri maruziyetleri: Maruziyetlerin incelikle değerlendirilmesi ayrıntılı meslek öyküsünün önemli bir başka başlığıdır. Her bir yapılan iş için olası maruziyetlerin listelenmesi gerekir. Hastanın mevcut yakınmaları ve bulgularına göre hekim diğer maruziyetleri de sorgulamalıdır. İşyeri maruziyetlerinde metal, kimyasallar, tozlar, titreşim, gürültü ve radyasyon gibi fiziksel faktörler ile mikroroganizmalar ve stres sorgulanmalıdır. Dikkat edilmesi gereken bir önemli husus bu maruziyetlerin direkt veya endirekt olabileceğidir. Örneğin aynı fabrikada tozla ilişkili olmayan bir bölümde çalışan hastanın tozla çalışan başka bir birime yakın olması veya o birimde toza maruz kalacak şekilde etkileşimde olması da gözden kaçabilecek bir mesleksel maruziyettir (1, -6).

Maruziyetle ilgili sorgulanması gerekenlerden biri de maruziyet miktarıdır. Hastaya bu noktada işyerinde ne tür görevleri ne sıklıkta yaptığı, ne kadar süre yaptığı, hangi materyallerle çalıştığı sorulmalıdır. Hastanın işyerinde maruz kaldığı etkenler değerlendirilirken öncelikle sık ve fazla miktarda etkilenim olanlar incelenmelidir (1, 6).

İşyeri maruziyetleri açısından hastanın işyerinde yemeği nerede yediği, dinlenme aralarının nerede yapıldığı, sigara ve madde kullanımı, el yıkama, tuvalet ve banyo ihtiyaçlarını nerede giderdiği ve iş kıyafetlerinin nerede temizlendiği öğrenilmelidir. Varsa işyerindeki hayvanların sağlığı da işyeri maruziyetleri açısından çok önemli bilgiler verebilir (7).

İşyeri maruziyetleri değerlendirilirken işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve işyerinde çalışan diğer sağlık personeli ile görüşüp bilgilerine başvurmak çok değerli bilgiler sağlayacaktır. Bu bilgiler alınırken işyerinin sağlayacağı Malzeme Güvenlik Bilgi Formları, periyodik muayene kayıtları, hastalık izni raporları gibi evraklar öykünün tamamlanmasına yardım edecektir (7).

Koruyucu önlemler: Koruyucu önlemlerin varlığı da maruziyet değerlendirilirken göz önüne alınması gereken bir diğer hususdur. Hem kaynakta kontrol hem kişisel koruyucu önlemlerin varlığı etkilenimi değiştirecektir. Bu konuda hastaya ilk sorulması gereken çalıştığı maddelerin veya ortamın tehlikeleri konusunda kendisine bir uyarı yapılıp yapılmadığıdır. Bu uyarılar ve mevcut tehlikeler konusunda eğitim verilip verilmediği de öğrenilmelidir.

Hastaya çalıştığı ortamın şartları, havalandırma durumu, koruyucu ventilasyon olup olmadığı, kendisine kişisel koruyucu donanım kullanmasının önerilip önerilmediği ve bunları nasıl kullandığı özellikle sorgulanmalıdır. Örneğin kişisel koruyucu donanımları iş esnasında düzenli kullanıyor mu, bu donanım kendisine uygun mu, donanımı kendine uygun hale getirmek için kişisel müdahalede bulunmuş mu öğrenilmelidir (1,6,7).

Belirtilerin zamanlaması: Hastanın belirtilerinin zamanlaması işyeri maruziyeti ile ilgili çok önemli ipuçları verebilir. Hastaya şikâyetlerinin hafta sonu veya tatillerde azalıp azalmadığı sorulmalıdır. Örneğin mesleksel astımı olan bir hasta şikâyetlerinin işe geldiğinde arttığını iş çıkışı ve hafta sonları azaldığını belirtebilir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta mesleksel hastalık ilerledikçe hastalık süreğenleşebileceğinden maruziyetten uzaklaşılsa da klinik rahatlama görülmeyebileceğidir.

Diğer çalışanlarda benzer belirtiler: Diğer çalışanlarda benzer belirtiler olduğunu hasta söylemese dahi sorgulamak çok önemlidir. Hasta mesleksel maruziyetten kendi şüphelenmiyorsa iş arkadaşlarının rahatsızlıkları ile kendi rahatsızlıkları arasında bağlantı kuramayabilir. Oysa bu bağlantı tespit edilebilirse meslek hastalığı tanısı koymak için çok özgül bir ipucudur (1,6,7).

İş dışı etkilenimler: Bunlar hobiler, eğlence aktiviteleri, karşılığında ücret alınan veya alınmayan ek işler olabilir. Hobilerden özellikle boya işleri, ağaç işleri, yontmacılık ve kaynak işleri riskli etkinliklerdir. Bu nedenle hastaya sorulması gereken önemli bir soru da "Bu işinden başka bir iş yapıyor musun?" veya "Başka bir ek işte çalışıyor musun?" şeklinde olmalıdır. Mesleksel maruziyet ile karışabileceğinden veya etkilenmeyi arttırabileceğinden bu durumların da sorgulanması gereklidir (1,6,7)

Çevre öyküsü: Hastanın çalışma öyküsü alınırken iş dışı etkilenimleri ortaya çıkarmak adına çevresel maruziyetlerin de sorulması gerekir. Ev veya işyeri yakınında yeni bir fabrika açılıp açılmadığı, tehlikeli atıklara maruz kalıp kalmadığı öğrenilmelidir. Ayrıca hava kirliliği, eşin mesleği, evin ısıtma ve yalıtım sistemleri, evde temizlik amacıyla kullanılan maddeler ve böcek ilaçları tıbbi öykü için önemli bilgiler sağlayabilir (7).

Kaynaklar

1. Bilir, N., Yıldız A.N. (2013). İş Sağlığı Ve Güvenliği. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları
2. Elms J, O'Hara R, Pickvance S, Fishwick D, Hazell M, Frank T, Henson M, Marlow P, Evans G, Bradshaw L, Harvey P, Curran A, The perceptions of occupational health in primary care. Occupational Medicine2005;55.523–527http://occmed.oxfordjournals.org/content/55/7/523.full.pdf Erişim:7 Temmuz 14
3. Case Studies in Environmental Medicine, Taking an Exposure History, http://www.atsdr.cdc.gov/csem/exphistory/docs/exposure_history.pdf Erişim: 7 Temmuz 14

4. Çimrin A.H.,Sevinc C., Kundak I., Ellidokuz H. And Itil O.(1993). Attitudes Of Medical Faculty Physicians About Taking Occupational History. Medical Education, 33: 466-467http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10354325 Erişim: 7 Temmuz 14
5. Pınar T., Çakmak A.Z., Saygun M., Ulu N. (2007). Hasta Dosyalarında Tanı Ve Tedaviyi Etkileyebilecek Meslek Ve Diğer Faktörlerin Tıbbi Kayıtlarda Yer Alma Durumlarının Değerlendirilmesi. Turkiye Klinikleri J MedSci, 2008, 28:40 -47 http://www.turkiyeklinikleri.com/pdf/?pdf=5a9bc9a177cbc00de5ddd8d5b7de023d Erişim: 7 Temmuz 14
6. Lax B.M.,Manetti A.F., Klein R. (1998). Recognizing Occupational Disease- Taking an Effective Occupational History. Am Fam Physician, 15;58(4):935-944. http://www.aafp.org/afp/1998/0915/p935.html Erişim: 7 Temmuz 14
7. LaDou J. (1990) Occupational Medicine International Edition. USA. Appleton&Lange Publishment.

KRONİK HASTALIKLAR VE ÇALIŞMA HAYATI

Dr. Sultan Pınar ÇETİNTEPE
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Hipertansiyon

- ABD'de erişkinlerin yaklaşık %29 ila 31'inde hipertansiyon mevcuttur.
- Bu toplam nüfusta 58 ila 65 milyon hipertansiyon hastasına karşılık gelmektedir (1).
- Hipertansiyon gelişmiş ülkelerde %20 oranı ile çalışan kişilerde en sık rastlanılan kardiyovasküler hastalıktır (2).
- Tüm dünyada artmış kan basıncı nedeniyle 7.5 milyon insanın öldüğü tahmin edilmektedir.
- 57 milyon sakatlığa bağlı kaybedilen yaşam yılı (Disability Adjusted Life Year, DALYS)'na neden olduğu gösterilmiştir (3).
- Türkiye'de yapılan çalışmalarda erişkin yaş grubunda hipertansiyon prevalansı %33 - %35,9 arasında değişmektedir (4).

1) Çalışmanın hipertansiyon üzerine etkisi

A) Kimyasal etkenler

Kurşun: Toplum çalışmalarında kurşuna maruz kalma ile HT ve KVH gelişim açısından ilişki gösterilmiştir.

- Ayrıca deneysel hayvan çalışmaları ve izole dokular ve hücre kültürlerinde yapılan çalışmalar **düşük doz kurşuna kronik maruz kalmanın** da hipertansiyon, endotel hasarı ve disfonksiyonu, arterioskleroz ve kardiyovasküler hastalığa neden olduğunu göstermiştir.

Encyclopedia of Occupational Health and Safety 4th edition, 1998, ILO

- **Talyum, kadmiyum, arsenik** insanlarda hipertansiyonu tetikleyebilir (5).
- Sahada çalışanlarda **akrep ve karadul cinsi örümceğin zehirleri** dolaşıma masif katekolamin çıkışı ile ciddi hipertansiyona neden olur.
- **Organofosfatlar** da nikotinik reseptörler üzerindeki etkileriyle akut olarak kan basıncında yükselme yapar.

B) Fiziksel etkenler

- **Gürültü:** Gürültü günümüzde psikososyal bir stres kaynağı olarak kabul edilmiştir.
  - Gürültü uyaranına akut periferik yanıtlar belirgin olarak periferik vazokonstriksiyona, parmak ucu nabız ölçümünde azalmaya, cilt ısısında düşmeye ve hem sistolik hem diyastolik kan basıncında artışa neden olur (6).
- **Aşırı sıcak ve soğuk:** Brezilya'da metal işçilerinde (Kloetzel et al. 1973) ve Kanada'da bir cam fabrikasında (Wojtczak-Jaroszowa and Jarosz 1986) yapılmış iki kesitsel çalışmada yüksek sıcaklık değerine maruz kalan çalışanlarda hipertansiyon prevalansının belirgin arttığı gösterilmiştir.
- **Vibrasyon:** Tüm vücut vibrasyonuna kardiyovasküler sistemin yanıt mekanizmaları henüz açıklığa kavuşmamıştır.

C) Psikososyal etkenler

- **Stres:** Sürekli stresin yüksek kan basıncına neden olduğu konusunda çok fazla kanıt vardır. (Henry et al., 1986; Linden, 1984; Markovitz et al., 1993; Shapiro, 1996; Step- toe, 1986).
- **Vardiyalı çalışma:** Japonya'da yapılan ve 3963 gündüz saatinde çalışan ile 2748 vardiyalı çalışanın karşılaştırıldığı 14 yıllık bir kohort çalışmasında, vardiyalı çalışmanın kan basıncı artışı için önemli ve bağımsız bir risk faktörü olduğunu ortaya konulmuştur (7).

2) Çalışma hayatında hipertansif hasta

- **A) İşe giriş muayenesi:** Tansiyon takibi
  - Hipertansiyona başka bir hastalık mı neden olmuştur? Hipertansiyona bağlı organ hasarı gelişmiş midir?
  - Tam kan sayımı, idrar tahlili, böbrek fonksiyon testleri (üre, kreatinin), kan şekeri ve elektrolit ölçümü, lipit profili ve EKG tetkikidir.
- **B) Periyodik izlem:**
  - Kan basıncı bir kez kontrol altına alındıktan sonra 6 ayda bir kan basıncı ve elektrolit kontrolü için çağrılır
  - Yılda bir böbrek fonksiyonları ve kan elektrolitleri ile birlikte lipit profili, göz dibi muayenesi, idrar tahlili ve EKG istenir

3) Hipertansif hastanın çalışamayacağı işler (8)

- Yüksekte çalışma
- Yer altında çalışma
- Su üstü veya su altında çalışma
- Makine operatörlüğü veya araç sürülmesi gereken işler

Diabetes Mellitus

- Dünya genelinde DM'un prevalansı 1985'te 30 milyon iken 2010 yılında 285 milyon kişiye ulaşmıştır.
- Ülkemizde yapılan TURDEP çalışmasına göre 1998 yılında 2,5 milyon olan diyabetli hasta sayısı 2013 **yılında 7 milyona** ulaşmıştır.
- TURDEP 2 çalışması sonuçlarına göre Türkiye'de diyabet teşhisi konan kişilerin **%45,3'ü (3,4 milyon kişi)** 40 ile 59 yaşları arasındadır (9).

1) Çalışmanın diyabet üzerine etkisi

A) Fiziksel etkenler

Gürültü: Kronikleşmiş stres hormon yüksekliği, özellikle kortizol hipertonik ve diyabetojenik etkileri arttırır ve adipöz doku metabolizmasında bozulmalara yol açar.

- Uzun süreli gürültü etkilenimi ve diyabet arasında ilişkiyi ele alan bir metaanaliz sonucunda **çevresel gürültü maruziyetinin tip 2 DM gelişimde anlamlı riskli olduğu (%19-22)** mesleki gürültü maruziyetinin yüksek riskle ilişkili olmadığı bulunmuştur (10).

Aşırı sıcak ve soğuk: Erken gelişen periferik arterioskleroz bu hastaları soğuğa karşı hassaslaştırır ve lokal frostbite (soğuk ısırığı) riskini arttırır.

- **Vibrasyon:** Burke ve arkadaşlarının yaptığı 97.537 madencinin dahil edildiği dupuytren kontraktürü prevalansı ve etkenlerle ilişkisi konulu çalışmada vibrasyon maruziyet süresiyle dupuytren kontraktürü gelişimi arasında ilişki bulunamamıştır.
- Fakat madencilerde **eğer diabet mevcutsa bu risk anlamlı olarak artmıştır** (11)**.**

B) Kimyasal etkenler (12)

- **Çinko:** Çinko eksikliği deneysel ve klinik çalışmalarda diyabet gelişimiyle ilişkili bulunmuştur.
- **Arsenik:** Arseniğin glukoz metabolizmasını bozduğunu ve memelilerde beta hücrelerden insülin salınımının bozulduğunu gösteren kısıtlı sayıda çalışma vardır.
- **Kadmiyum:** Epidemiyolojik bir çalışmada tasfiyehanelerde kadmiyum maruz işçilerde kan glukoz seviyesinin yüksek ve insülin seviyesinin düşük olduğu gösterilmiştir.
- Kadmiyumun fare adipositlerinde doz bağımlı GLUT-4 protein azalmasını ve m-RNA ekspresyonunu indüklediği gösterilmiştir. Aynı zamanda, farelerde glukoz toleransını da bozduğu da saptanmıştır.
- **Civa:** Yapılan çalışmalarda civanın adacık beta hücre fonksiyon ve surveyini oksidatif stres yoluyla in vivo ve in vitro olarak etkileyebildiği gösterilmiştir.

C) Psikososyal etkenler

- **Stres:** Psikososyal ve iş ilişkili stresin hipotalamo-pitutüer-adrenal aks aktivasyonu üzerinden diyabet riskini arttırdığı bilinmektedir.
- Anket yöntemiyle yapılmış bir vaka-kontrol çalışmasında, 201 Tip 2 DM ve 201 kontrol hastasının genel durumları ve mesleki stresleri sorgulanmıştır.
- Tip 2 DM hastalarında mesleki stres skoru kontrol grubundan yüksek çıkmıştır ($p<0.01$) (13).
- **Vardiyalı çalışma:** Devamlı vardiyalı çalışma tip 2 DM gelişimini, insülin rezistansını, kilo alımını, uyku bozukluğunu, yeme alışkanlıklarını ve stres düzeyini etkilemektedir.
- 14.595 tip 2 DM hastasını içeren bir metaanalizde vardiyalı çalışma ve diyabetin ilişkisi incelenmiş;
- Yeni diyabet gelişimi riski **erkeklerde** kadınlardan, **vardiyalı çalışanlarda** gündüz çalışanlardan daha yüksek bulunmuştur (14).

2) Çalışma hayatında diyabetik hasta

Amerikan Diyabet Birliği (ADA)'ya göre işverenin sağlaması gereken diyabetli çalışan iş uyumu açısından alınacak önlemler;

- Kan şekerini ölçmek ve ara öğün almak için **yeterli zaman ve uygun bir dinlenme odası** olması
- Hipoglisemik dönem sırasında kan şekeri düzelene kadar dinlenebileceği güvenli yer
- Yemek ve diyabetik malzemeleri yakınında tutabilmesi
- **Diyabet tedavisi yapabilmesi için yeterli mola** ve diyabet yönetimi için eğitim verilmesi
- Dönüşümlü vardiyalar yerine **düzenli çalışma takvimi** düzenlenmesi
- Diyabetik nöropati nedeniyle yürümekte ve ayakta durmakta sıkıntı çekiliyorsa **sandalye veya tabureye otururak çalışılması**
- Diyabete bağlı görmede değişiklik varsa **geniş ekran bilgisayar ekranında çalışmanın** sağlanması olarak öngörülmüştür

Sağlık gözetimi

A) İşe giriş muayenesi

- **Fizik Muayene:** Boy ve kilo ölçümü, bel çevresi ölçümü, kan basıncı, **göz dibi muayenesi**, ağız içi muayenesi, tiroid palpasyonu, kardiyak muayene, abdominal muayene, nabız muayenesi (palpasyon ve oskültasyon), **el/parmak muayenesi (sklerodaktili ve Dupuytren kontraktürü yönünden), ayak muayenesi (diyabetik ayak yönünden)**, cilt muayenesi, nörolojik muayene özellikle dikkatli ve eksiksiz yapılmalıdır.
- **Laboratuvar:** HbA1C (3-6 ayda bir), açlık lipid profili, mikroalbuminüri, serum kreatinin, TSH, yıllık EKG takibi yapılmalıdır.

B) Periyodik izlem (Aralıklı kontrol muayenesi)

- HbA1C kontrolü 3 ayda bir, açlık lipid profili, mikroalbuminüri, serum kreatinin, TSH, yıllık EKG takibi, kan şekeri düzeyi takibi yapılmalıdır (15).
- Muayene sıklığı hastanın klinik durumuna göre yapılmalıdır.
- Komplikasyon gelişmeyen çalışanlar yıllık kontrol edilmelidir.

3) Diyabetik hastanın çalışamayacağı işler

- Ordu
- Hava pilotu
- 7.5 tonun üzerinde yük taşıyan vasıta kullanmak
- 16 kişi üzerinde yolcu taşıyan otobüs kullanmak
- Gemide çalışmak
- Tren kullanmak veya tren yolu kenarında çalışmak olarak sayılabilir (16).

Kaynaklar

1. Egan BM, Zhao Y, Axon RN. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008. JAMA 2010;303:2043.
2. Encyclopedia of Occupational Health and Safety 4th edition, 1998, ILO
3. WHO Global Health Observatory (GHO) data 2015
4. Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi, 2011, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara
5. IRPTC: United Nations Environment Programme, International Register of Potentially Toxic Chemicals. Series "Scientific Reviews of Soviet Literature on Toxicity and Hazards of Chemicals," No. 69: Cadmium, Centre of International Projects, GKNT. Moscow, Russia, 1984.
6. Encyclopedia of Occupational Health and Safety 4th edition, 1998, ILO
7. Shift Work Is a Risk Factor for Increased Blood Pressure in Japanese Men A 14-Year Historical Cohort Study Yasushi Suwazono, Mirei Dochi, Kouichi Sakata, Yasushi Okubo, Mitsuhiro Oishi, Kumihiko Tanaka, Etsuko Kobayashi, Koji Nogawa.
8. Work and Hypertension. Occupational Safety And Health Branch. Labour Department Publishment. 2008
9. Satman, I et aL,(2013).Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and pre-diabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol 28:169-180.

10. Angel Mario Dzhambov. Long-term noise exposure and the risk for type 2 diabetes: A meta-analysis. Noise&Haelth.2015 June;17(74):23-33
11. Burke FD, Proud G, Lawson IJ, McGeoch KL, Miles JN. An assessment of the effects of exposure to vibration, smoking, alcohol and diabetes on the prevalence of Dupuytren's disease in 97,537 miners. J Hand Surg Eur Vol. 2007 Aug; 32(4):400-6.
12. Chen YW, Yang CY, Huang CF, Hung DZ, Leung YM, Liu SH. Heavy metals, islet function and diabetes development. Islets. 2009 Nov-Dec; 1(3):169-76.
13. Zhao C, Wang YN, Yang Y, Chen LJ, Liu HR, Song H. [Relationship between occupational stress and type 2 diabetes mellitus]. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 2013 Feb; 31(2):96-9.
14. Gan Y, Yang C, Tong X, Sun H, Cong Y, Yin X, Li L, Cao S, Dong X, Gong Y, Shi O, Deng J, Bi H, Lu Z. Shift work and diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. Occup Environ Med. 2015 Jan; 72(1):72-8.
15. Satman İ,TEMD Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu (2015). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 7. baskı, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) yayınları, bayt Matbaacılık, ANKARA.
16. American Diabetes Association. Diabetes and employment. Diabetes Care. 2011 Jan; 34 Suppl 1:S82-6.

HASTAMIN DALAĞI BÜYÜMÜŞ NE YAPMALIYIM

Dr. Emin KAYA
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloiji Bilim Dalı, Malatya

Dalak immünolojik bir doku olan beyaz pulpa ile intrauterin hayatta hematopoetik bir doku ve bu özelliğini daha sonra kaybeden kırmızı pulpadan oluşan vücudun en büyük lenfoid organıdır. Beyaz pulpada periarteryel tabaka T, foliküler alan B lenfositlerinden zengindir ve immünolojik uyarı ile çoğalır ve olgunlaşırlar. Kırmızı pulpa; antikorla kaplanmış bakteriler, kan hücreleri, yaşlı ve hasarlı eritrositleri dolaşımdan uzaklaştırırlar (1). Dalağın foksiyonları; fagositoz hematopoez antikor yapımı ve segestrasyondur(2). Yetişkinlerde normal bir dalağın ağırlığı 100-250 gr arasında değişir ve yaşla beraber azalır.

Dalağın muayenesi

Dalak normal koşullarda palpe edilemez, ancak süt çocularının %5-10 nunda kosta altında ele gelebilir. Dördüncü yaştan sonra dalağın ele gelebilmesi için büyüklüğünün normalin 2-3 katına çıkması gerekir. Diyagrafması düşük olanlarda zayıflarda ve gençlerde splenomegali olmaksızın dalak palpe edilebilir. Normal yerinde ve büyüklükte olan dalak orta koltuk çizgisi üzerinde 9. ve 11. kostalar arasında matite verir. Bu matite oval bir alanı kaplar, uzun çapı 10.kostaya uyar ve ön ucu ön koltuk çizgisini aşmaz. Dalak büyüdüğünde ön matite sınırı Traube alanına taşar. Dalak palpasyonu hastanın sağ tarafına geçilerek ve sağ elle yapılır. Bu sırada hasta sırt üstü yatmış ve her iki dizini karnına çekmiş olmalıdır. Hekim parmak uçları ile hafif bir basınç uygularken hasta yavaşça insprasyon yapmalıdır.

Dalak muayenesi yapılırken büyümüş sol böbrek (hidronefroz böbrek tümörleri vs), sol kolon köşe, pankreas kuyruğu tumörleri, mezenter ve over kist veya tumörleri ile splenomegalinin karışabileceği akılda tutulmalıdır. Büyümüş dalak genellikle şeklini koruduğundan ön kenardaki çentik hissedilir. Sol üst kadranda palpe edilen kitle sıklıkla büyümüş dalaktır. Karın duvarı kasları gergin, yeterince gevşetmeyen, uyum sağlayamayan veya obez hastalarda dalak büyük olduğu halde palpe edilemeyebilir. Bu tür hastalarda ve muhtemel diğer patalojik kitlelerle ayırıcı tanıda ve dalağın büyüklüğü lokalizasyonu veya diğer özellikleri hakkında fikir sahibi olmak için sıklıkla görüntüleme yöntemlerinden yararlanılır. Ultrasonografi (US) ve bilgisayarlı tomografi (BT) dalağı değerlendirmede non-invazif iyi yöntemlerdir.

Hastalarda dalak fonksiyonlarının bozulduğunu göstermek zordur, bunu günümüzde doğrudan ölçen bir laboratuvar yöntemi yoktur. IgM memory hücreleri dalak fonksiyonlarını değerlendirmede potansiyel bir parametredir ancak geçerliliği için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır(3). Bazı laboratuar incelemeleri diğer organlara ve sistemlere (karaciğer, hematolojik vs) yönelik olup dolaylı olarak dalak hakkında fikir verir.

Splenomegali

Klinik muayenede palpe edilen bir dalak genellikle splenomegali olarak kabul edilir. Bununla beraber ele gelen dalak olgularının ultrasonografik incelemelerinde %16'sının normal olduğu tespit edilmiştir (4). Splenomegali varlığını tanımlamanın en iyi yöntemi ağırlığının artmış olduğunun tespit edilmesidir. Erişkinlerde dalağın ortalama ağırlığı 150 gramdır ve yaşla beraber azalır (5). US incelemede dalağın büyüklüğünü göstermede en çok kullanılan yöntem kraniokaudal uzunluğunun ölçülmesidir. Dalak uzun aksının ölçülmesi radyolojik inceleme yöntemine (CT, US vb) ve radyoloji uzmanının değerlendirmesine bağlı olarak değişebilir. Genel olarak kabul edilen maksimum uzunluk 13 cm dir (6,7).

Palpabl dalaklar her zaman anormal, anormal dalaklarda her zaman palpabl değildir. Bir klinik çalışmada;5880 hastanın %2'sinde dalağın palpabl olduğu saptanmış bunlarında %25 inde bir sebep saptanamamıştır. Başka bir çalışmada 2200 kolej öğrencisinden %2.86'sın da dalağın palpabl olduğu, 3 yıl sonraki kontrolde de bunların %30'unda durumun devam ettiği belirlenmiş ve herhangi bir hastalık durumu saptanmamıştır. Ayakta tedavi edilen haslarda yapılan prospektif çalışmada palpabl dalak oranı %2-5 olarak bulunmuş ve temel tibbi incelemeler sonunda bunların %25-41'inde bir neden bulunamamıştır (8,9).

Dalak neden büyür?

Kronik enfeksiyon ve inflamasyonu olan hastalarda belirgin retiküloendotelyal ve lenfoproliferatif bir yanıt vardır. Bu yanıt uyaran ortadan kalkana kadar devam eder (10). Splenomegalinin oluş mekanizmaları tablo 1'de nedenleri tablo 2'de gösterilmiştir.

Salmonella, infeksiyoz mononükleoz ve malarya gibi akut infeksiyonlara belirgin splenomegali eşlik eder. Bu infeksiyonlara dalak hemofagositoz ve retiküloendotelyal hiperplazi olarak yanıt verir. Konjenital eritrosit mebran defekti veya hemoglolobinopatisi olan hastalarda dolaşıma çıkan defektif eritositler dalak sinüsoidal kordonlarında tutulur ve hemolize olurlar. Herhangi myeloid veya lenfoid malign proliferasyon sadece kemik iliğini değil, aynı zamanda herhangi bir dokuyu, karaciğer lenf nodu ve dalağı infiltre ederek büyümesine neden olabilir. Benign tumörler;

Tablo 1. Splenomegalinin oluşum mekanizmaları

Retiküloendotelyal hiperplazi
Çalışma hipertrofisi, ineffektif ve ekstramedüller hematopoez
İnfiltrasyon/depo hastalıkları
Benign
Malig infiltrasyon veya proliferasyon
Vasküler konjesyon

Tablo 2. Splenomegali nedenleri
A- İnfeksiyöz nedenler
Salmonella Septisemi İnfeksiyoz monnükleoz Bakteriyel endokarditsitomegalovirus enfeksiyonu Brusella Tüberküloz Sıtma Kala Azar
B- İnflamatuvar ve granülomatoz nedenler
SLE Romatoid artrit (Felty sendromu) Sarkoidoz Renal diyaliz
C- Konjestif splenomegali
Karaciğer sirozu Portal veni tıkayıcı hastalıklar Splenik ven trombozu Konjestif kalp yetersizliği
D- Hiperplastik splenomegali
Akut ve kronik hemolitik anemiler Myeloproliferatif neoplazmlar Lösemiler Lenfomalar
E- İnfiltratif splenomegali
Gaucher hastalığı Nieman Pick hastalığı Diyabetik hiperlipidemi Amiloidoz
F- Neoplazmlar
Hemanjiom Metastaz (Akciğer Ca, Meme Ca, Melanom)
G- Diğer nedenler (kistler)

hamartom, hemanjiom, lenfanjiom, dalak kistleri veya travmaya bağlı intrakapsüller hematom da splenomegaliye neden olabilir. Solid organ malignitelerinin dalağa yapmış olduğu metastaz, Gaucher, Nieman-Pick, glikojen ve lipid depo hastalıklarında artmış anormal materyelin dalakta tutulmasına bağlı olarak splenomegali ortaya çıkar. Dalak içi basıncı arttıran patalojilerde; karaciğer hastalıklarına bağlı gelişen portal hipertansiyon, portal veya splenik ven trombozunda konjeyona bağlı splenomegali gelişebilir. En sık splenomegali yapan nedenler tablo 3'te gösterilmiştir.

Splenomegalinin bulguları

Dalak büyümesine neden olan altta yatan hastalığa bağlı olarak değişir. Splenomegalinin boyutuna bağlı değişmekle beraber genellikle sol üst kadranda ağrı dolgunluk veya rahatsızlık hissi, mideye bası nedeni ile erken doyma hissi vardır. Splenomegalinin yapmış olduğu fiziksel basıya bağlı olarak ortaya çıkan bu bulgulara ek olarak altta hastalık ile ilişkili bulgularda eşlik eder. Dalak infarktında tipik olarak sol üst kadranda ağrı ile kendini gösterir bazen bu ağrı sol omuza yayılabilir. Nadiren splenomegali ilk bulgu dalak rüptürü ile gelebilir. Bazı hastalarda açıklanamayan sitopenileri araştırılırken, bazende asemptomatik splenomegali olguları sadece fizik muayene esnasında tespit edilebilir. Splenomegalinin komplikasyonları tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Splenomegalinin sık nedenleri	
	%
Karaciğer hastalıkları (siroz)	33
Hematolojik maligniteler	27
İnfeksiyonlar	23
Konjesyon veya inflamasyon	8
Primer dalak hastalıkları	4
Diğer veya nedeni bulunamayan	5

Tablo 4. Splenomegalinin komplikasyonları
Ağrı
Karında dolgunluk hissi
Dispeptik yakınmalar
İntrakapsüler kanama
Perisplenit
Hipersplenizm
Rüptür

Splenomegalisi olan hastayı değerlendirme

Palpabl bir dalak daima anormal kabul edilmeli ve ciddi bir bulgu olarak ele alınmalı ve nedeni araştırılmalıdır. Splenomegalisi olan hastanın öncelikle sistemik bir hastalığının olup olmadığı araştırılmalıdır. Hastadan iyi bir anamnez almak ve dikkatli bir fizik muayene yapmak splenomegali nedenlerini ortaya çıkarmada yol gösterici olabilir.

Hikayesinde alkol kullanımı veya hepatiti olan ve fizik muayenede asit ve splenomegali tespit edilen hasta da siroza bağlı portal hipertansiyon akla gelmelidir. Kronik veya son dönem karaciğer hastalığında spider telekjiektazi, palmar eritem sarılk veya ensefalopati bulguları olabilir.

Halsizlik, ateş, boğaz ağrısı ve splenomegalisi olan gençlerde infeksiyoz mononükleoz veya viral infeksiyon düşünülmelidir.

Splenomegaliye lenfadenopatinin eşlik etmesi; otoimmün hastalıklara (SLE, romatoid artrit, Felty sendromu, sarkoidoz vb) reaktif olabileceği gibi hematolojik malignitede (Lenfoma akut ve kronik lösemi vb) ve viral hastalıklara (EBV, CMV) bağlı da olabilir.

Halsizlik, ateş, gece terlemesi, kilo kaybı ve splenomegalisi olan haslarda; hematolojik maligniteler, viral infeksiyonlar, sistemik lupus eritematozus, romatoid artrit, sarkoidoz, sıtma, AIDS, tüberküloz gibi sistemik hastalıkları akla getirmelidir.

Laboratuvar testleri

Splenomegali değerlendirilirken başlangıç laboratuar testleri olarak; tam kan sayımı, periferik yayma, anemisi olanlarda özellikle retikülosit sayımı, karaciğer fonksiyon testleri, ateşi olanlarda ve infeksiyon düşünülen olgularda kan kültürü yapılmalı. Bununla beraber hemoliz bulgusu olanlarda hemoglobin elektroforezi (β-talasemi, orak hücre anemisi), coombs testi (pozitif ise otoimmün hemoliz, negatif ise heredider sferositoz), osmotik frajilite testi (heredider sferositoz) yapılabilir. Çevre kanında lenfositoz ve periferik yaymada atipik veya immatür hücre varlığı lenfoproliferatif

hastalığı, kronik lenfositik lösemi veya akut lenfoblastik lösemi düşünüldüğünde flowcytometri yapılabilir. Koagulasyon testleri; DIC tablosu olan akut myeloblastik lösemi ve kronik karaciğer hastalığı olan olguları değerlendirmede yol gösterici olabilir.

Kemik iliği aspirasyon ve biyopsi incelemesi; hematolojik hastalık; Hodgkin, Non Hodgkin lenfoma, Myeloproliferafif neoplazm (P vera, myelofibroz, KML, esansiyel trombositoz), depo hastalıklığı (Gaucher) ve amiloidoz düşünülen olgularda yapılması gerekli bir yöntemdir.

Dalak biyopsisi

Dalak ponksiyonu (ince iğne aspirasyonu) sık kullanılan bir tanı yöntemi değildir. İnfeksiyoz (leishmania, malarya, tüberküloz, fungal vb), depo hastalıkları, sarkoidoz, amiloidoz gibi hastalıkların tanısında yarlı olabilir. Hemorajik diyatezi olanlarda, ağrılı ve akut sepsise bağlı splenomegalilerde, letarjik ve kooperasyon kurulamayan hastalarda kontendikedir. Splenik core biyopsinin ince iğne aspirasyonuna göre tanı değerinin daha iyi olduğu bildirilmektedir (9,11).

Diyagnostik splenektomi

Mevcut tanı yöntemleri ile tanı konulamayan splenomegali olgularında splenektomi düşünülebilir. Ancak cerrahi morbidite ve mortalite riski yanı sıra altta yatan hastalığa bağlı komplikasyon riski vardır (12,13). Laparaskopik splenektomi ile daha düşük morbidite, daha az transfüzyon ihtiyacı ve daha kısa hastanede kalış süresi ile açık cerrahi girişime göre daha avantajlı olduğu bildirilmiştir (14).

Splenomegali nedenleri

İnfeksiyöz ve inflamatuvar splenomegali

İnfeksiyonlar veya inflamatuvar olayların seyrinde splenomegali görülebilir. Bakteri, protozoa, hasarlanmış hücreler dalaktaki retiküloendotelyal hücre sayısını ve/veya antikor yapımını uyararak hiperplaziye neden olur. Sistemik infeksiyonlar hafif ve orta derecede splenomegali yapan nedenlerin başında gelir. Bununla beraber TORCH (toksoplazma, kızamıkçık, sitomegalovirus ve herpes simpleks) grubu etkenler masif splenomegaliye neden olabilir. Viral hepatit, influenza ve daha az sıklıkla boğmaca ve roseola infantum seyrinde palpabl dalak saptanabilir (15).

Kronik konjestif splenomegali

Dalak; venlerinin ve venöz sinuslarının konjesyonu sonucu belirgin olarak büyümüştür. Pelvise kadar inebilir. Periarteriolar hemoraji, siderotik nödüller, kırmızı pulpa hiperplazisi ve progresif fibrozis görülür. Hipersplenizme bağlı olarak sitopeniler (anemi, lokopeni ve trombositopeni) görülebilir. Konjestif splenomegali nedenleri arasında sıklıkla; karaciğer sirozu, hepatik, portal veya splenik ven trombozları sayılabilir (15).

Karaciğer sirozunda intrahepatik vasküler direnç artmış olup portal hipertansiyona yol açar. Sirozlu hastalarda erken dönemde hepatoselüler nekroza bağlı olarak; sarılık, bulantı, kusma ve karaciğer hassasiyeti bulunur. Geç dönemde portal hipertansiyon bulguları; asit, splenomegali, kollateraller, varis kanamaları ve ensefalopati görülür (16).

Portal ven trombozu; sepsis abdominal travma, siroz veya hepatoselüler karsinom ile ilişkili olarak gelişebilir. Bununla beraber olguların çoğunda neden bilinmemektedir. Çocukarda erişkinlere göre sıklık daha fazladır (16).

Hepatik ven trombozu; abdominal travmayı takiben veya hiperkoagulopati durumlarında, myeloproliferatif neoplasmlar ve paroksismal noktürnal hemoglobinüri seyrinde görülebilir. Karaciğer genellikle büyük ve hassastır (16).

Splenik ven trombozu; pankreatit, abdominal travma veya lokal tumör invazyonu sonucu olabilir. Sadece splenik ven basıncı yüksektir. Portal hipertansiyon bulsusu olmayan olgularda düşünülmelidir. Splenektomi bu olgularda yararlı olabilir (16).

İnfiltratif splenomegaliler

Yıkılamayan materyellerin makrofajlarda tutulması sonucu gelişir. Masif splenomegaliye yol açarlar. Bu grupta Gaucher, Nieman Pick hastalıkları, amiloidoz, glikojen depo hastalıkları, Gargoylizm ve hiperlipidemi formları yer alır.

Hiperplastik splenomegaliler

Ekstramedüller hematopoez veya anormal kan hücrelerinin dolasımdan temizlenmesi için dalağın aşırı çalışmasına bağlı olarak gelişir.

Herediter sferositoz; hemolitik anemi, artmış eritrosit osmotik frajilitesi ve periferde sferositoz ile karakterize otozomal dominan bir hastalıktır. Hastaların yaklaşık %80'ninde dalak büyüktür (17).

Primer myelofibroz; kemik iliğinde fibrozis, çevre kanında immatür granülositlerin, eritroblastların ve göz yaşı formunda eritrositlerinbulunması ile karakterize kronik myeloproliferatif bir bozukluktur. Dalak ve karaciğerde ekstramedüller hematopoez vardır. Dalak mssif olarak büyüyebilir, kan akımı artmış ve portal hipertansiyon bulguları görülebilir (18).

Polisitemia vera hastalarının ¾'ünde hafif veya orta derecede splenomegali saptanır.

Kist ve neoplasmlara bağlı splenomegaliler

Dalağın tumörleri benign veya malign olabilirler. Benig tumörleri kistler(dermoid, epidermoid, lenfanjiom, hemanjiom vb) ve hamartomlardır. Hamartomlar nadir benign tumörlerdir. Splenomegali yapabilir ve spontan rüptüre neden olabilirler.

Dalağa metastaz nadir olamkla beraber bunlar sıklıka; akciğer, meme, deri ve serviks kanserleridir.

Sonuç

Palpabl bir dalak daima anormal kabul edilmelidir. Ciddi bir hastalık bulgusu olabileceği akılda tutulmalı ve nedeni araştırılmalıdır. Altta yatan sebebi ortaya çıkarmak için hastadan anamnez alınmalı, dikkatli bir fizik muayene yapılarak eşlik eden bulgular tespit edilmeli ve uygun laboratuar yöntemleri ile beraber değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1- de Porto AP, Lammers AJ, Bennink RJ, ten Berge IJ, Speelman P, Hoekstra JB. Assessment of splenic function. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2010 ;29:1465-73
2- Hall GW. Investigating splenomegaly. Current Paediatrics 1998;8:220-224.
3- Tarantino G, Savastano S, Capone D, Colao A. Spleen: A new role for an old player? World J Gastroenterol 2011;17: 3776-3784
4- Arkles LB, Gill GD, Molan MP. A palpable spleen is not necessarily enlarged or pathological. Med J Aust 1986;145:15-7.
5- Picardi M, Martinelli V, Ciancia R, Soscia E, Morante R, Sodano A, Fortunato G, Rotoli B. Measurement of spleen volume by ultrasound scanning in patients with thrombocytosis: a prospective study. Blood. 2002;99:4228
6- Lamb PM, Lund A, Kanagasabay RR, Martin A, Webb JA, Reznek RH. Spleen size: how well do linear ultrasound measurements correlate with three-dimensional CT volume assessments? Br J Radiol. 2002; 75:573-7.
7- Robertson F, Leander P, Ekberg O. Radiology of the spleen. Eur Radiol. 2001;11:80-95.
8- Eichner ER, Whitfield CL. Splenomegaly. An algorithmic approach to diagnosis. JAMA. 1981;246:2858-61.
9- Pozo AL, Godfrey EM, Bowles KM. Splenomegaly: investigation, diagnosis and management. Blood Rev. 2009 ;23:105-11.
10- Hall GW. Investigating splenomegaly. Current Paediatrics 1998;8:220-224.
11- Civardi G, Vallisa D, Berte R, et al. Ultrasound-guided fine needle biopsy of the spleen: high clinical efficacy and low risk in a multicenter Italian study. Am J Hematol 2001;67:93–9.
12- Carr JA, Shurafa M, Velanovich V.Surgical indications in idiopathic splenomegaly. Arch Surg. 2002;137:64-8.
13- Tripodo C. How I diagnose and treat splenic lymphomas.Blood. 2011;117:2585-95.
14- Grahn SW, Alvarez J, Kirkwood K. Trends in laparoscopic splenectomy for massive splenectomy. Arch Surg 2006;141:755–62.
15- Athens JW. Disorders primarily involvig the spleen. Wintrobe's Clinical Hematology 9th Edi. WB Saunders Co. 1992:1(1529 981-85.
16- Boyer TD. Cirrhosis of the liver and its major sequale. Portal hypertension. Cecil Texbook of Medicine 19th Edi. WB Saunders Co. 1992;1(122)791-793
17- Palek J. Hereditary spherocytosis. Williams Hematology 4th Edi. 1991;55:565-6.
18- Lichtman MA. Agnogenic myeloid metaplasia. Williams Hematology 4th Edi. 1991;23:228.

BİR HASTA ÜÇ KARDİYOVASKÜLER RİSK MODELİ: SONUÇ FARKLI MI?

Dr. Gülay SAİN GÜVEN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Kardiyovasküler hastalıklar tanı ve tedavideki gelişmelere rağmen önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Kronik hastalıklar raporuna göre, ülkemizde yaklaşık 2 milyon koroner arter hastası bulunmaktadır. Önemli bir kardiyovasküler risk faktörü olan hipertansiyonun prevalansı ise %31.8'dir. Tüm dünyada yılda 17 milyon, Türkiye'de ise yaklaşık 200 bin kişi yaşamını kalp ve damar hastalıklarına bağlı nedenlerden kaybetmektedir.

Son yıllarda kardiyovasküler hastalıklar konusundaki farkındalığın artmasına, risk faktörleri ile mücadele konusunda aşamalar kaydedilmesine rağmen bu hastalıklar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde hala en önemli ölüm nedenidir. Kardiyovasküler hastalıklar dört başlık altında toplanabilir;

1- Koroner Arter Hastalığı; Anjina Pektoris, Myokard İnfarktüsü,
2- Serebrovasküler Hastalık; İnme veya Geçici İskemik Atak (GİA)
3- Periferik Arter Hastalığı; klaudikasyon veya ekstremite iskemisi
4- Aort atherosklerozu; Toraks veya abdominal aort anevrizması

Koroner arter hastalığı olmayan 40 ile 94 yaşlarındaki 7733 hastanın incelendiği Framingham çalışmasına (Framingham Heart Study) göre yaşam boyu kardiyovasküler risk 40 yaşındaki erkekler için %49, aynı yaştaki kadınlar için %32 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmaya göre 70 yaşındaki erkeklerde yaşam boyu kardiyovasküler risk %35 iken kadınlarda %24'dür.

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında 12 yıllık izlem verileri koroner kalp hastalığı mortalitesinin 45-74 yaş grubunda erkeklerde %8,2, kadınlarda %4,3 olduğunu %bildirilmiştir. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik (UHY-ME) çalışması sonuçlarına göre toplam ölümlerin %47.7'si kardiyovasküler hastalıklara bağlı gelişmektedir.

Kardiyovasküler risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri olarak iki grupta ele alınmaktadır (Tablo 1).

Üçüncü Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirmesi (National Health and Nutrition Examination Survey-III, NHANES III) çalışmasına göre koroner kalp hastalığı gelişen hastaların %90'dan fazlasında en az bir kardiyovasküler risk faktörü tespit edilmiştir.

Dünya genelinde 52 ülkeden hastaların dahil edildiği bir çalışmada, ilk myokard enfarktüsü için popülasyona atfedilen riskin %90'ından fazlasından değiştirilebilir 9 risk faktörü sorumlu tutulmuştur (Tablo 1b).

Tablo 1. Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri.

1a: Değiştirilemez risk faktörleri	1b: Değiştirilebilir risk faktörleri
1- Yaş 2- Cinsiyet 3- Birinci derece akrabalarda koroner arter hastalığı öyküsü	1- Diyabet ve kötü kan şekeri regülasyonu 2- Sigara kullanımı 3- Hipertansiyon 4- Dislipidemi 5- Sedanter yaşam, obezite veya viseral yağlanma 6- Psikososyal faktörler 7- Meyve ve sebze tüketiminin az olması 8- Düzenli alkol kullanımı 9- Fiziksel aktivitenin az olması

Risk altındaki bireyler tanımlanabilirse değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrol altına alınması ile koroner kalp hastalıkları, inme ve diyabet önlenebilir.

Risk faktörlerinin bir arada görülmesi ise bireylerin riskini katlayarak arttırmaktadır.

Kardiyovasküler hastalık riski, risk faktörlerinin artması ile doğru orantılı olarak artar. Risk faktörlerinin bir arada kullanılarak bireylerin gelecekteki kardiyovasküler riski öngörülebilir.

Koroner arter hastalığının ilk prezantasyonu %20 ani ölüm ve %80 ile akut koroner sendromla olmaktadır. Bu nedenle riski öngörmeye çalışmak çok önemlidir.

Kardiyovasküler risk olasılık modelleri de bu öngörüyü sağlayabilmek için oluşturulmuştur. Toplam kardiyovasküler riskin hesaplanmasında kullanılan risk olasılık modelleri arasında Framingham KKH risk modeli, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Modeli, SCORE, JBS-2, Q-RİSK ve ASSIGN gibi modeller bulunmaktadır.

I. Framingham risk modeli

İlk olarak 1998 yılında oluşturulan bu skorlamada yaş, cinsiyet, LDL ve HDL kolesterol düzeyleri, kan basıncı yüksekliği (tedavi alsın ya da almasın), sigara kullanması ve diyabetin olup olmamasına bakılarak 10 yıllık koroner kalp hastalığı (myokard infarktüsü, koroner ölüm, anjina) gelişme riskine bakılmaktadır. 2002 yılında NCEP/ATP III kılavuzunda bu skorlama sistemi yeniden güncellenmiştir. Bu güncelleme ile birlikte risk skalasından diyabet çıkarılmıştır, çünkü diyabet koroner kalp hastalığı eşdeğeri olarak kabul edilmiştir. Aynı zamanda bu güncelleme ile yaş aralıkları genişletilmiş, sigara içenlerde yaşa özel skorlama ortaya konmuştur (Tablo 2).

II. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) risk modeli

Bu risk modelinde 10 yıllık fatal olan ve olmayan inme ve koroner arter hastalığı riski hesaplanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde maliyet nedeni ile risk modelleri

Tablo 2. Framingham risk modeli

Erkekler için

Yaş	Puan
20-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	11
70-74	12
75-79	13

	Puan				
Total kolesterol (mg/dl)	Yaş 20-39	Yaş 40-49	Yaş 50-59	Yaş 60-69	Yaş 70-79
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0
200-239	7	5	3	1	0
240-279	9	6	4	2	1
≥280	11	8	5	3	1

	Puan				
Sigara durumu	Yaş 20-39	Yaş 40-49	Yaş 50-59	Yaş 60-69	Yaş 70-79
Sigara içmiyorsa	0	0	0	0	0
Sigara içiyorsa	8	5	3	1	1

HDL kolesterol (mg/dl)	Puan
≥60	-1
50-59	0
40-49	1
<40	2

	Puan	
Sistolic kan basıncı (mmHg)	Tedavi almıyorsa	Tedavi alıyorsa
<120	0	0
120-129	0	1
130-139	1	2
140-159	1	2
≥160	2	3

Toplam puan	10 yıllık risk (%)
<0	<1
0	1
1	1
2	1
3	1
4	1
5	2
6	2
7	3
8	4
9	5
10	6
11	8
12	10

Kadınlar için

Yaş	Puan
20-34	-7
35-39	-3
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	12
70-74	14
75-79	16

	Puan				
Total kolesterol (mg/dl)	Yaş 20-39	Yaş 40-49	Yaş 50-59	Yaş 60-69	Yaş 70-79
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	1
200-239	8	6	4	2	1
240-279	11	8	5	3	2
≥280	13	10	7	4	2

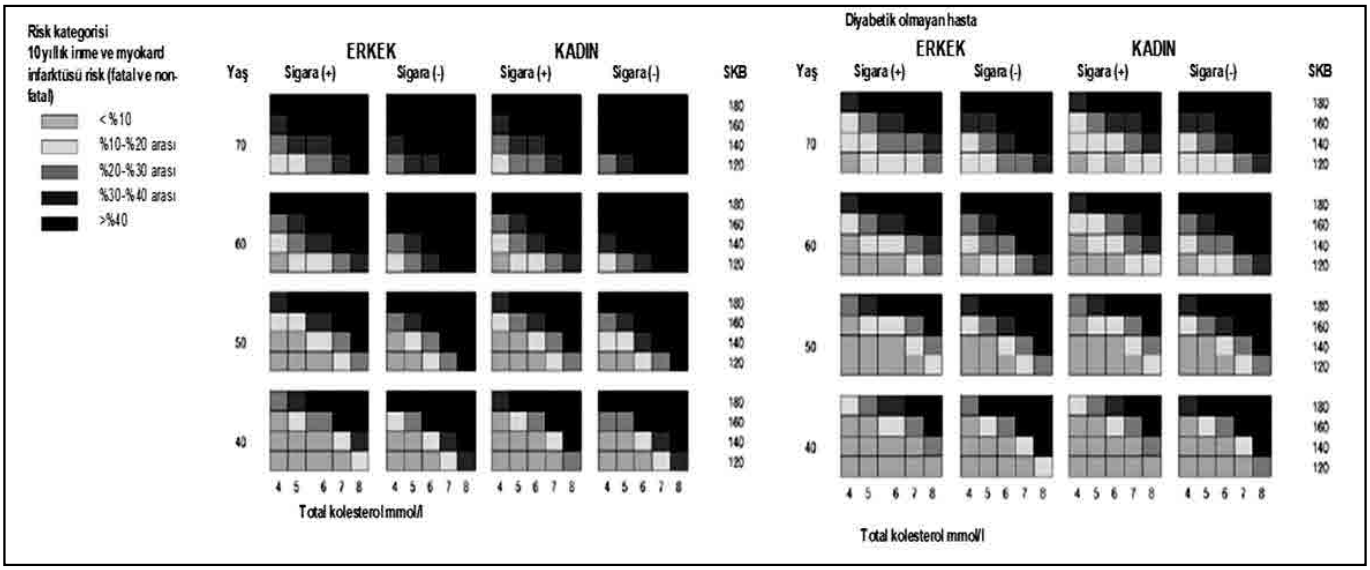
	Puan				
Sigara durumu	Yaş 20-39	Yaş 40-49	Yaş 50-59	Yaş 60-69	Yaş 70-79
Sigara içmiyorsa	0	0	0	0	0
Sigara içiyorsa	9	7	4	2	1

HDL kolesterol (mg/dl)	Puan
≥60	-1
50-59	0
40-49	1
<40	2

	Puan	
Sistolic kan basıncı (mmHg)	Tedavi almıyorsa	Tedavi alıyorsa
<120	0	0
120-129	1	3
130-139	2	4
140-159	3	5
≥160	4	6

Toplam puan	10 yıllık risk (%)
<9	<1
9	1
10	1
11	1
12	1
13	2
14	2
15	3
16	4
17	5
18	6
19	8
20	11
21	14

Tablo 3. Dünya Sağlık Örgütü Kardiyovasküler Risk Modeli



oluşturulmasının ve uygulamasının zor olduğu göz önüne alınarak bu model oluşturulmuştur. Bu model de amaç gelir seviyesi orta-düşük ülkelerde yaşayan kişilerin kardiyovasküler hastalık riski hesaplanarak primer korunma sağlanmaktır (Tablo 3).

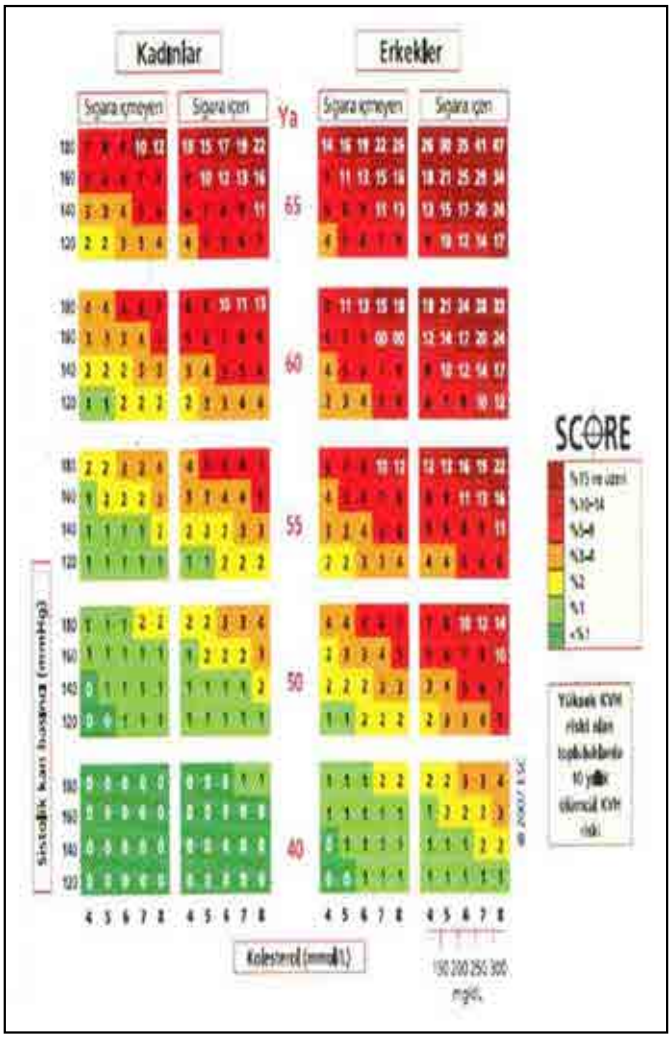
III. SCORE (Systemic Coronary Risk Evaluation)

Avrupa'da hazırlanan risk modellerinden biri de, SCORE projesi verilerine dayanan SCORE risk skorudur. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) tarafından 2007 yılında risk hesaplama modeli olarak kullanılması önerilmiştir. 12 Avrupa kohort çalışmasına ve 2.7 milyon izlem yılına dayanmaktadır. Bu modelde yaş, cinsiyet, sistolik kan basıncı, total kolesterol düzeyi, HDL kolesterol düzeyi ve sigara içiciliği dikkate alınarak risk hesaplanmıştır. SCORE risk skoruyla 10 yıllık fatal atherosklerotik olay (inme veya abdominal aort anevrizma ruptürü gibi) riski hesaplanmaktadır. (Tablo 4).

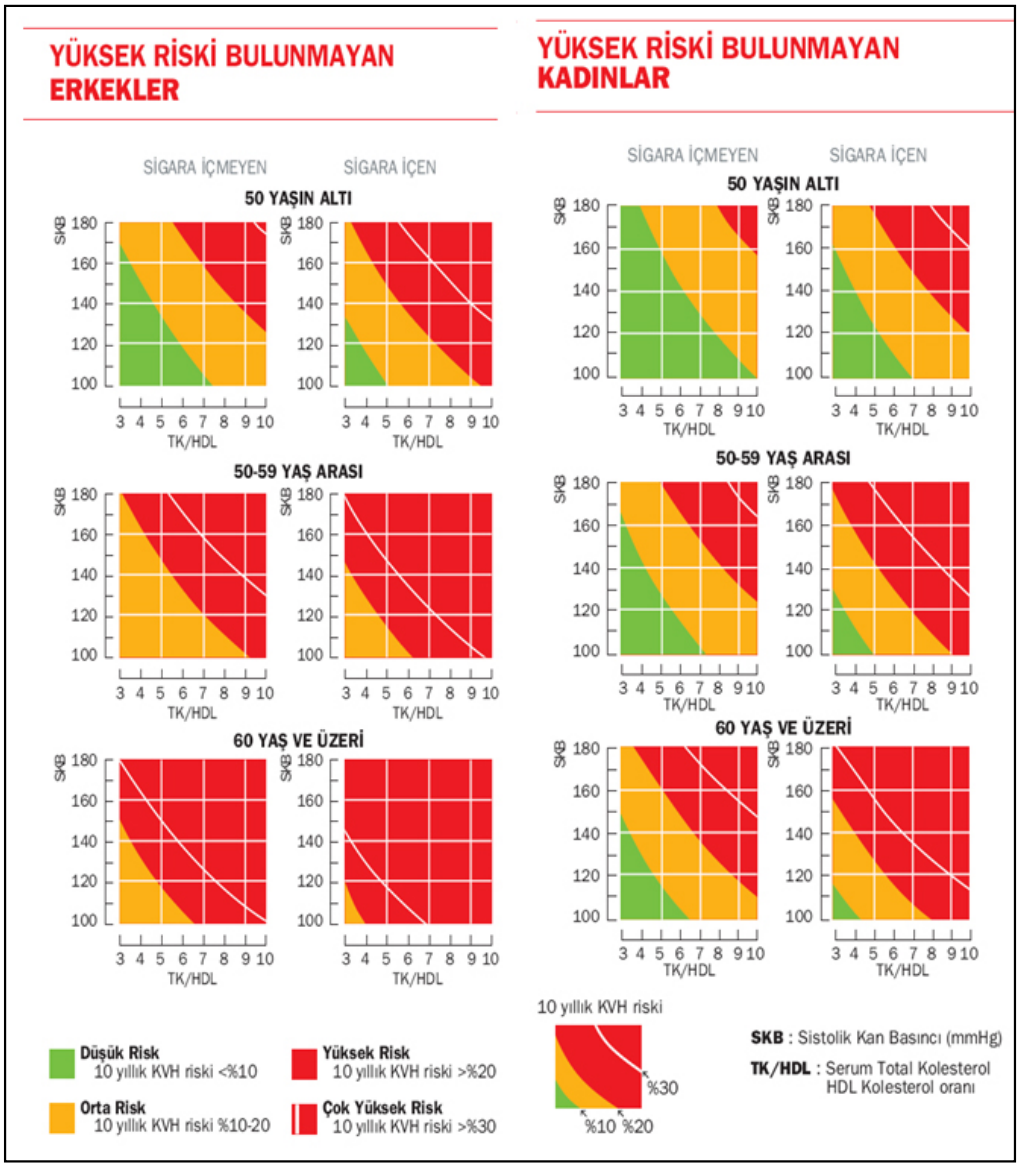
IV. JBS-2(Joint British Society-2)

Bu model 2005 yılında Joint British Society tarafından oluşturulmuştur. Diğer risk modellerinden farkı sadece 10 yıllık koroner kalp hastalığı riskini değil, 10 yıllık kardiyovasküler hastalık (koroner arter hastalığı, inme ve geçici iskemik atak) riskini hesaplamasıdır. Riskin hesaplanmasında kullanılan ana faktörler; yaş, cinsiyet, sistolik kan basıncı, sigara kullanımı ile total kolesterol/HDL oranıdır. Risk oranları olarak 10 yıllık kardiyovasküler hastalık riski <%10;düşük risk, %10-%20;orta risk, %20-%30; yüksek risk, >%30 çok yüksek risk olarak belirlenmiştir. Sadece 3 yaş katmanı içermektedir: <50, 50-59 ve ≥60. Bu üç katmanda bulunan kişilerin risk hesaplaması sırasıyla 49, 59 ve 69 yaş için hesaplanmaktadır. Bu yöntem, daha önceki modellerde, yüksek göreceli riskte fakat düşük mutlak riskte bulunan genç kişilerin tedavi almaması yönündeki endişeleri azaltmıştır. Bu modelde yüksek risk grubu hastalar tanımlanmış ve bu hastalarda 10 yıl içinde öngörülen kardiyovasküler risk her zaman %20'nin üzerinde olduğu kabul edilmiştir. Yüksek risk grubunda bulunan hastalar; aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar (koroner arter hastalığı, beyin damar hastalığı ve periferik damar hastalığı), Tip 1ve 2 diyabeti bulunanlar, total kolesterol/HDL kolesterol

Tablo 4. Score risk modeli



Tablo 5. JBS-2 Score risk modeli



oranı ≥6 olanlar, hipertansiyona bağlı hedef organ hasarı bulunanlar, diyabetik nefropati dahil kronik böbrek hastalığı bulunanlar, kalıtsal dislipidemisi bulunanlar ve metabolik sendromu bulunanlar olarak belirlenmiştir (Tablo 5).

Kaynaklar

1. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası Ana İlkeleri. TKD, www.tkd-online.org/UKSP/TKD_UlusalKalpSagligiPolitikasi_Taslak.pdf
2. 2006 Petersen S, Peto V, Rayner M. Leal J, Luengo-Fernandez R, Gray A. European Cardiovascular Statistics: 2005 edition. London: British Heart Foundation; 2005.
3. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). Circulation 2002; 106:3143.
4. Lloyd-Jones, DM, Larson, MG, Beiser, A, et al. Lifetime risk of developing coronary heart disease. Lancet 1999; 353:89.
5. TEKHARF. Onat A.Temmuz 2003, İstanbul.
6. Vasan, RS, Sullivan, LM, Wilson, PW, et al. Relative importance of borderline and elevated levels of coronary heart disease risk factors. Ann Intern Med 2005; 142:393
7. Ford, ES, Giles, WH, Mokdad, AH. The distribution of 10-Year risk for coronary heart disease among US adults: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. J Am Coll Cardiol 2004; 43:1791.
8. Yusuf, S, Hawken, S, Ounpuu, S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364:937.
9. Eberly LE, Neaton JD, Thomas AJ, Yu D; Multiple-stage screening and mortality in the Multiple Risk Factor Intervention Trial Clin Trials. 2004;1(2):148-61.
10. D'Agostino RB, Sr, Vasan, RS, Pencina, MJ, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. Circulation 2008; 117:743.
11. Conroy, RM, Pyorala, K, Fitzgerald, AP, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J 2003; 24:987.
13. World Health Organization (WHO) and International Society of Hypertension (ISH) risk prediction charts: assessment of cardiovascular risk for prevention and control of cardiovascular disease in low and middle-income countries J Hypertens 25:1578– 1582 Q 2007
14. Graham, I, Atar, D, Borch-Johnsen, K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Eur Heart J 2007; 28:2375. 15- JBS 2: Joint British Societies'guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice. Heart 2005 91: v1-v52

YAŞLIDA KRONİK HASTALIKLARDA HEDEFLER; HİPERTANSİYON

Dr. Meltem HALİL
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Ankara,

Yaşlılarda hipertansiyon prevelansı oldukça yüksektir. Türkiye genelinde yapılan çalışmalarda ülke genelinde ortalama prevalans %38.1 iken 65 yaş ve üzeri popülasyonda hipertansiyon prevalansı %75,1'dir. Bu oran yaşlanmayla birlikte daha da artmaktadır ve özellikle kadın cinsiyette oranlar daha yüksektir. Geriatrik popülasyona spesifik çalışmalarda da benzer oranlar saptanmıştır. İzole sistolik hipertansiyon prevalansı da yaşlanmayla birlikte artmaktadır.

Yaşlanmayla görülen değişiklikler hipertansiyon prevalansını artırmaktadır. Bu değişiklikler şu şekilde özetlenebilir:

- Arteriyel duvar sertliğinin artması ve vasküler kompliyansta azalma sonucu sistolik kan basıncında ve nabız basıncında artma.
  - o 50 yaş üzeri popülasyonda artmış sistolik kan basıncı ve artmış nabız basıncı kardiyovasküler risk faktörü olarak diastolik kan basıncından daha önemlidir.
- Baroreseptör sensitivitede azalma
- Yaşlıda tuzlu tat duyusunda azalmaya bağlı olarak tuz tüketiminde artış ve tuza duyarlı hipertansiyon sıklığında artış
- Yağsız vücut kütlesinde azalma, rölatif olarak yağ kütlesinde artış
- Total ve santral obezitede artış, insülin direncinde artış
- Azalmış beta adrenerjik vazodilatasyon fonksiyonu
- Plazma renin aktivitesi düşüklüğü
- Plazma noradrenalin düzey artışı
- Renal fonksiyon gerilemesi
- Endotel disfonksiyonu
- İntravasküler volümde azalma
- Na-K ATPase aktivitesinde azalma

Yaşlılarda hipertansiyonun bazı farklılıkları şunlardır:

- Ortostatik hipotansiyon sıktır. Yaşlanmayla birlikte prevalansı da artmaktadır. Arteriyel yapıda yaşla beraber gelişen değişiklikler ve azalmış barorefleks sensitivitesi ve postür değişimine karşı azalmış kalp hızı cevabını içeren otonomik disfonksiyon , yaşlılarda polifarmasi ve artan ilaç yan etkileri yaşlılarda ortostatik hipotansiyon prevalansını artırır. Mortaliteyle sonuçlanabilen bir geriatrik sendromolan düşmelere ve kırıklara neden olabilir. Yaşlı hipertansiflerde kardiyovasküler komplikasyonları ve sessiz serebral iskemiyi artırabilir. Kognitif fonksiyonları bozabilir.
- Postprandiyal hipotansiyon sıktır.
- Psödohipertansiyon sıktır.
- Beyaz önlük hipertansiyonu sıktır; Yaşlılarda gereksiz ilaç tedavisi verilmemesi, polifarmasinin önlenmesi için tespit edilmesi önemlidir.
- Antihipertansiflere aşırı hipotansif cevap verebilir.
- İzometrik ekzersiz veya diğer streslere aşırı hipertansif cevap sıktır.

Yaşlıda hipertansiyonu tedavisi önemlidir. Hastalar eşlik eden hastalıklar, geriatrik sendromlar, polifarmasi-uyum ve hedef organ hasarı yönünden değerlendirilmeli ve tedavi hedefleri belirlenmelidir. Hedef organ hasarı yaşlılarda daha sık görülmektedir. Kardiyovasküler hastalık riski gençlere göre 3-4 kat daha fazladır. Demans ve kognitif fonksiyon bozukluğu riski de artmaktadır. Antihipertansif tedavi yaşlılarda gençlerde olduğu kadar yararlıdır ve farklı ilaç sınıflarının yararları açısından genç-yaşlı popülasyon arasında fark yoktur. 80 yaş üstü poülasyonda da antihipertansif tedavinin faydaları gösterilmiştir. İlaçlara düşük dozla başlanmalı ve yavaş artırılmalıdır. Yaşlılar yan etkiye daha yatkındır.

Yaşlı hipertansiyonu tedavisinde "J" Eğrisi mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. "J" Eğrisi kan basıncı ile kardiyovasküler morbidite ve/veya mortalite arasındaki bağlantının şeklidir. Kan basıncının çok düşürülmesiyle kardiyovasküler komplikasyonlar ve mortalite artmaktadır. Özellikle kırılgan yaşlılarda dikkatli olunmalıdır.

Yaşlı hipertansiyonu tedavisinde hedefleri belirlerken hasta mutlaka fonksiyonelliği ve eşlik eden geriatrik sendromlerın varlığı (demans, düşme riski, kırılganlık gibi) açısından değerlendirilmelidir. Tedavi rehberleri de önerilerinde bu noktaları göz önünde bulundurmaktadır.

JNC-8 rehberinde tedavi hedefleri;

- >60 yaş
  - Kan Basıncı Hedefi< 150/90 mmHg (Grade A)
  - Hedef değerlerinin altında ve yan etki yoksa, Tedavi Değişimine Gerek Yok (Grade E)
- >60 yaş [DM- ve KBY-] ise
  - Hedef KB <150/90 mmHg
- >60 yaş [DM+ veya KBY+] ise
  - Hedef KB <140/90 olarak belirtilmiştir.

2013 ESC/ESH Hipertansiyon Kılavuzunda da yaşlılarda hipertansiyon tedavisi başlamak için sistolik KB sınır değeri ≥160 mmHg olarak değiştirilmiştir. Hedef sistolik kan basıncı değerleri 140-150 mmHg olarak belirtilmiştir. Diastolik kan basıncı hedefi <90 mmHg, eşlik eden diyabetes mellitus varlığında <85 mmHg olarak belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. James PA et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311(5):507- 20
2. Mancia G, et al; Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology. 2013 ESH/ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. Blood Press. 2014 Feb;23(1):3-16. doi: 10.3109/08037051.2014.868629. Epub 2013 Dec 20.
3. Halil M, Cankurtaran M, Ulger Z, Balam Yavuz B, Altun B, Turgan C, Ariogul S. Awareness and control of hypertension among the elderly in a university hospital.Clin Exp Hypertens. 2006 Nov;28(8):683-93.
4. Altun B, et al; Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003 J Hypertens. 2005 Oct;23(10):1817-23.

KAN/KAN BİLEŞENLERİNİN KULLANIMI VE TRANSFÜZYON İLKELERİ

Dr. Gürhan KADIKÖYLÜ
Kent Hastanesi, Kemik İliği Nakli ve Terapötik Aferez Merkezleri, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı, İzmir,

İlk kez 1795'de Amerika'lı Dr. Philip Syng Physick tarafından insana kan transfüzyonu yapıldığından beri yıllık eritrosit süspansiyonu (ES) sayısı Amerika'da 15 milyona tüm Dünya'da ise 85 milyona ulaşmıştır.

Kan/kan bileşenlerinin doğru kullanımı hastanın yaşamını kurtarabilir. Ancak gereksiz, endikasyonsuz ya da hatalı kullanımlar kontrol edilebilir/edilemez mortalite ve morbiditeye yol açmaktadır. Kan/kan bileşenlerinin uygun olarak seçilmiş, uygunluk testleri ve enfeksiyon taramaları yapılmış donörlerden (bağışçı) alınan kan/kan bileşenlerinin transfüzyonu HİV, hepatit virüsleri, sifiliz, malarya gibi transfüzyon ile geçişli enfeksiyonlar, yan etkiler ve ölüm risklerini belirgin derecede azaltmaktadır. En önemli konu hastaya kılavuz/rehberlere uygun olarak eritrosit, granülosit ve trombosit süspansiyonları ile plazma transfüzyonu endikasyonunun gerekli olup olmadığıdır. Transfüzyon endikasyonu için hastanın kan değerlerinin (hemoglobin düzeyi ve trombosit sayısı) önemi bu kılavuz/rehberlerde belirtilmektedir. Ancak hastanın anemi ya da kanama semptomları da endikasyon açısından daha fazla önem taşımaktadır. Transfüzyon ile elde edilecek yarar olası zararın riskinden fazla ise transfüzyon yapılmalıdır. Demir, folik asit, B12 vitamini ya da eritropoetin tedavileri ile düzelebilecek kronik anemilere ES transfüzyonundan kaçınılmalıdır. Akut kanamalarda kan kaybı çok değilse öncelikle kristaloitler ve volüm genişleticiler tam kan yerine kullanılmalıdır. Bunun yanı sıra trombosit sayısı 40.000/mm^3 olan ancak kanaması olmayan ya da operasyon yapılmayacak bir hastaya trombosit süspansiyonu verilmemelidir. Taze donmuş plazma (TDP) volüm genişletici ya da albümin yerine verilmemelidir. İkinci önemli nokta transfüzyon endikasyonu varsa kan bileşenleri yerine tam kan kullanmak hatalıdır. Üçüncü konu da düşük riskli, gönüllü ve karşılıksız bağışçılardan kan gurubu, uygunluk ve enfeksiyon tarama testleri ile güvenli kan/kan bileşeni sağlanmasıdır. Son nokta ise kan/kan bileşeni transfüzyonunun komplikasyonsuz olarak yapılması ve ortaya çıkabilecek komplikasyonların doğru yönetilmesidir.

Kan bileşenleri bağışçıdan elde edilen tam kanının santrifüjü ile ya da yine bağışçıdan aferez yöntemi ile elde edilmektedir.

Tam kan: Flebotomi ile 10 dk. içerisinde alınan ve ayrıştırılmamış kandır. Bir ünite tam kan 450±%10 ml. kan ve yaklaşık olarak 63 ml. CPD (sitrat, fosfat, dekstroz), CPDA-1 (sitrat, fosfat, dekstroz, adenin) veya SAG-M (salin, adenin, glikoz, manitol) içerir. Sitrat antikoagülan, fosfor ortam pH dengeleyici, adenin ve dekstroz ise hücre enerji sağlayıcı olarak kullanılmaktadır. Tam kanın hematokrit düzeyi %35-45'dir, 200 ml'si eritrosit 250 ml'si plazmadır. Tam kan 2-6 ^{O}C'deki ısı izlemli kan saklama dolabında CPD'li ortamda 21 gün, CPDA-1'li ortamda 35 gün saklanır. 2 günden sonra trombositler ve pıhtılaşma faktörleri F5, F7 ve F8 aktivasyonunu kaybeder ve potasyumda artış ortaya çıkabilir. Yine 48 saat içerisinde azalan 2–3 DPG düzeyinde %50 azalma hemoglobinin oksijene affinitesi artar ve eritrosit oksijen sunumunu azalır. Ancak bu konu tartışmalı olup flebotomiyi izleyen 1 saatlik süreçte 17-18°C'ye hızlıca soğutulan kanda bu azalma en aza indirgenmiştir. Yine transfüzyonu takiben ilk 6-24 saat içinde de normale geldiği saptanmıştır. 1 ünite tam kan transfüzyonu yapıldığında hastanın hemoglobin düzeyini 1 g/dl, hematokritini ise %3-4 arttırır.

Tam kan verilmesinin tek endikasyonu total kan hacminin %25'inden fazlasının kayıp edildiği **"hemorajik şoktur".** Kronik anemili hastalarda hemoglobin düzeyini yükseltmek amacıyla kullanılmamalıdır. Volüm yüklenmesine, lökosit ve trombosit alloimmünizasyona, transfüzyon ilişkili akut akciğer hasarına (TRALI), transfüzyon ilişkili Graft versus host hastalığına (GVHD), febril nonhemolitik transfüzyon reaksiyonuna (FNHTR) ve alerjik reaksiyonlara yol açmaktadır. Alımından 24 saat süre geçmiş tam kan **"taze tam kandır"** ve yeni doğanlarda exchange transfüzyonlar ile kardiyopulmoner by-pass ameliyatlarında kullanılabilir. Tam kan saklama dolabının çıkarıldıktan 30 dk. sonra transfüze edilmeli, ortalama 2 saat (1-4 saat) içerisinde transfüzyon yapılmalıdır (erişkinlerde 150-300 ml/saat, çocuklarda 2-5 ml/kg/saat). Uygun koşullarda 4 saat saklanmayan tam kan imha edilmelidir.

Eritrosit süspansiyonu: Tam kandan plazmanın uzaklaştırılması (60-90 ml plazma içerir) ile %65-75 hematokriti olan 280±50 ml ES elde edilir. En az 45 gr eritrosit içermelidir. 2-6 ^{O}C'deki ısı izlemli kan saklama dolabında CPD'li ortamda 21 gün, CPDA-1'li ortamda 35 gün, SAG-M'li ortamda 42 gün saklanır. 2,3 DPG düşme izlenir ancak transfüzyonu takiben yine düzelmektedir. 21-35.günlerde potasyum düzeyi 5-6 kat artar. 1 ünite ES transfüzyonu yapıldığında hastanın hemoglobin düzeyini 1 g/dl, hematokritini ise %3-4 arttırır.

Eritrosit süspansiyonu kristaloid/kolloid tedavisine yanıtsız hemorajik şok ve oksijen taşıma kapasitesinde ve eritrosit kitlesinde artma gereksinimi olan semptomatik (ortostatik hipotansiyon, taşikardi, göğüs ağrısı, konjestif kalp yetersizliği, hipoksi, kulak çınlaması, nefes darlığı gibi) hastalarda kullanılabilir. Her ne kadar bazı kılavuzlar/rehberlerde transfüzyon eşiği için hemoglobin düzeylerini önerse de transfüzyona hemoglobin düzeyine göre karar verilmemelidir. Yine ilaçlarla tedavi edilebilecek B12 vitamini, eritropoetin, demir ve folik asit gibi eksiklik durumlarında transfüzyon endikasyonu koymak için çok iyi düşünülmelidir. Yine yeni doğanlarda exchange transfüzyon için kullanılmamalıdır. Genel kabul edilen transfüzyon eşiği kardiyovasküler riski olmayan ve hemodinamik durumu stabil hastalar için 7-8 g/dl'dir. Bu değerler yoğun bakım

Tablo 1. Kan kaybına göre hemorajik şokun derecelendirilmesi

	I.derece	II.derece	III.derece	IV.derece
Kan kaybı (miktar)	<750	750-1500	1500-2000	>2000
Kan kaybı (total hacim %'si)	<15	15-30	30-40	>40
Kan basıncı	Normal	Normal	Düşük	Düşük
Nabız basıncı	Normal	Düşük	Düşük	Düşük
Kalp hızı (/dk)	<100	100-120	120-140	>140
Solunum sayısı (/dk)	<20	20-30	30-40	>40
İdrar miktarı (ml/s)	>30	20-30	5-15	<5
Şuur durumu	Hafif anksiyete	Belirgin anksiyete	Konfüzyon	Konfüzyon/letarji
Tedavi	Kristaloid	Kristaloid	Kristaloid/kan bileşeni	Kristaloid/kan bileşeni

üniteleri ve pre-operatif değerlendirmeler için de benzerdir. Ancak kardiyovasküler riski olanlarda Amerika Anestezi Derneği, İngiltere Hematolojide Standartlar Komitesi, Yeni Zelanda ve Avustralya Kan Transfüzyonu Dernekleri 10 g/dl'yi eşik olarak kabul ederken Amerika Kan Bankaları Birliği (AABB) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği akut koroner sendrom durumlarında 8 g/dl'yi eşik olarak belirlemişlerdir. Hemolitik anemilerde ise eşik hemoglobin düzeyi 6 g/dl kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Ulusal Kanser Kurumu eritrosit transfüzyonu hemoglobinin düzeyi <6.5 g/dl'nin altında ise önermektedir.

Hemorajik şok ve derecelendirme: Acil transfüzyonda hastanın hemoglobin ve hematokrit düzeyine göre belirlenen transfüzyon eşiği değil hemodinamik durumu göz önünde tutulmalı hastanın yaşamını riske sokacak bir durum söz konusu değilse acil transfüzyon kesinlikle yapılmamalıdır.

Acil transfüzyon oksijen taşıma kapasitesini arttırmak ve damar içi kan hacmini normal sınırlarda tutmak amacıyla yapılır. Akut kanamalarda (hemorajik şok) 4 klinik tabloya göre uygulanacak tedavi şekli Advanced Trauma Life Support (ATLS) Kılavuzu önerilerine uygun olarak belirlenebilmektedir (Tablo 1).

Sınıf 1 hemorajik şok: Akut kan kaybı dolaşımdaki kan hacminin %15'inden (750 ml) azdır. Kan basıncı, nabız ve solunum sayısı, idrar çıkışı normal (>30 ml/s) olup minimal anksiyete görülebilir.

Sınıf 2 hemorajik şok: Akut kan kaybı dolaşımdaki kan hacminin %15-30'u (750-1500 ml) kadardır. Kan basıncı normal (sistolik >100 mmHg) iken nabız basıncı daralmıştır, taşikardi (>100/dk) ve taşipne (20-30/dk) izlenir. İdrar çıkışında azalma (20-30 ml/s) başlar ve hastada belirgin anksiyete izlenir.

Sınıf 3 hemorajik şok: Akut kan kaybı dolaşımdaki kan hacminin %30-40'ı (1500-2000 ml) kadardır. Kan basıncı (sistolik <100 mmHg) düşmeye başlar, taşikardi (>100-120/dk) ve taşipne şiddetlenir (30-40/dk), nabız basıncı daralmış, idrar çıkışında azalma belirginleşmiş (5-15 ml/dk) ve hastanın şuurunda konfüzyon görülmeye başlamıştır.

Sınıf 4 hemorajik şok: Akut kan kaybı dolaşımdaki kan hacminin %40'ından (>2000 ml) fazladır. Bu durumda vital bulgular daha da kötüleşir ve idrar çıkışı genellikle 5 ml/s'in altına iner. Hastanın şuuru konfü/letarjiktir.

2 litre hızlı kristaloid/kolloid infüzyonuna rağmen hipotansiyonun sürmesi, hasta normotansif olduktan sonra tekrar hipotansiyon gelişmesi, 100 ml/dk'dan fazla kanama görülmesi ya da sınıf 3 veya 4 hemorajik şok bulguları bulunması durumlarında kan/kan bileşeni transfüzyonu gerekmektedir. **Çok Acil** (kanın 10-15 dk.da gerekli olduğu) durumlarda O Rh (D) negatif eritrosit süspansiyonu kan gurubu ve çapraz karşılaştırma yapılmadan kullanılabilir.

Eritrosit süspansiyonu sırasında da tam kan transfüzyonuna benzer yan etkiler ortaya çıkabilir volüm yüklenmesi daha azdır.

Lökosit azaltılmış eritrosit süspansiyonu: ES içindeki lökositler TRALI, alloimmünizasyon, FNHTR ve sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu riski nedeniyle azaltılmalıdır. Bu amaç ile lökosit filtreleri (4 log ile %99.9 oranında azaltır), santrifüj (20-60 ml. buffy-coat uzaklaştırılması) ve eritrositlerin serum fizyolojik ile yıkanması kullanılmaktadır. İdeal olarak lökosit kontaminasyonu olarak tanımlanan kan bileşenindeki lökosit sayısının $<5x10^6$/Ünite olmasıdır. Bu işlemler ile eritrosit kaybı %10-15 izlenir. Lökosit filtreleri özellikle CMV bulaşı riskli olan lösemi, miyelodisplastik sendrom, kemik iliği/periferik kök hücre nakli yapılacak/yapılan, FNHTR öyküsü olan, çok transfüzyon yapılacak/yapılan, kalp ve akciğer transplantasyonlu, HIV'lü ve adoptif kemoterapi alan kanser hastalarında kullanılmalıdır.

Yıkanmış eritrosit süspansiyonu: Manuel ya da özel yıkama cihazları ile serum fizyolojik kullanılarak lökosit, plazma ve trombositler uzaklaştırılır. 24 saat içerisinde kullanılmalıdır. IgA eksikliği, alerjik reaksiyonlar, oto-immun hemolitik anemiler, paroksismal noktürnal hemoglobinüri, T aktivasyon sendromunda ve intra-uterin transfüzyonlarda uygulanmaktadır.

Dondurulmuş eritrosit süspansiyonu: ES 6 gün içerisinde %20'lik gliserol ile -60°C'nin altında dondurularak 10 yıl kadar saklanabilir. Kullanılacağında 40°C'de eritilip serum fizyolojikle yıkanır. Nadir eritrosit fenotiplerine sahip hastalar ve elektif cerrahi uygulanacak hastalardan otolog olarak alınan eritrositler için yapılır.

Aferez yöntemi ile elde edilen ES en az 40 gr eritrosit içermelidir, miktarı değişik olabilir. 2-6°C'de 24 saat süre ile saklanabilir.

Trombosit süspansiyonu: Amerika'da yılda 2.2 milyon trombosit süspansiyonu kullanılmaktadır. Tam kanın 6 saatte santrifüjü ile trombositten zengin plazmadan elde

Tablo 2. Kan bileşenlerinin ışınlanma endikasyonları
1. Birinci derecede akrabalardan alınan kan bileşeni ve HLA uyumlu trombosit süspansiyonu,
2. İntrauterin transfüzyonda kullanılacak kan bileşeni,
3. İmmun yetersizliği olan hastalara verilecek kan bileşenleri,
4. Allojeneik kemik iliği veya periferik kök hücre nakli yapılan hastalara verilen kan bileşenleri,
5. Neonatal exchange için kullanılacak kan bileşenleri,
6-Lenfomalı hastalara verilecek kan bileşenleri,
7-Yoğun kemoterapi/kemo-radyoterapi alan hastalara verilecek kan bileşenleri,
8-Mutlak lenfosit sayısı <500/mm3 olan hastalara verilecek kan bileşenleri,
9. Adoptif immunoterapi alacak kanser hastalarına verilecek kan bileşenleri,
10. Böbrek dışı solid organ nakli yapılan hastalara verilecek kan bileşenleri.

edilen **random trombosit süspansiyonu** yaklaşık 50-70 ml'dir ve $5.5x10^6$/kg trombosit içermektedir. Aferez yöntemi ile elde edilen **aferez trombositi (tek donör trombosit süspansiyonu)** 200-300 ml'dir ve içinde en az $3x10^{11}$/ kg trombosit vardır. Lökosit kontaminasyonunun $5x10^6$/ dan az olması istenir. 6-8 ünite random trombosit süspansiyonundaki trombosit sayısı yaklaşık olarak 1 ünite aferez trombosit süspansiyonundakine eşdeğerdir. Her 10 kg'a bir ünite random trombosit süspansiyonu verilmelidir. Bir ünite aferez trombosit süspansiyonu 70 kg ağırlığındaki bir hastanın trombosit sayısını 30-50.000/mm^3, bir ünite random trombosit süspansiyonu ise 5.000/mm^3 arttırır. Trombosit süspansiyonu oda sıcaklığında (20-24°C), ajitatörde ($C0_2$'i çevreye diffüze eder), gaz geçirgen torbalarda (torbalarda serbest yağ asidi oksidasyonu ile laktik asidoz gelişir) 5 gün saklanabilir. İçine katkı sıvıları (platelet additive solutions) koyularak kullanım süreleri 7 güne kadar çıkabilir ancak enfeksiyon riski yüksektir. Havuzlanmış random trombositler 6 saat içerisinde kullanılmalıdır. Trombosit süspansiyonları ABO ve Rh-(D) uyumlu olmalıdır. Çünkü torbada az miktarda da olsa eritrosit kalıp hemolize yol açabilir.

Trombosit süspansiyonu trombositopeni ve trombosit işlev bozukluğuna bağlı kanamalar yanı sıra kanama riski olan durumlarda proflaktik olarak da kullanılır. AABB, İngiltere Hematoloji Birliği ve Amerika Onkoloji (ASCO) Derneklerinin önerilerine göre; trombosit sayısı kanama ve hemostatik bozukluk olmadığında <10.000/ mm^3, ateş ve sistemik enfeksiyon, üremi, santral venöz kateter takılması, anti-platelet ve antikoagülan ilaç kullanımı durumlarında <20.000/ mm^3, küçük cerrahi girişimlerde <30.000/ mm^3, yaygın damar içi pıhtılaşma sendromu, lomber ponksiyon ve büyük cerrahi girişimlerde <50.000/ mm^3, göz ve beyin ameliyatlarında <100.000/ mm^3 ise proflaktik olarak trombosit süspansiyonu verilmelidir. İmmun trombositopeni, hipersplenizm, trombostik trombositopenik purpura ve heparine bağlı trombositopeni cerrahi bir girişim yapılmayacaksa trombosit süspansiyonu verilmemelidir.

Trombosit süspansiyonu erişkinlerde 150-300 ml/saat, çocuklarda 60-120 ml/saatte verilir.

Çoklu (>5) trombosit süspansiyonu transfüzyonu yapılan hastalarda alloimmünizasyon nedeniyle **trombosit direnci** ortaya çıkabilir. Trombosit direncinde ise düzeltilmiş trombosit sayı artışı ile hesaplanan (transfüzyon sonrası trombosit sayısı-öncesi trombosit sayısı x vücut yüzey alanı/ transfüze edilen trombosit süspansiyonundaki trombosit sayısı) bu artış transfüzyondan 1 saat sonra <7.500/ mm^3, 18-24 saat sonra <4.500/ mm^3'dir. Bu durumda sık ve yüksek dozda trombosit süspansiyonu kullanılmalı, intravenöz immunglobulin, rF7a, fibrinolitik inhibitörler ve terapötik plazma değişimi kullanılabilecek tedavi modaliteleridir. Önlemek için HLA uyumlu trombosit süspansiyonu verilmesi ve lökosit filtreleri kullanımı yararlıdır. Trombosit süspansiyonu transfüzyonu sırasında FNHTR, hemoliz (ABO uyumsuz), CMV bulaşı, sepsis (bakteriyel kontaminasyon), TRALI, GVHD gelişebilir.

Taze donmuş plazma: Tam kan 6-8 saat içerisinde 2-6°C'de santrifüje edilirek plazması ayrılır ve en az -18°C'de dondurulur. 200-250 ml.dir. Dondurma ısısına bağlı olarak -18 ile -25°C'de 3 ay, -25°C altında 2-3 yıl saklanabilir. Kullanılacağı zaman plazma eritme (thaw) cihazlarında 37°C'de eritilir, oda sıcaklığında 4 saat ve 2-6°C'de 24 saat içinde kullanılmalıdır, aksi takdirde birkaç gün içinde F8 aktivitesi %50 azalır, diğer F2, F7, F9, F10 ve F13 aktiviteleri stabil kalır. Eritildikten sonra tekrar dondurulmamalıdır. Koagülasyon faktörleri, albumin ve immunglobulinleri içerir. ABO uygunluğu şarttır Rh uygunluğu gerekmez. Aynı kan gurubundan bulunamazsa A ve B alıcıya AB, O alıcıya O, AB vericiye AB verilir. Pratik olarak 1 ml plazma 1 ünite faktör aktivitesi içerir. 10-20 ml/kg (4-6 Ü) verilmesi ile koagülasyon faktörleri %20 artar. Erişkinlerde 200-300 ml/saat, çocuklarda 60-120 ml/saatte infüze edilir.

Taze donmuş plazma endikasyonları; kalıtsal ve edinsel faktör eksiklikleri, ciddi travma, kanamalı yaygın damar içi pıhtılaşma sendromu (30 ml/kg önerilir), warfarin kullanımına bağlı intraserebral kanamalar, protrombin zamanı uzun kanamalı kronik karaciğer hastalığı, masif kan transfüzyonu (24 saat içerisinde >10 ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonudur, plazma:eritrosit oranı 1/3 verilmesi önerilir), yeni doğanın hemorajik hastalığı, herediter anjionörotik ödem (C1 esteraz inhibitör eksikliği), girişim yapılacak kanama riskli ciddi koagülopatili yeni doğanlar, girişim yapılacak K vitamini eksikliği ve değişim solüsyonu olarak TTP'dir. Taze donmuş plazmanın endikasyonu protrombin ve parsiyel tromboplastin zamanlarının uzamasına bağlı değildir. Ancak bu süreleri 1.5-1.7 kat uzamış kanamalı hastalarda kullanılabilir.

Proflaktik olarak kardiyopulmoner by-pass sonrasında, parsiyel tromboplastin/ protrombin zamanı uzun kanaması olmayan hastalarda, beslenme desteği olarak,yara iyileşmesi ve volüm genişletmek, heparinin etkisini ve hipoalbuminemiyi düzeltmek için, hipogamaglobulinemide, yanıklarda, konsantreleri olan F13, F9, F8 ve antitrombin eksikliğinde kullanılmamalıdır.

FNHTR, TRALI, hipervolemi, allerjik reaksiyonlar, enfeksiyon ve patojen bulaşları ve sepsis, hızla verimesine bağlı sitrat toksisitesi TDP infüzyonda görülebilir.

Kriyopresipitat: TDP 2-6°C'de eritildikten sonra üstte kalan kısmı santrifüjle uzaklaştırılır ve torbadaki 10-15 ml. (maksimum 40 ml) çökelti kriyopresipitattır. 10 bağışçıdan havuzlanabilir. Yeniden dondurulabilir. TDP gibi -18 ile -25°C'de 3 ay, -25°C altında 2-3 yıl saklanabilir. Fibrinojen (150-300 mg), F8 (80-120 Ü), F13 (40-60 Ü)

Tablo 3. Kan bileşenlerinin özellikleri

Kan bileşeni	Miktar (ml)	Saklama (ısı/süre)	ABO/Rh uyumu	Çapraz karşılaştırma	Filtrasyon	Endikasyon	İnfüzyon	Etkisi
Tam kan	280±50	2-6 OC'de CPD 21 gün CPDA-1 35 gün SAG-M 42 gün	+	+	+	Hemorajik şok (Kan volümü >%25 kayıp)	Erişkin: 150-300 ml/s Çocuk: 2-5 ml/kg/s	Hb düzeyi 1 gr/dl artar Hematokrit düzeyi %3-4 artar
Eritrosit süsp.	280±50	CPD 21 gün CPDA-1 35 gün SAG-M 42 gün	+	+	+	1-Hemorajik şok 2-Semptomatik anemi 3-Hb düzeyi <7-8 g/dl	Erişkin: 150-300 ml/s Çocuk: 2-5 ml/kg/s	Hb düzeyi 1 gr/dl artar Hematokrit düzeyi %3-4 artar
Random trombosit süsp.	50-70	20-24°C 5 gün	+	-	+	1-Kanamalı trombositopeni ve trombosit işlev bozukluğu 2-Proflaksi <10.000/mm3 3-Ateş, kateter, küçük cerrahi<20.000/mm3 4-Büyük cerrahi ve lumber ponksiyon <50.000/mm3 5-Göz ve beyin operasyon <100.000/ mm3	Erişkin: 150-300 ml/s Çocuk: 60-120 ml/s	Trombosit sayısı 5.000/mm3 artar
Aferez trombosit süsp.	200-300	20-24°C 5 gün	+	-	+	Random trombosit süspansiyonu ile aynı	Erişkin: 150-300 ml/s Çocuk: 60-120 ml/s	Trombosit sayısı 50-70.000/mm3 artar
Taze donmuş plazma	200-250	-18-25°C'de 3 ay <-25°C 2-3 yıl	+	+		1-Kalıtsal ve edinsel faktör eksiklikleri 2-Yaygın damar içi pıhtılaşma sendromu 3-Warfarin kullanımına bağlı intraserebral kanama 4-Masif kan transfüzyonu 5-Protrombin zamanı uzun kanamalı kronik karaciğer hastalığı 6-Trombotik trombositopenik purpura (değişim solüsyonu) 7-Yeni doğanın hemorajik hastalığı	Erişkin:200-300 ml/s Çocuk: 60-120 ml/s	10-20 ml/kg verilmesi ile koagülasyon faktörleri %20 artar.
Kriyopresipitat	10-15	18-25°C'de 3 ay <-25°C 2-3 yıl	-	-	-	1-F13 eksikliği 2-vWf hastalığı 3-F8 eksikliği (F8 konsantresi yoksa) 4-Yaygın damar içi pıhtılaşma sendromı 5-Kalitatif ve kantitatif fibrinojen hast.	Mümkün oldukça hızlı	-
Granülosit süspansiyonu	200-300	20-24°C 24 saat	+	+	-	1->7-10 gün uzun süren şiddetli (MNS<500/mm3) enfeksiyon, sepsis 2-Kronik granülamatöz hastalık 3-Lökosit adezyon defekti	Erişkin:60-120ml/s Çocuk: 30-60 ml/s	24-48 saat sonra nötrofil sayısının >1.000-2.000/mm3 beklenir.

ve von willebrand faktör (80-120 Ü) içerir. 1 Ü/5 kg verilir. Eritildikten sonra 6 saat içinde verilmelidir. ABO ve Rh uygunluğu gerekli değildir. Işınlama ve filtrasyon önerilmez. Faktör konsantresinin bulunamadığı F8 eksikliği, yaygın damar içi pıhtılaşma sendromu, masif transfüzyon, F13 eksikliği, von Willebrand hastalığı ve kalitatif ve kantitatif fibrinojen hastalıkları ile invazif girişim uygulanacak bu hasta guruplarında kullanılır. Üremiye bağlı kanama, yılan sokması ve amniyon sıvı embolisinde de etkili olabilir. Mümkün olduğunca çabuk infüze edilir ve 4 saat içinde kullanılmalıdır. Yan etkileri TDP ile aynıdır.

Granülosit süspansiyonu: 1.derecede akrabalardan veya HLA uyumlu bağışçılardan 8-12 saat önce granülosit koloni uyarıcı faktör filgrastim (300-600μg) ve deksametazon (8 mg) ile uyarılarak hidroksietil starch ile tek bağışçı aferez yöntemi ile 4-7 gün boyunca elde edilebilir. 200-300 ml'dir. 20-24°C'de 24 saat saklanır. Torbada en az 1-3x10^{10} granülosit içermelidir. Ajitatörle çalkalamalı ve lökosit azaltma uygulanmamalıdır. Işınlanma önerilir. BO, Rh uyumu gereklidir. Etkinliği tartışmalı olup 7-10 günden uzun süren antibiyotik, antifungal tedavilerine yanıt vermeyen şiddetli nötropeniye (<500/mm^3) bağlı ateş, sepsis, lökosit adezyon defekti ve kronik granülomatöz hastalıktır. Proflaktik granülosit süspansiyonunun hematolojik maligniteli ve kemik iliği nakli yapılan şiddetli nötropenik hastalarda kullanımının ciddi enfeksiyon riskini azalttığı saptanmış olsa da yan etkilerinden dolayı iyi değerlendirilmelidir. Erişkinlerde 60-120 ml/saat çocuklarda 30-60 ml/saat hızında verilmelidir. 24-48 saat sonra nötrofil sayısının >1.000-2.000/mm^3 beklenir. Hastada ateş, üşüme-titreme, ürtiker, CMV bulaş riski, HLA ve eritrosit antijenlerine alloimmünizasyon, bakteriyel bulaş ve sepsis, post-transfüzyonel purpura, TRALI izlenirken bağışçıda deksametazon hipertansiyon, peptik ülser, hiperglisemi) ve filgrastime (kemik ağrısı, dalak rüptürü) bağlı yan etkiler görülebilir.

Kan bileşenlerinin ışınlanması: T hücrelerinin inaktivasyonu amacıyla kan bileşenleri gama ışınlaması yapılır (eritrositler en az 25 Gy, granülositler 2500 Gy). Transfüzyon ilişkili GVHD'nı önlemek için yapılmaktadır. Işınlanmış eritrosit süspansiyonu en çok 28 gün, trombositler son kullanma tarihine kadar kullanılabilir. Taze donmuş plazma ve kriyopresipitatın ışınlanması gerekli değildir. Tablo 3'de tüm kan bileşenlerinin özellikleri özetlenmiştir.

Transfüzyon öncesinde, sırasında ve sonrasında dikkat edilmesi gereken konular

1. Transfüzyon endikasyonu iyi değerlendirilmelidir.
2. Tam kan yerine kan bileşenleri tercih edilmelidir.
3. Hasta adı-soyadı, doğum tarihi, protokol numarası, transfüzyon endikasyonu, istenen kan bileşeni, kaç ünite istendiği, lökosit azaltma, ışınlama ve yıkama gibi özel işlem gerekli olup olmadığını içeren **"Doktor kan istem formu"** mutlaka doldurulmalıdır. İstenen kan örneğinde

hastaya ait bilgiler yer almalıdır. Hasta bilgileri ile torba üzerindeki belgelerin hasta ve kayıtlar ile uyumluluğu tekrar tekrar kontrol edilmelidir. Unutulmamalıdır ki en önemli ve en çok yapılan hatalar yanlış kayıtlara bağlı yanlış hatalarıdır ve ölümcül olabilir.

4. Hastadan ya da vekilinden transfüzyon bilgileri, ortaya çıkabilecek yan etkileri kapsayan **"Hasta onam formu"** alınmalıdır. Acil transfüzyonda ise gerekli değildir.
5. Daha önceki transfüzyon öyküsü ve gelişmiş yan etkiler sorgulanmalıdır.
6. Hastanın daha önceki transfüzyonlarında ortaya çıkan ateş ve alerjik reaksiyonların tekrarlamaması için kan merkezinden kan çıkmadan premedikasyon olarak antipiretik ve antihistaminikler uygulanmalıdır. Ancak bu her hasta için geçerli değildir.
7. ABO, Rh-D kan grupları, çapraz karşılaştırma, anti-HCV, HBsAg, anti-HIV1/2 ve sifiliz için testler zorunludur.
8. Kan bileşen torbasındaki hemoliz, pıhtı ve partiküller varsa kan bileşeni kullanılmamalıdır.
9. Set takılmış ve oda ısısına gelmiş kan bileşeni en geç 4 saat içinde transfüze edilmeli, transfüzyon yarım kaldı ise imha edilmelidir. Set takılmamış ancak 30 dk beklemiş kanlar kan merkezine iade edilebilir.
10. Eritrosit ya da trombosit süspansiyonları için hasta başı ya da kan merkezinde lökosit filtreleri kullanılmalıdır.
11. Eritrositlerle birlikte ya da içinde serum fizyolojik, plazma için ise %5'lik albumin dışında hiçbir sıvı ya da ilaç kan bileşen torbasına konulmamalıdır.
12. Kan bileşeni hasta başına gelmeden önce damar yolu açılmalıdır (normalde 18-20 gouge, bebekler 22-24 gouge intravenöz kateter)
13. Normalde kan bileşenleri oda ısısına gelince kullanılmalı, hasta vücudunda, musluk suyu altında, kaloriferde kan bileşeni ısıtılmamalıdır. Soğuk aglutinin hastalığında, kriyoglobulinemide, masif transfüzyonlarda ve bebeklerde kan bileşenleri ısıtılabilir. Plazmalar thaw cihazında 37°C'de eritilir. Eritildikten sonra kullanılmayacaksa +4°C'de 24 saat bekleyebilir. Trombositler ajitatörde +20-24°C'de çalkalanmalı 30 dk'dan uzun çalkalanmazsa aglütine olabilmektedir.
14. Hasta dosyasına yapılacak transfüzyon kayıt altına alınmalı, **"transfüzyon formuna"** tüm veriler ve yaşamsal bulgular yazılmalıdır. İlk 15 dk kan bileşeni yavaş 2-5 ml/dk'da verilmelidir. Hipervolemi, FNHTR, hemoliz, alerjik ve anaflaktik reaksiyonlar, solunum sıkıntısı ve TRALI gibi akut ortaya çıkan yan etkiler açısından sıkı takip edilmeli ve gelişirse mutlaka kayıt altın alınmalıdır. Acil dolabında antipiretik, antihistaminik, adrenalin, kalsiyum, serum fizyolojik bulunmalı, air-way, aspiratör, entübasyon malzemeleri muhakkak bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. U.S. Department of Health and Human Services. The 2009 national blood collection and utilization survey report. Washington, DC: U.S.Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Health; 2011.
2. Takei T, Amin NA, Schmid G, Dhingra-Kumar N, Rugg D. Progress in global blood safety for HIV. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009;52 Suppl 2:S127-31.
3. www.aabb.org
4. Albayrak D, Altuntaş F, Özet G, Karadoğan İ, Bayık M, Özen M ve ark. Transfüzyon Tıbbı Kitapçığı. Aydınok Y (Editör). Türk Hematoloji Derneği Yayınları 2011.
5. Carson JL, Grossman BJ, Kleinman S, Tinmouth AT, Marques MB, Fung MD, et al. Red blood cell transfusion: A clinical practice guideline from the AABB. Ann Intern Med 2012;157:49-58.
6. Demir C. Kan bileşenlerinin tanımı, hazırlanması, saklanması ve kullanım alanları. J Hematol Special Topics 2013;6:37-42.
7. Özcebe O. Kan transfüzyonu; kime, ne zaman, ne? Kan komponentleri kullanım endikasyonları. 15.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi 2013.
8. Klein HG, Anstee DJ. The transfusion of red cells. In: Mollison's Blood Transfusion in Clinical Practice. Blackwell Publishing, 11th edition 2005;352-405.
9. Galel SE, Fontaine MJ, Viele MK, Gonzalez CL, Goodnough LT. Transfusion medicine. In: Wintrobe's Clinical Hematology. Greer JP, Arber DA, Glader B, List AF, Means Jr RT, Paraskevas F, et al (eds). Wolters Kluwer/Lippincott Williams-Wilkins. 13th edition 2014; 547-586.
10. Cushing MM, Ness PM. Principles of red blood cell transfusion. In: Hematology Basic Principle and Practice. Hoffman R, Benz JD RJ, Silberstein LE, Heslop HE, Anastasi J (eds). Elsevier Saunders 6th edition, 2013;1642-1652.
11. Ulusal kan ve kan ürünleri rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı 2011.
12. Pratical guidelines for blood component therapy: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on blood component therapy. Anesthesiology 1996;84:732-747.
13. Murphy MF, Wallington TB, Kelsey P, Boulton F, Bruce M, Cohen H, et al. British Committee for Standards in Haematology, Blood transfusion task force guidelines fort he clinical use of red cell transfusions. Br J Haematol 2001;113:24-31.
14. National Health and Medical Research Council/Australasian Society of Blood Transfusion. Clinical practice guidelines: Apporpiate use of red blood cells. Sydney, (http://www.nhmrc.gov.au) Australia: National Health and Medical Research Council/Australasian Society of Blood Transfusion; 2001.
15. Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, Boersma E, Budaj A, Fernandez-Aviles F, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. Rev Port Cardiol 2008;27:1063-1143.
16. Standars Committee of American Association of Blood Banks: Standards for Blood Banks and Transfusion Services (http://www.aabb.org. 28th ed. American Associaion of Blood Banks. Bethesda, 2012.
17. Kortbeek JB, Al Turki S, Ali J, Antoine JA, Bouiloon B, Brasel K, et al. Advanced travma life support, 8th edition, the evidence for change. J Trauma 2008;64:1638-1650.
18. Lawton LD, Roncal S, Leonard E, Stack A, Dinh MM, Byrne CM, et al. The utility of Advanced Trauma Life Support (ATLS) clinical shock grading in assesment of trauma. Emerg Med J 2014;31:384-389.
19. Bonanno FG. Hemorrhagic shock: The physiology approach. J Emerg Trauma Shock 2012;5:285-295.
20. Holcomb JB, Spinella PC. Optimal use of blood in trauma patients. Biologicals 2010;38:72-77.
21. Murthi SB, Dutton RP, Edelman BB, Scalea TM, Hess JR. Transfusion medicine in trauma patients. Expert Rev Hematol 2008;1:99-109.
22. Hess JR, Johansson PI, Holcomb JB. Massive transfusion and transfusion therapy in trauma. Mintz PD (ed). In: Transfusion Therapy: Clinical Principles and Practice, 3rd edition Bethesda, AABB Press, 2011; 305-321.
23. Karaoğlanoğlu M, Turgut M. Trombosit süspansiyonları ve transfüzyonları. Türkiye Klinikleri J Int Med 2007;3:54-57.
24. Schiffer CA, Anderson KC, Bennett CL, Bernstein S, Elting LS, Golsmith M, et al. American Society of Clinical Oncology. Platelet transfusion for patients with cancer: clinical practice guidelines of the American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol 2001;19:1519-1538.
25. Tinmouth AT, Freedman J. Prophylactic platelet transfusions: which dose is the best dose? A review of the literature. Transfus Med Rev 2003;17:181-193.
26. Kaufman RM, Djulbegovic B, Gernsheimer T, Kleinman S, Tinmouth AT, Capocelli KE, et al. Platelet transfusion: A clinical practice guideline from AABB. Ann Intern Med 2015; 162:205-213.
27. Whitaker BI. The 2011 National Blood Collection and Utilization Survey Report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2013. Accessed at www.hhs.gov/ash/bloodsafety/2011-nbcus.pdf on 25 September 2014.

28. British Committee for Standards in Haematology, Blood Transfusion Task Force. Guidelines for the use of platelet transfusions. Br J Haematol. 2003;122:10-23.
29. JPAC-Joint United Kingdom (UK) Blood Transfusion and Tissue Transplantation Services Professional Advisory Committee. Transfusion Handbook: Transfusion in Surgery. 2013. www.transfusionguidelines.org.uk/transfusion-handbook.
30. Kaufman RM. Principles of platelet transfusion therapy. In: Hematology Basic Principle and Practice. Hoffman R, Benz JD RJ, Silberstein LE, Heslop HE, Anastasi J (eds). Elsevier Saunders 6th edition, 2013;1653-1658.
31. Roback JD, Caldwell S, Carson J, Davenport R, Drew MJ, Eder A, et al. Evidence-based practice guidelines for plasma transfusion. Transfusion 2010;50:1227-1239.
32. Karafin MS, Hillyer CD, Shaz BH. Principles of plasma transfusion: plasma, cryoprecipitate, albumin, and immunoglobulins. In: Hematology Basic Principle and Practice. Hoffman R, Benz JD RJ, Silberstein LE, Heslop HE, Anastasi J (eds). Elsevier Saunders 6th edition, 2013;1683-1694.
33. Trauss RS. Principles of neutrophil (granulocyte) transfusions. In: Hematology Basic Principle and Practice. Hoffman R, Benz JD RJ, Silberstein LE, Heslop HE, Anastasi J (eds). Elsevier Saunders 6th edition, 2013;1676-1682.

HİPOGLİSEMİ İLE İLGİLİ BİLİNMEYEN GERÇEKLER

Dr. Rıfat EMRAL
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İbni Sina Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları, Ankara

Hipoglisemi, klasik tarifi itibarıyla, plazma glukoz düzeyinin biyoşimik olarak tariflenen normal düzeylerin altına inmesi, bu sırada sempatik aktivasyon bulgularının (terleme, titreme, çarpıntı vb) ortaya çıkması ve tüm bu bulguların dışarıdan glukoz alımı veya kişiye verilmesiyle ortadan kalkması olarak tanımlanan, oldukça nahoş, kişinin hayatını zora sokan, hatta hayatı tehdit edebilen bir durumdur. Bazı vakalarda hipogliseminin derinliğiyle ilintili olarak sempatik aktivasyon bulgularının ardından nöroglikopeniye bağlı ortaya çıkan semptomlar da görülebilir. Bu durum hipogliseminin daha da ciddi olduğunun bir göstergesidir. Esas itibarıyla hipogliseminin birçok nedeni olsa da en önemli olan nedenin diyabetik bireylerin tedavisinde kullanılan medikal ajanlara bağlı gelişen hipoglisemiler olduğunu bilmekteyiz. Dolayısıyla bu bir tıbbi tedavi yan etkisi olarak da karşımıza çıkmaktadır. Gerçekten bu bir ilaç yan etkisi midir, yoksa başta insulin tedavisi ve insulin salgılatıcı oral antidiyabetikler olmak üzere bu ajanların beklenen etkisi midir, bu halen tartışılan bir konudur. Ancak tartışılmayacak olan bir şey vardır ki, öyle ya da böyle, bu ajanlarla ortaya çıkan hipoglisemi, tedaviyi zorlayan, hastaları bu ajanları kullanmaktan uzaklaştıran, hatta tedaviyi kesmelerine neden olan, bazen de hekimlerin bu tedavilere yönelmelerinde çekingen davranmalarına neden olan önemli bir engel olarak karşımızda durmaktadır.

İnsulinin diyabet tedavisinde çığır açan, diyabetik hastaların hayat beklentilerini uzatan bir tedavi ajanıdır. Bununla beraber aynı insulin bilinen en güçlü hipoglisemiyen ajandır. Durum böyle iken insulinden vaz geçilemeyeceği ortadadır ancak bu tedavinin de kolay olmadığı bir gerçek olarak karşımızda durmaktadır. Bugün tüm ciddi büyük diyabet çalışmaları iyi glisemik regülasyonun gerek tip 1 gerekse tip 2 diyabetiklerin mikrovasküler komplikasyonların gelişiminde önleyici ve geciktirici bir faktör olduğunu göstermektedir. Bazı çalışmalar iyi glisemik regülasyonun uzun dönemde hastayı makrovasküler komplikasyonlardan da koruduğunu ortaya koymuştur. Buradan yola çıkarak sıkı glisemik regülasyon iyidir düşüncesiyle yola çıkılan çalışmaların bir kısmında (ACCORD ve ADVANCE gibi), tam tersine mortalitenin arttığı görülmüş ve bu beklenmeyen sonucun esas nedeninin artan hipoglisemi sıklığıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu da hipogliseminin diyabet tedavisinde en önemli engelleyici faktör olduğu savını kuvvetlendirmiştir.

Hipoglisemi yalnız tedavinin aksamasının bir nedeni değil, aynı zamanda hastaların hayat kalitelerinin bozulmasının da önemli bir sebebidir. Hipoglisemi yaşayan bireyler çoklukla bu yan etkiden dolayı korku yaşamakta, bazen sırf bu yüzden evden çıkmakta veya kendi kendilerine hareket etmekte de çekingenlik yaşamaktadırlar. Sırf bu yüzden sosyal olarak izolasyon yaşayan, kimseyle görüşmeyen ve dolayısıyla hayattan bıktığını, zevk almadığını söyleyen birçok hasta vardır. Daha da ötesi, bu hastaların yakınları da bu açıdan zorluk yaşamakta ve hastalarını bırakıp işlerine bile gidemez duruma düşmektedirler. Bütün bunlar hipogliseminin yalnız glisemik regülasyonun iyi götürülmesinin önünde bir engel değil, aynı zamanda ekonomik bir maliyet yaratıcı sorun olduğunu göstermektedir. Hipoglisemi yaşayan birey hem işinden kalabilmekte, hem verimliliği etkilenmekte, hem de işte geçirmesi gereken zamanları belki de hastanede uğraşarak veya tedavi görerek harcamak zorunda kalmaktadır. Sonuçta hipoglisemi sosyoekonomik açıdan tam bir problem oluşturmaktadır.

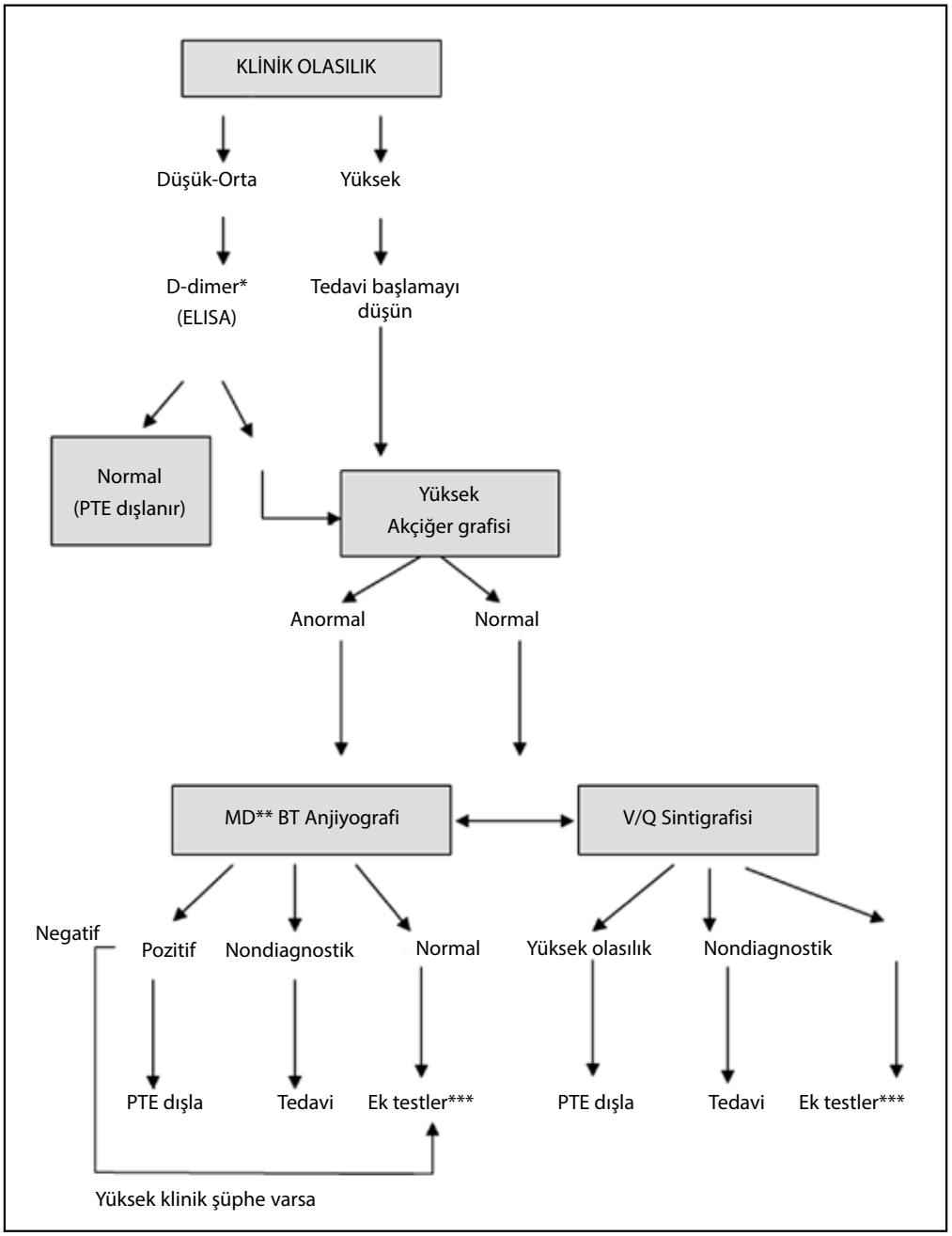
Bütün bunların yanında hipogliseminin sonuçlarından tedirgin olan hekimler de tedavi ajanlarını seçerken ister istemez çekingen durmaktadırlar. Bu tedavileri alan hastalarla daha yakından ilgilenmek gerektiği de düşünülürse, hekimlerin bu hastalara daha çok zaman ayırmak zorunda oldukları gerçeği de daha net ortaya çıkar. Oysa ülkemiz gibi poliklinik şartlarında kısa zamanda çok hasta bakılmasının elzem olduğu ülkelerde bu pek de mümkün değildir. Bu nedenle hekimler de zaman zaman hastalarına sırf hipoglisemi gelişebilir düşüncesiyle doğru tedaviyi vermekten uzak durabilmektedirler. Bütün bu sorunların üstesinden gelebilmek için diyabet tedavisinde mümkün olduğunca daha az hipoglisemi yapan ama glisemik regülasyon açısından etkin, yenilikçi tedavi ajanlarına ihtiyaç vardır.

PULMONER TROMBOEMBOLİZMDE TANI VE TEDAVİ AKIŞ ŞEMALARINDA NELER DEĞİŞTİ?

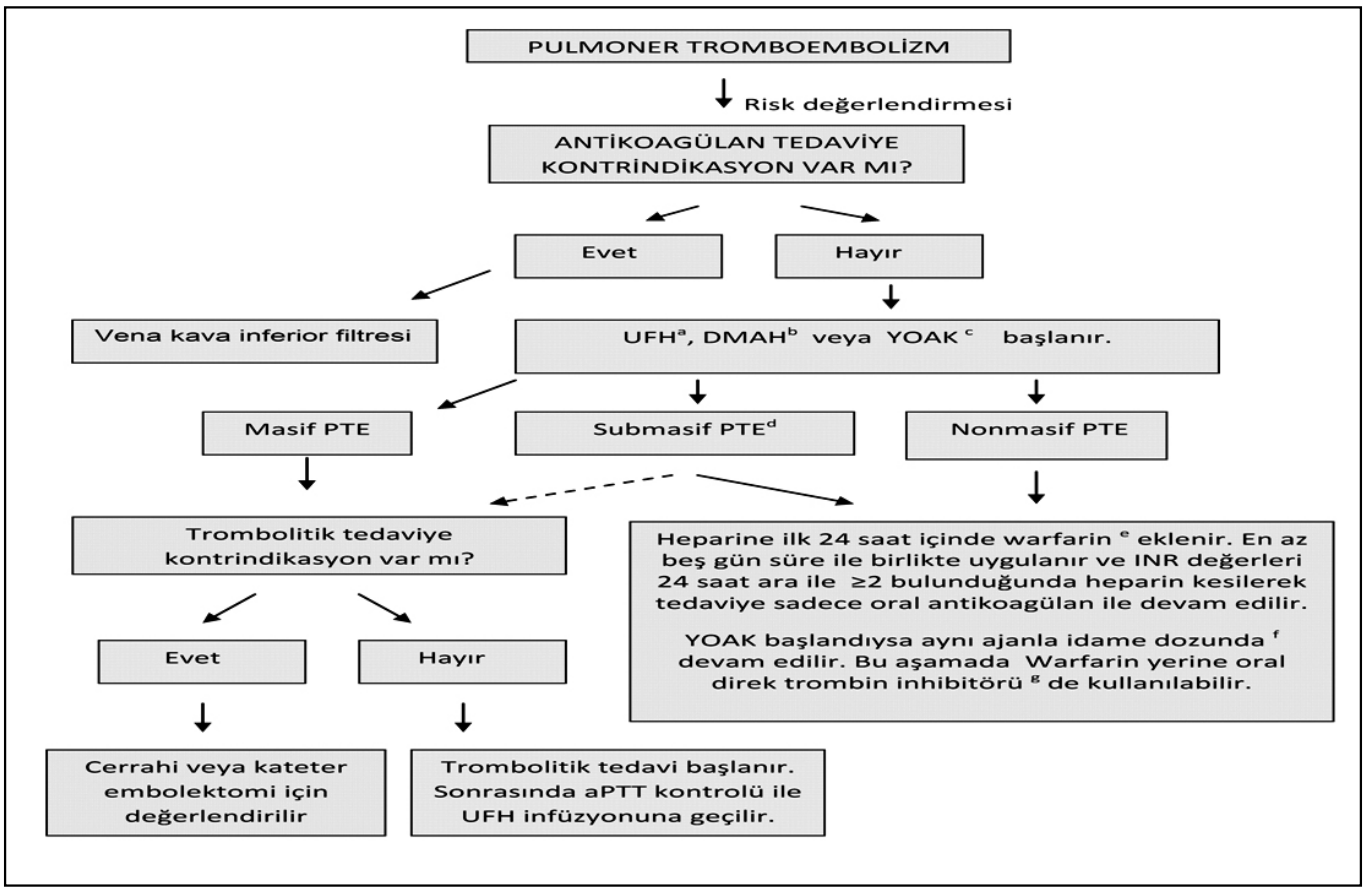
Dr. N. Gülfer OKUMUŞ
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Pulmoneremboli kuşkusu ile başlanan antikoagülan tedavinin yüksek kanama riski taşıması, tanının en kısa sürede doğrulanmasını ya da dışlanmasını gerektirir (1-3). Tanısal algoritmaların çoğu hemodinamik olarak stabil olan ayaktan hastalara yöneliktir. Yaş ve ek hastalıklar arttıkça PTE prevalansının artmasına karşın, noninvazif algoritmalar ile PTE'nin dışlanması daha da güçleşmektedir.

Tanı stratejileri; klinik tabloya (nonmasif-submasif-masif), yaşa, akciğer rezervine, ek hastalıklarının varlığına ve şiddetine göre farklılıklar gösterebilir. Örneğin; nefes darlığı ve çarpıntı yakınması ile polikliniğe başvuran, akciğer grafisi normal bulunan PTE kuşkulu bir hastada klinik olasılık skorlaması ile birlikte D-dimer ve gerekirse görüntüleme yöntemi olarak perfüzyon sintigrafisini içeren bir yaklaşım uygulanırken; KOAH ve solunum yetersizliği nedeniyle



Şekil 1. Pulmonertromboembolizm kuşkusunda tanısal yaklaşım (4). *Klinik olasılık düşük ise orta duyarlıklı testler (Latex, simpli-RED) kullanılabilir. **Multidetektörlü, ***Alternatif görüntüleme, alt ekstremite kompresyon ultrasonografisi, seri ultrasonografi, pulmoneranjiyografi.



Şekil 2. Pulmonertromboembolizm kuşkusunda tedavi yaklaşımı (4).

serviste yatan bir hastada ilk inceleme olarak doğrudan spiral BT anjiyografi istenebilir.

Pulmonertromboembolizm kuşkusu orta ve yüksek hastalarda hastalık ve kanama riski değerlendirilir. Yüksek kanama riski yoksa, tanı dışlanana kadar (yüksek düzeyde kuşkulu hastada hemen, orta düzeyde kuşkulu hastada incelemeler 4 saatten geç sürede sonuçlanacak ise) DMAH veya UFH ile antikoagülan tedavi başlanmalıdır (5).

Kaynaklar

1. Value of theventilation/perfusionscan in acutepulmonaryembolism. Results of theprospectiveinvestigation of pulmonaryembolismdiagnosis (PIOPED). The PIOPED Investigators. JAMA 1990; 263: 2753-9.
2. Stein PD, Hull RD, Saltzman HA, Pineo G. Strategyfordiagnosis of patientswithsuspectedacutepulmonaryembolism. Chest 1993; 103: 1553-9.
3. Hull RD, Hirsh J, Carter CJ, et al. Pulmonary angiography, ventilation lung scanning, and venography for clinically suspected pulmonary embolism with abnormal perfusion lung scan. AnnInternMed 1983; 98: 891-9.
4. TÜRK TORAKS DERNEĞİ PULMONER TROMBOEMBOLİZM TANI VE TEDAVİ UZLAŞI RAPORU 2015
5. Gordon H. Guyatt, Elie A., et al. American College of Chest Physicians Therapy and Prevention of Thrombosis, 9thExecutive Summary : Antithrombotic Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012;141;7S-47S.

ASİT YÖNETİMİ

Prof.Dr. Nurdan Tözün
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

" Karaciğer suyla dolar ve buradan sıvı karna ilerlerse ve karın şişmişse ölüm yakın demektir "

Hipokrat

Yunanca ***Askites*** (su, şarap ya da yağ taşımaya yarayan matara) sözcüğünden kökenini alan asit son evre karaciğer hastalığının en önemli belirtisi olup periton boşluğunda sıvı birikmesiyle tanımlanır. Eski çağlarda asit günah işleyenlere verilmiş bir ceza olarak görülmüştür.Asidi ilk tanımlayanın İ.Ö 460-370 yılları arasında yaşamış olan Kos'lu Hipokrat olduğu ifade edilir. Daha sonra Erasistratos (İÖ 300-250) asit ile karaciğer hastalığı arasında ilişki kurmuş ve parasentezin yararsız ve gereksiz bir işlem olduğunu ileri sürmüştür. Gerçekte asit terimini ilk kullanan ise Celsus (İÖ. 30-İS. 50) olmuştur .

Bu yazıda kronik karaciğer hastalığı sonucu gelişen asit' ten bahsedilecektir. Sirozlu hastaların %50'sinde tanı konduktan sonraki 10 yıl içinde asit gelişebilir. Ayrıca siroz tanısı konan hastaların %20-60'ında siroz tanısı konduğu sırada asit bulunabilir. Asit siroza bağlı portal hipertansiyonun en önemli komplikasyonlarından biridir. Diğer komplikasyonlar ise hepatik ansefalopati ve varis kanamasıdır.

Asit kompanse hastalıktan dekompanse hastalığa geçişin bir belirtisidir.Asit geliştikten sonra 1 yıllık sağkalım %50'nin de altına iner.Genelde hastaların %15'i 1 yıl içinde, % 44'ü de 5 yıl içinde kaybedilir ya da karaciğer nakli ile yaşamına devam edebilir.

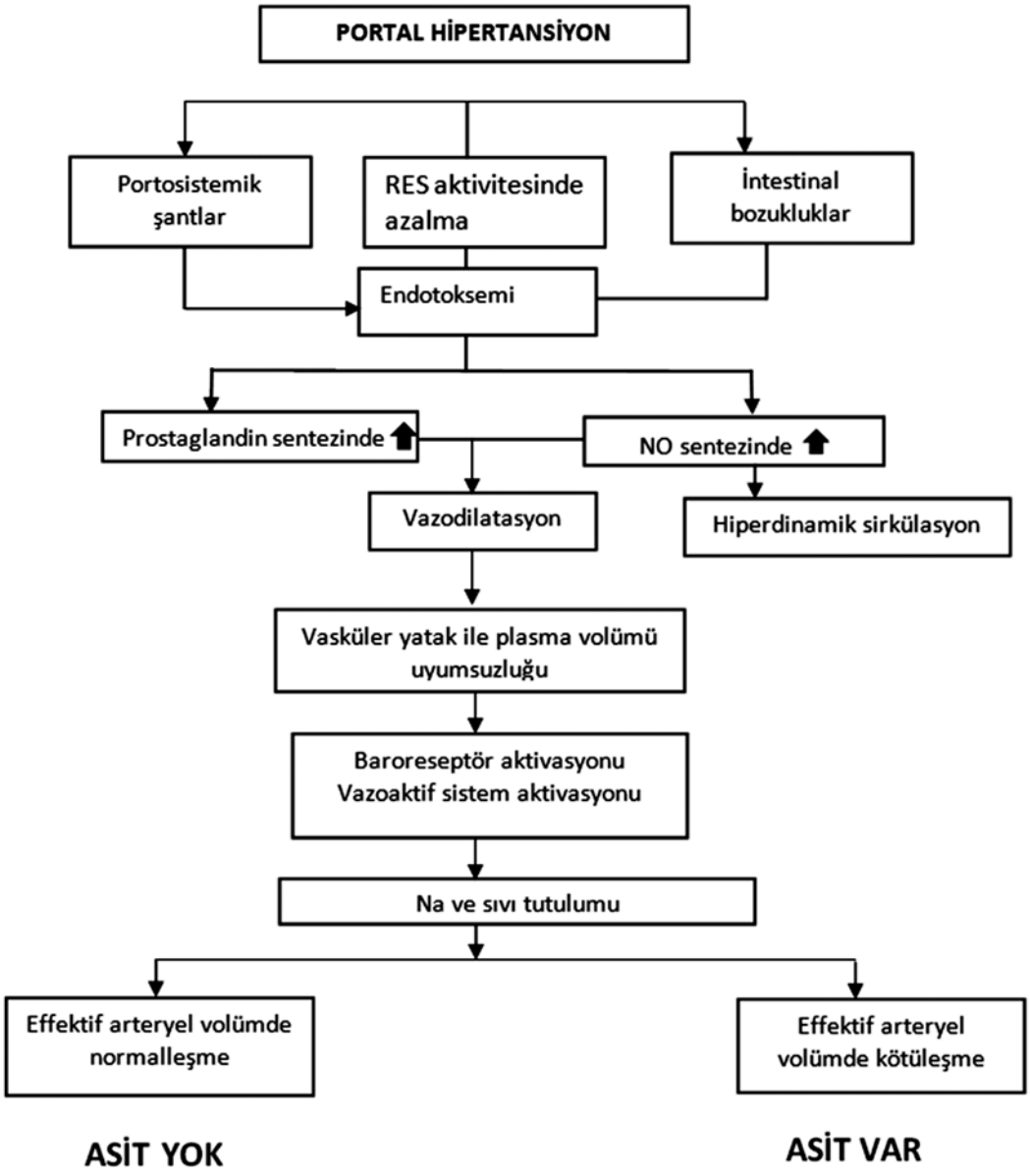
Neden asit oluşur: Siroza bağlı asitte en önemli etkenin portal hipertansiyon olduğu bilinen bir konudur. Asit oluşumundaki temel mekanizmanın günümüzde kabul edilen ve en geçerli olanı arteryel vazodilatasyon teorisidir. "Overflow" ve "underfill" varsayımları bu sürecin çeşitli aşamalarında etkin olur. Portal basıncın 12 mm Hg'nun üzerinde olması sıvı retansiyonu için yeterlidir. Sirozu olup da portal hipertansiyonu olmayanlarda asit gelişmez.

Asit fizyopatolojisini 2 ana durum kontrol eder: Sistemik arteryel dirençteki azalma ve intrahepatik dirençteki artış. Bunlardan ikincisi karaciğerde hasara ve bunun ardından gelişen bağ dokusu birikimine bağlıdır. Intrahepatik direncini artması sistemik arteryel direncin düşmesine ve splanknik vazodilatasyona yol açar. Splanknik arteryel vazodilatasyon ise başta nitrik oksid (NO) olmak üzere karbon monoksid, cannabinoidler, vasoaktif intestinal peptit, substans P," *platelet-activating-factor"* ya da prostaglandinler gibi vazodilatör maddelerin kanda artışı ve vasküler yatağın genişlemesiyle ilgilidir. Vazodilatörlerin artış nedeni bir taraftan bu maddelerin hasarlı karaciğer tarafından elimine edilememesi, diğeri ise yapımlarının artmasıdır. NO'nun yapımı özellikle bağırsak bakterilerinin endotoksini ya da diğer bakteri ürünleri (örn Bakteryel DNA) tarafından indüklenir. Portal kollaterallerin portal hipertansiyon nedeniyle rekanalize olması da kan volümünü arttırarak vazodilatasyona katkıda bulunur. Splanknik damar yatağının genişlemesi başlangıçta kalp debisinin artışı ile dengelenir .Ancak siroz daha da ilerleyip hasta semptomatik hale gelince genişlemiş damar yatağının içindeki kan volümü yetersiz hale gelir (arteryel underfilling). Bu durum kompansatuvar vazokonstriktör mekanizmaları harekete geçirir. Özetle renin-anjiyotensin-aldosteron,sempatik sinir sistemi ve daha ileri dönemlerde de antidiüretik hormonun (ADH) non-osmotik salınımı devreye girer. Tüm bunların sonucunda sodyum ve sıvı tutulması başlar ve serbest su klirensi düşer. Böylece asit oluşur.Bir anlamada asit kompansatuvar mekanizmaların iflası demektir. **Sekil 1**'de hiperdinamik dolaşımdan sorumlu mekanizmalar özetlenmektedir.

Nedenleri:Asitin en önemli nedeni vakaların %75'inden fazlasında dekompanse sirozdur.Ancak vakaların %5'inde birden fazla neden de olabilir (örn. Siroz ve TBC peritonit,peritonitis karsinomatosa, kalp yetmezliği, diyabetik neftropati vb..).

Asitli hasta neden yakınır ? Preasitik dönemde genelde hastalarda fazla belirti yoktur. Ancak gaz ve şişkinlik, hazımsızlık, dispeptik yakınmalar, kilo alma, çabuk doyma gibi erken belirtiler olabilir. Daha ileri dönemlerde hastaların nefes darlığı, iştahsızlık, karında distansiyon, periferik ödem, bazen de asitin komplikasyonlarıyla gelebileceği akılda tutulmalıdır. Böylece ileri dekompanse hastalarda spontan asit enfeksiyonu, ansefalopati, varis kanaması ilk belirti olabilir.Ayrıca etyoloji hakkında bilgi edinmek için hastanın geçirilmiş sarılık, transfüzyon ameliyat öyküsü, eşlik eden hastalıklar,alkol ya da ilaç kullanımı, aile hikayesi gibi konulara dikkat etmelidir.

Asitli hastanın fizik muayene bulguları hastalığın erken ya da geç evrede olmasına göre değişir. Yalnızca görüntüleme yöntemleriyle saptanan asitte parasentez yapmayıp hastayı yakın aralıklarla (1-3 ay) izlemek en doğrusudur.



Sekil 1. Asit fizyopatolojisinde çeşitli yolakların rolü (AASLD rehberinden değiştirilerek alınmıştır)

Hastalığın ciddiyetine göre asit hafif, orta ve ileri evre olmak üzere 3 aşamada ele alınmaktadır. International Ascites Club (IAC) ninn sınıflamasına göre: Evre 1 asitte yalnız US ile tanı konan asit,

Evre 2 de karnın simetrik distansiyonu ile tanımlanan orta derecede asit,

Evre 3 de ise belirgin distansiyon ile birlikte gergin asit vardır.

Görüntüleme yöntemlerinin çok gelişmesine rağmen asit muayenesi günümüzde de önemini korumaktadır. Bu bağlamda karın şişliği ya da yukarıdaki semptomlarla gelen hastada klasikleşmiş fizik muayene bulgularına dikkat etmelidir. Bunları özetlersek:

- Karaciğer hastalığının periferik bulguları (palmar eritem,arteriyel örümcek, jinekomasti, tırnak değişiklikleri, portal tipte kollateraller vb..)

- Karında distansiyon, kurbağa karnı, Sıvı titreşimi (Fluid Thrill), serbest sıvının saptanmasına yönelik manevralar (yer değiştiren matite (Shifting dullness), buz belirtisi (balloting) ile karaciğer palpasyonu), herniler, splenomegali olabilir. Bazen karın boşluğundaki sıvı diaframdaki doğal açıklıklardan geçerek göğüs boşluğunda da sıvı birikmesine yol açabilir (hidrotoraks). Karında en az 1500 ml sıvı biriktiğinde kasıklarda "bulging flanks"(böğürde iki taraflı çıkıntı, fıtıklaşma) saptanabilir.

Asitli hastaya yaklaşım: Asitli hastanın ayırıcı tanısında laboratuvar testleri ve özellikle de üst batın ultrason incelemesi önem taşır. Siroza bağlı portal hipertansiyon ve asitin ayırıcı tanısında hemogram (Bisitopeni/Pansitopeni) aneminin cinsini saptayan testler (Demir eksikliği/B12 vit eksikliği), karaciğerin sentez fonksiyonunun göstergesi olan testler (Total protein, albümin, protrombin zamanı (INR); parenkim hasar ve inflamasyon göstergeleri (ALT,

AST), kolestaz enzimleri (Alkalen fosfataz, Gama GT, daha az kullanılan 5' Nükleotidaz, Lösin aminopeptidaz), bilirubinler ve hastalığın etyolojisine yönelik spesifik testler (otoantikorlar, viral marker'lar, genetik testler) istenir. Gerek izlem gerek tedavi açısından hastanın böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi de (BUN, kreatinin, elektrolitler ve idrar incelemesi) önemlidir.

Tanıda en yardımcı olan görüntüleme yöntemi olan US asitin varlığını, seviyesini, karaciğer parenkiminin durumunu, splenomegalinin varlığını, hastalığa eşlik edebilen HCC, peritonitis karsinomatoza ya da başka patolojileri, portal hipertansiyonu ortaya koyması nedeniyle asitin ayırıcı tanısı açısından değerli bir incelemedir. Non invazif tanı yöntemlerinden transient elastografi (fibroscan) in asitli hastadaki tanı değeri asitsiz sirozlara göre düşüktür.

Asitli hastada en önemli bilgi abdominal parasentezden gelir. Parasentez ile ilgili uluslararası rehberlerde aşağıdaki noktalar vurgulanmaktadır:

1. Yeni başlayan ve belirgin asidi olan hastalarda parasentez mutlaka yapılmalıdır. Bu hem asit ayırıcı tanısı hem de olası enfeksiyon tanısı açısından önem taşır

2. Parasentez öncesitaze dondurulmuş plazma (TDP) vermek gereksizdir. TDP ye ancak hastada belirgin hiperfibrinoliz varsa (ekimoz, hematom) ya da dissemine intravasküler koagülasyon belirtileri varsa ihtiyaç olabilir.

3. Asit sıvısında öncelikle yapılacak olan tetkikler hücre sayımı, sıvının periferik yayması,total protein ve serum/asit albümin gradienti (SAAG) dir.

Parasentez kimlere ve nasıl yapılmalıdır ?

İlk defa evre 2 asitle kliniğe gelen ,genel durumu kötüleşen ya da bilinen sirozu olup da komplikasyonu gelişen hastalarda mutlaka parasentez yapılmalıdır.

Parasentez komplikasyonları %1'den azdır, kanama 1/1000 vakada görülür. Parasentez US altında ya da körleme yapılabilir. Sağda appendektomi skarı ve dilate çekum olasılığı bulunduğundan ideal yeri sol alt kadranda anterior superior krista iliaca'nın medial ve üst kısmıdır. Terapötik parasentez de 15-16 no iğne diğerlerinde ise 21 -22 no parasentez iğnesi kullanılabilir.

Asit sıvısı incelemesinde nelere dikkat etmelidir ?

Asit sıvısı incelemesinde öncelikle yapılması gereken 3 test şunlardır:

1. Nötrofil sayısı ve asit sıvısı kültürü (10'ar ml asit sıvısı hasta başında 2 adet kan kültürü şişesine inoküle edilir) .

2. Asit sıvısı total protein miktarı (15g/L den az bir asit sıvısı proteini spontan peritonitin habercisidir)

3. Serum-asit albümin gradienti (SAAG). Serum albümin değerinden asit albümin değeri çıkarıldığında elde edilen sayıdır.1.1 den küçükse malign asit (eski deyimle eksüda), 1.1'den büyükse (eski deyimle transüda) portal hipertansif (sirotik) asit akla getirilmelidir.

Tablo 1.Asit sıvısı incelemesinde kullanılan testler

Rutin Testler	İlave testler	Özel durumlarda istenen testler	Yararı olmayan testler
Hücre sayımı ve nötrofil sayısı Albümin Total Protein	Kültür Glükoz LDH Amilaz Gram boyası	ARB yayma ve Kültür Sitoloji Trigliserid Bilirubin	pH Laktat Kolesterol Fibronektin Glikozaminoglikan

Asit tedavisine yaklaşım Öncelikle altta yatan nedene yönelik araştırma yapılmalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır. Örn neden alkol ise alkol kesilmeli, sorumlu viral hepatit ise hepatite yönelik tedavi yapılmalıdır. Alkol kullanan hastaların çoğunda alkol kesildikten sonra portal hipertansiyon ve asidin gerileyebildiği görülür.

- Grade I (hafif) asit'te tedavi verilmez. Hasta izlenir
- Grade 2 (orta derecede) asit'te gözle görünür bir karın şişliği vardır. İlk yaklaşım tuz kısıtlaması (g.de 2 gr /88 mmol) ve diüretikler olmalıdır. Başlangıçta ***spironolactone*** 100 mg tek başına ya da oral ***frusemid*** (40 mg) ile birlikte verilebilir. Maksimum etki için her iki diüretiği sabah birlikte vermelidir. Bu aynı zamanda niktüriyi de önler.Diüretik dozu 3-4 günde bir ihtiyaca göre arttırılabilir (Spironolactone 400 mg/Frusemide 160 mg'a kadar çıkılabilir). Ancak Na ve K düzeyleri yakından takibedilmeli va hasta her gün tartılmalıdır. Hızlı kilo kaybı olduğunda ya da komplikasyon geliştiğinde doz azaltılmalı ya da diüretikler kesilmelidir.
- Diuretiklerle kilo kaybı hızlı olmamalı, günde 0.750 Kg'ı geçmemelidir. Aksi takdirde volüm deplesyonu ve böbrek yetmezliği ile karşılaşılabilir
- IV frusemid böbrek fonksiyonlarını azaltacağından tercih edilmemelidir.
- Yaşlılarda hipokalemiye dikkat edilmelidir.
- Spironolakton ağrılı jinekomastiye yol açabilir.Bu durumda yerine ***Amiloride*** 5mg/10 mg kullanılabilir.
- Alkol bağımlısı kronik karaciğer hastalarında ***Baclofen*** alkol eksikliği krizlerini önleyebilir
- Serum sodyumu normal olan asitli hastalarda sıvı kısıtlaması gerekmez. Ancak Na 120 mEq/L ya da düşük ve yaygın asit varsa sıvı kısıtlanır. Bu hastalarda serum sodyumunu yükseltmek için toplam sıvı alımı idrar miktarından az olmalıdır. Susuzluk hissini yenmek için hastaya buz küpleri ya da emilebilen pastil verilebilir.
- Asitli hastalarda birçok ilaçtan kaçınmak gerekir. Bunlar ***ACE inhibitörleri***, (anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri), ***ARB'ler*** (anjiyotensin reseptör blokerleri) ve ***nonsteroid antiinflamatuvar***'lardır. Portal basıncı düşürerek varis kanamasını önleyen ve bu hastalarda sık kullanılan ***non selektif beta bloker***'ler (Propranolol) refrakter asitli hastalarda kullanılmamalıdır.
- Ciddi Hipotansiyonu ve refrakter asidi olan hastalarda oral ***Midodrine*** (alfa -1 agonisti) kullanılabilir.
- **Vaptan'lar (vazopressin reseptör antagonistleri):** Kalp yetmezliğinde kullanılan bu ilaçlar serbest su klirensiş arttıran aquaretik ilaçlardır. Asit tedavisinde klinik yararı gösterilememiştir.

Diüretiğe dirençli asit ve refrakter asit nedir ?

- Maksimum doz diüretik verildiğinde komplikasyon gelişen hastaya diüretiğe dirençli asit, diüretiklere rağmen yanıt vermeyen asite de refrakter asit denmişse de bugün her iki terim de diüretiğe inatçı asit için kullanılır.Bu hastalarda idrar sodyumu düşüktür ve asit gergindir.
- **Büyük volümlü parasentez (LVP):** Hekim ya da hasta bir an önce asidi yok etmek istiyor ya da refrakter asit varsa 4-5 L asit boşaltmak yararlı olur.Daha fazla sıvı alınacaksa hastaya her litreye 6-8 gr. olmak üzere albümin vermek emniyet sağlar. Terapötik parasentez belli aralıklarla (genelde 2 haftada bir) tekrarlanabilir ve hasta karaciğer nakli olana kadar zaman kazandırabilir ancak enfeksiyon ve hipovolemiye bağlı komplikasyon riski unutulmamalıdır.
- **Refrakter asidi olup geniş volümlü parasentezi tolere edemeyen hastalarda *Transjugular İntrahepatik portosistemik şant*** (TIPPS) uygulanabilir. Ancak, ileri evre sirozu olan, MELD skoru (>18), kalp yetmezliği ve ciddi hepatik ansefalopatisi olanlarda TIPPS uygulanamaz.
- **Peritoneo-venöz şant (LeVeen ya da Denver şantı):** nakil adayı olamayan ve diğer tedavilere uygun olmayan refrakter asitli hastada uygulanabilir.
- **Düşük akımlı asit pompası (Automated Low-Flow Ascites pump):** Asit sıvısını periton boşluğundan mesaneye taşıyan bir pompanın parasentez miktarını azalttığı gösterilmiştir.Gelişme halindedir.
- **Cerrahi şantlar** günümüzde bu amaçla kullanılmamaktadır**.**
- **Karaciğer Nakli:** Nihai tedavidir. Hasta nakle uygun bir aday ise ve takılacak organ varsa nakil hayat kurtarıcıdır.

Sonuç olarak asit karaciğer hastalığının dekompansasyonunun en önemli belirtisi olup tanı ve tedavisinde özel yaklaşım gerektirir.Burada hasta ile iyi kooperasyon, yakından izleme ve hastaya uygun (günümüz tabiriyle kişiselleştirilmiş) tedavileri uygulama önem taşır.Asidin en önemli komplikasyonunun spontan peritonit ve hepatorenal sendrom olduğu ve bunların mortaliteyi arttığını akıldan çıkarmamalıdır.

Burada hekim "aşırı agressif tedavi ile hastayı kurutma / ansefalopatik bırakma ya da yetersiz tedavi ile hastayı şiş ama bilinci yerinde bırakma " arasında gidip gelen bir köprüde seyahat edtme durumundadır.İşte bu nedenle de Hipokratın "*primum nihil nocere*" (Önce zarar verme) ilkesi hekime ışık tutar.

Kaynaklar

1. Kuntz E.Ascites in Hepatology:Textbook and Atlas. Erwin Kuntz and Dieter Kuntz Eds.Springer ,3rd edition, 2008 Germany pp 310.
2. Planas R, Montoliu S, Balleste B, Rivera M, Miguel M, Masnou H, Galeras JA, et al. Natural history of patients hospitalized for management of cirrhotic ascites. Clin Gastroenterol Hepatol 2006;4: 1385-1394.
3. Castéra L, Foucher J, Bernard PH, et al. Pitfalls of liver stiffness measurement: a 5-year prospective study of 13,369 examinations. Hepatology 2010; 51:828
4. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. European Association for the Study of the Liver. J Hepatol 2010; 53 :397–417
5. http://www.aasld.org/practiceguidelines/Documents/ascitesupdate2013.pdf

KARACİĞER SİROZUNDA GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMASI

Dr. Sabahattin KAYMAKOĞLU
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Farinksden rektum-anal kanala kadar olan tüm gastrointestinal traktustan ileri gelen kan kayıplarına gastrointestinal kanama denir. Hematemez, melena veya hematoşezi gibi aşikar bulgularla birlikte olan gastrointestinal kanamalara akut gastrointestinal kanama denir. Demir eksikliği anemisine sebep olan az miktarda ve uzun süreli kan kayıplarında kronik gastrointestinal kanamadan bahsedilir. Görünür kanama bulgusu olmaksızın ancak dışkıda gizli kan testi pozitifliği ve/veya demir eksikliği anemisi ile birlikte olanlara "occult"-gizli gastrointestinal kanama denir. Endoskopik ve radiolojik yöntemlerle kanamanın etiyolojisinin aydınlatılamadığı durumlarda "obscure"-sebebi belirsiz gastrointestinal kanamadan bahsedilir. Burada akut gastrointestinal kanama üzerinde durulacaktır. Farinksden Treitz ligamanına kadar olan kısımdaki kanamalara üst gastrointestinal kanama, Treitz ligamanından anal kanala kadar olan kısımdaki kanamalara alt gastrointestinal kanama denir.

Sıklık

Akut gastrointestinal kanamalar acil polikliniklerin en sık hasta gruplarından biridir. Peptik ülser, erozif gastrit ve özofagus varisleri üst gastrointestinal kanamaların en sık rastlanan sebepleridir. Alt gastrointestinal kanamaların en sık rastlanan ilk 3 sebebi divertikülozis, arteriovenöz vasküler malformasyonlar ve tümörlerdir.

Karaciğer sirozlu hastalarda gastrointestinal sistem kanaması sebepleri arasında özofagus varisleri başta gelir, Bunu gastrik varisler, portal hipertansif gastropati-enteropati-kolopati ve sindirim kanalının diğer yerlerindeki ektopik varisler izler. Karaciğer sirozlu hastalardaki üst GİS kanamaların %60-70'i varislerden, %20-30'u peptik ülserden, %0.8-12'si ise portal hipertansif gastropati v e gastrik antral vasküler ektazidendir. Kronik kan kayıplarının %3-26'sının sebebi de yine portal hipertansif gastropati v e gastrik antral vasküler ektazidir

Klinik ve laboratuvar bulguları

Üst gastrointestinal kanamalı hastalar hematemez ve/veya melena ile başvururlar. Kan mide asidi ile temas etti ise hematin teşekkül eder ve temas süresi uzadıkça daha belirgin olmak üzere kahve telvesi rengini alır, asit ile temas olmamış ise hasta kırmızı kan kusar. Melena hemoglobindeki demir oksidasyonuyla oluşur, en az 50 ml kan, 14 saatten fazla traktusda kalır ise meydana gelir. Kanama az ise dışkı forme, fazla ise yumuşak veya suludur. Alt GİS kanamanın işareti ise rektumdan kırmızı renkli kan deşarjı-hematoşezidir. Üst GİS kanama masif ise dışkı vişne çürüğü renginde çıkar. Kanamanın ilk saatlerinde hastanın hematokriti (Hct) düşmez, saatler ilerledikçe intravasküler alana kompansasyon mekanizmalarının devreye girmesiyle sıvı çekildikçe Hct düşmeye başlar. Kanama miktarı intravasküler hacmin %10-20'sini bulduğunda postural hipotansiyon ortaya çıkar, Tilt testi pozitif olur, >%20 olursa hastada hipovolemik şok gelişir. Kanama ciddileştikçe hastanın cildi terli, soğuk-soluk olur, taşikardisi ortaya çıkar.

Tanı

Tanı klinik zeminde kolayca konur. Üst gastrointestinal kanama düşünüldüğünde aktif kanamanın devam edip etmediğini değerlendirmek ve sonraki gastroskopik muayeneye hastayı hazırlamak için nasogastrik sonda yerleştirilir. Hasta dışkılamıyorsa rektal tuşe yapılarak kan bulaşığı olup olmadığına bakılır. Hızla nabız dakika sayısı ve kan basıncı ile başta hemodinamik değerlendirme olmak üzere vital fonksiyonların kontrolü yapılır. Hemodinamik instabilitesi olanlarda 2 adet olmak üzere 18G ile damar yolu açılarak kristalloidler (serum fizyolojik 1000 ml veya laktatlı ringer 1000 ml) infüze edilmeye başlanır. Kan grubu tayini ile cross-match ve tetkikler (tam kan sayımı, PT, glikoz, kreatinin, Na, K, AST,ALT,AF,GGT) için kan örnekleri alınır. Kanamanın sebebini aydınlatmak için aldığı ilaçlar dahil iyi bir anamnez, ardından varis veya varis dışı kanama mı sorusunun cevabı için fizik muayenesi yapılır. Asit, splenomegali, karında portal tipte kollateral varlığı gibi portal hipertansiyon bulguları ile kronik karaciğer hastalığının periferik bulguları araştırılır. Bunlar varsa öncelikle varis kanaması düşünülür ve endoskopik muayeneye kadar tedavisi buna gore düzenlenir. Alt GİS kanama düşünüldüğünde hasta stabil ise kolonoskopik muayene yapılır, kanama yeri belirlenemez ise >0.5 ml/dak olan kanamalarda selektif mezenterik anjiografi, bunun da başarısız olması durumunda >0.1 ml/ dak olan kanamalarda eritrosit sintigrafisi yapılır.

Tedavi

Üst gastrointestinal kanama düşünüldüğünde aktif kanamanın devam edip etmediğini değerlendirmek ve sonraki gastroskopik muayeneye hastayı hazırlamak için nasogastrik sonda yerleştirilir, Hemodinamik instabilitesi olan hastalarda saatlik idrar çıkışının takibi için idrar sondası ve sıvı tedavisini ayarlamak için CVP kateteri takılır. Yaşlılarda Hct <%30'un, gençlerde <%25'in altına düştüğünde eritrosit susp ile transfüzyon yapılır. Hemodinamik instabilitesi olan ve kanaması aktif devam edenlerde yine kan transfüzyonu yapılır. Varis kanamalarında aşırı transfüzyondan sakınılır, Hgb 8 g civarında olacak şekilde eritrosit susp verilir. Her 4 ünite kan için 1 ünite TDP verilir. Üst GİS kanama başladıktan sonraki ilk 24 saat içinde gastroskopi yapılamayacaksa başvuruda, veya gastroskopi yapılanlarda yüksek riskli bulunanlarda Omeprazol / S-omeprazol / pantoprazol 80 mg intravenöz bolus, ardından saatte 8 mg olacak şekilde (1 flakon 500 ml serum fizyolojik içine konup saatte 100 ml-33 damla/dakika, 72 saat süreyle infüzyon yapılır. Gastroskopik muayenede ülser tabanından aktif kanama

görülürse veya yapışık-kabarık pıhtı varsa endoskopik tedavi (argon plazma koagülasyon, adrenalin injeksiyonu, heater prob gibi) uygulanır. Akut variseal kanama düşünüldüğünde derhal Somatostatin (Somatostatin UCB flakon 3 mg, 250 mcg IV bolus, 250 mcg/saat infüzyon), Octerotide (Sandostatin 0.1 mg flk. 50 mcg IV bolus, 50 mcg/saat infüzyon) veya Terlipressin (Glypressin flakon, 2 gün 4 saatte bir 2 mg IV bolus injeksiyon, 3 gün 4 saatte bir 1 mg IV bolus) 3-5 gün süreyle uygulanır. Beraberinde antibiyotik profilaksisi (IV seftriakson-1 g flk. 1x2 flk IV / gün) ve boşaltıcı lavman (Laktülozlu susp ile 700 ml musluk suyu + 300 ml laktüloz; 2x1; veya sadece muslu suyu ile laktülozsuz) yapılır. Varis kanaması düşünülen hastalarda akabinde gastroskopik muayene yapılarak özofagus varis kanaması olduğu kesinleştirilirse öncelikle özofagus varis band ligasyonu veya skleroterapi uygulanır. Fundus varisinden kanama varsa glubran injeksiyonu yapılır. Bu önlemlere rağmen kanama devam ederse Sengstaken-Blackmore sondası takılır, o da başarısız kalırsa TİPS (transjuguler intrahepatik portosistemik şant) veya tercihan şant dışı girişimler (modifiye Sugiura) ile cerrahi tedavi uygulanır.

Karaciğer sirozlu hastalarda kanama proflaksisi büyük önem taşır. Portal hipertansif gastropati ve özofago-gastrik varislerden kanama riskine karşı primer (ilk kanamanın önlenmesi) veya sekonder (kanama tekrarının önlenmesi) proflaksi uygulanır. Kanama proflaksisi için kullanılabilecek en etkili ilaç propranololdur, nabız dakika sayısı 60'lara düşecek şekilde (bazale göre en az %25 kadar bir azalma hedeflenir) doz ayarlanarak verilir. Özofageal variseal band ligasyon sekonder proflakside ve üzerlerinde kırmızı renk bulguları taşıyan özofagus varisli hastaların primer proflaksisinde propranolola eklenir.

Alt GİS kanamalı hastalarda kanamayı durdurmak için endoskopik tedaviler (skleroterapi, argon, hemoclips gibi) birinci sırada gelir. Endoskopik tedaviler uygulanamadığında veya başarısız kaldığında radiyolojik tedaviler (embolizasyon), yine başarısız kaldığında sınırlı cerrahi rezeksiyonlar uygulanır.

Kaynaklar

1. Marion Y, Lebreton G, Le Pennec V, Hourna E, Viennot S, Alves A.The management of lower gastrointestinal bleeding. J Visc Surg 2014;151(3):191-201.
2. García-Pagán JC, Reverter E, Abraldes JG, Bosch J. Acute variceal bleeding. Semin Respir Crit Care Med 2012;33(1):46-54.
3. Klein A, Gralnek IM. Acute, nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Curr Opin Crit Care. 2015 Apr;21(2):154-62.
4. Bhutta AQ, Garcia-Tsao G.The Role of Medical Therapy for Variceal Bleeding. Gastrointest Endosc Clin N Am 2015;25(3):479-90
5. Cremers I, Ribeiro S. Management of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis. Therap Adv Gastroenterol. 2014;7(5):206-16.
6. Patwardhan VR, Cardenas A. Review article: the management of portal hypertensive gastropathy and gastric antral vascular ectasia in cirrhosis. Aliment Pharmacol Ther 2014;40(4):354-62.

KARACİĞER HASTALARININ KARACİĞER DIŞI HASTALIKLARI İÇİN İLAÇ KULLANIMI

Dr. Ulus Salih AKARCA
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir,

Karaciğer, ağızdan kullanılan ilaç ve bitkisel ürünlerin ilk ulaştığı ve çoğunlukla metabolize edildiği organ olduğu için ve ilaç toksisitelerinin yarıdan fazlası karaciğer toksisitesi olduğu için karaciğer bozukluğu olan kişilerde ilaç kullanımı hekimler ve hastaların kendileri için daima sorun olmuştur.

İlaçların karaciğer toksisiteleri iki şekilde meydana gelmektedir:

1. İdyosinkratik toksisite. İlacı kullanan kişinin bünyesine özgü olarak önceden kestirilemeyen, doza bağımlı olmayan toksisiteler. Hepatotoksisitelerin en büyük kısmı bu şekilde meydana gelmektedir. İdyosinkratik toksisiteleri hipersensitiviteye veya metabolik idyosinkraziye (kişiye özgü ilaç metabolizması değişiklikleri) bağlı olabilir.
2. İntrensek, doza bağımlı toksisite. Bu tür toksisiteler ilacı kullanan her hastada, toksik doz kişiden kişiye değişebilmekle beraber, doza bağımlı olarak ortaya çıkabilir.

Karaciğer fonksiyon bozukluğu olan bir kişide idyosinkratik toksisitenin karaciğer fonksiyon bozukluğu olamayan bir kişiden daha fazla sıklıkta olması beklenmez. Ancak eğer toksisite oluşursa sonucunun daha vahim olacağı aşikardır. Her ne kadar idyosinkratik toksisitelerin dozdan bağımsız olması beklenirse de geniş kapsamlı retrospektif toksisite veri tabanlarından elde edilen bilgilere göre günlük dozu 10 mg'dan olan ilaçların toksik olma oranı (toksisitelerin %9'u), günde 50 mg'dan yüksek dozda kullanılan ilaçlara göre (toksisitelerin %77'si) çok düşüktür. Muhtemelen metabolik idyosinkrazi durumlarında dozun da önemi olduğu anlaşılmaktadır. Karaciğer fonksiyon bozukluğu olan kişilerde doza bağımlı toksisite yapan ilaçların daha fazla toksisite yapması kaçınılmazdır. Bu ilaçların kullanımından kaçınılmalı, eğer kullanılmaları zorunlu ise hastaların yakından takip edilmeleri gerekir.

Maalesef karaciğer fonksiyon bozukluğunun tam olarak değerlendirilmesi ve ölçülmesi mümkün değildir. Böbrek fonksiyonunun değerlendirmek ve ilaç dozunu buna göre ayarlamak için kreatinin klerensi çok iyi bir gösterge olduğu halde, karaciğer için buna karşılık gelecek bir ölçüm yöntemi yoktur. Hala kılavuzlarda karaciğer fonksiyon bozukluğunu değerlendirmek için Child-Pugh-Turcot skoru kullanılması tavsiye edilmektedir.

Kural olarak CPT A olan hastalar veya karaciğer enzimleri yüksek olduğu halde karaciğere fonksiyonları iyi olan hastalarda ilaç kullanımında sağlıklı kişilerden farklı davranmaya gerek yoktur.

Karaciğer sirozu olan kişilerde ilaç kullanımı

Karaciğer sirozlu hastaların önemli kısmında karaciğer dışı ek hastalıklar bulunmakta ve bu nedenlerle pek çok ilaç kullanımı gerekmektedir. Bu konuyu ele alan derli toplu tek çalışma İspanya'dan yapılan bir çalışmadır (1). Hastanede yatan 568 sirozlu hastanın (%82'si CPT B veya C) %83'ünde eşlik eden başka bir hastalık bulunmuş ve ortalama kişi başı 2.5 eşlik eden hastalık saptanmıştır. Diyabetes mellitus (125 hasta), spontan bakteriyel peritonit dışı infeksiyonlar (110 hasta), aktif alkolizm (68 hasta), kronik solunum hastalığı (49 hasta), kalp hastalığı (47 hasta), hipertansiyon (45 hasta), ağrı bozuklukları (37 hasta), karaciğer dışı kanser (16 hasta) en sık rastlanan hastalıklardır. Chlormethiazole, amoxicillin–clavulanic acid, paracetamol, paroxetine, gliblenclamide, lorazepam, captopril ve tiapride en sık kullanılan ilaçlar olmuştur. Kalsiyum kanal blokerleri dışında bütün ilaçlarda yatış sırasında doz azaltılması yapılmış veya ilaç kesilmiştir.

Karaciğer sirozunda ilaç metabolizması niçin bozulur?

1. Hepatosit kitlesi azalmıştır
2. Portosistemik şantlarla ilaçlar doğrudan sistemik dolaşıma karışır
3. Hipoalbuminemiden dolayı, proteinlere yüksek oranda bağlanan ilaçların serbest fraksiyonları yükselir.
4. Asit ve ödem nedeniyle ilaçların dağılım hacmi değişmiştir.
5. Hepatositlerde sitokin yükü, enzim ekspresyonlarındaki değişiklikler ve sinüzoidlerdeki kapillerizasyondan dolayı ilaçların metabolizması değişebilir.

Karaciğer sirozu olan kişilerde sadece ilaçların hepatotoksisitesi değil, diğer organlarla etkileşimleri de sorun yaratabilir. Örneğin diüretiklerin böbrek yetmezliği ve ensefalopati yaratması, sedatiflerin hepatik ensefalopati riskini artırması, beta bloker ve ACE inhibitörlerinin hipotansiyon ve böbrek yetmezliği yapması, NSAID'lerin daha yüksek oranda gastrointestinal kanama yapması, refrakter asit ihtimalini artırması ve böbrek yetmezliği yapması gibi.

Sirozdaki değişikliklere göre ilaç kullanımındaki değişiklik prensipleri (2)

Hipoalbuminemi: Proteinlere (albümine) yüksek oranda bağlanan ilaçların biyoyararlanımı artar. Serum serbest fraksiyon konsantrasyonu ve vücut içinde dağılım hacimleri artar. Bu yönden beta-laktamlar, aminoglikozidler, glikol ve lipopeptidler dikkate alınmalıdır. Özellikle albumine yüksek oranda bağlanan asidik ilaçların serbest konsantrasyonlarında çok yükselme olur.

Asit varlığı: Ekstrasellüler dağılımı yüksek olan ilaçların asite yüksek miktarda geçmesi beklenir. Ancak gene de bu özellikteki pek çok ilacın metabolizması asit varlığından etkilenmez. Örneğin aminoglikozidler ve takrolimus gibi. Ancak doksorubisin gibi asite yüksek oranda geçen ilaçların plazma yarı ömürleri çok uzamaktadır. Çoğu ilacın asit varlığındaki farmakokinetiği araştırılmamıştır, ayrıca yüksek hacimli parasentezlerin ilaçların düzeyi ve etkinliğine etkisi bilinmemektedir. Furosemid de asite yüksek oranda geçer

ve muhtemelen bu yüzden sirozlu asitli hastalardaki natriüretik etkisi düşmektedir.

Membran taşıyıcıları ve sitokrom P450 değişiklikleri: Sirozlu hastalarda P-glikoproteinlerde hepatosit kitlesiyle beraber azalma olmaktadır. Bu yolla taşınan birçok ilacın plazma düzeyinde artış olur. Bunların başında statinler ve anjiotensin reseptör blokerleri gelmektedir. Pek çok ilaç sitokrom P450 sistemiyle faz 1 metabolizmaya uğrarlar. Özellikle sitokrom P450 inhibisyonu veya indüklemesi yapan ilaçlar diğer ilaçlarla etkileşime girerler. Bu ilaçların örnekleri pek çok yayında görülebilir (3).

Portosistemik şantlar **ve transjugular intrahepatik portosistemik** şant **(TIPS) uygulaması:** Bağırsaklardan gelen vazoaktif maddeler doğrudan sistemik dolaşıma karışıp QTc intervalinde uzamaya neden olurlar. Aritmi riski artabilir. TIPS uygulanan sirozlu hastalarla, TIPS yapılmayanları karşılaştıran çalışmalarda TIPS uygulananlarda takip sırasında QTc uzamaları kesin olarak gösterilmiştir.

Spesifik ilaç ve ilaç gruplarında yaklaşım (4):

Statinler: Karaciğer toksisitesi konusunda haksız yere suçlanan ilaçların başında gelmektedirler. Genel populasyonda statinlere bağlı hepatotoksisite 1 milyon hasta yılı başına 2'dir. Bu nedenle statin kullanımında karaciğer testi takibi kaldırılmıştır. Tedaviye başlamadan önce bakılması sadece uzman görüşü olarak destek bulmaktadır; hakkında çalışma yoktur. Karaciğer enzim bozukluklarında statin kullanımı hakkında "An assessment by the Statin Liver Safety Task Force: 2014 update" yazısında gerekli uyarı ve yaklaşımlar bulunmaktadır (5). Kompanse karaciğer hastalarında yapılan prospektif plasebo kontrollü bir çalışmada toplam 326 hasta izlenmiştir. Hastalara 80 mg pravastatin veya plasebo verilmiştir. 36 haftalık tedavi sırasında LDL ve trigliserid üzerine etkilerin yanı sıra ALT yükselmesi yönünden de hastalar izlenmiştir. Bazal ALT normal olanlarda ALT'de ≥2 normalin üst sınırı yükselme veya bazal ALT yüksek olanlarda 2 kat veya daha fazla yükselme olup olmaması yönünden yapılan değerlendirmede pravastatin kullananlarda %7.5, plasebo kullananlarda %12 oranında ALT yükselmesi görülmüştür. GREACE çalışmasının değerlendirilmesinde çoğu NAFLD olan 123 hastadan bazal ALT yüksek olanlar arasında statin kullananlarda kardiyovasküler olay oranı %10 iken statin kullanmayanlarda bu oran %30 bulunmuştur. Atorvastatin kullananlarda ALT düzelmesi oranı kullanmayanlardan yüksek saptanmıştır. Statinlerin kronik karaciğer hastalıklarında kullanımı emniyetli, hatta NAFLD ve hepatit C grubunda faydalıdır. Hayvan ve insan çalışmalarında statinler hemodinamik bozukluk yaratmadan portal basıncı düşürmekte ve karaciğer perfüzyonunu düzeltmektedirler. Ayrıca statinler anjiogenezi inhibe etmekte ve apoptosizi indüklemekte, bu sayede muhtemelen karaciğer kanserine karşı koruyucu da olabilmektedirler.

Karaciğer bozukluğu olmayanlarda ALT monitorizasyonu gerekmemekle beraber siroz hastalarında karaciğer testleri takip edilse daha iyi olacak gibi görünmektedir. Statinlerden hangisinin karaciğer hastalarında daha emniyetli olduğuna dair bir çalışma yoktur ve muhtemelen aralarında bir fark olmasa gerektir. Ancak pravastatinin sitokrom p450 yoluyla metabolize edilmediği düşünülürse ileri evre sirozlarda daha çok tercih edilebilir.

Beta blokerler: Siroz hastalarının yaklaşık %40'ı beta bloker kullanmaktadır. Burada çoğunlukla söz konusu olan non-selektif beta blokerlerdir. Portal basıncı düşürüp varis kanamasını engellemek için kullanılırlar. Bu konuda nasıl davranılacağına dair kılavuzlar ve çok sayıda çalışmalar vardır. Propranolol ve karvedilol küçük varislerin, kanama belirtisi olmayan orta varislerin primer profilaksisinde, hemodinamisi iyi olan hastaların sekonder profilaksisinde kullanılırlar. Ortalama arter basıncı 80'in altında olanlarda, refrakter asitlilerde ve hepatorenal sendromda beta bloker kullanılmamalıdır. Ancak bizim konumuz kardiyoselektif beta blokerlerin kullanımıyla ilgili olmalıdır. Maalesef bu konuda hemen hemen hiç çalışma ve veri yoktur. Gene genel olarak beta bloker kullanan siroz hastalarında ilaç hepatiti oranının çok düşük olduğu rapor edilmiştir (146 hastanın 7'sinde ilaca bağlı reaksiyon olasılığı) (6).

ACE inhibitörleri (7): Hipertansif sirozlu hastaların yaklaşık 1/3'ü ACE inhibitörü kullanmaktadır. Genellikle iyi tolere edilirler ve ilaç reaksiyonuna neden olmazlar. Sadece spiranolakton kullanan sirozlarda hiperkalemi yönünden hastalar izlenmelidir. Lisinopril herhangi bir metabolizmaya uğramadan atılırlar. Bu nedenle karaciğer fonksiyon bozukluğu olan hastalarda tercih edilebilir.

Anjiotensin II reseptör antagonistleri: Losartan ileri derecede first-pass metabolizması olan bir ilaçtır. (Portal sirkülasyonla karaciğerden geçerken büyük oranda metabolize edilir). Hafif orta sirozlarda etkin molekülün plazma düzeyi 2 kata kadar artar. Bu yüzden siroz hastalarında doz düşürülmesi gerekir. Irbesartan biyoyararlanımı %70-80 civarında olduğu için karaciğerdeki fonksiyon kayıplarıyla plazma düzeylerinde büyük değişiklik olmaz. Aktif olan molekül kendisidir, metaboliti değildir. Bu nedenle doz ayarlaması yapılmasına gerek yoktur. Valsartanın serum düzeyinde de 2 kat kadar artış bulunmasına rağmen, hafif-orta düzeyde sirozlarda doz ayarlaması gerekmez.

Kalsiyum kanal blokerleri: Verapamil, diltizem ve nifedipin yüksek düzeyde first-pass metabolizması olan ilaçlardır. Bu nedenle siroz hastalarında yarı ömürleri uzar ve plazma düzeyleri yükselir. Her ne kadar ciddi bir yan etkileri görülmese de siroz hastalarında bu ilaçlarda doz düşürülmesi mutlaka gereklidir. Amlodipin bugün için en yaygın kullanılan kalsiyum kanal blokeridir. Biyoyararlanım oranı diğerlerine göre daha yüksektir ve tek doz kullanımda sirozda yarı ömründe istatistiksel farklılık bulunmamıştır. Ancak kronik kullanımda başlangıç dozunun 5 değil 2.5 mg olması tavsiye edilmektedir. 14 gün aralarla doz 2.5 mg olarak titre edilebilir.

Klopidogrel: Antiagregan olarak yaygın kullanıma sahiptir. Ana molekül aktif değildir. Bir saat içinde pik plazma düzeyine ulaşır. Sirozda doz değişikliği yapılması istenmez ve toksik bir reaksiyona neden olmaz.

Parasetamol: Fulminan hepatitlerin yarıdan fazlası parasetamol toksisitesine bağlı olduğu için karaciğer hastalarında parasetamol kullanımı konusunda hekimler çok çekimser davranmaktadır. Halbuki parasetamol siroz hastalarında çok emniyetli bir ilaçtır. Günde 2-2.5 gram altındaki dozlarda herhangi karaciğer toksisitesi görülmemektedir. Kısa süreli uygulamalarda 4 grama kadar da emniyetle kullanılabilir. Ancak gene de 2 gramın üzerine çıkılması emniyetli olmayabilir. Siroz hastalarında parasetamol kullanımında en dikkat

edilmesi gereken hususu hastanın alkol kullanıp kullanmadığıdır. Alkole devam eden alkolik sirozlu hastalarda parasetamol 1.5 gramla bile ciddi toksisite yapabilmektedir.

Non steroid anti inflamatuvar ilaçlar: Romatolojik hastalardan daha çok ağrı kesici olarak yaygın kullanılan ilaçlardır. En sık kullanılan ajanlardan biri olan diklofenak (Voltaren, Cataflam, Dikloron, Myadren vs.) en sık hepatotoksisite yapan ilaçlardan birisidir. Hepatotoksisitesi UGT2B7 polimorfizmine bağlı bozulmuş hidroksilasyonuna bağlanmaktadır. Bu nedenle idyosinkratik bir toksisitedir. Siroz hastalarında artan bir toksisite bildirilmemiştir. Diğer NSAID'lerde de karaciğer hastalarında artmış bir hepatotoksisite yoktur. Ancak prostaglandin inhibisyonu yaptıkları için ileri evre sirozlarda böbrekte vazodilatasyonu engelleyerek renal perfüzyonun bozulmasına, tuz ve su tutulmasına ve böbrek yetmezliği gelişmesine neden olabilirler. Asitli hastalarda asitin refrakter hale gelmesine neden olabilirler. Ayrıca zaten portal konjesyon nedeniyle mukoza bütünlüğü ve koruyucu faktör eksikliği olan gastrointestinal mukoza NSAID'lerin etkisiyle erozyon ve kanamaya daha eğilimli hale gelmiştir. Siroz hastalarında NSAID kullanımı kanama riskini 2-3 kat kadar artırmaktadır.

Sirozlu hastalarda aspirin ve diğer salisilatların hepatotoksisitesi artabilir. Yüksek oranda albumine bağlı taşındıkları için siroz varlığında plazma düzeyleri yükselir. Ateş düşürmek için aspirin kullanılması tavsiye edilmez.

Antimikrobiyal ilaçlar en sık karaciğer toksisitesi yapan ilaçlardır. Amoksisilik-klavulonat ABD'de ilaç hepatitine yol açan en sık sebeptir. Ülkemizde ornidazolün en önemli sebep olduğu aşikardır. Ancak bu ilaçların karaciğer hastalarında daha fazla toksik olduklarına dair delil yoktur. Ancak anti-tüberkülo ilaçların hepatotoksik olduğu çok iyi bilinmekte ve bu ilaçların hepatotoksisitesi karaciğer hastalıklarında artmaktadır.

Siroz hastalarının bitkisel ilaçların da toksik olabileceği konusunda uyarılmaları gerekir. Karaciğer hastalarının 1/5'i silimarin içeren ilaçlar kullanmaktadır. Silimarin hepatotoksik değildir, ancak yararlı olduğuna dair bir delil de yoktur. Hepatotoksik olduğu iyi bilinen bitkilerin bazıları şunlardır (8). Siyah yılankökü, bodur mahmut otu, kava kava (biberi), noni suyu (tropikal bir bitki), yarpuz (kır nanesi)

Sonuç

Karaciğer hastalıklarında sıklıkla eşlik eden başka hastalıklar bulunur. Bunların tedavisinde kullanılan ilaçlar çoğunlukla karaciğer hastası olmayanlardan farklı bir toksik etkide bulunmazlar. İlaçların çoğu idyosinkratik toksisite yaptığı için ilaçların karaciğer hastalarında daha toksik olacağı düşünülmemelidir. Ancak eğer toksik olurlarsa klinik bulgular daha ağır seyreder. Doza bağımlı toksisite gösteren ilaçlar, yüksek oranda albumine bağlanarak taşınan ilaçlar ve yüksek oranda first-pass metabolizması olan ilaçlar karaciğer hastalarında kullanılırken genellikle doz ayarlaması yapılmalıdır. Hepatotoksisitesinden korkulan statinler ve parasetamol karaciğer hastalarında emniyetle kullanılabilir. İleri karaciğer hastalarında aspirin ve NSAID'ların kullanımından kaçınılmalıdır. Sadece karaciğer hastalarında değil, bütün hastalarda her ilacın hepatotoksik olabileceği bilinerek çoklu ve gereksiz medikasyondan kaçınılmalı ve uzun süreli ilaç kullanan hastalar yakından takip edilmelidir.

Kaynaklar

1. Lucena MI, Andrade RJ, Tognoni G, Hidalgo R, Sanchez de la Cuesta F; Spanish Collaborative Study Group on Therapeutic Management of Liver Diseases. Drug use for non-hepatic associated conditions in patients with liver cirrhosis. Eur J Clin Pharmacol 2003;59:71-6.
2. Lewis JH, Stine JG. Review article: prescribing medications in patients with cirrhosis - a practical guide. Aliment Pharmacol Ther 2013;37:1132-56.
3. Kiser JJ, Burton JR, Anderson PL, et al. Review and management of drug interactions with boceprevir and telaprevir. Hepatology 2012;55:1620-8.
4. Gupta NK, Lewis JH. Review article: The use of potentially hepatotoxic drugs in patients with liver disease. Aliment Pharmacol Ther. 2008;28:1021-41.
5. Bays H, Cohen DE, Chalasani N, Harrison SA, The National Lipid Association's Statin Safety Task Force. An assessment by the Statin Liver Safety Task Force: 2014 update. J Clin Lipidol 2014;8(3 Suppl):S47-57.
6. Franz CC, Egger S, Born C, et al. Potential drug-drug interactions and adverse drug reactions in patients with liver cirrhosis. Eur J Clin Pharmacol 2012;68:179–88.
7. Sokol SI, Cheng A, Frishman WH, Kaza CS. Cardiovascular drug therapy in patients with hepatic diseases and patients with congestive heart failure. J Clin Pharmacol 2000;40:11-30.
8. Smith E, Desmond P. Prescribing in patients with abnormal liver function tests. Aust Fam Physician 2013;42:30-3.

KRONİK KARACİĞER HASTALIĞINDA BESLENME VE DİYET

Dr. A. Sedat BOYACIOĞLU
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Malnütrisyon sirozda çok sıktır ve bu hastaların klinik durumlarını kötüleştiren faktörlerin hastanın başında gelir. Üstelik hastalık ağırlaştıkça malnütrisyon sıklığı ve derecesi de artar. Son dönem kronik karaciğer hastalığında (KKH) malnütrisyonun varlığını doğru olarak tespit etmek ve gerektiğinde uygun nütrisyonel tedaviler planlayarak uygulamak hastaların genel klinik durumlarında iyileşmeye yol açabilir. Bu konuşmada kronik KKH'da malnütrisyon prevalansı, nütrisyonel değerlendirme ve malnütrisonun nedenleri üzerinde kısaca durulacak, buna karşılık uygun nütrisyonel tedaviler ve diyet daha ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

Genel öneriler

KKH için bazı genel nütrisyon önerileri içeren kılavuzlar geliştirilmiştir (Tablo 1). Bu önerilerle hastanın gündelik aktivitesi için yeterli enerji almasının sağlanması yanı sıra, karaciğer hastalığı nedeniyle artmış olan nütrisyonel gereksinimlerinin karşılanması ve protein katabolizmasının daha da artmasının önüne geçilebilmesi amaçlanmaktadır. Malnütrisyonda olduğu saptanan KKH'larında nütrisyonel destek gerekir. 2006 Yılında yayınlanan ESPEN kılavuzu bu konuda önder kılavuzlardan biridir (Tablo 2) (1).

Enerji gereksinimi karaciğer yetmezliğinin derecesine ve malnütrisyon durumuna göre değişir. Kompanse sirotikler ve alkolik steatohepatitli hastalar için önerilen günlük enerji alımı ESPEN (Avrupa) kılavuzunda 35 – 40 kkal/kg'dır. Buna karşılık ASPEN (Amerika) kılavuzunda bu hepatik ensefalopatisi (HE) olmayanlar için 25 – 35 kkal/kg ve olanlar için 35 kkal/kg olarak önerilmiştir (2). ESPEN kılavuzu 1.5 g/kg/gün protein alımını ve günlük nütrisyonel gereksinimlerini doğal yolla alamayanlar için enteral nütrisyon desteği yapılmasını önermektedir. Yine aynı kılavuzda PEG tüpü yerleştirilmesinin bu hasta grubunda daha riskli olması nedeniyle nazogastrik tüple beslenme önerilir.

Bu önerilere göre ağırlığı 75 kg olan bir hasta günde 2625 – 3000 kkal enerji ve 90 – 120 g protein almalıdır. Enteral nütrisyon desteği yapılacak ise tam proteinli ürünler ve asitli hastalarda daha az sıvı içerdikleri için konsantre enerjili ürünler tercih edilmelidir. Total parenteral nütrisyon (TPN) enteral nütrisyonun mümkün olduğu durumlarda kontrendikedir. TPN'nun yan etkileri fazladır ve uzun süreli kullanımında karaciğer fonksiyonları daha da bozulur.

KKH'da glikojen sentezi bozulmuş ve glikojen depoları sınırlı olduğu için hipoglisemiye eğilim vardır. Bu nedenle bu hastalarda diyabetes mellitus prevalansı yüksek olmasına rağmen karbonhidrat kısıtlaması önerilmez. Karaciğer yetmezliği ilerleyip rezerv azaldıkça hipoglisemi atakları sıklaşır (3). Hipoglisemi riskini azaltabilmek için hastaların yemek öğünlerinin günde 4-6 olması ve diyetin karbonhidrattan zengin olması, karbonhidrat oranının günlük kalorinin %45 – 65 oranında olması önerilir (4).

Tablo 1. Kronik karaciğerde nütrisyonel öneriler

Genel Öneriler	
Enerji gereksinimi	Günlük multivitamin desteği 25-35 kkal kkal /kg/gün (HE yoksa) 35 kkal/kg/gün (HE varsa)
Protein gereksinimi	1.2 – 1.5 k/kg/gün
Öğün sayısı:	Hipoglisemiyi önlemek amacıyla günde 4-6 öğün
Mikrobesin öğeleri	Günlük multivitamin/mineral takviyesi
Özel Öneriler	
Asit:	Tuz kısıtlaması (günlük sodyum alımı< 2 g)
Hepatik ensefalopati:	Çinko replasmanı (eksikliği varsa) Dalanmış zincirli amino asit eklemesi Manganez takviyesi Minimal HE'de probiyotikler
Alkolik hastalar:	Tiamin ve folat eklemesi
Vitamin D eksikliği:	150.000 IU/hafta (12 hafta) Serum düzeyi kontrolü 1.000 IU/gün (kalsiyumla beraber)
Vitamin A eksikliği:	100.000 – 200.000 IU/hafta (12 hafta)

Tablo 2. Kronik karaciğer hastalığı için ESPEN nütrisyon önerileri

Klinik Tablo	Nonprotein enerji (kkal/kg/gün)	Protein (g/kg/gün)
Kompanse siroz	25 – 35	– 1.2
Dekompanse siroz		
Malnütrisyon	35 – 40	1.5
Ensefalopati I – II	25 – 35	0.5 – 1.5
Ensefalopati III - IV	25 – 35	0.5

Enerji ihtiyacı hastanın kuru ağırlığı üzerinden hesaplanmalıdır, asitli hastalarda bunu sağlayabilmek için hesaplamada hastanın ideal beden ağırlığı göz önüne alınır. Sirozda artmış olan renin/anjiotensin sisteminin aktivasyonu ile mücadele edebilmek ve sıvı birikimini önleyebilmek için ödemli ve asitli hastalarda sodyum kısıtlaması (<2 g/gün) yapılır (5). Sodyumu kısıtlanmış diyetlere uyulması zordur ve çoğu zaman tek başına yeterli olmaz. Bu durumda diüretik tedavisi başlamak gereklidir.

Yağda çözünen vitaminler (A,D,E ve K) ile çinko ve selenyum başta olmak üzere vitamin ve mineral eksikliği sık görüldüğü için günlük önerilen miktarlarda rutin vitamin/mineral takviyeleri başlanması uygundur. Vitamin yetmezliği kuşkusu olan sirotikler ve kolestatik karaciğer hastalığı olan her hastada vitamin düzeylerine rutin olarak bakılmalıdır (6). Vitamin A yetmezliği durumunda dört hafta süreyle haftada bir 100.000 ile 200.000 IU vitamin A takviyesi

verilmelidir. Alkolik karaciğer hastalığında Wernicke ensefalopatisi sıktır. Bu durumda vitamin takviyesi, özellikle parenteral tiamin takviyesi ihmal edilmemelidir.

HE'nin çinko yetersizliği ile ilişkisi gösterilmiştir ve sirozda sıklıkla çinko düzeyi düşüktür. Her ne kadar genel anlayış olarak yetersizliğinde çinko replasmanı önerilirse de, en büyük hasta sayılı randomize kontrollü çalışma dahil, bu konu yapılmış araştırmalarda çinko replasmanıyla kognitif fonksiyonlarda belirgin düzelme gösterilememiştir (7). Öte yandan, sirozda safra sekresyonunun azalması ve portosistemik şantlara bağlı olarak total beden manganezinde artış vardır. Bu da beyinin spesifik bazı spesifik bölgelerinde manganez birikmesine yol açar. Bunun HE gelişmesiyle ilişkisinin önemi belli olmamakla beraber Uluslararası Hepatik Ensefalopati ve Azot Metabolizması Derneğinin yakın tarihli uzlaşı raporunda önerdikleri şekilde manganez içeren nütrisyon takviyelerinden kaçınılması mantıklı görünmektedir (8).

KKH'da vitamin D eksikliği ve osteoporoz sıktır. Ayrıca malabsorpsiyon yoksa günlük 400 – 800 IU vitamin D ve 1200 – 1500 mg kalsiyum takviyesi yeterlidir (9).

Sirozda dallanmış-zincirli amino asitlerin (DZAA) kullanımı üzerinde tartışılması gereken bir konudur. Sirozda DZAA'lerin (valin, lösin, izolösin) amonyak ve aromatik amino asitlere (AAA) göre göreceli olarak azalmış olduğu daha önce defalarca gösterilmiştir. Ayrıca, HE, serum protein düzeyleri ve genel karaciğer fonksiyonları üzerinde olumlu katkıları olduğunu bildiren bir çok çalışma vardır. Teorik olarak bu mantıklıdır çünkü DZAA'ler protein sentezinde esansiyel amino asitlerdir ve amonyak detoksifikasyonunda yardımcı yolak olarak görev alırlar. AAA'ler normalde karaciğerde metabolize ve detoksifiye olurlar. Oysa KKH'da hepatosit fonksiyon kaybı, azalmış deaminasyon kapasitesi ve portal şantlaşma nedenleriyle bu işlev azalır ve sonucunda vücutta AAA'ler birikimi olur. Buna karşılık DZAA'ler kas dokusu tarafında enerji maddesi olarak kullanılmaya ve amonyak detoksifikasyonunda kullanılmaya başlarlar ve böylece bunların düzeyleri azalır. Teorik olarak DZAA replasmanı glutamat ve amonyaktan glutamin sentezlenmesine yol açar. Göreceli bir DZAA eksikliğinin beyin triptofan alımını artırdığında da inanılır. Bu da HE oluşumuna katkıda bulunur. DZAA'ler kan beyin bariyerinde triptofan ile yarışmaya girdiğinden DZAA'lerin replasmanı teorik olarak beyin triptofan alımını sınırlar (10-17).

ESPEN 2006 uzlaşı kılavuzu DZAA takviyelerinin kullanımı desteklemektedir. Bu destek HE'de DZAA'lerin rolünü araştıran üç geniş ölçekli çalışmaya dayandırılmaktadır (4, 18, 19). Özetle, bu çalışmalar üçünde de ileri KKH'da DZAA uzun süreli kullanımının faydalı olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak bu ürünlerin pahalı oldukları ve uzun süreli kullanımlarında tolerans sorunları olduğu hatırda tutulmalıdır. Gerçek hayatta rutin olarak uzun süreli DZAA takviyeleri kullanımı önerilmemektedir.

Enteral nütrisyon desteği

Enteral nütrisyon (EN) desteğinin son dönem KKH'da nütrisyon desteği verilmesinde en etkili ve güvenli yol olduğu kabul edilmektedir. Normal yolla yemek yiyebilen hastalarda oral destek ürünleri önerilmelidir. Yoğun bakımda izlenen veya durumu ağır olanlarda ise tüple beslenme emniyetle yapılabilir.

Sirotik hastalarda, yüksek protein içeriklerinin HE'yi tetikleyeceği ve nazogastrik tüplerin varis kanamasına yol açabileceği korkuları nedeniyle, geleneksel olarak enteral nütrisyon rutin uygulamaya girememiştir. Oysa, literatürde sirotik hastalarda ince beslenme tüplerinin varis kanamasına neden olduğunu gösteren her hangi bir kanıt yoktur. EN ve normal oral diyeti karşılaştıran çalışmalarda varis kanaması oranları farklı bulunmamıştır (20). Sirotiklerde EN etkilerini araştıran kontrollü ve kontrolsüz çalışmalar yapılmıştır (21-25). Bütün çalışmaların ortak sonucu hastanede yapılan EN uygulamasının iyi tolere edildiği ve gerek varis kanaması ve gerekse HE'yi artırmadığıdır.

Malnütrisyonu olduğu için nütrisyon desteği gereken diğer hastalıklarda olduğu gibi kronik karaciğer hastalıklarında da nütrisyon tedavisi verilmelidir. Bağırsak fonksiyonları hemen daima yerinde olduğu için genel kuralların emrettiği gibi EN'nun öncelikli nütrisyon desteği veriliş yolu olduğu kesindir.

Kaynaklar

1. Plauth M, Cabre´ E, Rggio O, et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: liver disease. Clin Nutr 2006;25: 285–94.
2. Delich PC, Siepler JK, Parker P. Liver disease. In: Gottschlich MM, editor. The A.S.P.E.N. nutrition support core curriculum: a case based approach-the adult patient. Silver Spring (MD): American Society for Parenteral and Enteral Nutrition; 2007. p. 540–57.
3. Matos C, Porayko MK, Francisco-Ziller N, et al. Nutrition and chronic liver disease. J Clin Gastroenterol 2002;35:391–7.
4. Nakaya Y, Okita K, Suzuki K, et al. BCAA-enriched snack improves nutritional state of cirrhosis. Nutrition 2007;23:113–20.
5. Salerno F, Guevara M, Bernardi M, et al. Refractory ascites: pathogenesis, definition and therapy of a severe complication in patients with cirrhosis. Liver Int 2010;30:937–47.
6. Cheung K, Lee SS, Raman M. Prevalence and mechanisms of malnutrition in patients with advanced liver disease, and nutrition management strategies. Clin Gastroenterol Hepatol 2012;10:117.
7. Bresci G, Paris G, Banti S. Management of hepatic encephalopathy with oral zinc supplementation: a long-term treatment. Eur J Med 1993;2:414–6.
8. Amodio P, Bemeur C, Butterworth R, et al. The nutritional management of hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis: international society for hepatic encephalopathy and nitrogen metabolism consensus. Hepatology 2013;58: 325–36.
9. Salerno F, Guevara M, Bernardi M, et al. Refractory ascites: pathogenesis, definition and therapy of a severe complication in patients with cirrhosis. Liver Int 2010;30:937–47.
10. Rossi Fanelli F, Cangiano C, Capocaccia L, et al. Use of branched chain amino acids for treating hepatic encephalopathy: clinical experience. Gut 1986;27: 111–5.
11. Holecek M, Simek J, Palicka V, et al. Effect of glucose and branched chain amino acids (BCAA) infusion on onset of liver regeneration and plasma amino acid pattern in a partially hepatectomized rat. J Hepatol 1991;13:14–20.
12. Alexander WF, Spindel E, Harty RF, et al. The usefulness of branched chain amino acids in patients with acute or chronic hepatic encephalopathy. Am J Gastroenterol 1989;84:91–6.
13. Lam V, Poon RT. Role of branched chain amino acids in management of cirrhosis and hepatocellular carcinoma. Hepatol Res 2008;38(Suppl 1):107–15.
14. Holecek M. Three targets of branched-chain amino acid supplementation in the treatment of liver disease. Nutrition 2010;26:482–90.
15. Holecek M. Branched-chain amino acids and ammonia metabolism in liver disease: therapeutic implications. Nutrition 2013;29(10):1186–91.
16. Chadalavada R, Sappati Biyyani RS, Maxwell J, et al. Nutrition in hepatic encephalopathy. Nutr Clin Pract 2010;25:257–64.

17. James JH, Ziparo V, Jeppsson B, et al. Hyperammonaemia, plasma aminoacid inbalance, and blood-brain aminoacid transport: a unified theory of portalsystemic encephalopathy. Lancet 1979;2:772–5.
18. Marchesini G, Bianchi G, Merli M, et al. Nutritional supplementation with branched-chain amino acids in advanced cirrhosis: double blind randomized trial. Gastroenterology 2003;124:1792–801.
19. Muto Y, Sato S, Watanabe A, et al. Effects of oral branched chain amino acid granules on event-free survival in patients with liver cirrhosis. Clin Gastroenterol Hepatol 2005;3:705–13.
20. Antonow D, McLain C: Nutritional support in alcoholic liver disease. JPEN 1985;9:566-7.
21. Kehoane P, Attrill H, Grimble G, et al.: Enteral nutrition in malnourished patients with hepatic cirrhosis and akut encephalopathy. JPEN 1983;7:346-50.
22. Mendenhall C, Bongiovanni G, Goldberg S. VA Coperative study on alcoholic hepatitis III: changes in protein-calorie nutrition associated with 30 days of hospitalization with or wthout enteral nutrition JPEN 1985;9:200-5.
23. Cabre E, Gonzalez-Huix F, Abad -Lacruz et al. Effect of total enteral nutrition on the short term outcome of severly malnourished cirrhotics: A randomized controled trial. Gastroenterology 1990;98:715-20.
24. Kearns PJ, Young H, Garcia G, et al. Accelerated improvement of alcoholic liver disease with enteral nutrition. Gastroenterology 1992;1021: 200–5.
25. Charlton C, Buchanan E, Holden C, et al.: Intensive enteral feeding in advanced cirrhosis: Reversal of malnutrition without precipitation of hepatic encephalopathy. Erch Dis Child 1992;67:603-7.

ALLERJİK ASTIM

Dr. Taşkın ŞENTÜRK
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji Bilim Dalı, Aydın

Astım, hava yollarının spazmı ve bronş aşırı duyarlılığı ile karakterize, kronik, inflamatuar bir hastalıktır. Tüm dünyada yaklaşık 150 milyon insan astımlıdır ve tüm yaş gruplarında astma prevalansı artmaktadır. Bu artışın kesin nedeni tam olarak bilinmemesine rağmen çeşitli inhalan allerjenlere karşı erken maruziyet, nedenlerden biri olabilir. Irksal farklılıklar gösterebilir ve siyahlar arasında yüksek bir prevalans olduğu gösterilmiştir. Yetişkinlerde kadın ve erkekler arasında farklılık yoktur, çocuklarda daha sık görülür. Son dekatta astımdan ölüm oranı %25'den fazla artmıştır ve özellikle şehir içinde fakir mahallerinde yaşayan siyahlar arasında daha belirgindir. Bu bölgelerdeki yüksek mortalitenin nedeni olarak astım şiddetindeki artış, anti-inflamatuar ilaçların azalmış kullanımı ve hastaların tedaviye kötü uyumu suçlanmaktadır. Buna rağmen birçok ülkede astım mortalite verileri henüz yetersizdir.

Astım tipleri

Astım tek bir hastalıktan ziyade klinik bir sendromdur. Farklı astım tiplerinin patogenezinde farklı mekanizmalar etkili olmasına rağmen altta yatan anormallik olarak hepsinde kronik havayolu inflamasyonu vardır. Bu grupların bazıları çakışma yapabilir. Ekstrensek veya allerjik astım yetişkin astımının major kısmını oluşturur ve vakaların çoğunda başlangıcı çocukluk çağındadır. Geç başlangıçlı astım sıklıkla mesleki ajanlara ve ilaçlara sensitizasyon sonucu gelişir. Aspirin ve diğer nosteroid antiinflamatuar (NSAİ) ilaçlar ise ilaca bağlı astımın en önemli nedenleridir. Yetişkin astımlı hastaların yaklaşık %10-20'si aspirine sensitiftir. Sinüzit, nazal polip ve astımlı bireylerde aspirin sensitivitesi %40'a artar. Brittle astım nadir bir astım tipidir ve 2 farklı formda ortaya çıkabilir; bazı hastalarda sporadik ciddi astım atakları ile birlikte iyi kontrol edilebilen astım ve normale yakın AC fonksiyonları varken, diğer bazı hastalarda sık ciddi astım atakları ile birlikte iyi kontrol edilemeyen astım vardır. Bu hastalar astımdan ölümün yüksek riski altındadır. Son alarak, astım için çevresel neden saptanamayan bazı hastalarda intrensek (kriptojenik) astım düşünülür. İntrensek astımın prevalansı kadınlarda daha yüksek saptanır.

Etiyoloji

Astımın aynı ailede sık görüldüğü bilinmesine rağmen, kalıtımın kesin yapısı bilinmemektedir. Astım geçişinin poligenik olması büyük ihtimaldir. Birçok aday gen ve ilişkili özellikleri ileri sürülmüştür (örn. atopi ve hava yolu aşırı yanıtı). Astımlı vakaların %50 kadarı atopi ile birliktedir; bu olay klinikte yüksek serum IgE seviyeleri, allerjen spesifik IgE varlığı ve allerjenlere pozitif prik testi ile karakterizedir. Astımın uyarılmasında çevresel faktörler arasında allerjenler en önemli rolü oynamaktadır. Yetişkin başlangıçlı astımda mesleki uyaranlar major rol oynar. Solunum infeksiyonları ve hava kirliliği direk olarak astımı uyarmasına rağmen, bunlar hastalığın başlaması ve devamında allerjenleri artırabilir. Astım gelişiminde bir risk faktörü olarak sigara içimine ait deliller olmamasına rağmen, şiddetli astım ve astım tedavisine kötü yanıtla birliktedir (Tablo 1).

Tablo 1. Astım gelişiminde etyolojik faktörler

1. Predispozan faktörler
a. Astıma genetik eğilim b. Atopi c. Cinsiyet d. Irk
2. Nedensel (uyarıcı) faktörler
a. Allerjenler i. Ev tozu akarları ii. Polenler iii. Hayvan tüyleri (kedi, köpek vb) iv. Küf, mantar b. Mesleki uyaranlar c. Aspirin ve diğer NSAİ ilaçlar
3. Katkıda bulunan faktörler
a. Solunum yolu enfeksiyonları b. Hava kirliliği c. Sigara içimi d. Diyet e. Sosyoekonomik durum

Astım gelişiminde tetikleyici (presipite edici) faktörler

Bu faktörler inflamasyonu veya akut bronkokonstriksiyonu uyararak veya her ikisi ile birlikte astım ataklarını tetikleyebilir. Ev tozu akarları, polenler, hayvan tüyleri ve mantar sporları gibi inhalan allerjenler en sık tetikleyici faktörlerdir, ancak oral veya enjekte allerjenlerde akut atakları uyarabilir. Polenler genellikle mevsimsel ataklara neden olur (ağaç polenleri ilkbaharda, çimen polenleri yaz aylarında ve yabani ot polenleri sonbaharda). Ev hayvanları içinde astımı en sık tetikleyen hayvanlar kedi ve köpeklerdir ve bunların tüyleri, tükrüğü, idrarı ve feçesi allerjiyi uyarabilir. Astımla birlikte olan en önemli mantar Aspergillus fumigatus'tur ve esas olarak sonbahar ve kış aylarında ataklara neden olur. Solunum enfeksiyonları arasında en sık suçlu faktör rhinovirus'tür. Egzersiz ve birlikte olan hiperventilasyon semptomları alevlendirebilir. Aspirin ve diğer NSAİ ilaçlar da astımı alevlendirebilir.

Patogenez

Astım gelişiminde 2 hipotez öne sürülmektedir;

1. T helper (Th) hücre balansı ve mast hücre degranülasyonu; Astım ve diğer allerjik hastalıklarda immün yanıtları yöneten ana hücre Th lenfositlerdir. Dendritik hücreler

gibi antijen sunan hücreler (ASH) antijeni tutar ve işledikten sonra Th hücrelerine sunar. Sunulan antijenin natürü ve genetik eğilim naif Th (Th0) hücrelerinin tip 1 (Th1) veya tip 2 (Th2) lenfositlere dönüşümünü belirler. Bazı antijenler (mikobakterium, kızamık ve hepatit A virus gibi) Th0 hücrelerin Th1'e dönüşümünü uyarırken, allejenler ve parazitler Th2 immün yanıtını uyarır. IL-4 ve IL-13 Th2 hücreler tarafından yapılan ana sitokinlerdir ve IgE yapımı için B hücrelerini stimüle eder. Diğer Th2 sitokinlerde mast hücre ve eozinofillerin yapımını ve toplanmasını uyarırlar. Normal bireylerdeki Th1 ve Th2 yanıtları arasındaki denge astımlı bireylerde Th2 yanıtı tarafına değişmiştir.

2. Klasik hipotez (hijyen hipotezi)-kronik inflamasyon gelişimi; Astımda ana efektör hücreler eozinofil ve mast hücreleridir. Bu hücreler bronkokonstriksiyon ve inflamasyona yol açan çeşitli mediatörleri yaparlar. Bu inflamasyon bronşial hiperreaktivite (BHR) gelişiminde santral rol oynar. Astmatiklerin çoğunda bronşlarda aktive eozinofillerin artmış sayısı vardır ve astım şiddeti ve BHR ile eozinofil aktivasyonu arasında belirgin bir birliktelik vardır. IL-5 selektif olarak eozinofil aktivasyon ve diferansiasyonunu uyaran önemli bir proinflamatuar sitokindir ve hava yolu mukozasına eozinofil birikimini uyarır.

Klinik özellikleri

Astım semptomlarına düz kas kontraksiyonunun neden olduğu hava yolu daralması, hava yolu duvarının ödemi ve hava yolunda artmış mukus neden olur. Wheezing, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi ve öksürük en sık semptomlardır. Bunlar genellikle geceleri veya sabahın erken saatlerinde daha belirgindir. Fizik muayenede, solunum sıkıntısı, dinlemekle yaygın weezing, birlikte olan koşullara bağlı bulgular (ekzema, rinit vb) ve aşırı havalı göğüs saptanabilir. Laboratuarda serum, nazal sekresyonlar ve/veya balgamda eozinofili, yüksek total IgE seviyeleri, balgamda Charcot-Leyden kristalleri ve Cursmann spiralleri saptanabilir.

Tanı

Klinik tanı objektif testlerle desteklenmelidir. Anamnezde 3 anahtar yaklaşım vardır; hastada olan epizodik semptomlar, reversibl obstruksiyon bulguları ve diğer tanıların dışlanması. Tanısal testlerde spirometre, PEF (Pik ekspiratuar akım) metre, bronş provokasyon testleri ve alerjen deri testleri (prik) yapılabilir. Allerjenlerle deri prik testi atopik durum hakkında objektif bilgiler sağlar. Hava yolu inflamasyonunun değerlendirilmesinde bunların dışında, bronkoskopi direk olarak hava yolunu görmede ve BAL sıvısı ve biyopsi örneklerinin alınmasında yararlıdır. Çeşitli hücre tipleri ve inflamatuar mediatörler açısından balgamın incelenmesi diğer bir yararlı incelemedir. Atılan havadan nitrik oksit (NO) ölçümü kolaydır ve hava yolu inflamasyonunu ve tedaviye yanıtı değerlendirmede noninvaziv bir prosedürdür, ancak pahalı aletlere ihtiyaç vardır.

Ayırıcı Tanı; Astım ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken hastalıklar Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Astımda ayırıcı tanı

Bronşit	Laringeal web
Bronşiolit	Pulmoner emboli
Pnömoni	Konjestif kalp yetmezliği
Viral infeksiyonlar	Kalp kapak hastalıkları
Yabancı cisimler	Gastro-özefagial reflü
Trakeal stenozis	Pulmoner eozinofili

Tedavi

Astımda tedavi amaçları;

1. Astım semptom ve ataklarının önlenmesi;
   a. Astım nedeniyle uyku sorunu olmamalı
   b. Astım nedeniyle iş veya okul kaybı olmamalı
   c. Acil bakım veya hospitalizasyona ihtiyaç olmamalı veya çok az olmalı
2. Egzersiz ve diğer günlük aktivitelerini içeren normal aktivite seviyesinin devamı
3. Normal veya normale yakın AC fonksiyonlarına sahip olması
4. Tedavide kullanılan ilaçların yan etkilerinden kaçınılması

Astımda tedavi planı.:

Astımda güncel tedavilerle kür olmamasına rağmen, hasta eğitimi ve düzenli hekim kontrolü ile efektif bir şekilde tedavi edilebilir;

1. Hasta eğitimi
   a. Risk faktörlerinden kaçınma
   b. Düzenli tedaviye uyum
   c. Düzenli ev monitorizasyonu (PEF ölçümleri)
   d. Kötüleşen semptomların tanınması ve erken medikal girişimin önemi
2. Optimal ilaç tedavisi
3. AC fonksiyon testleri ile düzenli medikal kontrol
4. Toplum sağlığı değerlendirmesi
   a. Kirliliğin kontrolü
   b. Uygun ev yaşamı

Astımda ilaç tedavisi

Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar kontrol edici ve rahatlatıcı olarak 2 gruba ayrılabilir; Akut ataklar hızlı bronkodilatatör etkiye sahip rahatlatıcı tip ilaçlarla tedavi edilir. Sık olarak kullanılan rahatlatıcı tip ilaçlar salbutamol ve terbutaline gibi kısa etkili beta2 agonistlerdir. Diğerleri antikolinerjik ilaçları (ipratropium ve oxitropium) ve ksantinleri (teofilin ve aminofilin) içerir.

Astım atakları epizodik olmasına rağmen, altta yatan inflamasyon kroniktir, bu nedenle uzun dönem düzenli tedaviye kontrol edici ilaçlarla ulaşılır. Bunlar inhale kortikosteroidler (beklometazon, budesonid ve flutikazon), kromogenler (sodium kromoglikat ve nedokromil sodyum), uzun etkili bronkodilatatörler (teofilin) ve uzun etkili beta2-agonistleri (salmeterol) içerir.

Lökotrien reseptör antagonistleri (montelukast, zafirlukast, and pranlukast) ve lökotrien modifiye edici ilaçlar (zileuton) ise hastalık önleyiciler olarak sınıflandırılır.

Allerjen spesifik immünoterapi (SİT), allerjik rinit tedavisinde uzun yıllardır etkili bir şekilde kullanılmasına rağmen,

astımdaki rolü hala tartışmalıdır. Birçok kontrollü çalışmada SİT'nin astım semptomlarını düzelttiği ve tedavi ihtiyacını azalttığı gösterilmiş, ancak negatif sonuçlu çalışmalarda vardır. Uygun farmakoterapiye ve allerjenden kaçınma metotlarına rağmen kontrolsüz vakalarda, eğer uygun allerjende saptanmışsa allerjen spesifik immünoterapi düşünülebilir. Bu tedavi özellikle astım, allerjik rinitle birlikteyse yararlıdır.

Kaynaklar

1. National Heart, Lung, and Blood Institute. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NIH Publication; 2008.
2. Anderson WJ, Watson L. Asthma and the hygiene hypothesis. N Engl J Med. 2001 May 24. 344(21):1643-4.
3. Sears MR. Consequences of long-term inflammation. The natural history of asthma. Clin Chest Med. 2000 Jun. 21(2):315-29.
4. Bousquet J, Jeffery PK, Busse WW, Johnson M, Vignola AM. Asthma. From bronchoconstriction to airways inflammation and remodeling. Am J Respir Crit Care Med. 2000 May. 161(5):1720-45.
5. Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, Bousquet J, Drazen JM, FitzGerald M, et al. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. Eur Respir J. 2008 Jan. 31(1):143-78.
6. Management of Asthma Working Group. VA/DoD clinical practice guideline for management of asthma in children and adults. Washington (DC): Department of Veteran Affairs, Department of Defense; 2009.
7. From the Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2010. Available at http://www.ginasthma.org.
8. Price D, Musgrave SD, Shepstone L, et al. Leukotriene antagonists as first-line or add-on asthma-controller therapy. N Engl J Med. 2011 May 5. 364(18):1695-707.
9. Abramson MJ, Puy RM, Weiner JM. Allergen immunotherapy for asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2003. CD001186.
10. Bruggenjurgen B, Reinhold T, Brehler R, Laake E, Wiese G, Machate U, et al. Cost-effectiveness of specific subcutaneous immunotherapy in patients with allergic rhinitis and allergic asthma. Ann Allergy Asthma Immunol. 2008 Sep. 101(3):316-24.
11. Rowe BH, Edmonds ML, Spooner CH, Diner B, Camargo CA Jr. Corticosteroid therapy for acute asthma.Respir Med. 2004 Apr. 98(4):275-84.
12. FDA Announces. New Safety Controls for Long-Acting Beta Agonists, Medications Used to Treat Asthma. Available at http://www.fda.gov/NewsEvents/ Newsroom/ PressAnnouncements/ucm200931.htm
13. Martin RJ. Therapeutic significance of distal airway inflammation in asthma. J Allergy Clin Immunol. 2002 Feb. 109(2 Suppl):S447-60.

ALERJİK RİNİT

Dr. Göksal KESKİN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji-Allerji Bilim Dalı, Ankara

Alerjik hastalıklar toplumumuzun %30'unu etkiliyor. Alerjik rinitte prevalans %10-20 arasındadır. Önemi ekonomide önemli iş gücü ve maddi kayıplara neden olması ve ilerleyen yıllarda bronşial astmaya dönüşebilmesidir. Rinitler; alerjik ve alerjik olmayan diye ikiye ayrılabilir. Alerjik rinitler mevsimsel ve perenial olmak üzere sınıflandırılabilir. Mevsimsel alerjik rinitlerde etken ağaçlar, hububat, yabani otlar ve çayır iken perenial alerjenler hayvan tüyleri, toz, akar ve mantarlardır. Ancak allerjili hastaların çoğu her ikisine de duyarlıdır. Burun akıntısı, kaşıntısı, tıkanıklığı ve hapşurma semptomları ile başlar. Genç erişkin ve çocukluk hastalığıdır. Cins ayrımı yoktur. Semptomlar alerjenle temastan 5-10 dakika sonra başlar (erken faz). Geç faz 2-6 saat sonra başlar. Geç fazın belirtileri nazal mukoza kalınlaşması ve nazal obstrüksiyondur. Tanı; klinik bulgular, aile öyküsü, fizik muayene, laboratuvar testleri ve deri testleri ile konulur. Tanı yöntemlerinden en duyarlısı kanda spesifik IgE bakılması ve deri prick testi yapılmasıdır. Hastalığın tedavisinde en değerli basamak alerjenin belirlenmesi ve alerjenden uzak durulmasıdır. Tedavide kabul gören 3 yöntem; alerjenden kaçınma, farmakoterapi ve alerjen spesifik immünoterapidir. Alerjenden uzak durmada; polen, ev tozu, hamamböceği, mantar, hayvan tüylerinin ve epidermal alerjen kontrolunun yapılması gereklidir. İlaç tedavilerinde antihistaminikler, lokal, oral veya parenteral steroid uygulamaları ve anti-lokotrienler yaygın bir şekilde uygulanabilmektedir. Ayrıca son yıllarda uygulanan anti-IgE tedavilerinden de (omalizumab) iyi sonuçlar alındığı bildirilmektedir. Hastalığın tedavisinde; hastalığın ortadan kaldırılmasında en etkin yöntem olan alerjen spesifik immünoterapi (SIT) başarı ile kullanılmaktadır. Bilindiği üzere alerjik hastalıklarda alerjiden sorumlu Th2 hücreleri ve bunlarda salınan sitokinlerdir (IL-4, 5 ve 13). Bu sitokinler atopiye neden olup IgE yapımını artırır. Alerjen giderek artan dozlarda belli aralıklarla uygulanmak suretiyle regulatuvar T hücrelerinden alerjiyi baskılayan IL-10 ve TGF beta salınımının artışı sağlanabilir. Böylece alerjen spesifik T hücrelerinde tolerans gelişmesi, spesifik IgE yanıtının baskılanması ve blokan IgG4 yapımının uyarılması ile alerjinin ortadan kaldırılması sağlanabilir. Tedavi süresi ortalama 4 yıldır. Birinci yılın sonunda tedaviye yanıt yoksa devam edilmez. Günümüzde çeşitli adjuvanlarla SIT'nin etkisini artıran girişimlerde vardır. Hastalar tedavi süresince yan etkiler açısında yakından takip edilmelidir.

HASTAHANEYE YATAN HASTADA DİYABETES MELLİTUSUN YÖNETİMİ

Dr. Refik TANAKOL
İstanbul Tıp Fakültesi, Endokrinoloji-Metabolizma, İstanbul

Diyabetik hastalar başka sağlık sorunları sebebiyle sıklıkla hastaneye yatırılmaktadırlar. Hastaneye yatırıldıktan sonra yatış süreleri ve masraflar diğer hastalara göre daha yüksek olmaktadır. Diyabetik hastalar cerrahi müdahale geçirecekleri zaman veya yoğun bakıma yattıklarında bazı özel önlemler almak gerekmektedir. Metabolik durumun mümkün olduğu kadar iyi durumda tutulması, istenmeyen komplikasyonların yaşanmaması, hastanın mümkün olan en kısa sürede glisemik açıdan dengeye girmesi hedeflenmektedir. Akut hastalık bir yandan kan şekerinin yükselmesine sebep olurken, bir yandan da hastanın iştahının kısıtlanması veya yapılacak girişim sebebiyle hastanın aç kalmasının istenmesi glisemik değişkenliğin artmasına sebep olmaktadır. Akut myokard infarktüsü geçiren veya kritik hastalık sebebiyle interne edilen hastanın glisemik hedefleri yeni verilerin açıklanmasıyla son yıllarda değişiklik göstermiştir. Genel hedefler hipoglisemiden kaçınmak, yüksek şeker değerlerini düşürmek, volüm ve elektrolit dengesizliklerini önlemek, hastanın eğitiminde ne gibi eksikler olduğunu belirlemektir.

Hipoglisemi: Hastaneye başka hastalıklar nedeniyle yatan diyabetli hastada en korkulan komplikasyon hipoglisemidir. Hastanın kan şekerinin 70 mg/dl altına düşmesiyle başta katekolaminler olmak üzere tüm insülin karşıtı hormonlar salgılanmakta, hasta aritmi ve diğer kardiyovasküler olaylar ile karşı karşıya kalmaktadır. Hasta yaşlı ise ve daha önceden koroner kalp hastalıkları geçirmişse hipoglisemi daha büyük risk yaratmaktadır. Kan şekeri 50 mg/dl altına düştüğü zaman algılama güçlükleri, düşmeler ve aspirasyon riski ortaya çıkmaktadır. İnsülin ve insülin salgılattırıcı ilaçlar (sülfonilüre, glinidler) kullananlarda kalori kısıtlandığında veya gıda alımı durdurulduğunda, insülin dozaj hataları yapıldığında ölümcül hipoglisemiler görülebilir.

Hiperglisemi: Kan şekeri yüksekliği diyabetli hastada immün sistem ve nötrofil fonksiyon bozukluklarına yol açarak hastayı infeksiyonlara açık hale getirmektedir. Hiperglisemi volüm ve elektrolit kayıplarına yol açar. İnsülin eksikliği katabolizma artışına sebep olarak protein ve kalori kaybı yapar.

Ağır hastalığı olmayan ve hastanede yatan diyabetlide glisemik hedefler

ADA (Amerikan Diyabet Derneği) ve AACE (Amerikan Klinik Endokrinologlar Derneği) yemek öncesi glukoz değerininin 140 mg/dl, herhangi bir zamandaki random glukoz değerinin 180 mg/dl den daha az olmasını yeterli kabul etmektedirler. Daha önce hastane dışında glisemik kontrolu iyi olan, stabil hastalarda daha sıkı glisemik kontrol hedeflenebilir. Buna karşılık yaşlı, komorbid hastalıkları olan, hipoglisemi riski bulunan hastalarda daha gevşek davranılabilir. Hipoglisemiden korunmak için yemek öncesi kan şekerlerinin 90-100 mg/dl den daha aşağı olmamasına dikkat edilmelidir. Buna karşılık tüm kan şekerlerinin 180 mg/dl üzerine çıkmamasına özen gösterilmelidir.

Ağır hastalığı olan ve hastanede yatan diyabetlide glisemik hedefler

Daha önceki çalışmaların aksine daha yeni çalışmalar yoğun bakım hastalarının kan şekerlerinin 80-110 mg/dl düzeyinde tutulmasının yarar getirmediğini göstermiştir. ADA ve AACE kritik hastalıkta kan şekeri hedeflerini 140-180 mg/dl olarak belirlemiştir. Bu hedeflere varmak için çoğunlukla insülin infüzyonuna gerek duyulacaktır ve infüzyona başlamak için kan şekerinin 180 mg/dl üzerine çıkmasını beklemek gerekmez. Diyabetik hastalarda myokard infarktüsü daha ağır seyretmekte, iyi glisemik kontrol prognozda iyileşme sağlamaktadır. Bu sebeple glukozun 180 mg/dl üzerine çıkması ile insülin infüzyonuna başlanması gerekmektedir.

Hiperglisemi tedavisi

Hastaneye kabul edilen hastanın kan şekeri herhangi bir işlem yapılmadan önce bilinmelidir. Kan şekeri yüksekse takip konulur ve HbA1c değeri ölçülür. Böylece hiperglisemisinin, stresin indüklediği bir hiperglisemi mi olduğu yoksa eskiden var olan diyabetle mi ilgili olduğu anlaşılır. Hastaların çoğunluğu tip 2 DM olmalarına rağmen hastanede insüline gereksinim duyabileceklerdir. İhtiyaç duydukça ve her şeker yükselmesinde gelişi güzel yapılan kısa etkili insülin uygulamalarına (sliding scale) son verilmelidir. Bu tür insülin uygulamasında hiperglisemi riski hiç tedavi yapmamağa nazaran 2.85 kat, konservatif tedaviye nazaran 3.25 kat daha yüksektir. Şu halde "sliding scale"şeklindeki tedavi hastaya zarar vermektedir.

Bazal-bolus tedavi hastanede yatan hastalarda daha uygundur. Yemek öncesi kan şekeri yüksekliklerini kontrol etmek için kısa veya hızlı etkili insülin dozlarında düzeltmeler yapılabilir. Bu düzeltme dozları hastanın karbonhidrat ihtiyacına, hastanın özel durumuna göre ayarlanabilir. Evde oral diyabet ilaçları ve diyetle regüle olan hastada başlangıçta sadece regüler insülin 6 saatte bir yemekten önce yapılarak doz bulma stratejisi uygulanabilir. Kan şekeri gece yatarken 300 mg/dl üzerinde ise yatarken de küçük doz regüler insülin yapılabilir. Ancak kan şekerleri sürekli 180 mg/dl üzerinde seyrediyorsa hemen orta ve uzun etkili insülin eklenir. Böylece bazal-bolus tedaviye geçilmiş olur.

Ancak büyük ameliyat geçirecek ve uzun süreli ağızdan gıda alımı denetlenecek hastalarda ve bilhassa tip 1 DM'lu hastalarda insülin infüzyonuna geçmek önerilir. Çünkü insülin infüzyonu ile subkutan insülinlere göre, şeker değişimlerinde daha hızlı ayarlama yapabilmek mümkündür. Ancak insülin infüzyonu yapabilmek için koğuşlarda alt

yapı imkanlarının sürekli şeker ölçümlerine uygun olması, personelin de bu konuda eğitimli ve kendini adamış olması gerekir. İntravenöz insülin verirken günlük dozun yarısı ile başlanıp, ihtiyaca göre artırılması önerilir. İnfüzyonla saatte 1-5 Ü verilmesi yeterli görülmektedir. Ağızdan alımı olamayan hastalarda kalori ve protein kaybını önlemek için aynı zamanda glukoz infüzyonu yapmak hipoglisemiyi de önleyecektir. Glukoz ve insülin aynı infüzyonla verilebileceği gibi ayrı ayrı da verilebilir. Hastanın durumu düzelince subkutan insüline geçilir. Ancak insülin infüzyonu bitmeden 1-2 saat önce regüler veya hızlı subkutan insüline başlanması, eğer intermediyer veya uzun etkili insüline geçilecekse infüzyon bitmeden 2-3 saat önce subkutan dozun yapılması gerekir.

TİP 2 DM'lu hastalar

Daha önce HbA1c düzeyi %8 altında olan ve diyet veya oral antidiyabetiklerle regüle olan hastalarda yukarıda anlatıldığı gibi kısa veya hızlı etkili insülinler düzeltme dozlarında kullanılarak kısa sürecek girişimler için kontrol sağlanabilir. Eğer oral olarak beslenmelerine müsaade ediliyorsa oral antidiyabetik ilaçlarını kullanabilirler. Metformin kullananlarda laktik asidoz bakımından dikkatli olmak gerekir. Yatan hastada gıda alımı kısıtlanacağından insülin sekretagoglarında %25-50 azaltma önerilir. Ama gıda alımı kesilirse oral ilaçları ve GLP-1 agonistleri kesilmelidir. Aşağıda anlatılacağı üzere hastanede yatış süresi içinde diğer oral antidiabetiklere karşı kontrindikasyonlar gelişir veya kan şekerleri sürekli 180 mg/dl üzerine çıkmağa başlarsa bazal-bolus insülin rejimine geçilir. Bazal insülin 0.2-0.3 U/kg/gün ve prandial insülin 0.05-0.1 U/kg/gün dozunda başlanır. Her 50 mg lık kan şekeri yükselmesi için insülin direncine göre 1-4 Ü artışlar yapılır. Kan şekeri istenen seviyelerde değilse bazal insülin 2-3 günde bir %10-20; prandial insülin ise 1-2 günde bir 1-2 Ü kadar artırılabilir. Gerekli tüm insülinin %50 si bazal, %50 si bolus olarak uygulanabilir. Akut hastalıkları geçince ve oral gıda alımına başlayınca çoğunlukla tekrar eski diyabet tedavilerine dönebilirler.

Diyetle tedavi edilen hastalar

Sadece diyet ile kontrol altında olan tip 2 DM'lu hastalar akut, kısa sürecek ve kritik olmayan bir hastalık geçirdiklerinde bir şey yapmak gerekmez. Fakat sık şeker ölçümleri yapılır. Kan şekeri 150-200 mg civarında seyrederse insülin tedavisine başlanır. Gıda alımı yoksa düzeltme dozlarında regüler insülin 6 saatte bir yapılır. Hastanın durumu 1-2 günde düzelecekse veya sadece bir işlem yapılmak üzere yatırılmışsa bu tedavi yeterlidir. Ancak hastalık uzar veya komplikasyon gelişirse bazal-bolus tedaviye geçilir. Eğer hasta oral besleniyor ve kan şekerleri 180 mg/dl üzerinde geliyorsa bazal-bolus tedavi uygundur.

Oral ajanlarla tedavi edilen hastalar

Metformin: Böbrek fonksiyon bozukluğu olanlar ve hemodinamik durumu kötüleşenlerde metformin kontrindikedir. Dehidratasyon, sepsis, üriner tıkanıklık, cerrahi girişim düşünülenlerde, radyokontrast ile tetkik yapılacaklarda ilaç kesilmelidir.

Tiazolidinedionlar: Periferik ödem, ventrikül fonksiyon bozukluğu ve kalp yetmezliği olanlarda verilmemelidir.

Sülfonilüreler: Hastanede gıda alımında kısıtlamalar yapılacağından uzun süreli hipoglisemi yapabilirler. Bilhassa akut myokard infarktüsü geçirenlerde myokard iskemisini artırabilirler. Hastaneye yatan hastalarda kesilmeleri en doğrusudur.

Meglinitidler (repaglinid, nateglinid): Sülfonilürelere nazaran daha kısa etkili olmalarına rağmen hipoglisemi yapabilirler. Özellikle akut myokard infarktüsünde ve iskemik kalp hastalıklarında verilmemeleri gerekir.

Alfa glukozidaz inhibitörleri: Karbonhidrat emilimini azalttıkları için sadece ağızdan beslenen hastalarda etkilidirler. Bu hastalarda bile meteorizm ve gastrointestinal belirtilere yol açtıkları için rahatsızlık yaratabilirler.

DPP IV inhibitörleri: Etkilerini postprandial gösterdikleri için gıda alımı olmayan hastalarda etkisizdirler. Böbrek yetmezliğinde sitagliptin ve saxagliptin dozlarının azaltılması gerekir. Hospitalize hastada kullanım önerilmemektedir.

Glukagon benzeri peptid 1 agonistleri: Bulantı yaptıkları ve sadece gıda alımı ile etkilerini gösterebildikleri için hastaneye yatan diyabetlide kullanılmamaları uygundur.

İnsülin kullanan diyabetik hastalar

Bu hastalar hastaneye yattıklarında insülin kullanmağa devam ederler. Hastane dışında iyi kontrollu hastalar hastaneye yattıklarında kullandıkları insülin dozları %25-50 azaltılır. Eğer insülin kullanan hastanın gıda alımı birden kesilirse kısa veya hızlı etkili insülin durdurulur. İntermediyer/uzun etkili insülin dozu azaltılır. Eğer sabah erken saatte bir işlem yapılacaksa sabah insülin dozu ve kahvaltı atlanır. Eğer öğleden sonra bir operasyon yapılacaksa veya tüm gün hasta gıda alamayacaksa hastaya hiç kısa veya hızlı etkili insülin verilmemelidir. Hipoglisemi yoksa o sabahki NPH veya uzun etkili insülin dozu %50 veya üçte bir oranında azaltılmalıdır. Eğer NPH veya uzun etkili insülin ameliyattan bir gece önce yapılıyorsa dozu %20 azaltmak hipoglisemiyi önlemek bakımından iyi olur. Bütün bu durumlarda açlık ketozunu önlemek için saatte 75-100 cc gidecek şekilde intravenöz glukoz (3.75-5 g/saat) vermek ve kan glukozu 200 mg/dl üzerinde ise kısa/hızlı etkili insülin her 6 saatte bir uygulamak yeterli olacaktır. Hasta normal beslenmeye geçince eski insülin dozlarına dönülebilir.

TİP 1 diyabetli hastalar

Bu hastalar ister gıda alsınlar ister gıda almasınlar ketozu önlemek için insülin kullanmak zorundadırlar. Akut bir hastalık durumunda veya bir girişim esnasında kan şekerleri çok değişkenlik göstermektedir. Hipoglisemi daha sık görülür. Eğer hasta ağızdan hiç gıda almıyorsa ve sabah kan şekeri 120 mg/dl altında değilse sabah NPH dozu %50-%35 azaltılır. Kısa/hızlı etkili insülini yapılmaz. Eğer hasta işlem veya cerrahiyi beklerken kan şekeri 200 mg/dl üzerine çıkarsa çok küçük doz (1-4 Ü) kısa etkili insülin ile araya girilir. Gece uzun etkili insülin yapılıyorsa doz %20 azaltılarak yapılır ve kısa etkili insülinler ertesi sabah yapılmaz. Kan şekeri 200-250 mg/dl ye çıkarsa 1-4 Ü kısa etkili ile araya girilir. Pompa kullanan hastalar akşam bazal insülin dozunu %20 azaltıp, işlem süresince hiç bolus yapmazlar. Ancak ameliyathaneye götürülürken veya ameliyat sırasında pompanın çıkması veya tıkanması gözden kaçmamalıdır. Pompa

kullananlarda eğer bu konuda deneyimli servis ve ameliyathane personeli yoksa, bir süre pompaya ara verilip yukarıda anlatılan şekilde subkutan dozlara geçilebilir. Hastaların kan şekerleri 2-3 saatte bir ölçülmeli, saatte 75-100 cc %5 dekstroz gitmeli, kan şekeri 150-200 mg/dl üzerine çıkarsa 6 saatte bir kısa/hızlı etkili insülin almalıdırlar.

Total parenteral nutrisyon

Gerekli insülin dozunu belirlemek için başlangıçta ayrı regüler insülin infüzyonu takılır. Hedeflere ulaşıldıktan sonra total günlük insülin dozunun %80'i TPN sıvısına konur. TPN ye ara verilirse tip 2 diyabetiklerde hiperglisemi gelişmesi halinde insülinle müdahale edilir. Tip 1 DM'lu hastalarda her durumda insülin tedavisine devam edilir.

Enteral beslenme

Enteral beslenen hastalarda en uygun insülin rejimi bazal-bolus uygulamadır. Enteral beslenme bir nedenle beklenmedik şekilde kesilmek zorunda kalrsa, hipoglisemiyi önlemek için dekstroz solüsyonları ile devam etmek gerekir.

Kritik hastalıkta glisemik kontrol ve intensif insülin tedavisi

Kritik hastalıkta hiperglisemin sebebi artmış kortizol, glukagon, katekolaminler ve büyüme hormonunun sebep olduğu glukoneojenez ve glukojenolizdir. Ayrıca kritik hastalıkta insülin direnci önemli rol oynamaktadır. Kritik hastalıkta daha önce mevcut olan diyabetin kontrolu bozulabilir veya ilk defa kan şekerinin yükselmesi söz konusu olabilir (stres hiperglisemisi). Daha önce sanıldığı gibi hiperglisemi adaptif bir süreç değildir. Bilakis akut hastalığın prognozunu kötüleştiren bir komorbiditedir. Travma sebebiyle yoğun bakım ünitelerine yatırılan hiperglisemik hastalarda ölüm oranı %26, normoglisemik olanlarda %12'dir. Bununla beraber yoğun bakımdaki kritik hastalarda kan şekerinin eskiden olduğu gibi 80-110 mg/dl arasında tutulması önerilmemektedir. Çünkü bu durumda hipoglisemi ve mortalite artışı görülmektedir (NICE-SUGAR, VISEP, Glucontrol çalışmaları). Bu çalışmalara dayanarak kritik hastalıkla yoğun bakıma alınan hastalarda kan şekeri hedefi 140-180 mg/dl olarak belirlenmektedir. Kan şekerinin 180-200 mg/dl üzerinde olması da prognozu kötüleştirmektedir. Bu yüzden hemen insülin ile araya girmek gerekir.

Kaynaklar

1. Moghissi ES, Korytkowski MT, Dinardo M. American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association consensus statement on inpatient glycemic control. Diabetes Care 2009; 32: 1119.
2. American Diabetes Association . Standards of medical care in diabetes. 2013. Diabetes Care 2013; 36: Suppl. 1: S11.
3. Umpierrez GE, Hellman R, Korytkowski MT, DiNardo M. Management of hyperglycemia in hospitalized patients in non-critical care setting: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab; 2012: 97: 16.
4. Inzucchi SE. Clinical practice. Management of hyperglycemia in hospital setting . N Eng J Med 2006; 355: 1903.
5. Umpierrez GE, Smiley D, Jacobs S. Randomized study comparing a basal-bolus with a basl plus correction insulin regimen fort he hospital management of medical and surgical patients with type 2 diabetes: basal plus trial. Diabetes Care 2013; 36: 2169.
6. Grisdale DE, de Souza RJ, van Dam RM. Intensive insulin therapy and mortality among critically ill patients. A meta-analysis including NICE-SUGAR study data. CMAJ 2009; 180: 821.

HİPERTİROİDİ

Genel olarak kanda tiroid hormonlarının artışı 4 şekilde olabilir. 1) Tiroidin trofik faktörlerle uyarılması (ßhCG gibi) 2) Tiroid bezinde tiroid hormon sentezinin artması ve otonom olarak salgılanması 3) Tiroid bezinde daha önceden sentezlenmiş olan hormonun otoimmün, kimyasal, infeksiyöz, mekanik nedenlerle dolaşıma sızması 4) Tiroid dışı nedenlerle tiroid hormon artışı (struma ovarii gibi endojen veya fazla tiroid hormon alımı gibi ekzojen nedenlerle olabilir).

En sık hipertiroidi nedeni olan Basedow Graves hastalığı tirotiropin reseptör antikorlarının (TSAb) tiroidin TSH reseptörlerini uyarması ile ortaya çıkar. Nodüler tiroid hastalığında zamanla büyüyen nodüllerin otonomi kazanması ile hipertiroidi meydana gelebilir. Toksik adenomlar, tiroid hormon sentezinde yer alan genlerde meydana gelen mutasyonlarla ortaya çıkmaktadır. TSH reseptörünü kodlayan genlerde meydana gelen aktive edici mutasyonlar, familyal veya sporadik otoimmün olmayan difüz toksik guvatra sebep olurlar. Farmakolojik dozda iyot alımı, subklinik Graves veya otonom nodülü olanlarda hipertiroidiyi tetikleyebilir. Toksik nodüler guvatr sıklığı yaşın ilerlemesi ile birlikte artmaktadır. Özellikle iyot eksikliği bölgelerinde toksik multinodüler guvatr sıklığı fazladır. Ençok post-partum dönemde görülen sessiz subakut tiroiditte inflamasyon sonucu tiroidde depolanmış hormon hormon kana karışmaktadır. Amiodarone, interferon- alfa, lityum gibi bazı ilaçlar bazen tiroidit, bazen hipertiroidi yaparak tiroid hormonlarının artmasına neden olurlar. Subakut granülomatöz tiroidit, viral infeksiyonları takiben ortaya çıkan, tiroidde şiddetli ağrı, yaygın kas ağrıları, ateş, sedimentasyon yükselmesi yapan bir tirotoksikoz nedenidir.

Hücre düzeyindeki etkiler, aktif olan T3 hormonunun nükleer reseptörüne bağlanmasıyla ortaya çıkar. Tiroid hormonlarının etkilemediği hiçbir organ veya sistem yoktur. Hipertiroidide termogenez ve bazal metabolizma artar. Kolesterol ve vasküler rezistans azalır. Tedavi edilmeyen hipertiroidide kilo kaybı, osteoporoz, atrial fibrilasyon, embolik olaylar, nörolojik ve psikolojik sorunlar, kardiyovasküler kollaps ve ölüm gibi komplikasyonlar gelişir.

Hipertiroidili hastaların anamnezi iyi alınmalı, kan basıncı, nabız sayısı, vücut ağırlığı, solunum sayısı, göz bulguları, tiroid büyüklüğü ve nodülaritesi, tiroidin ağrılı olup olmadığı, nöromüsküler fonksiyonları iyi değerlendirilmelidir. Egzoftalmi, ekstraoküler kas tutulumu, kemozis, konjunktival injeksiyon, keratit, orbita çevresinde yumuşak doku ödemi gibi bulgular Basedow Graves tanısı koydurur. Ayrıca pretibial miksödem, parmak çomaklaşması Graves Hastalığına özgü bulgulardır. Özellikle yaşlı hastalarda kardiyovasküler sistemin EKG, ekokardiyografi ile değerlendirilmesi gerekir. Yaşlılara özgü apatetik hipertiroidi, oligosemptomatiktir.

Hipertiroidi tanısında en hassas yöntem TSH ölçümüdür. Hipertiroidide TSH her zaman baskılanmıştır ve üçüncü/dördüncü jenerasyon TSH assay'leri ile 0,05 μU/ml altında bulunur. Kuvvetli hipertiroidi şüphesi olduğunda serbest T4, total T3 tetkiki de istenmelidir. Klinik uygulamada serbest T3 yerine daha çok total T3

ölçümlerini tercih etmekteyiz. Çok nadir görülen TSH salgılayan adenomlarda yüksek tiroid hormonları ile birlikte uygunsuz normal TSH düzeyleri saptanabilir. Tiroid hormon rezistans sendromu da aynı uygunsuzlukla kendini gösterir. Total T3 düzeyleri tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesinde ilk istenecek testlerden değildir. Ancak tiroid hiperfonksiyonu saptandıktan sonra takip amaçlı veya Graves hastalığını (T3/T4 oranı yüksek), subakut tiroiditlerden (T3/T4 oranı düşük) ayırt etmek için veya TSH'ın düşük olup serbest T4'ün normal olduğu T3 toksikozu durumlarında istenebilir. Çok düşük serum TSH değeri, otonom tiroid fonksiyonuna işaret eder. Bu durumda tiroid sintigrafisine başvurmak gerekir. Tiroid hormon fazlalığının düşük uptake mi yoksa yüksek uptake değerleri ile birlikte mi olduğu saptanmalıdır. Ayrıca toksik adenom veya toksik multinodüler guvatrın, difüz toksik guvatrdan ayrımını da sintigrafik olarak yapmak mümkün olur. Çeşitli hastalıklar, gebelik gibi fizyolojik durumlar ve ilaçlar, tiroid hormonlarını bağlayan proteinlerin düzeylerini değiştirebildiklerinden veya T4 ve T3'ün proteinlere bağlanmalarını önleyebildiklerinden bazı özel durumlarda total T4 ve total T3 düzeyleri yanıltıcı olabilir. O zaman serbest hormon düzeyleri daha doğru bilgi verir. Serbest T4 ölçümünün altın standardı "equilibrium dializi" olmakla beraber özel laboratuarlar dışında yapılamamaktadır. Klinik pratikte serbest T4 immunometrik yöntemlerle ölçülür. Serbest T4, serbest tiroksin indeksi (FT4I) veya tiroid hormon bağlanma oranı (THBR) ile de hesaplanabilmektedir. Direkt serbest T4 ölçümlerinin bazı durumlarda yanıltıcı olabileceğini bilmek gerekir. Örneğin familyal disalbüminemik hipertiroksinemide yanlış sonuçlar elde edilebilir. Serbest T4 ölçümleri heparin, furosemid ve nonsteroid anti-inflamatuvar ilaç kullanımında yanıltıcı sonuçlar verebilir. Graves hastalığında, Anti TPO ve Anti Tg sıklıkla pozitifdir. TSH reseptör antikorları (TRAb, TRAb) değişik biyolojik aktiviteye sahip immunoglobulinlerden meydana gelir. Bunlar TSH reseptörünü uyaran TSAb (TSİ) veya TSH'nin reseptörüne bağlanmasını inhibe eden (TBİİ, TRAb) antikorlardır. Graves Hastalığında TRAb yüksek bulunmaktadır. Araştırma laboratuarlarında TSAb de ölçülebilmektedir. Tiroglobulin ölçümünün tanıda yeri yoktur, ancak tirotoksikozis faktisyanın diğer düşük uptake'li tirotoksikozlardan ayırt edilmesinde de tiroglobulin yardımcıdır.

Normal veya yüksek uptake'li hipertiroidi:

Basedow Graves, toksik adenom, toksik multinodüler guvatr, trofoblastik hastalık, TSH salgılayan hipofiz adenomu, tiroid hormon rezistansı

Düşük radyoaktif iyot uptake'li tirotoksikoz:

Sessiz tiroidit, amiodarona bağlı tiroidit, subakut granülomatöz tiroidit, iyatrojenik tirotoksikoz, faktisiyöz tirotoksikoz, struma ovarii, akut tiroidit, foliküler tiroid kanserinin yaygın metastazı.

Tedavi: Aşikar hipertiroidi tedavisine antitiroid ilaçlarla (tionamidler) başlanır. Bu ilaçlar iyodun organifikasyonunu ve iodotirozinlerin birleşmelerini inhibe ederler. Propiltioürasil (PTU), 5'monodeiodinazı inhibe ederek T4 'ün T3'e dönüşümünü bloke eder. Fakat yarılanma süresi 75 dakikadır ve sık uygulama gerektirmektedir. Buna karşılık metimazolün yarılanma süresi 4-6 saat olup tiroid içinde 20 saate kadar kalabilmektedir. Bunun ötesinde metimazol in vivo olarak PTU'ya göre 10 kat daha güçlü görünmekte, fazla büyük olmayan guvatrda 10-20 mg/gün başlangıç dozları ile dahi iyi sonuç alınabilmektedir. Metimazolün bir başka avantajı da RAİ alacak hastalarda propiltioürasile göre daha az radyorezistans yaratmasıdır. Günümüzde hipertiroidi tedavisinde birkaç istisnai durum dışında metimazol kullanılmaktadır, çünkü propiltioürasil ile fulminan karaciğer yetmezliği vakaları bildirilmiştir. Bu ilacın yaptığı hepatik nekroz doz ve tedavi süresinden bağımsızdır. PTU tedavisi sırasında hastaların üçte birinde geçici transaminaz yükselmeleri görülebilir. Karaciğer biopsilerinde bu hastalarda fokal karaciğer nekrozları görülmektedir. Metimazol ise kolestatik sarılık yapabilir. Bu ilacı kullanan hastalarda kaşıntı olduğunda karaciğer fonksiyon testleri bakılmalıdır. PTU daha az solübl olduğu için proteinlere daha fazla bağlanmakta, gebelikte metimazole oranla fetusa %75 daha az, laktasyonda da süte %90 daha az oranda geçmektedir. Gebelikte metimazol kullananlarda saçlı deri defektleri, aplazia kutis görülmüştür. Bu sebeple özellikle gebeliğin 1.trimestrinde ve laktasyonda; ayrıca T3 dönüşümünü azalttığı için hipertiroidi krizi ve tehdidinde propiltioürasil tercih edilir. Antitiroid ilaçların en sık görülen yan etkileri ürtiker ve döküntüdür. Artralji, artrit, ateş, bulantı, kusma yapabilirler. Bu durumda ilaçlar arasında değişim yapılabilirse de %50 çapraz reaksiyon görülebilir. Bu ilaçların en ağır yan etkileri ise agranülositoz ve karaciğer toksisitesidir. Agranülositoz ilk 3 ayda daha sık görülür. PTU ile agranülositoz görülmesi dozdan bağımsızdır. Metimazolün ise yüksek dozları (40 mg/gün) agranülositoz görüldüğü söylenmektedir. Ancak Japonya'da yapılan bir çalışma agranülositozun doz, yaş, tedavi süresi, ikinci defa ilaca maruz kalma ile ilgili olmadığını göstermiştir. Rutin lökosit sayımının gerekli olmadığı söylenmekle beraber, gene Japonya'dan yapılan bir çalışmada ilk 2 ay 2 haftada bir lökosit sayımı ile agranülositoz çıkacak vakaların %78'inin erken yakalanabildiği belirtilmiştir. Antitiroid ilaçların bir başka önemli yan etkisi vaskülitdir. Hastaların %38-67'sinde antinötrofil sitoplazmik antikorlar (pANCA) gelişmektedir. Metimazol ile bu antikorların gelişimi çok nadirdir. Hayatı tehdit eden bir yan etki görüldüğünde ilaçlar arasında değişim yapılmaz. İlaç kesilir ve bir daha kullanılmaz. Beta bloker ilaçlar semptomları ve kardiak komplikasyonları önlemek için tionamidlere yardımcı olarak kullanılırlar. Basedow Graves Hastalığının tedavisinde antitiroid ilaçlar remisyon sağlanması umudu ile 1-2 yıl kullanılabilir. Toksik adenom ve toksik multinodüler guvatr hiçbir zaman remisyona girmeyeceği için bu hastalarda antitiroid ilaçlar sadece hastanın ötiroid hale getirilmesi için kullanılırlar. Daha sonra radyoaktif iyot (RAİ) veya cerrahi tedavi gibi ablatif tedaviler arasındaki seçim hastaya göre yapılır. RAİ verilmeden 3-5 gün önce antitiroid ilaçlar kesilir. RAİ sonrası tiroid glandı hasarına bağlı geçici bir tirotoksikoz görülür. Yaşlı hastalarda kardiak komplikasyonlar olabileceğinden hasta euthyroid hale gelene kadar RAİ sonrası 2-3. günde antitiroid ilaca başlanıp, bir süre daha devam edilmelidir. Hastaların %10-20'si 6-12 ay sonra tekrar RAİ tedavisine ihtiyaç duyabilir. İster RAİ kullanılsın, ister cerrahi tedavi uygulansın, amaç hastayı

hipotiroid hale getirmektir. Orta-ciddi oftalmopatisi olan Basedow Graves'li hastalarda RAİ tedavisi göz belirtilerinde şiddetlenmeye yol açabilir. Bu hastalara RAİ tedavisi, kortikosteroid koruması altında verilmelidir. Graves oftalmopatisi olan hastaların mutlaka sigarayı bırakması sağlanmalıdır. RAİ tedavisi planlanan her kadında gebelik olup olmadığı test edilmelidir. Cerrahi tedavi daha genç ve komorbiditesi olmayan hastalarda tercih edilir. Özellikle bası semptomlarına yol açan büyük guvatrlarda, kanser şüphesi olan vakalarda tiroidektomi yapılır. RAİ tedavisi almaktan çekinen hastalarda, çok ciddi oftalmopatisi olanlarda da cerrahi tercih edilir. Ameliyat öncesi 1 hafta satüre potasyum iyodür kullanılarak hasta hızlı bir şekilde ötiroid hale getirilir. Gebelikte ciddi hipertiroidisi olup da, tionamid yan etkisi çıkan hastalar 2.trimestrde ameliyat edilebilir. Toksik adenom ve toksik multinodüler guvatrda, substernal uzanımı olan vakalarda da tercihan cerrahi uygulanır. Cerrahi komplikasyon olarak nervus rekürrens paralizisi ve hipoparatiroidi görülebilir.

Kaynaklar

1. Bahn R, Burch HB, Cooper DS, et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: Management guidelines of the American Association of Clinical Endocrinologists. Thyroid 2011;21(6):593-641.
2. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Tiroid Hastalıkları Çalışma Grubu Klavuzu. 2013, Bayt Yayıncılık, Ankara.
3. Ross DS. Management of various causes of thyrotoxicosis. In: Diseases of the thyroid. Ed: L.E . Braverman. Humana Press, 2003, New Jersey, 177-98.
4. Tamai H, Takaichi Y, Morita T, et al. Metimazole induced agranulocytosis in Japanese patients with Graves disease. Clin Endocrinol 1989;30:525-30.
5. Tajiri J, Noguchi S, Murakami T, Murakami N. Antithyroid induced agranulocytosis. The usefulness of routine blood cell count monitoring. Arch Intern Med 1990;150:621-4.

GLUKOKORTİKOİD KULLANAN HASTALARDA PREOPERATİF HAZIRLIK

Genel olarak glukokortikoidler klinikte en sık olarak hücresel tipte bağışıklığı baskılamak amacıyla kullanılmaktadırlar. İnflamatuvar cevabın baskılanması veya immun reaksiyonların önlenmesinde (sarkoidoz, astm), allerjik, otoimmun, inflamatuvar ve neoplastik hastalıkların tedavisinde (SLE, pemfigus, aktif vaskülit), septik şok, serebral ödem, granülomatöz ve tümöral nedenli hiperkalsemik durumlarda (hiperparatiroidi dışı), tiroid fırtınası, anaflaktik şok, transplantasyon sonrası reddi önlemek için, yükseklik hastalığında kullanılırlar. Bu hastalıkların bazılarında glukokortikoidler hayat boyu kullanılmak zorundadır. Bununla beraber bazen hasta kendisi aniden steroidi keser, bazen de doktorlar belli bir protokol dahilinde tedaviyi kesmek zorunda kalabilirler.

Steroidlerin kesilmesiyle altta yatan hastalığın aktivitesinde artma olabileceği gibi, hipotalamus-hipofiz-adrenal ekseninin süpresyondan kurtulamaması sonucu hastada ciddi bir tablo ortaya çıkabilir. Kortikosteroidler kesildikten sonra ilk olarak hipotalamustan CRH salgılanmağa başlar. Bundan birkaç hafta sonra hipofizden ACTH salgılanması ortaya çıkar. Sabah ACTH'sinin normal düzeylere ulaşmasından sonra bile hala kortizol üretimi düşüktür. Bundan sonra sabah ACTH düzeyleri daha da yükselerek normal sınırların üstüne çıkar. Birkaç hafta içinde kortizol üretimi de normal sınırlara yükselerek, ACTH ve CRH üzerindeki geri denetim başlar ve ACTH de normal düzeylerine geri döner. Bazal kortizol üretimi normale döndükten sonra bile insülin hipoglisemisi gibi testlere maksimal kortizol yanıtı alınamaz. Tüm eksenin tamamen normale dönmesi yaklaşık 6-9 ay süre alır.

Kortikosteroid tedavi alanlarda perioperatif tedavinin ilkeleri

Kortikosteroid tedavi alan hastalarda acil veya elektif cerrahi gerektiğinde belirlenmiş protokollar uygulandığında komplikasyonla karşılaşılmaz. Aksi takdirde ciddi mortalite ve morbidite riski vardır. İnsizyon ile birlikte vücut için ciddi stres başlar, ama ekstubasyon ve postoperatif uyanma dönemi organizma için en yüksek stres dönemleridir. Stres afferent sinirler aracılığı ile iletilir. Fakat spinal sinir kesisi, epidural anestezi, lokal anestezi, opiatlar stresin iletimini azalttıkları için ACTH ve kortizol yanıtlarını azaltırlar. Bu sebeple hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksının süprese olduğu vakalarda eğer ilave glukokortikoid verilmezse hayati tehlike doğabilir.

HPA aksının süprese olmadığı durumlar (GK koruması gerekmez)

- Sabah alınan Prednisolon < 5 mg/gün
- Hangi dozda olursa olsun GK < 3 hafta kullananlar
- Alterne gün prednisolon < 10 mg/gün

Bu durumdaki hastalar perioperatif dönemde ameliyat öncesi aldıkları dozda GK ile devam ederler. HPA aks taraması gerekmez. Hemodinamik instabilite açısından takipler yeterlidir.

Tablo 1. Sık kullanılan glukokortikoidlerin özellikleri

Etki Süresi	Glukokortikoid etkinlik	Eşdeğer glukokor -tikoid dozu (mg)	Mineralokortikoid aktivite
Kısa etki süresi olanlar			
Kortizol (hidrokortizon)	1	20	50 mg/gün üzerinde
Kortizon	0,8	25	var
Prednison	4	5	yok
Prednisolon	4	5	0.7
Metilprednisolon	5	4	0.7
Orta etki süresi			
Triamcinolone	5	4	yok
Uzun etki süresi			
Betametazon	25	0,60	yok
Deksametazon	30	0,75	Yok

HPA aksın süprese olduğu durumlar (GK koruması gerekir)

- Prednisolon > 20 mg/gün > 3hafta
- GK alırken iatrojenik Cushing sendromu gelişenler

HPA aksının süprese olup olmadığının bilinmediği durumlar

- Prednisolon 5mg/gün veya üzerinde alanlar
- Prednisolon < 5mg/gün dozunu gece alanlar
- Son 1 yıl içinde prednisolon > 5 mg/gün kullanıp halen kesmiş olanlar

Bu hastaların cerrahi sırasında strese yeterli yanıt verip veremeyecekleri belli olmadığı için ameliyat öncesi HPA aks testlerinden geçmeleri gerekir.

HPA aks süpresyonunun değerlendirilmesİ

Sabah kortizolü: Kronik GK tedavisinde olup 24 saat GK dozunu almadan önce sabah 8:00 de aç karna kortizol <5μg/dl ise ameliyatta GK koruması yapılmalıdır. Sabah açlık kortizol> 10 μg/dl ise ameliyat günü her zaman aldıkları dozda GK ile ameliyat edilirler, ilave GK gerekmez. Sabah 8:00 de açlık kortizolü 5-10 μg/dL arasında ise ACTH stimülasyon testi yapılmalıdır veya test imkanları yoksa ampirik GK verilebilir.

ACTH stimülasyon testi: 250 μg ACTH İ.V. yapıldıktan 30 dakika sonra kortizol 18 μg/dl ye çıkarsa perioperatif GK gerekmez. Fakat 2-4 hafta önce hipofiz yetmezliği (hipofiz cerrahisi gibi) gelişmişse bu teste güvenilemez.

Ekzojen gk kullananlarda kortikosteroid şemsiye

- **Minör cerrahi-lokal anestezi (ingüinal herni tamiri):** sabah her zaman aldığı normal GK dozunu alır, ilave doz gerekmez
- **Orta büyüklükte cerrahi (alt ekstremite revaskülarizasyonu, kalça replasmanı):** sabah normal GK dozunu alır, ameliyattan hemen önce 50 mg İV hidrokortizon, 24 saat her 8 saatte bir 25 mg hidrokortizon, ertesi gün normal doza döner.
- **Büyük cerrahi (özefagogastrektomi, proktokolektomi, açık kalp ameliyatı):** Sabah normal günlük GK dozunu alır. Anestezi öncesi 100 mg hidrokortizon, 24 saat süresince 50 mg hidrokortizon 8 saatte bir İV alıp hergün doz yarı yarıya azaltılır.

Kaynaklar

1. Hill GE, Joshi GP. Perioperative stres dose steroids: is it really necessary ? Anesthesiology 2013; 77: 11.
2. Jung C, Inder WJ. Management of adrenal insufficiency during the stres of medical illness and surgery. MJA 2008; 188: 409.
3. Marik PE, Pastores SM, Annane D. Recommendations fort he diagnosis and management of corticosteroid insufficiency in critically ill adult patients: consensus statements from an international task force by the American College of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2008; 36:1937.
4. Marik PE, VaronJ. Requirement of perioperative stres doses of corticosteroids: a systematic review of the literature. Arch Surg 2008;143:1222.

KRONİK HASTALIKLARDA PREOPERATİF KARDİYOLOJİ KONSÜLTASYONU

Dr. Fehmi MERCANOĞLU
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Cerrahi girişim sırasında ve sonrasında karşılaşılan komplikasyonların çoğu kardiyovasküler sistem ile ilişkilidir. Kalp-dışı cerrahinin genel komplikasyon oranının –işlemin türüne ve diğer şartlara bağlı olarak- %8-11, mortalitesinin ise %0.7-1.5 civarında olduğu ve bunların yarısına yakınının (yaklaşık %40-45) kardiyovasküler komplikasyonlardan kaynaklandığı bildirilmektedir (1,2). Bir yandan cerrahi girişim sayısının artması, diğer yandan cerrahi girişimlerin yaşlı ve dolayısıyla daha morbid popülasyonlarda daha sık uygulanır olması operasyon öncesi değerlendirmenin önemini artırmaktadır. Epidemiyolojik verilere göre Avrupa'da yılda yaklaşık 19 milyon civarında girişimin uygulandığı ve bu girişimlerin en az %30'unda kardiyovasküler komplikasyon riskinin söz konusu olduğu tahmin edilmektedir (3,4). Yukarıdaki genel komplikasyon oranları dikkate alındığında söz konusu popülasyonda 19 bini hayati nitelikte olan senelik yaklaşık 167 bin kardiyak komplikasyonun meydana geleceği öngörülmektedir (4).

Kardiyovasküler komplikasyon riskini belirleyen unsurlar

Operasyonun niteliği

Kalp dışı cerrahide kardiyovasküler komplikasyonlar başlıca cerrahinin türü, hastanın fonksiyonel kapasitesi ve klinik risk faktörleri ile ilişkilidir. Cerrahi girişim sırasında veya sonrasında (post-op 30 gün) %5'in üzerinde ciddi kardiyak olay (ölüm veya miyokard infarktüsü) ihtimali yüksek riske, %1-5 arasındaki oran orta dereceli riske, %1'in altı ise düşük riske işaret etmektedir. Aort ve majör vasküler cerrahiler ile uzun süreli ve volüm kaybı riskinin fazla olduğu torakal ve abdominal cerrahiler (pankreas cerrahisi, karaciğer rezeksiyonu, pnömonektomi vs) yüksek riskli girişimlerdir. Buna mukabil yüzeyel girişimler, tiroid, meme, göz ve rekonstrüktif cerrahi gibi girişimler düşük risklidir. Bunların dışında kalan ve cerrahi girişimlerin çoğunu temsil eden ortopedik, intraabdominal ve intratorakal cerrahi girşimler orta derecede kardiyovasküler risk taşır (Tablo 1).

Operasyonun tipi kadar acil şartlarda yapılıp yapılmadığı da kardiyovasküler komplikasyon riskini belirleyen önemli bir hususdur. Preoperatif değerlendirme için zamanın olmadığı veya çok az olduğu aort anevrizma rüptürü, majör travma gibi "çok acil" durumlarda kardiyovasküler şartlar her ne olursa olsun hastanın her halukarda hemen (<6 saat) operasyona alınması gereklidir. Girişim öncesi değerlendirme ve tedavi ya mümkün değildir ya da son derecede kısıtlıdır. Bununla birlikte, bu tür acil hallerde operasyon sırasında ve sonrasındaki takip ve tedavi risk azaltıcı nitelikte olabilir. Daha az acil (hastanın 6-24 saat içinde ameliyata alınmasını gerekli kılan) şartlarda (ileus, akut ekstremite iskemisi vs) hastanın girişimden önce değerlendirilmesi mümkündür; ancak bu değerlendirme -çok acil girişimlerde olduğu gibi- operasyon kararını etkileyici nitelikte olmayıp sadece gerekli tedbirlerin alınması ve takip şartlarının hazırlanması bakımından faydalıdır. Fazla geciktirilmemesi gereken onkolojik cerrahi girişimlerin 1-6 haftadan daha kısa bir sürede yapılması gerekir; gereksiz testlerle veya tedavi girişimleri ile operasyon öncesi kardiyak değerlendirmenin gecikmeye yol açması halinde hasta ameliyat şansını kaybedip kötü bir prognoz ile karşı karşıya kalabilir. Yaklaşık bir yıla kadar ertelenebilen cerrahi girişimler elektif niteliktedir. Bu hastalar risk azaltıcı değerlendirmelerin yapılabilmesi ve uygun (ikili anti-trombosit tedavinin uygun sürede uygulanması gibi) tedavilerin gerçekleştirilmesi bakımından diğerlerine göre daha şanslıdırlar(5).

Fonksiyonel kapasite

Fonksiyonel kapasite operasyon öncesi belirlenmesi gereken parametrelerin başında gelir. Hastaların çoğunda anamnez ile fonksiyonel kapasitenin değerlendirilmesi mümkündür. Sadece kendi kendine yeme, içme, banyo yapmak, giyinmek gibi aktiviteleri gerçekleştirebilen, düz yolda düşük hızla (3-5km/sa) en çok 100 mt yürüyebilen hastanın fonksiyonel kapasitesi 4 MET (metabolic equiavalent)'e tekabül eder. Buna karşılık iki kat merdiven

Tablo 1. Kardiyovasküler riske göre cerrahi/endoskopik/peruktan girişimler*

Düşük risk (< %1)	Orta derecede risk (%1-5)	Yüksek risk (>%5)
Yüzeyel cerrahi Meme cerrahisi Tiroid cerrahisi Göz cerrahisi Diş girişimleri Rekonstriktif cerrahi Minör jinekolojik/ortopedik/ürolojik girişimler	Abdominal cerrahilerin çoğu (splenektomi, hiatal herni, kolesistektomi vs) Semtomatik karotis arter hastalığı€ girişimleri Baş/boyun cerrahisi Major ürolojik, jinekolojik nörolojik, ortopedik cerrahi (kalça protezi, omur cerrahisi vs) Major olmayan torakal cerrahi	Aort cerrahisi Major vasküler cerrahi Amputasyon, tromboembolektomi Duodeno-pankreatik cerrahi Safra kanalı cerrahisi, karaciğer rezeksiyonu Özefagektomi, perfore barsak cerrahisi Total sistektomi Adrenal rezeksiyonu Pnömonektomi Karaciğer/akciğer transplantasyonu

*Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (ESC) 2014 tarihinde yayımladığı preoperatif kardiyoloji konsültasyonu kılavuzundan (4 no'lu kaynak) değiştirilerek alınmıştır.
€ Karotis endarterektomi ve karotis arter stent implantasyonu

çıkabilen, yokuş yukarı yürüyebilen, nisbeten ağır ev işlerini yapabilen hastalar 4-10 MET, zorlu sporları gerçekleştirebilenler 10 MET'den fazla fonksiyonel kapasiteye sahiptir. Anemnez ile fonsiyonel kapasitenin yeteri kadar belirlenemediği hallerde efor testinden yararlanılabilir. Birçok çalışmada fonksiyonel kapasitenin düşük (<4 METs) olduğu hastalarda perioperatif kardiyovasküler komplikasyon riskinin arttığı gösterilmiştir. Buna mukabil, zeminde herhangi bir kalp hastalığı olsa bile fonksiyonel kapasitesi iyi hastaların komplikasyon oranı çok düşüktür, dolayısıyla bu hastaların çoğunu ayrıntılı incelemeye tabi tutmadan operasyona vermek mümkündür (6). Diğer yandan, fonksiyonel kapasite düşüklüğünün özellikle torakal cerrahiler için önemli bir risk göstergesi olduğu, diğer cerrahilerdeki öneminin toraks cerrahisine göre daha az olduğu da bildirilmiştir (7,8).

Klinik risk faktörleri

Klinik risk faktörleri mevcudiyetleri halinde operasyon riskini belli derecelerde artıran, bazı hallerde operasyonun tehir veya iptaline yol açabilen ve girişim öncesi ve sonrasında bazı tedbirlerin alınmasını gerekli kılan hallerdir. İskemik kalp hastalığı, kalp yetersizliği, bazı aritmiler ve bazı kalp kapak hastalıkları başlıca klinik risk faktörleridir.

Önceden koroner arter hastası olanların perioperatif kardiyovasküler riski artmıştır. Riski artıran başlıca koroner arter hastalığı türü akut koroner sendromlar (kararsız angına pektoris, ST yükselmeli veya yükselmesiz miyokard infarktüsü) dır. Miyokard infarktüsü sonrası 6 ay süresince (gittikçe azalan şekilde) non-kardiyak cerrahi uygulamasında kardiyak risk artmaktadır. Acil girişim söz konusu olmadıkça miyokard infarktüsü sonrası cerrahi girişim en az 2 ay ertelenmelidir.

Kalp yetersizliği -özellikle dekompanse halde ise- ciddi bir klinik risk faktörüdür. İlgili çalışmalarda kalp yetersizliği olan yaşlı hasta grubunda operasyon sonrası 30 günlük mortalite ve tekrar hastaneye yatma ihtiyacının kalp yetersizliği ve koroner arter hastalığı bulunmayanlara göre %50 ila %100 arasında arttığı bildirilmiştir (9,10). Semptomatik kalp yetersizliğinin riski asemptomatik olanlara göre çok daha fazladır; benzer şekilde ejeksiyon fraksiyonunun azaldığı kalp yetersizliği formunun ejeksiyon fraksiyonunun korunduğu kalp yetersizliğine göre perioperatif kardiyak komplikasyon riski daha fazladır (5). Dolayısıyla, operasyon öncesi etkili kalp yetersizliği tedavisi ile hastanın fonksiyonel kapasitesi NYHA (New York Heart Association) sınıf I/II'ye çekilmelidir.

Kalp kapak hastalığı bulunan hastalar son bir yıl içinde yapılmamış ise veya son zamanlarda klinik durumlarında değişiklik olması halinde girişim öncesi ekokardiyografik inceleme ile değerlendirilmeli, kapak hastalığının derecesi belirlenmelidir. Kalp kapaklarında ciddi darlık veya yetersizliği bulunan hastalarda perioperatif komplikasyon riski belirgin olarak artmıştır. Ciddi kapak darlıkları (özellikle aort darlığı), kapak yetersizliklerine göre operasyon riskini daha fazla artırır. Aort darlıklı hastalarda sabit atım volümü söz konusu olduğundan arter basıncının kritik değerlerin altına inmemesine özen gösterilmelidir. Mitral darlığında diyastolü kısaltan yüksek kalp hızları ve taşiaritmiler önlenmeli ve tedavi edilmelidir. Genel tedavi prensipleri çerçevesinde kapak tamiri veya kapak replasmanı endikasyonu bulunan hastalarda –operasyon aciliyet göstermiyorsa- öncelikle kapak problemi ile ilgili girişimin yapılması daha sonra da planlanan cerrahinin gerçekleştirilmesi uygundur.

Aritmiler içinde hemodinamiyi bozmayan atriyal veya ventriküler erken vurular, sürekli olmayan ventriküler taşikardiler planlanan operasyon kararını etkilemeyeceği gibi perioperatif komplikasyonları da artırmaz; ancak ventriküler ektopisi bulunan hastaların altta yatan muhtemel kardiyak veya kalp-dışı patolojileri (iskemik kalp hastalığı, elektrolit bozukluğu, hipertiroidi vs) araştırılmalıdır. Diğer yandan atriyal fibrilasyon gerek artmış tromoemboli riski gerekse eşlik etmesi muhtemel kalp yetersizliği sebebiyle planlanan operasyonun sonuçlarını olumsuz yönde etkiler. Atriyal fibrilasyon ve diğer aritmilerin tedavisi operasyonun söz konusu olmadığı şartlardan farklı değildir.

İntraventriküler ileti bozuklukları operasyon kararını etkilemez ve operasyon sırasında geçici kalp pilini gerektirmez. Buna karşılık yüksek dereceli atriyoventriküler blok ve atriyoventriküler tam blok operasyon riskini artırır ve geçici kalp pilini gerektirir.

Preoperatif kardiyak inceleme

Düşük riskli cerrahiye maruz kalacak asemptomatik kardiyak hastalar kardiyovasküler sistem ile ilgili herhangi bir test uygulanmadan doğrudan cerrahiye verilebilir. Dolayısıyla, -12 derivasyonlu EKG de dahil olmak üzere- kardiyak testlerin düşük riskli cerrahi öncesi rutin olarak uygulanması gereksizdir. Sebebi bilinmeyen dispnesi olanlarda veya kalp yetersizlikli hastaların dispnelerinde artış veya klinik durumlarında değişme olması halinde cerrahi öncesi ekokardiyografik inceleme ile sol ventrikül fonksiyonlarının değerlendirilmesi uygundur. Kronik iskemik kalp hastalığı bulunsa dahi fonksiyonel kapasitenin mükemmel olması halinde herhangi bir stres testi uygulanmaksızın hasta cerrahiye verilebilir. Non-kardiyak cerrahi için yüksek riske sahip hastaların fonksiyonel kapasiteleri düşük ise dobutamin stres ekokardiyografi veya miyokard perfüzyon sintigrafisi ile miyokard iskemisinin niteliği değerlendirilmelidir. Diğer taraftan koroner anjiyografinin rutin preoperatif bir inceleme olarak uygulanması uygun değildir.

Preoperatif kardiyovasküler tedavi

Perioperatif kardiyak komplikasyonların azaltılması için şimdiye kadar denenen çok sayıda farmakolojik ajandan belirgin bir fayda sağlanamamıştır. Beta-bloker tedavi önceleri cerrahi öncesi mutlaka uygulanması gereken bir tedavi yöntemi olarak tavsiye edilmekte iken, son yıllarda gerçekleştirilen geniş çalışmaların sonuçları beta-blokerlerin non-selektif ve rutin olarak uygulanmasının uygun olmadığını destekler niteliktedir (11,12). Son tahlilde önceden beta-bloker kullanan hastaların perioperatif dönemde de bu ilaca devam etmeleri önerilmekte (sınıf I endikasyon), diğer taraftan cerrahi sonrası gelişen aritmi, hipertansiyon vs gibi beta-blokerlerin endike olduğu hallerde de kullanımları tavsiye edilmektedir (sınıf IIa endikasyon). Yüksek riskli hastalarda operasyon öncesi beta-bloker tedavisi ile ilgili tavsiye oldukça zayıf niteliktedir (sınıf IIb endikasyon) (5).

Statinler ile ilgili tavsiyeler beta-bloker önerilerine benzer niteliktedir. Önceden statin kullananların ilaca devamı (sınıf I), vasküler cerrahiye maruz kalacak hastaların –şayet kulanmıyorlar ise- operasyon öncesi statine başlamaları (sınıf IIa) önerilmektedir. Alfa-agonistlerin periopeatif dönemde herhangi bir faydaları gösterilemediği için kullanımları önerilmemektedir.

Koroner stent veya geçirilmiş akut koroner sendrom sebebiyle ikili antitrombosit tedavi altında olan hastalarda cerrahinin zamanlaması ve anti-agregan ilaçların ne şekilde kullanılacağı önemli bir sorundur. Elektif non-kardiyak cerrahi balon anjiyoplastiden sonra en az 14 gün, çıplak metal stent implantasyonundan sonra en az 30 gün, ilaç kaplı stent uygulamasından sonra en az 365 gün geciktirilmelidir. Aksi takdirde (daha erken cerrahi uygulanırsa) stentli koroner arter segmentinde epitelizasyon tamamlanmadan P2Y12 reseptör inhibitörü kesildiğinde mortalitesi oldukça yüksek olan koroner trombozu riski belirgin olarak artmaktadır. Son yıllarda yeni nesil ilaçlı stentlerde 6 ay ikili antiagregan kullanımının yeterli olduğu bildirilmektedir. Acil cerrahi söz konusu olduğunda –kanama riski koroner tromboz riskini geçmedikçe- girişimin ikili antitrombosit altında yapılması uygundur. Stentli hastalarda P2Y12 inhibitörünün kesilmesi söz konusu olduğunda aspirine devam edilmeli, cerrahi sonrası kanama kontrolünü takiben en kısa zamanda tekrar P2Y12 inhibitörleri başlanmalıdır.

Operasyon öncesi cerrahi veya perkütan koroner revaskülarizasyon genel endikasyonlar çerçevesinde değerlendirilmeli, perioperatif komplikasyonların önlenmesi için profilaktik bir tedavi yöntemi olarak düşünülmemelidir.

Sonuç

Preoperatif kardiyovasküler konsültasyon sadece hastaya ait risk faktörlerinin ve alınacak tedbirlerin belirlenmesinden ibaret değildir. Yanısıra, uygulanacak cerrahinin riski, ertelenebilirliği, ertelendiğinde veya iptal edildiğinde fayda-zarar analizi de dikkate alınmalıdır. Dolayısıyla, cerrahi öncesi kardiyak değerlendirme kardiyolog, anestezist ve cerrahın da dahil olduğu bir ekip tarafından gerçekleştirilmelidir. İlgili kılavuzlardaki genel tavsiyeler faydalı olmakla birlikte, her hastanın klinik özellikleri ve cerrahi riskinin farklı olduğu aşikardır. Dolayısıyla, her hasta için söz konusu olan özel durumlarda dikkate alınarak ilgili tedbir ve tedavilerin kişiselleştirilmesi gereklidir.

Kaynaklar

1. Haynes AB,Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population.NEngl J Med 2009;360:491–499.
2. Devereaux PJ, Chan MT, Alonso-Coello P, Walsh M, Berwanger O, Villar JC et al. Association between post-operative troponin levels and 30-day mortality among patients undergoing noncardiac surgery. JAMA 2012;307:2295–2304.
3. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, BerryWRet al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. Lancet 2008;372:139–144
4. Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A. et al. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA) European Heart Journal 2014; 35:2383–2431
5. Fleisher LA, Fleischmann, KE, Auerbach AD, et al. 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery. J Am Coll Cardiol 2014; 64: 77-137
6. Morris CK, Ueshima K, Kawaguchi T, Hideg A, Froelicher VF. The prognostic value of exercise capacity: a review of the literature. Am Heart J 1991;122:1423–1431.
7. Biccard BM. Relationship between the inability to climb two flights of stairs and outcome after major non-cardiac surgery: implications for the pre-operative assessment of functional capacity. Anaesthesia 2005;60:588–593.
8. Wiklund RA, Stein HD, Rosenbaum SH. Activities of daily living and cardiovascular complications following elective, noncardiac surgery. Yale J Biol Med 2001;74:75–87.
9. Hammill BG, Curtis LH, Bennett-Guerrero E, et al. Impact of heart failure on patients undergoing major noncardiac surgery. Anesthesiology. 2008;108:559–67.
10. Hernandez AF, Whellan DJ, Stroud S, et al. Outcomes in heart failure patients after major noncardiac surgery. J Am Coll Cardiol. 2004;44:1446–53.
11. Devereaux PJ, Yang H, Yusuf S, Guyatt G, Leslie K, Villar JC et al. Effects of extendedrelease metoprolol succinate in patients undergoing non-cardiac surgery (POISE trial): a randomised controlled trial. Lancet 2008;371:1839–1847.
12. Yang H, Raymer K, Butler R, ParlowJ, Roberts R. The effects of peri-operative betablockade: Results of the Metoprolol after Vascular Surgery (MaVS) study, a randomized controlled trial. Am Heart J 2006;152:983–990.

DAHİLİYEDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI; REÇETEDE PÜF NOKTALAR

Dr. Mustafa CANKURTARAN
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Ankara

Dahiliye uzmanı çok farklı kliniklerde ve semptonlarda hasta gördüğünden akut alandan kronik alana ve özelleşmiş alanlara çok farklı ve fazla sayıda tedavi kararı verme uygulama sorumluluğundadır. Günlük bakılan hasta sayısının fazla oluşu da bu durumu daha da fazla arttırmakta ve tedavi kararını verirken dahliye uzmanını doğru endikasyon, doğru ilaç, doğru doz, doğru süre, ilaç etkileşimi ve tedavi cevabı gibi farklı konularda sık ve hızlı karar vermek durumunda kalmaktadır.

Akut alanda NSAİD'lerden dispepsiye, antibiyotiklerden vitaminlere; kronik alanda KOAH'tan osteoporoza, hipertansiyondan kronik karaciğer ve diyabete her alanın ilaçlarını ve tedavilerini dahiliye uzmanı uygulamaktadır.

Bu sunumda akılcı ilaç kullanımı ve reçetede püf noktalar kavramı gerçek hayat senaryosunda olgu sunumları ile birlikte tartışılacaktır.

Doğru reçete ve yanlış reçete; doğru tercih; alternatif tercih örneklerle anlatılacaktır.

ERİŞKİN AŞI TAKVİMİ

Dr. Lale ÖZIŞIK
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Aşı ile önlenebilir hastalıklar, önceden düşünüldüğü gibi ''çocuk çağı hastalıkları''olmaktan çıkmıştır. Amerika Birleşik Devletleri verilerine göre günümüzde aşı ile önlenebilir hastalıklardan her yıl 200 çocuk ölmekteyken, ölen erişkinlerin sayısı 350 katı, yani 70.000 civarındadır (1). 1976 yılından 2007 yılına kadar her yıl ortalama 23.483 erişkin, influenza benzeri hastalıktan kaybedilmiştir (vakaların %99.5'i); 19 yaş altında ortalama mortalite yıllık 124 vakadır (2). 2010 Ulusal Sağlık Araştırmaları (National Health Interview Survey) verilerine göre pnömokok riski altında olan 18-64 yaş arası genç erişkinlerin sadece %18.5'u pnömokok aşısı, 2012-2013 sezonunda da influenza riski altında olanların ise sadece %40'ı influenza aşısı olmuştur (3). Yaklasık olarak yılda 50,000 - 70,000 erişkin bu hastalıklardan kaybedilmektedir. ABD'de Tetanoz ve difteriye karşı bağışıklık da genç erişkinlerde giderek azalmaktadır. Yapılan bir çalışmada 20 yaş üstü erişkinlerin sadece %47'sinde her iki hastalığa koruyucu antikor bulunmaktadır. Tetanoza bağışık olan bireylerin sadece %63'ü difteriye karşı koruyucu antikora sahiptir(4). 2009, yılında HPV infeksiyonunun sebep olduğu servikal kanserden yaklaşık 4070 ölüm gerçekleşmiştir (5).

Yaşlanan toplum

Son 50 yılda yaşlı sayısı 3 katı kadar artmıştır. Tüm dünyada yaşlı nüfus, diğer nüfusa nazaran daha hızla büyümektedir (6). 2040 yılı itibariyle nüfusun %30-50'si 65 yaş ve üstü olması beklenmektedir (1). Kanser, kardiyovasküler hastalık, diyabet, obesite ve demans gibi yaşa bağlı multimorbiditeler, aşı ile önlenebilen hastalıklar için risk faktörüdürler (örn: influenza, pnömokok) (7,8)

İmmün yaşlanma (immınosenescence)

Çocukluk çağında aşılar tarafından sağlanan koruyuculuk yaşla beraber azalır. İmmün sistemde yaşa bağlı görülen değişikliklerdir. Doğal ve kazanılmış immün cevabın etkisinin azalmasıdır (9).

Globalleşme

Globalleşme ve demografik değişiklikler aşı ileönlenebilir hastalıkların epidemiyolojisi üzerinde etkilidir. Göç ve uluslararası nüfus geçişleri artık dünyamızın gerçeği (10).

Bağışıklık boşlukları

Erişkinler, çocukluk çağındaki düşük aşılanma oranları veya immunosens sebebiyle hastalıklara açık olabilirler (9). Doğal bağışıklığın, patojenlere daha az maruziyet sonucu infeksiyon yaşının daha geç yaşlara kaymasına bağlı azalması sonucu oluşur (Kızamık ve boğmacada olduğu gibi) (11-13). Bu hastalıklar erişkin yaşta daha tehlikelidir. Rubella da artık daha çok genç erişkin ve adolesanları etkilemektedir. Doğurganlık yaşındaki kadınlarda önemli, fetal kayba neden olabilir (14). Boğmacada ne hastalık ne de çocukluk çağı aşılaması yaşam boyu bağışıklık sağlamaz. Erişkinlerde tek doz rapel, korumasız olan yeni doğanları korur (13).

Influenza

Amerikan Bağışıklama Danışma Komitesi (ACIP) kontraendikasyonu olmayan, 6 aydan büyük herkesin aşılanmasını önermektedir (15). Ülkemizde ve tüm Avrupa Birliği ülkeleri yaşlılarda ve riskli popülasyonda yıllık influenza aşısını önermekte; ancak yaş değişkendir. AB ülkelerin hepsi KOAH, KVH, böbrek hastalığı, immunsupresifler, hematolojik ve metabolik hastalıklarda önermekte; bazıları solunum fonksiyonunu etkileyen durumlar, obezite, karaciğer hastalıkları, gebelik, sağlık çalışanları, riskli işte çalışanlar, bakımevinde kalanlar ve klinik riski olanların yakın temaslılarına önermektedir (16).

Pnömokok

Pnömokok 13 valent konjuge (PCV13) ve 23-valent pnömokok polisakkarit (PPSV23) aşı olarak iki çeşit aşı vardır. ACIP 65 yaş üzeri tüm erişkinlerin ve 65 yaş altı risk faktörlerine sahip olanların aşılanmasını önermektedir. Ulusal aşı klavuzuna göre ise tüm yaş gruplarında risk faktörleri varlığında aşı önerilmektedir (15, 17)

Risk faktörleri:

- Kronik akciğer (koah, amfizem ve astım), kalp (kky, kmp), kronik karaciğer hastalığı, diyabet, alkolizm, sigara içiciliği olan ve bakımevinde kalan erişkinler
- İmmünsüprese hastalığı olanlar (HIV enfeksiyonu, malignite, kronik böbrek hastalığı, B, T hücre defekti, kompleman eksiklikleri, aspleni, BOS kaçağı, kohlear implant, olanlar)

Kızamık/Kabakulak/Kızamıkçık (KKK)

1957'den sonra doğanlar eğer bir kontraendikasyon yoksa ve bağışık olduğunu gösteren laboratuvar kanıt yoksa bir veya daha fazla dozda KKK almalıdırlar. İkinci doz KKK aşısı şu bireylere önerilmektedir:

a) Lise sonrası öğrenciler
b) Sağlık kurumu personeli
c) Uluslararası seyahat planı olanlar
d) Kızamık için; inaktive edilmiş kızamık aşısıyla aşılananlar, 1963-1967 arasında bilinmeyen tipte aşıyla aşılananlar
e) Kabakulak için; 1957 dan önce öldürülmüş veya tipi bilinmeyen kabakulak aşısı olup da risk altında olanlar (sağlık çalışanları)

Rubella aşılama öyküsü belirsiz olan ya da laboratuvar olarak bağışıklığı olmayan kadınlara tek doz KKK aşısı önerilmektedir. Doğurganlık yaşındaki kadınlarda doğum yılına bakılmaksızın bağışıklık kesinleştirilmelidir. Eğer bağışıklık

kanıtı yoksa aşılanmalıdır. Hamile kadınlar doğumdan hemen sonra hastaneden çıkmadan aşılanmalıdırlar.

1957 yılından önce doğanlar genel olarak kızamık, kabakulağa ve kızamıkçığa karşı bağışık olarak kabul edilse de 1957 yılından önce doğan sağlık personeli gösterilmiş bağışıklık kanıtı yoksa kızamık ve kabakulak için 2 doz, kızamıkçık için tek doz olarak aşılanmalıdır (15).

Tetanoz Difteri Boğmaca

Gebelere her gebelikte (tercihen 27-36 hft) bir doz Tdap önerilir (Önceki Td veye Tdap sonrasında geçen süreye bakılmaksızın). 11 yaşından büyük ve Tdap aşısı olmamış veya aşı durumu bilinmeyenlere bir doz Tdap yapılmalı ve her on yılda bir Td rapeli tekrarlanmalıdır. Td içeren 3 doz primer aşı serisini tamamlamayan veya bilinmeyen erişkinlere bir dozu Tdap (özellikle ilk doz olması önerilir) içerecek şekilde seri tamamlanmalıdır. Hiç aşılanmayanlara, ikinci doz ilkinden en az 4 hafta sonra yapılmalı ve 3. doz ikincisinden 6-12 ay sonra yapılmalıdır (15).

Ulusal aşı şemasına göre göre gebelerde son Td aşısının üzerinden >10 yıl geçmişse, rapel Td aşısı 2. veya 3. Tremesterde yapılmalı, 10 yıldan kısa bir süre geçmişse, hemen doğumdan sonra Tdap yapılmalıdır (17).

Meningokok

Anatomik veya fonksiyonel aspleni veya terminal kompleman komponent yetmezlikleri olan hastalara 2 doz kuadrivalan meningokok konjuge aşı (MenACWY; menactra, menveo) önerilmektedir.

Yurtta yaşayan okul çağı çocukları, rutin olarak N. meningitidis suşları ile karşılaşan laboratuvar çalışanları, askeri personel, meningokokal hastalığın hiperendemik veya epidemik olduğu ülkelerde yaşayan veya o bölgeye seyahat edecek (örn. kuru sezonda -Aralık ile Haziran ayları arasında- "menenjit kuşağı" olarak adlandırılan Sahra-altı Afrika gibi) kişilere (özellikle bölgesel popülâsyonla temasları uzun sürecekse) tek doz aşı önerilir.

MenACWY, 55 yaş ve altındaki yukarıdaki endikasyonlardan herhangi biri olan erişkinlerde ve 56 yaşından büyük a) daha önce MenACWY ile aşılanıp tekrar aşılanması gerekenlerde b) birden fazla doz gerekenlerde tercih edilir. Meningokokal polisakkarid aşı (MPSV4) 56 yaşında veya büyük daha önce MenACWY aşısı olmamış ve tek doz aşı gerekenlerde tercih edilir.

MenACWY ile veya MPSV4 ile daha önce aşılanmış ve hala infeksiyonu için risk taşıyanlarda, her 5 yılda bir MenACWY ile aşılanma önerilmektedir (15).

Hepatit A (HAV)

Kronik karaciğer hastalığı olan ve pıhtılaşma faktörü alanlar, erkeklerle cinsel ilişkiye girenler ve yasa dışı ilaç kullananlar, HAV ile infekte primatlarla veya araştırrma laboratuvarında HAV ile çalışanlar, hepatit A'nın yüksek ya da orta derecede endemik olduğu yerlere seyahat edenler ve HAV infeksiyonundan korunmak için aşılanmak isteyen bireylere uygulanmalıdır. Tek antijenli aşılar 2 doz olarak 0. ve 6-12. ay (Havrix) veya 0. ve 6-18. ay (Vaqta) uygulanmalıdır. . Eğer hepatit A ve hepatit B aşısı› birlikte yapılacaksa 3 doz olarak 0., 1. ve 6. aylarda yapılmalıdır. Alternatif olarak 0, 7, 21 veya 30. günlerde ve 12. ayda rapel olarak dört doz şeması da kullanılabilir (15).

Hepatit B (HBV)

Risk faktörleri varsa uygulanmalıdır. Risk faktörleri: Kan ve infekte vücut sıvılarına temas potansiyeli olan sağlık çalışanları veya güvenlik görevlileri, çok sayıda cinsel eşi olanlar ve para karşılığı cinsel ilişkide bulunanlar, cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) tedavisi gören hastalar, erkeklerle cinsel ilişkiye giren erkekler, intravenöz ilaç bağımlıları, diyabetli 60 yaş altı bireyler hemen tanı sonrasında, diyabetli 60 yaş üzerinde bulaş riski yüksek olanlar, hemodiyaliz hastaları da dahil olmak üzere son dönem böbrek, HIV hastaları ve kronik karaciğer hastaları, HBV taşıyıcısı ile aynı evde yaşayanlar ve cinsel partneri olanlar, kronik HBV infeksiyonu için orta yada yüksek endemik olan bölgelere seyahat edecek olanlar ve HBV infeksiyonundan korunmak için aşılanmak isteyenler. CYBH tedavi hizmeti veren, HIV testi ve tedavisi hizmeti veren, ilaç bağımlılığı için hizmet veren, erkeklerle cinsel ilişkiye giren erkeklere hizmet veren, kronik hemodiyaliz hastalarına hizmet veren, gelişimsel özürlü bireylere hizmet veren kurumlarda çalışanlar.

0., 1. ve 6. aylarda olmak üzere 3 doz olarak uygulanır. Hepatit B'nin 1. ve 2. dozu arasında en az 4 hafta, 2. ve 3. dozu arasında en az 8 hafta olmalı, ayr›ca 3. doz 1. dozdan en az 16 hafta sonra uygulanmalıdır (15).

Haemophilus influenzae tip b (Hib)

Orak hücre anemili veya anatomik veya fonksiyonel asplenili hastalarda veya splenektomi planlanan hastalarda (en az 14 gün önce) bir doz olarak önerilmektedir. Kök hücre nakli hastalarında, nakilden 6-12 ay sonra yapılmak üzere ve en az 4 hafta arayla 3 doz olarak önerilmektedir (15).

Varisella

Daha önce aşılanmamış ya da tek doz aşılanmış, bağışıklığı olmayan tüm erişkinlere kontraendikasyon olmadığı sürece 2 doz tek antijen varisella aşısı yapılmalıdır.

Özellikle iki grup üzerinde durulmalıdır: ciddi hastalık riski olanlarla yakın temaslılar (sağlık çalışanlarası veya immün yetmezliği olanlarla yakın temaslılar) veya temas ve bulaştırma riski yüksek olanlar (öğretmenler çocuk bakıcıları, kurumsal çalışanlar, öğrenciler, askeri personel, çocuklarla yaşayan adelosan ve erişkinler, hamile olmayan doğurgan kadınlar, uluslarası yolcular).

Gebe kadınlar varisella bağışıklığı açısından değerlendirilmelidir. Varisella bağışıklığı olmayan kadınlar gebelik sonlandıktan hemen sonra taburcu olmadan ilk do aşılanmalıdırlar. 2. Doz ilk dozdan 4-8 hafta sonra uygulanmalıdır.

Varisella bağışıklığını gösteren durumlar: 4 hafta arayla yapılan 2 doz aşının belgelenmesi, 1980 öncesi Amerika'da doğanlar, sağlık uzmanı tarafından tanı konulmuş herpes zoster, varisella infeksiyonu öyküsü, bağışıklığın laboratuvar kanıtı olmasıdır.

Human papillomavirus (HPV)

Kadınlar için bivalan HPV aşısı (HPV2), kuadrivalan HPV aşısı (HPV4), erkekler için HPV4 lisans almıştır. Daha önce aşı olmamış tüm kadınlar 11-12 yaşında veya 13

yaşından 26 yaşına kadar 3 doz olarak HPV2 veya HPV4 ile aşılanmalıdır. Erkekler ise yine aynı yaşta HPV4 ile aşılanmalıdır.

2. doz birinci dozdan 4-8 hafta sonra (en az 4 hafta) yapılmalı, 3. doz birinci dozdan 24 hafta ikinci dozdan 16 hafta sonra (ikinci dozdan en az 12 hafta) sonra yapılmalıdır (15).

Zoster

60 yaş üstü erişkinlerde daha önceden zona atağı geçirmiş olsalar dahi tek doz zona aşısı yapılmalıdır. Kronik tıbbi durumu olan bireyler kontraendikasyon olmadığı sürece aşılanmalıdır. Ulusal erişkin aşılama şemasında önerilmemektedir (15).

Kaynaklar

1. Poland, G.A., R.M. Jacobson, and I.G. Ovsyannikova, Trends affecting the future of vaccine development and delivery: the role of demographics, regulatory science, the anti-vaccine movement, and vaccinomics. Vaccine, 2009. 27(25-26): p. 3240-4.
2. Estimates of deaths associated with seasonal influenza --- United States, 1976-2007. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2010. 59(33): p. 1057-62.
3. Adult vaccination coverage--United States, 2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2012. 61(4): p. 66-72.
4. McQuillan, G.M., et al., Serologic immunity to diphtheria and tetanus in the United States. Ann Intern Med, 2002. 136(9): p. 660-6.
5. Pham, H., S.A. Geraci, and M.J. Burton, Adult immunizations: update on recommendations. Am J Med, 2011. 124(8): p. 698-701.
6. World population ageing 1950–2050., D.o.E.a.S.A.P.D. United Nations, Editor. 2002, United Nations Publishing: NewYork.
7. Christensen, K., et al., Ageing populations: the challenges ahead. Lancet, 2009. 374(9696): p. 1196-208.
8. Doyle, Y., et al., Meeting the challenge of population ageing. BMJ, 2009. 339: p. b3926.
9. Boraschi, D. and P. Italiani, Immunosenescence and vaccine failure in the elderly: Strategies for improving response. Immunol Lett, 2014.
10. Gushulak, B., J. Weekers, and D. Macpherson, Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. Emerg Health Threats J, 2009. 2: p. e10.
11. Siedler, A., et al., Closer to the goal: efforts in measles elimination in Germany 2010. J Infect Dis, 2011. 204 Suppl 1: p. S373-80.
12. Halperin, S.A., Pertussis--a disease and vaccine for all ages. N Engl J Med, 2005. 353(15): p. 1615-7.
13. Zepp, F., et al., Rationale for pertussis booster vaccination throughout life in Europe. Lancet Infect Dis, 2011. 11(7): p. 557-70.
14. Muscat, M., et al., The state of measles and rubella in the WHO European Region, 2013. Clin Microbiol Infect, 2014. 20 Suppl 5: p. 12-8.
15. Kim, D.K., C.B. Bridges, and K.H. Harriman, Advisory committee on immunization practices recommended immunization schedule for adults aged 19 years or older--United States, 2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2015. 64(4): p. 91-2.
16. Mereckiene, J., et al., Seasonal influenza immunisation in Europe. Overview of recommendations and vaccination coverage for three seasons: pre-pandemic (2008/09), pandemic (2009/10) and post-pandemic (2010/11). Euro Surveill, 2014. 19(16): p. 20780.
17. Erişkin aşılama önerileri. 2009 09.03.2015); 2009:(Available from: http://www.tihud.org.tr/main/renderFile?id=184.

SEYAHAT AŞILAMASI

Dr. Cengiz UZUN
Medicana International İstanbul Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

Dünyadaki hızlı değişim ve gelişime bağlı olarak küreselleşme süreci uluslararası seyahatlerin de her geçen yıl artmasına neden olmaktadır. 2009 yılında 880 milyon olarak bildirilen uluslararası ulaşım sayısının 2020 yılında 1.6 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (1). Seyahatler eğlence, dinlenme ve tatil amaçlı olabildiği gibi dini nedenler, sağlık hizmeti almak, bir arkadaş/akraba ziyareti gibi özel amaçlarla ya da iş için profesyonel nedenlerle yapılabilmektedir. Hava, kara ya da deniz yolu ile yapılabilen bu seyahatler sağlık açısından çeşitli riskler içermektedir. Seyahatler sırasındaki kazalar en sık morbidite ve mortalite nedenleri arasında yer almaya devam etmektedir. Bunun yanı sıra yolcunun iklim değişikliğine maruz kalması, farklı yiyecek içecekler alması, çeşitli enfeksiyöz ajanlarla teması çeşitli hastalıklara ve ciddi sonuçlara yol açabilmektedir. Özellikle hijyen ve sanitasyon koşullarının yetersiz olduğu ülkelere seyahat edenlerde enfeksiyonlardan korunmak özel önem taşımaktadır. Seyahatler ayrıca enfeksiyonların olduklarından başka bölgelere taşınmalarına ve/veya tüm dünyada yayılmalarına da neden olmakta ve riskler kişisel olmaktan çıkıp halk sağlığını tehdit edici boyutlara ulaşabilmektedir (1-3).

Seyahat tıbbı (*travel medicine*) son yıllarda ilgi gören ve gelişen bir alan olmuştur. Seyahat sağlığına ilişkin bilgilerin ve klinik tecrübelerin artması seyahat tıbbını koruyucu hekimliğin önemli bir bileşeni haline getirmiştir (2,4). Seyahat edenlere yaklaşım hem seyahat öncesinde tavsiye ve tedbirleri hem de seyahat sonrasında ortaya çıkabilecek hastalıklar açısından değerlendirmeyi kapsamaktadır (5). Bu yazıda seyahatlerde karşılaşılabilecek hastalıklar (özellikle enfeksiyonlar) ve bunlardan korunmak için seyahat öncesi alınması gereken tedbirler gözden geçirilmiştir.

Seyahat edenlerin sağlığını korumak için seyahat öncesi yapılması gerekenlerin dikkatli bir planlaması gereklidir. Bu planlamada sağlık çalışanlarına ve turizm sektöründeki görevlilere ve yolcuya düşen görevler söz konusudur. Seyahate gidecek olan kişinin, seyahatin özelliği ve süresine göre değişmekle beraber, en az 4-8 hafta önce bir tıbbi danışma alması önerilmektedir (4,6). Bu danışma sırasında belirlenecek risk faktörlerine göre gerekli aşılamaların ve profilaktik tedavilerin uygulanmasına karar verilecektir. Uygun planlama için seyahatle ilişkili riskleri belirlemek esastır ve bu riskleri belirleyen anahtar faktörler arasında şunlar yer almaktadır: Ulaşımın şekli, gidilen yer (bölgedeki enfeksiyon hastalıklarının epidemiyolojisi), seyahatin süresi ve mevsimi (nem, ısı, atmosferik değişimlere maruziyet), seyahatin amacı, konaklama standartları ve gıda hijyeni (tıbbi hizmetlere ulaşım ve temiz su), yolcunun tutum ve davranışları, yolcunun mevcut sağlık durumu ve kronik hastalıkları (ayrıca çocuk, gebe, emzikli ve engellilerde özel durumlar), yolcunun seyahat zamanına kadar olan rutin aşılanma durumu (1,4).

Aşı veya profilaktik ajan kullanımı ile korunulabilen hastalıklar

Aşılama enfeksiyon hastalıklarından korunmada en etkili, güvenli ve ucuz bir yöntemdir. Doğumdan itibaren uygulanan aşılama programları ile birçok hastalıktan korunmak mümkün olmaktadır. Ülkemizde rutin aşı uygulamasında yer alan aşılar şunlardır: Tüberküloz (verem/BCG), difteri+boğmaca+tetanoz (DaBT/karma aşı), kızamık+kızamıkçık+kabakulak (KKK/MMR), çocuk felci (polio), hepatit A, Hepatit B, *Heamophilus influenzae* tip b (Hib), konjuge pnömokok aşısı (KPA) (7). Bunun dışında istendiğinde rotavirus, human papillomavirus, influenza ve suçiçeği aşılarına da ulaşılabilmektedir.

Seyahat öncesi aşılama; seyahat öncesi tıbbi danışmanın ve bakımın önemli bir bileşenidir (8,9). Seyahat edecek kişilere uygulanabilecek standart bir aşı şeması yoktur. Aşılama planı kişisel olarak ele alınmalı, seyahat edilecek bölgeye, kişinin mevcut aşılanma durumuna ve uluslararası yasal düzenlemelere göre plan yapılmalıdır.

Sarı humma aşısı uluslararası düzenlemelerde bazı ülkelere girişte gerekli görülen başlıca aşıdır (9). Riskli ülkelere ilişkin bilgilere DSÖ'nün sağladığı dokümanlarda liste halinde ulaşılabilir (10,11)

Aşı ile veya profilaktik ilaç kullanımı ile korunulabilen hastalıklara aşağıda kısaca değinilmiştir. Çocukluk çağında rutin aşılama kapsamında olan hastalıklar bu yazının dışında tutulmuştur.

Enterik ateş (Tifo ve paratifo): Kontamine gıda ve su ile bulaşır. Su kaynaklı olduğunda epidemiler görülebilir. Koşulların kötü olduğu ve temiz su bulmanın zor olduğu alanlarda risk yüksektir. *Salmonella paratyphi A* ve *S. typhi* sık görülen etkenlerdir. İki tip aşı vardır. Enterik kaplı kapsül şeklinde olan canlı attenüe aşı iki gün aralarla 3-4 kez verilir. Son dozdan 7 gün sonra koruma başlar. Enjekte edilebilen polisakkarit aşı ise tek doz intramüsküler uygulanır. Aşıların koruma etkileri birkaç yıl azalarak devam eder. Aşılı olan kişiler dahi seyahatlerinde kontaminasyon riski olan gıdalardan kaçınmalıdır (12,13,14).

Hepatit A: Fekal-oral yolla bulaşan virus dünyanın her yerinde görülebilir. Ancak koşulların kötü olduğu ve temiz su temini güç olan bölgelerde daha sıktır. Yüksek riskli bölgelere seyahat eden ve immun olmayan kişilere (hastalık geçirmemiş, aşı olmamış) aşı uygulanabilir. 6-24 ay ara ile iki doz intramüsküler olarak uygulanır. İlk doz uygulamasından 2 hafta sonra anti-HAV antikorları saptanabilir düzeye gelir. İkinci doz aşıdan sonra 25 yıl veya daha fazla koruma sağlar. Hastalığı geçirmiş olma ihtimali yüksek olanlara aşı öncesi anti-HAV testi yapılarak bağışıklık durumu belirlenmelidir (12). Hepatit A'nın seyahat edenlerde influenzadan sonra gelerek ikinci sıklıkta aşı ile önlenebilir enfeksiyon olduğu bildirilmektedir (15).

Human papillomavirus: Cinsel yolla bulaşan virus genital siğil ve servikal kanser ile ilişkilidir. Sık görülen bazı onkojenik tipler ile ve siğil tiplerini içeren aşı mevcuttur. Aşının öncelikle aktif cinsel yaşam öncesi 10-14 yaş adolesan kızlarda kullanılması önerilmektedir (12).

Influenza: Avian influenza için yukarıda bahsedildiği gibi salgın durumlarında uygulanabilecek aşı mevcut olmakla beraber seyahat edenlerde rutin olarak önerilmemektedir. Mevsimsel influenza ise özellikle kış aylarında insandan insana damlacık yolu ile bulaşmaktadır. Dünyanın farklı bölgelerinde kış mevsimin zamanının değiştiği de dikkate alınarak kışın seyahat edenlerin risk altında olduğu düşünülmelidir. Kalabalık ortamlardan ve hastalardan uzak durmak, sık el yıkamak riski azaltacaktır. Influenza aşısı kuzey ve güney yarımküre için ayrı olmak üzere her yıl modifiye edilerek hazırlanmaktadır. Aşı erişkinlerde tek doz intramüsküler olarak uygulanır. Influenza aşısı bazı risk gruplarında (ileri yaş, kronik hastalık vb.) zaten rutin olarak önerilmektedir. Aşılanan kişiler karşı hemisfere seyahat durumunda bazı antijenik tiplere karşı koruma altında olmadıklarını bilmelidirler. Bu durumda seyahatten 2 hafta önce ilgili hemisfer için hazırlanan aşının uygulanması önerilmektedir. Özellikle havayolu ile seyahatler ve karşı hemisfere geçişler nedeniyle aşılamaya rağmen influenzanın seyahatlerle yayılması bir sorun olmaya devam etmektedir (12,16,17).

Japon ensefaliti: Domuzlar ve bazı yabani kuşlar virusun doğal rezervuarıdır. İnsana sivrisinekler aracılığıyla geçer. Farklı klinik tablolarla seyredebilen hastalık ciddi klinik vakaların %25 kadarında öldürücüdür. Asya ülkelerinde görülmektedir. Kapsamlı bağışıklama sonucu hastalık Japonya, Kore ve Çin'de azalma gözlenmiştir. Ancak Bangladeş, Hindistan, Nepal, Pakistan, Tayland ve Vietnam gibi ülkelerde artan şekilde rapor edilmektedir. Seyahat edenler için risk, gidecekleri bölgeye, mevsime, dış ortamdaki aktivitelerine bağlı olarak değişmektedir. Canlı atenüe aşı birçok ülkede uygulanmaktadır. Yeni vero hücre kültürü kökenli inaktif aşı da yakın zamanda kullanıma sunulmuştur. 4 hafta ara ile iki doz intramüsküler olarak uygulanmaktadır (12).

Kene ensefaliti: *Flavividae* familyasından virus etkendir. Üç subtipi bilinmektedir: Avrupa, Uzakdoğu ve Sibirya. Enfekte kene ısırması ile ve nadiren de pastörize olmayan sütten geçer. Avrupa subtipi merkez ve doğu Avrupa'da, özellikle Avusturya'da, güney Almanya ve kuzey İsviçre'de, Baltık ülkelerinde (Estonya, Letonya, Litvanya), Çek Cumhuriyeti'nde, Macaristan ve Polonya'da görülür. Uzakdoğu subtipi kuzeydoğu Avrupa'dan Çin ve Japonya'ya kadar, Sibirya subtipi ise kuzey Avrupa'dan Sibirya'ya kadar olan bölgede görülür. Nisan-Kasım arası sık görülmekte, yüksek ormanlık alanlarda risk artmaktadır. Aşı yalnızca yüksek riskli durumlarda önerilmektedir. Batı Avrupa'da erişkin ve çocuklar için Avrupa subtiplerine yönelik inaktive aşı, Rusya'da da Uzakdoğu subtiplerine yönelik inaktive aşı bulunmaktadır. Aşı iki doz 4-12 hafta ara ile intramüsküler uygulanır. 9-12 ay sonra ve risk devam ediyorsa 3 yılda bir tekrarlanır. Seyahat edenlere hızlandırılmış 0., 14. gün ve 5-7. ay veya 0., 7. ve 21. gün şemaları uygulanabilmektedir (12).

Kolera: Ciddi diyare yapan bir hastalık olup pandemilerle ilişkilidir. Kontamine yiyecek ve içeceklerden bulaşan *Vibrio cholerae* etkendir. Koşulların kötü olduğu ve temiz su bulmanın zor olduğu ülkelerde daha sık görülmektedir. Afrika ve Asya'daki ve daha az olmak üzere merkez ve Güney Amerika'daki gelişmekte olan ülkelerin çoğunda görülebilir. Potansiyel kontamine gıdalardan uzak durulmalıdır, aşısı zorunlu değildir. Salgın bölgesine gidiliyorsa 2 hafta öncesinde uygulama yapılabilir. İki doz 1-2 hafta ara ile oral yoldan verilir. Aşının koruması yaklaşık %50 olup iki yaş altına uygulanmamaktadır (12,18).

Kuduz: Evcil veya yabani hayvanlardan insana geçen bu zoonotik hastalıkta *Rabies* virus etkendir. Dünyanın her yerinde görülebilmekte ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde sorun olmaktadır. Yılda kuduzdan 50 000'in üzerinde kişi hayatını kaybetmektedir (19). Son 10 yıl içinde seyahat ile ilişkili olarak da 22 vaka rapor edilmiştir (20). Öldürücü bir hastalık olduğu için özellikle başıboş hayvanlardan uzak durulmalı, temas/ısırılma durumlarında acil olarak ilk yardım alınmalı ve temas sonrası profilaksi uygulanmalıdır. Seyahat edenler yüksek riskli bölgelere gidiyor ise veya seyahatin amacı ve şekli nedeniyle kuduz riski olan hayvanlarla temas riski yüksek ise temas öncesi aşı uygulaması yapılabilir. Aşı temas sonrası profilaksi için de uygulanmaktadır. Temas öncesi ve sonrası kullanılan aşı aynıdır ancak aşılama şeması farklılık göstermektedir. Rabies immunoglobulin ise temas sonrası profilakside kullanılmaktadır. Temas öncesi aşılamada 0,7 ve 21-28. günde olmak üzere 3 doz intramüsküler uygulama yapılır. Önceden aşısı olan kişiler şüpheli bir temas durumunda hemen ve 3 gün sonra olmak üzere iki doz hatırlatma aşısı olmalıdır. Bunlara immunoglobulin uygulaması gerekmez. Temas sonrası profilakside yaralanmanın şekli, derecesi ve hayvanın 10 günlük takip süresindeki akıbetine göre 4-5 dozluk aşı şeması ve immunoglobulin uygulaması düzenlenir (21).

Menengokok: Seyahat edenlerde menengokok enfeksiyonları nadir görülür ancak sonuçları tahrip edicidir (22). *Neisseria meningitidis* etkendir. Hasta veya asemptomatik taşıyıcılardan damlacık yolu ile veya doğrudan temas sonucu geçer. Menenjit geliştiğinde uygun tedaviye rağmen %5-10 ölüm görülür (12). Tüm dünyada sporadik vakalar görülmekte, bölgesel kalabalık topluluklarda (okul, kışla vb.) küçük salgınlar olabilmektedir. Mekke'ye giden hacı adayları özellikle risk altındadırlar. Hac/Umre ziyaretine gidenlere tetravalan aşıdan bir doz uygulanması gerekmektedir. Koruyucu antikor cevabı 10 günde oluşur ve 3-5 yıl koruma sağlar (12,23,24).

Rotavirus: Fekal oral yolla, veya yakın temasla bulaşır. Dünyanın her yerinde, kış aylarında pik yapmak üzere her mevsim görülebilir ve 5 yaş altı çocuklar risk altındadır. 2-3 doz oral uygulanan aşıları mevcuttur. Erişkinlerde rutin aşılama gerekmez (12).

Sarı humma (Yellow fever): Afrika ve Güney Amerika'nın tropikal alanlarında görülür. Orman ve ağaçlık alanlarda maymunlar enfeksiyonun başlıca rezervuarıdır. Maymundan maymuna ve nadiren de insana sivrisinekler aracılığıyla geçer. Yüksek riskli bölgelere seyahat edeceklere 10 gün öncesinde aşı önerilmektedir. Canlı atenüe aşı tek doz subkütan veya intramüsküler olarak uygulanır. Çok

etkili (yaklaşık %100) olan aşı 9 aylıktan büyüklere uygulanabilir. Gerekiyorsa 10 yılda tekrarlanmalıdır (12,25,26).

Sıtma (Malaria): Tropikal ve subtropikal birçok bölgede sık görülen ve hayatı tehdit eden bir hastalıktır. *Plasmodium* türleri etkendir (*P. falciparum, P. malariae, P. ovale, P. vivax*) ve insandan insana dişi sivrisinekler aracılığıyla bulaşır. Her yıl 125 milyon uluslararası seyahat ile ziyaret edilen 100'den fazla ülke sıtma açısından risk altındadır. Her yıl 10 000'den fazla kişi eve döndükten sonra hasta olarak rapor edilmekte, gerçek sayının daha fazla olduğu tahmin edilmektedir. (27). Riskli bölgelere (13) seyahat edenler öncelikle sivrisinek ısırmalarından korunmak için tedbirli olmalıdır. Antimalarial profilaksi uygulamasının tam koruma sağlamadığına, öldürücü hastalık riskini azalttığına dikkat edilmelidir. Antimalarial profilaksi de risk derecesine göre belirlenen uygun şemalara göre klorokin, atovakin, proguanil, doksisiklin ve meflokin çeşitli doz ve kombinasyonlarda kullanılmaktadır.

Suçiçeği: Oldukça bulaşıcı akut bir enfeksiyondur ve ılıman iklimlerde çoğu vaka 10 yaş altında görülür. Tropikal bazı ülkelerde erişkinlerde seronegatiflik oranı göreceli olarak yüksektir. Bazı endüstrileşmiş ülkelerde çocukluk aşılama programında varicella aşısı da bulunmaktadır. Özellikle tropikal ülkelerde ılıman ülkelere seyahat edenler bağışık değil ise aşılanabilir. Canlı atenüe aşının çeşitli formulasyonları kullanımdadır. ABD'de adolesan ve erişkinlere 4-8 hafta ara ile iki doz önerilirken, bazı ülkelerde tek doz uygulama yeterli görülmektedir (12).

Bu yazıda seyahate gidenleri tehdit eden başlıca hastalıklar ile bunlardan korunmak için uygulanabilecek aşılama ve profilaksi dahil önlemler hakkında kısaca bilgi verilmiştir. Aşı ve ilaç uygulamalarında çocuk, gebe, emzikli, kronik hastalığı olan, immün yetmezliği olan, eşlik eden hastalığı olan, ilaç kullanan kişiler için farklı uygulamalar söz konusu olabilmektedir. Hem bu durumlar hem de aşı-aşı, aşı-ilaç etkileşimlerine ilişkin ayrıntılı bilgi için mutlaka güncel kılavuzlara, DSÖ, hastalık kontrol ve önleme merkezi (CDC: centers for disease control and prevention), immünizasyon uygulaması tavsiye komitesi (ACIP: advisory committee on imuunization practices), Amerika enfeksiyon hastalıkları derneği (IDSA: the infectious diseases society of America) gibi kurumların ve yerel sağlık mevzuatının önerilerine riayet edilmelidir (6,9,27-30).

Kaynaklar

1. World Health Organization. Health risks and precautions: general considerations. In: International Travel and Health. 2011:1-13.
2. LaRocque RC, Jentes ES. Health recommendations for international travel: a review of the evidence base of travel medicine. Curr Opin Infect Dis 2011;24(5):403-9.
3. Sutherst RW. Global change and human vulnerability to vector-borne diseases. Clin Microbiol Rev 2004;17:136-73.
4. Bazemore AW, Huntington M. The pretravel consultation. Am Fam Physician 2009;80(6):583-90.
5. Marano C, Freedman DO. Global health surveillance and travelers'health. Curr Opin Infect Dis 2009;22(5):423-9.
6. DuPont HL. President's address: travel medicine and principles of safe travel. Trans Am Clin Climatol Assoc 2008;119:1-27.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Genişletilmiş bağışıklama programı genelgesi. 2009 tarih ve 7941 sayılı genelge.
8. Angelin M, Evengård B, Palmgren H. Travel and vaccination patterns: a report from a travel medicine clinic in northern Sweden. Scand J Infect Dis 2011;43(9):714-20.
9. Hill DR, Wilder-Smith A. Travel vaccines: current practice and future aspects. Expert Rev Vaccines 2008;7(5):527-30.
10. World Health Organization. Vaccine-preventable diseases and vaccines. In: International Travel and Health. 2011:82-143.
11. World Health Organization. Country list. Yellow fever vaccination requirements and recommendations; and malaria situation. In: International Travel and Health. 2011:200-31.
12. World Health Organization. Countries with risk of yellow fever transmission and countries requiring yellow fever vaccination. In: International Travel and Health. 2011:232-40.
13. Mayer CA, Neilson AA. Typhoid and paratyphoid fever - prevention in travellers. Aust Fam Physician 2010;39(11):847-51.
14. Meltzer E, Schwartz E. Enteric fever: a travel medicine oriented view. Curr Opin Infect Dis 2010; 23(5): 432-7.
15. Mayer CA, Neilson AA. Hepatitis A - prevention in travellers. Aust Fam Physician 2010; 39(12): 924-8.
16. Askling HH, Rombo L. Influenza in travellers. Curr Opin Infect Dis 2010; 23(5): 421-5.
17. Tsai TF, Lim PL, von Sonnenburg F, Clemens R. The potential utility of adjuvanted seasonal influenza vaccine for travelers. J Travel Med 2011; 18(4): 231-2.
18. Neilson AA, Mayer CA. Cholera - recommendations for prevention in travellers. Aust Fam Physician 2010; 39(4): 220-6.
19. Neilson AA, Mayer CA. Rabies - prevention in travellers. Aust Fam Physician 2010; 39(9): 641-5.
20. Gautret P, Parola P. Rabies vaccination for international travelers. Vaccine 2012; 30(2): 126-33.
21. Wilder-Smith A. Meningococcal disease in travelers: a rare but devastating disease. J Travel Med 2010; (17 Suppl): 1-2.
22. Steffen R. The risk of meningococcal disease in travelers and current recommendations for prevention. J Travel Med 2010; (17 Suppl): 9-17.
23. Memish ZA, Goubeaud A, Bröker M, Malerczyk C, Shibl AM. Invasive meningococcal disease and travel. J Infect Public Health 2010; 3(4):143-51.
24. Kay A, Chen LH, Sisti M, Monath TP. Yellow fever vaccine seroconversion in travelers. Am J Trop Med Hyg 2011; 85(4): 748-9.
25. Neilson AA, Mayer CA. Yellow fever - prevention in travellers. Aust Fam Physician 2010; 39(8):570-3.
26. World Health Organization. Malaria. In: International Travel and Health 2011:144-67.
27. Staples JE, Gershman M, Fischer M; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Yellow fever vaccine: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep 2010; 59(RR-7):1-27.
28. Schlagenhauf P, Santos-O'Connor F, Parola P. The practice of travel medicine in Europe. Clin Microbiol Infect 2010; 16(3): 203-8.
29. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Adult vaccination coverage - United States, 2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2012;61(4):66-72.
30. Pickering LK, Baker CJ, Freed GL, et al. Immunization programs for infants, children, adolescents, and adults: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2009;49(6):817-40.

ANTİOKSİDANLAR, 2N- 1K

Dr. Pınar YILDIZ
Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

Serbest radikaller, besinlerin oksijen kullanarak enerjiye dönüşümü sırasında meydana gelen reaktif moleküllerdir. Oksijen; yaşam için vazgeçilmez olmakla birlikte, kendi metabolizması sırasında serbest radikal kaynağı olarak bilinen ve son derece reaktif olan ara ürünler oluşturur. Reaktif oksijen metabolitleri; lipit, protein ve DNA gibi hücre bileşenlerine zarar verir. Vücutta oluşan bu zararlı molekülleri ve oluşturduğu etkiyi temizleyen antioksidan mekanizmalar ne kadar kuvvetli ise bu bileşiklerin hasarı da o kadar hafifler. İç hastalıkları pratiğinde saydığımız tüm hastalıkların etyolojisinde bu hasar ve bu hasarın etkilerini biliyoruz. Bu sunumda serbest oksijen radikallerinin oluşması, organizmaya yarattığı zararlar, temizleyici mekanizmalar tartışılacaktır. İç Hastalıkları uzmanlarının, antioksidanları koruyucu olarak ve hastalıkların tedavisinde **Nasıl? Ne kadar? Kime?** kullanabileceği sorularına cevap bulmaya çalışacağım.

Sunum akışı

Serbest Oksijen Radikalleri tanımı, oluşumu, etkileyen faktörler nelerdir?

Antioksidan sistemler, oksidan stres ile ilşkili hastalıklar nelerdir? Oksidan Stresten Nasıl Korunabiliriz? Kime, Ne kadar, Nasıl Antioksidan desteği verilmelidir?

1. Serbest Oksijen Radikalleri (Reactive oxygen species- ROS)

Oksijen yaşamsal olmasına karşın, metabolizma sırasında bazı reaktif oksijen ürünleri oluşturarak organizmaya yarattığı toksisite ile zarar verme potansiyeline sahiptir. Bu ürünlerin kimyasal aktivitesi oldukça yüksektir. Stabil olmayan yapıları protein, lipid, DNA ve nükleotid koenzimler gibi birçok biyolojik materyale zarar vermelerine neden olmaktadır. Bu nedenle hücresel tüm aktiviteleri bozma potansiyeline sahiptir. Oksidatif stresin bazı durumlarla ve hastalıklarla ilişkili olduğu ve bu nedenle de antioksidan temizleme mekanizmalarının hastalıkların tedavisinde rolü olduğu tartışma konusudur. Özellikle doğal yaşlanma ve egzersizle birlikte ROS oluşumu kaçınılmazdır. Hastalıklar ile ilişkili olarak inflamasyon temelinde kardiovasküler hastalıklar, nörodejeneratif hastalıklar ve kanserin patogenezinde de suçlanmaktadır.

2. Serbest oksijen radikalleri oluşum mekanizması

Otooksidasyon, atmosferik oksijenin katalizlediği tipik bir serbest radikal zincir reaksiyonudur. Serbest radikallerin oksijenle reaksiyonu oldukça hızlıdır ve bu reaksiyonların başlangıcı için birçok mekanizma tanımlanmıştır. Özellikle çoklu doymamış yağ asitleri (PUFA) ve fosfolipidler otooksidasyona eğilimlidir. Otooksidasyonda ilk oluşan ana ürünlerin hidroperoksit (ROOH) ürünleridir.

Geçiş metal iyonlarının etkisi; Demir ve bakır gibi geçiş metal iyonları da canlı sistemde serbest radikal oluşturan güçlü birer oksidatif katalist olarak görev yapmaktadırlar. Fe; oksidatif reaksiyonları teşvik etmede önemli bir elementtir. Birçok metal doğal olarak vücutta şelat oluşturmuş formda bulunur. Şelat oluşumu antioksidan savunma sistemine önemli katkıda bulunmakla birlikte, vücutta travma, toksinler, hastalık gibi çeşitli nedenlerle oksidatif reaksiyonları katalizleyebilen serbest metal iyon formlarına dönüşümler gerçekleşebilmektedir. Katarakt, ateroskleroz, diyabet gibi patolojik koşullar altında metal iyonlarının serbest ve zararlı formlarda bulunduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Nispeten düşük antioksidan savunmasına sahip olan beyin dokusu aynı zamanda oksidatif zararlara karşı dokuyu zayıflatan çoklu doymamış yağ asitlerini de yüksek düzeyde içermektedir. Oksidatif strese maruz kalan beyin dokusunda oluşan hasarların beyin iskemisi, hafıza bulanıklığı, Alzheimer, Parkinson gibi birçok nörolojik bozuklukta önemli bir rol oynadığına inanılmaktadır.

Fotooksidasyon; Fotokimyasal iz yolları, oksidasyonlarda başlatıcı olarak rol oynayan peroksitlerin oluşumu için oldukça önemlidir. Işığın bir molekül tarafından direkt olarak absorbsiyonu, süperoksit anyonu üretebilen elektron transferine neden olabilmektedir.

Enzimatik oksidasyonlar; Reaktif oksijen türleri, vücutta lipooksigenaz, siklooksigenaz, ksantin oksidaz, miyeloperoksidaz ve sitokrom P-450 gibi birçok enzimin aktivitesinin bir sonucu olarak da üretilmektedir.

Ksantin oksidaz (XOD); Canlı sistemde ROS oluşturan başlıca enzimatik kaynaklardan biridir. XOD'ın faaliyeti sonucunda süperoksit anyonu ve hidroperoksit radikalleri oluşmaktadır. Ksantin oksidazın beyinde ödem, iskemi, damar geçirgenliğinde değişkenlik gibi oksidatif hasarlara neden olduğu ayrıca hepatit ve beyin tümörü vakalarında da XOD'ın serum düzeylerinin arttığı aktarılmaktadır.

Nötrofil miyeloperoksidaz (MPO) Canlı sistemde güçlü oksidan kaynaklarından birisi de, hidrojen peroksit tarafından klorid iyonlarının oksidasyonu yoluyla hipoklorik asit üretimini katalizleyen "Nötrofilik miyeloperoksidaz" enzimidir. Bu reaksiyonun toksisitesi savunma sisteminde bakterilerin öldürülmesine katkıda bulunur. Buna karşılık, oluşan hipoklorik asit aynı zamanda α1-antiproteinaz'ı inaktive etmekte ve sağlıklı insan dokusunu zarara uğratarak iltihaplanmalara neden olmaktadır.

Halojenlenmiş hidrokarbonlar; Serbest radikal meydana getiren diğer olaylar ise; kontamine içme sularında bulunan toksik etkili halojenlenmiş hidrokarbonlar ve hava kirleticileri olarak bilinen azot oksitleridir.

Antioksidan korunma ise tüm bu sayılan mekanizmalar sonucu oluşmuş zararlı maddelerin temizlenmesini

sağlayarak vücudu korumaya çalışmaktadır. Bazı durumlarda bu savunma yetersiz kalmakta, oksidatif stres ortaya çıkmaktadır.

3. Serbest oksijen radikalleri oluşumuna yol açan etkenler

- UV ışınları,
- İlaçlar,
- Yağ oksidasyonu
- İmmunolojik reaksiyonlar
- Radyasyon
- Stres, sigara, alkol

4. Antioksidan sistemler nelerdir?

Enzimatik ve peptid savunma sistemi

- Katalaz ve Peroksidaz; Bir metalloenzim olarak bilinen katalaz enzimi redoks reaksiyonunu teşvik eden en etkili protein katalistlerinden birisidir (Larson 1988). SOD enzimi faaliyeti sonucunda meydana gelen toksik hidrojen peroksit (H2 O2), "katalaz" enzimi etkisiyle su ve oksijene dönüştürülmektedir (Duthie et al. 1989).

- **Superoksid dismutaz(SOD);** Bu enzim, süperoksit anyonunun (O2 -), hidrojen perokside (H2 O2)ve oksijene dönüşümünü katalize ederek bu radikallerin etkisini azaltmaktadır. Bu olayda SOD enziminin aktif bölgesini oluşturan Zn önemli bir mineraldir. Özellikle lipid peroksidasyonunun zararlı etkilerinden korunmada rol oynar.
- **Glutatiyon ve glutatiyon peroksidaz(GSH-Px),** glutatiyon redüktaz(GSH-red), glutatiyon transferaz(GSH-tr); Glutatiyon tüm hücrelerde bulunur. Özellikle antioksidan tüm enzimatik reaksiyonlarda görev alırken aynı zamanda radikal tutucu(scavenger) olarak da rol oynar. Glutatiyon enzim ailesi detoksifikasyon ve korunmada temel role sahiptir. GSH-Px aktivitesi için yapısında bulunan selenyuma ihtiyaç duyar.

Enzimatik olmayan savunma sistemi

Enzimatik olmayan savunma sisteminde ise endojen antioksidanlar; melatonin, seruloplazmin, transferrin, miyoglobin, hemoglobin, ferritin, bilirubin, glutatyon, sistein, metiyonin, ürat, laktoferrin, albümin vitamin yapıda ekzojen antioksidanlar; α-tokoferol (vitamin E), β-karoten, askorbik asit (vitamin C), folik asit (folat), polifenoller, mineraller, gıdalarda bulunan antioksidanlar ve ilaç olarak kullanılanlar rol oynar. Özellikle gıda kaynaklı olmayan protein antioksidanlar ise antimutajenik, antikanserojenik, antialerjik ve yaşlanma karşıtı etki göstermektedir.

Oksidatif hasar ile ilişkili hastalıklar nelerdir?

Normal metabolizma işleyişi sırasında üretilen ROS'lerinin temizlenememesi DNA, RNA, protein ve lipid hasarı; temelde normal yaşlanma sürecinin de sebeplerinden birisidir. Bunun yanında hastalıkların patofizyolojilerinde yer alan inflamasyon, erken hücresel ölüm, oluşan mutasyonlar ile başlayan karsinogenezis, klinikte metabolik, toksik, nörodejeneratif, malign hastalıkların gelişmesine yol açar. Bugünkü bilgilerimiz ışığında; diyabet, hipertansiyon, obezite, metabolik sendrom, aterosklerotik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar gibi metabolik, Alzheimer, demans, Parkinson gibi nörodejeneratif ve otoantikor oluşumu ile giden birçok otoinflamatuar olayın fizyopatolojisinde de oksidan stresin rol aldığı düşünülmektedir.

Oksidatif stresten nasıl korunabiliriz?

Temelinde ROS üretimi sadece ekzojen kaynaklı etkenler ile oluşmadığından oksidatif stresin oluşmaması ihtimal dahilinde değildir. O zaman oluşan bu hasarın temizlenmesinin güçlendirilmesi korunmada en önemli basamaktır.

5. Antioksidan sistemi güçlendirmenin yolları nelerdir?

Vücutta çalışan doğal savunma sistemleri (enzimatik reaksiyonlar) ve özellikle ekzojen yollarla alınan vitaminler(E vitamini, A vitamini, C vitamini, Nikotinamid adenine dinucleotid(NADH), koenzim Q10, esansiyel mineraller(Cu, Zn, Se, Mangan), aminoasitler(sistein, glutamin, glutatyon,methionin, taurin),hormonlar(alfa-karoten, beta-karoten, melatonin, likopen) ve bitkisel ürünler(yaban mersini, sarımsak, ginko biloba, yeşil çay, adaçayı, zerdeçal) önemli rol oynar. Bugün diyetin yaşlanma ve hastalıklar üzerinde düzenleyici rolü olduğu tartışılmaktadır. Beslenme uyumunun yanı sıra ekzojen olarak kullanılan destek ürünler, gerek biz hekimlerin gerek ise alternatif arayışında olan hastaların merak konusu olmakta ve bu konuda ciddi bir bilgi kirliliği bulunmaktadır.

Aşırı ağır egzersiz antioksidan üretimini uyarıcı rolünün yanında ROS üretimine yol açarak oksidatif stresi arttırırken, düzenli ve yorucu olmayan egzersizin oksidatif stresi belirgin azalttığı ve antioksidan üretimine yol açtığı savunulmaktadır. Bundan dolayı antioksidan düzenleyici mekanizmaların güçlendirilmesinde sedanter yaşamdan uzaklaşılması ve her yaşa uygun yoğunluk ve sürede düzenli egzersiz önerilmesi önemli bir yaklaşımdır.

6. Antioksidan destek ürünleri kime, nasıl, ne kadar?

Doğal yollardan alınan antioksidan etkili besinsel desteklerin miktar olarak özenle tüketilmesi ve özellikle etkileri kadar yan etkileri göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşlanma sürecinde genetik yapımız ve çevresel etkiler sonucu oluşan hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlarla da kullanılan destek ürünlerin ilaç etkileşimine girebileceği akılda bulundurulmalıdır.

Oksidatif stresin azaltılmasında ve dolayısıyla kardiovasküler, nörodejeneratif hastalıklarda temel tedavinin yanında yardımcı olarak kullanılmasının sağkalım ve hastalık yönetiminde etkili olabileceği savunulsa da yapılan çalışmalar arasında farklılıklar mevcuttur, bu nedenle de tedavideki rolü tartışmalıdır. Çalışmaların hasta popülasyonunun yaş gruplarının orta ve ileri olması, hastalarda birçok hastalığın tanı almış ve tedavi sürecinde olması antioksidan destek tedavilerin etkisinin değerlendirilmesinde kısıtlılık yaratabilir. Bunun yanında çoklu ilaç kullanımı olan hastalarda ilaç etkileşimleri ve antioksidan etkileri nedenli kullanılacak ekzojen destek ürünlerin de potansiyel etkileşimleri kaçınılmazdır.

Sonuç olarak

İç Hastalıkları uzmanları olarak yaşamın en başından itibaren düzenli beslenme, egzersiz ve uykunun öneminin vurgulanması, yaşam stresinin azaltılması, bunun yanında kendi yaş grubumuz olan sağlıklı kişilerde koruyucu hekimliğin esas alınarak sağlıklı hayatın sürdürülebilirliğinin sağlanması önemlidir. Hastalıklar oluşmadan önce, hastalık ve yaşlanmaya karşın oksidatif stresin azaltılması ve vücut direncimizin güçlendirilmesinde antioksidanlar yaşam biçimi olarak benimsenebilir.

Bugünkü bilgimiz ve kanıta dayalı uygulamalara göre hastaların temel tıbbi tedavilerinin devamlılığı önemlidir. Destek olarak kullanılacak antioksidan ürünlerin ise hastanın yaşı, mevcut hastalığı ve tedavide kullandığı ilaçlar gözden geçirilerek özenle seçilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Kamel NS, Gammack J, Cepeda O, Flaherty JH. Antioxidants and hormones as antiaging therapies: high hopes, disappointing results. Cleve Clin J Med. 2006 Dec;73(12):1049-56, 1058. Review.
2. Nawar, W.W 1996. Lipids in Food Chemistry, OR. Fennema (Ed), pp:225-319, New York.
3. Meydani M. Antioxidants and cognitive function. Nutr Rev. 2001 Aug;59(8 Pt 2):S75-80; discussion S80-2. Review.
4. Lavelli V, Peri C, Rizzolo A Antioxidant activity of tomato products as studied by model reactions using xanthine oxidase, myeloperoxidase, and copper-induced lipid peroxidation. J Agric Food Chem. 2000 May;48(5):1442-8.
5. McGinley C, Shafat A, Donnelly AE. Does antioxidant vitamin supplementation protect against muscle damage? Sports Med. 2009;39(12):1011-32.
6. Cooper JK. Nutrition and the brain: what advice should we give? Neurobiol Aging. 2014 Sep;35 Suppl 2:S79-83. doi: 10.1016/j. neurobiolaging. 2014.02.029.
7. Valko M1, Leibfritz D, Moncol J, Cronin MT, Mazur M, Telser J. Free radicals and antioxidants in normal physiological functions and human disease. Int J Biochem Cell Biol. 2007;39(1):44-84.
8. Fortmann SP, Burda BU, Senger CA, Lin JS, Whitlock EP. Vitamin and mineral supplements in the primary prevention of cardiovascular disease and cancer: An updated systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2013 Dec 17;159(12):824-34.

ROMATOLOJİDE SIK GÖRÜLENLER, AZ BİLİNENLER

Dr. Gökhan KESER
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Bu konuşmada romatoloji pratiğinde sık gördüğümüz bazı yanlışlık ve yanılgıların irdelenmesi ve bu konudaki güncel bilgilerin paylaşılması hedeflenmiştir. Konuşma özetinde de, üzerinde tartışılacak konuların bazıları madde madde verilecektir. Aslında bu maddelerin bazıları, romatoloji ile uğraşan tüm hocalarımız için ortak olsa da, bazı maddelerde değişik hocalarımız arasında öncelik veya içerik açısından farklılıklar olabilir. Sekiz sene kadar önce kaybettiğimiz hocamız Prof. Dr. Eker Doğanavşargil'in de yıllar önce bu konuyla ilgili belirlemiş olduğu bazı konu başlıkları vardı. Kendisini bir kez daha anmak için onun belirlemiş olduğu bazı yanılgılar ve didaktik cümleler de, özellikle bu konuşma özetine dâhil edilmiştir. Ortak amaç, sık yapılan bazı yanlışları ortaya koymak ve bunların doğrularını tartışma ortamında vermektir.

- C-Reaktif Protein (CRP) bir romatizma testi değildir. CRP yüksekliği mutlaka romatizmal bir hastalık olduğunu göstermez.
- Benzer şekilde romatoid faktör pozitifliği mutlaka romatoid artrit anlamına gelmeyeceği gibi, negatifliği de romatoid artrit tanısını dışlattırmaz.
- ASO titresindeki artış, ancak ve ancak hastanın kliniği akut romatizmal ateş (ARA) ile uyumluysa anlamlıdır; bunun dışında, yalnızca geçirilmiş bir A grubu beta-hemolitik streptokok enfeksiyonunu gösterir. Özel durumlarda da, daha yeni bir tanı olan post streptokoksik reaktif artrit akla gelmelidir.
- Hiperürisemi ile gut hastalığı aynı şey değildir. Örneğin, hiperüriseminin eşlik ettiği bir gonartroz olgusunda, gut hastalığı düşünülmemelidir. Diğer yandan, klinik olarak gut hastalığı düşünüldüğünde ise, ürik asit düzeyinin o anda normal bulunması tanıyı değiştirmez.
- Zaten sedimantasyon ve CRP düzeyleri çok yüksek olan bir olguda, serum amiloid A düzeyleri doğal olarak yüksek çıkacaktır ve maliyeti de göz önüne alındığında istenmemelidir.
- Tekrarlayan akut monoartrit atakları tanımlayan bir çocukta Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) de akla gelmelidir.
- Yalnızca oral ülser, genital ülser varlığında değil; eritema nodozum benzeri bir lezyonda, orşi-epididimit varlığında, nedensiz derin ven trombozlarında ve tekrarlayan gezici yüzeysel tromboflebit varlığında da, Behçet hastalığı aranmalıdır.
- Romatizma hastasında lökositoz varlığında, enfeksiyon düşünmeden önce kortikosteroid kullanıp kullanmadığı sorgulanmalı ve kortikosteroid tedavisine bağlı lökositoz ve nötrofili olabileceği bilinmelidir. Sistemik vaskülitlerde olduğu gibi, lökositoz aktif hastalığa (sistemik inflamasyona) da işaret edebilir.
- Topuk ağrısı ile gelen genç bir olguda mutlaka spondilartrit grubu bir hastalık aranmalıdır.
- Göz kuruluğu, ağız kuruluğu, Raynaud fenomeni veya serozit gibi bulguları olan genç bir kadında bağ dokusu hastalıkları araştırılmalıdır.
- Glomerulonefrit kliniği gösteren ileri yaşlı bir olguda, sistemik bir vaskülit söz konusu olabilir.
- Eritema nodosum bir hastalık değil, çeşitli hastalıkların seyrinde görülebilen ve etyolojisinin araştırılmasını gerektiren ve histolojisi septal panniküilit olan bir patolojidir.
- Kısa sürede sadece kortikosteroid tedaviyle geçirilemeyecek ve doz azaltılmasıyla alevlenme yaşanacak ciddi sistemik otoimmün hastalıklarda, riskli olacağı düşüncesiyle uygun immunosupresiv ve/veya hastalık modifiye ilaçları devreye sokmamak ve hastayı uzun süre sadece orta/yüksek doz kortikosteroid ile tedavi ettirmek çok daha risklidir ve tibbi bir hatadır.
- Uzun süredir kortikosteroid tedavisi alan bir hastada, ne amaçla olursa olsun, bu tedavinin aniden kesilmesi çok büyük bir yanlıştır. Örneğin ciddi bir enfeksiyonda, tüm diğer immunosupresiv ajanlar kesilmeli, ancak hastayı sürrenal yetmezliğe sokmayacak bir kortikosteroid dozunun devamına izin verilmelidir.
- Fibromiyalji primer olabileceği gibi, kronik bir hastalık zemininde sekonder de olabilir. Aslında mevcut tıbbi tedavi ile hastalık aktivitesinin kontrol altında olduğu romatoid artritli veya spondilartritli bir hastada sekonder fibromiyalji semptomlarının ortaya çıkması, primer hastalığın alevlenmesi şeklinde algılanırsa, bu durum tedavide bazı yanlışlıkların yapılmasına neden olabilir.

Bu örneklere yenilerini eklemek ve bu listeyi uzatmak mümkündür. Konuşma sırasında da, dinleyicilerden gelecek sorularla birlikte bu örneklere yenileri eklenecektir.

Hekim
Sözel Bildiriler

Hekim
Poster Bildiriler

PS-001

LÖKOSİTOKLASTİK VASKÜLİT İLE BAŞVURAN FALLOT TETRALOJİLİ BİR OLGU

Atalay Doğru[1], Yunus Ugan[1], Ahmet Ali Usta[2], Şevket Ercan Tunç[1], Mehmet Şahin[1]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Romatoloji Bilim Dalı
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.

Giriş: Lökositoklastik vaskülit küçük damarların inflamasyonu ile kendini gösteren bir hastalıktır. Enfeksiyonlar, ilaçlar, inflamatuar hastalıklar ve malignitelerle ilişkili olarak ortaya çıkabilmektedir. Bir grup hastada etiyolojide hiçbir neden tespit edilememektedir. Sıklıkla alt ekstremitede görülen palpabl purpura tipik özelliğidir. Nadiren üst ekstremite ve gövdede de döküntüler görülebilir.

Fallot tetralojisi siyanotik konjenital kalp hastalıkları içersinde en yaygın olanıdır. Konjenital kalp hastalıklarının %10' unu oluşturmaktadır. Etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Hikayede düşük doğum ağırlığı, gelişme geriliği, ani siyanotik hecme veya nöbetler yer almaktadır. Siyanoz ve hipoksiye bağlı bu bebeklere mor bebek denilmektedir. Burada Fallot tetralojisi nedeniyle takip edilen bir hastada ortaya çıkan lökositoklastik vaskülit olgusu sunulmaktadır.

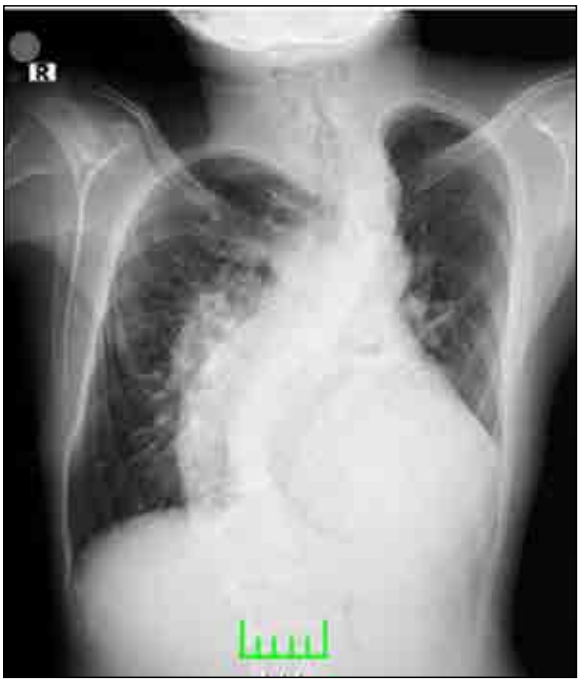
Olgu Sunumu: 23 yaşında erkek hasta bebeklik döneminde morarma, büyüme gelişme geriliği nedeniyle yapılan tetkiklerde Fallot tetrolojisi tanısı konulmuş. Kardiyoloji poliklinik takibine devam eden hastanın 2 gün önce başlayan sol ön kolda ve dirsekte, ayaklarda kırmızı döküntüleri olması üzerine Dermatoloji polikliniğine başvurmuş. Kol ve bacaklarda purpurik döküntüler saptanan hasta Romatoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Hastanın hikayesinde ilaç kullanımı yoktu. Enfeksiyon düşündürecek öksürük, balgam, idrarda yanma, ishal, karın ağrısı, ateş saptanmadı. Fizik muayenesinde sağ dirsekte aktif artrit, sol ön kol, dirsekte ve her iki ayakta peteşial-purpurik döküntüler tespit edildi. Hastanın muayenesinde splinter hemoraji, osler nodülleri, janeway lezyonları gibi infektif endokarditi düşündürecek bulgu saptanmadı. Fakat hastanın konjenital kalp hastalığı hikayesi olması nedeniyle ekokardiyografi ile değerlendirildi. Ekokardiyografide geniş VSD, sağ ventrikül hipertrofisi, orta mitral yetmezlik, ileri aort yetmezliği, pink fallot tetralojisi ile uyumlu bulgular saptandı. Vejetasyon saptanmadı. Laboratuar tetkiklerinde sedimantasyon:57, CRP: 60 mg/L, WBC:10400, Hg:18 gr/dl, Platelet: 350000 saptandı. ANA, ANCA, C3, C4, kryoglobulin, tam idrar tetkikinde patolojik bulguya rastlanmadı. Hastaya lökositoklastik vaskülit + artrit öntanısı ile metilprednizolon 16 mg 1x1 başlandı. Takiplerde hastanın cilt bulgularında ve artrit şikayetinde gerileme oldu. Steroid dozu azaltılarak kesildi. Hastanın şikayetleri 2 aylık takipte tekrar etmedi. Hastanın 2 ay sonra kardiyak nedenlerle (aritmi?, myokard enfarktüsü?) exitus olduğu öğrenildi.

Sonuç: Lökositoklastik vaskülit postkapiller immün kompleks depolanması ile karakterize bir bozuktur. Kutanöz vaskülitlerin %30-40 idiopatik, %22 çoğunlukla üst solunum sistemi olmak üzere infeksiyonlara, %20 ilaçlara, %12 bağ dokusu hastalıklarına, %10 Henoch-Schönlein purpurası ve %5 malignite ve primer sistemik vaskülitlere bağlı olduğu saptanmıştır. Olguların %60' ı akut, kendi içinde sınırlı ve tek atak gösterir. Altta yatan etiyolojinin belirlenmesi hastalık seyrini ve tedaviyi yönlendirirebilir. Küçük damar vasküliti düşündüren tüm olgularda özellikle de sistemik bulguların eşlik etmediği deriye sınırlı vaskülit tablolarında ilaç, enfeksiyon, malignite etiyolojide mutlaka düşünülmeli ve hastalar bu yönden titizlikle sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimler: Fallot Tetralojisi, Lökositoklastik vaskülit



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-002

KRONİK SPONTAN ÜRTİKER TEDAVİSİNDE OMALİZUMAB: TEK BİR MERKEZİN TECRÜBESİ

Pamir Çerçi[1], Seda Altıner[1], Didem Şahin[2], Göksal Keskin[1], Ümit Ölmez[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İmmünloji ve Allerji Hastalıkları Bilim Dalı
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: Kronik spontan ürtiker (KSÜ), toplumun yaklaşık %0.5-%1'ini etkileyen bir hastalıktır. 6 haftadan uzun süren kaşıntı ve döküntüler ile izler. Bir humanize anti-immunoglobulin E monoklonal antikoru olan omalizumab, KSÜ'nün tedavisinde kullanılır ve 2014 yılındaki Amerikan kılavuzlarda kendine dördüncü tedavide yer bulmuştur. Ürtikerdeki etki mekanizması net olarak aydınlatılamamış olsa da astım hastalarında serbest IgE düzeyini azaltarak ve mast hücrelerindeki IgE reseptörlerini (FcεRI) down-regüle ederek etki gösterir. Etkinliği 12-16 hafta içerisinde başlar.

Mevcut çalışmamız, KSÜ tanısıyla omalizumab alan hastalarda ilacın etkinliğini ve tolerabilitesini araştırarak bir gerçek hayat verisi sağlamayı amaçlamaktadır.

Hastalar ve Method: Tek merkezli retrospektif bir çalışma dizaynı tarafımızca omalizumab tedavisi uygulanan hastaların verilerini inceledik. Tedaviye yanıtı başlangıçta ve 12. hafta sonunda doldurmuş oldukları 7 günlük ürtiker aktivite skoru (ÜAS-7) anketleri ile değerlendirdik.

Bulgular: Çalışma grubu 24 hastadan oluşturuldu. Omalizumab başlanmadan önceki KSÜ süresi 3.2 ± 5 yıldı (Tablo 1). Bütün hastalar kullandığı tedavilere yanıtsızdı.

Omalizumab tedavisinde henüz 12. haftayı tamamlamayan üç hasta yanıt değerlendirilmesinde analiz dışı bırakıldı. 21 hastanın 19'unda (%90.5) omalizumab tedavisi sonrası KSÜ semptomlarının azaldığı anlaşıldı. Toplamda 13 (%61.9) hastada tam yanıt, 6 (%28.6) hastada kısmi yanıt alındığı görüldü. İki (%9.5) hasta ise tedaviye yanıtsızdı (Şekil 1).

Analize alınan 21 hastanın başlangıç ÜAS-7 değerinde anlamlı azalma saptandı (Tablo 2). Kliniğimizde yapılan toplam 204 doz enjeksiyonda herhangi bir reaksiyon yaşanmadı.

Tartışma: Omalizumabın, yanıt değerlendirilmesi yapılan hastalarımızın büyük kısmında etkili olduğunu bulduk. Vaka grubumuzda omalizumaba yanıt oranı yüksekti: %90.5 (19/21). Bu hastaların 6'sı (%31.5) kısmi, 13'ü (%68.5) tam yanıt verdi. Yanıtsız olan sadece 2 (%9.5) hasta vardı.

Omalizumab KSÜ tedavisinde etkili ve güvenli bir tedavi yöntemi olarak son zamanlarda sıkça kullanılmaya başlanmıştır. Maurer ve ark.'ın yaptığı bir çalışmada, ürtiker plaklarının iyileştiği hasta oranları; plasebo, 150 mg/ay omalizumab ve 300 mg omalizumab için sırasıyla %10, %23 ve %53 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda 10/15 (%66) hastada tam yanıt alırken, bu oran 150 mg/ay grubunda 2/6 (%33) idi. ÜAS-7 değerlerini incelediğimizde, aylık 300 mg tedavi alan grubun aylık 150 mg alan gruba göre daha iyi yanıt verdiği sonucuna vardık.

Bugüne kadar yayınlanmış çalışmalarda omalizumab tedavisi kesildikten sonra hastaların büyük bir kısmının 6 ay içinde tekrar semptomatik olduğu raporlanmıştır. Ancak mevcut çalışmamızda omalizumab tedavisi kesildikten sonra tekrar semptomatik hastalar olduğu gibi 1 yıla kadar asemptomatik izleyen hastalar da mevcuttur.

Çalışmamızda bazı kısıtlamalar bulunmaktadır. Küçük hasta grubu, retrospektif dizayn ve tedavi açısından standart bir izlem ve uygulama prosedürünün olmaması bunlar arasında sayılabilir.

Sonuç: Orta ve ciddi KSÜ tedavisinde omalizumabı, etkisi hızlı başlayan ve remisyonu idame ettirebilen etkili ve güvenli bir ilaç olarak değerlendirdik. Çalışmamızda kaydını tutmamış olsa da hastalardan gelen geri bildirim sonucu omalizumab tedavisi ile hastaların kortikosteroid kullanımlarının azaldığına inanmaktayız. Omalizumab alan hastalarda diğer H1 antihistaminiklerin kesilmesi için protokoller oluşturulması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimler: omalizumab, kronik spontan ürtiker, allerji, immunoloji, anti IgE



Şekil 1.

Tablo 1. Hastaların ÜAS-7 skorlarındaki değişim

Tedavi Dozu	Başlangıç ÜAS-7	12. Hafta ÜAS-7	p
Aylık 300 mg (n=15)	34.80	11.87	<0.005
Aylık 150 mg (n=6)	35.83	12.83	=0.005
Toplam (n=21)	35.10	12.14	<0.005

Tablo 2. Hastaların Karakteristik Özellikleri

	Hasta Sayısı (n=24)
Cinsiyet (Kadın %)	16 (%66.7)
Yaş (Yıl)	41 ± 12
Hastalık Süresi (Yıl)	3.2 ± 5
IgE Ortalama Seviyeleri	101 ± 122 (n=20)
Diğer Hastalıklar	
Alerjik Rinit	3 (%12.5)
Astım	5 (%20.8)
Almakta Olduğu Tedaviler	
Yüksek Doz Antihistaminik	24 (%100)
Yüksek Kortikosteroid	19 (%79)
Montelukast	15 (%62.5)
Siklosporin	4 (%16.7)
Omalizumab Tedavisi	
150mg/ay	6 (%25)
300mg/ay	18 (%75)

PS-003

PLAZMA DEĞİŞİMİNDEN DRAMATİK FAYDA GÖREN AKTİF BİR SİSTEMİK LUPUS VE RABDOMİYOLİZ OLGUSU

Seda Tutluer Altıner, Pamir Çerçi, Göksal Keskin, Ümit Ölmez

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Allerji ve Klinik İmmünoloji Bilim Dalı

Giriş: Sistemik lupus eritematozus (SLE), kronik, sebebi bilinmeyen, otoimmün karakterli, birçok organ ve sistemi tutan bir bağ dokusu hastalığıdır. Terapötik plazma değişimi (TPD) kandaki patojenik bir madde veya bileşenleri ortadan kaldırarak morbiditeye neden olan durumların tedavisinde kullanılan bir ekstrakorporeal tedavi yöntemidir. TPD seçilmiş SLE hastalarında uygun bir yardımcı tedavi olabilir. Rabdomiyoliz olgularında TPD'nin rolü tartışmalı olmakla birlikte faydalı olduğu vakalar bildirilmiştir. Burada, literatürde eşine az rastlanan renal, kardiyak ve nörolojik tutulumla beraber rabdomiyolizi olan genç bir lupus olgusu ve TPD'ye verdiği dramatik yanıt tartışılmaktadır.

Olgu: 23 yaşında kadın hasta üç yıl önce lupus miyokarditi ve Klas III lupus nefriti tanısı ile izlenirken yüksek doz steroid ve siklofosfamid tedavisi başlanmış ancak siklofosfamid ile anafilaksi gelişmiş. Son üç yıl içinde hasta psikososyal problemleri nedeni ile tıbbi takip ve tedavisini bırakmış. Mekezimize nefes darlığı, vücutta yaygın ödem ve idrar miktarında azalma şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde pretibial ödem, akciğerde raller, kalpte S3+ ve S4+, takipneik, taşikardik, hipoksemik ve hipertansif olduğu kaydedildi. Hastanın yapılan tetkiklerinde; Hb: 8,3 g/dL, Sedimantasyon 85 mm/saat Kan Üre Azotu (BUN) 105 mg/dL, Kreatinin 4,61 mg/dL (bazal değer 1,5 mg/dL), Albümin 2,3 g/dL, C3 0,469 g/L (0,9 - 1,8) C4 0,0853 g/L (0,1 - 0,4) idrarda protein: 3480 mg/gün

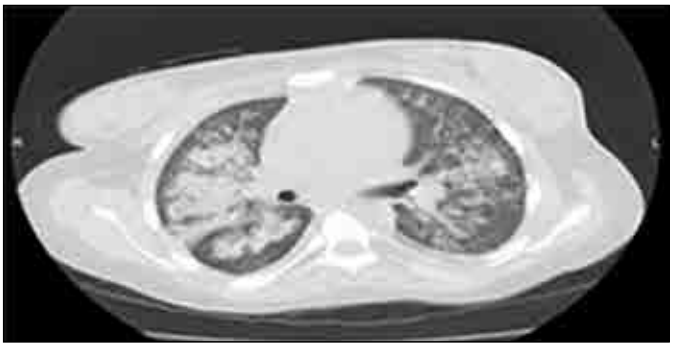
Ekokardiyografi (EKO): Tüm kalp boşlukları geniş, sol ventrikül fonksiyonları ileri hipokinetik, Ejeksiyon fraksiyonu (EF) %10-15. Perikardiyal effüzyon, mitral kapak arka yaprakta Libman-Sacks endokarditi ile uyumlu görünüm

Hastaya lupusa bağlı nefrit, pankardit tanısıyla 1g/gün (3 gün) metilprednizolon başlandı. Siklofosfamid anafilaksi öyküsü nedeniyle verilemedi. Üremi ve hipervolemi için hemodiyalize alındı. Takibinde AST ve LDH yüksekliği, eşlik eden kas güçsüzlüğü ve kas ağrısı oldu. Kreatin Kinaz (CK) 3707 U/L saptandı. Hastaya rabdomiyoliz tanısı kondu. Etiyolojik olarak üriner enfeksiyonu (ESBL+ E.coli üremesi),almakta olduğu daptomisin gibi antibiyotiklerin rol oynayabileceği düşünüldü. Hasta 7 günlük TPD tedavisine alındı. İşlem esnasında perioral uyuşma ve karpopedal spazmdışında komplikasyon olmadı. Kalsiyum replasmanına yanıt verdi. Bir hafta sonunda hastanın idrar çıkışı arttı. Kreatinin 1,3-1,4mg/dL düzeylerinde stabil izledi. Hemodiyaliz ihtiyacı olmadı. Kontrol amaçlı yapılan EKO'da EF'nin %35-40 seviyesine yükseldiği görüldü.

Tartışma: SLE'de TPD uygulamasının yararına ilişkin veriler çelişkilidir ve az sayıda kontrollü olmayan çalışmalara dayanır. En sık komplikasyonlar hipokalsemi (%0,8) ve alerjik reaksiyonlardır (%0,5). TPD, organı veya yaşamı tehdit edici komplikasyonları olan, yüksek doz steroid ve sitotoksik ilaçların başarısız ya da kontrendike olduğu seçilmiş SLE hastalarında yararlı bir ek tedavi yöntemidir. Rabdomiyoliz kas nekrozu ve dolaşıma kas içi bileşenlerinin salınımı ile karakterizedir. Literatürde, lupus eritematozus ile ilişkili rabdomiyoliz sadece altı vakada bildirilmiştir.Rabdomiyolizde TPD'nin kullanımına ilişkin veriler anektodal tarzda olmakla birlikte fayda gören vakalar bildirilmiştir.

Sonuç: TPD, hayatı tehdit eden komplikasyonları olan seçilmiş SLE vakalarında akılda tutulmalıdır. Bunun yanında rabdomiyoliz gibi TPD'den fayda sağlanacağı öngörülen ek medikal sorun varlığında işleme başlamak için daha cesaretli olunmasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimler: Sistemik lupus eritematozus, Rabdomiyoliz, Töropetik plazma değişimi, Standart tedaviye dirençli lupus nefriti, Lupus pankarditi, Siklofosfamid allerjisi



Şekil 1. Pulmoner ödem ve Pnömosistis carini pnömonisi ile uyumlu BT görüntü

PS-004

İLERİ YAŞTA ORTAYA ÇIKAN PRİMER EDİNİLMİŞ ANJİYOÖDEM OLGUSU

Duygu Şak[1], Füsun Erdenen[1], Mustafa Büyükünlüer[1], Fatma Eda Nuhoğlu Kantarcı[1], Esma Güldal Altunoğlu[1], İlker Nihat Ökten[1], Suna Büyüköztürk[2], Aslı Gelincik[2], Mustafa Taner Gören[3], Aysun Aksoy[4]

[1]İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Allerji Bilim Dalı
[3]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bili Dalı
[4]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Edinilmiş Anjiyoödem (EAÖ), serum C1 Esteraz inhibitör (C1-INH) eksikliği sonucu görülen nadir bir hastalıktır. Sıklıkla cilt, gastrointestinal sistem (GİS) ve solunum sisteminde ödem atakları ile presente olur. Larenks ödemi gibi fatal komplikasyonlar görülebilir.EAÖ malign, lenfoproliferatif ya da otoimmun hastalıklara sekonder gelişebilir. Etyolojide Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim inhibitörleri kullanımı ve östrojen seviyesini etkileyen durumların da rol oynadığı gösterilmiştir. Biz de değişik bir klinik tablo ile ileri yaşta ortaya çıkan bir EAÖ vakasını tartışmayı amaçladık.

Olgu: 79 yaşında erkek hasta, birkaç aydır olan ve tekrarlayan, beslenme, egzersiz ya da herhangi bir etkenle provake olmayan nefes darlığı ve dilde şişme şikayetleri ile acile başvurdu. Ciddi larenks ödemi nedeniyle entübe edildi. Mekanik ventilasyon ihtiyacının ortadan kalkması sonrası yatırıldı. Özgeçmişinde tip 2 Diyabetes Mellitus dışında hastalığı yoktu. 20 yıldır Metformin ve Gliklazid kullanmaktaydı. Alerji öyküsü ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede dil, oral mukoza ve uvula ödemi dışında patolojik bulgu izlenmedi. Laboratuvarında; Hb:11.2 g/dl, WBC:6500/mm^3, PLT:163000/mm^3 idi. Biyokimyasal parametreleri normal saptandı. Hepatit serolojisi, ESR, CRP düzeyleri normal olan hastanın C4 düzeyi bakıldı; 1.67 mg/dl (10-40) bulundu. Bu bulgularla ve ileri yaşı nedeniyle hastada öncelikle EAÖ düşünüldü. C1-INH düzey ve aktivitesi ölçülmek üzere kan örneği alındı. Sekonder nedenleri araştırmak için yapılan periferik yayması, serum- idrar immun elektroforezleri, ANA, Anti ds DNA düzeyleri normal saptandı. Karın ultrasonografisinde her iki böbrekte basit kistler saptandı. Direk akciğer grafisinde sağ hiler bölgede dansite artışı izlendi. Toraks tomografisi çekildi patoloji saptanmadı. Özefagogastroduodenoskopisinde özefagus divertikülü, kolonoskopisinde divertiküller, internal ve eksternal hemoroidler saptandı. Hastanın C1-INH düzeyi 10.4 mg /dl (21-39) C1-INH fonksiyonu %7 (70-130) olarak sonuçlandı ve tanıyı doğrulama amaçlı C1q düzeyi bakıldı. C1q düzeyi de düşük saptanan hastaya, ileri yaşı ve aile öyküsünün olmaması nedeni ile EAÖ tanısı koyuldu. Tedavisine öncelikle Danazol ile başlandı. Bir süre sonra atakların sıklaşması üzerine C1-INH replasman tedavisine başlandı. Takipleri sırasında senkop, bulantı ve kusmaları ortaya çıktı. Nörolojik açıdan patoloji saptanmayan hasta kardiyolojik açıdan değerlendirildi. Kardiyak patoloji saptanmadı. Senkopların anjiyoödem nöbetleri başlangıcında ortaya çıkan şiddetli gastrointestinal semptomların tetiklediği nöral refleks mekanizmalara bağlı olduğu kanaatine varıldı. Bulantı kusması da ataklar sırasında GİS de oluşan ödeme bağlandı.

Sonuç: Nadir görülen bir hastalık olan EAÖ çoğunlukla otoimmün hastalıklara, paraneoplastik sendromlara ve ilaç kullanımına sekonder gelişmektedir. Bu olgu altta yatan bir neden bulunmaması, ileri yaşta ortaya çıkması ve birçok sistemi etkileyen ataklarla prezente olması ile dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimler: İleri Yaş, Edinilmiş Anjiyoödem, C1 Esteraz İnhibitör

PS-005

ÖLÜMÜN EŞİĞİNDEKİ LEZZET: KREMALI MANTAR ÇORBASI

Erol Arslan, Ali Kılınç, Adem Aydın, Şeref Demirbaş, Kenan Sağlam

İç Hastalıkları Bilim Dalı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, Türkiye

Giriş: Anafilaksi önceden duyarlı kişilerde ortaya çıkan akut, potansiyel olarak yaşamı tehdit eden alerjik reaksiyondur. İnsidansı endüstriyel gelişme ile birlikte artmaktadır. Tüm nedenlere bağlı yaşam boyu yaygınlığı genel popülasyonda yüzde 0.05 ve 2'dir. Hazır gıda tüketiminin yaygınlaşması önemli bir faktör olarak kabul edilebilir. Literatürde çeşitli mantar türlerine karşı tanımlanan anafilaktik reaksiyonlar olsa da kremalı mantar çorbası sonrası reaksiyon gelişen, yirmi yaşındaki olgumuzu, farkındalığı artırmak amacı ile sunmayı amaçladık.

Olgu: Takipli olduğu herhangi bir hastalığı olmayan yirmi yaşındaki erkek hastada, kremalı mantar çorbası yedikten yarım saat sonra; öksürük, nefes darlığı, kaşıntı başlamış. Vücutta yaygın döküntü, kramp tarzında karın ağrısı, bulantı kusma gelişen hasta acil sevişe getirilirken bayılmış. Acil serviste fizik muayenesinde; laterji, yaygın ürtikeryal lezyonları, uvula ve periorbital ödemi gözlenmişti. Hipotansiyon, taşikardi (AKB:60/40 mmHg, Nb:140 v/dk), stridor, takipne diğer bulgulardı. Hasta acilen monitörize edildi, 10 litre/dk hızında maske aracılığı ile oksijen desteği sağlandı. 0.5 mg adrenalin intramüsküler uygulandı. 1000 cc izotonik mayi intra venöz hızlı infüze edildi. Sistolik kan basıncında beklenen artış gözlenmeyen hastanın durumu refrakter hipotansiyon olarak kabul edildi ve 5 mcg/dk' dan epinefrin infüzyonu başlandı. Solunum bulguları ve cilt lezyonları gerileyen, vital bulguları stabil hale gelen hastada vazopresör desteği sonlandırıldı. Geç faz reaksiyonunu önlemek için başlanan kortikosteroid ve antihistaminik tedavi 3 gün sürdürüldü. Reaksiyondan muhtemel sorumlu olan besin maddesi temin edilemediğinden spesifik inceleme yapılamadı. Serum immünglobulin E düzeyi 107 IU/L saptanan hastada potansiyel alerjik gıdaları belirlemek amacıyla ileri laboratuvar inceleme yapıldı. Hiçbir pozitif reaksiyon saptanmadı. Hasta anaflaksi belirti ve bulguları hakkında bilgilendirildi, olası alerjik gıdalardan uzak kalması tavsiye edildi. Benzer bir durumla karşılaştığında yapması gerekenler ayrıntılı bir şekildi anlatıldı ve kişiselleştirilmiş anaflaksi acil eylem planı ile taburcu edildi.

Sonuç: Anafilaksi, erken tanı ve tedavinin hayati öneme sahip olduğu görülme sıklığı hızla artan klinik bir durumdur. Birinci basamak sağlık çalışanlarının da dahil olmak üzere tüm hekimler, anafilaktik reaksiyonda erken tanı ve tedavinin öneminin yanında kremalı mantar çorbasının da reaksiyona yol açabileceğini akılda bulundurmalıdırlar.

Anahtar Kelimler: Anafilaksi, kremalı mantar çorbası.

PS-006

NADİR BİR KRONİK İSHAL SEBEBİ OLARAK YAYGIN DEĞİŞKEN İMMÜN YETMEZLİK OLGUSU VE TOTAL PROTEİN–ALBUMIN ORANININ ÖNEMİ

Erol Arslan, Şeref Demirbaş, Musa Barış Aykan, Kenan Sağlam

İç Hastalıkları Bilim Dalı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, Türkiye.

Giriş: Kronik ishal, dört haftadan uzun süren ishal olarak tanımlanmaktadır. Etyolojisinde irritabl bağırsak hastalığı, inflamatuar bağırsak hastalıkları, malabsorbsiyona yol açan hastalıklar ve diğer durumlar olabilir. Total protein–albümin oranı bir çok hastalığın tanısında işe yarayan bir göstergedir. Burada kronik ishalli bir olguda total protein–albümin oranından yararlanılarak ileri tanıya gidilen yaygın değişken immün yetmezlik olgusunu sunacağız.

Olgu: 25 yaşında erkek hasta ishal ve sık üst solunum yolu enfeksiyonu geçirme şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Anamnezine göre ishal yakınması çocukluk çağından itibaren günde 5-6 defa olan, sulu, kansız-mukussuz şekildeymiş. Ailesinde immün yetmezlik tanısı olan birey bulunmuyormuş. Hasta kliniğe başvurusunda demir eksikliği anemisi yüzünden oral demir replasman tedavisi altındaydı. Hastanın ishal yakınması ile başvurduğu dış merkez sağlık kuruluşunda yapılan tetkiklerinde albümin 4.8 gr/dl iken total protein: 5.7 gr/dl olarak saptanmış. İshal şikayeti ile beraber olası globülin düşüklüğü nedeniyle immün yetmezlik durumları düşünülerek kliniğimize yönlendirilmişti. Fizik muayenesinde vital bulguları stabil, post nazal akıntısı vardı, akciğer seslerinde kabalaşma ve bağırsak seslerinde artış saptandı. Laboratuvarda Bk: 4.430/mm^3, Hgb: 15.5 gr/dl, Plt: 234 000 /mm^3, albümin 4.55 gr/dl, total protein 5.92 gr/dl olarak saptandı. Gaita parazitoloji, salmonella tüp aglütinasyon testi, anti gliadin ve transglutaminaz antikorları ile gaitada gizli kan testleri negatif saptandı. Protein elektroforezinde gama bandı %1.9 (10.6 – 19.2) olarak düşük saptandı. Total Ig E 0.35 ıu/ml (0 -80) olarak alt sınıra yakın saptandı. Dış merkezde yapılan tetkiklerinde Ig A, Ig G, Ig E, Ig M düzeyleri düşük saptanmıştı. Kolonoskopi ile alınan biyopsi sonuçları non-spesifik inflamasyon bulguları olarak gelmişti. Akciğer HRCT'sinde bronşiektazi izlenmedi. Hasta İmmünoloji Kliniği tarafınfan Yaygın Değişken İmmün Yetmezlik (YDİY) olarak kabul edildi. Hastaya başlanan meselazin tedavisi ile ishal yakınması geriledi. YDİY yönünden IVIG tedavisi başlandı. Yakınmaları gerileyen hasta kontrollerine gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: İshal yakınması birinci basamakta en sık karşılaşılan problemlerden birisidir. Kronik ishal olduğu düşünülen olgularda tanıda kullanılabilecek bir çok test vardır. Albümin ve total protein düzeyleri rutin biyokimya tetkiki içerisinde yer almaktadır. Kronik ishalli olgularda total protein albümin oranlarının göz önüne alınması ve dikkatle değerlendirilmesi ayırıcı tanı açısından değerlidir.

Anahtar Kelimler: Kronik ishal, yaygın değişken immün yetmezlik, total protein–albümin oranı

PS-007

THALASSEMİA MİNÖR VE İNSÜLİN DİRENCİ İLİŞKİSİ

Aysun Işıklar[1], Kubilay Karşıdağ[2]

[1]*Üsküdar Devlet Hastanesi*
[2]*İstanbul Tıp Fakültesi*

Amaç: Genetik geçişli thalasseamia grubu kan hastalıklarının minör alt gruplarında insülin direncini değerlendirmek

Yöntem: 30 thalasseamia minör ve 30 (cins-yaş-öykü eşleşmesi yapılmış) kontrol grubuna oral glukoz tolerans testi (OGTT) yapıldı, 0., 30., 60., 90. ve 120. dak. glukoz ve insülin değerleri ölçüldü.

Bulgular: İnsülin sensitivite ve insülin salınım indeksi hesaplandı. Yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ) ve öykü arasında anlamlı fark bulunmadı. Genel olarak her iki grup arasında insülin direnci parametreleri arasında istatistiksel bir anlam saptanmadı. Thalassemia minör alt grubunda VKİ >25 kg/ m^2 olanlarda, insülin direnci, VKİ <25 kg/ m^2 olanlara kıyasla doğal olarak daha belirgindi "Homeostasis Model Assesment Insulin Resistance" (HOMA-IR) p=0.005, "Tüm Vücut İnsülin Duyarlılık İndeksi" (TVİDİ) p=0.011. Kontrol alt grubunda HOMA-IR p=0.056 sınırda bir değer iken, TVİDİ p=0.012 bulundu. Hasta ve kontrol alt gruplarının CRP düzeylerinin artmış VKİ ile ilişkisi olduğu görüldü.

Sonuç: Bizim verilerimize göre insülin direncinin thalasseamia minör ile doğrudan ilişkisi yoktu ancak, artan VKİ'nin iki grubun alt grupları arasında beklenildiği gibi ilişkili olduğu görüldü.

Anahtar Kelimler: thalasseamia, thalasseamia minör, insülin direnci

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun demografik özellikleri

Özellikler	Kontrol	Hasta	P değeri
YAŞ	36.5 (23-59)	34.5 (18-70)	<0.859
KİLO	69 (47-97)	69 (49-98)	<0.673
BEL	83.77±11.1	82.87 (84-108)	<0.763
BOY	160.87±7.0	164.33±11.8	<0.083
CRP	2.40±2.7	1.47±1.3	<0.444
RBC	4.61±0.4	5.33±0.5	<0.000
HGB	13.41±1.2	11.95±4.2	<0.000
MCV	88.2 (79.2-98.8)	65.55 (56.4-76.3)	<0.000
RDW	15.45±1.4	17.95±2.3	<0.000
VKİ	26.10±5.8	24.48±4.8	<0.367

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun insülin direnci parametreleri

Parametreler	Kontrol	Hasta	P değeri
HOMA-İR	1.05±0.5	1.11±0.5	0.451
HOMA-βc%	86.09±27.9	99.11±34.2	0.145
HOMA-S%	118.33±53.8	113.59±60.5	0.451
TVİDİ	4.04±2.3	4.87±2.6	0.152

PS-008

TİP 2 DİYABET HASTALARINDA SAXAGLİPTİN+METFORMİN TEDAVİSİNİN KAN GLİKOZ, HBA1C, LİPİD VE KİLO DEĞİŞİMİNE ETKİSİ

Lezan Keskin[1], İrem Pembegül Yiğit[2], Cenk Başaran[3]

[1]*Endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları kliniği, Malatya Devlet Hastanesi,Malatya*
[2]*Nefroloji ve Hipertansiyon Kliniği, Malatya Devlet Hastanesi,Malatya*
[3]*Nöroloji kliniği, Malatya Devlet Hastanesi,Malatya*

Amaç: Saxagliptin, tip 2 diyabet hastalarında metformin ile kombinasyon tedavilerinde tercih edilen yeni bir oral antidiyabetik ilaçtır. Çalışmamızda tip 2 diabetes mellitus(DM) hastalarında metformin ile kombine edilmiş saxagliptin uygulamasının kan şekeri, Hba1c, lipit parametreleri ve kilo değişimleri üzerine etkisini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza hastanemiz Endokrinoloji ve Metabolizma hastalıkları polikliniğine başvuran, daha önce DM tanısı almış,tek doz metformin ile yeterli glisemik kotrol sağlanamamış 98 hasta dahil edildi. Tüm olgulara saxagliptin 5 mgr/gün (sabah, tekdoz) ve metformin 2x1000 mgr/gün (sabah, akşam) başlandı. Tedavinin 12. Haftasında açlık kan şekeri(AKŞ), tokluk kan şekeri(TKŞ), Hba1c, total kolesterol, LDL kolesterol, HDL kolesterol, kilo ve vücut kitle indeksi(VKİ) düzeyindeki değişim incelendi.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen 98 hastanın 46'sı kadın(%46,93) ve 42'si erkekti(%53,07).Hastaların yaş ortalaması 47.21±17.4, diyabet yaşı ise 9.12 ±4.35 idi. Hastaların 12. Hafta sonunda açlık kan şekeri (268.55±47.49 / 102.45±359.24, p<0.001), tokluk kan şekeri (449.68±78.24 /211.46±25.16, p<0.001), total kolesterol (345.32±52.16/201.79±18.39,p<0.05), LDL- kolesterol(196.42±35.28 /119.23±24.34, p<0.05) anlamlı azalma gözlendi. HDL kolesterol düzeyindeki artış (48.31±19.41/ 59.21±16.12, p<0.005) ise anlamlı olarak değerlendirildi. Hastaların kilo değişimlerinde (88.24±21.11/ 80.82±24.26) ve VKİ(42.20±09.41/33.39±19.29) ise başlangıca göre azalmış ancak bu değişim anlamlı değildi.

Sonuç: Metformin monoterapisi ile yeterli glisemik kontrol sağlanamayan hastalarda,saxagliptin ve metformin kombinasyon tedavisinin kan şekerleri ve lipid parametreleri üzerindeki olumlu etkileri uzun dönemde gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi nedeni ile uygun hastalarda tedavide tercih edilebilir olarak değerlendirilmiştir

Anahtar Kelimler: saxagliptin,diyabet, obezite, lipid

PS-009

TİROİD NODÜLLÜ OLGULARDA İNCE İĞNE ASPİRASYON BİYOPSİ SONUÇLARIMIZIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe Türkarslan[1], Esin Beyan[1], Murat Eser[1], Canan Yıldız[1], Derun Taner Ertuğrul[1], Kürşat Dal[1], Mustafa Altay[1], Gülçin Şimşek[2]

[1]Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

Amaç: Tiroid nodüllerinin değerlendirilmesinde maligniteyi öngörmede klinik özellikler dışında ultrasonografi ve tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisinin (İİAB) yeri çok önemlidir. Hastaları cerrahiye yönlendirirken İİAB'ın yanlış pozitiflik ve yanlış negatiflik oranlarını bilmek gereklidir. Bu çalışmada tiroid nodülü olan hastalarımızın sitolojik ve histopatolojik sonuçları değerlendirilerek hastanemizin İİAB sensitivitesi ve spesifitesi araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği ve Endokrinoloji polikliniklerinde izlenen, yeterli veriye sahip 1492 hastanın İİAB sonuçları ile cerrahi uygulanan hastaların histopatolojik sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 51,31 ± 13,69 olan 1230 (%82,4) kadın ve yaş ortalaması 57,17 ± 12,57 olan 262 (%17,6) erkek hasta alındı. İki grup arasında yaş bakımından farklılık yoktu. Olguların 726'sı (%48,6) soliter nodüler guatr, 766'sı (%51,4) multinodüler guatr idi. İİAB sonuçlarına göre 1492 hastanın 132'sinde (%8,8) tanısal olmayan sitoloji, 1225'inde (%82,1) benign sitoloji, 38'inde (%2,5) önemi belirsiz atipi, 47'sinde (%3,2) kuşkulu malign sitoloji, 48'inde (%3,2) papiller karsinom, 1 hastada (%0,1) folliküler karsinom, 1 hastada (%0,1) anaplastik karsinom rapor edildiği gözlendi. İİAB sonuçlarının cinsiyete göre dağılımı farklı değildi (p >0,05) (Tablo 1).

Değerlendirilen olguların 101'ine cerrahi operasyon uygulandığı, cerrahi uygulanan 101 hastanın 83'ünün (%82,2) kadın, 18'inin (%17,8) erkek olduğu görüldü. Cerrahi histopatoloji sonucu benign raporlanmış 66 hastanın (%65,3) 53'ü kadın (%80,3), 13'ü erkekti (%19,7). Cerrahi histopatoloji sonucu malign gelen 35 hastanın ise (%34,7) 30'u kadın(%85,7), 5'i erkekti (%14,3). Cerrahi histopatoloji sonuçları değerlendirildiğinde erkekler ve kadınlar arasında benign-malign histopatoloji açısından anlamlı farklılık yoktu (p >0,05) (Tablo 2). Tiroid İİAB sonucu önemi belirlenemeyen atipi ve şüpheli malignite grubu da malign gruba dahil edilerek hesaplanan İİAB'nin duyarlılığı %91,4, özgüllüğü %83,3, pozitif prediktif değeri %74,4, negatif prediktif değeri ise %94,8 olarak hesaplandı.

Tartışma ve Sonuç: Tiroid İİAB, tiroid nodüllerinin değerlendirilmesinde altın standarttır. Yapılan çalışmalarda sensivitesi %65-98, spesifitesi %72-100, yanlış pozitiflik oranı %0-7,7, yanlış negatiflik oranı %1,3-11,5 olarak bildirilmektedir. Sonuçlarımız literatürde bildirilmiş diğer yayınlarla uyumlu olup, her kliniğin tiroid nodüllerinin tedavi ve takibinde doğru karar verebilmesi açısından tiroid İİAb sensitivite ve spesifite değerlerini belirlemesinin önemli olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimler: İnce iğne aspirasyon biyopsisi, testlerin belirleyicilik değeri, tiroid nodülü

Tablo 1. Tiroid İİAB sonuçları ve cinsiyete göre dağılımı

Tiroid İİAB Sonucu	Kadın		Erkek		Toplam
	n	%	n	%	n
Tanısal olmayan sitoloji	97	73,5	35	26,5	132
Benign sitoloji	1018	83,1	207	16,9	1225
Önemi belirsiz atipi	33	86,8	5	13,2	38
Kuşkulu malign sitoloji	41	87,2	6	12,8	47
Papiller karsinom	39	81,3	9	18,8	48
Folliküler karsinom	1	100,0	0	0,0	1
Anaplastik karsinom	1	100,0	0	0,0	1
Toplam	1230	82,4	262	17,6	1492

Tablo 2. Tiroid İİAB sonuçları ile histopatoloji sonuçlarının karşılaştırılması

	Histopatoloji				
Tiroid İİAB Sonucu	Benign		Malign		
	n	%	n	%	n
Tanısal olmayan sitoloji	5	100,0	0	0,0	5
Benign sitoloji	50	94,3	3	5,7	53
Önemi belirsiz atipi	2	33,3	4	66,7	6
Kuşkulu malign sitoloji	9	45,0	11	55,0	20
Malign sitoloji	0	0,0	17	100,0	17
Toplam	66	65,4	35	34,6	101

PS-010

DİYABETİK NEFROPATİDE PROKALSİTONİN DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Murat Dağdeviren[1], Esin Beyan[1], İbrahim Karadağ[1], Tanyel Dağdeviren[2], Mustafa Altay[1], Derun Taner Ertuğrul[1]

[1]Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Amaç: Son zamanlarda prokalsitonin (PCT) düzeyinin bakteriyel ve fungal enfeksiyonlar dışında; inflamatuvar hastalıklarda da artabileceği gösterilmiştir. Çalışmamızda PCT'nin mikroinflamasyonla seyreden bir durum olan diyabetik nefropatideki düzeyi ve inflamasyon göstergesi olup olamayacağı araştırıldı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniğince diyabet tanısı ile veya diyabet dışı nedenlere bağlı kronik böbrek hastalığı tanısı ile takip edilen toplam 175 hasta ve 75 sağlıklı gönüllü alındı. Enfeksiyonu, otoinflamatuvar hastalığı, otoimmün hastalığı olanlar, hemodiyaliz veya periton diyalizi uygulananlar çalışmaya alınmadı. Katılımcılar diyabetik nefropatisi olanlar (Grup 1), diyabetik olup nefropatisi olmayanlar (Grup 2), diyabet dışı nedenlere bağlı nefropatisi olanlar (Grup 3) ve sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubu (Grup 4) olmak üzere dört gruba ayrıldı. Tüm olguların C-reaktif protein (CRP), hassas CRP (HsCRP), proteinüri ve tahmini glomeruler filtrasyon hızı (eGFR) değerleri incelendi.

Bulgular: Çalışmamızda Grup 1 yaş ortalaması 65,37 ± 11,36 olan 45 kadın, 30 erkek, Grup 2 yaş ortalaması 61,56 ± 9,33 olan 45 kadın, 30 erkek, Grup 3 yaş ortalaması 68,84 ± 13,39 olan 15 kadın, 10 erkek olmak üzere toplam 175 kişiden oluştu. Grup 4 (kontrol) olarak yaş ortalaması 59,64 ± 12,82 olan 45 kadın ve 30 erkek alındı. CRP düzeyleri bakımından sadece diyabetik nefropati ile kontrol grubu arasındaki fark anlamlıydı (p <0,001). HsCRP düzeyleri incelendiğinde kontrol grubu ile diğer gruplar arasındaki fark anlamlı iken (p <0,001), grup 1, 2 ve 3 arasındaki fark anlamlı değildi. Prokalsitonin düzeyleri açısından da aradaki fark anlamlı bulunmadı (Tablo 1). Diyabetik nefropati grubundaki hastalarda GFR 60'ın altında olanlarla GFR 60 ve üzerinde olanların HsCRP, CRP ve prokalsitonin (PCT) değerleri karşılaştırıldığında HsCRP ve CRP değerleri arasında anlamlı farklılık vardı (p <0,05). GFR değerleri 60'dan düşük olanların HsCRP ve CRP değerlerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. PCT düzeyi açısından ise fark anlamlı değildi (p >0,05) (Tablo 2). Nefropatili hastalar bir arada değerlendirildiğinde eGFR değerleri ile PCT, CRP ve HsCRP arasındaki fark anlamlıydı (p <0,001) ve aralarında negatif korelasyon mevcuttu (sırasıyla r: -0,475, r: -0,342 ve r: -0,415). eGFR değerleri artarken PCT, CRP ve HsCRP değerleri azalıyordu.

Tartışma: Çalışmamızda kontrol grubundan nefropatisi olmayan DM, diyabetik nefropati ve non-diyabetik nefropati grubuna doğru gidişte ortalama prokalsitonin değerlerinde küçük bir artış olmakla birlikte bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Ancak nefropatili gruplarda GFR düzeyi ile prokalsitonin değerleri arasında anlamlı bir ilişki saptandı. GFR azaldıkça prokalsitonin değerlerinde artış tespit edildi. Bu fark nefropatinin etyolojik nedeninden bağımsız bir durumdu. Sonuç olarak etyolojik nedenden bağımsız olarak, özellikle ileri evre böbrek yetmezliklerinde PCT değerlerinde artış olmaktadır. Kronik böbrek hastalığı ve diyabetik nefropatililerde bakteriyel enfeksiyonların tanı ve takibinde ve sepsisin ayırıcı tanısında PCT, CRP ve HsCRP'ye göre daha güvenilirdir. Öte yandan çok daha geniş kapsamlı çalışmalarla, standart bir PCT referans değeri yerine kronik böbrek hastalığının evrelerine göre PCT referans alt değerleri belirlenerek, bu hastalarda PCT'nin enfeksiyona karşı olan spesifitesi daha da arttırılabilir.

Anahtar Kelimler: Diyabetik nefropati, kronik renal yetersizlik, prokalsitonin

Tablo 1. HsCRP, CRP ve prokalsitonin değerlerinin karşılaştırılması

		n	ortalama ± SD	p <0,001
HsCRP (mg/dl)	Grup 1 (Diyabetik Nefropati)	75	7,65 ± 7,85	Grup 1 x Grup 4
	Grup 2 (Nefropatisi olmayan DM)	75	4,73 ± 3,53	Grup 2 x Grup 4
	Grup 3 (non-diyabetik Nefropati)	25	6,44 ± 4,99	Grup 3 x Grup 4
	Grup 4 (Kontrol)	75	3,00 ± 2,48	
CRP (mg/L)	Grup 1 (Diyabetik Nefropati)	75	1,06 ± 1,08	Grup 1 x Grup 4
	Grup 2 (Nefropatisi olmayan DM)	75	0,82 ± 1,10	
	Grup 3 (non-diyabetik Nefropati)	25	1,18 ± 1,25	
	Grup 4 (Kontrol)	75	0,61 ± 0,88	
Prokalsitonin (ng/ml)	Grup 1 (Diyabetik Nefropati)	75	0,24 ± 0,15	
	Grup 2 (Nefropatisi olmayan DM)	75	0,22 ± 0,14	
	Grup 3 (non-diyabetik Nefropati)	25	0,30 ± 0,25	
	Grup 4 (Kontrol)	75	0,20 ± 0,09	

Tablo 2. Diyabetik nefropati grubundakilerin GFR düzeylerine göre karşılaştırılması

		n	ortalama ± SD	p değeri
HsCRP	GFR<60	54	9,01 ± 8,71	0,005
	GFR>60	21	4,16 ± 3,00	
CRP	GFR<60	54	1,20 ± 1,19	0,037
	GFR>60	21	0,71 ± 0,58	
Prokalsitonin	GFR<60	54	0,26 ± 0,16	0,057
	GFR>60	21	0,18 ± 0,05	

PS-011

TİROİDEKTOMİ ÖYKÜSÜ OLAN BİR HASTADA PATOLOJİK KIRIK İLE ORTAYA ÇIKAN KEMİK METASTAZLI PAPİLLER TİROİD KARSİNOM VAKASI

Mustafa Ersoy, Fatih Taştekin, Aysen Akalın

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Tiroid kanserleri göreceli olarak sık bir kanser türü olmakla birlikte metastatik kanser olguları daha seyrektir. Differansiye tiroid kanserlerinin en sık görüleni papiller tiroid kanseridir. Differansiye tiroid kanserleri genelde uzak metastaz yapmazlar. Bununla birlikte papiller tiroid karsinomunun folliküler tiroid karsinomuna göre metastaz olasılığı daha da azdır. Bizim vakamızda elli bir yaşındaki bayan hasta patolojik humerus başı fraktürü nedeniyle ortopedi tarafından opere edildiğinde patoloji raporunda papiller tiroid karsinom metastazı saptandı. Hastanın öyküsünde 1990 yılında subtotal tiroidektomi yapıldığı sonrasında hastanın takipsiz kaldığı öğrenildi. Hastada tiroidde nodul saptanması üzerine hastaya tamamlayıcı total tiroidektomi operasyonu yapıldı. Hasta foliküler varyant papiller tiroid karsinom tanısı aldı. Primer odak yerine kemik metastazından tanı alması ve tiroidektomi öyküsü olan ve kırıkla gelen olgularda tiroid kanseri metastazı olasılığının akılda tutulmasını vurgulamak amacıyla bu vakayı yayınlamayı uygun gördük.

Anahtar Kelimler: Tiroid kanser,papiller; kırıklar,spontan; Tümör metastazı; Tanı

PS-012

HİPOGLİSEMİ İLE BAŞVURAN BİR HASTA: FACTİSYOZ HİPOGLİSEMİ

Hatice Selcen Biçer, Fatma Keren, Elif Ergene, Ümran Keskin

Ümraniye Egitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Hipoglisemi plazma glikoz seviyesinin 50-60 mg/dl 'nin (2.8 to 3.3 mmol/l) altına düşmesidir.Factisyöz hipoglisemi insülin ve/veya insülin sekretogogları (sülfonilüre ve meglitinidler) kullanımına sekonder olarak gelişen bir durumdur. Biz bu vaka ile hipoglisemi ataklarıyla gelen ve faktizyöz hipoglisemi tanısı koyduğumuz bir olguyu tartışmayı amaçladık.

Olgu:79 yaşında bayan hasta, şuur bozukluğu ve uyuklama nedeniyle acil servise getirilmiş. On beş yıldır hipertansiyon hastası ve 15 yıl önce geçirilmiş serebro-vasküler-olay tanısı mevcut. Pirasetam 800 mg 1x1, kinapril/hct 20/12.5, asa 100 mg ve citolopram 10 mg kullanmakta. Acil serviste ölçülen kan sekeri: 37 mg/dl, ateş :36 derece, tansiyon arteriyel:130x60 mmhg, nabız: 90dk, fizik muayenede sol kolda 6-7 adet 1.5 cm çapında ekimoz dışında özellik yoktu. Ekg: normal sinüs ritmindeydi. Hastaya %20 dextroz infüzyonu başlandı ve kan şekeri 90 mg/dl'ye yükseltildi. Hemogramı normal, kreatinin :0,8mg/dl, BUN: 44 mg/dl HbA1c:%6,2, amilaz:48, lipaz: 30 mg/dl, Na:136 mE/l Ca:9,1 mE/l, Beyin BT ve Difüzyon MR normal saptandı. Tam idrar tetkikinde wbc:3, RBC:5 (mesane sondalı) sedimentasyon:7 mm/saat, CRP:3,2 mg/dl saptandı. Hasta hipoglisemi tetkiki amacıyla dahiliye servisine yatırıldı. Hastaya 72 saatlik açlık testi uygulandı. Testin 30. dakikasında kan şekeri 24 mg/dl saptanan hastadan insülin C-peptit, kortizol, büyüme hormonu istendi. Kontraslı tüm batın BT ile malignite ekarte edildi. İnsülin >600uu/ml c peptit:1,31ng/ml büyüme hormonu:0,2ng/ml, kortizol:15,1ug/dl saptandı. Hasta 2 gün serviste %20 dektroz infüzyonu ile kan sekeri 90 mg/dl civarında olacak şekilde takip edildi. 72 saatlik açlık testi tekrar edildi insülin: 454 uu/ml, C peptit:0,34ng/ml, büyüme hormonu: 0,14ng/ml, kortizol:19,7ug/dl saptandı . Hastanın yakınları ile temasını kesme amacıyla hasta ara yoğun bakıma alındı. Yoğun bakımdaki 2. gün dextroz infüzyonu stoplandı ve açlık testi tekrarlandı. Testin 36. saatinde kan şekeri 50mg/dl saptanınca tekikler tekrarlandı ve insülin:3,5uu/ml c-peptit:2ng/ml saptandı. Faktisyöz hipoglisemi tanısı koyulan hasta için sosyal hizmetler arandı ve hastaya bakıcı ayarlandı. Takibinde 7 gün serviste izlenen hastanın hipoglisemileri olmadı ve oryante ve koopere olarak taburcu edildi.

Tartışma: Factisyöz hipoglisemi insülin ve/veya insülin sekretogoglarına (sülfonilüre ve meglitinidler) sekonder olarak gelişen bir durumdur. Fakat metformin ve diğer insülin hassaslaştırıcı oral anti-diyabetiklerde görülmez.

Hastanın hipoglisemiye girme sebebi eski bir hipo-glisemik ilaç kullanıyor olması olabilir . Bazı hastaların da sülfonilüre ile temas etmiş bitkisel bir ürün kullanmış olabildiği görülmüştür.İnsülin intihar amacıyla da kullanılabilir nitekim bu konuda yayınlanmıs olan 97 olgunun 17 sinde insülinin intihar amaclı kullanıldıgı kanıtlanmıştır.

Faktisyöz hipoglisemi genellikle sağlıkla ilgili bir meslek sahibi olan ve diyabeti olmayan 30-40 yas arası bayanlarda görülür. Diyabeti olmayan hastalarda insülinoma benzeri klinik görülebilir ve gereksiz tetkikler hatta subtotal pankreatektomiye varan sonuçlar doğurabilir.

Diyabetik faktisyöz hipoglisemik hastaların kırılgan diyabeti var zannedilebilir ve insülin dozlarını azatmaya hatta kesmeye ragmen hipoglisemi devam eder.

Faktisyöz hipogliseminin akut tedavisi hipoglisemi tedavisi ile aynıdır ama uzun dönem tedavide hastanın tedavisini psikolog ile devam ettirmek gerekir.

Anahtar Kelimler: Faktisyoz hipoglisemi, Suisid, İnsülin

PS-013

HİPOTİROİDİ YE BAĞLI BİR RABDOMİYOLİZ OLGU SUNUMU

Gülçin Güngör Olçum, Selina Kubat, Fatih Akdoğan, Elif Ergene, Sibel Serin, Sema Basat

Ümraniye Eğitim Araştırma Sunumu

Amaç: Rabdomiyoliz iskelet kasının travmatik veya non-travmatik pek çok hastalık sonucunda görülen klinik ve biyokimyasal bir sendromudur. Rabdomiyolizin etiyolojisinde; herediter kas enzim eksiklikleri, statinler, lityum gibi ilaçlar, konvülziyonlar, travma, viral enfeksiyonlar, aşırı egzersiz gibi nedenler bulunmaktadır. Tiroid fonksiyon bozuklukları bir çok nöromüsküler bozukluğa da neden olabilmektedir. Biz bu olguyla rabdomiyoliz etyolojisinde hipotiroidinin mutlaka düşünülmesini vurgulamak istedik.

Olgu sunumu: 33 yaşında erkek hasta 1 haftadır var olan göğüs ağrısı, boğazda şişlik ve ellerde uyuşma şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan Fizik Muayenesinde.Tan: 100/60 Nabız :76/dak Baş boyun Muayenesinde peri orbital ödem mevcuttu. Bunun dışında diğer sistemler doğaldı. Hastanın özgeçmişinde 25 gün önce yüzde şişme nedeni ile Acil servise başvurduğu kendisine steroid ve antihistaminik yapıldığı öğrenildi.Bunun dışında İlaç kullanımı yoktu.. Laboratuar tetkiklerinde : AST:231 IU/L,ALT: 165 IU/L GGT :65 U/L LDH: 914 CK : 3446 olan hastanın ileri tetkik ve tedavi amacı ile yatışı yapıldı. Hastanın Acil şartlarda yapılan Hepatobilier USG de : Patolojik bulgu yoktu Yatışında çekilen EKG de V1-V6 derivasyonlarda t negatifliği olan hastanın Troponin takipleri normal aralıkta seyretti. Yapılan Ekokardiyografi normaldi. Kardiyoloji tarafından değerlendirilen hasta da Akut Koroner sendrom, miyokardit düşünülmedi. Yapılan tetkiklerinde viral serolojik markerlar negatif olarak geldi. Ön tanıda Rabdomiyoliz düşünülen hastaya 6000 cc/ gün isotonik, idrar ph:5,5 üstünde olacak şekilde HCO3 tedavisi başlandı. Rabdomiyoliz etyoloji açısından yapılan tetkiklerinde TSH: 284uIU/mL. sT4: 0,43 uIU/mL Anti TPO: 901,64 IU/mL (<5,6 IU/mL) Tiroid USG : parankim heterojen ve psödonodülerdir, İnternal fibröz septalar içermektedir. Bulgular tiroidit açısından anlamlıdır olarak yorumlandı. Rabdomiyoliz etyoloji olarak hipotiroidi düşünülen hastaya . Euthyrox 25mg başlanarak 3 gün sonra 50mg olarak alması önerildi. kademeli olarak ilaç dozu arttırıldı. Hasta poliklinik takip önerilerek taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Tiroid fonksiyonlarındaki anormalliklerde myopati yapan nedenler içinde yer alır. Hipotiroidiye bağlı myopatide proksimal kas güçsüzlüğü, kaslarda katılık, kramplar, reflekslerde yavaşlama olur.Bazen Hashimato hipotiroidisinde hipotiroidi klinik bulgusu olmadan miyopati tek bulgu olarak ortaya çıkabilir. Bizim olgumuzda 1 haftadır var olan göğüs ağrısı, boğazda şişlik ve ellerde uyuşma dışında fizik muayenesinde bir özellik yoktu. Sonuç olarak Hipotiroidide adale krampları, myaljiler ve adale sertleşmesi görülebilir Bu nedenle, rabdomiyoliz tanılı hastada mutlaka etyolojide düşünülmelidir

Anahtar Kelimler: hipotiroidi, rabdomiyoliz,miyopati,

PS-014

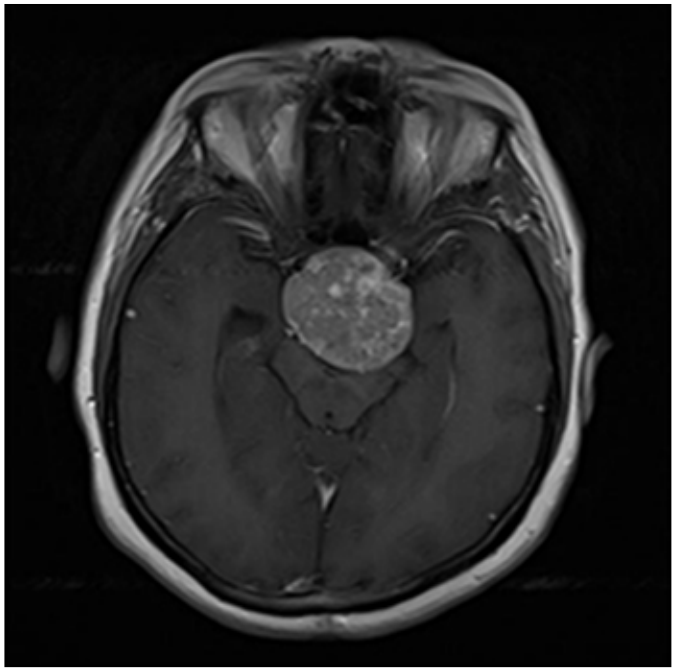
UYGUNSUZ ADH SENDROMU İLE BİRLİKTELİK GÖSTEREN HİPOFİZ MAKROADENOMU

Rafiye Çiftçiler[2], Mehmet Muhittin Yalçın[1], Özlem Kanburoğlu Kanburoğlu[2], Birsen Öztürk[2], Emre Arslan[1], Alev Eroğlu Altınova[1], Füsun Baloş Törüner[1], Müjde Aktürk[1], Nuri Çakır[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı.
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D.

Uygunsuz ADH Sendromu, ADH salınımının inhibe edilememesinden kaynaklanan bu nedenle vücuttan su atılımının bozulduğu bir hastalıktır. İdrar çıkışının azalması ile vücutta su tutulumunundan kaynaklanan hiponatremi ile karakterizedir. Hiponatremi, hipoosmolalite ve idrar osmolalitesinin 100 mosmol/kg üzerinde olan hastalarda uygunsuz ADH sendromundan şüphelenilmelidir. Bu hastalarda idrar sodyum u genellikle 40 meq/L üzerinde, serum potasyumu normal, genellikle serum ürik asid seviyesi düşük ve asid baz bozukluğu görülmez(1). Etyolojide herhangi bir santral sinir sistemi hastalığı; inme, intrakranial kanama, enfeksiyon, travma, psikoz sık sebepleri arasındadır. Hipopituitarizm ve hipotiroidizm uygunsuz ADH ve hiponatremi ile birliktelik gösterebilir ve hormon replasmanı ile düzelebilir(2-5).

Anahtar Kelimler: hipofiz makroadenomu, uygunsuz antidiüretik hormon sendromu



Şekil 1.

PS-015

HİPERTİRODİNİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU OLARAK ;HİPOKALEMİK PERİYODİK PARALİZİ

Ahmet Peker, Utku Erdem Soyaltın, Mehmet Can Uğur, Elif Gram, Ferhat Ekinci, Atacan Akmeşe, Faruk Elyiğit, Harun Akar

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Amaç: Tirotoksik hipokalemik periyodik paralizi (THPP), tiroid hastalıkları ile ilişkili olarak ortaya çıkan, tekrarlayan hipokalemi ve saatlerden günlere kadar değişebilen akut kas güçsüzlüğü ile karakterize bir hastalıktır. Hipertiroidi sıklıkla Graves hastalığına bağlıdır. Ataklar ani başlayan kas güçsüzlüğü ve bilinçte değişiklik olmaması ile karakterizedir. Genellikle proksimal kaslar ve egzersizde çok çalışan kas grupları etkilenir ve 3-72 saat arasında sürer. Ataklar arası hastada hiç bir semptom yoktur. Biz de tipik bir tirotoksik periyodik paralizili olgumuzu nadir görülmesi nedeniyle sunmak istedik.

Olgu: 71 yaşında bilinen 10 yıldır Graves hastalığı, hipertansiyon, kronik hepatit B enfeksiyonuna bağlı karaciğer sirozu ve meme karsinomu tanıları bulunan, en son kemoterapisini 5 ay önce alan olgu kemoterapi aldığı için antitirioid ilaçlarını son 5 aydır kullanmamış. Olgu ilaçlarını bıraktığından beri ataklar halinde seyreden elllerde uyuşma ve karıncalanma, kramp tarzında üst ekstremitelerde ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu. Olgunun başlangıçta ataklar halinde seyreden bu şikayetleri son 2 haftadır daha sık aralıklarla olmaya başlamış. Olgunun acil servise başvurduğunda arteriyel tansiyon :120/75 mmHg, ateş:36,8 C, kardiyak nabız:90/dk idi. Fizik muayenesinde tiroid bezi grade 3 büyümüştü. Diğer sistem muayenelerinde anlamlı bir özellik yoktu. Acil serviste bakılan biokimyasında potasyum :2,8 mmol/L saptanan hastanın diğer elektrolit değerleri olağan görüldü. Olgunun böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri olağandı. Hemogramında hemoglobin:9,8 g/dl, trombosit:118000 /uL lökosit:4800 /uL saptandı. Sedimentasyon:23 mm/h CRP :1,21 mg/dl idi. Olgunun tiroid fonksiyon testlerinde serbest T4:2,83 ng/dL serbest T3:4,78 pg/mL TSH:0,008 uIU/mL olarak saptandı. Elektrokardiyografi normal sinüs ritmiydi. Akciğer grafisinde anlamlı özellik yoktu. Batın ultrasonografide de assit saptanan hastada serum asit-albumin gradienti 1.9 g/dL bulundu. Bu nedenle hastada siroza bağlı gelişen portal hipertansiyona bağlı assit düşünüldü. Hipokalemi açısından anamnez derinleştirildiğinde olguda ishal veya herhangi bir ilaç kullanım öyküsü olmadığı öğrenildi. Olgunun abdomen MR incelemesinde hipokalemiye neden olacak sürrenal bir patoloji görülmedi. Hipokalemiyi açıklayacak başka bulgu saptanamayan olguda mevcut klinik ve labaratuvar sonuçlarıyla THPP tanısı konuldu. Oral potasyum replasman tedavisi başlandı. Ayrıca atak gelişimini engellemek için metimazol ve beta bloker tedaviye eklendi. Olguda tedavinin 2. gününde potasyum düzeyi düzeldikten sonra uyuşma, karıncalanma, kas güçsüzlüğü şikayetlerinde gerileme oldu. Hastaya hastalığı ile ilgili bilgi verildi. Poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: THPP, hipokalemik periyodik paralizinin hipertiroidi ile ilişkili sporadik bir formudur. Graves hastalığı hipertirodinin olduğu gibi THPP'nin de en önemli sebebidir. Graves hastalığının me

Anahtar Kelimler: Hipertiroidi, hipokalemi, paralizi

PS-016

DÜRTÜ KONTROL BOZUKLUĞU İLE PREZENTE OLAN İDİYOPATİK BAZAL GANGLİON KALSİFİKASYONU OLGUSU

Cem Şahin[1], Mustafa Levent[1], Gülhan Akbaba[2], Bilge Kara[3], Emine Neşe Yeniçeri[4], Betül Battaloğlu İnanç[4]

[1]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Bilim Dalı
[3]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı
[4]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Özet: Yazımızda agresif davranış epizodları nedeniyle psikiyatri polikliniğine başvuran ve yapılan tetkikler sonucunda hipokalsemi, dürtü kontrol bozukluğu ve idiyopatik bazal ganglion kalsifikasyonu (İBGK) tanısı alan 43 yaşındaki erkek hasta literatür ışığında değerlendirilmiştir.

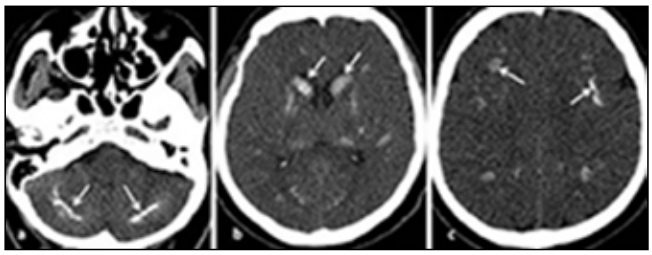
Olgu: 43 yaşında erkek hasta öfke patlamaları nedeniyle başvurduğu psikiyatri polikliniğinde değerlendirildi. Anamnezinden şikâyetlerinin yaklaşık 5 yıl önce başladığı ve son birkaç yıl içerisinde giderek arttığı, son yıllarda öfke patlamalarının sosyal ve iş yaşamındaki işlevselliğinde bozulmalara, önemli yasal ve finansal sorunlara yol açtığı öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Laboratuvar incelemelerinde hipokalsemi tespit edilen hastanın nörolojik muayenesinde Chvostek testi (+) bulundu. Bunun dışında ek herhangi bir patoloji saptanmayan hastanın laboratuvar sonuçları tablo 1 de özetlenmiştir. Hastanın çekilen kranial tomografisinde, aksiyal kesitlerde her iki serebellar hemisferde (Figure 1a), bazal ganglionlarda (Figure 1b) ve subkortikal beyaz cevherde (Figure 1c) çok sayıda kalsifikasyon izlendi. Hastada mevcut bulgular ışığında idiyopatik bazal ganglion kalsifikasyonu düşünüldü. İntravenöz ve oral olarak kalsiyum replasman tedavisi uygulanan hastaya psikiyatri tarafından karbamazepin 200 mg/gün tedavisi başlandı. Kalsiyum değerlerinin normale gelmesi üzerine hasta poliklinikten takip edilmek üzere taburcu edildi.

Tartışma: idiyopatik bazal ganglion kalsifikasyonu, hemen her zaman simetrik olarak bazal ganglionlarda, serebellar dentat nukleusta ve talamusta, başta kalsiyum ve fosfor olmak üzere çeşitli minerallerin çökmesi ile ortaya çıkan nörodejeneratif bozukluklarla karakterize ve etiyolojisi henüz belli olmayan bir hastalıktır. İntraserebral kalsifikasyonların nasıl oluştuğu hakkında kesin bir bilgi mevcut olmamakla birlikte başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere, metabolik ve genetik bir takım bozukluklarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.Hastalık yavaş seyirli ama progresiftir. Hastaların çoğu 4-6. dekadda bulgu verir hale gelirler. Fahr hastalığı birçok klinik durumla ilişkili gibi gözükse de etiyolojisi hakkında kesin bir konsensus henüz bulunmamaktadır. Bugün için en çok kabul gören görüş kalsiyum ve fosfor metabolizma bozukluklarına bağlı olarak meydana geldiği ise de kalsiyum metabolizmasında herhangi bir değişiklik olmaksızın, genetik hasar sonucunda, da hastalığın gelişebildiği gösterilmiştir. Klinik bulgular çok geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Hastalarda ön planda nörolojik (en sık parkinsonizm benzeri hareket bozuklukları) ve psikiyatrik bulgular izlenebilmektedir. Ayırıcı tanıda en sık olarak hipoparatiroidizm ve yaşlılığa bağlı fizyolojik kalsifikasyonlar düşünülmelidir. İBGK için tanımlanmış, faydası gösterilmiş kesin bir tedavi yoktur. Günümüzde tedavi daha çok semptomatiktir. Li-

teraturde epilepsi, visüel halüsinasyonlar ve ani şuur kaybı ile başvuran vakalar bilinmektedir. Ancak yaptığımız literatür taramasında tek başına dürtü kontrol bozukluğu ile eşlik eden İBGK vakasına rastlanmamıştır.

Sonuç olarak; İBGK yüz yıla yakın bir süredir bilinmesine rağmen klinik pratikte çok sık karşılaşılmadığı için kolaylıkla atlanabilen bir hastalıktır. Kalsiyum metabolizma bozukluğu da olan hastalarda İBGK sendromu ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimler: Hipokalsemi, İdiyopatik Bazal Ganglion Kalsifikasyonu



Şekil 1.

PS-017

TİP 2 DİABETES MELLİTUS'LU HASTALARDA KAN GLUKOZ REGÜLASYONUN REFRAKSİYON KUSURU ÜZERİNE ETKİSİ

Lokman Balyen[1], Lütfiye Seçil Deniz Balyen[2], Semir Paşa[3], Ömer Satıcı[4]

[1]*Özel Bağlar Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır*
[2]*Diyarbakır Selahattin Eyyubi Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır*
[3]*Özel Bağlar Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır*
[4]*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Diyarbakır*

Giriş ve Amaç: Son zamanlarda görme kesinliğinde azalma şikayeti ile göz polikliniğimize başvuran ve yeni saptanan tip 2 diabetes mellitus(T2DM) tanılı hastalarda kan glukoz regülasyonun refraksiyon kusuru üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Refraksiyon kusuru(miyop) olan T2DM tanılı; yaş ortalaması 52.15±8.30 olan, 25 kadın, 35 erkek toplam 60 hasta 9-12 ay takip ve tedavi edildi. Hastaların 48'ine yoğunlaştırılmış insülin tedavisi(dört doz), kalan 12 hastaya insülin ve oral antidiabetik tablet reçete edildi. Hastaların klinik ve sosyodemografik özellikleri ve aynı göz hekimi tarafından standart yöntemlerle yapılan biomikroskopik ve funduskopik muayene sonuçları kayıt edildi. Diabet tedavisi öncesi ve sonrası Snellen eşeli ile tashihsiz ve en iyi düzeltilmiş görme keskinliği ölçüm değerleri kayıt altına alındı. Benzer şekilde tedavi öncesi ve sonrası açlık kan glukoz ve hemoglobinA1c(HbA1c) düzeyleri çalışıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan yeni tanı T2DM hastaların diabet tedavisi öncesi ortalama açlık kan glukozu 480.92±113.87 mg/dl, HbA1c %13.017±3.04 iken(p=0.001), tedavisi sonrası ortalama açlık kan glukozu 142.02±11.66 mg/dl ve HbA1c %6.32±0.49 olarak hesaplandı(p=0.001). Diabet tedavisi öncesi refraksiyon kusuru ortalaması 2.64±0.84 dioptri iken tedavisi sonrası ortalama 0.67±0.28 dioptri saptandı(p=0.001). Açlık kan glukozu ve HbA1c düzeyi artıkça refraksiyon kusuru şiddeti da arttığı ve açlık kan glukozu ve HbA1c düzeyi düştükçe refraksiyon kusurunda da düzelme olduğunu tespit ettik. Açlık kan glukozu ve HbA1c düzeyi ile refraksiyon kusuru arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı çıktı. Açlık kan glukozu ve HbA1c düzeyi ile refraksiyon kusuru arasında pozitif korelayon mevcuttu(sırasıyla r=0.62, r=0.79, p<0.0001, p<0.0001). Benzer şekilde HbA1c düzeyi düştükçe refraksiyon kusuru da düzeldiğini tespit ettik(r=0.37, p=0.004)

Tartışma ve Sonuç: Pek çok çalışmada hipergliseminin miyopiye yol açtığı gösterilmiştir. Çalışmamızda hiperglisemik hastalarda miyopinin daha sık olduğu, glisemik kontrol ile refraksiyon kusurunun azaltılabildiğini ve vizyonun arttığını tespit ettik. Bu nedenle son zamanlarda görme keskinliğinde azalma tarif eden hastaların diabet semptomları yönünden sorgulanmasının ve şüpheli görülen hastaların diabet açısından araştırılması ve tetkiklerin yapılması çok büyük önem taşıdığını kanısındayız.

Anahtar Kelimler: Anahtar Kelimeler: Açlık Kan Glukozu, HemoglobinA1c, Refraksiyon Kusuru, Tip 2 Diabetes Mellitus

PS-018

DİYABETİK AYAK ÜLSERİ ŞEKLİNDE PREZENTE OLAN KAPOSİ SARKOMU

Rafiye Çiftçiler[2], Mehmet Muhittin Yalçın[1], Özlem Kanburoğlu[2], Emre Arslan[1], Alev Eroğlu Altınova[1], Füsun Baloş Törüner[1], Müjde Aktürk[1], Metin Arslan[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı.*
[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D.*

Kaposi Sarkomu, HHV-8 ile ilişkili anormal anjiogenezle karakterize; sıklıkla alt eksteremitede lenf ödemin eşlik ettiği mavi, mor, koyu kahverengi, siyah renkli makül, papül, nodül ve plaklar ile karakterize malign bir hastalıktır. Bu nodüler lezyonlar ülsere olabilir ve kolaylıkla kanayabilirler. Cilt lezyonlarının çapları değişken olabilir. Bu lezyonlar aylar-yıllarca değişmeden kalabilirken bazıları birkaç hafta içinde hızla büyüyerek yayılabilir(1). Cilt lezyonları dışında lenf nodları ve viseral organları da tutabilir.

Anahtar Kelimler: kaposi sarkomu, diyabetik ayak

:



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-019

YUTMA GÜÇLÜĞÜ İLE PREZENTE OLAN STAF. AUREUS TİROİD NODÜL APSESİ VAKA SUNUMU

İdris Baydar[1], Emine Kartal Baykan[2], Ünsal Aydın[2], Mehmet Emin Budak[1], Hakan Sevimli[1], Mustafa Utlu[1], Ayşe Çarlıoğlu[2]

[1]Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolik Hastalıklar Kliniği

Tiroid içi apseler nadir olarak (% 0,7'den daha az oranda) görülüp genelde akut süpüratif tiroiditin bir komplikasyonu olarak gelişir.(1) Tiroid dokusu enfeksiyona dirençli olmasına rağmen bakteriyel enfeksiyonlar sonrası apse gelişimi sözkonusudur. Klinikte tiroid lojunda ağrı, hassasiyet, kızarıklık, ateş, disfaji, disfoni semptomları görülüp tiroid fırtınası, hava yolu obstrüksiyonu, sepsis gibi önemli komplikasyonlara yol açabilirler. (2)

Biz kliniğimize yutma güçlüğü ile başvuran 76 yaşında kadın tiroid apsesi vakasını sunacağız. Hasta 2-3 gündür başlamış olan yutma güçlüğü boyunda şişlik, ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünde 3 yıldır var olan hipertansiyon ve 5 yıl önce geçirilmiş herpes zoster enfeksiyonu mevcut olup silozapril+hidroklortiazid ve gabapentin kullanmaktaydı. Hasta yakın zamanda bir gribal enfeksiyon veya travma geçirmemiş. Daha öncesinde tiroid bezi ile ilgili bir rahatsızlık yaşamamış.

Hastanın fizik muayenesinde boyun sağ tarafta dışardan belli olan şişlik izlendi. Muyanede hassas ve ağrılı idi, şişlik üzerinde kızarıklık ve ısı artışı mevcut idi. Şişlikten dolayı boyun hareketleri kısıtlanmıştı. Yatış sırasında hastanın TA: 120/80 mmgh, nabız: 84/dk, ateş: 39,5 derece tespit edildi. Hastaya apse ve staf. auereus etken düşünülerek ampisilin, sulbaktam ampirik tedavisi başlandı.

Tiroid USG'de sağ lobu tama yakın dolduran 49*38 mm boyutlu septasyonlar içeren komplike tipte anekoik kist izlendi. (Şekil 1) Ayrıca sol lobda 3 adet sağ lobda 2 adet solid hipoekoik nodüller izlendi. PAAC grafisindeboyun kısmında trakeanın sol tarafa itildiği görüldü. (Şekil 2)Hastanın laboratuar bulguları:

Sedim: 54 mm/saat CRP: 8,8 mg/dl WBC: 14,46

FT3: 1,98 pg/ml FT4: 1,02 ng/dl TSH: 0,08 mlu/mL

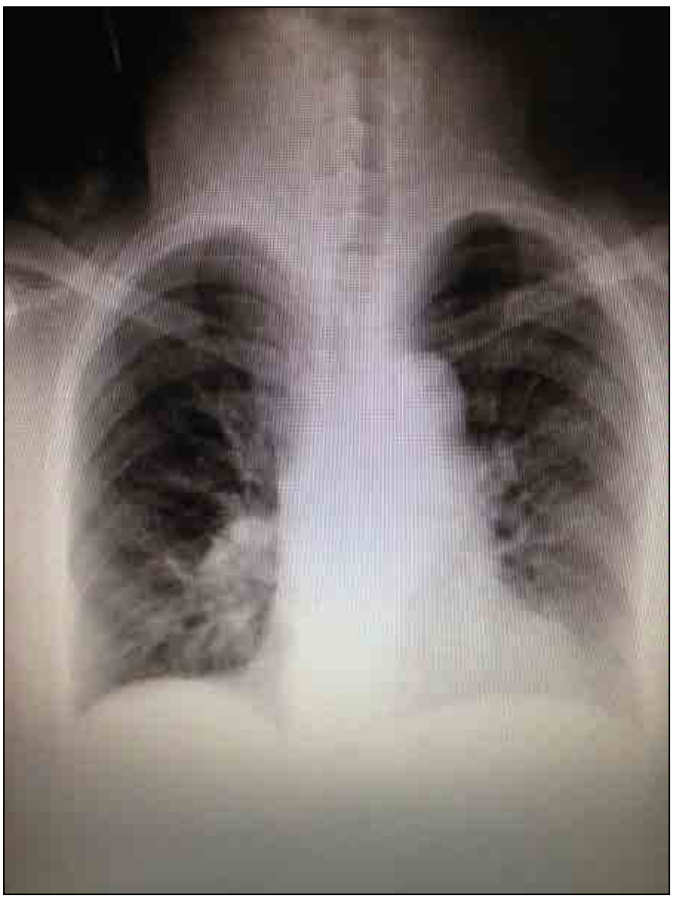
Tiroid sintigrafide tiroid bezi sol lobda izlenen nodül hiperaktif olup glandın geri kalan kesimleri üzerine büyük ölçüde supresyon uygulamaktaydı. Supresyon nedeniyle her iki lobda yer alan olası diğer nodüllerin aktivitesi değerlendirilemedi.

Kist sıvısı aspire edildi.Kist sıvısı materyalinden kültürde staf. aureus üredi. Antibiyogramda ampsilin - sulbaktam'a duyarlı görülmesi üzerine antibiyotik tedavisine devam edildi. Kist sıvısında glukoz:20 mg/dl, albumin:6,9 g/dl LDH:3258 U/L geldi.

8 günlük tedavi sonrası hastanın şikayetleri geriledi. Fizik muayenesindeki ağrı, hassasiyet ortadan kalktı. Laboratuar bulguları olarak, CRP: 1,4 mg/dl'e WBC: 9,6'a Sedim: 34 mm/saat'e geriledi. Enfeksiyon bulguları ortadan kalktı.

Tartışma: Tiroid bezi içinde gelişen apseler nadir göülüp bir çok komplikasyona yol açabilmektedir. Bizim hastamızda yutma güçlüğü, boyun hareketlerinde kısıtlanma başlamış ve solunumu da etkilemeye başlamış trakea belirgin sol taraf itilmişti. Tanısında USG'de kistik bir yapı olduğu görüldükten sonra bu sıvının aspire edilmesi hem hastanın bulgularını geriletti hem de tanı koymayı hızlandırdı. Genelde süpüratif tiroidit ile beraber görülmesi ve etken olarak daha sık staf. aureus tespit edildiği için kültür sonucu beklenmeden staf. aureus'a yönelik bir antibiyotik başlanması tedaviyi hızlandırdı.

Anahtar Kelimler: tiroid apsesi, staf. auereus apse



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-020

HİPONATREMİNİN NADİR BİR NEDENİ: SHEEHAN SENDROMU

Gülhan Akbaba[1], Emine Koca[2], Cem Şahin[2], Tuğba Dübektaş Canbek[3], Hasan Tunca[2], Nevin Yılmaz[4]

[1]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü
[2]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[4]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Empty sella sendromu, suprasellar subaraknoid yapıların sella içine herniasyonu sonucu meydana gelen değişik düzeylerdeki hipofiz yetmezliğidir. Empty sella sendromunun nedenlerinden biri olan Sheehan Sendromu aşırı postpartum kanama sonucu gelişen hipofiz nekrozudur. Sheehan Sendromu'nda klinik çeşitlidir. Bazı hastalar aniden gelişen panhipopituitarizm semptomları sonucu komayla gelebileceği gibi, bazılarında uzun süredir devam eden, yavaş gelişen belirtiler nedeniyle tanı atlanabilir. Hiponatremi etiyolojisi araştırılırken Sheehan Sendromu tanısı alan olgumuzu sunmaktayız.

Olgu: 71 yaşında kadın hasta, son bir kaç haftadır belirginleşen bulantı, kusma ve halsizlik şikayetleri ile çeşitli polikliniklere başvuruyor, bakılan sodyum değeri 120-121 mmol/l saptanması üzerine hasta Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları kliniğine yatırıldı. Fizik muayenesinde hasta kaşektik ve dehidrate görünümde, cilt soluk ve kuru idi. TA: 90-60 mmHg, solunum 23/dk, nabız: 82/dk, ateş: 37.2 idi. Diğer sistem muayeneleri normal saptandı. Yapılan laboratuvar incelemelerinde WBC: 3.9x10^3/mL, HGB: 12.02 g/dL, HCT: % 35.3, Plt: 219x10^3/mL, Glukoz: 81 mg/dl, Üre: 18.1 mg/dl, Cr: 0.6 mg/dl, AST: 33 IU/L, ALT:10 IU/L, Na: 121 mmol/L, K: 3.8 mmol/L, Cl: 90 mmol/L, kortizol 1.67 μg/dl, sT4: 3.5 pmol/l (7.5-14.4), TSH: 2.62 μIU/mL bulundu. Hipokortizolemi ve santral hipotiroidi ile uyumlu sonuçları olan hastanın diğer ön hipofiz hormonları da istendi. GH: 0.01 ng/ml, prolaktin: 1.8 ng/ml, FSH: 4 mIU/ml, LH: 0.57 mIU/ml, estradiol: < 20 pg/ml idi, ACTH hastanemizde çalışılmadığı için ölçülemedi. 1 mcg Synacthen testi yapıldı, kortizol 30.dakikada 5.27 μg/dl, 60.dakikada 8.27 μg/dl bulundu. Hasta panhipopitüitarizm olarak değerlendirildi. İzotonik salin infüzyonu ve iv steroid replasmanı başlandı. İkinci günden itibaren bulantı, kusması gerileyen hastanın hiponatremisi düzeldi. Çekilen hipofiz MR'da empty sella ile uyumlu görünüm saptandı. Hikayesinden 35 yaşında son doğumunu yaptığı ve sonrasında tekrar menstruasyon görmediği ve son çocuğunu emziremediği öğrenildi. Bu bulgularla hastada tanı konmamış Sheehan Sendromu olduğu düşünüldü. Oral hidrokortizon ve levotiroksin replamanı başlanan hasta izleme alındı.

Sonuç: Hiponatremi ayırıcı tanısında hipokortizolemi mutlaka düşünülmelidir. Sheehan Sendromu tanı konulamayıp yaşlılık döneminde panhipopitüitarizm ve empty sella ile karşımıza gelebilir. İleri yaş panhipopitüitarizmli hastalar iyi sorgulanmalı, detaylı anamnez alınmalıdır. Bu olgu ile, tanı konmamış Sheehan Sendromunun ileri yaşta hiponatremi ile karşımıza çıkabileceğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimler: hiponatremi, sheehan sendromu

PS-021

SANTRAL HİPOTİROİDİ ARAŞTIRILIRKEN TANI KONAN SHEEHAN SENDROMU OLGUSU

Gülhan Akbaba[1], Ozan Çetin[2], Cem Şahin[2], Hasan Tunca[2], Tuğba Dübektaş Canbek[3], Nevin Yılmaz[4]

[1]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü
[2]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[4]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Sheehan Sendromu hipopituitarizm nedenlerinden biridir. Doğumdaki aşırı kanama ve hipovolemi nedeniyle hipofiz bezindeki nekroza bağlı olarak gelişir. Klinik seyri değişkenlik gösterir; bazı hastalarda doğumdan hemen sonra koma gelişebileceği gibi, bazılarında ise seyir yavaş olup tanı atlanabilir. TSH düzeyi paradoks şekilde yükselebilir ve hasta primer hipotiroidizm tanısı alabilir. Hipotiroidi nedeni ile Levotiroksin replasman tedavisi alan, Tip 2 Diabetes Mellitusu olan, rutin kontrolü esnasında Sheehan Sendromu tanısı konan olguyu sunmaktayız.

Olgu: 65 yaşında kadın hasta hipotiroidizm nedeni ile levotiroksin 75 μg, Tip 2 DM nedeni ile metformin 2x850 mg kullanmakta idi. Kan şekeri ve tiroid hormon düzeylerinin kontrolü için Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları polikliniğine başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde cildi kuru, TA: 120-70 mmHg, solunum 20/dk, nabız: 82/dk, ateş: 37.0 idi. Diğer sistem muayeneleri normal bulundu. Yapılan laboratuvar incelemelerinde sT4 5.45 pmol/L (7.5-14.4), TSH: 0.75 μIU/mL olarak saptandı. HbA1c 6.2, karaciğer, böbrek fonksiyon testleri, sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfor ve hemogram değerleri normal sınırlarda ölçüldü. sT4 düşüklüğü nedeni ile istenen FSH: 8.4 mIU/ml, LH: 3.7 mIU/ml, estradiol < 20 pg/ml, prolaktin: 8.3 ng/ml kortizol 17.7 μg/dl, GH: 0.05 ng/ml bulundu. ACTH ve IGF-1 hastanemizde çalışılamadığı için bakılamadı. Santral hipotiroidi düşünülen ve menopozla uyumlu olmayan düşük FSH, LH değerleri olan hastadan Hipofiz MR istendi, empty sella ile uyumlu geldi. Hasta sorgulandığında 30 yaşında son doğumunu yaptığı, doğum sonrası süt gelmediği ve tekrar menstrüasyon görmediği öğrenildi. Klinik bulgular, anamnez ve görüntüleme sonuçları ile hastada Sheehan Sendromu olduğu düşünüldü. Levotiroksin tedavisine devam edildi ve hipokortizolemi gelişime riski açısından hasta yakın takibe alındı.

Sonuç: Sheehan Sendromunda pituiter bezde değişik derecelerde yetmezlik görülebilir. Sadece izole hormon eksikliği olabileceği gibi hormonların tamamının eksikliği de oluşabilir. Sheehan Sendromuna bağlı hipotiroidizmde TSH seviyeleri beklenmeyen şekilde normal ya da yüksek olabilir. TSH sekresyonunun pulsatilitesi bozulur ve biyolojik aktivitesi azalır. sT4 düşüklüğü ile uyumsuz TSH düzeyleri varlığında santral hipotiroidi akla gelmeli ve diğer ön hipofiz hormonları da mutlaka değerlendirilmelidir. Geç Sheehan Sendromu olasılığı akılda tutularak iyi bir anamnez alınmalıdır.

Anahtar Kelimler: Santral hipotiroidi, Sheehan Sendromu

PS-022

VENLAFAKSİNE BAĞLI TİROİD FONKSİYON BOZUKLUĞU: OLGU SUNUMU

Orkide Kutlu[1], Fatma Selek Demirel[2], Hayriye Şentürk[2], Yasemin Alagöz[2], Mustafa Çaycı[3], Şule Erayman Demirbaş[2], Hümeyra Yaka[2], Abdülkadir Baştürk[4]

[1]Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği
[3]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniği
[4]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Antidepresanların tiroid hormon parametreleri üzerinde değişik etkileri olduğu gözlenmiştir. Reboksetin ve desipramin gibi predominant noradrenerjik amaçla kullanılan ajanların TSH düzeyini azalttıkları, T4 düzeyini artırdıkları, fT4 düzeyini değiştirmedikleri; güçlü seratonerjik olan klomipraminin TSH düzeyini azalttığı; sertralin, fluoksetin, fluvoksaminin TSH düzeylerini artırdığı; fluoksetin, nortriptilin ve sertralinin T4 düzeyini düşürdüğü; seratonin/noradrenalin geri alım inhibitörü (SNRI) olan imipraminin T4 ve fT4 düzeylerini azalttığı, TSH düzeylerini değiştirmediği bildirilmiştir. Ratlarda venlafaksinin amygdalada myelin fraksiyonunda T3 düzeyini artırması dışında, venlafaksin ile tiroid hormon düzeylerinde değişiklik gözlenmediği bildirilmiştir. Santral seratonin geri alım inhibitörü (SSRI) ile uyarılan serotonerjik aktivite TRH sekresyonunda santral inhibitör etki yapmakta ve deiodinaz enzim aktivitesini uyarmaktadır. Antidepresan tedavi sonrası B adrenerjik reseptör yoğunluğunda belirgin azalma olur, NA tiroid hormon metabolizmasını etkiler, deiodinasyonu artırır. Ayrıca adrenerjik sinir sisteminde santral noradrenerjik nörotransmisyonda T3, noradrenalin ile birlikte co-transmiter olarak fonksiyon görür. Burada TSH düzeyi normal olduğu halde serbest T4 ve T3 yükseklikleri olan Venlafaksin kullanan olgunun, kademeli olarak doz azaltılıp kesilmesi ile hormon değerlerinin normale döndüğünü bildirmek istedik.

Olgu: 29 y bayan, polikliniğimize halsizlik şikayeti ile başvurdu. Epilepsi, depresyon tanıları ile 6 senedir Valproik asit 2x500, Pregabalin 2x150 ve son 2 yıldır Venlafaksin 150 kullanan olgunun fizik muayenesi doğaldı. TSH: 2.63 μIU/mL (0.27-4.2), fT4: 2.31 ng/dL (0.93-1.7), fT3: 9.83 pg/mL (2-4.4). Hemogram, rutin biyokimya, EKG, Tiroid USG, uptake incelemeleri normaldi. Hastanın tiroid fonksiyon bozukluğunun SNRI grubundan olan Venlafaksine bağlı olabileceği düşünülerek, Venlafaksin tedavisi kademeli olarak azaltılarak, essitaloprama geçildi. Venlafaksin 75 mg/güne düşüldüğünde TSH: 1.96 μIU/mL, fT4: 1.78 ng/dL, fT3: 5,59 pg/mL; Venlafaksin 37.5 mg/güne düşüldüğünde TSH: 3.59 μIU/mL, fT4: 1.2 ng/dL, fT3: 4,18 pg/mL geldi. Venlafaksin tedavisi kesilince fT3: 3.90 pg/ml geriledi.

Tartışma: Majör depresyonlu hastalarda santral serotonin ve noradrenalin düzeylerindeki azalma ile ilişkili olarak hipotalamik-pituiter-tiroid (HPT) aksta değişiklikler olmaktadır. Bu sebeple depresyondaki hastalarda subklinik hipotiroidiye sık rastlanmaktadır. Tedavi öncesi serum T4 ve fT4 düzeyleri yüksek olan hastalar antidepresan tedaviden daha iyi sonuç almakta, TSH yüksek olan hastalar iyileşme için daha uzun zamana ihtiyaç duymaktadırlar. Venlafaksine bağlı belirgin fT3 olmak üzere FT4 yüksekliği saptanan olgumuzda deiodinaz aktivitesindeki değişiklik tabloya yol açmış olabilir. Depresyondaki nörotrans-

miter sistem ve HPT aks arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar patogenezin belirlenmesi ve gelecekte yeni tedavi alternatifleri oluşturulabilmesi için gereklidir.

Anahtar Kelimler: Venlafaksin, tiroid fonksiyon bozukluğu, serotonin, noradrenalin

PS-023

AKROMEGALİDE ERKEN TANININ ÖNEMİ

Şule Kurt[1], Fatma Akdağ Kahvecioğlu[1], Bekir Uçan[2]

[1]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı,Bolu
[2]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı,Bolu

Giriş: Akromegali, epifiz plaklarının kapanmasından sonra hipofiz bezinden salgılanan büyüme hormonunun (BH) yapımında aşırı artışa bağlı kemik ve yumuşak dokuların etkilendiği, nadir görülen endokrin bir hastalıktır. BH sekresyonu kontrol edilemediği için yol açtığı metabolik değişiklikler, artmış mortalite ve morbiditeye sebep olmaktadır. Akromegalide en sık görülen belirtiler, yüzde kabalaşma ile yumuşak doku şişkinliği ve kemik dokusu genişlemesi nedeniyle el ve ayaklarda büyümedir.

Olgu: İki senedir bilinen hipertansiyon ve diyabet nedeniyle takipli olan elli altı yaşında bayan hasta polikliniğimize rutin kontrol amaçlı başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde yüzde kabalaşma mevcut olup makroglossi mevcut idi. Akromegali düşünülen hastadan ileri tetkik istendi. Laboratuvar incelemesinde somatomedin C 624 (> 97 persentil), büyüme hormonu 2,34 μg/L, prolaktın 9,53 ng/ml (2,74-19,64), ACTH 25.9 rg/ml (0-46), estradiol 20, LH 43.50, FSH 91.85, kortizol 12.02 saptandı. Hepatit serolojisi negatifti, Ca 19-9, Ca 15-3, Ca125 normal sınırlardaydı. BH baskılama testi yapıldı (Tablo 1). BH' da baskılanma olmadı. Akromegali komplikasyonlarının değerlendirilmesi amacıyla kardiyoloji, kulak burun boğaz ve göz hastalıkları konsültasyonları yapıldı, patoloji saptanmadı. Kolonoskopisinde kolonik polipler saptandı, histopatolojisinde hiperplastik polip rapor edildi. Gastroskopisinde eroziv antral gastrit saptandı, histopatolojik incelemede helikobacter pylori enfeksiyonu bulundu. Abdomen ultrason, meme ultrason ve mamografisinde anormal bir bulgu saptanmadı. Çekilen hipofiz MR›da 4 mm mikroadenom saptanan hastaya operasyon planlandı.

Tartışma: Akromegalide erken gelişen vasküler, solunumsal problemler ve malign hastalıklar nedeniyle mortalite oranı artmıştır. Cerrahi başarıyı etkileyen en önemli faktörlerden birisinin hipofiz adenomunun büyüklüğü olduğu bilinmektedir. Mikroadenomlarda başarı olasılığı % 39-91 arasında iken, makroadenomlarda bu oran ancak % 12-70 arasında bildirilmiştir. Olgumuzda diyabet ve hipertansiyon dışında metabolik komplikasyon ve malignite saptanmadı, hiperplastik polip rezeke edildi. Akromegalide erken tanı ile yüksek mortaliteye sahip komplikasyonlar engellenebilir ve cerrahi başarı oranı daha yüksektir.

Anahtar Kelimler: akromegali, mikroadenom

:

Tablo 1. BH baskılama testi

	GLUKOZ (mg/dl)	BH (µg/L)
0. dakika	113	2.78
60. dakika	332	3.89
120. dakika	382	2.2
180. dakika	312	3.2

PS-024

DİABETİK KETOASİDOZLU HASTADA ALIŞILAGELMEMİŞ ENFEKSİYON ODAĞI: CANDİDA ÖZOFAJİTİ

Eray Eroğlu[1], Zafer Parlak[2], Davut Şanlı[3], Özgür Kılıç[1], Ali Sönmez[4], İsmail Koçyiğit[5]

[1]Elbistan Devlet Hastanesi, Dahiliye
[2]Elbistan Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları
[3]Elbistan Devlet Hastanesi, Radyoloji
[4]Elbistan Devlet Hastanesi, Nöroloji
[5]Erciyes Üniversitesi, Nefroloji

Diabetik ketoasidoz (DKA), diabetes mellitusun hayatı tehdit edebilen akut komplikasyonlarından birisidir. DKA gelişiminin temel sebebi insulin eksikliğine eşlik eden insulin karşıtı hormonların seviyesinin artışıdır ve ortaya çıkmasını sağlayan en sık neden enfeksiyonlar olarak bilinmektedir. Üriner enfeksiyon ve pnömoniler en sık sebep olmasına rağmen; sık karşılaşılmayan enfeksiyon odakları da olaya sebebiyet verebilir.

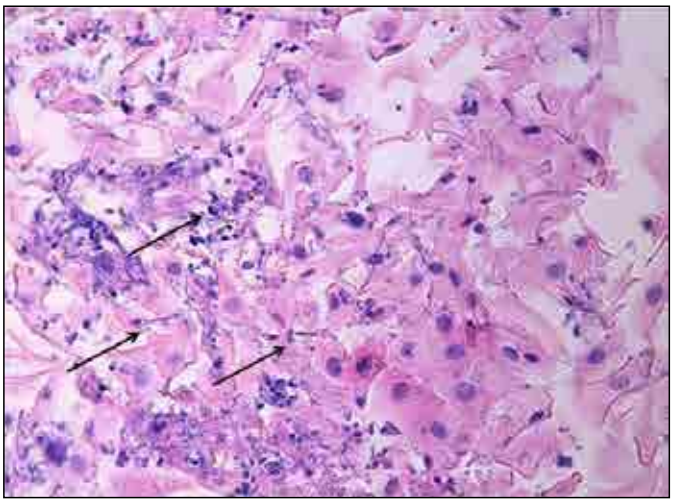
54 yaşında kırsal alanda yaşayan erkek hasta, hastanemiz acil servisine halsizlik, bulantı, kusma, karın ağrısı ve yutma güçlüğü ile başvurdu. Yaklaşık 1 haftadır şikâyetleri devam eden hastanın öyküsünde 10 yıl önce diabetes mellitus tanısı aldığı ve 2 yıldır insulin tedavisi kullandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde dehidrate ve kaşektik görünümü olan hastanın kalp hızı 114 /dk, ateşi 37°C ve kan basıncı 90/50 mmHg idi. Laboratuvar bulgularında pH:7.29 bikarbonat:16.6 mmol/l, arterial pO_2: 88 mm Hg ve pCO_2: 30 mm Hg idi. Ayrıca kan şekeri: 1140 mg/dL, idrarda ise 2+ keton and 4+ glukoz mevcut idi. Kan üre azotu 178 mg/dL, serum kreatinin seviyesi 2.37 mg/dL, serum sodyumu 133 mmol/L, potasyumu 4.2 mmol/L, kardiak enzimleri ve karaciğer enzimleri normal idi. Herhangi bir enfeksiyon odağı bulunmayan hastaya yoğun bakımda hidrasyon ve insulin tedavisi başlandı.Olası atipik pnömoni için moksifloksasin başlandı. Tedavinin üçüncü gününde asidozu ve genel durumu düzelen hastanın yüksek doz insülin ihtiyacı mevcuttu ve bulantı,kusma,yutma güçlüğü şikayetinin artması üzerine yapılan üst endoskopide özofagus alt uçta beyaz plaklar gözlendi (Şekil-1).Alınan biopside candida hifaları gözlendi. Flukonazol tedavisi ile hasta tedavi edildi (Şekil-2).

Biz bu olgu sunumunda candida özefajitinin neden olduğu diabetik ketoasidozlu bir olguyu sunmayı amaçladık. Metabolik asidozun düzelmesine rağmen devam eden yüksek doz insulin ihtiyacı, bulantı, kusma ve yutma güçlüğü DKA nedeninin candida özofajiti olabileceğini akla getirmelidir.

Anahtar Kelimler: candida özofajiti,diabetik ketoasidoz



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-025

HİPOGLİSEMİ İLE BAŞVURAN İLERİ YAŞ HASTADA SAPTANAN EMPTY SELLA SENDROMU

Faruk Elyiğit[1], Feyzullah Güçlü[2], Ferhat Ekinci[1], Ahmet Peker[1]

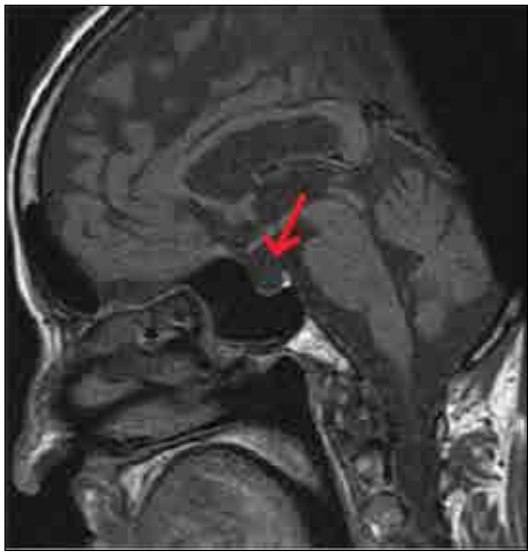
[1]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bölümü
[2]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Bölümü

Empty sella, sekonder (cerrahi, radyoterapi ve medikal tedaviler sonrası hipofizer yapıdaki vasküler ve tümoral oluşumların bu bölgedeki anotomik yapıyı bozması) veya primer (sellar bölgedeki diyafram zarının kalıtımsal zayıflığına bağlı olarak artan kafa içi basınca bağlı olarak subarachnoid membranın sella turisikaya herniye olması sonucu) bir neden sonrası gelişebilmektedir. Bu da hastalarda endokrinopatilere yol açabilmektedir. Biz de empty sella tanısı koyduğumuz olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: Bilinen kronik bir hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü olmayan 79 yaşındaki bayan hasta yaklaşık 10 gündür olan halsizlik, oral alımda azalma, bayılma şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Belirgin bitkinliği, hiponatremi ve hipoglisemisi olan hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı yatırıldı. Fizik muayenesinde halsizlik ve dehidrate görünüm dışında anormallik yoktu. Laboratuar değerleri tabloda belirtildi. Anemi paneli: kronik hastalık anemisi ile uyumlu ve b12, folat düzeyleri normal idi. Periferik yayması hemogram ile uyumlu idi, atipik hücre görülmedi. Elektrolit imbalansı ve dehidrate görünümü olan hastanın sıvı elektrolit tedavisi düzenlendi. izlemde hipoglisemi ve hipotansiyonu olan hastada olası adrenal yetmezlikten şüphelenilerek kortizol düzeyi için kan ayırıldı ve hastaya sabah 60 mg akşam 40 mg olacak şekilde toplam 100 mg prednizolon yapıldı. Hastanın genel durum ve laboratuarında anlamlı düzelme görüldü. Kortizol düzeyi 4,82 μg/dL geldi. Kortizol düzeyi düşük bulunan hastanın ön hipofiz hormonları istendi. ACTH, FSH, fT4 düzeylerinde düşüklük saptandı. panhipopituitarizm kabul edilen hastada hipofizer manyetik resonans görüntülemesi çekildi. Empty sella ile uyumlu sella kavitesinde BOS sinyali izlendi. Dinamik serilerde mikroadenom ile uyumlu sinyal farklılığı saptanmadı.(bkz.resim) Hastanın prednizolon tedavisi azaltılarak 5. gün hidrokortizona geçildi. 7.gün sonunda hastanın genel durumu toparladı, hemogram, elektrolit ve karaciğer fonksiyon testleri normale yaklaştı (bkz.tablo). Hasta hidrokortizon tedavisi ile polikliniğe kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Empty sella sendromu primer (kalıtsal) nedenlerle gelişebileceği gibi sekonder nedenlerle (tümör, cerrahi, radyoterapi gibi) gelişebilmekte olup, radyolojik bir tanıdır. Hastalar asemptomatik olabileceği gibi hipofizer hormonların kısmen ya da tamamen eksikliğine bağlı semptomlar görülebilmektedir. Hastalarda genellikle hormonal profil normaldir. Şüphelenilen hastalarda başlangıçta serbest tiroksin ve sabah kortizolü bakılması önerilir. Hastamız halsizlik, hiponatremi, hipokalemi ve hipoglisemi ile prezente olmuştu. Hiponatremi ve yorgunluk halsizlik gibi nonspesifik semptomlar sıklıkla yaşlılığın normal süreci gibi karşılanıp, geniş çaplı bir araştırma yapılmamakta ve kortizol seviyelerine ise daha da nadir bakılmaktadır.

Anahtar Kelimler: emtpy sella, hipoglisemi, yaşlı hastalar



Şekil 1.

Tablo 1.

Geliş laboratuar değerleri		7. gün laboratuar değerleri	
Sodyum	118 mmol/l	Sodyum	134 mmol/l
Potasyum	3,4 mmol/l	Potasyum	3,76 mmol/l
Klor	92 mmol/l	Klor	96 mmol/l
Kalsiyum	7,4 mg/dl	Kalsiyum	8,4 mg/dl
Üre	21 mg/dl	Üre	20 mg/dl
Kreatinin	1,0 mg/dl	Kreatinin	1,0 mg/dl
AST	173 U/l	AST	45 U/l
ALT	60 U/l	ALT	45 U/l
Lökosit	3500 /Ul	Lökosit	7000 /Ul
Hemoglobin	8,1 gr/dl	Hemoglobin	8,5 gr/dl
Platelet	97000 /Ul	Platelet	185000 /Ul

PS-026

ATAKSİ İLE BAŞVURAN İDYOPATİK PRİMER HİPOPARATİROİDİ OLGUSU: FAHR SENDROMU

Canan Demir[1], Aynur Aktaş[1], Hakkı Yılmaz[2], Burcu Şahin[3]

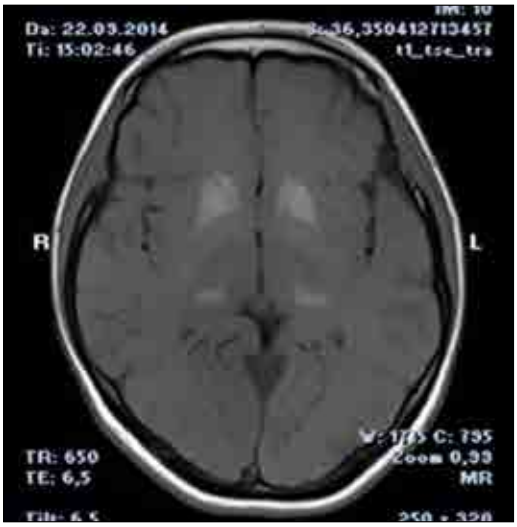
[1]*Dr.a.y Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Ve Metabolizma*
[2]*Dr. A.y. Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nefroloji*
[3]*Dr.a.y.onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Bölümü*

Giriş: Fahr sendromu bazal ganglionlar, talamus, dentat nukleus, serebellum, serebral korteks ve subkortikal beyaz cevherde anormal kalsiyum birikiminin görüldüğü bir sendromdur. İdyopatik olarak veya çeşitli metabolik bozukluklar nedeniyle ortaya çıkar. Klinikte hareket ve konuşma bozuklukları, demans görülebilir.

Olgu: 29 yaşında kadın hasta yürümede bozukluk, bacaklarda uyuşukluk, ellerde kasılma, unutkanlık şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde chvostek ve trousseau bulgusuna ek olarak denge bozukluğu ve ataksik yürüyüş vardı. Minimental test normaldi. Biyokimyasal incelemede hipokalsemi(Ca: 5.2mg/dl), hiperfosfatemi (P:7.1mg/dl), hipomagnezemi (Mg:1.5mg/dl), parathormon düzeyinde(PTH:2.77pg/mL) ve idrar ca düzeyinde düşüklük (2.5mg/dl/24 saat) saptandı. Ekg de QT uzaması vardı. Hastanın öyküsünde, 2012 yılında geçirilen bilateral katarakt operasyonu mevcuttu. Hastanın beyin manyetik rezonans incelemesinde bilateral putamen, caudat nukleus, talamus düzleminde ve posterior fossada dentat nukleuslarda T1 serilerde hiperintens sinyal değişikliği izlendi. Laboratuar ve radyolojik değerlendirme sonuçlarına göre hastaya Fahr sendromu tanısı konuldu.

Tartışma: Fahr sendromu intrakranyal kalsifikasyonlarla seyreden bir patolojidir ve progresyonu kalsiyum/fosfor oranı ile ilişkilendirilmiştir. Hipoparatiroidi seyrinde, erken tanı ve yeterli kalsiyum- fosfor kontrolü komplikasyonların gelişiminin önlenmesi ve progresyonunun yavaşlatılmasında önemlidir.

Anahtar Kelimler: Fahr sendromu, hipoparatiroidi, hipokalsemi



Şekil 1.

PS-027

SENKOP İLE BAŞVURAN FAHR HASTALIĞI

İbrahim Başarır[1], Mecbure Nalbantoğlu[2]

[1]*Çankırı Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları*
[2]*Çankırı Devlet Hastanesi, Nöroloji*

Amaç: Fahr hastalığı serebellum, talamus ve bazal ganglionlarda kalsiyum ve fosfor metabolizma bozukluğu sonucu oluşan bilateral ve sıklıkla simetrik olarak kalsifikasyonlarla seyreden nörodejeneratif bozukluklarla karakterize beyin bilgisayarlı tomografisi (BT) ile kalsiyum ve çeşitli minerallerin birikiminin gösterilebileceği nadir görülen bir hastalıktır. Bu hastalığın etyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber kalsiyum metabolizma bozuklukları, toksinler, enfeksiyonlar, genetik faktörler, hipoparatiroidizm ve psödohipoparatiroidizm nedenler arasında gösterilmiştir. Klinik özellikler kalsifikasyonun bulunduğu bölgenin disfonksiyonu şeklinde olup, istemsiz hareketler ya da kas krampları olarak başlamakla beraber psikoz, demans, kişilik değişiklikleri gibi nöropsikiyatrik semptomlar, epileptik nöbetler, ekstrapiramidal disfonksiyon bulguları ile kendini gösterebilir. Acil servisimize senkop ve üst ekstremitelerinde postural tremor ile başvuran ve hipoparatiroidizme sekonder gelişen beyin BT'de bazal ganglionlarda, se-

rebellum dentat nukleuslarda, talamusta, subkortikal beyaz cevherde bilateral simetrik yaygın kalsifikasyon saptanan olgu sunulmuştur.

Olgu: Kırk yıl önce nodüler guatr nedeniyle total tiroidektomi öyküsü olan 72 yaşında kadın hasta, bilinç bozukluğu, ani gelişen ve yaklaşık 5 dakika süren senkop nedeni ile acil servisimize getirilmiştir. Hastanın daha önce bayılma öyküsü yoktu. Operasyon sonrası L-tiroksin 100μg/gün, kalsiyum asetat 1000 mg tedavisi başlanmış fakat hasta ilaçları kullanmamıştır. Fizik muayenesinde şuur açık, koopere, yer, zaman, kişi oryantasyonu tam, Glaskow Koma Skoru 15/15, TA: 125/80 mmHg, Nb: 82/dk, ateş: 36,5 santigrat derece, SS: 20/dk olarak değerlendirildi. Chovostek ve Trousseau bulguları pozitifti. Bilateral üst ekstremitelerde postural tremor, konuşmada dizartri ve suprasternal bölgede operasyon skarı mevcuttu. Nöropsikiyatrik semptomları olmayan hastanın yapılan tetkiklerinde kalsiyum: 4.9 mg/dl (N:8.8-10.2 mg/dl), fosfor: 5.9 mg/dl (N:2.5-4.5 mg/dl), parathormon: 4.9 pg/ml (N:15-65 pg/ml), TSH: 3.6 ulU/ml (N:0.27-4.2 ulu/ml), sT4:1.09 ng/ml (N:0.93-1.7 ng/ml) 25-OH Vitamin D: 15.5ng/ml (30-60 ng/ml) olarak saptandı. Hastanın çekilen beyin BT'sinde bilateral simetrik bazal ganglionlarda, serebellar dentat nukleuslarda, talamusta, subkortikal beyaz cevherde kalsifikasyonla uyumlu hiperdens görünüm izlendi. Hasta öykü, laboratuar, klinik ve radyolojik bulgular doğrultusunda iatrojenik hipoparatiroidiye bağlı Fahr hastalığı olarak kabul edildi. Hastaya verilen kalsitriol ve kalsiyum replasman tedavisi ile laboratuar ve klinik bulgularda düzelme sağlandı.

Sonuç: Fahr hastalığı parathormon disfonksiyonları gibi kalsiyum metabolizmasını bozan durumlar başta olmak üzere değişik metabolik bozukluklarla birlikte ortaya çıkmaktadır ve sık karşılaşılmadığı için gözden kaçabilmektedir. Bizim olgumuzda iatrojenik hipoparatiroidinin bazal ganglionlarda oluşan kalsifikasyonların sebebi olabileceği düşünülmüştür. Fakat hangi mekanizmalarla hipoparatiroidizme bağlı intrakranial kalsifikasyonların geliştiği bilinmemektedir. Kalsiyum metabolizma bozukluğu olup, sebebi anlaşılamayan nörolojik ve psikiyatrik semptomlar gelişen hastalarda Fahr hastalığı ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Özellikle serebellumda, bazal ganglionlarda ve supratentoryal mesafede kranial görüntüleme ile saptanan ve herhangi bir nedene bağlanamayan kalsifikasyonların varlığında Fahr hastalığı akla gelmelidir.

Anahtar Kelimler: FAHR hastalığı, hipoparatiroidi, hipokalsemi, serebellar kalsifikasyon



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-028

TİP 2 DİABETES MELLİTUS'LU HASTALARDA 25 (OH) D VİTAMİNİ DÜZEYİ İLE HBA1C ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Lütfiye Seçil Deniz Balyen[1], Lokman Balyen[2], Semir Paşa[3], Ömer Satıcı[4]

[1]*Diyarbakır Selahattin Eyyubi Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır*
[2]*Özel Bağlar Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır*
[3]*Özel Bağlar Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır*
[4]*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Diyarbakır*

Giriş ve Amaç: Son zamanlarda görme kesinliğinde azalma şikayeti ile göz polikliniğimize başvuran ve yeni saptanan tip 2 diabetes mellitus(T2DM) tanılı hastalarda serum hemoglobinA1c(HbA1c) düzeyi ile serum vitamin D düzeyi arasında ilişkinin değerlendirilmesi.

Gereç ve yöntem: Refraksiyon kusuru(miyop) olan T2DM tanılı; yaş ortalaması 52.15±8.30 olan, 25 kadın, 35 erkek toplam 60 hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan 25 kadın, 35 erkek ile ilgili klinik ve sosyodemografik özellikler ve aynı göz hekimi tarafından standart yöntemlerle biomikroskopik ve funduskopik muayene sonuçları ve 8 saati aşan açlık sonrası alınan kan örneklerinde HbA1c ve 25 (OH) D düzeyleri kayıt altına alındı. Sırasıyla serum 25 (OH) D < 10 ng/mL şiddetli yetmezlik, 10-20 ng/mL yetmezlik, 21-29 ng/mL eksiklik ve >30 ng/mL olanlar yeterli olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 60 hastanın, kadın/erkek oranı 25(41.66%)/35(58.33%) saptandı. Hastaların ortalama açlık serum HbA1c %13.01±3.04 olarak saptandı. Serum 25 (OH) D yetersizliğine göre yapılan sınıflandırmada; Hastaların 16'sında (26.66%) şiddetli yetmezlik,16'sında(26.66%) yetmezlik, 17'sinnde(28.33%) eksiklik saptanırken,11'inde(18.33%) yeterli serum 25 (OH) D seviyesi tespit edildi(p=0.0001). Bu gruplar için ortalama HbA1c düzeyleri sırası ile % 15.17±1.58, %14.69±1.22, %12.38±2.71 ve %8.41±0.97 olarak saptandı(p=0.0001). Serum 25 (OH) D düzeyleri yeterli olan grup ile yetersiz olan tüm gruplar arasında D vitamini düzeyleri ve HbA1c düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı(p=0.0001).

Tartışma ve Sonuç: Pek çok çalışmada vitamin D eksikliği, insülin direncine yol açtığı gösterilmiştir. Çalışmamızda özellikle serum HbA1c düzeyi yüksek olan hastalarda serum 25 (OH) D eksikliği yüksek olduğunu tespit ettik. Dolayısıyla düşük serum 25 (OH) D düzeyi, T2DM şiddeti ile yakından ilişkili olduğu görünmektedir. T2DM olan hastalar hastalıklarının her aşamasında serum 25 (OH) D düzeyi açısından yakından takip edilmelidir.

Anahtar Kelimler: Anahtar Kelimeler: Tip 2 Diabetes Mellitus, D Vitamini, HemoglobinA1c

PS-029

A CASE OF PERSISTENT OSTEOPOROSIS SECONDARY TO ECTOPIC PARATHYROID ADENOMA

Derya Akdeniz[1], Sertaş Erarslan[1], Esra Ekiz[2], İlknur Işık[3], Ahmet Büber[4], Aziz Gültekin[3]

[1]*Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları*
[2]*Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi*
[3]*Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nükleer Tıp*
[4]*Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji*

Objective: Osteoporosis (OP) and vitamin D deficiency is an important cause of morbidity among geriatric patient population (1). Elevated parathyroid levels can be interpreted as being secondary to them in these patients (2), ultrasonography (USG) of the neck is used to rule out parathyroid adenoma. In our case, ectopic parathyroid adenoma in a patient with persistent OP and gastric ulcer is pesented.

Case report: The patient evaluated in urology outpatient clinic in 07.02.2014 re-attended to the hospital with fatigue and stomachache. His hemoglobin (Hb) level was 6.4 gr/dl, calcium (Ca) was 13.3 mg/dl and he was admitted to the hospital for further analysis. Laboratory test results are shown in table 1. His parathormone (PTH) levels were also elevated and upper gastrointestinal system (GIS) endoscopy showed a deep antral ulcer. Thoracoabdominal computerized tomography (CT) revealed diffuse sclerotic lesions in bony structures and a compression fracture in the body of L5 vertebra (Figure 1). USG of the neck showed muliple nodules in thyroid but no pathologic appearance in parathyroid glands. The patient was discharged after his symptoms due to anemia and hypercalcemia were improved. Whole body and parathyroid scintigraphy showed persistent focal activity uptake at the 2 o'clock position in left lower pole of thyroid and a mid-mediastinal uptake of 1.5 cm, consistent with ectopic parathyroid adenoma (Figure 2,3). The patient had gone under parathyroid adenomectomy with mediastinoscopy. Gamma knife could not be used due to shortness of hospital facilities. Nevertheless, the patient's PTH levels were stil elevated and parathyroid scintigraphy performed on 09.22.2014

revealed the ectopic adenoma persisting. He had another upper GIS bleeding on 12.05.2014 and his Hb levels dropped down to 6 gr/dl, thus he was re-admitted to the hospital. Zolendronic acid was applied for hypercalcemia. Re-operation was suggested for the patients but his relatives objected to that. He was followed-up with PPI and zolendronic acid infusion but unfortunately he was deceased due to deterioration of general health status at home.

Conclusion: Ectopic parathyroid adenoma is an important cause of morbidity due to its complications related to hypercalcemia. Lymphadenopathy and adenoma cannot be differentiated in thoracoscopic surgeries. Gamma knife should be used during operation (3).

References

1)Pietschmann P, Mectcheriakova D, Meshcheryakova A, Föger-Samwald U, Ellinger I.

2)Bruce DG, St John A, Nicklason F, Goldswain PR. Secondary hyperparathyroidism in patients from Western Australia with hip fracture: relationship type of hip fracture, renal function and vitamin D deficiency. J Am Geriatr Soc. 1999 Mar; 47(3):354-9.

3) Daliakopuolos SI, chatzoulois G, LAmpridis S, Pantelidou V, Zografos O, Ioannidis K, Sapranidis M, Ploumis A. Gamma probe-assisted excision of an ectopic parathyroid adenoma located within the thymus: case report and review of the literature. J Cardiothorac Surg. 2014 Mar 31;9;62. doi: 10.1186/1749-8090-9-62.

Key words: osteoporosis; hypercalcemia; parathormone



Figure 1.

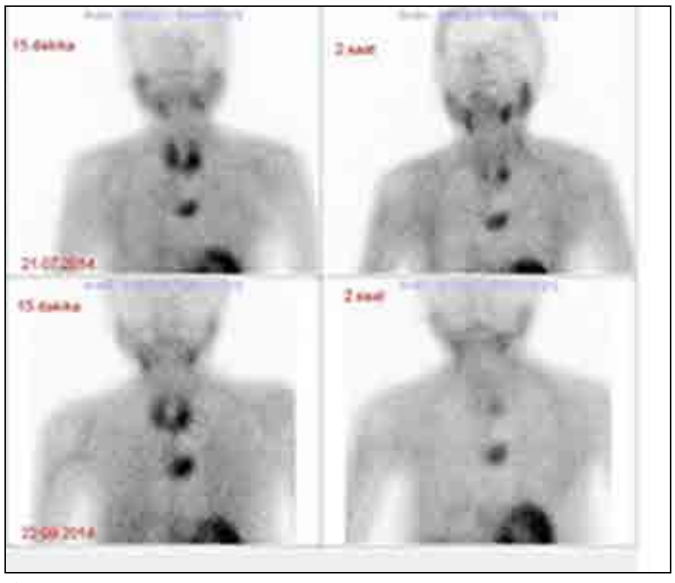


Figure 2.

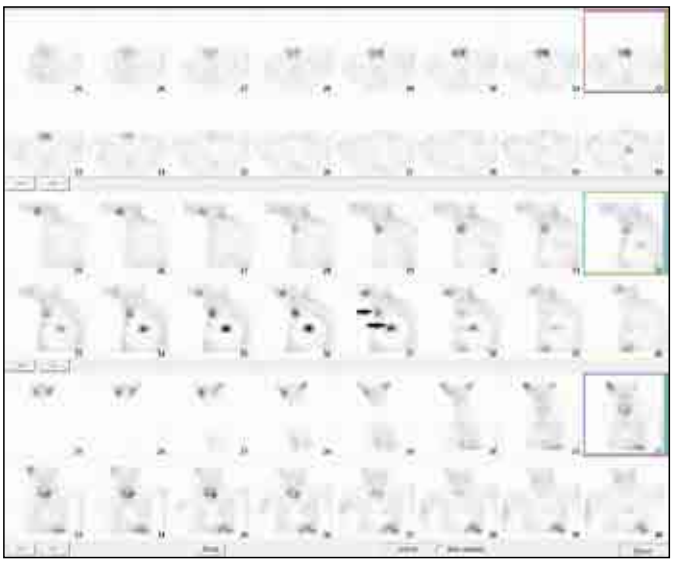


Figure 3.

Table 1.

	7.14.14	8.15.2014	8.22.2014	9.5.2014	12.12.2014
Calcium (mg/dl)	13,3	10,1	10,1	11,8	12
Phosporus (mg/dl)	2,7	3	3	3	2,8
Albumin (g/dl)	3,1	3	2,5	2,8	2,9
Parathormone (pg/ml)	2419	2480	1688	1168	1215
Hemoglobin (gr/dl)	5,9	9,7	9,9	8,2	6,2

PS-030

YETİŞKİN ÇAĞDA OSTEOGENEZİS İMPERFEKTA: OLGU SUNUMU

Damla Tüfekçi, Ahmet Hamdi Aktan, Serap Baydur Şahin, Teslime Ayaz, Ekrem Algün

Recep Tayyip Erdogan Üniversitesi, Tıp Fakültesi,Rize

Giriş: Osteogenezis imperfekta (Oİ) yaygın osteoporoz, tekrarlayan kemik kırkları ve bunun sonucunda oluşan deformiteler ile karakterize genetik bir hastalıktır. Oİ'nın insidansı farklı tipleri birlikte düşünüldüğünde 15.000-20.000 doğumda birdir. Çoğu vakada tip 1 kollajen yapımından sorumlu COL1A1 ve COL1A2 genlerinden birinde dominant bir mutasyon sonucu gelişir. Oİ klinik ve radyolojik bulgular göz önüne alınarak dört grup olarak sınıflandırılmıştır. Tip1 Oİ en hafif ve en yaygın olanıdır. Mavi sklera, kırıklar, otoskleroz nedeniyle işitme kaybının görüldüğü tip 1 Oİ' de bireylerin genellikle çocukluk çağı kırıkları mevcuttur. Puberteden sonra iyileşir. Bu bireylerin yaşam beklentileri normaldir. Burada yetişkin çağda osteogenezis imperfekta tanısı koyduğumuz bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 46 yaşında erkek hasta tip 2 diyabetes mellitus tedavi ve takibi amacı ile endokrinoloji polikliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde mavi sklera (Şekil 1), bozuk diş yapısı (Şekil 2) ve üst ekstremitelerinde fraktürler sonucunda oluşan şekilsel kemik deformiteleri (Şekil 3) tespit edildi. Anamnezi alındığında 7-8 yaşlarında mikrotravma sonrasında oluşan sayısını bilmediği multiple küçük kırık öyküsü mevcuttu. 28 yaşında işitme kaybı oluşmuş ve cihaz kullanmakta idi. Aile öyküsü sorgulandığında kızında da mavi sklera ve tekrarlayan kemik kırıkları olduğu öğrenildi. Hastanın laboratuar parametrelerinde serum kalsiyumu:10.0 mg/dl, fosfor: 3.7mmol/L parathormon:45.4 pg/ml ve 25 OH Vitamin D:15.4 ng/ml olarak saptandı (birimleri yazılacak) Kemik densitometresinde L1-L4 T skoru: -2.2, Z skoru:-1.9; total femur T skoru:-0,7, femur boynu T skoru:-1,3 . Hastaya D vitamini replasman tedavisi başlandı. Hastada klinik bulgu ve semptomlarıyla Oİ Tip I düşünüldü. Genetik analiz için kan örneği gönderildi.

Tartışma: Osteogenezis imperfekta tekrarlayan kırıklar nedeni ile yaşam kalitesini bozan kalıtsal bir hastalıktır. Tedavide hedef kırıkları ve ağrıyı azaltmak, uzun dönemde kemik deformitelerini önleyip kişinin fonksiyonel kapasitesini artırmaktır. Bizim olgumuz diyabetes mellitus nedeniyle polikliniğe başvuran bir hastaydı. Yapılan ayrıntılı fizik muayenesi ve alınan anamnezi sayesinde tanıdan şüphelenmemize neden oldu. Hastanın genetik sonucu beklenmekte olup, ailesi de bilgilendirilerek gerekli tetkikler için yönlendirilmiştir.

Anahtar Kelimler: osteogenezis imperfekta, kırık, mavi sklera



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-031

TİROİD NODÜLÜ İÇİNE SPONTAN KANAMA: OLGU SUNUMU

Damla Tüfekçi, Ahmet Hamdi Aktan, Serap Baydur şahin, Teslime Ayaz, Osman Zikrullah Şahin, Ekrem Algün, Abdullah Özçelik

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi,Tıp Fakültesi,Rize

Giriş: Tiroid nodülü içine kanama ince iğne aspirasyonunun (İİAB) nadir görülen bir komplikasyonudur. Son çalışmalarda antitrombotik ve/veya antikoagulan tedavi alan hastalarda bile İİAB sonrası kanama komplikasyonunun artmadığı gösterilmiştir. Spontan nodül içi kanama ise son derece nadir görülür. Vakaların çoğunda hafif boyun ağrısı ve nadiren boyunda hematom oluşur. Literatürde nodül içine kanama ile ilişkili tirotoksikoz ve hava yolu obstruksiyonu çok az sayıda bildirilmiştir. Bu yazıda boyunda şişlik ve ağrı şikayeti ile başvuran spontan tiroid nodül içi kanama tanısı koyduğumuz bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 48 yaşında erkek hasta boyunda ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurdu. Travma olmadığını belirten hastada daha öncesine ait nodüler guatr öyküsü de yoktu. Antitrombotik ve/veya antikoagülan tedavi almıyordu. Fizik muayenede boynun solunda yaklaşık 3 cm çapında, orta sert kıvamda kitle saptandı. Kitle üzerinde ısı artışı,,kızarıklık, ekimoz yoktu. Hastada havayolu obstruksiyonunu düşündüren solunumu sıkıntısı yoktu. Yapılan tetkiklerinde

Birimleri yazılack TSH:1.2uIU/ml (N:0.35-4.54), Serbest T4:1.38ng/dl N:0.7 1.48), Serbest T3:2.1ng/dl (N:1.71-3.71) saptandı. Çekilen tiroid ultrasonografisinde sol lobda 3.5*4 cm çapında düzgün sınırlı ve içerisinde kanama ile uyumlu olarak debris seviyeleri gösteren yoğun internal çekintiler gözlenen nodül saptandı (Şekil 1). Solunum sıkıntısı olmayan hasta izleme alındı. Tekrarlayan ultrasonografik incelemelerde nodülde spontan rezorbsiyon gelişti.

Tartışma: Tiroid nodülü içine spontan kanama literatürde nadir olarak bildirilmiştir ve özellikle antikoagülan tedavi alan olgularda gözlenmiştir. Bizim olgumuzda herhangi bir antikoagulan/antitrombolitik kullanım öyküsü mevcut değildi. Tiroid nodülü içine kanaması olan hastalarda dispne ya da stridor yoksa konservatif yaklaşım önerilmektedir. Hematom boyutu artarsa ve havayolu obstrüksiyonu gelişirse erken entübasyon ve boyun eksplorasyonu gereklidir. Bizim hastamız USG ile sıkı bir şekilde izlendiğinde hematom boyutunda artma gözlenmedi. Sonuç olarak, bu olguda travma, antikoagülan tedavi ve İİAB gibi predispozan faktör olmadan tiroid nodülü içine spontan kanama oluşmuştur ve izlemde hematomun spontan olarak rezorbe olduğu gözlenmiştir.

Anahtar Kelimler: Tiroid nodülü, spontan kanama



Şekil 1.

PS-032

MEME KARSİNOM METASTAZINA BAĞLI DİYABETİK KETOASİDOZ VAKASI

Latife Bircan[1], Selman Ünverdi[2], Ahmet Bayrak[3], Oktay Bulur[1]

[1]Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği,Ankara
[2]Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliiniği,Ankara
[3]Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Radyoloji Ana Bilim Dalı,Ankara

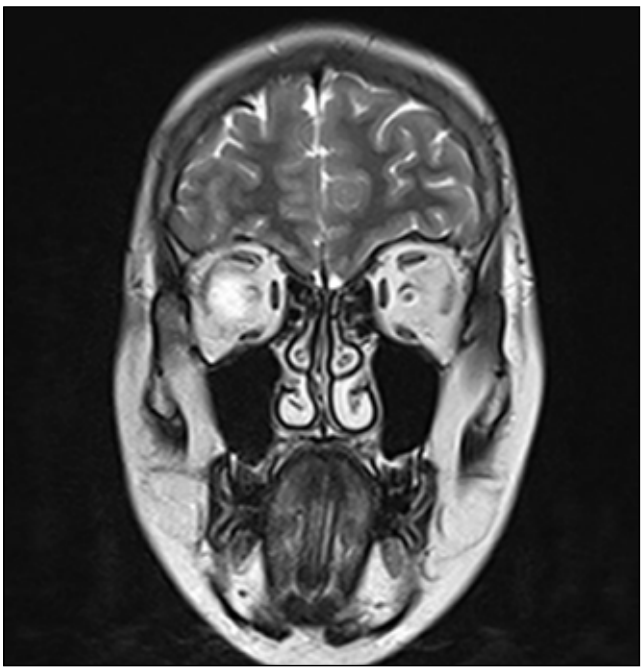
Giriş: Diyabetik ketoasidoz(DKA) diyabetin akut bir komplikasyonudur. Hiperglisemi, metaboik asidoz,artmış keton cisim konsantrasyonu ile karakterizedir. Tip 1 diyabetin başlangıcında, daha önce bilinen Tip 1 veya Tip2 diyabet varlığında ise araya giren enfeksiyon, tedaviye uyumsuzluk ve eşlik eden kronik hastalıkların komplikasyonlarına bağlı görülebilir. Malignitelerin organ metastazlarına bağlı DKA görülmesi ise nadirdir.Burada hastanemiz acil servisine başvuran, diyabetik ketoasidoz tanısı sonrası pankreas metastazı tesbit edilen metastatik meme karsinom tanılı hasta sunuldu.

Olgu: 38 yaşında bayan hasta bulantı, kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Kan şekeri: 420 mg/dl, kan basıncı: 110/60 mmhg, kan gazında Ph:7,22, bikarbonat:18mEq, pCO2:45 idi. Tam idrar tetkikinde keton +++ olarak sap-

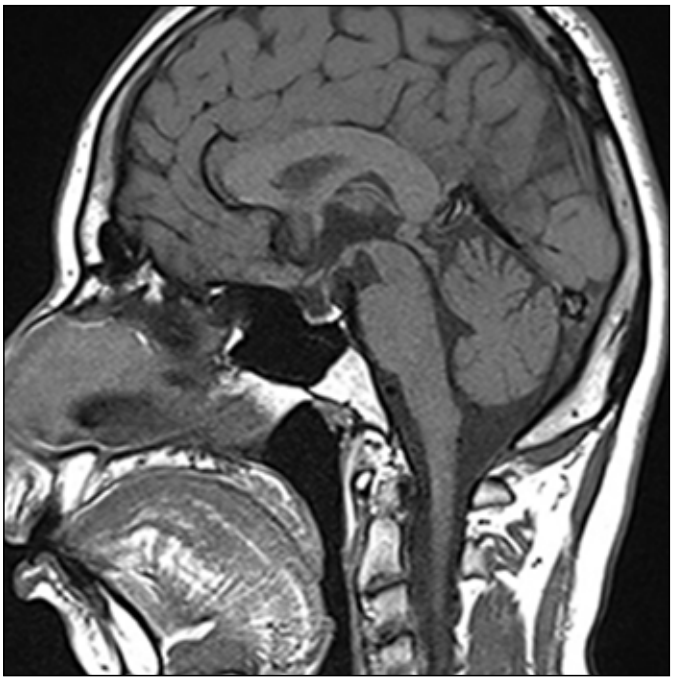
tandı. HbA1c:11,1% idi.Bilinen diyabeti olmayan hasta diyabetik ketoasidoz tanısı ile takip edildi. Özgeçmişinde; 2 yıl önce sol memede invaziv duktal karsinomu ve aksiller lenf bezi metastazı tanısı ile radikal mastektomi, sonrasında kemoterapi ve radyoterapi uygulandığı öğrenildi.Kemoterapi sonrası bozulmuş açlık glukozu(BAG) durumunun olduğu,ancak HbA1c 5,5-6 % olarak seyrettiği görüldü. 1 yıl önce yapılan PET /BT sonucunda ise pankreas normal, karaciğerde ise 7*6cm boyutunda metastaz ile uyumlu görünüm olduğu ve karaciğer biyopsisi yapıldığı, biyopsi sonucu ise metastaz ile uyumlu olduğu öğrenildi. Hastanın 1 ay önce rutin kontroluındeki tetkiklerinde Ca 125:183,1 U/mL(normal:0-35), Ca 15-3:44,2 U/mL(normal:0-31) saptandığı, biyokimyasal parametrelerin ise normal saptandığı görüldü. Batın MR sonucunda; takipteki karaciğer metastatik nodüllerinde artış, pankreas baş,gövde bileşkesinde malignite ile uyumlu lezyon tesbit edildi. Son bir haftadır şikayetleri artan hastaya diyabetik ketoasidoz tedavisi uygulandı, takibinde kan şekeri regüle seyretti. Yoğun insülin tedavisi başlanan hasta takipli olduğu onkoloji kliniğine yönlendirildi.

Sonuç: Literatürde karaciğer ve pankreas metastazına bağlı diyabetik ketoasidoz vaka sayısı sınırlı olup genellikle endokrin kökenli malignitelerde bildirilmiştir. Burada meme karsinomuna bağlı karaciğer ve pankreas metastazı sonrasında diyabetik ketoasidoz tanısı ile takip edilen hasta sunulmuş olup malignite tanısı olan hastalarda akut komplikasyonlara yönelik dikkatli olunması gerekliliğini vurgulamayı amaçladık.

Anahtar Kelimler: diyabetik ketoasidoz, meme karsinomu, karaciğer ve pankreas metastazı



Şekil 1.



Şekil 2.

Tablo 1. Hastanın hipofiz hormon sonuçları

Parametreler	Hastanın Değerleri	Normal Değerler
FSH(mIU/ml)	0,29	(3,3-8,08 foliküler faz 28,72-133,41 postmenopoz 1,38-5,47 luteal faz 2,55-16,69 midsiklus)
LH (mIU/ml)	0,03	(1,8-11,78 foliküler faz 5,16-61,99 postmenopoz 0,56-14 luteal faz 7,59-89,08 midsiklus)
Östradiol (pg/ml)	21	((21-251 foliküler faz 0-28 postmenopoz21-312 luteal faz38-649 midsiklus)
Prolaktin (ng/ml)	5,52	(5,18-26,53)
GH (ng/ml)	0,343	(0-8)
IGF 1 (ng/ml)	186	(117-329)
Kortizol (µg/d)	21	(2.9-17.3)
TSH (uIU7ml)	0,65	(0.35-4.94)
Serbest T3 (ng/dl)	3,5	(1.71-3.71)
Serbest T4 (ng/dl)	1,25	(0.7-1.48)

PS-033

30 YAŞINDA TANI KONULAN KALLMAN SENDROMU: OLGU SUNUMU

Damla Tüfekçi, Ahmet Aktan, Serap Baydur Şahin, Teslime Ayaz, Osman Zikrullah Şahin, Fatma Beyazal Çeliker, Ekrem Algün

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize

Olgu: Otuz yaşında kadın hasta hastanemiz endokrinoloji polikliniğine adet görememe şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsü incelendiğinde puberteye giremediği için 16-17 yaşından beri zaman zaman oral kontraseptif kullandığı öğrenildi. Evlendikten sonra infertilite nedeniyle kadın doğum kliniğine başvuran hasta uygulanan tedavi sonucunda gebe kalmış ve 2011 yılı sonunda ikiz çocukları olmuş. Doğumdan sonra 3 yıl boyunca adet görmeyen hasta kliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın yapılan muayenesinde sekonder seks karakterlerinin gelişimi normaldi. Yapılan tetkiklerde, FSH: 0,29 mIU/ml, LH: 0,03 mIU/ml, E2: 21 pg/ml ve diğer hipofizer hormonlar normal olarak saptandı (Tablo 1). Bu sonuçlara göre hastada izole gonodotropin eksikliği tespit edildi. Hastanın koku duyusu sorgulandığında, çocuklarının altını değiştirirken bile dışkı kokusunu hissetmediğini ifade etti. Hastada Kallmann sendromu düşünüldü, Hipofiz ve Kranial MRG çekildi. MRG'de bilateral olfaktor sulkus ve olfaktor bulbuslar izlenmedi, gyrus rektusda düzleşme olduğu gözlendi. Laboratuar bulguları ve tipik MRG bulguları olan hastaya Kallmann Sendromu tanısı konuldu ve siklik östrojen ve progesteron tedavisi başlandı.

Tartışma: İzole gonodotropin eksikliği olan hastalarda ayırıcı tanıda Kallman sendromu her zaman için akılda bulundurulmalıdır ve tüm hastalara koku duyusu sorgulanmalıdır. Bu olguda tanıya giderken anamnezin en can alıcı noktası hastaya koku alabiliyor musun sorusuydu. Hastada anosmi olması ve MRG'de KS ile uyumlu tipik bulgular olması tanıyı koymamızı sağladı. Tedavide çocuk isteği olmayan hastalarda siklik östrojen ve progesteron kullanılır. Çocuk isteği olanlarda ise gonadotropinlerle veya pulsatil GnRH ile ovulasyon indüksiyonu ile gebe kalmaları sağlanabilir. Bizim hastamız da muhtemel gonadotropin tedavisiyle çocuk sahibi olmuştur. Hastada daha önce infertilite açısından tetkikler yapılmış olmasına rağmen, ancak 30 yaşında ve çocuk sahibi olduktan sonra tanısının konulması anamnezin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimler: kallman sendromu, anozmi,hipogonadotropik hipogonadizm

PS-034

TRANSAMİNAZ YÜKSEKLİĞİNİN NADİR BİR NEDENİ:FAMİLYAL HİPOBETALİPOPROTEİNEMİ

Şener Ağdaş[1], Eylem Çağıltay[2]

[1]Merzifon Asker Hastanesi İç Hastalıkları Servisi
[2]İzmir Asker Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Servisi

Hastanın hikayesine göre; yaklaşık 4-5 yaşlarından itibaren ishal, bulantı-kusma şikayetlerinin olduğunu fakat yapılan araştırmalar neticesinde kesin bir tanı konulamadığını ifade ediyor. Hasta 12 yaşına geldiğinde şikayetlerine gelişme geriliği eklenmiş. Bu şikayetle gittiği hastanede Lipoprotein eksikliği teşhisi konularak diyet ve vitamin replasman tedavisi altına alınmış. Halen Vitamin A, Vitamin B12, Vitamin D ve Vitamin E replasmanı alıyormuş. Kolesterol düşüklüğü ve karaciğer enzim yüksekliği şikayetiyle başvuran hastanın hikayesi de dikkate alınarak, ailesel hipobetaliporoteinemi düşünülerek, ailesel inceleme yapıldığında; annesinde LDL Kolesterol:22mg/dl, babasında LDL Kolesterol:15mg/dl saptanmıştır. Herhangi bir klinik yakınması olmayan ebeveynleri 50mg/dl'nin altındaki bu LDL Kolesterol değerleri ile heterozigot familyal hipobetalipoproteinemi taşıyıcıları olarak değerlendirilmiştir. Hastamızda Total Kolesterol:20mg/dl'nin altında, Trigliserid:10mg/dl'nin altında ve HDL Kolesterol:16mg/dl, LDL Kolesterol:2mg/dl saptanmıştır. Hastamızda steatore, karaciğer enzim yüksekliği, E vitamini düşüklüğü(1mc/L'nin altında), Dvitamini düzeyinde düşüklük, periferik yaymada %70'e varan akantositozis saptanmıştır. Tüm batın Ultrasonografik değerlendirilmesinde grade 1 hepatosteatoz saptanmıştır.hastada nörolojik tutulum bulunmadığı ve göz muayenesinin de normal olduğu tespit edilmiştir. Komplikasyonların önlenmesi için yağda eriyen vitaminlerin(A,D,E,K) takviye edilmesi, düzenli endokrinoloji, göz ve nörolojik muayenelerinin yapılması tavsiye edilmiştir.

Anahtar Kelimler: transaminaz yüksekliği, familyal hipobetalipoproteinemi

PS-035

POLİKİSTİK OVER SENDROMLU HASTALARDA ARTMIŞ ÜRİK ASİT DÜZEYLERİ VE KLİNİK İLE İLİŞKİSİ

Hakan Sevimli[2], Havva Keskin[1], Özge Timur[2], Yasemin Kaya[3], Faruk Yıldız[2], Mustafa Utlu[2], Mehmet Emin Budak[2], Hakan Gözcü[2], Melek Kadı[2], Şenay Arıkan[4], Ayşe Çarlıoğlu[2]

[1]Medeniyet Üniversitesi
[2]Erzurum Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
[3]Ordu Üniversitesi
[4]Kırıkkale Üniversitesi

Giriş: Polikistik over sendromu (PKOS) üreme çağındaki kadınları etkileyen en sık endokrin bozukluktur. Klinik ve biyokimyasal özellikleri metabolik sendrom ile benzerlik göstermektedir. Metabolik sendromlu hastalarda insülin idrenci, serum ürik asit düzeyi ile ilişkilidir. Çalışmamızda PKOS hastalarında serum ürik asit düzeylerinin klinik ve laboratuar arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntem ve Gereçler: Çalışmaya Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrin Kliniğinde takip edilen 172 PKOS hastası dahil edilmiştir. Çalışma hastanemiz etik kurulu tarafından onaylanmış ve tüm hastalardan yazılı onam formu alınmıştır. Kontrol grubu yaş ve VKİ uyumlu 34 hastadan oluşmaktadır. Tüm hastaların ürik asit, insülin, kolesterol, VKİ, folikül stimulan hormon (FSH) ve lüteinizan hormon (LH) değerleri analiz edilmiştir.

Sonuçlar: Ürik asid düzeylerinin PKOS grubunda kontrol grubuna göre 2 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır.(p=0.048). Multivariate regresyon yapıldığında ürik asit düzeylerinin PKOS grubunda yaş ve VKİ'den bağımsız olarak yüksek olduğu saptanmıştır HOMA, VKİ, CRP, total kolesterol, LDL, trigliserit ile pozitif anlamlı korelasyon HDL ile negatif korelasyon bulunmuştur.

Tartışma: Çalışmamızda yaş ve vücut kitle indeksi (VKİ) gibi faktörlerden bağımsız olarak ürik asit düzeyleri PKOS hastalarında istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Ürik asitin kardiyovasküler hastalık oluşumundaki rolü bilinmektedir. Ayrıca ürik asit kardiyovasküler hastalık için risk faktörü olan LDL, düşük HDL, CRP, HOMA ile de anlamlı pozitif korale olarak bulunmuştur. Sonuç olarak yaş ve vücut kitle indeksinden (VKİ) bağımsız olarak artmış ürik asit düzeyleri PKOS hastalarında kardiyovasküler hastalık oluşumu için bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar Kelimler: kardiyovasküler, polikistik over sendromu, ürik asit

PS-036

TİP 2 DİYABET MELLİTUSDA GLİKOZİLE HEMOGLOBİN (HBA1C) VE ARTIŞ ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Fatih Şahpaz, Orçun Kuet

Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı Kütahya

Diabetes mellitus (DM) tüm dünyada büyük bir sağlık sorunudur. Kardiyovasküler komplikasyonlar tip 2 DM'li hastalarda glikozile hemoglobin A1c (HbA1c) ve ortalama trombosit hacmi (MPV) ile ilişkilidir. Artmış Ortalama Trombosit Hacmi, Diabetes Mellitus hastalarında yaygın vasküler komplikasyonlarla yakından ilişkilidir. Bu çalışmanın amacı Tip 2 DM'da MPV yüksekliği ve HbA1c arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Bu araştırma bir yıllık bir süre içinde yapılan (Ocak 2015- Haziran 2015) retrospektif bir çalışmadır.

Çalışmaya tip 2 DM›li 300 hasta ve 100 non-diyabetik birey alındı. Diyabetik hastalar HbA1c seviyelerine göre iki gruba ayrıldı. DM grup1'e HbA1c < % 7 olan hastalar alındı. DM grup 2'ye HbA1c≥ %7 düzeyleri olan hastalar alınmıştır. Ortalama HbA1c düzeyleri; non-diyabetik grupta 5.4 ± 0.8, DM grup 1'de 6.7 ± 0.2 ve DM grup 2'de 9.9 ± 1.7 olarak saptandı. MPV, hem DM grup 1 (7.8±0.8 fl ; p = 0.039) ve hem de non-diyabetik bireylerle (P <0.001 6.8 ± 0.8 fl) karşılaştırıldığında DM grup 2'de anlamlı derecede yüksek (8.4 ± 1.5 fl) idi. MPV ile HbA1c arasında yüksek pozitif Pearson korelasyonu vardı (P <0.001, r = 0.393). MPV, DM grup 2›de non-diyabetik grup ve DM grup 1 ile kıyaslandığında anlamlı olarak yüksek bulundu. MPV' nin tip 2 DM artmış olduğu görülmüştür. Bu çalışma, DM'da artan MPV'nin kötü glisemik kontrole ilişkili olduğunu göstermektedir.

Artmış trombosit boyutu DM ile ilişkili aterosklerozun risk faktörlerinden biri olabilir. Bu mikro ve makro vasküler komplikasyonlarla ilişkili bulunabilir. Biz artan HbA1c'nin MPV değerinin arttığını gördük. Biz MPV'nin birinci basamak sağlık hizmetlerinde DM'un progresinin izlemesinde ve vasküler hasarın önlenmesinde basit ve düşük maliyetli bir test olarak kullanılabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimler: Ortalama trombosit hacmi, Hemoglobin A1c, Diabetes mellitus

Tablo 1. Klinik ve laboratuvar parametreleri

	DM GRUP-1	DM GRUP-2	Kontrol grubu
Cinsiyet(K/E)	80:70	81:69	52:48
YAŞ(YIL)	54±12.14	54±12.14	52.6±10.3
VKİ(kg/m^2)	26±5.08	26±5.08	24.94±4.7
Açlık glukozu(mg/dl)	132.17±6.7	163.25±5.8	90.12±3.7
HbA1c (%)	6.7±0.2	9.9±1.7	5.4±0.8
Platelet sayısı(1000)	289.6±71.1	287.9±61.9	281.9±57.8
MPV (fl)	7.8±0.8 p=0.039	8.4±1.5 p<0.001	6.8±0.8 p<0.001

PS-037

ÜST SOLUNUM YOLLARI İNFEKSİYONU TANISI İLE ÇOK SAYIDA ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ ALAN SUBAKUT TİROİDİT OLGUSU

İhsan Boyacı

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

Subakut tiroidit, tiroid bezinin viral orijinli akut inflamatuvar bir hastalığıdır(1). De Quervain tiroiditi veya granülomatöz tiroidit olarak da bilinir. Klinik ve laboratuvar bulguları hastalığın fazı ve gidişi ile değişir. Hastalık karakteristik olarak kendi kendini sınırlar ve genelde birkaç hafta veya ayda spontan ve tam olarak iyileşir. Nadiren, hastalık tekrarlayan inflamatuvar ataklar ile birkaç yıl sürebilir (2).

Hastalığın en tipik belirtisi, boyunda tiroid bezine uyan bölgede şiddetli ağrı, duyarlılık ve sert bir büyümedir. Subakut tiroiditte ağrı çok şiddetlidir, çeneye, dişlere kulağa vurabilir. Ağrının olduğu bölgede tiroid bezi oldukça serttir(3).

Hastaların önemli bir bölümünde, ağrı gelişmeden haftalar önce geçirilmiş üst solunum yolları hastalığı öyküsü vardır(1,3). Üst solunum yolu infeksiyonu tanısı ile dört ayrı antibiyotik almasına rağmen tedavi edilememiş olan olgumuz subakut tiroidit tanısı almıştır. Antibiyotik tedavisine rağmen iyileşme sağlanamayan ve tiroid lojunda ağrısı olan hastalarda subakut tiroidit tanısı gözden kaçırılmamalıdır.

Olgu: 43 yaşında erkek hasta baş ağrısı, boğaz ağrısı, ateş, çarpıntı ve halsizlik yakınmaları ile başvurdu. 20 gündür yakınmaları olan hastanın; baş ağrısı şiddetli ve başın hareketi ile artan özellik gösteriyordu. İlk hafta boğaz ağrısı olmayan hastanın sonradan boğaz ağrısı da eklenmiş, çenesine doğru yayılım

gösteriyormuş. Gittiği kliniklerde üst solunum yolu infeksiyonu tanısı ile sırasıyla amoksisilin-klavulanik asit, klaritromisin, sefdinir ve seftriakson tedavisi almış. Yakınmalarında bir gerileme olmayan hasta kliniğimize başvurdu.

Fizik muayenesinde;orofarenks hiperemik, tiroid loju ağrılı ve hassas, ateş:38.7°C, tansiyon: 110/80 mmHg nabız:104v/dk.

Laboratuvar; ESH: 77 mm/s, CRP:181 mg/L, lökosit:17280 mm^3, TSH:<0.05 (Normal:0,25-5) μIU/mL, serbest T_3:6,98(Normal:3,4-8,3) pmol/L, serbest T^4:39,78 (Normal:10,6-19,4)pmol/L, Anti TPO: <0,8 (Normal:<12) IU/mL

Tiroid USG:Her iki tiroid lob boyutları normal sınırların üzerindedir, tiroid parankimi hipoekojen ağırlıklı heterojenite, kaba eko striktürü ve retiküler patern izlenmektedir. Tiroidit (Resim 1.).

Tiroid Sintigrafisi(Teknesyum Uptake):15 dakika Tc-99m uptake %0,1 olarak hesaplanmıştır (Normal:%0,5-3,75),supresyon ile uyumlu (Resim 2-3.).

Hastanın tiroid lojundaki ağrısı ve ağrının karakteri, eşlik eden ateşi, laboratuvar bulguları, uptake sintigrafisi ve çok sayıda antibiyotik almasına rağmen gerilemeyen tablosu göz önüne alınarak subakut tiriodit tanısı konmuştur. Naproksen sodyum ve propranolol HCl tedavisi ile yakınmaları geçti, klinik ve laboratuvar bulguları düzeldi.

Sonuç: Üst solunum yolları infeksiyonu tanısı ile çok sayıda antibiyotik alan olgumuzda; hastanın anamnezi, klinik ve laboratuar bulguları dikkatlice düşünüldüğünde, subakut tiroidit tanısı gözden kaçırılmamalıdır.

Kaynaklar

1. Desailloud R, Hober D. Viruses and thyroiditis: an update. Virol J 2009; 6:5.

2. Lazarus JH. Silent thyroiditis and subacute thyroiditis. In: The Thyroid: A Fundamental and Clinical Text, 7th Ed, Braverman LE, Utiger RD (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 1996. p.577.

3. Fatourechi V, Aniszewski JP, Fatourechi GZ, et al. Clinical features and outcome of subacute thyroiditis in an incidence cohort: Olmsted County, Minnesota, study. J Clin Endocrinol Metab 2003; 88:2100.

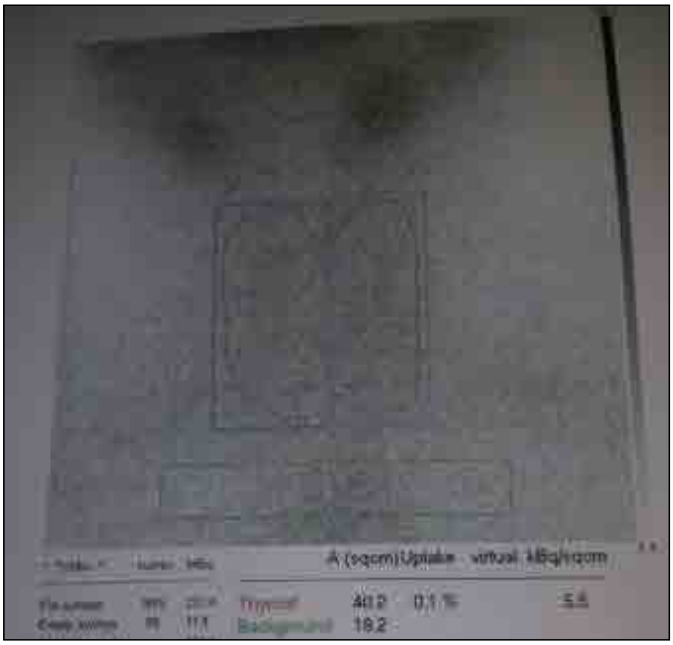
Anahtar Kelimler: Subakut Tiroidit, Üst Solunum Yolları İnfeksiyonu Tanısı, Antibiyotik Tedavisi,Tiroid Sintigrafisi(Teknesyum Uptake)



Şekil 2.



Şekil 1.



Şekil 3.

PS-038

TİROİD CERRAHİSİ SONRASI GECİKMİŞ HİPOPARATİROİDİ OLGUSU

Beyza Oluk, Burcu Makbule Şirin

İstanbul Arnavutköy Devlet Hastanesi

Hipoparatiroidi, tiroid cerrahisinin sık görülen ve iyi tanımlanmış bir komplikasyonudur. Hipoparatiroidizm; paratiroid hormon (PTH) eksikliğinin yol açtığı hipokalsemi, hiperfosfatemi ve hiperkalsiuri ile karakterizedir. Postoperatif hipoparatiroidizm genellikle paratiroid bezi ve/veya damarlanmasının bozulması veya istenmeden veya kaçınılmaz çıkarılmasından kaynaklanmaktadır. İlk bir-

kaç hafta içinde kendiliğinden düzelen şekli geçici hipokalsemi, 6 aydan uzun süren ve yıllarca takip gerektiren şekli kalıcı hipokalsemi olarak tanımlanmıştır.

37 yaşında kadın hasta, 2 haftadır devam eden halsizlik ve uyuşma şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde; bilinci açık, genel durumu iyi, kalp akciğer ve batın muayenesi normal saptandı. Nörolojik muayenesinde patolojik özellik yoktu. Özgeçmişinde 19 yıl önce nodüler guatr nedeniyle tiroidektomi operasyonu geçirdiği, sonrasında 1 yıl süreyle levotiroksin kullandığı öğrenildi. Tetkiklerinde kalsiyum 5.94 mg/dl, albümin 3.76 g/dl, fosfor 4.93 mg/dl saptandı. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde tiroidektomi operasyonu sonrası 1 yıl poliklinik kontrolüne devam ettiği, daha sonra ilaç tedavisinin kesildiği öğrenildi. En son 4 ay önce yapılan tetkiklerinde TSH, t3, t4 normal sınırlarda, kalsiyum 7.14 mg/dl bulunmuş, fakat hastaya tedavi önerilmemiş. Ayrıca hastanın operasyon sonrası dönemde 2 kez hastanede doğum yaptığı, hamilelik sırasında ve sonrasında da ilaç tedavisi almadığı öğrenildi. PTH 7.58 pg/ml (normal: 15-65 pg/ml), 25-OH vitamin D düzeyi <4 ng/ml, TSH 7.32 mcIU/ml, t3 t4 normal sınırlarda saptandı. Hastanın şikayetleri kalsiyum ve d vitamini replasmanı ile hızla geriledi. Hastada geçirilmiş tiroidektomi operasyonu dışında hipokalsemiye sebep olacak başka bir neden bulunamadı. Kranial MR'da bazal gaglionlarda kalsifikasyon görülmedi.

Hipoparatiroidzm, tiroid cerrahisi sonrası sık görülen, insidansı ve risk faktörleri ile ilgili bir çok çalışmanın bulunduğu bir komplikasyondur. Geçici ve kalıcı hipoparatiroidi olarak tanımlanmıştır. Olgumuzda sunulduğu gibi cerrahiden yıllar sonra ortaya çıkan gecikmiş hipoparatiroidi ise literatürde daha nadir görülen ve fizyopatolojisi tam aydınlatılamamış geç dönem bir komplikasyondur. Hipokalsemi semptomları olgumuzda olduğu gibi uyuşmalar ve halsizlik şeklinde hafif olabileceği gibi, larinks spazmı ve grand mal nöberler şeklinde ciddi ve ölümcül de olabilir. Tiroid cerrahisi sonrası çok geç dönemlerde de hipokalseminin gelişebileceğinin akılda tutulması önemlidir.

Anahtar Kelimler: hipokalsemi, troidektomi, hipoparatiroidi

PS-039

HASTANEYE BAŞVURAN HASTALARDA HİPERKALSEMİ

Oktay Ünsal, Esin Beyan, Yasemin Aydoğan, İbrahim Karadağ, Serdar Karakaya, Murat Eser

Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Hiperkalsemi sık rastlanan klinik sorunlardandır. Olguların %90'dan fazlasında altta yatan neden primer hiperparatiroidizm ve malignitedir. Tanısal yaklaşım bu iki ana nedenin dışlanması ile başlar. Serum kalsiyum düzeyi 8,5-10,5 mg/dl arasındadır ve 10,5 mg/dl'nin üzerindeki değerler hiperkalsemi olarak değerlendirilir. Tedavi, klinik bulgular ve serum kalsiyum düzeyi göz önüne alınarak yapılır. Bu çalışmada çeşitli nedenlerle İç Hastalıkları kliniğinde yatan ve hiperkalsemi saptanan hastalar değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2012-Temmuz 2015 tarihleri arasında çeşitli nedenlerle İç Hastalıkları kliniğine yatırılan ve hiperkalsemi saptanan 100 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların demografik verileri, hiperkalsemi düzeyleri, etiyolojik faktörleri incelendi. İstatiksel değerlendirme SPSS 17.0 programı ile yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya hiperkalsemi tespit edilen 21 erkek ve 79 kadın dahil edildi. Çalışma grubunun yaş ortalaması 57,9 olarak tespit edildi. Serum kalsiyum ortalaması 11,73 mg/dl ve en yüksek serum kalsiyum düzeyi ise 18,2 mg/dl olarak saptandı. Hiperkalsemi etyolojileri değerlendirildiğinde 70 hastada paratiroid adenomu saptandı. Adenom saptanan 26 hasta operasyon kriterlerini karşıladığından Genel Cerrahi kliniği tarafından opere edildi. Dokuz hastada sebep olarak hidroklorotiazid kullanımı saptandı ve ilaç değişikliği sonrasında serum kalsiyum seviyeleri gerileyen hastalar takibe alındı. Altı hastada D vitamini hipervitaminozu tespit edildi ve D vitamini preparatları kullandıkları öğrenildi. İki hasta meme karsinomu ve diğer iki hasta da akciğer karsinomu nedeniyle takipli olup iki hastada multipl myeloma tanısı konuldu. İki hastanın kalsiyum/kreatinin klerensi oranı <0,01'in altında bulundu. Aile öyküsü de mevcut olan hastalar diğer nedenler dışlandıktan sonra ailesel hipokalsiürik hiperkalsemi tanısı aldı. Hiperkalseminin diğer nedenleri arasında bir hastada kalsiyum içeren preparat kullanımı, bir hastada feokromasitoma, bir hastada sarkoidoz ve bir hastada ise tirotoksikoz saptandı. Üç hastada herhangi bir sebep bulunamadı.

Tartışm:. Hiperkalsemi hastanede sık görülen elektrolit bozukluklarındandır. Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde hiperkalseminin en sık nedeni olarak paratiroid adenomu gözlenmiştir. Literatürde sık sebeplerden biri olan malignite ilişkili hiperkalsemi çalışmamızda daha düşük oranda tespit edildi. Bu durum hastanemizde Onkoloji kliniği olmamasına bağlanabilir. İlaç kullanımları, altta yatan maligniteler, aile öyküsü ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Hiperkalsemisi olan hastaya yaklaşımda ayrıntılı öykü ve fizik muayene özel önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimler: Hiperkalsemi, ilaçlar, maligniteler, paratiroid adenomu

PS-040

METABOLİK SENDROM'DA İNSÜLİN DİRENCİ, ÜRİK ASİT VE PLAZMA ATEROJENİK İNDEKSİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ömür Tabak[1], Mahir Cengiz[2], Serap Yavuzer[2], Hakan Yavuzer[2], Volkan Sözer[3], Remise Gelişgen[2], Hafize Uzun[2]

[1]İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı ve Biyokimya Anabilim Dalı
[3]Yıldız Teknik Üniversitesi, Biyokimya Bölümü, İstanbul

Amaç: Metabolik Sendrom (MetS), obezite, insülin direnci, aterojenik dislipidemi, inflamasyon ve tromboz gibi sistemik bozuklukların birbirine eklendiği ölümcül bir endokrinopatidir. Literatür taraması sonucunda kardiyovasküler hastalıklar ile serum ürik asit ve plazma aterojenik indeksi (AIP) arasındaki ilişkilerin araştırıldığı çalışmalar mevcuttur. Ancak, MetS'da bu parametreler arasındaki ilişkiyi gösteren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı MetS'da serum ürik asit, AIP ve metabolik tanı kriterleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, ürik asit ve AIP değişikliğinin metabolik sendromun bir parçası olup olmadığının araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Sağlık Bakanlığı, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Polikliniğinde MetS tanısı almış 855 hastanın verilerini kapsayan retrospektif bir çalışmadır. Hastalar serum ürik asit ve AIP düzeylerine göre gruplara ayrıldı. 6 mg/dL altında serum ürik asit düzeyleri normal olarak kabul edildi. Tüm olguların AIP, total kolesterol (TK), yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol (HDL-K), düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL-K) ve trigliserid (TG) düzeylerinin logaritmik dönüşüm oranı olarak hesaplandı.

Bulgular: Yaş ve HDL düzeyleri normal ürik asit grubuna göre yüksek serum ürik asit grubunda yüksek bulundu. Korelasyon analizi AIP ve Homeostasis Model Assesment İnsülin Resistan (HOMA-IR) arasında anlamlı ilişkili olduğunu göstermiştir (r=0,255, p<0,001).

Sonuç: Sonuç olarak bu çalışma MetS'da AIP ve HOMA-IR yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Artmış AIP ile HOMA-IR artma eğilimine girmiştir. MetS'da eşlik eden hiperürisemi ve yüksek AIP hastaların kardiyovasküler hastalığa yakalanma riskininin artmış olabileceğini düşündürmektedir. Serum ürik asit ve AIP'nin gelecekte MetS'lu hastalarda yapılacak daha detaylı çalışmalar ile MetS erken tanı ve tedavisinde önemli yer tutabilir Ancak serum ürik asit, AIP ve HOMA-IR ilişkisinin altında yatan mekanizmaları belirlemek için daha geniş prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğunu doğrulamaktadır.

Anahtar Kelimler: Metabolik sendrom, İnsülin direnci, Aterojenik indeks, Ürik asit

PS-041

OBSTRUKTİF UYKU APNE SENDROMU (OSAS) TANISI KONULAN HASTALARDA METABOLİK SENDROM SIKLIĞI

Murat Kayabekir[2], Doğan Nasır Binici[1], Özge Timur[1], Hakan Gözcü[1], Mehmet Ali Kaygın[3], Abdulmuttalip Arslan[1], Hakan Sevimli[1], Serdar Tanas[1]

[1]Erzurum Beah Dahiliye Kliniği
[2]Erzurum Beah Uyku Ve Elektrofizyoloji Labaratuarı
[3]Erzurum Beah Gkdc Kliniği

OSAS; uykuda üst hava yolunda tekrarlayan parsiyel veya komplet tıkanıklıklar ile karekterize uyku sırasında oluşan solunum durması epizotları, uyku bölünmesi, intermittan oksijen desaturasyonu, sistemik ve pulmoner arter kan basıncı artışı ile karekterize yaygın bir hastalıktır. Metabolik sendrom, insulin direnciyle başlayan abdominal obezite, glukoz intoleransı veya diabetes mellitus, dislipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı (KAH) gibi sistemik bozuklukların birbirine eklendiği ölumcul bir endokrinopatidir. Metabolik sendrom prevalansı erişkinlerde ortalama %22 olarak bildirilmektedir. Türkiye'de metabolik sendrom görülme sıklığı, erkeklerde % 28, kadınlarda ise %40 gibi oldukca yuksek değerlerdedir. Metabolik sendrom (MS) ve OSAS arasındaki yakın ilişki ilk kez 1990'lı yılların sonlarına doğru fark edilmiştir ve bir çok çalışmada OSAS'ın MS gelişimi için bağımsız bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. Obstruktif uyku apne sendromu ile birlikte obezite, metabolik sendrom, hipertansiyon, insulin direnci, tip 2 diyabet gibi hastalıkların prevalansında artış bildirilmiştir. Obstruktif uyku apne sendromuna bağlı metabolik olayların ortaya cıkmasında ise hipoksinin, solunum ve sistemik dolaşımda artmış olan enflamasyonun sorumlu olabileceğini ileri suren cok sayıda calışma vardır. Tekrarlayan hipoksi atakları, iskemi, reoksijenizasyon ve dolaşıma geçen sitokinler OSAS'ta glukoz metabolizmasında hiperglisemi, insülin direnci gibi değişikliklere yol açar. Sık uyku bölünmeleri ve beraberinde hipoksi ile nörohümoral sistemin aktive olması, inflamatuar sitokinlerin yapımının artması; insülin direnci, hipertansiyon

ve HDL kolesterol işlev bozukluğu ile OSAS zemininde MS gelişimine neden olmaktadır. Bizde bu çalışmamızda Erzurum BEAH Hastanesi Uyku ve Elektrofizyoloji Laboratuvarı' nda, Grass Technologies Twin Recording & Analysis Software sistemi ile gecelik polisomnografi kayıtları alınan hastalarda OSAS tanısı konulan hastalarda Metabolik Sendrom sıklığını araştırdık.

Yöntem: Erzurum BEAH Uyku ve Elektrofizyoloji Laboratuvarı' nda, Grass Technologies Twin Recording & Analysis Software sistemi ile gecelik polisomnografi kayıtları alınan (en az 6 saat) hastaların şu elektrofizyolojik özellikleri incelendi; "Apne Hipopne İndeksi (AHİ), uyku verimliliği (%), toplam uyku süresi, evre 1, evre 2, evre 3 ve REM süreleri (dk.) incelendi. Uyku bozukluklarının tanısı için "altın standart" yöntem olan polisomnografi (PSG); uyku sırasında, nörofizyolojik, kardiyorespiratuar, diğer fizyolojik ve fiziksel parametrelerin belli bir periyod, genellikle gece boyunca, eş zamanlı ve devamlı olarak kaydedilmesi" şeklinde tanımlanabilir. Bulgular: 2013-2014 yılları arasında Erzurum BEAH Uyku ve Elektrofizyoloji Laboratuvarına uyku bozukluğu nedeni ile başvuran hastalardan OSAS tanısı konulan 1114 hastada NCEP ATP III Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri' ni sağlayan toplam 56 hasta tesbit edildi. OSAS tanısı konulan hastaların %5'inde Metabolik Sendrom konulmuştur

Sonuç: Çalışma grubumuz 1114 hastalık büyük bir OSAS hasta grubu olup bu hastaların sadece %5'inde Metabolik Sendrom saptanmıştır. Daha sağlıklı istatistiki veriler elde etmek için araştırmamız hala devam etmekte hasta sayısının artmasıyla beraber bu oranlar değişebilir.

Anahtar Kelimler: OSAS, metabolik sendrom

Tablo 1. Metabolik sendrom tanı kriterleri

IDF, IAS ve IASO kriterleri (2009) (En az 3 kriterin varlığı):
Abdominal obezite (BÇ, erkekte ≥94 cm, kadında ≥80 cm),
AKŞ ≥100 mg/dl veya daha önce Tip 2 Diyabet tanısı,
KB ≥130/85 mmHg ve/veya ilaç tedavisi altında HT,
TG ≥150 mg/dl veya ilaç tedavisi altında hipertrigliseridemi,
HDL-kolesterol erkekte <40 mg/dl ve kadında <50 mg/dl

PS-042

TİP 2 DİYABETES MELLİTUSTA MALİYET-ETKİNLİK DEĞERLENDİRMESİ

Gülden Akmeşe Yürüyen[1], Eylem Özgün Çil[1], Yücel Arman[1], Ramazan Çakmak[2], Pınar Saner Demir[1], Tuğçe Akcan[2], Mustafa Özcan[1], Bilal Uğurlukişi[1], Murat Akarsu[1], Murat Köse[2], Şengül Aydın Yoldemir[1], Tufan Tükek[2]

[1]Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi
[2]İstanbul Tıp Fakültesi

Amaç: Tip 2 Diyabet, akut ve kronik çok sayıda ciddi komplikasyonlara yol açabilen morbidite ve erken mortalite riski yüksek, sistemik, kronik bir metabolizma hastalığıdır. Tip 2 Diyabetin hem bireye hem de topluma, dolayısıyla ülkelerin sağlık sistemlerine oldukça ciddi maliyeti söz konusudur. Artan maliyetler ve azalan kaynaklar düşünüldüğünde hastalığın en etkili şekilde önleme, tanı ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve güncellenmesi gerekir. Çalışmamızın amacı; bir yıl süre ile takip ettiğimiz tip 2 diyabet hastalarının tedavi, tetkik ve muayene için harcanan maliyetlerini ortaya koyarak, bu işlemlerin maliyet-etkin olup olmadığını HbA1c üzerinden göstermektir.

Gereç-yöntem: Son bir yıl içerisinde tip 2 Diyabet tanısı ile polikliniğimizde takip edilen 200 hasta rastlantısallık esas alınarak çalışmaya dahil edildi. Hastaların yıllık diyabet ilaçları, muayene ve tahlil masrafları geriye dönük olarak hesaplandı. Rutin değerlendirmede poliklinik hekimlerince istenen HbA1c değerlerine göre hastalar 'iyi kontrollü' ve 'kötü kontrollü' olmak üzere iki grubu ayrıldı ve iki grubun ortalama yıllık maliyetleri karşılaştırıldı.

Bulgular: 133 Kadın, 77 erkek olmak üzere toplam 200 hasta çalışmaya dahil edildi. Seksen bir hasta oral antidiyabetik (OAD), 18 hasta insülin, 101 hasta OAD+insülin kullanmıştı. Kesitsel olarak bakıldığında HbA1c'si 7'nin altında olan 60; 7 ve üzerinde olan 140 hasta olduğu görüldü.

Poliklinikte takip edilen 200 tip 2 diyabetik hastanın bir yıllık ilaç maliyeti ortalaması kişi başı 1548,79 TL, ortalama muayene ve tahlil maliyeti ise 258,23 TL olarak hesaplandı. HbA1c<7 olan hastalarda bir yıllık ortalama tedavi maliyeti 961,78 TL iken, HbA1c>7 olan hastalarda 1800,36 TL saptandı. OAD kullanan grubun bir yıllık ortalama ilaç maliyeti 482,49 TL iken bu değer sadece insülin kullanan grupta:2598,96 TL, OAD+İNSÜLİN kullanan grupta ise 2216,78 TL olarak hesaplandı.

Sonuç: Tedavi maliyetleri açısından değerlendirildiğinde iyi kontrollü diyabetik hastaların tedavi maliyetleri, kötü kontrollü hastalardan anlamlı olarak daha düşük iken, iki grup arasında muayene ve tahlil harcamalarında anlamlı fark saptanmadı. OAD kullanan grup ile insülin ve OAD+insülin kullanan gruplar karşılaştırıldığında, OAD kullanan grubun tedavi maliyeti diğer iki grubun maliyetinden anlamlı olarak düşük tespit edildi. Yaş ve cinsiyet ile diyabet ilaç maliyeti arasında ilişki yokken, diyabet yaşı ile tedavi maliyeti arasında istatiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı. Bu da diyabet yaşı ilerledikçe komplikasyonların artmasına ve tedavinin zorlaşmasına bağlandı.

Anahtar Kelimler: Tip 2 diyabet, maliyet, etkinlik

PS-043

MULTİNODÜLER GUATRI OLAN ÖTİROİD HASTADA AMİODARONA BAĞLI TİROTOKSİKOZ

Pınar Yıldız, Gonca Akdere, Ayşe Kuşcu Tambova, Fatih Taştekin

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları

Amiodaron, yaygın olarak kullanılan ve iyot içeren antiaritmik bir ilaçtır. Amiodaron kullanan hastaların %14–18'inde tiroid fonksiyon bozukluğu gelişebilir. İyot yeterli bölgelerde hipotiroidiye, iyot yetersiz bölgelerde hipertiroidiye daha sık rastlanır. Öyküsünde 2 kez myokard infarktüsü bulunan 60 yaşında erkek hasta tirotoksikoz nedenli kardioloji kliniğinden konsülte edildi. 5 aydır ritm bozukluğu nedeniyle 200mg/gün amiodaron kullanmaktayken TSH:0,006 uIU/ml, FT_4:1 ng/ml, FT_3:3,17 pg/ml olarak saptanmıştır. Hastanın Tiroid Reseptör Antikoru: 1,98U/L tespit edilmiştir. Tiroid ultrasonografisi multinodüler guatr ile, tiroid sintigrafisi bilateral multinodüler hiperplazik tiroid glandı ile uyumlu gelmiştir. Aktif yakınması olmayan olguda amiodarona bağlı tirotoksikoz düşünülerek amiodaron tedavisi kesilmiş, 150 mg /gün propiltiourasil (PTU) başlanmıştır. Hastanın bir hafta sonraki kontrolünde TSH:0,005 uIU/ml, FT_4:3,13 ng/ml FT $_3$: 2,96 pg/ml tespit edilmiş olup PTU dozu günde 300 mg'a çıkarılmıştır. 8 aydır hipertiroidi ile takipte ve 450mg PTU kullanmaktayken tirotoksikozu devam eden hastanın yapılan kontrolünde oftalmopati saptanmaması üzerine hastaya ayaktan I-131 ablasyon tedavisi verilmiştir. İşlemden iki ay sonra yapılan tiroid fonksiyon testleri 5 mg metimazol tedavisi altında normal olarak tespit edilmiştir. Amiadoron önceden bilinen tiroid patolojisi varlığında, tiroid antikorlarının sıklıkla pozitif seyrettiği, spontan remisyon olasığının nadir olarak görüldüğü Tip 1 Amiodaron Tirotoksikoz' una neden olabilir. Bu olguyla birlikte amiodaron tedavisi başlanmadan önce hastaların tiroid hastalıkları açısından dikkatli sorgulanması ve mevcut patoloji varlığında da İç Hastalıkları uzmanlarınca görüş alınmasının önemini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimler: Amiodaron, tirotoksikoz, Radyoaktif iyot tedavisi

PS-044

GLUKOZ-6-FOSFAT DEHİDROGENAZ ENZİM EKSİKLİĞİ OLGUSUNDA METFORMİNE BAĞLI AKUT HEMOLİTİK ANEMİ

Aydan Ünsal Aksöyek[1], Kürşat Özşahin[1], Süheyl Asma[2], Ayşenur İzol Torun[1]

[1]Başkent üniversitesi tıp fakültesi Adana hastanesi endokrinoloji kliniği
[2]Başkent üniversitesi tıp fakültesi Adana hastanesi hematoloji kliniği

Glukoz 6 Fosfat Dehidrogenaz Enzim Eksikliği: En sık görülen eritrosit enzim eksikliğidir ve X'e bağlı resesif kalıtım gösterir. Görülme sıklığı Akdeniz ülkeleri, Afrika ve Çin'de fazla olmakla birlikte tüm etnik gruplarda tanımlanmıştır. G6PD enzim eksikliği Türkiye genelinde %0.5, Çukurova bölgesinde % 8.2 oranında görülmektedir. Hastalık farklı klinik tablolarla kendini gösterebilir. Normal koşullarda klinik bulgu saptanmazken, oksidatif stres yapan durumlarda (ilaçlar, enfeksiyonlar, kimyasallar) hemoliz gerçekleşir ve akut hemolitik anemi oluşabilir. Hemolizin şiddeti ve süresi değişkenlik göstermektedir. Oksidatif strese yol açan maddeye maruz kalındıktan sonra, genellikle 2-3 gün içinde hemoliz oluşur. Bu posterde Tip 2 Diabetes Mellitus (T2 DM) tedavisinde birinci basamakta yer alan, ancak G6PD eksikliği hastalarında hemolize neden olan ilaçlar arasında bildirilmeyen metformine bağlı bir akut hemolitik anemi olgusu bildirilmiştir

Tip 2 diyabet tanısı ile dış merkezde gliklazide kullanan 46 yaşındaki bayan hasta Başkent Üniversitesi Adana Hastanesi Diabet Polikliniğine cilt renginde sararma ve halsizlik şikayetiyle başvurdu. Kan şekerleri regule olmakla beraber hastanın bilurubin değerleri yüksekti. (total bilirubin 3.6 mg/dl, hemoglobin 7.7 g/dl) Hasta Hematoloji polikliniğine konsulte edildi,Glukoz 6 Fosfat Dehidrogenaz Enzim Eksikliği tanısı konarak gliklazide tedavisi kesildi,insulin tedavisi başlandı. Takip eden günlerde hastanın sarılık ve halsizlik şikayetleri kayboldu,kan şekerleri regule seyretti. 6 ay sonra hasta polikliniğe diyet uyumsuzluğu ve insulin kullanımındaki düzensizliğe bağlı kan şekerlerinde yükselme ve kilo alma yakınması ile başvurdu. (HbA1c 11.03% AKŞ 395 hemoglobin 14.2 g/dl)mevcut insulin tedavisine metformin 2x500 mg eklendi ve insulin dozları ayarlandı. Hasta 1 hafta sonra polikliniğe sarılık ve halsizlik nedeniyle tekrar başvurdu.

(total bilirubin 7.3 mg/dl, reticulocyte count 3.99%, hemoglobin 11 g/dl)hastada akut hemoliz bulguları gözlemlendi ve metformin tedavisi kesildi. Metformin kesilmesini Takip eden 1 hafta içinde sarılığı düzeldi.

Metformin halen birinci basamakta dahil olmak üzere diyabet tedavi kılavuzlarında kontrendikasyonların yokluğunda ilk olarak başlanması ve mümkünse ömür boyunca devam edilmesi önerilen, en sık recete edilen önemli bir oral ajandır. Çukurova bölgesi gibi G6PD enzimi eksikliği ve Tip 2 Diabetes Mellitus prevalansının yüksek olduğu bölgelerde, metformin kullanımına dikkat edilmesi ve tedavi başlanan hastaların takiplerinin yapılması, bu olguların tedavi yönetimi sırasında karşılaşılabilecek sorunlar konusunda farkındalığımızın artması gerekmektedir.

Anahtar Kelimler: Tip 2 Diabetes Mellitus, Glukoz-6-Fosfat Dehidrogenaz enzim eksikliği, hemolitik anemi, metformin

PS-045

DİYABETİK RETİNOPATİLİ HASTALARIMIZIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Nedime Şahinoğlu Keşkek[2], Şakir Özgür Keşkek[1], Selim Cevher[2]

[1]Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Amaç: Diyabetin önemli bir mikrovasküler komplikasyonu olan retinopati; kronik hiperglisemi sonucu retinal prekapiller arteriyoller, kapillerler ve venüllerin etkilendiği anjiopatiye bağlı oluşmaktadır. Tüm dünyada görme kaybının önemli nedenlerinden biridir. Bu çalışmada kliniğimizde diyabetik retinopati (DR) nedeniyle takip ettiğimiz hastaların klinik ve demografik özelliklerinin irdelenmesi amaçlandı.

Materyal ve metot: Retrospektif olarak planlanan bu çalışma, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye ve Göz Klinikleri tarafından yürütüldü. Çalışmaya 201 diyabetik retinopatisi olan hasta dahil edildi ancak yeterli veriye sahip olmayan 44 hasta çalışma dışı bırakıldı.Tüm hastaların yaşı, cinsiyeti, vücut kitle indeksi (VKİ), diyabet süresi, açlık kan şekeri, HbA1c düzeyi, sistolik ve diyastolik kan basınçları kaydedildi. Ayrıca hipertansiyon, dislipidemi, koroner arter hastalığı ve mikroalbuminuri açısından değerlendirildi. Verilerin analizinde MedCalc 15.6.1 istatistik paket programı kullanıldı.Elde edilen değerler ortalama±standart sapma şeklinde bildirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplamda 157 hasta dahil edildi. Hastaların 86 (%54.8)'sı non-proliferatif retinopati (NPR) iken 71 (%45.2)'i proliferatif retinopatiydi (PR). Hastaların 71 (%45.2)'i erkek, 86 (%54.8)'sı kadındı. Ortalama yaş (yıl) 53.7±7.2 olarak bulundu. Vücut kitle indeksi (kg/m^2) 30.2±6.2, diyabet süresi (yıl) 27.0±10.1, açlık kan şekeri (mg/dL) 215.7±109.8, HbA1c (%) 9.2±2.1, sistolik kan basıncı (mmHg) 130.5±18.4, diyastolik kan basıncı (mmHg) 77.3±9.1 olarak hesaplandı. Hastaların 94 (%59.9)'ünde hipertansiyon, 80 (%51.1)'inde dislipidemi, 22 (%14)'sinde koroner hastalığı, 53 (%33.9)'ünde mikroalbuminuri saptandı.

Sonuç: Bu çalışmada diyabetik retinopatinin kadınlarda daha sık olduğu gözlendi. Ayrıca hastaların geneline bakıldığında; DR en fazla obez, orta ve ileri yaşta, uzun süreli ve kötü seyirli olan diyabetli hastalarda saptandı. Hastaların önemli bir kısmında hipertansiyon ve dislipidemi daha az oranda da koroner arter hastalığı ve mikroalbuminuri olduğu görüldü. Retinopatinin türüne göre değerlendirildiğinde NPR'li hastaların daha fazla olduğu bulundu. Yeni tanı almış tüm tip 2 diyabetli hastalar ile 5 yıldan daha eski tip 1 diyabetli hastaların göz dibi retinopati açısından değerlendirilmeli ve yılda bir kez tekrarlanmalıdır. Hipertansiyon ve dislipidemi olan hastalarda damar endotelindeki hasar daha fazla olacağından bu hastalarda retinopati daha sık olabilir.

Anahtar Kelimler: diyabetik retinopati, klinik özellikler, demografik özellikler

PS-046

HİPERKALSEMİ NEDENİ OLARAK SARKOİDOZ

Oktay Ünsal, Yasemin Aydoğan, Serdar Karakaya, Murat Eser, İbrahim Karakaya, Esin Beyan

Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Amaç: Sarkoidoz non-kazeifiye epiteloid granülomlarla karakterize, etyolojisi bilinmeyen multisistemik inflamatuar bir hastalıktır. Tanı klinik ve radyolojik bulguların histopatolojik olarak desteklenmesiyle ve granülom yapan diğer nedenlerin dışlanmasıyla konur. Hiperkalsemi olguların %10 kadarında görülür. Bu raporda halsizlik, mide bulantısı, kilo kaybı, eklem ağrısı şikâyetleriyle acil servise başvuran, tetkiklerinde hiperkalsemi saptanan ve yapılan incelemeler sonucunda sarkoidoz tanısı konan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 34 yaşında kadın hasta 15 gündür devam eden halsizlik, mide bulantısı, kabızlık ve eklem ağrısı şikâyetleriyle acil servise başvurdu. Beş aydır kilo kaybından yakınıyordu. Öyküsünden 4-5 yıldır hipotiroidi tanısı ile medikal tedavi aldığı ve nefrolitiazis tanısı konduğu öğrenildi. Fizik muayenede ateş 36,5ºC, nabız 70/dakika, arteriyel kan basıncı 130/80 mmHg, solunum 13/dakika idi. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Tetkiklerinde hiperkalsemi (17,77 mg/dl) ve elektrokardiyografide kısa QT bulunan hastaya intravenöz hidrasyon ve furosemid tedavisi başlandı. Etyolojiye yönelik istenen paratiroid hormon düzeyi 9,8 mg/dl (12-88), 25-OH vitamin D 33,1 ng/ml (30-100), serum albumini 3,39 g/dl olarak tespit edildi (3,5-5,2). Serum fosfor, alkalen fosfataz, laktat dehidrogenaz, tiroid stimulan hormon değerleri normaldi. Serum kalsiyumu 15 mg/dl'lere gerilemesine rağmen tekrar artma eğilimine girince hastaya üç gün süre ile kalsitonin verildi. Serum kalsiyum düzeyi 12 mg/dl'lere geriledi. Hastanın kalsitonini kesildikten sonra tekrar kalsiyum düzeyi yükselme eğilimine girdi. Boyun ultrasonografisinde sol servikal, her iki supraklavikuler bölgede ve üst mediastende multiple lenfadenopati izlendi. Tüm batın ultrasonografisinde sol böbrek atrofisi haricinde ek patoloji yoktu. Hastanın P/A akciğer grafisinde bilateral hiler lenfadenopatisi olması nedeniyle yapılan yüksek rezolüsyonlu tomografide mediastende büyüğü 21x12 mm boyutlarında multiple lenf nodları izlendi ve bilateral hiluslar dolgundu. Sağ akciğer üst lob posterior segmentte multiple mikronodüler dansiteler mevcuttu. Ayırıcı tanıda sarkoidoz, tüberküloz, kollajen doku hastalıkları düşünüldü. Serum anjiotensin dönüştürücü enzim düzeyi (ACE) gönderildi. Tüberküloz açısından gönderilen balgamda aside dirençli bakteri menfi olarak değerlendirildi. PPD testi negatifti. Mediastinal lenf nodundan alınan biyopsisi nonkazeifiye granülom olarak rapor edildi ve serum ACE düzeyi yüksek olarak tespit edildi (323,01 u/l; normali 8-52). Sonuç olarak hiperkalsemi etyolojisi açısından araştırılan olgumuz sarkoidoz olarak değerlendirildi ve kortikosteroid tedavisi başlandı. Kontrollerinde hiperkalsemisi düzeldi ve yakınmaları düzeldi.

Sonuç: Hiperkalsemi tablosu ile başvuran bireyler diğer nedenler dışlanır iken sarkoidoz açısından da değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimler: Hiperkalsemi, sarkoidoz

PS-047

GEÇ TANI ALMIŞ BİR PRİMER HİPERALDOSTERONİZM (PHA) VAKASI

Şengül Beyaz[1], Ceren Demir[1], Mehmet Mert Akgün[1], Mustafa Eroğlu[2], Mehmet Aşık[2], Kubilay Ükinç[2]

[1]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çanakkale
[2]Çanakkale Onsekiz Mart Üniveristesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, Çanakklale

Giriş: Primer hiperaldosteronizm artmış aldosteron salınımı, volüm genişlemesi, total vücut sodyum artışı, baskılanmış renin aktivitesi, aşırı üriner potasyum atılımına hipokalemi ve metabolik alkalozun eşlik ettiği ödem görülmeyen bir sekonder hipertansiyon nedenidir.

Olgu: 41 yaşında erkek hastaya yaklaşık 9 yıl önce enseden başlayan şiddetli baş ağrısı nedeniyle başvurduğu sağlık kurumunda kan basıncı değerleri 170/95 mmHg ve üzerinde ölçülmesi nedeniyle esansiyel hipertansiyon tanısı konularak amlodipin 1x10 mg başlanmış. Tanıdan yaklaşık 2 yıl sonra dış merkezde sekonder hipertansiyon açısından araştırılmış ve tuz sensitif hipertansiyon tanısı konularak hipopotasemisi mevcut olan hastaya tuz kısıtlamasına ek olarak lisinopril+hidroklorotiyazid ve spironolakton başlanmış.2009 yılında sistolik kan basıncı değerleri 200 mmHg civarına yükselen ve yine baş ağrısı şikayeti olan hastanın tedavisi olmesartan+hidroklorotiyazid, lercanidipin ve karvedilol olarak değiştirilmiş. Hasta 2014 yılına kadar aynı tedavi ile devam etmiş, 10 ay önce göğüs ağrısı şikayeti ile acil servise başvurmuş, akut koroner sendrom düşünülmeyen hastanın K seviyesi: 2,2 mEq/L saptanmış. Renovasküler nedenler açısından değerlendirmesi yapılan hastaya ek olarak endokrin nedenlerin de değerlendirilmesi açısından doksazosin ve verapamil başlanarak tetkik edildi. Kan basıncı: Sağ kol – 140/85 mmHg, Sol kol – 135/75 mmHg, N: 76 atım/dk, VS: 36.7 °C, Boy: 175 cm, Kilo: 101 kg, BKİ: 33 kg/m^2 olan hastanın laboratuarında üre: 26, kreatinin: 0.94, Na: 141, K:2.61, pH:7.48, HCO3:30, 24 saatlik idrar K:77mEql/gün olarak saptandı.BT-anjio ile değerlendirilen hastanın sol sürrenal bez lateral krusunda 8 mm çaplı nodüler görünüm dışında patoloji saptanmadı (Şekil 1). PHA ön tanısı ile hastadan plazma renin aktivitesi(PRA) ve plazma aldosteron konsantrasyonu (PAK) gönderildi. Sekonder hipertansiyon ayırıcı tanısı yapıldı. PAK:36.4 ng/dL, PRA:<0.15 ng/mL/s olarak saptandı. Tanı testi olarak IV salin infüzyon testi 4. saat PAK:34.2ng/dL, PRA:<0.15 ng/mL/s olarak saptandı. Hastaya kesin tanı sonrası lateralizasyon amacı ile Adrenal Venöz Örnekleme (AVÖ) (Şekil 2) yapıldı. Aldosteron düzeyleri sırası ile sağ adrenal ven: 8 ng/dL, sol adrenal ven:2150 ng/dL, Vena Cava İnferior:44 ng/dL olarak saptandı. Sola lateralize olduğu saptandı. Sonrasında sol laparoskopik

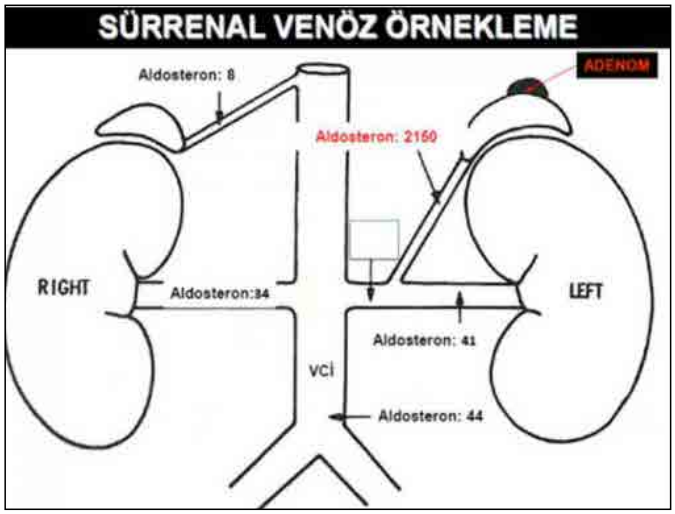
adernalektomi uygulandı (Şekil 3). Post-op 4.gün PAK: 4 ng/dl olarak ölçüldü. Post-op 4. ayda hastanın kan basıncı monoterapi ile regüle idi.

Sonuç: PHA, hipertansiyon, hipokalemi ve metabolik alkalozun eşlik ettiği bir sekonder HT nedenidir. Ancak bazı hastalarda tek başına hipertansiyon ile de karşılaşılabilir ve tanıda gecikme yaşanabilir. PHA'li tüm hastalarda mutlak tedavi hipokalemi kontrol altına alınsa bile fazla salgılanan aldosteronun zararlı etkilerinden korunmak için gereklidir. Yaşlı, genel durum bozukluğu, IHA veya cerrahi kabul etmeyenler dışında en uygun yaklaşım cerrahidir.

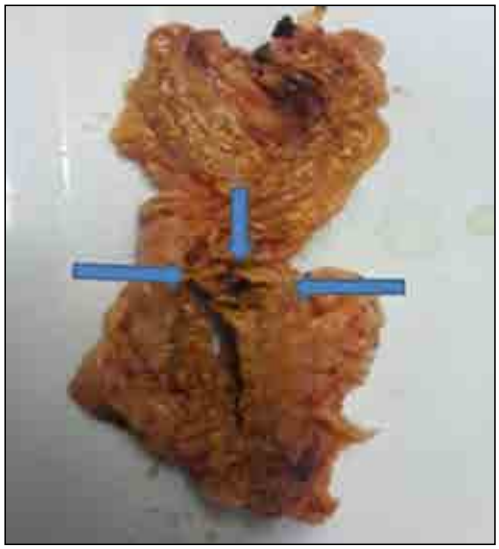
Anahtar Kelimler: hipokalemi, hipertansiyon, metabolik alkaloz



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-048

ESKİ HASTALIK, FARKLI PREZENTASYON: BİLATERAL DEV SÜRRENAL ADENOMLU HİPOFİZİER CUSHİNG VAKASI

Şengül Beyaz[1], Ceren Demir[1], Mehmet Mert Akgün[1], Mustafa Eroğlu[2], Mehmet Aşık[2], Kubilay Ükinç[2]

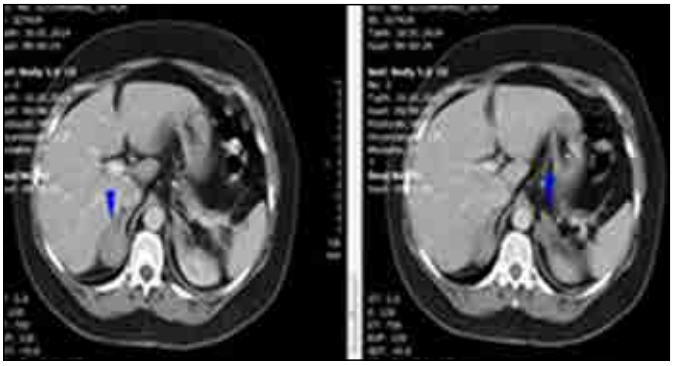
[1]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çanakkale
[2]Çanakkale Onsekiz Mart Üniveristesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, Çanakklale

Giriş: Hipofizier kaynaklı yüksek ve kontrolsüz ACTH sekresyonu nedeni ile Glukokortikoid kan düzeylerinin uzun süreli yüksek bulunması ve sonucunda ortaya çıkan klinik tablodur. Tanı konmamış ve tedavi edilmemiş olgularda 5 yıllık mortalite %50 civarındadır ve neden değişkendir. Biz bu vakada bilateral adrenal dev kitleler ile prezente olan Cushing hastalığı tanısı konulan kadın hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 38 yaşında kadın hastada dispeptik şikayetleri ile başvurduğu gastroenteroloji polikliniğinde yapılan Tüm Batın USG'de sağ sürrenal lojda 3x2 cm boyutlarında hipoekoik nodüler oluşum saptandı. Çekilen PET-BT görüntülemesinde:KC ve adrenal kitleleri (sağda 27x34 mm ve solda 42x24 mm boyutlarında hipodens nodüler oluşum) benign kitle olarak yorumlandı ve adrenal insidentaloma olarak tetkike başlandı. FM: TA: 140/89 mmHg, Boy:155 cm, Kilo:74 kg, VKİ: 30kg/m^2, Bel/ Kalça çevresi: 97/110 cm, Buffalo hump: +, Hirsutizm skoru (FGS): 16, diğer tüm sistem muayeneleri ve sistemik sorgulaması olağandı. Hasta tetkik sürecinde 10 kg kilo aldı.Bufolo hump belirginleşti. Aydede yüzü oluştu.Batın çevresinde mor strialar oluştu.Psikiyatrik rahatsızlık / anksiyete gelişti.DM ve HT gelişti.Hipopotasemi (K:2,66 mmol/L) gelişti (Başvuru anında K:4,63 mmol/L). Sürrenal BT'de: sağ sürrenalde 47x31 mm boyutlarında -4 ila +8 arasında dansitesi ölçülen adenom ile uyumlu görünüm ve sol sürrenalde 49x24 mm boyutlarında -1 ila +9 arasında dansitesi ölçülen sürrenal adenom ile uyumlu görünüm saptandı(resim 1). Feokromositoma dışlandı(Üriner fraksiyone katekolamin atılımı ile).Primer hiperaldosteronizm dışlandı (PAK/PRA oranı ile).Cushing sendromu (CS) saptandı(DST ve 24 saat idrar kortizolü ile). Bazal ACTH 13.5pg/mL olan hasta ACTH bağımlı CS olarak değerlendirildi(resim 2). CRH stimülasyon testi (CRH 100 mcg İV): ACTH düzeylerinde bazale göre %35 üzeri ve kortizol düzeylerinde %20 üzeri artış olduğundan cushing hastalığı düşünüldü(resim 3). Hipofiz MRG'da patoloji saptanmayan hastaya İPSS yapıldı ve ektopik Cushing sendromu olarak değerlendirildi. Ektopik odak arandı, KC segment 2 de 2,5x2 cm karsinoid tm metastazı ve çok nadir de olsa primer hepatik karsinoid ve diğer nöroendokrin kaynaklı tm? olarak yorumlanan kitle octreotid sintigrafisi ile negatif saptandı. Başka odak olamayan hasta opere edildi, ACTH boyaması negatif geldi ve hiperkortizolemi devam etti. Tekrar İPSS yapılan hastada sağ lokalize edildi. Hipofiz MR'da 4 mm nodüler oluşum saptandı.Hastaya önce adenektomi, hiperkortizolemi devam etmesi nedeni ile sonra total hipofizektomi yapıldı, hiperkortizolemi devam eden hastaya sağ ve sol adrenalektomi yapıldı. İzlemde hasta hipopütiarizm + iyatrojenik adrenal yetmezlik olarak tedavi almakta.

Sonuç: Cushing's hastalığında en seçkin tedavi adenomun mikrocerrahi ile çıkarılmasıdır.Postoperatif hiperkortizolemi devam eden hastalarda tekrar cerrahi veya pituiter radyasyon kullanılabilir.Ektopik ACTH durumunda primer tümörün çıkarılması veya bilateral adrenalektomi önerilir. Fakat sunulan hastada olduğu gibi testler ve tedavi en uygun şekilde yapılsa da bazen kür sağlamak zordur.

Anahtar Kelimler: hiperkortizolemi, cushing hastalığı, adrenal adenom



Şekil 1.

Bazal ACTH (2 kez)	10 ve 13,5 pg/mL
Bazal kortizol	22,02 ug/dl
1 mg dst kortizol	10,81 ug/dl (N: < 1,8 µg/dl)
2 gün 2mg dst kortizol	11,63 ug/dl (N: < 1,8 µg/dl)
Gece yarısı kan kortizol	21,68 ug/dl (N: < 7,5 µg/dl)
Gece yarısı tükürük kortizol	1,42 (0.25 µg/dl < tanı koydurucu)
24 saat idrar serbest kortizolü	1294 µg/24 sa (N:10-45 µg /24 sa, patolojik > 4 x N'in)

Şekil 2.

İPSS* sonuçları

	Sağ	Sol	Perifer
-1. dakika	11.9	22.6	20.9
2. dakika	26.2	64	24.4
5. dakika	55.5	79.9	62.1
10. dakika	45.1	49.6	51.7
15. dakika	46.6	54.5	45.1

*inferior petrosal sinüs örneklemesi

Şekil 3.

PS-049

DEV ADRENAL MYELOLİPOM OLGUSU

Şengül Beyaz[1], Ceren Demir[1], Mehmet Mert Akgün[1], Mustafa Eroğlu[2], Mehmet Aşık[2], Kubilay Ükinç[2]

[1]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Çanakkale Onsekiz Mart Üniveristesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş: Adrenal myelolipomlar hematopoetik ve matür yağ dokudan oluşurlar. Non-fonksiyone iyi huylu tümörlerdir. Klinik olarak sessiz olduğundan insidental olarak saptanırlar. Ayırıcı tanıdaki diğer lezyonların çoğunda cerrahi gerekirken myelolipomada genellikle kitle semptomatik olduğunda cerrahi önerilir. Bizde bu vakada bası komplikasyonu nedeni ile opere ettiğimiz hastayı paylaşmayı planladık.

Olgu: 78 yaşında kadın hasta halsizlik nedeniyle hastanemize başvurdu. Hastanın tam kan sayımı ve biyokimyasal tetkikleri yapıldı. Demir eksikliği ve vitamin B12 eksikliği anemisi saptanan hastaya Batın USG planlandı. Sol böbrekte 2. derecede pelvikaliektazi mevcut, sol üreter proksimali dilate olarak raporlandı.

BT incelemede; sol sürrenal gland posterior komşuluğundan başlayıp sol böbrek üst bölüm posterior komşuluğuna kadar kısmen düzgün konturlu 60x74x61 mm yağ dansitesinde lezyon (lipom?) izlendi (resim 1-2-3). MRG'de; sol sürrenal bez lojunda 75x61x63 mm boyutunda tüm sekanslarda yağ intensitesinde IVKM enjeksiyonu sonrası düşük yoğunluklu düzensiz nodüler tarzda heterojen kontrast tutulumu izlenen kitle lezyonu (lipom?, tm?) ve sol böbrek toplayıcı sistemi dilate olarak raporlandı.

Kitlenin fonksiyonel durumu değerlendirildi;

1 mg DST Kortizol: 0.92,

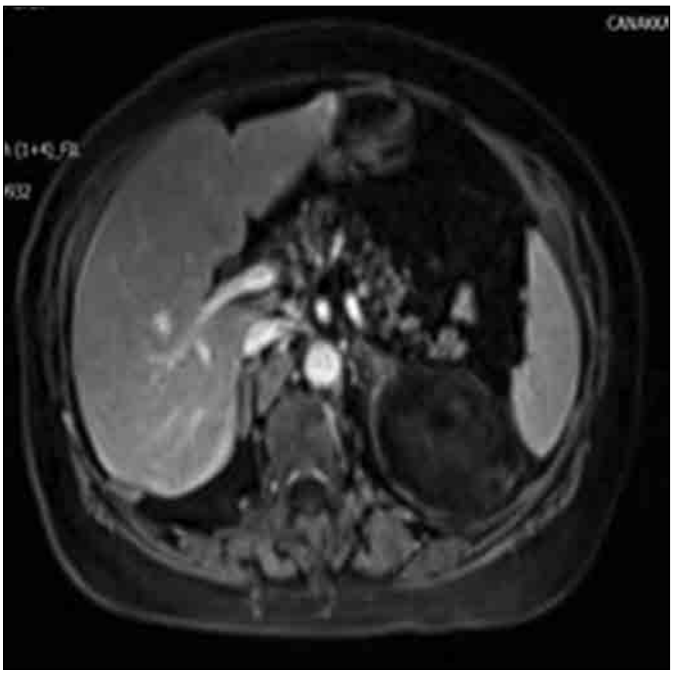
24 saatlik idrar Metanefrin: 48.29 µg/ 24 h (52-341), Normetanefrin: 74.36 µg/ 24 h (88-444)

Na: 145 mmol/L, K:4.49 mmol/L, PAC: 5 ng/mL, PRA:1 ng/mL/s

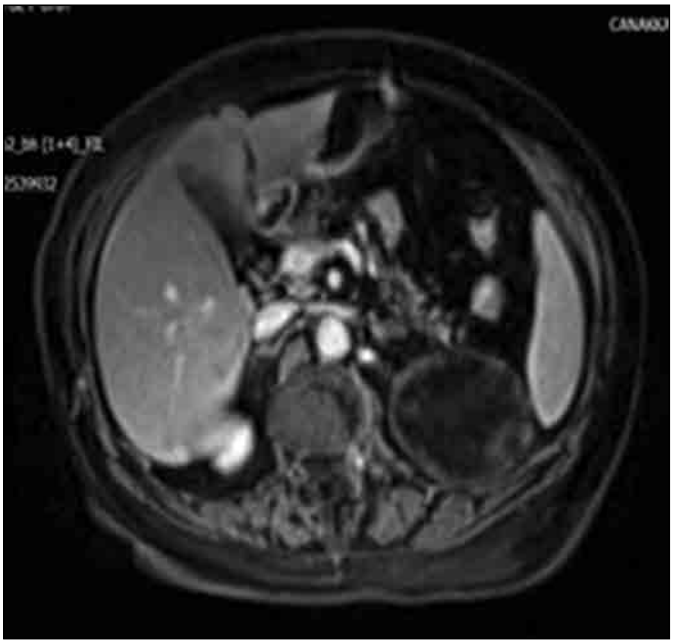
Tetkikler sonucunda 75x61x63 mm boyutunda nonfonksiyone kitle lezyon hidronefroza yol açtığından ve kanama ve rüptür riskide taşıdığı için cerrahi tedaviye uygun görüldü.

Sonuç: Adrenal myelolipomlar non-fonksiyoneldir ve büyük boyutlarda olduklarından tanıda karmaşaya sebebiyet verebilirler. Cerrahi tedavi seçeneklerden biri olarak gösterilmektedir. Adrenal insidentaloma ayırıcı tanısında küçük bir bölümü oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimler: adrenal insidentaloma, myelolipom, adrenalektomi



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-050

İSHAL İLE BAŞVURAN BİR MEDÜLLER TİROİD KANSERİ OLGUSU: MEN 2B SENDROMU

Elvina Almuradova, Ilgın Yıldırım Şimşir, Mehmet Erdoğan, Şevki Çetinkalp, Füsun Lütfiye Saygılı, Candeğer Yılmaz, Ahmet Gökhan Özgen

Ege Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilimdalı Endokrinolojive Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Meduller tiroid kanseri (MTK) tiroid bezin parafolliküler C hücrelerinden kaynaklanan nöroendokrin bir tümör olup tiroid karsinomlarının %4'ünü kapsar. Karakteristik göstergesi kalsitonin salgısıdır. C hücreleri embriyonik nöral krestden köken aldığından klinik ve histolojik olarak nöroendokrin tümör özelliği taşırlar. Kalsitonin dışında somatostatin, karsinoembriyonik antijen (CEA) ve prostaglandin de salgılarlar. Bunlar ciltte kızarıklık, ishal gibi semptomlara neden olurlar.

Olgu: 25 yaş erkek hasta ağustos 2012'de, yıllardır günde 4-5 kez olan ishal ve son dönemde ortaya çıkan boyunda ele gelen şişlik yakınması ile Ege Üniversitesi Endokrinoloji polikliniğine başvurdu. Fizik muaynesinde tiroid bezinde 4 cm'lik nodül, boyunda çok sayıda lenfadenopati (LAP), dilde nörinomla uyumlu görünüm, ciltte cafe au late lekerleri, marfanoid görünüm dikkati çekmişti. Tiroid nodülü nedeniyle istenen tiroid fonksiyon testleri normal, kalsitonin 2000 pg/ml, CEA 411 ng/ml ölçüldü. Tiroid ultrasonografisinde sağ lobda 2.5x4 cm'lik mikrokalsifikasyon içeren, karışık kanlanan, hipoekoik nodül ve boyunda 1-3 cm arasında değişen malign sonografik özellikte LAP'ler saptandı. Tiroid biyopsisi sonucu medüller karsinomu, dildeki lezyonların biyopsisi mukozal nörinom olarak raporlandı. Gastrointestinal endoskopik taramada ganglionöromatozis izlenmedi. Metastaz ile uyumlu kalsitonin yüksekliği nedeniyle çekilen abdomen manyetik rezonans görüntülemede bilateral sürrenallerde T2 görüntülerde hiperintens kitleler saptandı. MEN 2B sendromu komponentlerinden feokromasitoma tanısı için bakılan 24 saatlik idrar metanefrin1515 μg (52–341), normetanefrin4250 μg (88–444) saptandı. Medüller tiroid kanseri, bilateral feokromositoma, mukozal nörinomlar ve marfanoid görünümü olan hasta MEN 2B sendromu tanısı aldı. Ret protoonkogende heterozigot p.M918T mutasyonu saptandı. Birinci derece aile bireylerinde mutasyon saptanmadı.

Tartışma: Kalsitonin, MTK tanısında en hassas ve doğru biyokimyasal belirteçtir. MTK tanısı alan hastaların tedavisinde ilk seçenek total tiroidektomidir. Eğer sendrom komponenti olarak feokromositoma varsa ilk önce adrenalektomi yapılmalıdır. Fakat bazen bizim olgumuzda olduğu gibi gecikmiş ve bu nedenle ilerlemiş metastatik tümör ve bilateral adrenalektominin yaratacağı komorbidite nedeniyle öncelikle medikal tedavi gerekebilir. MTK gibi kemoterapiye dirençli tümörlerde biyolojik ajanlarla tedavi son yıllarda gündeme gelmiştir. Somatostatin analoglarının nöroendokrin tümör gelişimi üzerine sağladıkları inhibitör etki deneysel çalışmalarla gösterilmiştir. Octreotid, MTK hastalarında semptomlar ve kalsitonin üretimi üzerine inhibitör etki gösterebilmekte, ancak sağkalım üzerine etkisi olmamaktadır. Sık kullanılan ajanlardan vandetanib, kabozantinib, sorafenib, sunitinibin semptom ve sağkalım üzerine etkileri faz3 çalışmalarla gösterilmiştir. Bizim olgumuz yıllarca tek şikayeti diyare ile çeşitli merkezlerde takip edilmiş ama tanı konulamaması nedeniyle hastalık ileri aşamada tespit edilmiştir. Bu nedenle sık rastladığımız ishal vakalarında bakış açımızı genişletmenin önemini vurgulamak istiyoruz.

Anahtar Kelimler: Mtk(Medüller Tiroid Kanseri),Cea(Karsinembriojenik Antijen), Lenfadenopati(Lap)



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-051

PARSİYEL EMPTY SELLA SENDROMU

Betül Dumanoğlu[1], Alihan Oral[1], Mehmet Uzunlulu[1], Ahmet Said Bulut[1], Kaan Güngör[2], Özlem Alkan[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Empty sella sendromu bir hipofiz gland hasarıdır. Primer empty sella diyafragma sellanın konjenital yetersizliğidir. Sekonder empty sella sendromu hipofiz bezinin tümör, radyasyon tedavisi veya cerrahi sonrası hasarı sonucu görülür. Parsiyel empty sella ise hipofiz bezinin bir kısmının Manyetik rezonans (MR) ile görülebiliyor olmasıdır. Empty sella sendromu genellikle asemptomatiktir. Nadiren hipofiz yetmezliğine sebep olur. Burada hipofizer yetmezliğe sebep olan parsiyel empty sella sendromu olgusu sunulacaktır.

Olgu: Bilinen koroner arter hastalığı dışında kronik hastalık öyküsü olmayan 72 yaşında kadın hasta iştahsızlık ve uykuya eğilim şikayeti ile başvurdu. Hastanın öz geçmişinde özellik yoktu. Biyokimyasında Glikoz: 48 mg/dL sodyum: 109mEq/L, potasyum: 6.3mEq/L olan hastada hipoglisemi, hiponatremi ve hiperpotasemi nedeniyle hipofizer yetmezlik ön tanısıyla yatırıldı. Yapılan tetkiklerinde kortizol: 2.1 uq/dL, ACTH: 18.4 pg/mL (25 – 65), FSH: 0.05 mIU/ml (30,00-118,00), LH:<0.05 mIU/m (20,00-90,00), serbest T3: <1.00 pg/mL serbest T4: <0.40 ng/mL, TSH: 0.5312 uIU/mL(0.35 - 4.94). Birden fazla hipofiz hormonunda eksiklik görüldü ve etyolojiye yönelik istenen hipofiz MR'da sella normal genişlikte olmakla birlikte sella tabanında hipofiz bezi normale göre ince görünümde, bulgular parsiyal empty sella ile uyumlu görüldü (resim-1).

Hipofizer yetmezlik tanısı konulan hastaya prednizolon ve levotiroksin tedavisi başlandı. Takibinde şikayetleri azalan hasta endokrinoloji polkliniğine gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Hastanın daha önce herhangi bir hipofiz cerrahisi, radyasyon tedavisi tümör hikayesi olmaması nedeniyle primer empty sella ön planda düşünüldü. Primer empty sella sendromu genellikle asemptomatik seyretmekle birlikte hipofizer yetmezliğin farklı prezentasyonları görülebilir. Bu vakada birden fazla hipofiz hormonunda eksikliğe neden olduğu görüldü.

Anahtar Kelimler: Parsiyel empty sella sendromu, hipofizer yetmezlik, hipotroidi, hipoglisemi



Şekil 1.

PS-052

ANTERİOR MEDİASTENDE EKTOPİK PARATİROİD ADENOMU

Ahmet Anıl Özlük[1], Ilgın Yıldırım Şimşir[2], Özer Makay[3], Mehmet Erdoğan[2], Şevki Çetinkalp[2], Füsun Saygılı[2], Gökhan Özgen[2]

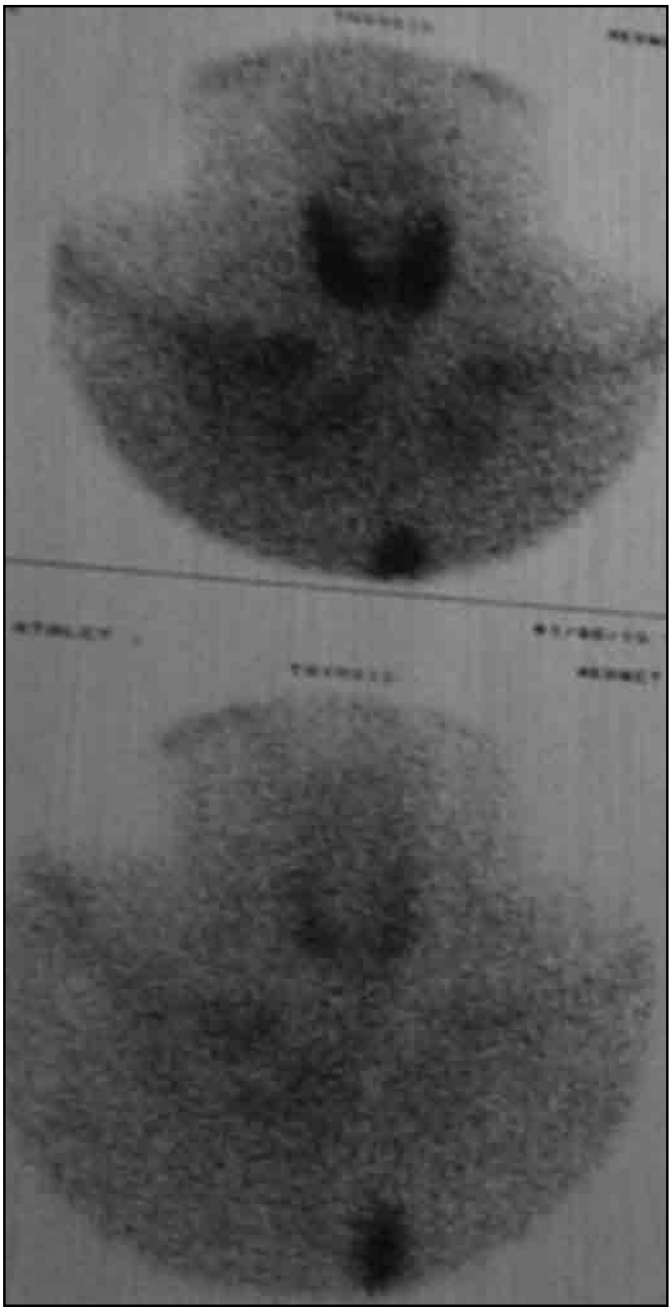
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Bilim Dalı
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Primer hiperparatiroidizm (PHPT), paratiroid bezinden aşırı parathormon (PTH) salınımı ve bunun sonucu hiperkalsemi, hipofosfatemi ve aşırı kemik rezorpsiyonu ile karakterize bir hastalıktır. Hastaların %83'ünde neden paratroid adenomu, %15'inde paratiroid hiperplazisi ve daha nadir olarak %1-2'sinde paratiroid karsinomasıdır. Hiperparatroidizm nedeni olan paratiroid adenomların da %5-10'u ektopik yerleşimlidir ve %5'i mediastende, mediastendeki ektopik adenomların %95'i de timus içinde lokalizedir. Bu sunumumuzda halsizlik, yorgunluk, yaygın kemik ağrıları, taş düşürme hikayesi olan, serum PTH ve kalsiyum (Ca^{++}) seviyesi yüksek olan 45 yaşındaki erkek hastaya yaklaşım anlatılacaktır.

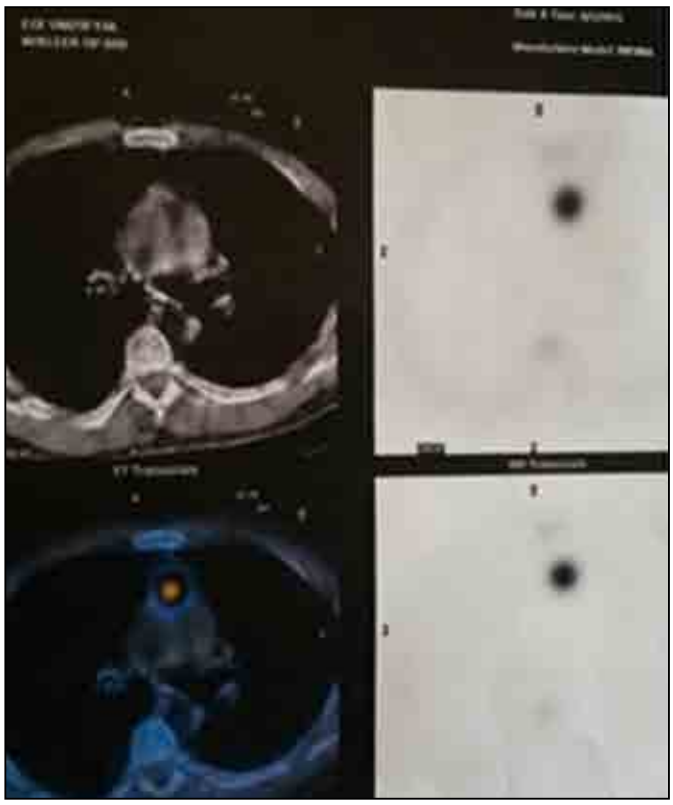
Olgu: 45 yaşında erkek hasta yaklaşık 1 yıl önce başlayan vücutta yaygın eklem ve kemik ağrıları, yürümede güçlük nedeniyle başvuran hastanın rutin tetkiklerinde Ca^{++} ve alkalen fosfataz (ALP) yüksekliği görülmüş. İleri tetkik amaçlı toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) ön mediastende lenfadenopati (LAP) olarak değerlendirilen bir lezyon ve kemik sintigrafisi de metabolik kemik hastalığı lehine yorumlanmış. Herhangi bir tedavi yapılmamış. Ağrıları devam eden hasta romatoloji polkliniğine başvurmuş. Hasta romatolog tarafından ALP ve Ca^{++} yüksekliği nedeniyle endokrinoloji bölümüne yönlendirilmiş. Hastanın bakılan tetkiklerinde ALP 2517 (N:40-120U/L), Ca^{++} 12,3 (N:8,6-10,2 mg/dl), fosfor 1,5 (N:2,3-4,5 mg/Dl), 25-OH D vitamini 9 (N:25-300 nmol/L), 24 saatlik idrar Ca^{++} 468 mg, PTH 1690 (N:12-88 pg/ml) olarak saptandı. Primer hiperparatiroidi ön tanısı ile istenen boyun ultrasonografisinde paratiroid lojları normal olarak bulundu. Teknesyum-99m (Tc-99m) sestamibi ile yapılan paratiroid sintigrafisinde ön mediastinal alanda ektopik hiperfonksiyone paratiroid dokusu (Şekil 1-1) ile uyumlu görünüm saptandı. Hastanın tekrarlanan ve dış merkezdekdeki ile karşılaştırılan toraks BT'si de ön mediastinal düzeyde assenden aorta anteriorunda boyutu yaklaşık 2 cm ölçülen hipervasküler kitlesel lezyonunu paratiroid sintigrafisindeki tutulum ile eşleştirdi (Şekil 1-2). Bu bulgularla hasta sternotomiden kurtulmak adına robotik cerrahi ile endoskopik olarak operasyona alındı (Şekil 1-3). Lezyon per-op PTH 112 pg/mL saptanan hastaya Türkiye'de ilk defa robotik cerrahi ile ektopik paratiroid adenomu başarılı bir şekilde ve komplikasyonsuz olarak eksize edildi. Post-op 1. günde serum Ca^{++} 8,9 mg/dL ve PTH 31,6 pg/mL olarak normal aralıklarda saptandı.

Tartışma: Primer hiperparatroidizminin en fazla rastlanılan semptomu, güçsüzlük ve çabuk yorulmadır. Paratiroid adenomlarının tespitinde radyolojik tetkik olarak ultrason, magnetik rezonans görüntüleme ve toraks bilgisayarlı tomografisi kullanılmakla birlikte ektopik paratiroid dokusunun tanımlanmasında en etkili görüntüleme yöntemi Tc-99m sestamibi sintigrafisidir. Olgumuzun Tc-99m sestamibi ile çekilen sintigrafisinde ajanın paratiroid glandlarda dağılımı sırasında tiroid bezinden daha aşağı lokalizasyonda artmış aktivite tutulumu gözlenmiş ve toraks BT ile kombine edildiğinde anterior mediastende ektopik yerleşimli paratiroid adenomu tanısı desteklenmiştir. Bu anlamda bizim vakamızda radyolojik tetkiklerin biribiriyle bütünleştirilerek yorumlanması gerektiği,halsizlik, yorgunluk, yaygın kemik ağrıları ile gelen hastalara kalsiyum düzeyinin mutlaka bakılması gerektiği, bazen ektopik odakların LAP gibi değerlendirildiği, bu nedenle da primer hastalıktan uzaklaşıldığı görülmektedir.

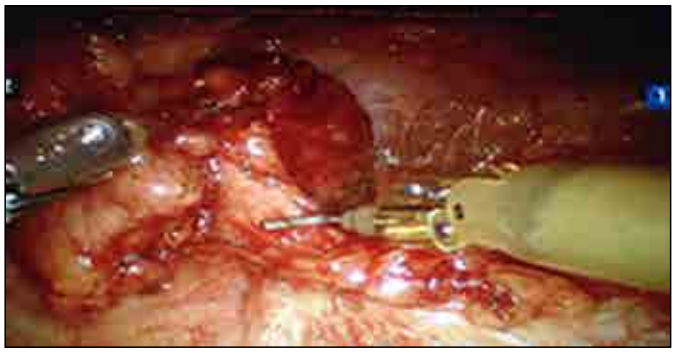
Anahtar Kelimler: ektopik paratiriod adenomu,anterior mediasten, robotik cerrahi,parathormon,kalsiyum



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-053

AMİODARON KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN HİPOTİROİDİ TABLOSU

Rıdvan Sivritepe, Sema Uçak Basat, Ece Yiğit, Hanife Şerife Aktaş

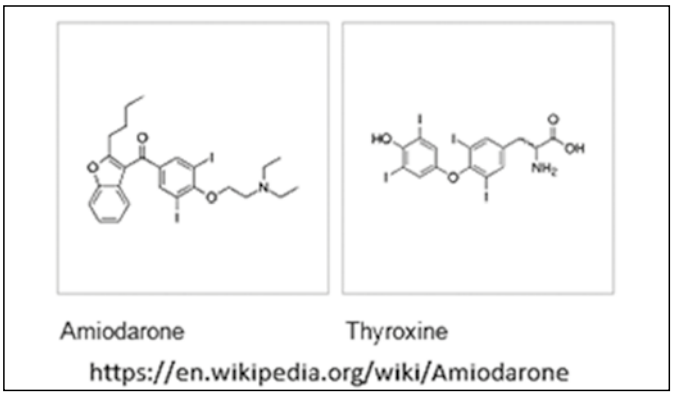
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Günümüzde ventriküler aritmi, paroksismal supraventriküler taşikardi, atriyal fibrilasyon, atriyal flutter gibi aritmilerin tedavisinde sıklıkla kullanılan bir antiaritmik olan amiodoronun en sık ve en önemli yan etkilerinden biri tiroid disfonksiyonuna sebep olmasıdır. Hastaların büyük çoğunluğu ötiroid kalmakla birlikte bazılarında tirotoksikoz bazılarında ise hipotiroidi tablosu ortaya çıkmaktadır. Amiodorona bağlı tirotoksikoz insidansı %1-23 arasında, hipotiroidi insidansı ise %1-32 arasında değişmektedir. Vakamızda amiodoron kullanımına bağlı hipotiroidi gelişen bir hastayı sunduk.

Vaka: Bilinen hipertansiyon, kalp yetmezliği, diyabet, hızlı ventrikül yanıtlı atriyal fibrilasyon tanısı ve geçirilmiş iskemik serebrovasküler hastalığı olan 70 yaşındaki kadın hastanın servisimizde pnömoni nedeni ile takibi sırasında bakılan rutin tetkiklerinde Tiroksin Stimülan Hormon(TSH): 44.6 uIU/mL(referans aralığı:0,35-4,94) geldi. Ttiiodotironin(T3): 1,6 pg/mL(referasn aralığı:1,71-3,71) ve Tiroksin(T4): 0,41(0,58-1,64) olan hastadan istenen anti-tiroglobulin:4,86 IU/mL ve anti-tiroid peroksidaz:1,40 IU/mL da normaldi. Tiroid ultrasonografisi istmus boyutları artmış, parankim ekojenitesi azalmış, heterojen görünümde olarak yorumlandı. Hastanın hızlı ventrikül yanıtlı atriyal fibrilasyon tanısı 9 ay önce serebrovasküler hastalık geçirmesinden sonra yapılan tetkiklerde saptanmış ve amiodoron başlanmıştı. Amiodoron başlandığı tarihte bakılan TSH değeri 1.41 uIU/mL, T3:1,77 pg/mL ve T4:1,27 ng/mL olan hastanın servisimizde yatışı sırasında tespit edilen TSH yüksekliği amiodorona bağlandı. Amiodoron kesilip beta bloker başlandı ve tiroid fonksiyon testlerinin kontrolü için poliklinik kontrolüne çağırılarak externe edildi.

Tartışma: En geniş spektrumlu ve en uzun etkili antiaritmik olan amiodoron günümüzde aritmi tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Yarı ömrü intravenöz uygulama sonrası 25, kronik oral kullanım sonrası 55 gündür. İlaç başta yağ doku olmak üzere vücudun hemen hemen tüm dokularında birikir bu nedenle yan etkiler ilaç kesildikten sonra da ortaya çıkabilir. Başlıca yan etkileri arasında tiroid disfonksiyonu, pulmoner fibrozis, periferik nöropati, karaciğer fonksiyon bozukluğu, deride renk değişikliği, korneada mikrodeposit oluşumu sayılabilir. Amiodoron yapısal olarak tiroksine çok benzemekte ve %37'si iyottan oluşmaktadır. Amiodoron kullanan hastaların büyük çoğunluğu ötiroid kalmakla birlikte bazılarında tirotoksikoz bazılarında ise hipotiroidi tablosu ortaya çıkmaktadır. Tirotoksikoz daha çok iyot alımının az olduğu bölgelerde görülürken hipotiroidi iyot alımının yeterli olduğu gölgelerde görülmektedir. Hipotiroidi kadınlarda ve anti-tiroid peroksidaz pozitif hastalarda daha sık görülmekte, bu iki özellik birlikte olduğunda risk 13.5 kat artmaktadır. Tirotoksikoz ise erkeklerde 3 kat daha fazla görülmektedir. Hipotiroidi yorgunluk, üşüme, unutkanlık, soğuk, kuru ve kalın deri, saç dökülmesi, kilo alma, kabızlık, ses kalınlaşması, kalp hızının azalması gibi semptom ve bulgularla prenzente olmakta ve amiodoron tedavisi kesildiğinde bu tablosu kendiliğinden düzelmektedir. Ancak kardiyak sorun nedeni ile amiodoron tedavisi gerekli ise levotiroksin başlanmalıdır. Tedaviye başlanmadan önce ve tedavi sırasında altı ayda bir kez olmak üzere tiroid bezi muayenesi ve ultrasonografisi yapılmalı, tiroid fonksiyon testleri istenmeli hastalar olası fonksiyon değişiklikleri açısından takip edilmelidir.

Anahtar Kelimler: amiodaron, tiroidi, amiodaron ile ilişkili hipotiroidi



PS-054

LEADER6: CV RİSKİ YÜKSEK T2DM POPÜLASYONUNDA COĞRAFİ BÖLGE IRKSAL VE ETNİK ÖZELLİKLER İLE BÖBREK FONKSİYONU DEĞİŞKENLİĞİ

İlhan Satman[1], Rosario Arechavaleta[2], Mats Eriksson[3], Luc van Gaal[4], Yu-Yao Huang[5], Kun Ho Yoon[6], Ofri Mosenzon[7], Michel Marre[8], Richard E. Pratley[9], Johannes Mann[10]

[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı
[2]Hospital Especialidades Centro Medico de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Meksika
[3]Karolinska University Hospital, Department of Endocrinology, Metabolism and Diabetes, İsveç
[4]Antwerp University Hospital, Department of Endocrinology, Diabetology and Metabolism, Antwerp, Belçika
[5]Chang Gung Memorial Hospital and Chang Gung University, Department of Endocrinology and Metabolism, Tayvan
[6]The Catholic University of Korea, College of Medicine, Department of Medical Informatics, Department of Endocrinology and Metabolism, Seul, Güney Kore
[7]Hadassah University Hospital, Diabetes Clinical Research Unit, Ein Kerem, İsrail
[8]Clinical Investigation Center, Groupe Hospitalier Bichat-Claude Bernard, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, University Paris-Diderot Paris-7, Paris, Fransa
[9]Florida Hospital Diabetes Institute, Orlando, FL, Anabilim Dalı
[10]Munich General Hospitals, Dept. of Nephrology, Hypertension & Rheumatology, Münih, Almanya

T2DM hastalarında kardiyovasküler hastalıklar (KVH), kronik böbrek yetersizliği (KBY) riski ile korelasyon göstermektedir. Ancak, daha önce geçirilmiş

KVH'ın mı yoksa KVH için çoklu risk faktörlerinin bulunmasının mı KBY riskini artırdığı net olarak bilinmemektedir. Bunun yanı sıra, KBY'deki etnik, ırksal, coğrafi ya da demografik farklılıklar derinlemesine incelenmemiştir. Farklı ırk ve etnik gruplara mensup yüksek KVH riskli T2DM hastalarında liraglutid'in uzun dönem kardiyovasküler güvenliliğini değerlendirilmek üzere dizayn edilmiş olan bu çalışmada amacımız, KBY prevalansı ve potansiyel risk faktörlerinin ortaya konmasıdır.

LEADER [Liraglutide Effect and Action in Diabetes: Evaluation of Cardiovascular Outcome Results] çalışması; 32 ülkeden 9340 T2DM'li katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunda (%81.3, n=7592) daha önceden geçirilmiş KVH bulunmaktadır. Bu grupta başlangıçtaki KBY prevalansı, MDRD formülü kullanılarak hesaplanan glomerüler filtrasyon hızı (eGFR)'nin < 60 mL/dk/1.73 m^2 olması ve/veya albümin/kreatinin oranı (AKR) >2.0 mg/mmol bulunması KBY olarak tanımlanmıştır. Sonuçlar tanımlayıcı istatistik kullanılarak analiz edilmiş, başlangıç verilerinin KBY ile ilişkisi çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Önceden geçirilmiş KVH öyküsü olan LEADER katılımcılarının %34.5'inin böbrek fonksiyonları normal (eGFR ≥ 90 mL/dk/1.73 m^2) bulunmuştur. Geriye kalan hastalarda ise, sırasıyla %38.8, %24.4 ve %2.3 oranında hafif (89-60 mL/dk/1.73 m^2), orta (59-30 mL/dk/1.73 m^2) ve ağır (<30 mL/dk/1.73 m^2) böbrek yetersizliği olduğu saptanmıştır. KBY prevalansı; Asya'daki katılımcılarda en yüksek (%80), Avrupa ve Orta Doğu'dakilerde en düşük (sırasıyla %47.5 ve %47.6), Avustralya ve Amerika'daki katılımcılarda ise %60 oranda görülmüştür. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, önceden geçirilmiş KVH öyküsü olan hastalarda KBY'nin yaş (her bir SD artış için OR: 1.40, p<0.0001), HbA1c (1.30, p<0.0001), diyabet süresi (1.23, p<0.0001), sistolik kan basıncı (1.34, p<0.0001), kalp atım hızı (1.10, p=0.0290) ve serum trigliserid düzeyleri ile (1.21, p<0.0001) pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kullanılan antihipertansif ilaç sayısı (1.54, p<0.0001); referans bölge olarak alınan Avrupa'ya göre yaşanan coğrafi bölgenin Asya (4.78, p<0.0001), Kuzey Amerika (1.50, p<0.0001), Avustralya (1.48, p=0.0211), Afrika (1.47, p=0.0176) ve Güney Amerika (1.40, p=0.0004) olması da KBY ile ilişkili bulunmuştur. Erkek cinsiyet (1.28, p<0.0001), sigara kullanıyor olmak (1.33, p=0.0010), yalnızca insülin kullanımı (1.71, p=0.0002); anjina (1.71, p<0.0001), miyokard infarktüsü (1.41, p<0.0001) ve inme (1.39, p<0.0001) öyküsü bulunmaması KBY olasılığını arttıran faktörler olarak belirlenmiştir. Diyastolik kan basıncı (0.91, p=0.0121) ve diüretik tedavi kullanılmıyor olması (0.75, p<0.0001) KBY olasılığının düşük olması ile ilişkilendirilmiştir.

Önceden geçirilmiş KVH öyküsü olan T2DM hastalarında KBY prevalansı yüksektir. Özellikle Asya'daki hastalar diğer coğrafi bölgelere kıyasla en yüksek riske sahiptir. Yaş, diyabet kontrolü, komorbiditeler ve kullanılan ilaçlar KBY prevalansı ile ilişkili en önemli faktörlerdir. Ancak, bu veriler nedenselliği açıklayamamaktadır. Yine de, KVH öyküsü olan ya da KVH açısından yüksek riskli T2DM hastalarında KBY taraması yapılması ve KBY açısından yüksek risk altındaki hastaların koruyucu programlara öncelikli olarak dahil edilmeleri kritik derecede önemli olabilir

Anahtar Kelimler: Tip 2 Diabetes Mellitus, Kardiyovasküler Risk, Böbrek Yetmezliği, Liraglutid

PS-055

İYATROJENİK HİPOPARATİRODİZMLİ HASTADA HİPOKALSEMİYE BAĞLI GELİŞEN BRONKOSPAZM: OLGU SUNUMU

Gülali Aktaş, Zuhal Mercan, Merve Erol Gülseven, Fatma Akdağ Kahvecioğlu, Fatih Atik, Fatime Demir, Aytekin Alçelik, Haluk Şavlı

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,Bolu

Giriş: Hipokalsemi, kardiyak aritmiler, uzun QT sendromu, fokal-grand epileptik nöbet, laringo-bronkospazm gibi ayırıcı tanısında birçok hastalığın yer aldığı akut semptomlarla prezente olabilir. Bu yazımızda hipokalsemi neticesinde gelişen ciddi bronkospazm ile acil servisimize başvuran bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 71 yaşında erkek hasta, nefes darlığı, çarpıntı yakınması ile acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde KOAH tanısı olan, ve zaman zaman benzer nefes darlığı atakları tarifleyen hasta acil serviste KOAH akut atak olarak değerlendirilip Göğüs hastalıkları ile konsülte edilerek yoğun inhale steroid, inhale beta-2 agonist, antikolinerjik ve sistemik steroid başlandı. Tedavinin tekrarına rağmen hastanın sebat eden ciddi bronkospazmı mevcuttu. Yapılan tetkiklerinde hipokalsemisi saptanması üzerine iç hastalıkları kliniğimize konsülte edildi.

Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde 8 yıl önce larenks kanseri sebebi ile geçirilmiş total larenjektomi öyküsü ve operasyon sonrası iyatrojenik olarak gelişen hipotiroidi ve hipoparatiroidiye yönelik L-tiroksin 150 mcg/gün ve oral kalsiyum + D vitamini preparatı kullanmakta olduğu öğrenildi. Ancak kalsiyum ve D vitamini preparatını son 1 yıldır kullanmadığı anlaşıldı.

Fizik muayenede TA:105/60 mmHg, nabız:118/dk ritmik, oda havasında SaO2 değeri:%80 olan hastanın oksijenli SaO2:%88 idi. Chvostek bulgusu pozitifti. Solunum sistemi muayenesinde bilateral yaygın ronküsleri mevcutken, diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu.

Biyokimyasal tetkiklerinde düzeltilmiş kalsiyum (Ca^+) değeri:4,8 mg/dL saptanması üzerine hastada hipokalsemiye sekonder bronkospazm düşünülerek, acil hipokalsemi tedavisi başlandı. Servisimize interne edilen hastanın kontrol tetkiklerinde üre:73 mg/dL (N:12-42 mg/dL), kreatinin:0,81 mg/dL (N:0,72-1,25 mg/dL), Ca^+ :6.0 mg/dL (N 8,8-10 mg/dL), albümin: 2,8 g/dL (3,4-4,8 g/dL), düzeltilmiş Ca^+:6,96 mg/dL, magnezyum:1,41 mg/dL (N:1,8-2,6 mg/dL), fosfor:4,2 mg/dL (N:2,5-4,5 mg/dL), Parathormon (PTH): 2,6 pg/mL (N:12-88pg/mL), 25-Hidroksi vitamin D düzeyi:10,3 ng/mL (N:20-52 ng/mL), serum alkalen fosfataz düzeyi: 57 U/L (N:40-150 IU/L) saptandı. Tiroid fonksiyon testleri ise normal aralıktaydı. Hastada kalsitriol 1 mcg/gün, kalsiyum karbonat 500 mg/gün idame tedavisine geçildi. Takiplerde tedavi ile bronkospazmı düzelen hastanın tetkiklerinde Ca+: 8,5 mg/dL, fosfor:4,6 mg/dL, 25-Hidroksi vitamin D düzeyi:49,9 ng/mL' ye yükseldi. Diğer laboratuar bulguları normaldi. Genel durumu düzelen hasta D vitamini ve kalsiyum preparatı önerileriyle taburcu edildi.

Sonuç: Geçirilmiş boyun cerrahisi öyküsü olan hastalarda, iyatrojenik hipoparatiroidi, tanısal ve cerrahi tekniklerin ilerlemesi ile azalmış olmasına rağmen, akılda tutulması gereken önemli bir hipokalsemi sebebidir.

Anahtar Kelimler: iyatrojenik hipoparatiroidi, hipokalsemi, laringo-bronkospazm

PS-056

POSTMENAPOZAL HİRSUTİZMİN NEDENİ OLARAK ADRENOKORTİKAL KARSİNOM

Tuncay Koç[1], Reşit Volkan Atar[1], Ferda Çelik[1], İbrahim Gelincik[3], Gülşah Elbüken[2], Sayid Zuhur[2]

[1]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı
[3]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

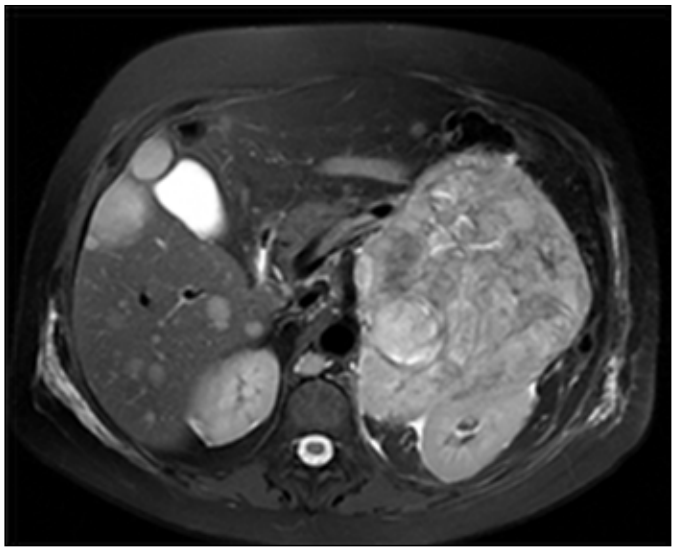
Giriş: Adrenokortikal karsinomun (AKK), tüm kanserler içindeki görülme oranı % 0.02'dir. Hastaların yaklaşık %60'ı kortizol, dehidroepiandrosteron sülfat (DHEA-S) ve testosteron salınımına bağlı cushing sendromu ve hızlı progrese olan virilizasyon, çok ender olarak da östrojen salınımına bağlı erkek olgularda feminizasyon ve bazen de aldosteron salınımına bağlı olarak primer hiperaldosteronizm semptomları ile başvururlar.

Olgu: Elli yaşında postmenapozal kadın hasta 6 ay önce tüylenmesi ve tüy alma sıklığında artış ve son 6 ayda 4 kg kilo kaybı şikayeti ile başvurdu. Dört yıldan beri diyabetes mellitus ve hipertansiyon anamnezi olan hastanın fizik muayenesinde santral obezite (BMI:26.7 kg/m^2), ince ekstremiteler ve karın bölgesinde birkaç adet ekimoz saptandı. Karın derisinde menekşe renkli stria, bufalo hörgücü, kliteromegali ve ses kalınlaşması saptanmadı. Belirgin proksimal myopatisi olan hastanın kan basıncı 160/100 mmHg nabız:118 vuru/dk idi. Yapılan tetkiklerde bazal kortizolü 63.44 μg/dl ve K:1.9 mmol/l saptanan hasta cushing sendromu öntanısıyla servisimize yatırıldı. Bir mg deksametazon süpresyon testi (DST) sonrası serum kortizolü 62.65 μg/dl idi. 2 gün 2 mg DST sonrası serum kortizolü 61.34 μg/dl ve 2 defa bakılan plazma ACTH düzeyi <5 pg/ml (0-46 pg/ml) olarak tespit edildi. Hastaya ACTH bağımsız cushing sendromu tanısı kondu. Abdomen MR da sol sürrenal gland lojunda paraaortik ve paravertebral alan boyunca uzanım gösteren ve heterojen kontrastlanma gösteren 140x125x118 mm boyutlu kitle ve karaciğerde metastazla uyumlu yaygın yer kaplayıcı lezyonlar ve toraks BT de bilateral her iki akciğerde yaygın metastazlar tespit edildi. 24 saatlik idrarda normetanefrin: 0.96 (88-444 μg/gün), metanefrin 0.96 (0-1 mg/gün) olarak saptandı. Plazma aldosteron/plazma renin aktivitesine oranı 2.26 (<30) olarak hesaplandı. 1-4 delta androstenedion: 9.02 (0.3-3.3 ng/ml), Total testosteron 567 ng/dl (2,9-40,8ng/dl) ve DHEA-S >1000 μg/dl (0-256 μg/dl) olup yüksek görüldü. FDG 18 PET/CT de sol adrenal bez, karaciğer ve akciğerde de birden fazla odakta, FDG tutulumu artmış olarak tespit edildi (tüm odaklarda SVUmax >10) . Karaciğer metastazlarından USG eşliğinde trucut biyopsi yapıldı. Biyopsi materyalinin incelemesinde vimentin ve melan-A (+) saptandı ve adrenal karsinom metastazı ile uyumlu bulundu. Genel durumu hızlı bir şekilde bozulan hasta genel durum bozukluğu ve yaygın metastazları nedeniyle inoperabl kabul edildi. Kemoterapi verilmek üzere Onkoloji B.D'na devredildi. Cisplatin+etoposid içeren kemoterapi uygulanmaya başlandı. Ancak 1. kür tedaviden sonra hasta exitus oldu.

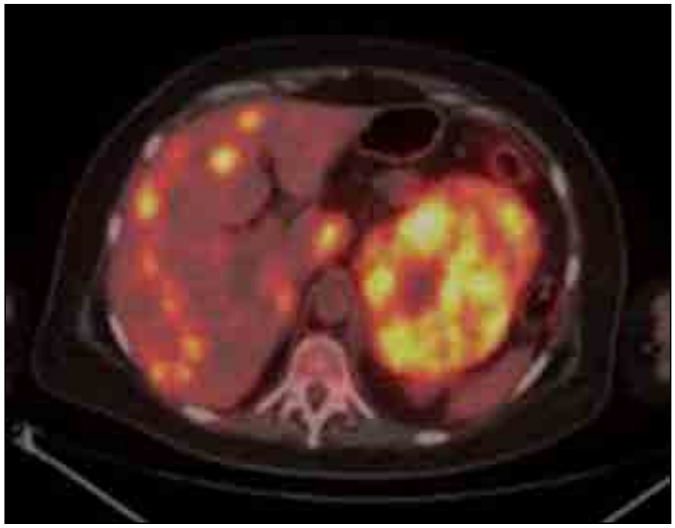
Sonuç: Adrenokortikal karsinomlar çok ender rastlanmalarına rağmen mortalite oranları çok yüksek tümörlerdir. Erken evrelerde saptandıkları zaman cerrahi müdahale ile kür şansı varken ileri evrede cerrahi, kemoterapi ve radyoterapiye rağmen mortalite oranları çok yüksektir. Bu yüzden özellikle postmenapozal kadınlarda progresif tüylenme artışı varlığında adrenokortikal karsinom

ayrıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar arasında olmalı ve bu yönden gerekli tetkikler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimler: Adrenokortikal karsinom, hirsutizm, Cushing sendromu,



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-057

TİP 2 DİABETES MELLİTUS VE VİTAMİN D İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Lütfiye Seçil Deniz Balyen[1], Lokman Balyen[2], Semir Paşa[3], Ömer Satıcı[4]

[1]Diyarbakır Selahattin Eyyubi Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır
[2]Özel Bağlar Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır
[3]Özel Bağlar Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır
[4]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş ve Amaç: Son zamanlarda görme kesinliğinde azalma şikayeti ile göz polikliniğimize başvuran ve yeni saptanan tip 2 diabetes mellitus(T2DM) tanılı hastalarda açlık kan glukoz(AKG) düzeyi ile serum vitamin D düzeyi arasında ilişkinin değerlendirilmesi.

Gereç ve yöntem: Refraksiyon kusuru(miyop) olan T2DM tanılı; yaş ortalaması 52.15±8.30 olan, 25 kadın, 35 erkek toplam 60 hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan 25 kadın, 35 erkek ile ilgili klinik ve sosyodemografik özellikler ve aynı göz hekimi tarafından standart yöntemlerle biomikroskopik ve funduskopik muayene sonuçları ve 8 saati aşan açlık sonrası alınan kan örneklerinde glukoz ve 25 (OH) D düzeyleri kayıt altına alındı. Sırasıyla serum 25 (OH) D < 10 ng/mL şiddetli yetmezlik, 10-20 ng/mL yetmezlik, 21-29 ng/mL eksiklik ve >30 ng/mL olanlar yeterli olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 60 hastanın, kadın/erkek oranı 25 (41.66%)/35 (58.33%) saptandı. Hastaların ortalama AKG düzeyi 480.92±113.87 mg/dl olarak saptandı. Serum 25 (OH) D yetersizliğine göre yapılan sınıflandırmada; Hastaların 16'sında (26.66%) şiddetli yetmezlik, 16'sında (26.66%) yetmezlik, 17'sinnde (28.33%) eksiklik saptanırken, 11'inde(18.33%) yeterli serum 25 (OH) D seviyesi tespit edildi (p=0.001). Bu gruplar için ortalama AKG düzeyleri sırası ile 561.50±16.97, 532.44±70.10, 455.82±106.31 ve 327.55±95.07 mg/dl olarak saptandı(p=0.0001). Serum 25 (OH) D düzeyleri yeterli olan grup ile yetersiz olan tüm gruplar arasında D vitamini düzeyleri ve AKG düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı(p=0.0001).

Tartışma ve Sonuç: Pek çok çalışmada vitamin D eksikliği insülin direncine yol açtığı gösterilmiştir. Çalışmamızda özellikle serum glukoz seviyesi yüksek olan hastalarda serum 25 (OH) D eksikliği yüksek olduğunu tespit ettik. Dolayısıyla düşük serum 25 (OH) D düzeyi, T2DM şiddeti ile yakından ilişkili olduğu görünmektedir. T2DM olan hastalar hastalıklarının her aşamasında serum 25 (OH) D düzeyi açısından yakından takip edilmelidir.

Anahtar Kelimler: Anahtar Kelimeler: Açlık Kan Glukozu, D Vitamini, Tip 2 Diabetes Mellitus

PS-058

KONVANSİYONEL GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ İLE TESPİT EDİLEMEYEN İNSÜLİNOMA OLGUSUNUN ENDOSKOPİK ULTRASONOGRAFİ İLE TESPİTİ

Reşit Volkan Atar[1], Samet Sedef[1], Tuncay Koç[1], Ufuk Çoşkunkan[3], İbrahim Gelincik[4], Gülşah Elbüken[2], Sayid Zuhur[2]

[1]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı
[3]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
[4]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Özet: İnsülinomalar en sık görülen adacık hücre tümörleridir ve endojen hiperinsülinemik hipogliseminin en sık nedenidir. Görülme sıklığı milyonda 4 olarak bildirilmektedir. Ailesel olabildiği gibi sporadik olarak da görülebilirler. Hastalar özgül olmayan semptomlar ile başvururlar. 72 saat uzamış açlık testi ile tanı konur. Lokalizasyon belirlemede en sık kullanılan yöntemler abdomianl ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) dir. Ancak bazen yukarıda belirtilen görüntüleme metodları ile insülinoma tespit edilemeyebilir. Biz konvansiyonel görüntüleme metodları ile saptanamayan ancak endoskopik ultrasonografi (EUS) ile pankreatik kitlesi saptanan olguyu sunmayı uygun gördük.

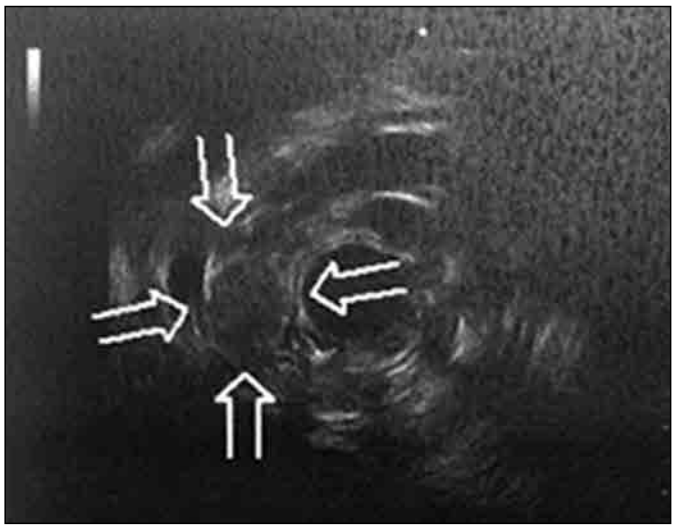
Olgu: Otuz altı yaşında erkek hasta yaklaşık bir yıl önce halsizlik, terleme ve bilinç bulanıklığı nedeniyle 112 ile acil servise başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde hipoglisemisi saptanan hasta hipoglisemi etyolojisi araştırılmak üzere tarafımıza yönlendirildi. Özellikle uzun süreli açlıkta ve sabaha karşı gelişen hipoglisemi semptomları (halsizlik, çarpıntı, terleme ve baş ağrısı) tarifleyen hasta hipoglisemi etyolojisi araştırılmak üzere iç hastalıkları servisine yatırıldı. Fizik muayene doğaldı. Hastaya uzamış açlık testi yapılması planlandı. Testin 21. saatinde semptomatik hipoglisemi gelişen hastanın kan şekerinin 42 mg/dl, insülin düzeyinin 37.13 μIU/ml, c-peptid düzeyinin 2.64 ng/ml olduğu saptandı. Hastaya 1 mg glukagon IV olarak uygulandı. 10. ve 20. dakikalarda kan şekerleri sırası ile 103 ve 123 mg/dl olarak saptandı. Hastada ön tanıda insülinoma düşünüldü ve pankreasta kitle araştırılması amacıyla yapılan tüm batın USG'de pankreasta lezyon saptanmadı. Üst abdomen BT ve MRG sinde pankreas parankimi içerisinde belirgin kitle lezyon tespit edilmedi (şekil-1). Bunun üzerine hastaya endoskopik USG planlandı. Endoskopik USG sonucu pankreas kuyruk kısmında 1.2x1.1 cm boyutunda kitle (şekil-2) tespit edildi. Hastanın kendisinde ve ailesinde hiperkalsemi ve hipofiz adenomu hikayesi yoktu. Ca, P, PTH ve ön hipofiz hormon düzeyleri normal saptandı. Hastaya parsiyel distal pankreatektomi yapıldı. Distal pankreatektomi materyalinin histopatolojik incelenmesinde 1.5x1.1 x0.8 cm boyutlarında kitle saptandı. Yapılan immunohistokimyasal boyamasında nöron spesifik enolaz (NSE)(-), kromogranin (+) (şekil-3), sinaptofizin (+) olarak tespit edildi. Ki67 işaretleme indeksi %2 olarak bulundu. Hemotoksilen eozin boyamada trabeküler yapı mevcuttu. Bu bulgularla hastaya düşük grade nöroendokrin tümör tanısı kondu. Operasyon sonrası şikayetleri ortadan kalkan hastanın ard arda yapılan tetkiklerinde açlık kan şekerleri normal sınırlar içerisinde bulundu (70-100 mg/dl). Hasta kür olarak kabul edildi.

Sonuç: İnsülinomalar pankreas β adacık hücrelerinden kaynaklanan, nadir görülen tümörlerdir. Batın USG, BT ve MRG gibi konvansiyonel görüntüleme metodlarıyla pankreasta tümör tespit edilemeyen hiperinsülinemik hipoglisemi olgularında EUS ile pankreas kitlesi tespit edilebilir, ancak işlem öncesi birden çok odaklı olabildiği için MEN-1 sendromunun dışlanması gerektiği önerilmektedir.

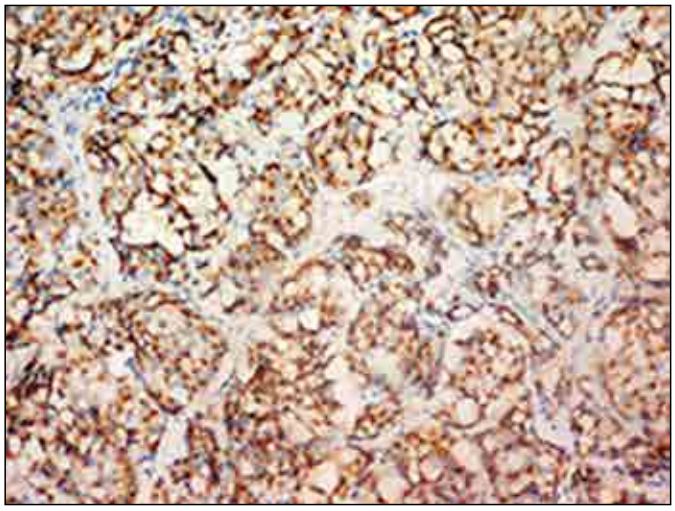
Anahtar Kelimler: insülinoma, endoskopik ultrasonografi, hipoglisemi



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-059

DİPEPTİDİL PEPTİDAZ-4 İNHİBİTÖRLERİNİN MİKROALBÜMİNÜRİ VE MİKROALBÜMİN/KREATİNİN ORANI ÜZERİNE ETKİSİ

Gülgün Arslan, Murat Güney, Abdullah Altaş, Bilal Arıcan, Bahadır Han Demiral, Mehmet Sargın

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Bu çalışma ace inhibitörü/arb kullanan tip 2 diyabet hastalarında dipeptidil peptidaz-4 (DPP-4) inhibitörlerinin mikroalbüminüri, mikroalbümin/kreatinin (MAK) üzerine etkisini araştırmak için yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kaynarca Semt Polikliniği Diyabet Merkezine 2014-2015 yılları arasında başvuran, ace inhibitörü/arb kullananan, hba1c değeri >7 olan ve dipeptidil peptidaz-4 (DPP-4) inhibitörü kullanmaya başlanalar arasından rastlantısal olarak seçilen, 138 tip 2 diyabet hastası retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmaya alınan hastalarda DPP-4 başlandıktan sonraki üç aylık takiplerinde mikroalbüminüri, MAK ve hba1c oranlarındaki değişim değerlendirilmiştir. Başlangıç noktasından itibaren DPP-4 başlanan hastalardan 138 tanesi ilk kontrole, 70 tanesi ikinci kontrole geldiği gözlenmiştir. Elde edilen verilerin analizi için SPSS paket veri programından yararlanılmıştır.

Bulgular: DPP-4 başlanan 138 hastanın başlangıç hba1c ortalaması 8.79 iken DPP-4 inhibitörü başlandıktan sonra ilk kontrole gelen 138 hastanın hab1c ortalaması 7.73, ikinci kontrole gelen 70 hastanın 7.51 olduğu saptanmıştır. DPP-4 inhibitörü başlanan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı hba1c düşüşü gözlendi ($p<0.005$)

Başlangıç mikroalbümin ortalaması 60.07 olan hastaların DPP-4 başlandıktan sonra ilk kontrole gelen 138 hastanın mikroalbümin ortalaması 50.30, ikinci kontrole gelen 70 hastanın 60.84 olarak, MAK oranı ortalaması 63.19 olan hastaların ilk kontrole gelen 138 hastanın 56.72, ikinci kontrole gelen 70 hastanın 87.12 olarak saptandı. DPP-4 inhibitörü başlanan hastalarda başlangıç değerleriyle iki kontrol değerleri kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı mikroalbümin ve MAK oranı düşüşü gözlenmedi ($p>0.005$)

Sonuç: DPP-4 inhibitörerinin albüminüri üzerinde olumlu etkisi olduğuna dair yayınlar olsa da, yaptığımız çalışmada DPP-4 inhibitörü eklenen hastalarda anlamlı hba1c düşüşü gözlenmesine rağmen, mikroalbüminüri ve MAK oranındaki düşüş istatistiksel olararak anlamlı bulunmamıştır. Fakat çalışmadan daha net sonuçlar elde edilebilmesi için sürenin uzatılması ve daha büyük hasta grubunda araştırılması gereklidir.

Anahtar Kelimler: tip 2 diyabet, dipeptidil peptidaz-4 (DPP-4) inhibitörleri, mikroalbüminüri, mikroalbümin/kreatinin (MAK) oranı, hba1c

Tablo 1. Tüm kontrollerdeki hasta sayıları ve değer ortalaması

	Başlangıç	1. Kontrol	2. Kontrol
Hasta Sayısı	138	138	70
HbA1c	8,79	7,73	7,51
Mikroalbümin	60,07	50,30	60,84
MAK oranı	63,19	56,72	87,12

Tablo 2. Başlangıç değerinden 1. Kontrole, değerlerdeki düşme ve anlamlılık durumu

	Düşme oranı %	P değeri
HbA1c	-%12,05	0,000
Mikroalbümin	-%16,35	0,471
MAK oranı	-%10.23	0,683

Tablo 3. Başlangıç değerinden 2. Kontrole, değerlerdeki düşme ve anlamlılık durumu

	Düşme oranı %	P değeri
HbA1c	-%28,57	0,000
Mikroalbümin	-%13,17	0,445
MAK oranı	+%37.84	0,371

PS-060

AMYOTROFİK LATERAL SKLEROZ TANISI İLE TAKİP EDİLEN BİR METASTATİK İNSÜLİNOMA OLGUSU

Ayşe Kevser Demir[1], Samet Rahatlı[2], Ömer Alıcı[3], Süheyla Uzun Kaya[1], Serdar Savaş Gül[4], Dürdane Bekar Aksoy[5], Faruk Kutlutürk[6]

[1]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat
[2]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Onkoloji Bilim, Tokat
[3]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Tokat
[4]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Tokat
[5]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Tokat
[6]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim, Tokat

Giriş: İnsülinoma nadir görülmesine rağmen noroendokrin tümörler arasında en sık görülenlerinden biridir. Değişik klinik semptomlarla ortaya çıkabileceği için tanısı gecikebilmektedir. Noropsikiyatrik semptomlar insülinoma seyrinde görülebilmektedir. Burada nöroloji bölümü tarafından Amyotrofik lateral skleroz (ALS) tanısı ile takip edilen bir insülinoma olgusunu sunmaktayız.

Olgu Sunumu: 65 yaşında bayan hasta, 7 ay önce konuşma bozukluğu ve yemek yerken dökme, sulu gıdaları yutamama ve denge bozukluğu şikayetleri ile nöroloji bölümüne başvurmuş ve ALS tanısı almıştır. Takiplerinde halsizlik şikayetleri olan ve bilinç bulanıklığı gelişen hastanın bakılan kan şekeri düşük (35 mg/dl) saptananması üzerine tarafımıza konsülte edildi. Kullandığı amitriptilin tedavisi kesildi. Uzamış açlık testi kan şekeri düzeyi 26 mg/dl, insülin: 58 mikro IU/ml, C-peptid: 4,99 ng/ml ve insülin/glukoz: 2,2 olarak tespit edildi. Hastanın batın tomografisinde karaciğerde multiple, yaygın metastatik kitleler tespit edildi. Karaciğerdeki kitlelerden yapılan biyopsi sonucunda noroendokrin özellik gösteren malign tümöral infiltrasyon olduğu, PET BT görüntülemesinde karaciğer genelinde düzensiz sınırlı hipodens lezyonlarda heterojen artmış FDG uptakei, pankreas gövde inferiorunda 13x15 mm bayutunda nodüler lezyonda artmış FDG uptakei olduğu raporlandı. İnsülinoma tanısı alan hastaya genel cerrahi bölümü tarafından karaciğerde yaygın metaztatik lezyonlar olması nedeni ile operasyon düşünülmedi. Hasta medikal onkoloji bölümüne yönlendirildi.

Tartışma: İnsülinomalar genellikle benigndir ve büyük bir çoğunluğu pankreas üzerinde zaman ile büyüyen kitle ile karşımıza çıkar. Çok az bir olguda ise metastazlar görülür. İnsülin salgıladıkları için fonksiyonel bir tümör olarak kabul edilirler. İnsülinoma olgularının %90'ında pankreasta tespit edilen tümör çapı 2 cm altındadır ve bizim olgumuzda bu gruptadır. İnsülinomaların yaklaşık % 10'u maligndir ve bu olgularda tümör çapı 2,5 cm üzerindedir. Malignite kararı hücrelerin karakteristik özelliklerinden ziyade kapsül invazyonu, çevre lenf bezleri ve damarlara invazyon ile uzak metastazların varlığı ile konulur. Hastalarda hipoglisemiye bağlı semptom ve bulgular ön plandadır ve beynin hipolisemisi nedenli somnolans, irritabilite, konfüzyon, amnezi parestezi, stupor ve koma görülebilir. Bizim olgumuzda hipoglisemiye bağlı gelişen beyin beslenmesindeki azalma nörologlar tarafından yanlışlıkla ALS tanısı almış ve muhtemelen tedavisinde bir gecikme olmuştur. Biz bu sunumda insülinoma olgularının nöroglikopenik bulgu ve semptomlara neden olabileceğine dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimler: İnsülinoma, amyotrofik lateral skleroz, nöroglikopeni

PS-061

ENÜREZİS VE DESMOPRESSİN

Çiğdem Tura Bahadir[1], Hakan Şıvgın[2]

[1]Tokat Devlet Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği
[2]Tokat Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Amaç: Uykuda yatağa veya giysilere yineleyen bir biçimde idrar kaçırmaya enürezis denir. Tedavisinde sıvı alımıyla ilgili basit önlemler, alarm tedavisi, desmopressin, antikolinerjikler, trisiklik antidepresanlar gibi medikal tedaviler verilebilir; akupunktur ve davranış tedavisi yapılabilir. Özellikle nokturnal poliürisi olan hastalarda desmopressine iyi cevap alınır. Ancak absorbsiyon faklılıkları ve doza bağlı hiponatremi gibi advers etkilerinden dolayı enürezis için nazal formulayonu artık önerilmeyen desmopresine dikkat çekmek amacıyla vakamızı sunmaktayız.

Materyal ve Metod: Şizofreni ve epilepsi tanıları ile takipte olan hasta bacaklarda güçsüzlük, aşırı halsizlik, biliç değişiklikleri nedeniyle acil servise getirildiğinde bakılan Na:103 mEq/L olması üzerine hospitalize edildi. Şizofreni ve epilepsi tanıları için ketiapin, lamotrijine, topiramat kullanan hastaya enürezis nokturna için psikiyatri tarafından desmopressin nasal sprey başlandığı, yaklaşık 3 yıldır kullandığı, bazen idrar kaçırması geçene kadar kendine göre bazen günde 3 kez desmopressin nazal sprey kullandığı ve sıvı alımınına dikkat etmediği öğrenildi. Özgeçmişinde Şizofreni ve epilepsi dışında bilinen hastalığı yoktu. Daha önceleri hiponatremisi olduğu söylenmiş ancak bu nedenle hiç hospitalizasyonu olmamıştı.

Fizik muayenesinde bilici konfü idi, Solunum sistemi ve Kardiyak muayenesi normaldi. Pretibiyal ödemleri (PTÖ) mevcuttu. EKG normal sinüs ritmindeydi. PA AC grafisi normaldi. Desmopressin kesildikten sonra bakılan idrar dansitesi 1002, 24 saat idrar hacmi 5000cc, kan osmolaritesi:211 mOsm/kg, idrar osmolaritesi:241 mOsm/kg, spot idrar Na:5 mmol/gün (40-220) idi.

Hastanın despmopressin tedavisi kesildi. %3 Nacl ile replasman yapıldı. Günlük sıvı alımı 1500cc ile kısıtlandı. Tedricen idrar çıkımı 5000cc-4500cc-2500cc-1500cc olarak azaldı. PTÖ geriledi. Na: 120 mEq/L olduktan sonra Nacl infüzyonu kesildi. Na değeri tedricen 135 mEq/L e yükseldi. Aktif problemi olmayan hasta desmopressin tedavisi kesilerek kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Tartışma: Ülkemizde farklı branşlarca enüresiz için sık sık desmopressin tedavisi verilmektedir. Uzun süre kontrolsüz desmopressin kullanımına bağlı hastaların çoğunda hiponatremiler görülmektedir. Bu hastaların çoğu acil servislere başvurup Na değeri düzeltildikten sonra taburcu edildiklerinden, dahiliye veya endokrinoloji polikliniklerine kontrole gelmediklerinden derin ve hayatı tehdit edici hiponatremilere maruz kalabilmektedirler. Bu nedenle ülkemizde hiponatremili hastalarda desmopressin kullanımı mutlaka sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimler: enürezis, desmopressin

PS-062

METABOLİK SENDROMLU HASTALARDA SERUM APELİN-13 DÜZEYİ İLE İNFLAMASYON VE KARDİYAK PARAMETRELER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ayşegül Kapuci[1], Sinem Kıyıcı[1], Gürcan Kısakol[2], Sema Oral[3], Birol Ocak[1], Burçin Bağcıoğlu[1], Mustafa Ahmet Hünük[1]

[1]Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Bursa
[2]Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji Kliniği, Bursa
[3]Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Farmakoloji Bölümü, Bursa

Amaç: Metabolik sendrom kardiyovasküler risk faktörlerinin artışıyla ilişkili dislipidemi, insülin direnci, hipertansiyon, obezite gibi risk faktörlerinin kümelendiği metabolik bozukluklar topluluğudur. Yağ dokusu kaynaklı apelin bir adipositokin olup aynı zamanda bir nöropeptid ve kardiyovasküler peptittir. Apelinin etkileri formlarına göre değişiklik göstermektedir. 13 ve 17 aminoasitten oluşan apelinin 36 aminoasit içeren apelin formundan daha güçlü bir biyolojik aktiviteye sahip olduğu bildirilmiştir. Plazma apelin seviyesi hiperinsülinemi, insülin direnci, obezite ve inflamasyonla ilişkilidir. Çalışmamızda metabolik sendromlu hastalarda apelin-13 düzeyi ile inflamasyon, kardiyak parametreler ve ateroskleroz arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: NCEP-ATP III kriterlerinin en az üçüne sahip hastalar metabolik sendromlu kabul edilip çalışmaya dahil edildi. Metabolik sendrom komponentleri dışında herhangi bir hastalık öyküsü olan ve sigara içen kişiler çalışma dışı tutuldu. Yine çalışmaya bilinen hastalığı olmayan,hasta grubuyla benzer yaşta sağlıklı bireylerden kontrol grubu alındı. Hasta ve kontrol grubunda serum apelin-13 düzeyi ve karotis intima media kalınlığı (KİMK) ölçüldü.

Bulgular: Hasta ve kontrol grubunun demografik ve laboratuar sonuçları Tablo 1'de özetlenmiştir. Hasta grubunda beden kitle indeksi (BKİ), bel çevresi, kalça çevresi, sistolik ve diyastolik kan basıncı (KB), açlık kan şekeri,,total ve HDL kolesterol, trigliserit, ALT, HbA1c, CRP değeri anlamlı olarak kontrol grubundan yüksekti. Serum apelin-13 düzeyi hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı düşük (**p=0,002**), KİMK ölçümü ise yüksek saptandı (**p<0,001**)(Tablo 2). Hasta grubunda yapılan korelasyon analizinde serum apelin-13 düzeyi ile BKİ, bel çevresi, kalça çevresi, açlık kan şekeri, CRP arasında anlamlı negatif ilişki bulundu.

Tartışma ve Sonuç: Metabolik sendromlu hastalarda kontrol grubuna kıyasla serum apelin-13 düzeyi düşük, KİMK ölçümü ise yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar serum apelin-13 düzeylerinin endotel disfonksiyonu, inflamasyon ve aterosklerozis sürecinde önemli bir rolü olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimler: Apelin-13, Metabolik Sendrom, Ateroskleroz,

Tablo 1. Çalışmaya katılan hastaların demografik ve laboratuar özellikleri

	Hasta grubu (Ortalama±SD)	Kontrol grubu (Ortalama±SD)	p
Yaş (yıl)	45,1±8,3	41,4±8	0,054
Cinsiyet (K/E)	24/14	25/12	0,688
Kilo (kg)	101,6±12,8	67,2±4,8	0,000
BKİ (kg/cm^2)	36,6±4,2	23,2±1,2	0,000
Bel çevresi (cm)	114±18,9	66,8±4,9	0,000
Sistolik KB (mmHg)	132,1±7,3	116,4±6,8	0,000
Diastolik KB (mmHg)	82,5±4,8	74,6±59	0,000
AKŞ (mg/dL)	165,8±50	87,8±8,1	0,000
Kreatinin (mg/dL)	0,7±0,2	0,8±0,1	0,876
ALT (U/L)	26,7±13,5	20,8±10,4	0,036
T. kolesterol (mg/dL)	227,4±43,7	201±43,1	0,010
HDL kolesterol (mg/dL)	39,1±8,8	46,9±11,8	0,001
LDL kolesterol (mg/dL)	137,8±65,2	124,8±36,5	0,458
Trigliserid (mg/dl)	275,8±100	136,5±74,6	0,000
HbA1c (%)	8,7±2,1	5,5±0,2	0,000
CRP (mg/L)	8,1±5	4,5±2	0,000

Tablo 2. Hasta ve Kontrol Grubunun KİMK Değeri ve Apelin-13 Düzeyi

	Hasta Grubu (ortalama±SD)	Kontrol Grubu (ortalama±SD)	p
KİMK (mm)	0,07±0,01	0,05±0,01	0,000
Apelin-13 (pg/ml)	35,3±29,6	51,8±39	0,002

PS-063

RESVERATROL'ÜN DİYEBETE BAĞLI GELİŞEN OVER HASARINI ÖNLEYİCİ ETKİSİ

Oytun Erbaş[1], Gursoy Pala[2], Fatih Oltulu[3], Dilek Taşkıran[3]

[1]*Bilim Uni. Tıp Fak.*
[2]*Celal Bayar Uni Tıp Fak.*
[3]*Ege Uni Tıp Fak.*

Amaç: Diyabete bağlı gelişen gonodal toksisite, hastalarda fertilitenin bozulmasına yol açmaktadır. Resveratrol bitkisel polifenol bileşiğidir. Diyabetik organ hasarının oluşmasında glikasyon ürünleri ve bu ürünlerin NF-KB aracılıklı alt yolakları aktive etmesi önem taşımaktadır. Bu çalışmada amaç diyabete bağlı oluşan over hasarının önlenmesinde resveratrolün etkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: 24 adet disi erişkin Sprague-Dawley sıçan çalışmaya alındı. 16 sıçana Streptozosin (STZ) intraperitoneal (i.p.) olarak 60 mg/kg dozunda enjekte edildi. 8 sıçan normal kontrol olarak çalışmaya alındı ve işlem uygulanmadı. 48 saat sonra STZ alan sıçanlara kuyruktan alınan kandan glikoz ölçümü yapıldı. > 260 mg/dl olan sıçanlar diyabetik kabul edilip çalışmaya alındı. 16 diyabetik sıçan 2 gruba ayrıldı. (n=8) 1.Grup sıçanlara 20 mg/kg/gün resveratrol i.p. yol ile, 2. Grup sıçanlara plesebo olarak 1 ml/kg/gün izotonik NaCl i.p. yol ile 12 hafta süreyle uygulandı. Çalışma sonunda plazmada Antimullerian hormon bakılıp over rezervi değerlendirildi ve ayrıca over histopatolojik olarak incelenerek folikul sayısı, tipleri, stromal değişikler, NF-KB ekspresyonu skorlandı.

Bulgular: İzotonik tedavisi alan diyabetik sıçanlarda, normal sıçanlara göre anlamlı (p<0.001) AMH azalması, folikul (primer ve sekonder) sayısında azalma (p <0.01), over stromasında fibro-inflamatuvar değişiklikler izlendi. Resveratrol tedavisi alan diyabetik sıçanlarda, izotonik tedavisi alan diyabetik sıçanlara göre (p <0.001) AMH artışı, folikul (priemer ve sekonder) sayısında artma (p <0.05) ve over stromasında fibro-inflamatuvar değişikliklerde azalma izlendi. Histopatolojik olarak resveratrol overde NF-KB immun-ekspresyonunda anlamlı azalmaya neden olmuştur.

Sonuç: Diyabette artan glikoz, ileri glikasyon ürünleri oluşmasına (AGE) neden olur. AGE kendi reseptörüne bağlanarak NF-KB yolu üzerinden fibro-inflamatuvar doku hasarı oluşur. Resveratrol NF-KB yolunu inhibe ederek, diyabete bağlı gelişen over hasarını azaltmıştır. Resveratrol gibi polifenol bileşikleri antiinflamatuvar ve immunmodulatuvar etkileri ile diyabetik organ hasarının önlenmesinde kullanılabilir. Bu konuda yapılacak klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimler: Resveratrol, diyabet, over hasarı, AMH, NF-KB

PS-064

TİROİD FONKSİYON BOZUKLUKLARI İLE PROPROTEİN KONVERTAZ SUBTİLİSİN/KEKSİN TİP 9 ARASINDAKİ İLİŞKİ

Aslıhan Mete Yıldırım, Esin Beyan, Derun Taner Yıldırım, İbrahim Karadağ, Mustafa Altay, Kürşat Dal

Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Amaç: Proprotein konvertaz subtilisin/keksin tip 9 (PCSK9) karaciğerde LDL reseptörlerinde degradasyona yol açarak LDL kolesterol düzeylerinin artmasına neden olur. Son dönemde tiroid hormonlarının lipid metabolizması üzerindeki etkilerinin PCSK9 aracılıklı olup olmadığı tartışılmaktadır. Çalışmamızda hipotiroidi ve hipertiroidili hastaların PCSK9 düzeylerini karşılaştırarak tiroid hormonlarının kolesterol metabolizması üzerine etkilerinin PCSK9 aracılıklı olup olmadığını araştırdık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları kliniğinde yeni tanı konan tiroid fonksiyon bozukluklu 124 hasta alındı. Antitiroid tedavi veya tiroid hormon preparatı alan, antihiperlipidemik ilaç kullanan, diyabet, ailevi hiperlipidemi öyküsü, gebelik, kronik böbrek hastalığı bulunan ve 65 yaşın üzerinde olan hastalar çalışmaya alınmadı. Hastalar subklinik hipotiroidi (grup 1; 52 hasta), aşikar hipotiroidi (grup 2; 40 hasta) ve hipertiroidi (grup 3; 32 hasta) olmak üzere üç gruba ayrıldı. Hastaların serbest T3, serbest T4, TSH, LDL-, HDL- ve total kolesterol, trigliserid ve PCSK9 düzeylerine bakıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastalar arasında yaş ve cinsiyet açısından farklılık yoktu. Grupların PCSK9 değerleri grup 1 için medyan 14,55 ng/ml (7,09-131,28), grup 2 için medyan 14,89 ng/ml (5,38-131,28) ve grup 3 için ise medyan 9,77 ng/ml (4,10-33,89) idi. Gruplar arasında PCSK9 seviyelerinde anlamlı farklılık tespit edildi (p < 0,0001). Alt grup analizlerinde subklinik hipotiroidi ile hipertiroidi grupları ve aşikar hipotiroidi ile hipertiroidi grupları arasında anlamlı farklılık vardı (sırasıyla p <0,0001 ve p= 0,013). PCSK9 düzeyleri ile LDL-kolesterol (r= 0,245; p= 0,007), total kolesterol (r= 0,184; p= 0,009) ve TSH (r=0,211; p= 0,019) düzeyleri arasında pozitif yönde; serbest T3 (r= -0,239; p= 0,009) ve serbest T4 (r= -0,218; p= 0,015) düzeyleri ile ise negatif yönde korelasyon mevcuttu.

Sonuç: Tiroid fonksiyonlarındaki bozulmalar serum PCSK9 seviyelerinde anlamlı değişikliğe yol açmaktadır. Bu durum özellikle LDL-kolesterol olmak üzere lipid parametrelerini etkilemektedir. Bu nedenle tiroid fonksiyonları bozuk olan hastalarda hiperlipidemi tedavisinde bu durum da göz önünde bulundurulmalı; tedaviye cevapsız hiperlipidemilerde tiroid hastalıkları da akla gelmelidir.

Anahtar Kelimler: LDL-kolesterol, proprotein konvertaz subtilisin/keksin tip 9, tiroid fonksiyon bozuklukları

PS-065

TİP 2 DİABETLİ HASTALARDA D VİTAMİNİ DÜZEYİ İLE GLİSEMİK KONTROL İLİŞKİSİ

Tezcan Kaya, Yalçın Solak, Emine Ülkü Akçay, Zeynep Ertürk, Hasan Ergenç, Ali Tamer

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Hayvan çalışmalarında D vitamini eksikliğinin insülin direncini arttırdığı ve insülin sekresyonunu azalttığı gösterilmiştir. D vitamini yetersiz kişilerde tip 2 diyabet ve metabolik sendrom gelişme riski artmış olarak bulunmuştur. Ayrıca diyabetli hastalarda mikrovasküler komplikasyon gelişme riski de vitamin D eksik olan hastalarda daha fazla gözlenmiştir. Tüm bu bilgiler tip 2 diyabetin patogenezinde d vitamin eksikliğinin de rol alıyor olabileceğini düşündürmektedir. D vitamin eksikliği bölgelere göre farklılıklar gösterebilmektedir. Bölgemizdeki diabetik hastaların D vitamin düzeyi ile ilgili veri bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı hastanemiz diyabet polikliniğinde takip edilen hastalardaki D vitamini düzeyi (25 hidroksi vitamin D) ile kan şeker kontrolü ilişkisinin araştırılmasıdır.

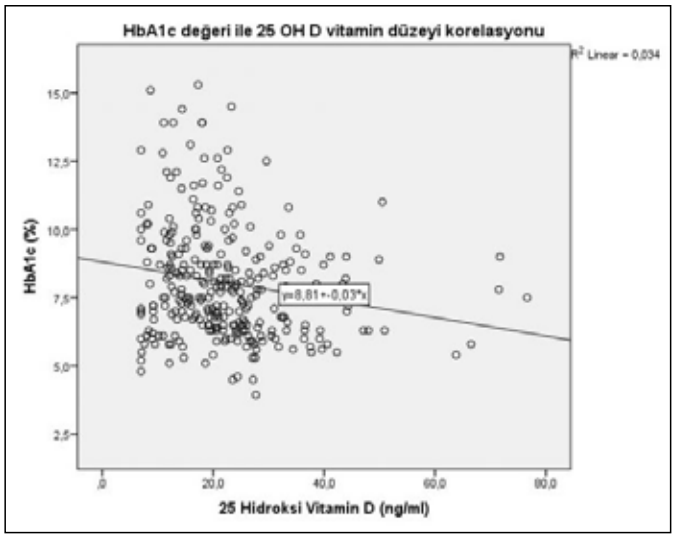
Metod: Bu gözlemsel çalışmaya hastanemiz diabet polikliniğine üç aylık süre içinde ard arda gelen ve vitamin D düzeyi ölçülmüş 296 tip 2 diyabetli hasta alındı. Son altı ay içinde D vitamini ilacı kullanmış, yaşı 18'den küçük, gebe, laktasyon dönemi, siroz, son dönem böbrek yetmezliği olanlar çalışmaya alınmadı. Hastaların klinik ve laboratuar verileri kaydedildi. 25 hidroksi vitamin D değeri 20 ng/ml'den düşük olanlar vitamin D eksikliği, 20-30 ng/ml arası olanlar D vitamini yetersiz ve 30 ng/ml'den yüksek olanlar D vitamini normal olarak tanımlandı. D vitamini eksik veya yetersiz olanlarla D vitamini normal olan hastalar glisemik kontrol yönünden kıyaslandı.

Bulgular: Hastaların klinik ve laboratuar verileri tablo 1'de gösterildi. Hastaların 139'unda (% 46,9) D vitamini eksik, 101'inde (% 34,1) D vitamini yetersiz

ve 56'sında (% 18,9) D vitamini normal bulundu. HA1c ile D vitamini düzeyi arasında anlamlı negatif korelasyon bulundu (r = -0,185; p = 0,001) (Şekil 1).

Tartışma-Sonuç: D vitamini eksik olan tip 2 diabetli hastaların glisemik kontrolü D vitamini normal olanlardan daha kötüdür. Tip 2 diyabetin patofizyolojisinde, tedavisinde D vitamin eksikliği önemli olabilir.

Anahtar Kelimler: Diabetes mellitus, D vitamini, glisemik kontrol



Şekil 1.

Tablo 1. D vitamin düzeyine göre diabetik hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri.

Değişken	Tüm hastalar (n: 296)	D vitamini normal (n: 56)	D Vitamini eksik veya yetersiz (n: 240)	P değeri
Yaş (yıl)	56,7 ± 10,2	55,5 ± 9,8	57 ± 10,2	0,307
Kadın/Erkek	168/128	37/19	131/109	0,780
Diabet süresi (yıl)	7 (3-13)	6 (3-11)	7 (3-13,9)	0,260
HT %	59,1	55,4	60	0,312
CVO %	2	1,8	2,1	0,682
KAH %	15,5	12,5	16,3	0,320
Kreatinin (mg/dl)	0,8 ± 0,2	0,7 ± 0,1	0,8 ± 0,2	0,024*
Hemoglobin (gr/dl)	14,1 ± 1,6	14,2 ± 1,4	14,1 ± 1,6	0,605
LDL (mg/dl)	116 ± 32	107 ± 25	118 ± 33	0,016*
AKŞ (mg/dl)	167 (130-223)	150 (121-195)	170 (132-229)	0,026*
TKŞ (mg/dl)	210 (170-286)	195 (161-245)	221 (171-299)	0,006*
HA1c (%)	8 ± 2,1	7,4 ± 1,4	8,1 ± 2,2	0,037*
25 OH D vitamini (ng/ml)	20,7 (14,3-27,1)	37 (33,1-43,9)	18,6 (12,8-23,4)	<0,001*
VKİ (kg/m^2)	31,7 ± 5,5	32,2 ± 5	31,6 ± 5,6	0,328

PS-066

YAŞLI HASTALARDA KRONİK AĞRININ NADİR BİR NEDENİ: PAGET HASTALIĞI

Ceren Demir[1], Mehmet Mert Akgün[1], Şengül Beyaz[1], Mustafa Eroğlu[2], Mehmet Aşık[2], Kubilay Ükinç[2]

[1]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.
[2]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı.

Giriş: Paget hastalığı; kemik döngüsünde artışla karakterize kronik fokal bir hastalıktır. Osteoklastların sayıları ve aktiviteleri artar; kemik rezorbsiyonu ve takiben remodelling patolojide rol oynar. Tanı klinik bulgular, biyokimyasal parametrelerde serum alkalen fosfataz (ALP) yüksekliği ve radyolojik görüntülemeler ile koyulur.

%50 vaka asemptomatik seyreder; lokal ağrılar, baş dönmesi, halsizlik tutukluk gibi genel semptomlar görülebilir. Görüntülemelerde; düz grafilerde sklerozis, lizis, trabeküler ve kortikal kalınlaşma görülür.

ALP yüksekliği ve direkt grafilerde tipik görünüm (litik ve sklerotik görünüm, kortikal kalınlaşma) paget tanısı koymada yeterlidir.

Vaka: 73 yaşında bayan hasta hareketlerinde donuklaşma, yavaşlama ve her iki kolda ağrı nedeniyle nöroloji kliniğine başvurmuş. Parkinson+Alzheimer? ön tanıları ile tedavi başlanmış. Yapılan tetkiklerinde ALP:804 U/L olması nedeniyle Paget ön tanısı ile endokrinoloji bölümüne yönlendirilmiş. Sorgulamasında hastanın bel ağrısı her iki omuz ve kolda ağrısı mevcuttu. Hareketlerinde donuklaşma unutkanlık eklemlerde tutukluk tariflemekteydi. Muayenede sol frontal bölgenin birleşim yerinde net sınırlandırılamayan kafatasında asimetrik görünüme neden olan şişlik ve büyüme mevcuttu. Yapılan tetkiklerinde ALP:1153 U/L saptandı. Tüm vücut kemik sintigrafisinde kranium sol yarısında, sağ hemipelviste ve sol femurda osteoblastik aktivite tutulumu görüldü ve paget hastalığı ile uyumlu bulundu. Hastanın tedavisinde zolendronik asit 5 mg IV ve D vitamini replasmanı planlandı.

Tartışma: Paget 50 yaş üzerinde osteoporozdan sonra 2. sıklıkta görülen metabolik kemik hastalığı olması nedeniyle önemlidir. Yaşlı hastada malignite ekarte edilmelidir. Hastamızda olası maligniteler açısından taramalar yapıldı, malignite lehine bulgu saptanmadı. En sık radyolojik bulgusu osteofokal-osteolitik lezyonlardır. Hastalık başlangıç fazında yoğun kemik rezorbsiyonu görülür. Genellikle uzun kemikler ve kafatasını etkiler. Mikst fazda vaskülarize fibröz doku artışı olur. Geç sklerotik fazda yoğun kortikal ve tarbeküler kemik birikimi vardır. Kemik sintigrafisi direkt kemik grafilerinde görülemeyen lezyonların %15i tanımlanabilir. Tanı sırasında yaygınlığı saptamak amacı ile tüm hastalara kemik sintigrafisi yapılmalıdır. bizim hastamızda da sintigrafide paget ile uyumlu bulgular görüldü.

Sonuç: Paget hastalığı kronik ekstremite ağrıları, bel ağrısı ile klinik verebilen bir hastalıktı. Bu sebeple bu semptomlarla başvuran yaşlı hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: PAGET

PS-067

AKROMEGALİ

Ceren Demir[1], Şengül Beyaz[1], Mehmet Mert Akgün[1], Mustafa Eroğlu[2], Mehmet Aşık[2], Kubilay Ükinç[2]

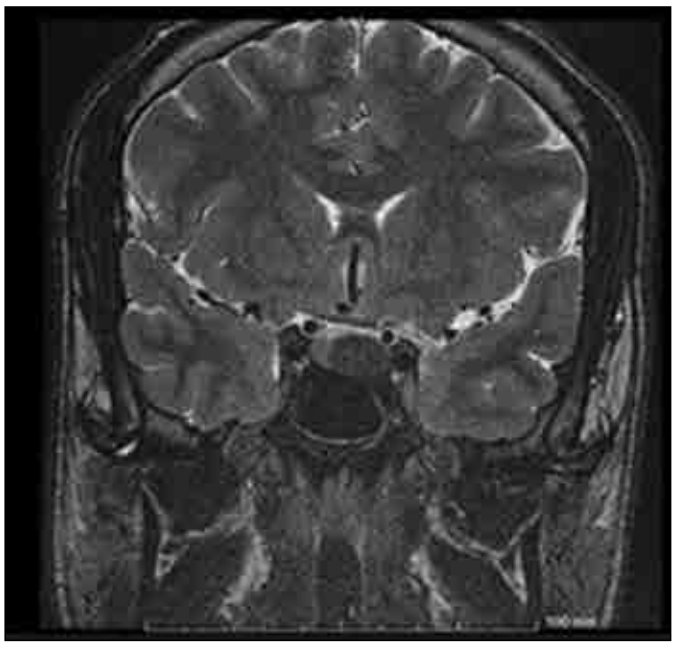
[1]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.
[2]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş: Akromegali genellikle fonksiyonel bir pitüiter adenomdan kaynaklanan, kemik ve yumuşak doku büyümesi ile karakterize olan nadir bir hastalıktır. Büyüme Hormonunun (BH) kronik hipersekresyonu söz konusudur. Artmış BH sekresyonuna bağlı olarak alt çenede ve alında genişleme, ellerde, kulaklarda ve ayaklarda büyüme, yüzde kabalaşma, mandibular prognatizm, klinik bulguları arasında yer alır. Bursa, eklem kapsülleri, sinovya kartilaj ve kemiklerde proliferasyona neden olur. Klinik tabloda artropati, myopati, karpal tünel sendromu, bel ve sırt ağrıları eşlik edebilir.

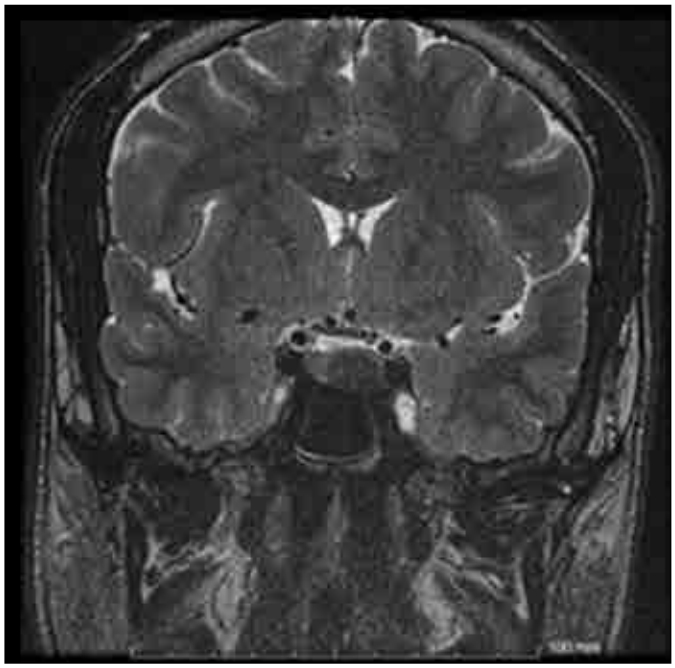
Olgu: 26 yaşında erkek hasta, 3-4 aydır olan el ve ayaklarda, kilo artışı, ayakkabı numarasında büyüme, baş ağrısı ve uzun zamandır olan görmede bulanıklaşma nedeniyle endokrinoloji polkliniğine başvurdu. Başvuru esnasında TA:104/70 mmHg, nabız:95/dk. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Başvurusunda yapılan tetkiklerinde GH:25 mIU/ml(normal değer: 0-20 mIU/ml) IGF-1:1217 ng/ml (26 yaş için normal değer:90-271) diğer tüm anterior hipofiz hormonları normal çıktı. Hipofiz MR'ında santral ve ağırlıklı olarak solda yerleşim gösteren 1,5x1 cm düzgün konturlu T1 veT2 sekanslarda normal parankime göre hipointens olarak izlenen ve postkontrast dinamik fazlarda normal hipofiz glandına göre hipointens kalan makroadenom saptandı. Hastanın görme alanı normal olarak değerlendirildi. Kardiyak komplikasyonlar olarak eser AY eser TY olarak saptandı. Postop yapılan tetkiklerinde IGF-1:546 ng/ml GH:0,1 mIU/ml ölçüldü. Görüntülemesinde sol anterior yerleşimli rezidü adenom saptandı. Postop tedavisi lanreotid 60 mg/28 günde 1 tedavisi ile takip edilmekte.

Tartışma: Akromegalide proliferasyon daha çok fibröz, kartilaj ve adipoz dokuda olmaktadır. Bu etkiler GH düzeyi ile ilişkili olup; tedaviye ilk yanıt yumuşak doku şişliğinde azalma şeklinde olur. Bizim hastamızda da ilk başvuru şikayeti el ve ayaklarda büyüme idi. Tedavide ilk seçenek cerrahidir. 1 cm altındaki mikroadenomlarda başarı %90; klinik yanıt hızlıdır. İleri yaşta ve operasyonu düşünmeyen hastalarda medikal tedavi düşünülebilir. Tedavide kullanılan ajanlar somatostatin analogları ve pegvisomanttır. Operasyon sonrası rezidü GH sekresyonu olan hastalarda medikal tedavi ile birlikte RT düşünülebilir.

Anahtar Kelimler: AKROMEGALİ



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-068

NADİR BİR ATEŞ VE SEDİM YÜKSEKLİĞİ NEDENİ: DEV HEMANJİOM

Şengül Beyaz[1], Ceren Demir[1], Mehmet Mert Akgün[1], Mustafa Eroğlu[2], Mehmet Aşık[2], Kubilay Ükinç[2]

[1]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş: Hemanjiom karaciğerin en sık rastlanan benign tümörü olup neoplastik büyümeden ziyade bir ektazidir. Yapılan otopsi çalışmalarında toplumun %0.4 ile %20'sinde görülmektedir. Üçüncü ve beşinci dekattaki kadınlarda daha sıktır. Genellikle asemptomatik olarak görülürler.Rastlantı sonucu tespit edilirler. Dev karaciğer hemanjiomlarının başlıca semptomu karın ağrısı olup tedavisi konusunda tartışmalar yaşanmaktadır. Tedavide cerrahi yöntemler daha etkin olarak öngörülmüştür

Olgu Sunumu: 45 yaşında erkek hasta 6 aydır öksürük, halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı ve ara ara olan tansiyon yükseklikleri 5 aydır zaman zaman genelde akşamları olan ateş yükseklikleri ile polikliniğe başvurdu. Bilinen HT tanısı mevcut. Soygeçmişinde özellik yok. Mevcut semptomlarla dış merkeze de başvuran hastanın yapılan endoskopi ve kolonoskopisinde patoloji izlenmemiş. Ara ara tansiyon yükseklikleri tanımlayan hastanın görülen metanefrin, normetanefrin değerleri normal sınırlar içinde izlendi. Sedim:100 mm/saat olarak görülen ve ara ara ateş yükseklikleri tanımlayan hasta tüberküloz açısından göğüs hastalıklarına danışıldı,Tüberküloz düşünülmedi.Yapılan görüntülemelerinde karaciğer sağ lob düzeyinde yaklaşık 17.5x14 cm boyutlarında gross kitle izlendi.Tanımlanan kitlenin lezyon konturları özellikle anterior subkapsüler alanda konturda belirgin lobulasyona neden olduğu izlendi. Sol sürrenal gland korpus kesiminde yaklaşık 42x32 mm boyutlarında heterojen yoğun kontrastlanan wash out oranı %44 olarak hesaplanan kitle lezyon dikkati çekti. İleri inceleme sonucunda sürrenal kitle de hemangiom olarak değerlendirildi. Dev hemanjiom olarak değerlendirilen karaciğerdeki kitlenin ara ara olan ateş yüksekliğini ve mevcut klinik semptomları açıklayabileceği düşünüldü.

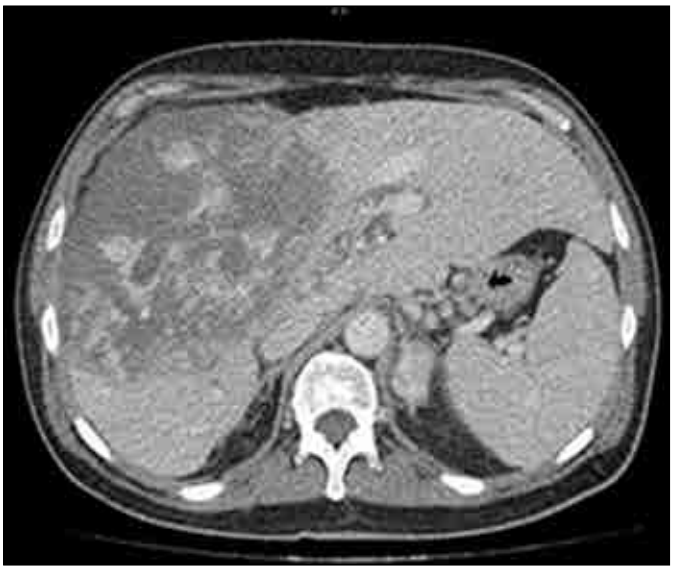
Tartışma: Hemanijiomların büyük çoğunluğu (%85) asemptomatiktir. Dev hemanjiomu bulunan hastaların büyük bir kısmında karın bölgesinde ağrı,şişlik ya da palpabl kitle ve komşu organlara basıya bağlı bazı semptomlara neden olabilir. Hemanjiomların çoğu klinik olarak asemptomatik olmalarına rağmen, inflamasyonun eşlik ettiği vakalarda ateş, karın ağrısı, anemi gibi semptomlara neden olabilirler. Tümörün büyümesi konjesyon, kanama, tromboz ve tümör içi infarktüse neden olabilir.

Sonuç: İnflamasyonun eşlik ettiği karaciğer dev hemanjiomlarında ateş,karın ağrısı,anemi gibi semptomlar görülebilir.Bu sebeple ateş etiyolojisinde dev hemanjiomlar akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: hemangiom, ateş



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-069

OTOİMMÜN POLİGLANDÜLER SENDROMLU BİR OLGU SUNUMU

Rıdvan Sivritepe, Sema Uçak Basat, Ece Yiğit, Gülçin Güngör Olçum
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Dünyada en sık görülen genetik bozukluk olan Down sendromunda otoimmun endokrin hastalıkların görülme riski artmaktadır. Otoimmun hastalıklar, farklı dokulara karşı humoral immun cevap oluşumu ile karakterize kronik heterojen bir hastalık grubudur. Birden fazla organın disfonksiyonu ile karakterize otoimmun poliglandüler sendromlar(OPS) 4 gruba ayrılmaktadır. Vakamızda ailesi tarafından ağız kuruluğu, poliüri, polidipsi ve kilo kaybı nedeni ile polikliğinimize getirilen, diyabet tanısı koyduğumuz ve ileri tetkiklerinde hashimoto tiroiditi ve otoimmun gastroenteropati tespit ederek OPS Tip 3 tanısı koyduğumuz 31 yaşındaki down sendromlu bir hastayı sunduk.

Olgu: Ailesi tarafından polikliniğimize ağız kuruluğu, poliüri, polidipsi ve kilo kaybı şikayetleri ile getirilen ve bilinen ek hastalık öyküsü olmayan 31 yaşındaki down sendromlu hasta, yapılan tahlillerinde HbA1c: 14%, glukoz:136 mg/dL olması üzerine diyabet tanısı ile servisimize interne edildi.Fizik muayenesinde cilt kuru, saçları cansız ve konjonktivaları soluk saptanırken diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastamıza yapılan laboratuvar incelemeleri tablo 1'de verilmiştir. Anti-TPO ve anti-triglobulin antikorları yüksek bulunan hastanın tiroid ultrasonografisinde parankimi heterojen olup psödonodüler görünümde olan hastaya kronik otoimmun tiroidit tanısı konuldu. Demir, vitamin B12 ve vitamin D eksiklikleri saptanan hasta gastroenteropati açısından tarandı. Anti-endomisyum IgA negatif ama anti-gliadin IgG ve anti-transglutaminaz Ig A antikoru pozitif geldi ve gastroskopide mide ve duodenum hiperemik görünümdeydi. Alınan biyopsinin patolojik değerlendirilmesinde şiddetli kronik inflamasyon, nötrofilik aktivasyon, lenfoid agregat mevcuttu ve otoimmun gastroenteropati ile uyumluydu. Tip 1 diyabet, Hashimoto tiroiditi ve otoimmun gastroenteropati tespit ettiğimiz olgumuz Tip 3 OPS olarak belirlendi.

Tartışma: Otoimmun poliglandüler sendromlar Neufeld ve Blizzard tarafından 4 farklı tipe ayrılmıştır. OPS Tip 1 için mukokütanöz kandidiyazis, hipoparatiroidi ve Addison hastalığından en az ikisinin mevcut olması, OPS Tip 2 için mutlaka Addison hastalığı olması ve ek olarak insüline bağlımlı diabetes mellitus ve/veya otoimmun tiroid hastalığı olması, OPS Tip 3 için ise mutlaka otoimmun tiroid hastalığının olması ve ek olarak Addison hastalığı ve/veya hipoparatiroidi dışında bir otoimmun hastalığın mevcudiyeti gerekmektedir. OPS Tip 4 bu tiplerin dışında kalan kombinasyonları kapsamaktadır. Bu tiplerin her birine alopesi, malabsorbsiyon, pernisyöz anemi, gonadal yetersizlik, vitiligo ve diğer otoimmun hastalıklar eşlik edebilir. En sık görülen genetik bozukluk olan Down sendromunda otoimmun endokrinopatilerin görülme sıklığının arttığı bilinmektedir. Down sendromu 21. kromozom çiftinde fazladan bir kromozom yer alması ile meydana gelir. Bu hastalarda otoimmun endokrinopatilerin sık görülmesinin sebebi otoimmun regülatör genin (AIRE) 21. Kromozom üzerinde yer almasıdır. Vakamızda 31 yaşındaki down sendromlu kadın hastanın, tip 1 diyabeti, hashimoto tiroiditi ve otoimmun gastroenteropatisi vardı. Bu özellikleri ile hasta otoimmun poliglandüler sendrom tip 3 sınıfına girmekteydi. Down sendromlu hastalarda otoimmun hastalıkların görülme sıklığının arttığının bilinmesi, hastaların takibi sırasında otoimmun hastalıklar açısından dikkatli olunması, var olan veya zaman içinde ortaya çıkabilecek otoimmun hastalık komponentleri açısından gerekli tetkiklerin yapılması açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimler: Otoimmun Poliglandüler Sendrom, Tip 1 Diabetes Mellitus, Hashimoto Tiroiditi, Otoimmun Gastroenteropati

Tablo 1. Olgumuzun laboratuvar değerleri

Glukoz (70-106 mg/dL)	136	Hemoglobin (11,5-16 g/dl)	11,8
HbA1C (4-6%)	14	Hemotokrit (37-47 %)	35,3
C peptit (0,9-7,1 ng/mL)	0,66	MCV (80-100 um^3)	98,4
Serbest T4 (0,27-4,2 ulU/mL)	1,21	Ferritin (11-306 mg/dL)	19,47
TSH (0,27-4,2 ulU/mL)	11,9	Demir (60-80 ug/dL)	29
Anti-TPO (0-9 IU/mL)	777	TDBK (155-300 ug/dL)	227
Anti-tiroglobulin antikor (0-4 U/mL)	14,30	Vitamin B12 (127-505 pg/mL)	119
Paratiroid hormon (12-88 pg/mL)	34,7	Folat (2,33-17 ng/mL)	6
Adenokortikotropik hormon (0-46 pg/mL)	42	25- Hidroksi vitamin D (11-43 ng/mL)	9,6
Kortizol (6.7- 22,6 ug/dL)	10,1	Anti-gliadin IgG (‹25:negatif, >25:pozitif RU/mL)	28,51
Anti-endomisyum antikoru(‹15:negatif, >15:pozitif U/mL)	7.2	Anti-gliadin IgA (‹25:negatif, >25:pozitif RU/mL)	25,9
Anti-GAD antikoru (0-30 IU-mL)	>500	Adacık hücre antikoru (0-30 IU-mL)	>500
Anti-transglutaminaz Ig A (‹20:negatif, >20:pozitif RU/mL)	29,7	Anti insülin antikor (0-10 IU/mL)	1,55

PS-070

İNTRAABDOMİNAL ABSE NEDENİYLE KOMPLİKE OLAN DİYABETES MELLİTUS OLGU SUNUMU

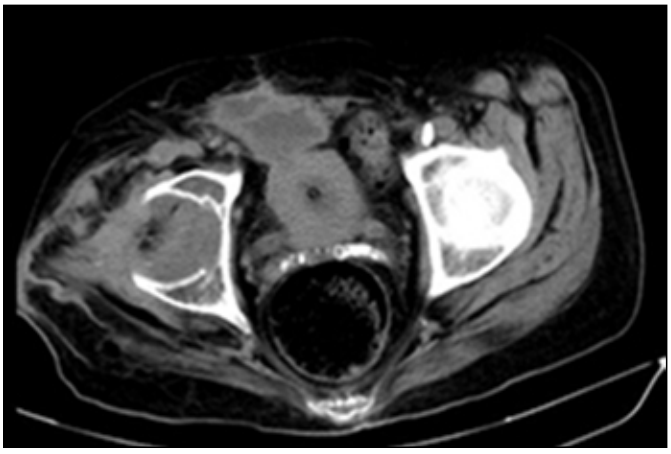
Seydahmet Akın[1], Müge Kömürcüoğlu[2], Salih Kılıç[1], Nazire Aladağ[1], Arzu Işık[1], Nihal Yılmaz[1], Abidin Gündoğdu[1], Mustafa Tekçe[1], Özcan Keskin[1], Mehmet Aliustaoğlu[1]
[1]Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İç hastalıkları Kliniği
[2]Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Aile Hekimliği kliniği

Giriş: Diyabetes Mellitus artan insidans ve prevelansı ile global bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Hem mikrovasküler hem de makrovasküler komplikasyonları nedeniyle tüm nedenlere bağlı hastene yatışlarında ve giderek artan bir orana sahip olan diyabet ülke sağlık harcamalarında önemli bir yük olmaktadır.Diyabete bağlı spesifik enfeksiyonlar mevcut olduğu gibi başta tüberkülöz olmak üzere kronik ve tanı alması zor etkenler de diyabette sık rastlanmaktadır.

Olgu: 50 yaşında erkek hasta oral alımda azalma, ateş ve kilo kaybı yakınmalarıyla acil servisimize başvurdu. Fizik muayenede genel durum orta, hafif dehidrate olan hastanın TA 120/80mmHg, Nb:104/dk ateş: 36ºC bulundu. Sağ bacak dizüstü ampute olan hastanın palpasyonla her iki alt kadranda hafif hassasiyeti mevcuttu. Diğer bulguları normal sınırlarda olan hastanın son haftalarda idrar çıkışında azalma olduğu bildirildi. İlk tetkiklerinde Glukoz: 173mg/dl, kreatinin: 7mg/dl(0.67-1.20), üre: 315mg/dl(17-43), potasyum: 7,5mmol/L(3,5-5,1), sodyum:116mmol/L(136-146), Hb12gr/dl, WBC: 15.600/ml PLT:395bin/ml, CRP:88.4mg/L(0-3), idrarda++ protein, +++ lökosit mevcuttu. Akut böbrek yetmezliği tanısı konan hastaya acil hemodiyaliz uygulandı. Diyaliz sonrası destek tedavisi ile izlenen hastanın tekrar diyaliz ihtiyacı olmadı, kreatinin düzeylerinde düşme ve idar çıkışında artma sağlandı. Yapılan USG'de batında mesane ön duvar ve rektus kası komşuluğunda 6x3cm çapında kistik lezyon saptandı. MR kontrolüyle lezyonların abse ile uyumlu olabileceği raporlandı. Sistemik antibiyoterapi uygulanan hastaya, girişimsel radyoloji tarafından perkutan drenaj uygulandı. Hastanın septik tablosu ve böbrek fonksiyonları hızla düzeldi.

Tartışma: Diyabet hem mikro hem de makro komplikasyonlarıyla önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.Diyabetik acillerin özellikle ketoasidozun önemli sebeplerinden olan enfeksiyon aynı zamanda glisemik regülasyonu da uzun dönemde bozan bir faktördür. Hızlı glisemik bozulma ve genel düşkünlük hali geliştiği durumlarda mutlaka kronik enfeksiyonlar akla getirilmelidir. Eğer odak bulunamıyorsa fokal enfeksiyon odağı araştırmak için enerjik davranılmalıdır. İntraabdominal abseler yönünden de tetkik yapılmalıdır.Olgumuzda da görüldüğü gibi tedavide gecikildiğinde mortal gidebilecek bir enfeksiyon, odağın saptandığı durumlarda uygun tedavi yöntemi ile yüz güldürücü bir seyir izleyebilmektedir..

Anahtar Kelimler: diyabetes mellitus, intraabdominal abse, glisemik regülasyon



Şekil 1.

PS-071

17.2 KALSİYUM: MALİĞN Mİ İNTOKSİKASYON MU?

Ferhat Ekinci, Banu Yılmaz Avcıoğlu, Utku Erdem Soyaltın, Mehmet Can Uğur, Elif Gram, Andaç Komaç, Burak Karakaş, Harun Akar
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

Giriş: D vitamini intoksikasyonu genellikle iyatrojenik olup uygunsuz dozda D vitamini alınmasına bağlıdır. Aşırı doz D vitamini barsaklardan kalsiyum emi-

limini artırarak hiperkalsemi, hiperkalsiüri, nefrokalsinozis, ürolitiyazis, böbrek yetmezliği ve yumuşak dokuda kalsifikasyonlara yol açmaktadır. 17.2 kalsiyum düzeyi ile maliğn hiperkalsemiyi taklin eden intoksikasyon olgumuzu paylaşmak istedik.

Olgu: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 54 yaşında erkek hasta 1 ay önce başlayan halsizlik yakınmasının artması ile üzerine bulantı kusma ve iştahsızlık eklenmesi nedeniyle başvurduğu dış merkezde ölçülen kalsiyum düzeyinin17.2 mg/dl saptanması üzerine Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi nefroloji polikliniğine yönlendirilmiş. Sonrasında servisimize tetkik ve tedavi amaçlı yatırılmıştır. Kalp tepe atımı 80/dk, ateş 36,6 0 C, kan basıncı 95/65 mmHg ve solunum sayısı 20/dk ve sistem muayeneleri idi. Laboratuvar sonuçları; beyaz küre sayısı 10.100/mm^3, hemoglobin: 9,9 gr/dL, BUN: 42 mg/ dL, kreatinin: 2,3 mg/dL, AST: 22 U/L, ALT: 29 U/L, Total Bilirubin: 0,5 mg/dL, Direk Bilirubin: 0,08 mg/ dL, GGT: 29U/L, Total Protein: 7 g/dL, Albumin: 3,4 g/dL olarak bulundu; idrar tetkiki normal olarak değerlendirildi. Kan kalsiyumu: 9,9 mg/dL, fosfor: 4,5 mg/dL, ALP: 70 U/L (40-300 U/L), PTH: < 3 pg/ml (12-88 pg/ml), 25 hidroksi vitamin-D: > 150 ng/mL(10-60 ng/mL) saptandı. Yapılan batın ultrasonografisinde böbrek boyut ve parankim kalınlıkları olağan ancak karaciğerde hiperekojen kitle imajına rastlandı. Hastada saptanan karaciğer kitlesi ve eş zamanlı olarak maliğnite ekartasyonu için yapılan batın dinamik MRG'de herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Kemik sintigrafisi olağan idi. Elektrokardiyografi sinus ritminde, normokardik ve QTc 0.41 msn idi. Hiperkalsemiye yönelik tedavi amacıyla yoğun intravenöz hidrasyon ve sonrasında diüretik tedavi başlandı. Yapılan takiplerinde kan kalsiyum ve kreatinin düzeyleri istenen aralığa geriledi. Yapılan ayrıntılı anamnez sorgulamasında hastanın bir buçuk ay önce bacaklarda güçsüzlük nedeniyle D- vitamin ampul formunu 3 hafta boyunca hergün kullandığı öğrenildi. D-vitamini intoksikasyona bağlı hiperkalsemi ve

Tartışma: D vitamini intoksikasyonu yüksek dozlarda kısa veya uzun süreli alıma bağlı olarak gözlenebileceği gibi olguların çoğu, reçete edilen D vitamini preparatlarının hatalı veya gelişi güzel kullanılmasına bağlı olarak görülür. Olgumuz 21 gün boyunca 300.000 IU d-3 ampul içirilmesi sonucu toplam 6.300.000 IU D vitamini almıştı. D vitamininin önerilen uzun dönem tedavisinde ihtiyacın üst erişkinlerde 2000 IU olarak belirlenmiştir. Belirtilen doz üzerindeki alımlar intoksikasyona neden olmaktadır.100.000 IU üzerindeki D vitamininin aralıklı olsa da tekrarlanması sonucu klinik bulgular ortaya çıkabilir. Dışarıdan alınan D vitamini bağırsaktan Ca emilimini ve kemiklerden Ca rezorbsiyonunu artırarak olgumuzda da olduğu gibi hiperkalsemi meydana getirir. Tedavide D vitamininin uzaklaştırılması ile birlikte hiperkalseminin kontrolü şarttır. Hiperkalsemi tedavisinde hiperkalseminin düzeyine göre diyette kalsiyum alımının kısıtlanması, hidrasyon, loop diüretikleri, kortikosteroid, kalsitonin, bifosfanatlar uygulanmaktadır. Bu tedaviler ile sonuç alınamayan olgularda son çare olarak diyaliz yapılabilir. Hastamız medikal tedaviye yanıt alındığı için agresif tedavi gereksinimine gerek duyulmamıştır. Maliğn hiperkalsemiyi taklit eden D- vitamini intoksikasyonu olgumuzu konunun önemine dikkat çekmek için sunduk.

Anahtar Kelimler: Kalsiyum, Maliğn, İntoksikasyon

PS-072

HASTALIĞIN İLK BULGUSU OLABİLİR Mİ ?

Tolga Aydın[1], Murat Cinel[2], Demet Çorapçıoğlu[2]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş: Nekrobiozis lipoidika diabetikorum (NLD), Tip 1 ve Tip 2 diyabetes mellitusla güçlü birliktelik gösteren nadir görülen granülomatöz deri lezyonudur (1). Kadınlarda daha sık görülür ve genellikle yerleşim yeri pretibial bölgedir (2). Klinik olarak bir veya birden fazla küçük kırmızı papüller olarak başlayıp geniş plaklara dönüşebilir (1). Lezyonlar santralde çökme ve telenjiektaziyle karakterli sarımsı kahverengi atrofik alanlara dönüşür (2). Etyoloji tam olarak anlaşılamamış olmakla birlikte diyabetik mikroanjiopatinin sebep olduğu düşünülmektedir (2).

Olgu sunumu: 43 yaşında, Tip 2 DM tanılı kadın hasta bilinç bulanıklığı ve regule olmayan yüksek kan şekeri nedeniyle 2012 de kliniğimize yatırılmış. Hastanın hikayesinden, 4 yıldır Tip 2 DM tanısıyla takip edildiği, medikasyon olarak Pioglitazon 30 mg/gün ve gliklazid 90mg/gün kullandığı öğrenilmiş. 2012 yılında yatışı sırasında fizik muayenede bilateral pretibial bölgede yerleşmiş 3*3 ve 5*4 cm boyutlarında bazı kısımlarında atrofik ve telenjiyektazik odaklar bulunan zemini pembe-mor eritemli lezyonlar saptanmış. Dermatolojiye danışılan hastanın lezyonlarına hiperkeratotik egzema ön tanısı ile mometazon furoat + salisilik asit krem başlanmış. Lezyonlardan biyopsi alınmış. Patoloji sonucu "Nekrobiozis Lipoidika Diabetikorum" ile uyumlu gelmesi üzerine mevcut tedavinin devamı kararlaştırılmış. Aynı zamanda travmaya sekonder veya spontan kanama riski olduğu hakkında hasta bilgilendirilmiş. Hasta 16/6/15 tarihinde kan şekeri regülasyonu ve insülin tedavisine geçilmek üzere tekrar yatışı yapıldığında 2 yıl önce mevcut olan lezyonların gerilediği ancak hala aktif olduğu gözlendi. Lezyonlar; sağ pretibial bölgede 4*4 cm hiperpigmente makül, sol pretibial bölgede kenarı eleve infiltre eritemli, ortası normal deri renginde anüler plak şeklinde idi (Resim). Hasta mevcut lezyonlar ile dermatolojiye danışıldı. Sol pretibial bölgede kenarı eleve infiltre alana mometazon furoat krem, sağ pretibial bölgedeki lezyon ve sol pretibal lezyon ortasına karbamid içerikli koruyucu – yumuşatıcı krem başlandı.

Tartışma: NLD, 1932'de Urbach tarafından Tip 1 diyabetes mellituslu hastalarda tanımlanmıştır (3). Sıklık çeşitli çalışmalarda değişkenlik göstermekle beraber ortalama %1-2'dir (4). Tip 1 ve Tip 2 diyabetli hastaların %60'ı NLD ortaya çıkmadan önce diyabet tanısı alırken, %25'inde diyabet ve NLD tanısı aynı anda ortaya çıkar. %15'inde ise NLD lezyonları diyabet tanısı almadan önce görülür (5). Ayırıcı tanıda eritema nodozum ve sarkoidoz akla gelmelidir. Tedavide ilk seçenek steroidlerdir (topikal veya lezyon içine). Bunun yanı sıra takrolimus, antimalaryaller, hiperbarik O2 uygulanabilir (6).

Anahtar Kelimler: Nekrobiyozis lipoidika diabetikorum, diyabetes mellitus, diyabetik mikroanjiopati, steroid



Şekil 1.

PS-073

NADİR BİR OLGU SUNUMU: SPONTAN OLARAK GRAVES HASTALIĞINDAN OTOİMMÜN HİPOTİROİDİYE DÖNÜŞÜM

Muharrem Bayrak[1], Kenan Çadırcı[1], Yasemin Kaya[2], Havva Keskin[3], Emine Kartal Baykan[1], Ünsal Aydın[1], Mehmet Emin Budak[1], Faruk Yıldız[1], Hakan Gözcü[1], Hakan Sevimli[1], Ayşe Çarlıoğlu[1]

[1]Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi,İç Hastalıkları Kliniği,Erzurum
[2]Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ordu
[3]Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi İç hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Graves hastalığının kendiliğinden otoimmün hipotrodiye dönüşümü nadir görülen bir durumdur.

Olgu: Yirmi dokuz yaşındaki bayan ellerde titreme,terleme ve çarpıntı şikayetleri ile başvurdu.Öyküsünde kilo kaybı ve bouyunda şişlik mevcuttu.Fizik muayenesinde troid bezi simetrik şekilde büyümüştü. Ağırlığı 46 kg, ateşsiz,vucut kitle indeksi 17, ellerde ince tremor ile düzenli 110 / dk nabız izlendi. Göz bulguları mevcut değildi. Troid fonksiyon testleri : T3: 3.85 ng/ml (0.80-2.10), T4: 12.48 ug/dl (5.10-12), (TSH): 0.22 μU/L (0.70-5) raporlandı. (TPO) antikoru: 374 IU/ml (normal [nl.] <35) and TSH reseptör antikoru : 13 U/L (nl. <1) güçlü pozitifti.Troid ultrasonogramında hipoekoik genişlemiş troid bezi izlendi. Troid Tc 99m sintigrafisinde radyokontrast uptake 'i artmış ve genişlemiş troid bezi olarak gösterildi..Graves tanısı konulan olguya iki yıl boyunca karbimazol tedavisi verildi. İki yıl sonunda tedavi kesildi.İlaçsız izlem yapılan olgu iki yıl sonunda rütin poliklinik kontrolünde TSH:22 μU/L (0.70-5) raporlandı.Olgunun troid ince iğne biyopsisinde Lenfositten zengin düzenli foliküler hücre tabakaları ve Hurthle hücreleri izlendi. Olgunun kendiliğinden otoimmün hipotroidi hastalığına dönüştüğü görüldü.

Tartışma: Otoimmun troid hastalığı otoimmün hastalıkların önemli bir kısmını oluşturur.Hastaların %2-4'ü kadın %1'lik kısmının erkekler oluşturur. Tiroid T ve B lenfosit hücreleri tiroid antijenleri ile indüklenmesi sonucu üretilen troid antikorları klinik olarak kötü ekspresyonlara yol açabilir.Bu ekspresyonlar kilinik olarak hipotroidi veya hipertroidi olarak sonuçlanabilir. Otoimmün hipotroidi patogenezinde iki farklı mekanizma vardır.Humoral ve hücresel mekanizmasıyla yapılan deskrüksiyonlar veya hücre fonksiyonlarını engelleyen tiroidittir.Graves hastalığı patolojisinde indüklenmiş antikorların hücre fonksiyonlarını aktive etmesiyle oluşur. Otoimmün hipotiroidi ve Graves hastalığı her iki antitiroid antikorların devrede olmasına ile tanımlanır. Tiroglobülin antikorlarının tiroid hastalığının oluşumunda sorumluluğu mevcut değildir . Anti-tiroid peroksidaz, tiroid mikrozomal fraksiyonu ana antijen hücresel sitotoksisitesini ve indüklenmesinde önemli bir rol oynar. Graves hastalığında, anti-tiroid peroksidaz ve anti-tiroglobulin antikorları serolojik belirteçlerdir. Onların pozitifliği otoimmün sürecinin önemini yansıtır. Anti-TSH reseptör antikorları doğrudan patojenik bir role sahip; Vakaların% 90'ında mevcuttur ve hastalığa özgüdür. TSH bağlayıcı inhibisyon antikor (TBIAb) ve TSH bağlayıcı inhibitör immunglobulin (TBII) TSH reseptörlerine bağlanmayı inhibe eder: Tiroid stümüle eden antikor ve troid blokan antikorların cAMP üzerinden aktive edilmesiyle bu etkiyi gösterir.

Graves hastalığı sonrasında otoimmün hipotroidi hastalığı başlaması tek anti TSH reseptörü antikorları ile stimüle edilebilir fonksiyonel tiroid hücrelerinin güçlü birliğinin kalıcılığı ile açıklanabilir.

Graves tanısı olan hastaların yaklaşık %15-20'sinde kronik otoimmün hipotrodiye dönüşüm kendiliğinden geliştiği bildirilmiştir. Her iki hastalıkta da ilişkili antikorlar mevcut olabilir . Muhtemel tanı da tiroid antikor testleri yapılabilir. Kesin tanı, ince iğne aspirasyon biyopsisi ile konulabilir. Graves hastalığında antitiroid ilaçların otoimmün hipotroidiye dönüşümünde patogenez hala belirsizliğini koruyor.

Anahtar Kelimler: Graves hastalığı, Otoimmün hipotiroidi

PS-074

PANSİTOPENİ İLE SEYREDEN SHEEHAN SENDROMU

Yıldız Okuturlar, Özge Velipaşalar, Hakan Koçoğlu, Zeynep Fetullahoğlu, Didem Acarer, Mehmet Hurşitoğlu, Özlem Harmankaya, Abdulbaki Kumbasar

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

Giriş: Sheehan Sendromu, postpartum kanama sonrası gelişen hipofizer bezin nekrozu olarak tanımlanır. Sheehan sendromu olan kadınların panhipopituarizmden selektif hipofizer yetmezliğe kadar değişen çeşitleri vardır. Pansitopeni anemi, trombositopeni ve lökopeni ile seyreden, lösemiden enfeksiyona kadar değişen çeşitli sebepleri olan bir tablodur.

Olgu: 50 yaşında bayan hasta 1 haftadır süren halsizlik, terleme, bulantı ve kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde oryantasyon ve kooperasyonu bozuktu. Soluk görünümde, bakışları apatik, saçlarda seyrelme, özellikle aksiler ve pubik bölgede kıllanmada azalma mevcuttu. Kalp sesleri derinden geliyordu S1(+) S2(+)'ti. Solunum sesleri doğaldı. Elektrokardiyografi sinüs ritminde, ritmik, ancak tüm derivasyonlarda voltaj düşüklüğü mevcuttu. Glukoz: 25 mg/dl, Hemoglobin (Hg): 8.24 g/dl, lökosit (wbc): 1910 ve trombosit (Plt): 93200 ve Na: 117 mmol/L idi. Hipoglisemi ve hiponatremi nedeniyle kliniğimize yatırıldı. Adrenal yetmezlik düşünülen hastada kortizol 0,643 μg/dl (6,2-19,4 μg/dl), ACTH 7.25 pg/dl (0-46), prolaktin 0.164 ng/dl (4,79-23,3), TSH 0.862 μU/dl (0,27-4,2), serbest T3 ≤0.260 pg/ml (2-4,4), serbest T4 0.039 ng/dl (0,93-1,7) İdi. Özgeçmişinde 20 yaşında ve 25 yaşında olmak üzere iki adet doğum öyküsü vardı. İlk çocuğunu 5-6 ay emzirebilen hasta 15 aylıkken bebeği ex olmuş, sebebi bilinmiyor. İkinci doğumundan sonra hasta bebeğini bir ay kadar emzirebilmiş ancak bebeği 1 ayllıkken ex olmuş. İkinci doğumdan sonra adet kanamaları hiç olmamış ve genital bölgelerde ve koltukaltında kıllanmaları azalmış. Sella MR'da "Parsiyel Empty Sella" saptandı. Ekokardiyografide 10 mm perikardiyal efüzyon tespit edildi. Periferik yaymada atipik hücre görülmedi.

Adrenal krizden çıkarmak için hastanın tedavisi prednol 20 mg iv puşe ilk doz ve daha sonra prednol 10 mg iv puşe 2. ve 3. Doz olarak, %5dextroz 500 cc ve %0,9 NaCl 200 cc destekle ilk gün tedavisi düzenlendi. İlk gun tedavisinin ardından alınan kontrol hemogram'da wbc 6.3, hgb 8.8 plt 131.000 ve Na:129 mmol/L glukoz 130 mg/dl'e yükseliş gözlendi. Hastanın tedavisi 2 gün daha prednol 10 mg iv puşe 3*1, %5 dextroz 500 cc ve %0.9 NaCl 2000 cc destekle devam edildi. 3 günün sonunda kontrol wbc 6.7, hmg 7.8 ve plt 142.000 oldu. Hastanın 3 günlük iv tedavisinden sonra oral tedaviye geçilerek Genkort 15 mg (10 mg sabah, 2.5 mg öğle ve 2.5 mg akşam) ve Levotiroksin 25 mcg (3 günlük) olacak şekilde düzenlendi.

Tartışma: Sheehan's sendromu sıklığı obstetrikte yaşanan ilerlemeler nedeniyle gelişmiş ülkelerde nadirdir. Fakat halen ülkemizde hipopitüitarizmin önemli nedenleri arasındadır (1). Türkiyede yapılan bir çalışmada Sheehan's sendromlu hastaların %80'inde anemi mevcuttur (2). Pansitopeni ise nadir görülmektedir. Bu hastalar hormon replasman tedavisinden yarar görebilmektedir. Klinisyenler hipopitüitarizminde pansitopeniye neden olabilecek bir etiyolojik faktör olduğunu akıllarına getirmelidirler.

Kaynaklar

1. Gokalp, D., Tuzcu, A., Bahceci, M., Arikan, S., Bahceci, S., & Pasa, S. (2009). Sheehan's syndrome as a rare cause of anaemia secondary to hypopituitarism. Annals of hematology, 88(5), 405-410.

2. Ozbey, N., Inanc, S., Aral, F., Azezli, A., Orhan, Y., Sencer, E., & Molvalilar, S. (1994). Clinical and laboratory evaluation of 40 patients with Sheehan's syndrome. Israel journal of medical sciences, 30(11), 826-829.

Anahtar Kelimler: Pansitopeni, sheehan sendromu, hipopitüitarizm,

PS-075

TİP 2 DİYABETES MELLİTUSLU HASTALARDA VİTAMİN D DÜZEYİ VE GLİSEMİK KONTROL ARASINDAKİ İLİŞKİ

Özge Öner

İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Son zamanlarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda D vitamini eksikliği ile diyabet gelişimi arasındaki ilişki gösterilmiş ve deneysel çalışmalar ile desteklenmiştir. Pankreatik beta hücrelerinde hem vitamin D reseptörü(VDR) hem de 1 alfa hidroksilaz bulunmaktadır. Pankreatik ada hücrelerinin hem vitamin D reseptörleri hem de D vitaminine bağımlı kalsiyum bağlayıcı proteinlere (CaBP) sahip oluşu D vitamininin insülin sekresyonu üzerinde etkisi olduğunu düşündürmektedir. Aktif D vitamininin beta hücre fonksiyonunu iyileştirdiği, hedef hücrelerde insülin duyarlılığını artırdığı, beta hücresini zararlı immün hasarlardan koruduğu konusunda çeşitli hipotezler mevcuttur. Bu çalışmada Tip 2 DM hastalarında vitamin D düzeylerinin belirlenmesi ve vitamin D düzeyleri ile glisemik kontrol arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmıştır.

Çalışmaya 6 aydan uzun süreli Tip 2 Diyabetes Mellitus tanısı alan ve D vitamini düzeyi bakılan 30-85 yaş arası 180 kadın, 140 erkek olmak üzere toplam 320 Tip 2 Diyabetes Mellituslu hasta dahil edildi. Kalsiyum metabolizmasını etkileyecek ilaç kullananlar, kalsiyum metabolizmasını etkileyecek ek hastalığı olanlar, kan kreatinin değeri 1,5 mg/dl ve üstünde olanlar, hiperkalsemi veya hipokalsemisi olanlar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların sigara alışkanlığı, güneş maruziyeti ve diyabet tedavisi telefon ile aranarak sorgulandı. Biyokimyasal parametreleri (Açlık/tokluk kan glukozu, üre, kreatinin, total kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, trigliserid, kalsiyum, fosfor, AST, ALT, idrar mikroalbumin, HBA1c ve 25(OH)D vitamini düzeyleri retrospektif olarak tarandı.Kategorik değişkenler için Ki-Kare,sayısal değişkenler için Kruskal Wallis ve Mann Whitney U Testi kullanıldı. Korelasyon analizi için Spearman's rho testi kullanıldıHastalar vitamin D düzeylerine göre ; ≤ 20 ng/ml, 20-30 ng/ml arasında ve ≥ 30 ng/ml olmak üzere üç, HBA1C düzeylerine göre ise ≤% 7 ve >% 7 olmak üzere 2 gruba kategorize edildi. Hastalar D vitamini düzeylerine göre gruplara ayrıldığında, D vitamini düzeyi 20ng/ml'nin altında 274 (85,6) hasta, 20-30 ng/ml arasında 37 (%11,6) hasta, 30 ng/ml'nin üzerinde 9 (%2,8) hasta izlendi D vitamini grupları arasında yaş açısından anlamlı farklılık izlenmezken ($p_=$0,582), cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptandı (p=0,002). D vitamini 20-30 ng/ml grubundaki 37 hastanın 26 (%70,3)'sı erkek, 11 (%29,7)' i kadın olarak izlendi Güneş maruziyeti, sigara kullanımı, tedavi seçenekleri açısından D vitamini grupları arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p_=$0,963, p>0,05, $p_=$0,205). AKŞ, TKŞ ve HbA1c düzeyleri ile D vitamini grupları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı(sırasıyla $p_=$0,568, $p_=$0,559, $p_=$0,129). HbA1c grupları arasında D vitamini açısından istatiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, HbA1c > % 7 grubunda D vitamini değeri düşük idi. ($p_=$0,043) Yapılan korelasyon analizinde D vitamini ile HbA1c düzeyi arasında negatif bir korelasyon saptandı ama p değeri 0,083 olup istatiksel olarak anlamsızdı .Sonuç olarak; hem tip 1, hem tip 2 diyabet gelişiminin D vitaminiyle bağlantılı olabileceğini düşündüren çalışmalar bulunmaktadır. Ancak halen, D vitaminin diyabet gelişimi ve önlenmesindeki rolü kesin olarak belirlenmiş değildir. Glisemik kontrolü kötü olan diyabetik hastalarda D vitamini düzeylerinin değerlendirilmesi gerektiği öne sürülebilir. Ancak daha fazla sayıda, daha geniş hasta popülasyonu içeren, prospektif, uzun dönem takipli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimler: tip 2 diyabet, d vitamini

PS-076

DÜŞÜK D VİTAMİNİ DÜZEYİNİN GESTASYONEL DİYABETES MELLİTUS GELİŞİMİNDEKİ ROLÜ

Harun Aysal[1], Şafak Şahin[1], Türker Taşlıyurt[1], Süheyla Uzun Kaya[1], Ayşe Kevser Demir[1], Ahmet Demirtaş[1], İbrahim Taştan[1], Faruk Kutlutürk[2]

[1]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları A.D.
[2]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları A.D. Endokrinoloji Bilim Dalı.

Giriş ve Amaç: Gestasyonel diyebetes mellitus (GDM) ilk defa gebelikte ortaya çıkan veya gebelikte saptanan anne ve bebekte çeşitli sorunlara yol açabilen anormal glukoz intoleransı olarak tanımlanmaktadır. GDM klinik açıdan anne ve bebekte kalıcı komplikasyonlar oluşturabilmektedir. Vitamin D eksikliği, insulin sekresyonunda bozulmaya ve glukoz intoleransına neden olur. İnsülin sekresyonunda bozulma, primer olarak vitamin D eksikliğinin beta hücresi üzerine direkt etkisinden kaynaklanabilir Bu çalışmada amacımız; düşük D vitamini düzeyi ile gestasyonel diyabet gelişimi arasında bir ilişki olup olmadığını değerlendirmektir.

Yöntem: Bu çalışmaya; ADA kriterlerine göre GDM'lu olan 24-28 haftalık 57 gebe hasta ve 52 sağlıklı gebe kontrol grubu olarak alındı. Hasta (GDM) ve kontrol (normal gebe) grubunun vitamin D, glikozile hemoglobin (HBA1C), kalsiyum (Ca), glukoz, postprandiyal glukoz (PPG) seviyeleri ölçüldü. Yaş, boy, vücut ağırlığı kaydedildi ve vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplandı. Geçirilmiş GDM, iri bebek doğurma öyküsü, 1. derece yakınlarında diyabetes mellitus (DM), geçirilmiş GDM öyküsü, hipertansiyon (HT) öyküsü ve vücutta ağrı olup olmadığı sorgulandı. İki grup verileri istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Hasta ve kontrol grubu demografik verileri Tablo 1gösterildi. D vitaminini GDM grubunda kontrol grubuna göre karşılaştırıldığında anlamlı olarak düşük saptandı. (p<0.001). Ayrıca GDM grubunda HBA1c, glukoz, PPG, VKİ ve yaş anlamlı olarak yüksekti (p<0.05) (Tablo 2). Çok değişkenli lojistik regresyon modeliyle yapılan istatiksel analizinde Vit D' deki bir birimlik artış hastalık üzerinde %5.8' lik bir azalma göstermektedir.

Sonuç: Çalışmamızda GDM gelişiminde düşük D vitamini düzeylerinin rolü olduğu saptanmıştır.. Anne ve bebek sağlığı açısından komplikasyonlar göz önüne alındığında gebelik öncesi D vitaminin tarama programına alınıp ölçülmesi ve eksikliği saptanan kadınlara tedavi verilmesi önem kazanmaktadır. Antenatal vitamin D replasmanı annede GDM ve gebelik sonrası tıp 2 DM riskini azaltılması bebekte neonatal komplikasyonların, obezite ve diyabet riskinin azaltılması açısından çok önemlidir.

Anahtar Kelimler: Gestasyonel Diyabet, D vitamini

Tablo 1. Hasta ve kontrol gruplarının demogrofik özellikler

	Hasta (n=57) n(%) veya Ort±SS	Kontrol (n=52) n(%) veya Ort±SS	P
Geçirilmiş GDM varlığı	4 (%7.0)	0 (%0.0)	AD
Ailede GDM-DM varlığı	13 (%22.8)	5(%9.6)	AD
Hipertansiyon	3 (%5.3)	1(%1.9)	AD
Ağrı	10 (%17.5)	6(%11.5)	AD
İri bebek öyküsü	3 (%5.3)	3(%5.8)	AD
Yaş, yıl (Ort±SS)	33.19±5.59	27.56±4.8	<0.001
VKİ, kg/m^2 (Ort±SS)	27.81±2.5	26.02±2.77	<0.001

Tablo 2. Hasta ve kontrol gruplarının laboratuar özellikleri

	Hasta (n=57) Ort±SS	Kontrol (n=52) Ort±SS	P
Vitamin D ng/ml	9.11±9.36	12.67±9.77	0.015
HbA1c,mg/dL	5.03±0.61	4.64±0.35	<0.001
Kalsiyum,mg/dL	9.15±0.36	9.14±0.42	0.911
Glukoz, mg/dL	98.35±20.64	82.1±7.93	<0.001
Postprandiyal glukoz, mg/dl	191±24.06	113.60±14.46	<0.001

PS-077

HİPONATREMİ İLE BAŞVURAN SHEEHAN SENDROMU

Arzu Cennet Işık, Seydahmet Akın, Nihal Yılmaz, Nazire Aladağ, Abidin Gündoğdu, Erdem Baran, Bilge İşçi, Özcan Keskin, Mehmet Aliustaoğlu

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Egıtım Ve Arastırma Hastanesı Dahılıye Klınığı

Giriş: Empty sella; suprasellar subaraknoid yapıların intrasellar herniasyonu sonucu meydana gelen, değişik komplet ya da inkomplet hipofiz yetmezliğidir. Primer ya da sekonder olarak hipofizer adenomlar, intrakranyal cerrahi girişimler ve radyoterapi sonrası, enfeksiyon, Sheehan›s sendromu ve lenfositik hipofizitis gibi nedenler ile olabilir. Burada hiponatremi tetkik nedeni ile yatırılan, Sheehan Sendromu-empty sellaya bağlı panhipopitütiarizm saptanan olgu sunulmuştur.

Olgu: 45 yaşında kadın hasta bilinç bulanıklığı nedeniyle başvurduğu dış merkezde sodyumunun 113 mmol/lt tespit edilmesi nedeniyle hastanemize yönlendirildi. Şuuru konfü olan, kooperasyon oryantasyonu olmayan hastanın ateşi 36.5°C, TA: 90/70 mmHg, Nb: 76/dk olarak saptandı. Ense sertliği ve meningial irritasyon bulguları olmayan hastanın nörolojik ve diğer fizik muayenesi normaldi. Biyokimyasal analizinde Na: 113mmol/lt, K: 3.7 mmol/lt, Ca: 7.2 mg/dl, BUN: 12 mg/dl, Kreatinin: 0.68 mg/dl, Glukoz: 48 mg/dl, CK: 2276 U/L, Hg: 11 mg, MCV: 99 olarak tespit edilen hasta tetkik amaçlı yatırıldı. Bilinç bulanıklığı olan hastaya acilde çekilen kranyal BT sonucunda yer kaplayıcı lezyon, iskemi ve hemoraji saptanmadı. Dekstroz ve izotonik mayi ile replasman yapıldı. Kontrol sodyum değeri 122 mmol/lt yükseltildi, kan şekeri regülasyonu sağlandı. Plazma osmolaritesi 238mOsm/lt olarak tespit edilen hasta normovolemik hipotonik hiponatremi olarak değerlendirildi. Vakanın kortizol değeri 5.02 μg/dl, TSH: 1.73 mIU/ml, fT3: 0.9 μg/ml, fT4: 0.1 μg/ml, FSH: 2.04 mIU/ml, LH: 0.7 mIU/ml, Prolaktin 3.5 ng/ml, GH: <0.05ng/ml, ACTH: 4 μg/ml, Progesteron: <0.03, E2: 12.9 olarak saptandı. Hastanın serviste yatışı sırasında konfüze halinin devam etmesi ve nöbet geçirmesi nedeniyle nöroloji tarafından önerilen kraniyal MR çekildi ve sonucu Empty Sella olarak raporlandı. Sodyum değerleri normal sınırlara gelen hastanın öz geçmişinde 17 yıl önce olan tek doğumu sonrasında abondan kanaması olduğu ve sonrasında menstrüel siklusunun olmadığı öğrenildi. Hastanın mevcut durumu değerlendirildiğinde Sheehan Sendromu tanısı konuldu. Hastaya tedavi olarak prednizolon 7.5 mg tablet ve levotiroksin sodyum tedavisi başlandı. Şikayetleri tamamen gerileyen hasta endokrinoloji polikliniğinde takibe alındı.

Sonuç: Hiponatremi tetkik edilirken kadın hastalarda doğum sonrası kanama ve menstrüel siklus sorgulanmalı, kortizol ve ACTH değerleri bakılmalı, pitüiter fonksiyonlar gözden geçirilmelidir.

Anahtar Kelimler: Sheehan Sendromu, Empty Sella, Hiponatremi

PS-078

GENÇ DİYABET HASTASININ YÜKSEK DOZ İNSÜLİN İLE SUİCİD GİRİŞİMİ VAKA SUNUMU

Semih Gülle, Emin Taşkıran, Burak Karakaş, Mustafa Yıldırım, Mehmet Uzun, Sibel Demiral Sezer, Elif Gram

İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği

Diyabet tanılı hastalarda psikiyatrik sorunlar ve intihar eğilimi toplum oranına göre anlamlı ölçüde yüksektir.Hastaların ilaçlarını düzenli kullanmaları,yaşam tarzı değişikliklerinin yanında düzenli psikiyatrik kontrollere yönlendirilmesi ve intihar düşüncelerinin sorgulanması faydalı olacaktır.Yüksek doz insülin uygulaması sonrası ciddi hipoglisemik nöbet ile hastanemize başvuran hastanın zorlu tedavi yönetimini bu amaçla sunmak istedik.

Bu poster sunumumuzda genç bir MODY Tip 4 diyabet hastasının insülin ile intihar girişimi sonrasında kliniğimizde tedavi ve yönetimini takdim etmek istedik.

24 yaşında erkek hasta komşuları tarafından acil servise getirildi. Bilinci kapalı olan hastanın vücudunda kasılmaları mevcuttu.Hastanın strip ile ölçülen kan sekeri 34 mg/dl saptandi. 3 yıl önce MODY tip 4 tanısı aldığı,kontrollerinin duzensiz olduğu ve son 2 yıldır intensif insülin tedavisi ve metformin kullandigi ogrenildi.Son zamanlarda intihar düşüncesinin olduğu belirtilen hastanın evde bulunan toplam 7 insulin glarjin ve 10 insulin lispro içeren insulin kalemini subkutan olarak vücuduna enjekte ettiği öğrenildi.(Toplam İnsulin glarjin dozu: 2100 U, İnsulin lispro dozu: 3000 U).Acil serviste 1 mg glucagon intramuskuler uygulandı.Hastaya periferik ve santral venöz kateter açıldı ve periferik yoldan %10 dextroz 200 ml/h ve santral yoldan %20 dextroz 100 ml/h olacak şekilde infüzyona başlandı.(40 gr/h glukoz). Hasta dahiliye yoğun bakıma yatırıldı.Geliş insulin düzeyi alındı, yarım saatte bir kan şekeri takibi yapildi.Her 4 saatte bir plasma potasyum,fosfor ve plazma insülin düzeyi alındı.Gelişinde hipotansiyonu olan hastaya intravenöz izotonik sıvı replasmanı ve ardından pozitif inotrop desteğine başlandı.Plazma potasyum düzeyi 3,3 olan hastaya kontrollü olarak günlük ortalama KCL 80 meq intravenoz verildi.3 gün boyunca koma tablo-

sunda olan hastanin beyin BT görüntülemesi yapıldı ve nörolojik açıdan hafif beyin ödemi dışında acil klinik patoloji izlenmedi.Hipoglisemi atakları olan hastanın kan şekeri 140-200 mg/dl aralığında tutulmaya çalışıldı.Takibinde bilinci düzelen hastanin oral alımı açıldı.Herhangi bir nörolojik defisit izlenmedi.Genel durumunun iyileşmesi üzerine psikiyatrik destek planlanmasi amacı ile servis takibimize alındı.

Diyabet tanılı hastalarda depresyon eğilimi ve intihar düşüncesi normal topluma oranla yaklaşık 2 kat daha fazla görülmektedir.Hastaların ölümcül dozlarda insulin ve oral hipoglisemik ajanlara kolay ulaşım imkanı olması bu durumu kolaylaştırmaktadır.Diyabetli hastalarda düzenli olarak intuhar düşüncelerinin sorgulanması ve uygun psikolojik yardım ile ölümcül suicidal olaylarda azalma sağlanabilir.(1)

Kaynaklar

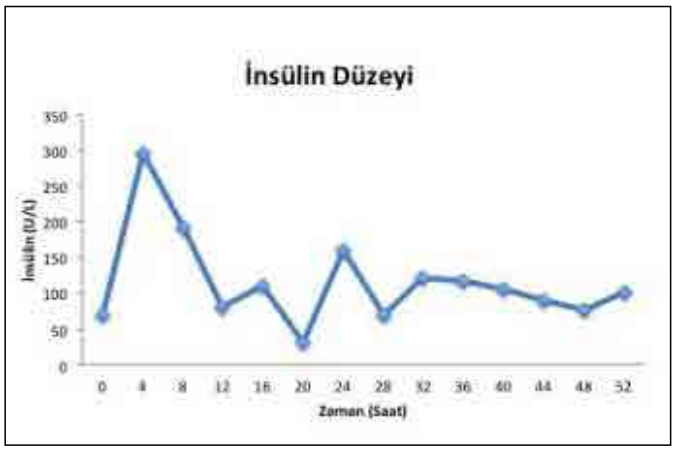
1- Suicidal ideation and suicide attempts among diabetes mellitus: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES IV, V) from 2007 to 2012

2- Cryer PE, Axelrod L, Grossman AB, Heller SR, Montori VM, Seaquist ER, et al. Evaluation and Management of Adult Hypoglycemic Disorders: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2009;94:709–28

Anahtar Kelimler: İnsülin Glarjin, intihar, Diyabetes, MODY



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-079

YENİ TANI KONMUŞ TİP 2 DİYABET MELLİTUSLU HASTALARDA FGF-23 DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Ali Kılınç[1], Muharrem Akhan[1], Abdullah İlhan[1], Şeref Demirbaş[1], Ahmet Taş[2], Erol Arslan[1], Emin Özgür Akgül[2], Kenan Sağlam[1]

[1]İç Hastalıkları Bilim Dalı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, Türkiye.
[2]Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, Türkiye.

Giriş: Fibroblast büyüme faktörü-23 (FGF-23) çoğunlukla kemik tarafından üretilen, böbrekte FGF reseptörleri ve KLOTHO aracılığıyla etki gösteren fosfatürik bir hormonudur. FGF-23 kronik böbrek hastalığında (KBH) mineral metabolizmasını etkileyen yeni bir faktör olarak ortaya çıkmıştır. FGF-23, nondiyabetik böbrek hastalığında kronik böbrek hastalığının (KBH) progresyonunu tahmin etmede bağımsız bir belirteç olduğu gösterilmiştir. Tip 2 DM hastalarında çalışma olmasına rağmen yeni tanı konmuş tip 2 diyabetli hastalarda FGF-23 çalışılmamıştır. Biz yeni tanı konulmuş tip 2 DM hastalarında FGF-23 düzeylerini araştırdık.

Materyal metod: 77 toplam (44 hasta, 33 kontrol) hasta çalışmaya alındı. Hasta demografik özellikleri, açlık plazma glukozu (APG), insülin düzeyleri ve diğer rutin laboratuvar testleri kaydedildi. Serum FGF-23 düzeyleri ELISA yöntemi ile ölçüldü. İstatistksel analiz SPSS15.0 ile yapıldı.

Bulgular: Tüm hastaların yaş ortalaması (hasta: 50.23±8.39 yıl, kontrol: 49.84±8.07 yıl), vücut kitle indeksi (VKİ) (hasta: 29.61±5.83 kg/m^2, kontrol: 29.91±4.93 kg/m^2, p>0.05), HOMA-IR (hasta:4.14±3.6, kontrol:4.0±2.32) olarak tespit edildi. FGF-23 düzeyleri kontrol grup ve hasta grubu olmak üzere sırasıyla 814.93 ± 563.34 pg/ml ve 361.71 ± 337.44 pg/ml olarak ölçüldü. İki grup arasında FGF-23 düzeyleri karşılaştırılındığında anlamlı fark tespit edildi (p=0.005). FGF-23 düzeyileri, yeni tanı tip 2 DM hastalarında anlamlı olarak daha düşük saptandı.

Sonuç: Daha önce yapılan çalışmalarda KBH'da FGF-23 düzeyi yüksek olarak saptanmıştır. Diyabetik nefropatinin ilk evresi olan hiperfiltrasyon, yeni tanı tip 2 DM hastalarında daha sık görülebilir. Yeni tanı tip 2 DM hastalarında FGF-23 düzeyindeki bu düşüklüğün hiperfiltrasyon evresinden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Bu da yeni tanı tip 2 DM hastalarında evre 1 diyabetik nefropati için bir gösterge olabilir. Yeni tanı tip 2 DM hastalarında FGF-23 ün rolü açısından daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimler: Tip 2 diyabetes mellitus, fibroblast büyüme faktörü-23 (FGF-23)

PS-080

İZOLE TİP 2 DİYABETES MELLİTUS TANILI HASTALARDA AYAK BİLEĞİ-KOL BASINCI İNDEKSİ VE NABIZ DALGA HIZI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ali Kılınç, Kayıhan Kara, Emre Tekgöz, Erol Arslan, Şeref Demirbaş, Bayram Koç, Kenan Sağlam

GATA İç Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Tip 2 DM son yıllarda epidemik bir hastalık haline gelmiştir. Tip 2 diyabetes mellitus hastaları normal populasyona göre daha yüksek kalp damar hastalık(KDH) riskine sahiptir. Son yıllarda yapılan prospektif klinik çalışmalar, kalp damar hastalık riskini belirlemede NDH ve AKBİ ölçümünün önemini artırmıştır. Çalışmamızda, Tip 2 DM tanısı ile takip edilen hastalarda AKBİ ve arteryel sertlik parametreleri arasıdaki korelasyon araştırıldı.

Materyal ve Metod: Çalışma grubumuz izole tip 2 DM nedeniyle muayene edilmiş 65 hastayı (35 kadın, 30 erkek) içermekteydi. Tüm hastaların nabız dalga hızları (NDH), güçlendirme indeksi(Gi), santral aortik basınçlarını içeren arteryel sertlik parametreleri ve ayak bileği-kol basıncı indeksleri (AKBİ) ölçüldü. Her iki parametrenin istatistiksel olarak ilişkisine bakıldı.

Bulgular: Tüm grupta korelasyon analizinde NDH ve AKBİ arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (p=0.670). Hastaların ortalama NDH:9.94±1.64 m/s ve AKBİ :1.12±0.15 di. İstatistiksel analiz Tablo 1 de verilmiştir.

Sonuç: Tip 2 DM hastalarında yapılan çalışmalarda AKBİ'nin damarsal kalsifikasyon nedeniyle yanlış sonuçları olduğu gösterilmiştir. Halen AKBİ'nin tip 2 DM hastalarında normal değerleri tartışmalıdır. Tip 2 DM hastalarında KDH riskini belirlemede AKBİ ve NDH'nın birbirinin yerine kullanılaması uygun olmayabilir.

Anahtar Kelimler: Tip 2 diyabetes mellitus, nabız dalga hızı, ayak bileği-kol basıncı indeksi.

Tablo 1. AKBİ, NDH, GiB, GiA, SAB arasındaki ilişki

		NDH	GiB	GiA	SAB
AKBİ	r	.054	-0.104	-0.227	-0.160
	p	.670	.413	.068	.209
	n	65	65	65	65

AKBİ: ayak bileği kol basıncı indeksi, NDH: nabız dalga hızı, GiA: aortik güçlendirme indeksi, GiB: brakiyal güçlendirme indeksi, SAB: santral aortik basınç

PS-081

DİYABETLİ HASTALARDA ALTERNATİF TIP TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN KULLANIMININ ARAŞTIRILMASI

Büşra Demir[1], Sena Yüksel[1], Serra Aydın Çataklı[1], Mahmut Muzaffer İlhan[2], Rabia Sevda Yıldız[3], Özcan Karaman[2], Ertuğrul Taşan[2]

[1]*Bezmialem Vakıf Üniversitesi 5. Sınıf*
[2]*Bezmialem Vakıf Üniversitesi Endokrinoloji Ve Metabolizma Bilim Dalı*
[3]*Bezmialem Vakıf Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı*

Amaç: Diyabetli hastalarda alternatif tıp tedavi yöntemlerinin kullanım sıklığı ve kullanılan ürünlerin çeşitliliğinin araştırılması.

Materyal ve Metod: Bu anket çalışmasında Eylül 2014-Mayıs 2015 tarihleri arasında Bezmialem Tıp Fakültesi Hastanesi Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Diyabet Polikliniği'ne gelen ve tüm takipleri hastanemizce yapılan diyabetik hastalara alternatif tıp tedavisi kullanımı ile ilgili sorular yöneltildi. Katılımcıların klinik bilgileri takip dosyaları taranarak elde edildi.

Bulgular: Alternatif tıp tedavi yöntemlerinin kullanımı çalışmamıza dahil edilen 301 diyabet hastasının özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Hastaların kullandıkları tedaviler incelendiğinde 143(%47,5) kişi oral anti diyabetik ve insülini bir arada, 101(%33,6) kişi sadece oral anti diyabetik ve 56(%18,6) kişi sadece insülin tedavisi aldığı görülmüştür. Çalışmaya dahil edilen hastaların 81(%26,9)'i alternatif tıp yöntemlerini denemiş olup, bunların 50'si(%16,6) anket sırasında halen bu tedavileri kullanmaktadır. Devam etmeyen hastalar 1-6 ay içerisinde tedaviyi kesmiştir. Tercih edilen alternatif tıp ürünleri sırasıyla en sık tarçın ve çörekotu olmak üzere bitkisel çay çeşitleri, zeytin yaprağı, aktardan içeriği net bilinmeyen bitkisel ilaç karışımları, limon, yeşil mercimek, keten tohumu, yoğurt, maydanoz suyu, ebiscus ile diğer meyve ve otlarıdır. Bu ürünleri kullanma sebepleri başta kan şekerini düşürdüğü düşüncesi olmak üzere, kendini iyi hissettirmesi ve kilo verdirmesidir. Hastaların ürünleri bırakma nedenleri arasında ise fayda görmediğini düşünmesi, temin etme problemleri, kan şekerini fazla düşürmesi, tadının kötü olması ve çeşitli yan etkiler görülmesi bulunmaktadır. Ürünlerle ilk tanışma genelde yakın arkadaşlar veya sosyal medya aracılığıyla olmaktadır. Tedavileri kullanan gruptan sadece 10 kişinin bundan doktoruna bahsettiği ortaya çıkmıştır.

Sonuç: Yapılan alternatif tıp tedavileri kullanımı ile ilgili olan bu çalışmada ürünleri tercih edenlerin HBA1c değeri tercih etmeyenlere göre anlamlı derecede düşük(p=0,017) saptandı. Bekar ve gelir düzeyi yüksek bireylerin bu ürünleri daha sık kullandığı görülmüştür(Tablo-2). Diğer parametreler ve alternatif tıp kullanımı arasında çalıştığımız hasta grubunda anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Bu ürünlerin diyabet regülasyonu üzerine etkileri noktasında daha detaylı çalışmalar yapılmalı ve bu ürünlerin olası faydaları belirlendikten sonra diyabet tedavisinde yeni bir ayak olabileceği öngörülmektedir.

Anahtar Kelimler: diyabet, alternatif tıp ürünleri

Tablo 1. Anket çalışmasındaki parametreler ve hasta sayıları

Parametreler	Hasta Sayısı (Yüzdesi)	Parametreler	Hasta Sayısı (Yüzdesi)
Cinsiyet		Eğitim Durumu	
Kadın	214(%71.1)	Okur-Yazar değil	44(%14.7)
Erkek	87(%28.9)	İlkokul Mezunu	175(%58.1)
Medeni Durum		Ortaokul Mezunu	36(%11.9)
Evli	267(%88.7)	Lise Mezunu	29(%9.7)
Bekar	34(%11.3)	Üniversite Mezunu	17(%5.6)
Gelir Düzeyi		Meslek	
<1500	219(72.8)	Ev Hanımı	188(%62.5)
1500-3000	64(%21.3)	Emekli	52(%17.3)
<3000	18(%5.9)	Diğer	60(%20.2)

Tablo 2. Bakılan Parametrelerin İstatistik Sonuçları

	Ürün Kullanımı Olan (n:81)	Ürün Kullanımı Olmayan (n:220)	p Değeri
Cinsiyet(Erkek-Bayan)	19-62	68-152	0.206
Ort. Yaş	56.09	56.29	0.885
Ort. Diyabet Yaşı	13	11.8	0.311
HBA1c	7.72	8.33	0.017
Medeni Durum(Evli-Bekar)	66-15	201-19	0.016
Eğitim Durumu(Ort.)	1.43	1.3	0.490
Retinopatili Hasta Sayısı	18	60	0.375
By-pass-Stent'li Hasta Sayısı	12	39	0.550
Nefropatili Hasta Sayısı	15	28	0.203
Nöropatili Hasta Sayısı	33	100	0.465
Diyabetik Ayağı Olan Hasta Sayısı	8	10	0.101

PS-082

İZOLE HİPERLİPİDEMİK HASTALARDA ARTERYEL SERTLİK VE AYAK BİLEĞİ-KOL BASINCI İNDEKSİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Kayıhan Kara, Emre Tekgöz, Ali Kılınç, Nazire Gökçe Somak, Mithat Eser, Erol Arslan, Şeref Demirbaş, Muharrem Akhan, Bayram Koç, Kenan Sağlam

GATA İç Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Hiperlipidemi aterosklerotik kalp hastalıkları için en önemli risk faktörlerinden birisidir. Son yıllarda sedanter yaşamda artış ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi gibi birçok faktör nedeniyle hiperlipidemi, obezite, diyabet sıklığı giderek artış göstermiştir. Düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) kolesterol yüksekliği hiperlipideminin en önemli unsurlarından biridir. Bu hastalarda endotel disfonksiyonuna işaret eden güçlü kanıtlar vardır. Son zamanlarda ateroskleroz ve ilişkili endotelyal disfonksiyonu öngörmede nabız dalga hızı (NDH), güçlendirme indeksi (Gi) ve santral aort basıncı (SAB), ayak bileği-kol basıncı indeksi (AKBİ) gibi yeni parametreler kullanılmaktadır. Bu nedenle bu araştırmada, izole dislipidemik hastalarda, AKBİ düzeyleri ile arteriyel sertlik parametreleri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma grubumuz polikliniğimizde henüz yeni tanı almış veya hiperlipidemi tanısı ile takip edilen 31 kadın, 34 erkek toplam 65 hastadan oluşmaktadır. Tüm hastalar kabul görmüş dislipidemi kılavuzlarının önerileri doğrultusunda araştırılmıştır. Tüm hastaların nabız dalga hızı, güçlendirme indeksi ve santral aort basıncını içeren arteriyel sertlik parametreleri ölçüldü. Ayrıca tüm hastaların ayak bileği- kol basıncı indeksi, ölçümler doğrultusunda hesaplandı. Sonra, serum lipid seviyeleri ile ayak bileği- kol basıncı indeksi ölçümleri ve arteriyel sertlik belirteçleri arasındaki ilişkiler araştırıldı.

Bulgular: Tüm hastalarda Lipid Düzeyleri ile Arteriyel Sertlk Parametreleri, AKBI Düzeyleri arasında anlamlı korelasyon görülmedi. (p>0,05 Kadın hastaların NDH düzeyleri (10,248), erkek hastaların NDH düzeylerinden (8,727) yüksek bulundu. Erkek hastaların AKBİ düzeyleri (t=-2,047; p=0,045<0,05)) kadın hastalardan anlamlı seviyede yüksek saptandı. Kadın hastaların LDL düzeyleri (t=2,264; p=0,025<0,05), erkek hastaların LDL düzeylerinden anlamlı seviyede yüksek saptandı. Kadın hastaların ESR düzeyleri (t=2,941; p=0,005<0,05), erkek hastaların düzeylerinden yüksek saptanmıştır. ESR ile NDH arasında pozitif, anlamlı korelasyon saptanmıştır. (r=0,427; p=0,021<0,05).

Sonuç: İzole hiperlipidemisi olan hastalarda serum lipid seviyeleri ile arteryel sertlik parametreleri ve AKBİ değerleri arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda kadın hastaların LDL düzeyleri erkek hastalardan yüksek, kadın hastaların NDH'si erkek hastalardan yüksek ve kadın hastaların AKBİ değerleri erkek hastalardan düşük saptanmıştır. Her ne kadar yapılan korelasyon analizinde bu üç parametre arasında ilişki saptanmamış olsa da; çalışmamız, elde ettiğimiz bu verilerin, bu konuda yeni ve daha kapsamlı çalışmalar gerektirdiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimler: Hiperlipidemi, Arteriyel sertlik, Ayak Bileği-Kol Basıncı İndeksi

PS-083

NÖTROPENİK ATEŞ İLE PREZENTE OLAN BİR BRUSELLOZ VAKASI

Yusuf Üzüm[1], Ersin Çağrı Şimşek[2], Ali Yıldırım[1], Damla Ernur[1], Dilek Ersil Soysal[1]

[1]Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir
[2]Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Febril nötropeni; nötropenik bir hastada ateş ölçümünün 38.3 C°'den daha yüksek olması durumuna denir. Kanser tedavisinin sık görülen bir komplikasyonudur, hastalarda morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir. Nötropenik ateş etiyolojisinde enfeksiyondan sorumlu patojenler sıklıkla bakterilerdir. Günümüzde febril nötropeniye sebep olan başlıca etkenler gram pozitif olarak koagulaz-negatif stereptokok, S. Aureus ve enterokok; gram negatif olarak ise E. Coli, Klebsiella spp, Enterobacter spp ve P. Aeruginosa'dır. Brusselloz ise dünyada sık görülen zoonotik hastalıklardan biridir ve ülkemizde de sık görülmektedir. Akut brusselloz vakalarında hafif anemi, lökopeni ve çok nadir olarak da pansitopeni ve trombositopeni saptanmaktadır.

Brusselloz yaygın görülen bir enfeksiyon olmasına rağmen nötropenik ateş ile prezente olan brusselloz vakası nadiren bildirilmiştir.

Olgu:68 yasında bayan hasta 5 gün önce başlayan ateş yüksekliği, halsizlik ve terleme şikayetleri ile acil servisimize basvurdu. Hastanın özgeçmişinde hastalık, operasyon öyküsü ve kullandığı herhangi bir ilaç saptanmadı. Hastanın acil servis basvurusunda yapılan tam kan sayımında nötropeni saptandı ve ateşinin 38.5 C°' olması üzerine hasta iç hastalıkları kliniğine nötropenik ateş etyolojisi araştırılmak üzere yatırıldı.

Fizik muayene bulguları: TA: 100/60 mmHg, ateş:38,5 C, nabız:92/dk, bilinç açık. Diğer sistem muayene bulguları normal.

Laboratuar bulguları: Lökosit: 1.960/mm^3, nötrofil: 410/mm^3, Hb:11.4 gr/dL, trombosit:266.000/mm^3, sedimantasyon: 70mm/s AKŞ: 125 mg/dL, üre: 9 mg/dL, kreatinin:0.69 mg/dL, ALT:21 U/L, AST: 34 U/L, total bilirubin: 1.08 mg/dL,, LDH:294U/L,Na: 130 mEq/L, K:3,4 mEq/L, Ca: 8.2 mg/dL, total protein: 5,9gr/dL, albumin: 3,1 gr/dL, CRP: 12.85 mg/dL

Toraks ve abdominal tomografi tetkikleri ve batın ultrasonografisi normal olarak raporlandı. Hastada herhangi bir malignite saptanmadı. EKO: normal saptandı.Ateş etyolojisindeki enfeksiyöz nedenler araştırılmak üzere ateşli dönemde 2 ayrı zamanda kan kültürü alındı ve tam idrar tetkiki yapıldı. Kan kültüründe üreme saptanmadı. İdrar yolu enfeksiyonu düşündürecek semptomları olmayan hastanın yollanan tam idrar tetkikinde anormal bulgu saptanmadı. Hastada ateş yüksekliğine sebep olabilecek odak saptanmadı. Hastanın 38 C° üzeri ateş yüksekliğinin ampirik antibiyotik tedavisine rağmen devam etmesi üzerine hastadan brucella aglütinasyon testi çalışılmak üzere kan örneği yollandı. Sonuç 1/160 pozitif olarak saptandı. Hasta nötropeni ve lökopeni açısından Hematoloji kliniğine danısıldı. Hastanın periferik yayma incelemesinde lökopeni/nötropeni,atipik lenfositler,büyük granüler lenfosit morfolojisinde lenfositler saptandı. Hastanın çalışılan kan kültüründe üreme olmadı. Nötropeninin sebebi brucelloz olarak düşünüldü. Hastaya rifampisin ve doksisiklin tedavisi başlandı. Antibiyotik tedavisinin 3. gününde hastanın bakılan tam kan tektikinde nötropeni ve lökopenisinin düzeldiği görüldü. Takiplerinde tekrar ateş yüksekliği saptanmayan hasta tedavisinin devamı için enfeksiyon hastalıkları kliniğine nakil verildi.

Sonuç: Brusselloz farklı klinik tablolarla prezente olan ve ülkemizde yaygın görülen bir hastalıktır. Tanı konulduğunda ve hızla tedaviye baslandığında tedaviye olumlu cevap verebilmektedir. Brucelloz iyi bir anamnez, fizik muayene ve laboratuar tetkikleri ile hastalara tanı konulması mümkün olan ve her nötropenik ateş tablosunda ayırıcı tanılar arasında düşünülmesi gereken bir hastalıktır.

Anahtar Kelimler: Bruselloz, Sedimentasyon Yüksekliği, Febril nötropeni, Lökopeni

PS-084

İKTERİN NADİR BİR NEDENİ OLARAK WEİL SENDROMU OLGUSU

Emine Çöküş, Tayyibe Saler, Özgür Şakir Keşkek, Sinan Kırım, Enes Başaran, Erdinç Gülümsek, Aylin Koyuncu

Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Leptospiroz leptospria cinsi spiroketlerin nadiren insanlarda neden olduğu vaskülit ile kendini gösteren akut, yaygın bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu hastalığın ikterik formu olan Weil sendromu, ağır karaciğer bozukluğu, böbrek yetersizliği, hemorojik diyateze bağlı kanamalar ve yüksek mortalite ile seyreder. Biz olgumuzda ikterle seyreden akut hepatitin nadir bir nedeni olan Weil sendromunu sunduk

Olgu: 19 yaşında,Tarsus doğumlu erkek hasta sarılık ve halsizlik şikayeti ile ile hastanemize başvurdu. Hikayesinde bir hafta öncesinde düşme nedeniyle bel ve diz ağrısıyla bir dış merkeze başvurmuş, yapılan testlerinde sarılık ve karaciğer transamilaz yüksekliği nedeniyle kliniğimize yönlendirilmiş. Genel durumunun kötü olması nedeni ile ilk önce dahiliye yoğun bakım ünitesine alındı. Öz ve soy geçmişinde önemli bir sorun yoktu.

Fizik muayenede; genel durum kötü, şuur açık koopere,cilt ve skleralar ikterik, LAP yok, ateş 38,TA:110/70mmHg, diğer sistem muayenesinde batın sağ üst kadranında palpasyonla hassasiyet dışında başka bir bulgu yoktu.

Laboratuvar Tetkikleri;

Klinik seyir: Hasta sarılık ve ateş nedeni ile kliniğimize kabul edildi. Genel durumunun kötü olması nedeni ile başlangıçta dahiliye yoğun bakımında tetkik ve destek tedavisine başlandı. Hastada öncelikli olarak kolestazla seyreden akut viral hepatitler düşünüldüfakat belirteçler ne negatif bulundu.Kolestaz ve ateşe eşlik eden kreatinin artışı,kas enzimlerinde artış ve platelet düşüklüğünün olması hastada ve Hastanın hafif mental retardasyonu mevcuttu, hikaye Giriş: Leptospiroz leptospria cinsi spiroketlerin nadiren, insanlarda neden olduğu vaskülit ile kendini gösteren akut, yaygın bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu hastalığın ikterik formu olan Weil sendromu, ağır karaciğer bozukluğu, böbrek yetersizliği, hemorojik diyateze bağlı kanamalar ve yüksek mortalite ile seyreder. Biz olgumuzda ağır ikter tablosuyla seyreden akut hepatitin nadir bir nedeni olan Weil sendromunu sunduk

Olgu: 19 yaşında,Tarsus doğumlu erkek hasta sarılık ve halsizlik şikayeti ile ile hastanemize başvurdu. Hikayesinde bir hafta öncesinde düşme nedeniyle bel ve diz ağrısıyla bir dış merkeze başvurmuş, yapılan testlerinde sarılık ve karaciğer transamilaz yüksekliği nedeniyle kliniğimize yönlendirilmiş. Genel durumunun kötü olması nedeni ile ilk önce dahiliye yoğun bakım ünitesine alındı. Öz ve soy geçmişinde önemli bir sorun yoktu.

Fizik muayenede; genel durum kötü, şuur açık koopere,cilt ve skleralar ikterik, LAP yok, ateş 38,TA:110/70mmHg, diğer sistem muayenesinde batın sağ üst kadranında palpasyonla hassasiyet dışında başka bir bulgu yoktu.

Laboratuvar Tetkikleri;

Klinik seyir: Hasta sarılık ve ateş nedeni ile kliniğimize kabul edildi. Genel durumunun kötü olması nedeni ile başlangıçta dahiliye yoğun bakımında tetkik ve destek tedavisine başlandı. Hastada öncelikli olarak kolestazla seyreden akut viral hepatitler düşünüldü fakat belirteçler

Anahtar Kelimler: Weil sendromu, hepatit, ikter

PS-085

ANTİRETROVİRAL TEDAVİ METABOLİK KOMPLİKASYONLARI : OLGU SUNUMU

Orkide Kutlu[1], Hümeyra Yaka[2], Şamil Ecirli[3], Mustafa Çaycı[4], Hayriye Şentürk[2], Abdülkadir Baştürk[3]

[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alle Hekimliği Kliniği
[3]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[4]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nükleer Tıp Kliniği

Giriş: HIV enfekte hastalarda antiretroviral tedavinin (ART) kurtarıcılık oranı tedaviye erken dönemde başlamakla mümkündür. Bu nedenle son dönemlerde ART kullanımı yaygınlaşmış, dolayısıyle uzun dönem tedavi almış hasta sayısı ve yan etki görülme oranları artmıştır. ART nin temel taşı olan nükleotid revers transkriptaz inhibitörleri (emtrisitabin, tenofovir, didanozine) lipodistrofi, yağlanmaya bağlı karaciğer enzimlerinde yükselme, diare, karın ağrısı, kusma ve laktik asidoz yapabilir. Proteaz inhibitörleri (ritonavir, darunavir) artmış total kolesterol (>240mg/dL) ve trigliserid (>500 mg/dL) düzeylerine yol açabilir; non-nükleozit revers transkriptaz inhibitörleri serum D vitamini düzeyini azaltabilir. HIV enfekte hastalarda CD4 lenfosit düşüklüğü ile orantılı olarak hipotiroidizm ve nadiren hipertiroidizm görülebilir. Antiretroviral tedaviler tiroidit, tiroid nodül gelişimine neden olabilir. Burada antiretroviral tedavi altında ciddi hiperkolesterolemi, tiroid nodülü, TSH düşüklüğü, D vitamini eksikliği ve orteoporoz görülen HIV enfekte bir hasta sunulacaktır.

Olgu: 42 yaşında, erkek, bekar hastanın işçi olarak çalıştığı Almanya'da 5 yıl önce HIV enfekte olduğu tespit edilmiş ve ART başlanmıştı. Fizik muayenesi normal olan hastanın, ritonavir, darunavir, tenofovir/emtrisitabin tedavisi altında HIV-PCR negatif saptandı. Hb, Wbc, glukoz, kreatinin, ALT, trigliserid, HDL kolesterol, serbest T4 normaldi. Total kolesterol: 312 mg/dL (110-200), LDL kolesterol: 225 mg/dL (100-130), TSH: 0,49 μIU/mL (0,56-5,6), 25-OH D vitamini: 21,7 ng/ml (25-80) saptandı. DEXA da femur boyun bölgesinde T skor: -2.5 saptandı. Tiroid ultrasonografisinde parankimi minimal heterojen, sağ lobda 1,5 mm kistik nodül mevcuttu. Tiroid I 131 uptake ve sintigrafisi normaldi. Rosuvastatin, Ca/D vit replasman başlanan hasta takibe alındı.

Tartışma: Antiretroviral tedavinin amacı HIV enfeksiyonuna bağlı morbidite/mortalite oranlarını azaltmak ve uzun süre yaşam kalitesini yüksek tutabilmektir. Bu nedenle HIV enfekte asemptomatik kişilere, CD4 T lenfosit<500 ise

tedavi başlanmaktadır. Hiperkolesterolemi tedavisinde pravastatinin ilk tercih olması dışında; ART esnasında görülen insülin direnci, karaciğer yağlanması, tiroid fonksiyon bozuklukları, D vitamini eksikliği, osteopeni/osteoporoz, böbrek yetmezliği gibi yan etkilere yaklaşım genel takip/tedavi prensipleri ile olmalıdır. ART alan hastalar metabolik yan etkiler açısından periodik takip edilmelidirler.

Anahtar Kelimler: Antiretroviral tedavi, hiperkolesterolemi, osteoporoz, tiroid fonksiyon bozukluğu

PS-086

KOLESTATİK HEPATİT İLE PREZENTE OLAN AKUT EPSTEİN BARR VİRÜSÜ VAKASI

Kübra Habir[1], Pembe Okaygün[1], Feride Öztürk Erikli[1], Emrah Erkan Mazı[1], Ekmel Burak Özşenel[1], Fatih Borlu[1], Derya Özyiğitoğlu[2]

[1]TCBS Şişli Hamidiye Etfal EAH, İç Hastalıkları Kliniği
[2]TCBS Şişli Hamidiye Etfal EAH, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Giriş: Akut hepatitlerin büyük kısmından viral etkenler sorumludur. Viral nedenlerin de %95'inden fazlasını hepatotrop virüsler oluşturur. Epstein Barrvirus (EBV) akut hepatitin nadir sebeplerinden biridir ve sıklıkla ateş, boğaz ağrısı, lenfadenopati triadı ile karakterize enfeksiyoz mononükleoz (EM) kliniği ile karşımıza çıkar(1). Erişkin yaş grubunda % 90-95 oranında EBV seropozitifliği saptanır. EBV enfeksiyonlarında %80 transaminaz yüksekliği, %50 splenomegali ve lenfadenopati, %10 hepatomegali görülürken; alkalen fosfataz (ALP) ve bilirübin yükseklikleri ile karakterize kolestatik hepatit ise ender görülen bir durumdur(2). Biz de karaciğer fonksiyon testleri ALP, GGT ve bilirübin düzeylerinde yükseklik bulunan ve akut kolestatik hepatit etkeni olarak EBV saptanan 19 yaşında bir olgu sunduk.

Olgu: 19 yaşında erkek hasta, 1 haftadır olan bulantı, kusma, boğaz ağrısı şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş.Antibiyoterapi uygulanmasına rağmen şikayetleri gerilemeyen hasta, bu tabloya sarılık da eklenmesi üzerine tarafımıza başvurmuş. Hastanın anammezinde bilinen kronik hastalığı ve ilaç kullanımı yoktu. Fizik muayenesinde cilt ve skleraları ikterik, tonsiller beyaz kriptler içeren hiperemik, hipertrofik görünümde izlendi. Boyunda periferik lenfadenopati mevcuttu. Solunum ve kardiak sistem muayeneleri doğal saptandı. Batın muayenesinde defans, rebound, hassasiyet yoktu. Hepatomegali ve splenomegali mevcuttu ve traube kapalı idi. Hastanın gelişindeki ve taburculuğundaki tetkikleri Tablo-1'de belirtildi. HbsAg, Anti-HCV, Anti-HIV, Anti-HAV IgM, TORCH paneli, Brucella IgM, EBV monospot test negatif saptandı. Hastanın ilaç-herbal kullanımı, mantar yeme öyküsü bulunmamaktaydı. Çekilen batın ultrasonunda hepatosplenomegali saptandı. Çekilen MR-MRCP'de safra kesesi ve safra yollarına ait patoloji saptanmadı. Karaciğer 210mm, dalak 185mm ölçüldü. Hastanın otoimmün markerları gönderildi (ANA, AMA, ASMA, LKM) ve negatif saptandı. Yatışında istenen EBV-VCA IgM değeri pozitif saptandı. Kirli, kontamine gıda tüketme öyküsü olmadığı için leptospira tanısından uzaklaşıldı. Hastaya semptomatik tedavi uygulandı. Takiplerinde transaminazları gerileyen hastanın bu dönemde istenen kontrol batın USG sinde karaciğer 158mm, dalak 174mm ölçülmiş olup gelişine göre hepatosplenomegalisinin anlamlı düzeyde gerilediği izlendi.

Sonuç: EBV sıklıkla ateş, boğaz ağrısı, lenfadenopati ile karakterize EM tablosuna neden olmaktadır. Bu hastalıkta karaciğer tutulumu genellikle hafif derecede olup, transaminaz (3-5 kat) yüksekliği, karın ağrısı ve hepatosplenomegali görülebilir. Kolestatik hepatit ise EBV'nin nadir bir komplikasyonu olmasına rağmen, kolestatik hepatit ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmelidir. Bu yazıda ateş, boğaz ağrısı şikayetiyle başvuran, karaciğer enzimlerinde 10-12 kat yükseklik bulunan, bilirubin, ALP, GGT yüksekliği olan ve akut kolestatik hepatit nedeni olarak nadir sebeplerden EBV saptanan 19 yaşındaki olguyu tartıştık.

Kaynaklar

1. Johannsen EC, Kaye KM. Epstein-BarrVirus (InfectiousMononucleosis, Ebstein-Barrvirus-associatedmalignantDiseases, andotherdiseases). In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, editors. Principlesandpractice of ınfectiousdiseases. 7th Ed.,Philadelphia, Churchill LivingstoneElsevier, 1989-2010, 2010.

2. Hınedi TB, Koff RS. CholestatichepatitisinducedbyEbstein-Barr virüs infection in an adult. DigestiveDiseasesandSciences 2003;48:539-541.

Anahtar Kelimler: Ebstein Barr Virüsü, Bilirubin yüksekliği, EBV-VCA IgM

Tetkikler	Geliş	Çıkış
Üre(mg/dl)	26	19
Kreatin (mg/dl)	1	0,7
AST (U/L)	347	35
ALT (U/L)	438	77
LDH(U/L)	507	507
ALP(U/L)	367	396
GGT(U/L)	156	106
Total Bilirubin(mg/dl)	6,8	2,3
Direkt Bilirubin(mg/dl)	6,5	1,8
INR	1,37	1
Hb (g/dl)	15,4	12,6
WBC (10^3/ ul)	21,8	6,3
Plt (10^3/ ul)	146	269
Lenfosit (%)	70	68

PS-087

MİKOTİK ANEVRİZMA İLE PREZENTE OLAN MİLİER TÜBERKÜLOZ VAKASI

Ayşegül Beste Öztepe, Andaç Komaç, Ezgi Özyol, Bengü Erkul, Bahar Engin, Hasan Çağrı Yıldırım, Tuba Demirci Yıldırım, Harun Akar

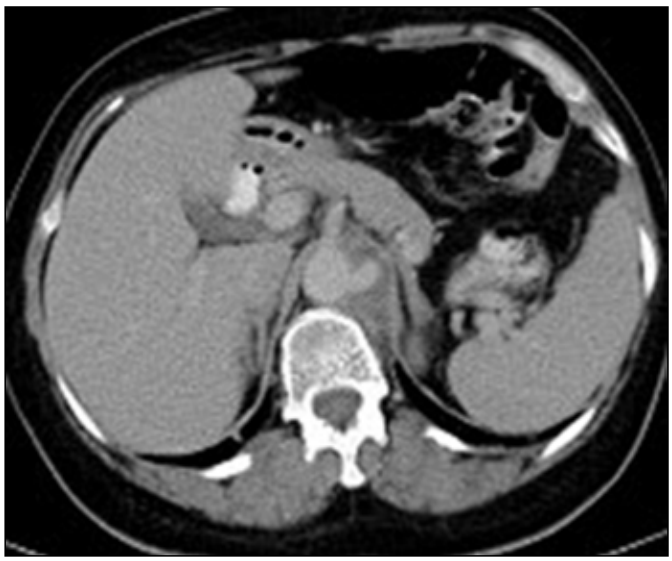
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Mikotik anevrizma enfekte anevrizmaları tanımlayan bir terimdir. Bu yazıda ateş yüksekliği ile başvuran milier tüberküloz ve tüberküloza bağlı mikotik anevrizma tanısı alan olgumuzdan bahsetmek istedik.

Olgu: 55 yaşında bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan kadın hasta 1 aydır devam eden karın ağrısı, bel ağrısı, ateş yüksekliği şikayetleri ile dahiliye polikliniğine başvurdu. Ampirik antibiyotik kullanımına rağmen ateş kontrolü sağlanamayan hasta ileri tetkik amaçlı dahiliye servisine yatırıldı. Fizik muayenede kan basıncı 110/70 mm/hg, nabız: 88 atım/dakika, ateş:38 C, diğer sistem muayeneleri olağan, ele gelen lenfadenopati yok idi. Hastanın yapılan tetkiklerinde WBC: 9100 u/L, Hgb: 10,8 gr/dl, PLT: 328.000 u/L, Üre:28 mg/dl, Kre: 1,0 mg/dl, AST: 59 U/L, ALT: 53 U/L, ALP: 348 U/L, GGT: 262 U/L, LDH: 293 U/L, T.prot: 6 g/dl, Alb:2,7 g/dl, Glob:3,3 g/dl, Fe:21 ug/dl, ferritin: >450 ng/ml, Sedimentasyon:91 mm/saat, CRP: 20,3 mg/dl, procalcitonin: 0,36 ng/ml, viral hepatit serolojisi ve otoimmun hepatit markerları negatif saptandı. Brucella aglutinasyon testi ve VDRL negatif, ANA: negatif, RF<20, tam idrar tetkiki olağan saptandı. Yatışı sırasında inatçı ateş yüksekliği olan hastanın alınan kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Enfektif endokardit açısından yapılan eko'da vejetasyon saptanmadı. Hastaya malignite ön tanısı ile toraks ve abdomen tomografi çekildi. Akciğerde milier tüberküloz ile uyumlu görünüm (şekil-1), solda retrokrural düzeyde paraaortik anterioposterior boyutu 5,5 cm, mediolateral boyutu 3,5 cm ve superior inferior boyutu 6 cm boyutta nekrotik lezyon izlendi. Lezyon ile aorta arasındaki yağ planı silinmiş olup lezyon içerisine 1,5 cm boyutta kontrast dolumu mevcut görünüm tüberküloza bağlı nekrotik lenf nodu ve anevrizma gelişimi ile uyumlu şeklinde değerlendirildi (şekil-2). PPD: 20 mm pozitif saptandı. Hastaya rifampisin 10 mg/kg/g, ethambutol 20 mg/kg/g, pirazinamid 25 mg/kg/g, isoniasid 5 mg/kg/g başlandı. Ateş kontrolü sağlandı. Hastanın aort anevrizması operasyonu planlandı.

Tartışma: Mikotik anevrizma enfekte anevrizmayla benzer anlamda kullanılmaktadır. Enfeksiyon vasküler yapıya direkt embolik oklüzyon ile veya vaso vasorumlar vasıtasıyla yerleşmektedir. Bu anevrizmalar gerçek ya da pseudoanevrizmalar olabilir. Nadir görülmelerine rağmen kanama ve sepsis gibi yüksek mortalite ve morbiditeye neden olabilmelerinden dolayı yakın izlem gerektirir. Rüptüre olma eğilimlerinin yüksek olması nedeniyle erken tanı ve tedavi hayati öneme sahiptir. Tüberküloz aortiti genellikle distal arkus aorta ve desendan aortayı tutar. Latent tüberkülozu olan hastaların %1'inde gelişir, mortalite oranı %60 'tan yüksektir. Tedavi enfeksiyon kontrolü ve damarın rekonstrüksiyonu ile yeterli kan akımının sağlanmasıdır. Bizim hastamızda da operasyon riski yüksek olması sebebi ile öncelikli olarak tüberküloz tedavisinin başlanması ardından cerrahi girişimin yapılması planlandı.

Anahtar Kelimler: milier tüberküloz, mikotik anevrizma,



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-088

ŞİDDETLİ LEPTOSPİROZ (WEİL HASTALIĞI)

Ahmet Emin Yayla[1], Aziz Batu[2]

[1]Diyarbakır Kulp İlçe Hastenesi
[2]Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Leptospiroz tüm dünyada görülebilen özellikle çok yağış alan tropikal ve subtropikal bölgelerde endemik olan, Leptospira cinsindeki spiroketler tarafından oluşturulan bir bakteriyel zoonozdur. Hastalık insanlara ya hasta hayvanın idrarıyla direkt temas yada idrar ile kontamine olmuş çevreyle temas sonucu bulaşır. Leptospirozun yol açtığı klinik tablolar oldukça değişkendir. Olguların %90'ında ya subklinik yada oldukça hafif kendini sınırlayan bir hastalık tablosu görülür. Olguların %5-10'unda böbrek, karaciğer ve akciğeri etkileyen çoklu organ hasarı görülür.Weil hastalığı leptospirozun en ciddi formudur; karaciğer disfonksiyonu, akut böbrek yetmezliği, kanama eğilimi ve ateşle seyreder; tedavi edilmezse ölümle sonuçlanabilir.

Olgu: 44 yaşında erkek hasta, Suriyeli, mülteci kampında yaşıyor. 1 hafta önce başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma, ateş ve sarılık şikayetleri ile acil servise başvurdu. Daha öncesinden bilinen hastalık öyküsü yoktu. Kötü hijyen koşullarında yaşamaktaydı. Muayenesinde genel durumu orta-kötü, bilinç açık koopere, oryante, solunum sesleri kaba, kalp sesleri ritmik üfürüm ve ek ses yoktu, skleralar ikterikti, lenfadenopati yoktu, batında rebound defans yok traube açık karaciğer kot kavsini 2 cm geçiyordu, ateş:38.5 derece, tansiyon:100/70 mm/hg nabız:110'du. Labaratuar tetkiklerinde glikoz:731mg/dl, üre:202mg/dl, kreatinin:4.39mg/dl, albümin:2.81 gr/dl, ALT:87u/L, AST:92u/L, total biluribin:15.29mg/dl, direk biluribin:7.16mg/dl, LDH:702,GGT:126, Na:121, K:5.97, CK:2087, Ca:8.84, WBC:12000, mutlak nötrofil:10093, mutlak lenfosit: 768, mutlak monosit:999, PLT:96000, Hb:16.07mg/dl idi. Protrombin zamanı, inr ve APTT normaldi. Tam idrar tetkikinde keton negatif hematüri proteinüri yoktu glikozüri saptandı. Batın ultrasonunda hepatomegali (160 mm), karaciğer parankim ekosu grade 2 steatoz lehineydi, bilateral böbrek parankimi hafif dolgun olup pelvis duvarı ödemli(enfektif proçes?), dalak normal boyutta saptandı. Hepatit markırları negatifti, anti Hiv nenatifti. Kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Brusella tüp aglütinasyon testi ve gruber widal wright testi negatif bulundu. Hasta yoğun bakımda takibe alındı. Tedavi olarak seftriakson 1 gr 2x1 iv, yeni tanı diyabeti için insülin tedavisi ve paranteral destek tedavisine başlandı. Hastanın kreatinin değerleri 7mg/dl'ye yükselince 1 kez diyalize alındı. Hastanın ateşi devam etmesi üzerine enfeksiyon hastalıkları konsultasyonu istendi. Hastanın akut böbrek yetersizliği, karaciğer disfonksiyonu, hepatomegali olması leptospirozun ağır formu Weil hastalığını düşündürdü. Yatışının 3. günü seftriakson kesildi, doksisiklin 100 mg 2x1 po. ve kristalize insülin 4x1.5 milyon ünite iv. başlandı. Yatışının 10. günü hasta yoğun bakımdan servise alındı. Yatışının 14.günü karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve trombositi normal aralıkta saptanan hasta şifa ile taburcu edildi. Ankarada'daki leptospiroz labaratuarına gönderilen kan örneğinde serum mikroskopik aglütinayon testi titresi 1/200 pozitif saptandı.

Sonuç: Karın ağrısı,bulantı,kusma,sarılık ve ateş şikayetiyle başvuran,ciddi trombositopeni, karaciğer fonksiyon bozukluğu ve böbrek yetmezliği saptanan olguların ayırıcı tanısında Weil hastalığı düşünülmelidir.

Anahtar Kelimler: leptospiroz,weil,ikter

PS-089

PANSİTOPENİ VE PİSTAKSİS İLE BAŞVURAN HASTADA TANI ALAN KIRIM-KONGO KANAMALI ATEŞİ OLGUSU

Ercan Ersoy, Ahmet Peker, Faruk Elyiğit, Mehmetcan Uğur, Hasan Çağrı Yıldırım, Andaç Komaç, Burak Karakaş, Harun Akar

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hemorajik ateş sendromları arasında yer alan zoonoz karakterli bir enfeksiyondur. Hayvanlarda insanlara nazaran daha sık görülmekle birlikte sporadik vakalar veya salgınlar halinde insanlarda da görülebilmektedir. Akut olarak ortaya çıkan; yaygın vücut ağrısı, ateş, bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal, ekimoz ve kanama semptomları, karaciğer enzim yüksekliği trombositopeni ve lökopeni gibi laboratuar bulguları ile seyreder. Biz bu olgumuzda pansitopeni ayırıcı tanısı sonucu KKKA tanısı alan bir vakayı sunacağız.

Olgu: 58 yaşında bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan erkek hasta ani başlayan epistaksis,ateş ishal nedeni ile başvurdu. Başvurusunda ateş:38,4 TA:110/70 mmHg Nabız:117/dk Solunum sayısı:18/dk idi. Fizik muayenesinde her iki alt extremitede peteşiyal döküntüler,burun ve ağız içinde kanama alanları görüldü. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Alınan tahlillerinde Hgb:12 mg/dl lökosit: 0,7 x10^3/uL trombosit: 9 x10^3/uL AST: 657 U/L ALT: 257 U/L LDH: 1188 U/L CK: 515 U/L Total bilirubin: 0,43 mg/dl direkt bilirubin:0,12 mg/dl sodyum: 134 mmol/L potasyum: 3,96 mmol/L kalsiyum: 8,5 mg/dl üre:49 mg/dl kreatin:1,0 mg/dl APTT:64,6 sn INR:1,18 sn PTZ:14.7 sn D-Dimer: 3442 ng/dl CRP:5,7 mg/dl olarak saptandı. Olgunun yapılan periferik yaymasında trombosit ve lokosit sayısı azalmış olarak izlendi. Atipik hücre ve şistozist görülmedi. Gönderilen coombs testleri negatif olarak saptandı. ADAM TS-13 aktivitesi normal geldi.Hepatit markerları ve romatolojik markerları negatif olarak saptandı. Pansitopeni ayırıcı tanısı açısından yapılan kemik iliği aspirasyon sonucu enfeksiyoz sürece sekonder kemik iliği baskılanması ile uyumlu olarak geldi. Olgunun anamnezi derinleştirildiğinde hayvancılıkla uğraştığı ve KKKA açısından endemik bölgede yaşadığı öğrenildi. Bunun üzerine İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğüne gönderilen örneklerde KKKA pozitif olarak saptandı. Kanama bulguları olması nedeniyle hastaya taze donmuş plazma (TDP) replesmanı ve ateşi olması nedeniyle ampirik antibiyoterapi verildi. Destek tedavi ile hastanın genel durum, muayene ve laboratuar bulgularında düzelme saptandı. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: KKKA morbidite ve mortalitesinin yüksek olması nedeniyle hızlı tanı konulması gerekmektedir. Ancak neden olduğu çeşitli klinik tablolar nedeniyle birçok hastalıkla ayırıcı tanı yapılması gerekmektedir. Bizim olgumuzda pansitopeni ve kanama tablosu nedeniyle hematolojik maligniteler, DİK, TTP, brucelloz ayırıcı tanıda düşünüldü. Ancak bu tanılar klinik ve labaratuar olarak ekarte edildi. Direkt kene teması olmamasına rağmen endemik bölgede yaşaması ve hayvancılıkla uğraşması nedeniyle KKKA şüphesi oluştu. Destek tedavi altında kliniği toplayan hastada gönderilen KKKA örnekleri sonucu pozitif geldi. Sonuç olarak hayvancılıkla uğraşan, endemik bölgelerde yaşayan hastalarda akut başlayan kanama, kemik iliği tutulumu bulguları olması durumunda KKKA mutlaka ayırıcı tanıda bulunmalıdır.

Anahtar Kelimler: KKKA, Pansitopeni, hemoraji

PS-090

DİYABETİK HASTALARIN AŞILANMA ORANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Neslihan Özsoy, Müge Bilge, Aylia Yeşilova, Gülçağrı Yıldız, Cengiz Çakan, Ayşen Helvacı

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi,İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: Diyabetik hastalarda çeşitli mekanizmalarla bağışıklık sisteminin bozulması sonucu enfeksiyon hastalıkları daha sık görülmekte ve daha ağır seyretmektedir. Diyabetik hastalarda enfeksiyon hastalıklarından korunmayı, mortalite ve morbiditeyi azaltmayı hedeflemesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinde yer alması aşılamanın önemini arttırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği diyabeti ve metabolik hastalıkları olanlar için her yıl influenza, belirlenen protokollere göre pnömokok ve rapel kızamık, zona ve boğmaca aşılarının yapılmasını önermektedir. Ülkemizde kronik hastalıkları olan hasta popülasyonunda erişkin aşılama üzerine yapılmış epidemiyolojik çalışma sayısı oldukça azdır. Çalışmamızın amacı hastanemiz İç Hastalıkları polikliniğine başvuran diyabetik hastalarda aşılama oranlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Nisan-Temmuz 2015 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları polikiniğine başvuran ve aşılanma için kontrendikasyonu olmayan100 diyabetik hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan hastaların ek hastalıkları, kullandıkları ilaçları, diyabet süreleri ve yapılan aşı çeşitleri kaydedildi. SPSS 18.0 programı kullanılarak istatistiki analiz yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya %28'i erkek, %72'si kadın toplam 100 diyabetik hasta dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi (Tablo 1). Diyabetik hastalarda pnömokok aşılama oranı %6 olarak saptandı. Hastaların % 15'i influenza için yıllık düzenli aşılanırken, düzensiz aşılananların oranı ise %21 olarak bulundu. Ek hastalık varlığının ve diyabet tanı süresinin ise aşılanma sıklığı üzerine etkili olmadığı saptandı (p=0.231; p=0.398). Hastaların hiçbirinde kızamık, zona ve boğamacaya karşı aşılanma yapılmadığı belirlendi.

Tartışma: Bu çalışmada aşılama sıklığı her ne kadar Türkiye verilerine (pnömokok:%0,1 ve influenza: %9.1) göre daha yüksek saptanmış olsa da ülkemizde aşılama oranının diyabetik hasta grubu için oldukça yetersiz olduğu gösterilmiştir. Erişkin aşılama bilincinin geliştirilmesi ve aşılama oranlarının arttırılması görevi İç hastalıkları ve Aile Hekimliği gibi genel polikliniklerde hizmet veren tüm uzmanlar tarafından dikkatle ve özveriyle yapılmalıdır.

Anahtar Kelimler: aşı,diyabet

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Parametre	n=100
Yaş (Ort.±SS)(yıl)	57±9,8
Cinsiyet Erkek /Kadın	28 /72
Diyabet süresi (Ort.±SS)(yıl)	9±6,7
Hipertansyon	67(%67)
İskemik kalp hastalığı	18(%18)
Kronik obstruktif akciğer hastalığı	5(%5)
Astım	8(%8)
Kronik böbrek hasarı	6(%6)
Siroz	0
Sadece diyet yapanlar	3(%3)
Oral antidiyabetik tedavi(OAD) kullananlar	50(%50)
OAD ile bazal İnsulin kombinasyonu kullananlar	13(%13)
İntenzif insülin tedavi kullananlar	34(%34)

PS-091

FİBROMYALJİ TEDAVİSİ ALAN GEÇ TİP BORELIOSIS OLGUSU

Kıymet Tuna

Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Boreliosis hastalığına farkındalık arttırmak

Giriş: Lyme hastalığı, kene ısırmasıyla bulaşan, dermatolojik, romatolojik, norolojik ve kardiyolojik bozukluklarla seyreden multisistemik bir infeksiyon hastalığıdır (1,2). Hastalık, yuksek ateş, baş ağrısı, kas ve eklem ağrıları, ense sertliği, bulantı ve kusma gibi semptomlarla birlikte gorulmekte, merkezi sinir sistemini etkilemekte, tedavisiz olgularda ölüme kadar gidebilen patolojik değişikliklere neden olmaktadır. Hastaların endemik bölgeler haricinde büyük kısmı tanı almadan uzun yıllar kalabilmektedir.

Olgu sunumu: 47 yaşında Türkiye menşei kadın hatsa, 12 yıl Amerika birleşik devletlerinde yaşadıktan sonra ülkesi olan Türkiye'ye dönmüş. Döndükten 6 ay sonra başlayan şikayetleri açsından bir çok doktora başvurmuş sonucunda fibromyalji tanısı konularak tedavi başlanmış.

Tartışma: Dirençli eklem ve kemik ağrıları, kas güçsüzlüğü gibi olgularda özellikle Amerika birleşik devletleri gibi daha yaygın olguların gözlendiği bir ülkeden gelen hastalarda, mutlaka akılda tutulması gereken, sonrada başlayan aile öyküsünün bulunmadığı, doğa yürüyüşleri ve yaban hayatını seven hastalarda akılda bulunması gereken biride Borreliosisdir.

Anahtar Kelimler: borrelyoz, fibromyalji, eklem ağrısı,romatizmal hastalık



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-092

SAĞ KALP ENDOKARDİTİ: DAMARİÇİ İLAÇ KULLANMAYAN HASTA

Şenay Günaydın[1], Mehmet Küçük[1], Semih Kalyon[1], Perihan Özkan Gümüşkaya[1], Akif Bayyiğit[1], Kübra Altunkalem Seydi[1], Halil İbrahim Onmaz[1], Figen Kahyaoğlu[1], Abdussamet Çelebi[1], Fırat Oyman[1], Uluğ Mutlu Günaydın[1]

[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi,3. İç Hastalıkları Kliniği
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

İnfektif endokardit (İE) olgularının %5-10 ununda sağ kalp tutulumu gözlenmektedir. Sağ kalp endokarditi daha sık olarak kateteri olan hastalarda, intravenöz ilaç kullanıcılarında, pacemaker ve konjenital kalp hastalığı olanlarda gözlenmektedir. Sağ kalp İE' si olan hastalar genellikle ateş, solunum sistemi enfeksiyonlarını taklit eden bulgular, anemi ve mikroskobik hematüri ile prezente olurlar.

Bu olgu sunumunda damariçi ilaç kullanmayan ve predispozan kapak hastalığı olmayan bir hastada saptanan sağ taraflı İE olgusu sunulacaktır.

Olgu Sunumu: 27 yaşında erkek hasta, 15 gündür devam eden mide bulantısı, kusma ve ishal şikayeti ile acil servise başvurmuş, tetkiklerinde üre: 107 mg/dl, kreatinin: 4,3 mg/dl saptanması üzerine, hasta akut böbrek yetmezliği tanısıyla servisine yatırılmış. Fizik muayenede ateş 37,0 ºC, nabız 76/dk, kan basıncı 110/70 mmHg olarak saptandı. Solunum ve kalp sesleri doğaldı, üfürüm duyulmadı. Gastrointestinal sistem muayenesinde hepatosplenomegali mevcuttu. Laboratuar testlerinde Hb:10.2 g/dL, Hct:%29.7, lökosit:5340/mm^3, nötrofil:%91.4, trombosit:91400/mm^3, CRP:292 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 1.saatte:58 mm, idrar tetkikinde eritrosit:29/hpf saptandı. Günde 1 kez bol

miktarda sulu dışkılama tarifleyen hastanın ateşi 38.4ºC ölçüldü. Hastada invazif ishal düşünülerek Seftriakson 2*1gr IV başlandı. Gaita mikroskopisinde lökosit, eritrosit saptanmadı, gaita kültüründe üreme gözlenmedi.

Takiplerinde pansitopeni gelişen hastanın abdomen USG incelemesinde karaciğer 167 mm ve dalak 212 mm saptandı. Pansitopeni, gastroenterit ve renal yetmezliği olan hastaya hemolitik üremik sendrom düşünülerek periferik yayma yapıldı. Periferik yaymada fragmente eritrosit veya atipik hücre saptanmadı, trombosit düşüklüğü hemogram ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Tedavisinin 3. Gününde Seftriakson tedavisine ateş yanıtı alınamadı, oskültasyonda sol akciğer orta ve alt bölgelerinde yeni gelişen krepitan raller saptanan hastaya toraks BT çekildi ve sol akciğerde infiltrasyonlar gözlendi (Resim 1-2). Kan kültüründe metisilin duyarlı Staphylococcus aureus üremesi bildirildi. Düşmeyen ateş nedeni ile yapılan Ekokardiyografisinde triküspit kapak atriyal yüzde 1,5 cm çapında hareketli vejetasyon saptandı ve infektif endokardit tanısı konuldu. Hastanın tedavisi kreatin klirensine uygun olarak Meropenem IV+ Vankomisin IV olarak değiştirildi. Hastanın IV ilaç kullanım öyküsü yoktu, Anti-HIV negatif saptandı. Hasta aynı gün 1,5 cm'lik vejetasyonu nedeniyle operasyon için değerlendirilmek üzere kalp damar cerrahisi servisine sevk edildi.

Tartışma: Sunulan olguda Duke kriterlerinden 2 major kriter: pozitif kan kültürü ve ekokardiyografik olarak saptanmış kardiak kitle mevcuttur. S. aureus sağ taraflı İE' nin en sık nedenidir.

Sağ taraflı İE olgularında öksürük, dispne, göğüs ağrısı, hemoptizi, pulmoner abse gibi komplikasyonlar izlenebilir. Belirtilerin klasik İE belirtilerinden farklar göstermesi nedeni ile hastaların tanı alması gecikebilmektedir. "Triküspit Sendrom"un (tekrarlayan pulmoner olaylar, anemi ve mikroskopik hematüri) bilinirliğinin artması ile tanı sırasında yaşanan gecikmenin azaltılabilir.

Triküspit sendromunun bilinirliğinin artması ile mortalite ve morbiditesi yüksek olan sağ taraflı İE olgularının tanı alma süresindeki gecikmeler azaltılabilir.

Anahtar Kelimler: sağ kalp endokardit, infektif endokardit, triküspit sendromu,



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-093

REKÜRREN 18. PNÖMOKOK MENENJİTİ OLGU SUNUMU

Dilara Sevim[1], Seher Yıldız Tacar[2]

[1]İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları

Giriş: Menenjit leptomeninkslerin inflamasyonu, BOS 'da artmış lökosit sayısının bulunduğu ciddi acil bir enfeksiyöz hastalıktır. İki ya da daha fazla bakterial menenjit atağı Rekürren Bakterial Menenjit (RBM) olarak adlandırılır.

Olgu sunumu: 22 yaşında erkek hasta ateşlenme, baş ağrısı, kusma şikayetleri ile yakınları tarafından acil polikliniğe getirildi. Evde ateşi 39 derece olan hastanın yaygın baş ağrısı ve özellikle sabah saatlerinden itibaren başlayan ara ara kusması devam ediyordu. Özgeçmişinde; 5 yaşında yüksekten düşme hikayesi, nazal kemik fraktüründen operasyon, 17 kez geçirilmiş pnömokok menenjiti (ilk menenjit atağı 6 yaşında) dışında özellik yoktu. Genel durumu orta-kötü, bilinci bulanık, koopere, non oryante saptandı. Fizik muayenesinde anlamlı olarak ateşi: 39 derece, nabız: 95/dk, ta: 110/70 mmhg, sinir sistem muayenesinde ense sertliği anlamlı pozitif saptandı. Laboratuvarında wbc: 15.000/mm^3, neu: 12.000/mm^3, crp: 80 bulundu. Hastanın muayene bulguları ve özgeçmişi gözönüne alındığında ön tanımız pürülan menenjit yönünde yoğunlaştı. Ampirik seftriakson 2*2 gr IV başlandı. Koagülasyon testleri normal olan hastaya beyin BT çekimi ve göz dibi muayenesinin ardından patoloji saptanmayınca acil lomber ponksiyon (LP) yapıldı. LP de alınan BOS'un basıncı artmış, görünüm hafif bulanık, gram boyamada gr(+) diplokoklar, hücre sayımında PMNL>%80, pandy (+), glukoz azalmış, protein >200 mg/dl, pnömokok aglünitasyon (+) saptandı. Tedavisi seftriaksona vankomisin eklenerek modifiye edildi.

Sonuç: Kafa travması, cerrahi girişimler, BOS fistülleri, konjenital malformasyonlar ve immun yetmezlik gibi durumlarda menenjit tekrarlar. Bizim olgumuzda çekilen MR sisternografide BOS fistülü saptandı. Ve RBM 'in en sık etkeni olan pnömokok menejiti saptandı.

Anahtar Kelimler: BOS fistül, Pnömokok, Rekürren bakterial menenjit

PS-094

DİYABETİK AYAĞI OLAN HASTALARDA SERUM MAGNEZYUM DÜZEYİ İLE AKUT FAZ REAKTANLARININ İLİŞKİSİ

Şakir Özgür Keşkek, Sinan Kırım, Begüm Avcı, Aylin Koyuncuoğlu, Tayyibe Saler

Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

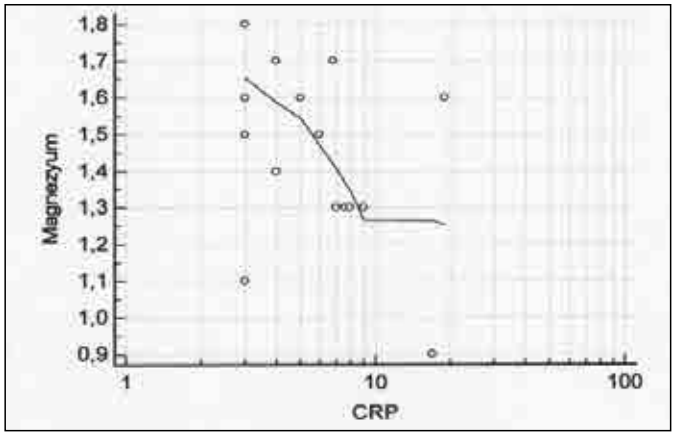
Giriş: Magnezyum önemli bir hücre içi katyon olup çok sayıda enzimatik reaksiyonda ko-enzimatik aktiviteye sahiptir. Magnezyumun insülin direncine ve inflamasyona olan olumlu etkileri nedeniyle tip 2 diyabet riskini azalttığını gösteren çalışmalar vardır. Ayrıca düşük magnezyum seviyesi ile ilişkili olarak diyabet regulasyonunun bozulduğu ve komplikasyonların geliştiği gösterilmiştir. Bu çalışmada diyabetik ayağı olan hastalarda serum magnezyum düzeyi ile akut faz reaktanlarının ilişkisi araştırıldı.

Yöntem ve gereç: Prospektif olarak planlanan bu çalışma, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği tarafından, hastane etik kurul onayı alınarak yürütüldü. Çalışmaya toplam 32 tip 2 diyabetli hasta dahil edildi. Tüm hastaların iki haftadan daha uzun süre devam eden diyabetik ayağı mevcuttu. Serum magnezyum düzeyi düşük olan 18 hasta çalışma grubuna, serum magnezyum düzeyi normal olan 14 hasta ise kontrol grubuna dahil edildi. Magnezyum seviyesine etki eden ilaç kullananlar, bilinen malabsorpsiyon hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Tüm hastaların açlık kan şekeri (AKŞ), HbA1c, Mg, sedimantasyon ve CRP düzeyleri ölçüldü. Verilerin analizinde MedCalc 15.1.6 istatistik paket programı kullanıldı. Demografik verilerin ve gruplar arasındaki sıklığın karşılaştırılmasında ki kare testi, her iki gruptaki verilerin birbirleri ile karşılaştırılmasında T testi veya Mann Whitney U testi kullanıldı. Veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Gruplar yaş ve cinsiyet dağılımı açısından benzer bulundu ($p>0.05$). Hasta grubunda magnezyum düzeyi 1.48 ± 0.25 iken kontrol grubunda 2.05 ±0.26 olarak saptandı. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$). Gruplar arasında AKŞ, HbA1c, sedimantasyon ve CRP açısından fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo1). Magnezyum ile CRP arasında ters yönlü bir korelasyon saptandı ($r=-0.493$, $p=0.03$) (Tablo 2).

Sonuç: Bu çalışmada diyabetik ayağı olup magnezyum seviyesi düşük olan hastalarda CRP düzeyinin daha yüksek olduğu bulundu. Magnezyumun inflamasyon ve kan şekeri üzerine olan olumlu etkileri düşünüldüğünde diyabetik ayağı olan hastalara magnezyum replasmanı yapılması tedavimizin etkinliğini artıracaktır.

Anahtar Kelimler: magnezyum, diyabetik ayak, sedimantasyon, CRP



Tablo 1. Grupların klinik ve demografik özellikleri

	Hasta grubu (N=18)	Kontrol grubu (N=14)	p
Yaş (yıl)	48.7±10.6	51.2±7.5	0.462
Kadın N(%)	10 (%55.6)	9 (%64.3)	0.724
AKŞ mg/dL	200.6±71.9	204.8±48.7	0.852
HbA1c %	10.5±1.5	9.9±6.6	0.329
Mg mg/dL	1.48±0.25	2.05±0.26	<0.001
Sedimantasyon mm/h	41.2±25.6	35.0±17.4	0.444
CRP mg/L	6.3±4.7	4.5±2.7	0.217

Tablo 2. Mg ile sedimantasyon ve CRP arasındaki korelasyon

	Sedimantasyon	CRP
Mg	r=-0.450, p=0.06	r=-0.493, p=0.03

PS-095

2015 YILINDA HASTANEMİZ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TAKİP EDİLEN H1N1 (+) 7 TANE OLGU SUNUMU

Serkan Enki[1], Sevtap Gürsoy[2], Habip Gedik[2], Sibel Işlak Mutcalı[2], Gülay Aşık Eren[3], Şemsinur Karabela[2], Tuğrul Burak Genç[1], Yıldız Okuturlar[1], Kadriye Kart Yaşar[2]

[1]Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği
[3]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

Giriş: İnfluenza, Orthomyxoviridae ailesinden olup ani başlayan yüksek ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı, nonprodüktif öksürük, burun akıntısı ile karakterize üst ve alt solunum yolunu ve seyrek olarak da akciğerleri tutan viral infeksiyondur. Bu çalışmamızda, 2015 yılında İnfluenza tanısıyla yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) takip edilen yedi olgunun karakteristik, klinik, laboratuar ve radyolojik özellikleri sunulmaktadır.

OLGULAR: Hastanemizde takip edilen 7 olgunun ortalama yaşı 41.85 yıl (9-63 yıl), 4'ü kadın idi. Olgularımız yaklaşık 3 ila10 gündür süren, en sık ateş (ortalama 39.3º C) olmak üzere, öksürük ve nefes darlığı şikayetleri ile acile başvurdu. Olguların biri dışında bilinen kronik hastalık hikayesi yoktu. Olgulardan 9 yaşında ki çocuk hastanın doğumsal metabolik bir hastalığı mevcuttu. Olguların acil servise başvurusu sırasında anormal olarak tespit edilen ortalama laboratuar testleri CRP:21.29 mg/dl (0.01-0.5mg/dl), WBC:10580/mm^3 (4000-11000/mm^3), LYM:0.76x10^3 /mm^3 (1-5x10^3/mm^3), PLT:118x10^3/mm^3 (150-400x10^3/mm^3), Urea:75.7mg/dl (17-43mg/dl), Kreatinin:1.48mg/dl(0.5-1.1mg/dl), ALT:61 IU/L(0-32 IU/L), AST: 156IU/L (0-32 IU/L), CK: 954U/L (10-171U/L), LDH: 1279 U/L (135-214U/L), Albümin: 2.71g/dl (3.5-5.2 g/dl), arter kan gazı ph:7.30 (7.35-7.45), SO2:%82 (%94-98) ve üç hastada hematürik idi. Hastaların acil servise başvurduğunda ki laboratuvar sonuçları tablo 1'dedir. Hastaların tümünde PA AC filmlerinde pulmoner infiltrasyon saptandı, dinlemek ile akciğer sesleri azalmış ve bilateral kaba idi. Olguların tümünün boğaz sürüntü örneklerinde H1N1 pozitif olarak geldi. Başvurularından ortalama 20 (2-48) saat sonra yoğun bakım ihtiyacı oldu. Ortalam entübasyon süresi 16 gün (6-42 gün) idi. Extracorporeal membran oksijenizayonu (ECMO) 3 olguya ortalama 17 gün (2-31 gün) uygulandı. Yoğun bakımdaki takipleri sırasında 1 olguda *Acinetobacter baumannii* (trakeal aspirat(, 1 olguda ESBL+ E.Coli (trakeal aspirat) üremesi oldu. Olguların hepsine 5 gün Oseltamivir 2x75 mg ve eşlik eden enfeksiyonları için antibiyotikler verildi. Olguların beşinde kan ürünleri replasmanı (TDP-ES-TS) yapıldı. YBÜ takipleri esnasında üçünde ağır sepsis ve bir olguda subaraknoid kanama gelişti. Çocuk olgumuzun metabolik taramasında yağ asidi oksidasyon defekti (CPT eksikliği) saptandı. Yaşları en küçük olan 9 ve 32 yaşındaki hastalar genel durumlarının düzelmesi üzerine servise alındı ve takiplerinde sıkıntı olmayan bu hastalar taburcu edildi. Diğer 5 olgu exitus olarak sonuçlandı.

Tartışma ve Sonuç: İnfluenza enfeksiyonu altta yatan hastalığı olan, ileri yaş ve çocuklarda mortal seyretmekle beraber sağlıklı bireylerde de ölümcül olabilmektedir. Özellikle acil servise solunum yolu enfeksiyonu şikayeti ile başvuran hastalarda mevsimsel dönemlerde H1N1 virüsü ilk olarak akla gelmeli, yüksek riskli hastalara erken dönemde oseltamivir başlanarak ARDS gelişimi ve yoğun bakım desteği riski azaltılabilir. İnfluenza'ya bağlı olarak YBÜ ihtiyacı olan hastalarda prognoz kötü seyretmektedir. ARDS gelişen hastalarda ECMO uygulanmasının daha çok morbiditeyi azalttığı, mortaliteyi değiştirmediği bildirilmiştir. Influenza sonrası septik şok gelişen hastalarda geç dönemde başlanan antiviral ve destek tedavisinin mortaliteyi ve morbiditeyi çok değiştirmediği düşünülmektedir

Anahtar Kelimler: H1N1,Influenza, Mekanik Ventilasyon, ECMO, Sepsis, ARDS, Pnömoni

Tablo 1. Olguların acil servise başvurusunda ki laboratuvar sonuçları

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4	Olgu 5	Olgu 6	Olgu 7
CRP (0,01-0,5 mg/dl)	11,3	13,2	24,7	51,7	24,9	2,4	20,6
WBC (4.0-11.0/mm^3)	1,9	19,1	15,6	6,4	12	8,3	10,7
HGB (g/dl)	9,9	8,4	13,4	13,4	17,3	11,2	14,5
PLT (150-400x103/mm^3)	63,2	337	174	122	158	138	56,1
Lenfosit (1-5x103/mm^3)	0,2	0,7	0,4	0,3	2,7	0,6	0,6
Nötrofil (1-5x103/mm^3)	1,7	17,9	14,8	5,7	7,3	7,6	9,7
Urea (17-43mg/dl)	11	123	100	62	101	33	100
Kreatinin (0.5-1.1mg/dl)	0,38	0,95	2,47	1,3	2,68	1,28	1,3
ALT (0-32 IU/L)	104	79	42	39	48	6294	57
AST (0-32 IU/L)	166	77	72	381	142	8599	99
CK (10-171U/L)	1453	237	336	369	3169	192	163
LDH (135-214U/L)	589	735	672	4180	326	15205	1174
Ph (7.35-7.45)	7,54	7,21	7,26	7,22	7,3	7,22	7,3
O2 satürasyonu % (94-98)	82,6	71	78,5	87	80	91	86

PS-096

BRUSELLOZ SEYRİNDE NADİR BİR VASKÜLER KOMPLİKASYON: DALAK İNFARKTI

Deniz Can Güven[1], Abdulsamet Erden[2], Levent Kılıç[3], Ömer Karadağ[2], Cavanşir Vahabov[1], Oğuz Abdullah Uyaroğlu[1], Jabrayıl Jabrayılov[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı
[3]Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği

Giriş: Bruselloz, dünyada en sık görülen zoonotik infeksiyondur. Yılda yaklaşık 500.000 civarında yeni vaka bildirilen bu hastalıkta vasküler komplikasyonlar ise son derece nadirdir. Biz burada bruselloz ile ilişkili bir dalak infarktı vakasını tartışacağız.

Olgu Sunumu: 63 yaşında kadın hasta, ateş ve eklem ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinde 8 yıldır romatoid artrit ve 7 senedir hipertansiyon tanıları aldığı öğrenilen hasta romatoid artrit için 5 mg/gün prednizolon ve 15 mg/hafta metotreksat, hipertansiyon için ise perindopril ve indapamid kullanmaktaydı. Yaklaşık bir aydır devam eden ateşi olan hasta ateş etiyolojisinin araştırılması planı ile servise yatırıldı. Kabulünde idrar kültüründe E.coli üremesi olan hasta izleminde ürosepsis kliniği ile yoğun bakımda izlendi. Hemodinamisi stabilleşen hastanın kontrol idrar kültürlerinde üreme olmadı. Geniş spektrumlu intravenöz antibiyotik tedavisi almaya devam eden hastanın ateşleri devam etti. Karaciğer enzimleri minimal alkalen fosfataz yüksekliği Tüberküloz açısından araştırılması negatif olan hastanın transtorasik ekokardiyografisinde de kapaklarda vejetasyon görülmedi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) bilateral milimetrik nodülleri olan hastanın abdomen BT'sinde dalakla multiple küçük infarkt alanları ve splenomegali görüldü (Şekil 1). Kemik iliği incelemsi normal olan, kan kültürlerinde üreme olmayan hastanın brusella standart tüp

agglütinasyon testi 1/1280 olarak pozitif bulundu. Dalak infarktı açısından hastadan gönderilen trombofili paneli, antifosfolipid antikorlarda pozitif bulgu görülmezken hastanın transözefajiyal ekokardiyografisinde de infektif endokardit ile uyumlu bulgu yoktu. Hastaya doksisiklin ve rifampin başlandı. Bu tedavi ile hastanın ateşleri ve akut faz reaktanları geriledi. Taburcu edilen hastanın brusella tedavisi altı haftaya tamamlandı.

Tartışma: Bruselloz seyrinde derin ven trombozu, infektif endokardit ve atriyal anevrizma formasyonu literatürde rapor edilen vasküler komplikasyonlardandır. Bruselloz seyrinde dalak infarktı ise son derece nadir olup ingilizce literatürde şu ana kadar bildirilmiş 6 vaka mevcuttur. Patogenezi tam olarak bilinmeyen bu durumdan endotelyal hasara sekonder proinflamatuar cevabın sorumlu olduğu düşünülmektedir. Splenik infarkt semptomları non-spesifik olup sıklıkla ateş, bulantı ve sol hipokondriyak bölgede ağrı başta gelen semptomlardır. Hastamızda dalak infarktına sekonder semptom bulunmamaktaydı. Ayrıca literatürde vakalardan farklı olarak trombositopeni görülmemesi dikkat çekiciydi. Literatürde kontrastsız BT tanıda bu antitenin tanınmasında en iyi yöntem olarak gösterilmektedir. Hastamız da bilgisayarlı tomografi tetkiki tanı almıştır. Hastalarda bruselloz tedavisi ile splenik infarktın gerileyebildiği gösterilmekte birlikte hastamız 6 haftalık tedavi sonrası takipte kaybolduğundan tomografi ile infarkt alanlarda regresyon değerlendirmesi mümkün olmamıştır. Sonuç olarak bruselloz dalak infarktı ayırıcı tanısında özellikle de endemik olduğu alanlarda her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Bruselloz, Dalak İnfarktı



PS-097

YETERSİZ VE UYGUNSUZ PROFİLAKSİ SONRASI GELİŞEN GEÇ İNKÜBASYON SÜRELİ P.VİVAX OLGUSU

Serkan Enki[1], Habip Gedik[2], Sevtap Gürsoy[2], Tuğrul Burak Genç[1], Yıldız Okuturlar[1], Kadriye Kart Yaşar[2]

[1]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Giriş: Sıtma (Plasmodium) endemik bölgelere seyahat sırasında bulaşabilen ve sık karşılaşılan enfeksiyon hastalıklarındandır. Kuluçka süresi ortalama 7 - 30 gün kadardır. Bu bildiride seyahat sonrası geç dönemde ortaya çıkan bir sıtma olgusu sunulmuştur.

Olgu: Yaklaşık 2 ay önce Liberya'ya seyahat öyküsü olan 25 yaşındaki erkek hasta enfeksiyon polikliniğine 2-3 günde bir olan ateş ve terleme şikayeti ile başvurdu. Liberya' da kaldığı sürece sıtma için yetersiz ve düzensiz profilaksi aldığı öğrenildi. Servise yatırılan hastanın yapılan tetkiklerinde hemoglobin: 10,8 g/dl, hematokrit: 34, trombosit: 103.000/mm^3, lökosit: 8600/mm^3, sedimantasyon: 41mm/saat, CRP: 10,6mg/dl, LDH:653 U/L olarak saptandı. Yapılan batın USG'de karaciğer 17 cm, dalak 18,5 cm olarak ölçülüp doku içi dağılımları normaldi. Hastanın Akciğer grafisinde infiltrasyon ve influenza mevsimi olması nedeniyle gemifloksasin 320 mg 1x1 ve oseltamivir 75 mg 2x1 başlandı. Hastanın influenza tetkiki negatif sonuçlandı. Hastaya periferik yayma ve kalın yayma yapıldı. P. vivax sıtması tanısıyla Artemether lumefantrine 2x4 tablet (3gün), primakin 7,5 mg 2x1 tablet (14 gün) başlandı. İki hafta sonra kontrole gelen hastanın bakılan kan tahlilleri normal bulundu.

Tartışma: Endemik bölgeye seyahat sonrası sıtma kliniğinin ortaya çıkması bazen aylar hatta yıllar sonra Plasmodium vivax ve P. ovale türlerinde akut enfeksiyon ve relapsa bağlı olarak görülebileceği akılda tutulmalıdır. Yetersiz ve uygunsuz profilaksi alan kişilerde sıtma gelişebileceği endemik bölgelere seyahat eden kişilere vurgulanmalıdır. Ateş tetkiki yapılan hastalara şehir dışı seyahat öyküsü ve profilaktik ilaç alımı muhakkak sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimler: plasmodium vivax, profilaksi, uzamış inkübasyon

PS-098

HIV (+), MESANE KANSERİ VE KARBAPENEM-DİRENÇLİ ENTEROBACTER CLOACAE' YA BAĞLI İDRAR YOLU ENFEKSİYONU OLGUSU

Serkan Enki[1], Sevtap Gürsoy[2], Habip Gedik[2], Tuğrul Burak Genç[1], Yıldız Okuturlar[1], Kadriye Kart Yaşar[2]

[1]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Giriş: Üriner sistem enfeksiyonları (ÜSE) günümüzde tüm yaş gruplarında, en sık görülen bakteriyel enfeksiyonlardır. ÜSE fonksiyonel veya yapısal anomalilerin olup olmamasına göre komplike olmayan ya da komplike ÜSE olarak sınıflandırılır. Komplike ÜSE fonksiyonel veya yapısal anomalileri olan üriner sistemde gelişen enfeksiyondur. Bu çalışmamızda HIV (+) mesane kanseri ve Karbapenem-Dirençli P. aeruginosa' ya bağlı ÜSE olgusu sunulmuştur.

Olgu: Mesane kanseri ve HIV nedeniyle takip edilen hastada mesane kanseri nedeniyle üçüncü operasyon planlanırken hastanın idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma, ateş şikâyetlerinin olması nedeniyle istenen tam idrar tahlilinde eritrosit:241, lökosit:28, lökosit esteraz: ++, eritrosit: +++ olarak saptandı. Diğer laboratuar bulguları: CRP: 0,3 mg/dl, lökosit: 6500/mm^3, sedimentasyon: 40mm/saat idi. Bakılan kan kültüründe Enterobacter cloacae >100.000 cfu/ml ve sadece kolistine duyarlı saptandı. Bunun dışında bakılan laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri normaldi. Hastaya tigesiklin 100 mg yükleme 2x50 mg idame, kolistin 300 mg yükleme 2x150 mg (iv) idame başlandı. Tedavinin 15. gününde hastanın şikâyetleri belirgin olarak azaldı, yenilenen idrar kültüründe üreme olmadı. Hasta operasyon için ürolojiye yönlendirildi.

Sonuç: Karbapenem direnci ülkemizde ve dünyada ciddi bir tehlike olarak tedavi seçiminde genellikle kolistin dışında bir seçenek bırakmamaktadır. Bu dirençli bakteri enfeksiyonlarının tedavisinde kolistinle birlikte diğer antibiyotiklerin kombinasyonu sıklıkla kullanılmaktadır. Kolistinin diğer antibiyotiklerle kombinasyonu heterojen direnç gelişimini engellemek üzere ve mortaliteye olumlu katkısı nedeniyle kullanımı önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: üriner sistem enfeksiyonu, karbapenem direnci, Enterobacter cloacae, HIV, mesane kanseri,kolistinle kombinasyon

PS-099

BRUSELLA EPİDİDİMOORŞİTİ; OLGU SUNUMU

Muharrem Bayrak, Kenan Çadırcı, Belma Sevim, Ayşe Çarlıoğlu

Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Testiste akut olarak büyüme yapan nadir nedenlerden birisi de Brusella epididimoorşitidir. Brusellozun endemik olduğu yerlerde testis büyümelerinin ve/veya epididimitin ayırıcı tanısında Brusella infeksiyonu da akla gelmelidir.

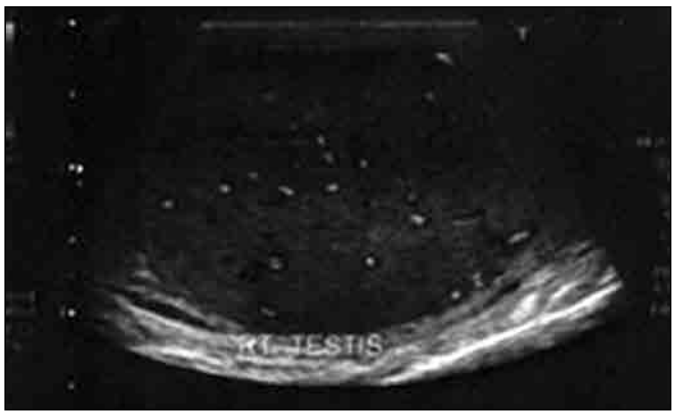
Bu bildiride bruselloza bağlı olarak gelişen unilateral epididimoorşit olgusu sunulmuştur.

Olgu: 37 yaşında hayvancılıkla uğraşan erkek hasta. İki hafta önce sağ testisinde şişlik, ağrı ve kızarıklık nedeniyle orşit tanısı konulup ampisilin/sulbaktam başlanmış. Tedavi ile şikâyetleri gerilemeyince kliniğimize refere edilmiş.

Sistem sorgusunda halsizlik ve testislerde ağrı dışında özellik yoktu. Fizik muayenede; ateşi 39^c olan hastanın sağ skrotumunda hiperemi, ağrı ve sağ testis boyutunda artma tespit edildi. Diğer sistem muayeneleri ise normaldi. Laboratuar incelemesinde de; Rose Bengal testi pozitif, Wright aglütinasyonu 1/320 titrede pozitif ve kan kültüründe Brusella Melitensis üremesi olan hastanın diğer labaratuar tetkiklerinde özellik yoktu (hemohram, biokimya, tam idrar tetkiki). Skrotal Doppler USG'de sol testis boyutu ve parankim ekojenitesi normal, sağ testis boyuntunda artış (66x40x55mm), skrotal cilt kalınlığında artış, sağ epididim kanlanmasında artış, kord ve venöz yapılar etrafında yoğun ekojen yumuşak doku görünümü izlendi. Bruselloza bağlı olarak geliştiği düşünüldüğü için biopsi yapılmadan medikal tedavi başlandı. Tetrasiklin 200 mg/gün po ve Rifampisin 900mg/gün po, seftriakson 2 gr/gün iv, nonsteroid tedavi başlandı. Tedavinin 10. gününde semptom ve bulguları düzelen hasta, oral antibiyotik tedavisini 6 haftaya tamamlamak ve poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Brusellozda, genitoüriner tutulum %2-4 oranındadır. Bruselloza bağlı olarak gelişen granülomatöz orşit, akut veya kronik olarak genellikle tek taraflı şişlik şeklinde ortaya çıkar. Erkeklerde, en sık tek taraflı epididimoorşit ile kendini gösterir. Bizim hastamızda da tektaraflı epididimorşit tablosu mevcuttu. Epididimoorşit, sistemik hastalığın seyri esnasında ya da yetersiz tedavi görmüş olgularda görülebileceği gibi, sistemik hastalık belirtileri olmaksızın tek klinik belirti olarak da ortaya çıkabilir.

Anahtar Kelimler: Bruselloz, epididimoorşit



Şekil 1. Brusella Skrotal Dopler USG

PS-100

SİTOMEGALOVİRÜS PNÖMONİSİ: ATEŞLİ İMMÜNSUPRESE HASTADA KAÇIRILMAMASI GEREKEN TANI

Abdullah Tarık Aslan[1], Nursel Çalık Başaran[1], Lale Özışık[1], Emre Yekedüz[1], Gökhan Metan[2], Şule Apraş Bilgen[3]

[1]*Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı*
[2]*Hacettepe Üniversitesi Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları*
[3]*Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı*

Giriş: İmmünsuprese hastalarla artık günlük pratiğimizde sık olarak karşılaşmaktayız. Bu hasta gruplarında inatçı belirti ve bulgular varlığında sitomegalovirüs (CMV) gibi fırsatçı infeksiyonlar mutlaka araştırılmalıdır.

Olgu: Bilinen hipertansiyon ve diabetes mellitusu olan 55 yaşındaki bayan hasta ekim 2014'de sağ diz arkasında şişlik, ağrı, ısı artışı ve kızarıklıkla doktora başvuruyor. Tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (crp) seviyeleri yüksek gelmesi üzerine Romatoloji bölümüne yönlendirilmiş. Eş zamanlı olarak hastada yaygın vücut ağrısı, sabah tutukluğu, gece terlemesi, baş ağrısı ve çene klaudikasyosu başlamış. Öyküsünde tekrarlayan oral aft, saç dökülmesi, iştahsızlık ve kilo kaybı olduğu öğrenilmiş. Hastaya yapılan tetkikleri sonucunda temporal arterit ön tanısıyla deltakortril ve metotreksat tablet başlanmış. Hastanın 3 ay içinde semptomlarında belirgin düzelme olmuş ve tedaviden fayda görmüş. İmmünsupresif tedavinin 4. ayında ateş ve öksürük şikayeti başlamış. Akut bronşit tanısıyla dış merkezde 14 gün antibiyotik tedavisi almış. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ paraözefagial büyümüş lenf nodu, her iki akciğerde bazallerde daha belirgin buzlu cam dansiteleri, az miktarda retiküler dansiteler, her iki akciğerde küçük hava yolu hastalığı ile uyumlu düşük dansiteli alanlar tespit edilmiş. Hastanın antibiyotik tedavisi 4 haftaya uzatılmış. Ancak antibiyotik tedavisine rağmen geçmeyen öksürük, nefes darlığı, aralıklı ateş, halsizlik ve iştahsızlık olması üzerine etiyoloji araştırmak üzere İç Hastalıkları servisine yatırıldı. Fizik muayenesinde ateş: 37.8 °C, kb:120/70 mmhg, genel durumu iyi idi. Fizik muayenesinde akciğerde nadir ince raller saptandı. Kan tetkiklerinde hb: 9.8 g/dl, lökosit 6300/μL, ESH: 5 mm/st, crp:6.9 mg/dl, biyokimya, elektrolitler, prokalsitonin, tiroid fonksiyonları, idrar tetkiki normaldi. Hastanın aralıklı olan ateşlerine yönelik yapılan tetkiklerinde: ANCA, quantiferon, periferik yayma, plasmodium aranması, brucella aglütinasyonu negatif geldi. Demir eksikliği anemisi olması üzerine ve malignite aranması açısından gastroskopi ve kolonoskopi yapıldı sonuçları normal geldi. Vaskülit açısından çekilen BT anjiografileri normal geldi. Transtorasik ekokardiyografisinde vejetasyon görülmedi. Alınan kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Kontrol için çekilen toraks BT'sinde sağ paraözafagiyel ve toraks üst girişi düzeyinde büyümüş lenf nodları, her iki akciğerde milimetrik nodüller, tomurcuklanmış ağaç görünümleri, parankimal opasiteler şeklinde viral infeksiyonu düşündüren bulgular saptandı. Hastaya bronkoskopi yapıldı ve bronkoalveoler lavaj (BAL) alındı. Hastanın serumdan gönderilen sitomegalovirüs (CMV) virüs yükü 6825 kopya/mL ve BAL CMV virüs yükü 1.162.017 kopya saptanması üzerine CMV pnömonisi tanısıyla intravenöz gansiklovir tedavisi başlandı. Hastanın tedavi altında ateş ve konstitüsyonel semptomlarında düzelme gözlendi. Kemik iliği ve BAL örneklerinden tüberküloz incelemeleri negatif geldi.

Sonuç: CMV infeksiyonları immünsuprese hastalar için önemli bir sorundur. Özellikle dispne, ishal, ateş gibi uzun süreli ve nedeni bulunmayan şikayetleri olan immünsuprese hastalarda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: nedeni bilinmeyen ateş, immünsupresyon, sitomegalovirüs

PS-101

ATİPİK PREZENTASYONLU BİR SUBAKUT ENDOKARDİT OLGUSU

Nursel Çalık Başaran[1], Abdullah Tarık Aslan[1], Lale Özışık[1], Bülent Altun[2]

[1]*Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı*
[2]*Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı*

Giriş: İnfektif endokardit farklı klinik prezetasyonlarla kendini gösteren, morbidite ve mortalite oranı yüksek önemli bir infeksiyon hastalığıdır.

Olgu: Iraklı, 51 yaşında bir erkek hasta 1 ay önce başlayan nefes darlığı ve hemoptizi şikayetiyle Irak'da doktora başvurmuş. Yapılan incelemelerde kalp kapaklarında ve böbrek fonksiyonlarında bozukluk olduğu söylenmiş. Hasta Ankara'da bir kalp merkezinde değerlendirilmiş ve hemoglobin: 8.6 g/dl, serum kreatinin: 6.6 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH):76/dk, serum albümin: 2.6 g/dl olması üzerine nefrolojiye yönlendirilmiş. Hacettepe Üniversitesi Nefroloji Bölümünde görülen hastada ultrasonografi ile böbrek boyutlarının 13.6 cm ve böbrek parankiminde artış olduğu saptanmış. Hasta, böbrek yetmezliği ve kardiyak probleminin etyolojisini araştırmak üzere İç Hastalıkları servisine yatırıldı. Hasta Kürtçe dışında dil bilmediği ve bir tercümanı olmadığı için iletişim İngilizce bilen yakını aracılığıyla kuruldu. Hastanın öyküsünden kalp ile ilgili problemin ne olduğu anlaşılamadı ve ellerinde kan sonucu dışında bir tetkik sonucu yoktu. Sistem sorgulamasında ateş, nefes darlığı, öksürük, balgam, çarpıntı, göğüs ağrısı, oliguri dahil anlamlı bir pozitiflik olmadığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde hasta soluk görünümde, genel durumu iyi, kan basıncı 130/80 mmhg, nabız 78/dk ritmik saptandı. Aortik odakta daha belirgin olarak tüm kalp odaklarında duyulan 5/6 derece diastolik üfürüm dışında pozitif bulgu saptanmadı. Kan sayımında hemoglobin 8.9 g/dl, lökosit 8400 / μL, nötrofil 5900 / μL, ESH: 86 mm/st, c-reaktif protein: 4.22 mg/dL, proklasitonin:0.4 ng/mL, kan üre azotu: 71 mg/dl, serum kreatinin: 7.03 mg/dl, glomerüler filtrasyon hızı: 8 ml/dk, fosfor: 8 mg/dl, serum albümin 2.94 g/dl, globülin 3.64 g/dl, idrar rengi kırmızı, dansitesi 1008, eritrosit 310/hpf idi. İdrar kültüründe bakteri üremedi. Hepatit markerları, tüm otoimmün markerları negatifti. Anemi parametreleri kronik hastalık anemisi ile uyumlu geldi. Günlük idrar protein atılımı 2 g/gün idi. Serum protein elektroforezinde monoklonal band saptanmadı. İdrar protein elektroforezi ve immunfiksasyon testleri henüz sonuçlanmadı. Hastaya böbrek biyopsisi yapıldı. Böbrek biyopsisi sonucu diffüz proliferatif glomerulonefrit ile uyumlu geldi. Fibrinoid nekroz, granülomatöz reaksiyon, immun kompleks birikimi gözlenmedi. Hastaya aynı gün yapılan transtorasik ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %55, pulmoner arter basıncı 65 mmhg, 4. dereceden aort ve mitral yetmezlik, mitral kapak uç kısmı prolabe ve aortik küspis üzerinde 7x3 mm boyutunda vejetasyonla uyumlu görünüm görülmesi üzerine transözefagial ekokardiyografi yapıldı. Mitral kapak anterior leaflet 4x2 mmlik ve aortik kapak non-koroner küspiste 12x3mm boyutunda vejetasyon saptandı. Böbrek biyopsi örneği endokardit tanısı ile tekrar değerlendirildiğinde böbrek biyopsisi infektif endokarditle ilişkili diffüz proliferatif glomerülonefrit olarak kabul edildi. Hastanın kan kültürleri alındıktan sonra antibiyotik tedavisi empirik olarak başlandı.

Sonuç: İnfektif endokardit mortalite ve morbiditesi yüksek bir infeksiyondur. Akut glomerülonefrit endokarditin önemli bir komplikasyonudur. Glomerulonefrit olgularında infektif endokardit akılda tutulmalı ve hastalar bu açıdan titizlikle sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimler: infektif endokardit, akut glomerülonefrit

PS-102

ARTEMETHER-LUMEFANTRİNE DİRENÇLİ FALSİPARUM SITMASI OLGUSU

Tuğrul Burak Genç[1], Sevtap Gürsoy[2], Habip Gedik[2], Serkan Enki[1], Yeşim Özdem İnan[1], Yıldız Okuturlar[1], Kadriye Kart Yaşar[2]

[1]*Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği,İstanbul*
[2]*Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği,İstanbul*

Giriş: Sıtma, *Plasmodium* ailesine ait protozoonların dişi anofel cinsi sivrisinekler ile insanlara bulaşması ile oluşur.Sıklıkla ateş nöbetleri, anemi ve splenomegali ile seyredip, başlangıçta akut, tedavi edilmediğinde ise kronikleşme eğilimi gösteren paraziter bir infeksiyondur.

Plasmodium falsiparum özellikle tropikal bölgede sık karşılaşılan, eritrositlerin tüm formlarını infekte etmesi ve ilaçlara dirençli olması nedeniyle prognozu en kötü olan sıtma türüdür. Artemether-lumefantrine *P. falsiparum* sıtmasında çoğu ülkede ilk tercih olarak kullanılır, altı dozluk ilaç rejimi %97'ye varan kür oranlarına ulaşmaktadır. Bu olguda iki kür artemether-lumefantrine tedavisine rağmen nüks gelişen bir falsiparum sıtması olgusunu sunmayı amaçladık.

Vaka: 37 yaşında Kırgız uyruklu erkek hasta. Tanzanya' ya düzenlediği bir iş seyahatinden sonra ateş ve boğaz ağrısı şikâyeti olması üzerine aile hekimi-

ne başvurmuş, hastaya üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile antibiyoterapi başlanmış. Şikâyetleri gerilemeyen hasta acile yüksek ateş ve bilinç bulanıklığı şikâyeti ile başvurdu. Hasta dehidrate görünümlü idi, ateşi 39,2°C ölçüldü. Hastanın tetkiklerinde trombosit $38x10^3$ /L, total bilirubin: 3,34 mg/ dl, direk bilirubin: 1,28 mg/ dl, indirek bilirubin: 2,06 mg/dl, laktat dehidrogenaz 364 I/L olarak saptandı. Hastanın periferik yaymasında %20 oranında *P. falsiparum* ile infekte eritrosit saptandı. Hastaya 3 gün artemether-lumefantrine verildi. Tedavi sonrası kontrol periferik yaymasında enfekte eritrosit oranı %5 olarak saptanması üzerine hastaya tekrar 3 gün oral artemether lumefantrine uygulandı. Tedavi sonrası kontrol laboratuar tetkiklerinde ve periferik yaymasında patolojik bulgu saptanmaması üzerine hasta taburcu edildi. Hastaneden çıkışının yedinci gününde benzer şikâyetleri olması nedeniyle hasta tekrar interne edildi. Periferik yaymasında %10 enfekte eritrosit saptandı. Hastada ilaç direnci düşünülerek oral kinin ve doksisiklin başlandı. Tedavinin 3.gününde hastada uzamış qt oluşması nedeniyle kinin kesildi, tedaviye atovakon/proguanil (3 gün) ile devam edildi. Takiplerinde periferik yaymasında enfekte eritrosit görülmeyen hastanın rutin laboratuar tetkiklerinde patoloji saptanmaması üzerine taburcu edildi.

Sonuç: Artemether-lumefantrine falsiparum sıtmasında ülkemizde ilk tercih olarak kullanılmaktadır, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tedavinin %95 üzerinde kür sağladığını bildirmiştir. Bu vakada olduğu gibi günlük pratikte dirençli vakalar görülmektedir. Artemether-lumefantrine yan etki profili açısından güvenilir olmakla birlikte, direnç açısından takip edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimler: Artemether-lumefantrine, falsiparum sıtması, direnç



Şetik 1.

Tablo 1. Laboratuvar Bulguları

	Hasta	Referans
CRP	39	0-5 mg/dl
Sedimentasyon	18	mm/h
Lökosit	6.16	4,6-10,2 K/Ul
Hemoglobin	10.8	12,2-18,1 g/dl
Hematokrit	31.3	37,7-53,7 %
Trombosit	178	142- 424 K/ul
Üre	56	21-43 mg/dl
Kreatinin	0.9	0,57-1,11mg/dl
AST	20	0-55 U/L
ALT	6	5-34 U/L
Sodyum	140	136-145 mmol/L
Potasyum	3.4	3,5-5,10 mmol/L
Kalsiyum	8.1	8,4-10,2 mg/dl
Albumin	2.6	3,2-4,6 g/dl
Total Bilirübin	0.7	0,2-1,2 mg/dl
Direkt Bilirübin	0.3	0-0,50 mg/dl
Kreatinin kinaz	81	29-168 U/L

PS-103

BORİK ASİT ZEHİRLENMESİ: BİR OLGU SUNUMU

Oğuz Karabay[1], Fatma İnci Can[2], Sevgi Alan[1], Burak Can[3], Ali Tamer[2]

[1]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
[2]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]Sakarya Toyotasa Acil Yardım Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Borik asit antiseptik ve insektisid olarak kullanılan bir kimyasaldır. Temas halinde akut ve kronik zehirlenmelere neden olabilmektedir. Yara antiseptiği olarak uzun süreli kullanımı zehirlenmelere sebep olabilmekle beraber zehirlenme durumunda tanı koymak güçtür. Ana belirtiler ve bulgular; kusma, ishal, hıçkırık, saç dökülmesi, cilt döküntüsü, kas seğirmesi, yüz-el ve ayak kaslarında seğirme, ateş, idrar çıkışında azalma, konvülsiyon, dolaşım yetmezliği ve komadır. Bu bildiride, dört aydır borik asit kullanan ve buna bağlı zehirlenme gelişen bir vakayı sunduk.

Olgu: Seksen iki yaşında kadın hasta 4 aydır günde 6-8 kez ishal şikayeti ile hastanemiz enfeksiyon hastalıları kliniğine yatırıldı. Özgeçmişinde 38 yaşındayken total abdominal histerektomi ve bilateral salpingoooferektomi ve postmenepozal osteoporoz öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde yaklaşık 5cm çapında 3-4 cm derinliğinde yatak yarası saptandı (Resim 1). Tetkiklerinde hipoalbuminemi, hipopotasemi ve anemi saptandı (Tablo 1). Elektrolit ve kan replasmanı yapıldı. Gaita mikroskobide lökosit ve parazit görülmedi. Alınan Gaita kültüründe ve kan kültüründe üreme saptanmadı. Hastanın hikayesi irdelendiğinde sağ gluteal bölgede yatak yarasının altı aydır mevcut olduğu, dört aydır pansuman yaparken borik asit kullanıldığı öğrenildi. Hastanın yaklaşık dört aydır yakınmalarının başladığı, aşırı sinirlilik, çabuk heyecanlanma, saçlarda dökülme, ağız ve bacakta seyirme yakınmalarının eklendiği tespit edildi. Yara bakımı için evde kullandığı borik asit yerine polividon iyot kullanıldı. Borik asidin kesilmesiyle birlikte hastanın ishali, bacalarındaki seyirme geçti. Aşırı sinirlilik ve çabuk heyecanlanma azaldı. Kliniği ve yapılan tetkikler sonrasında ayırıcı tanıda borik asit zehirlenmesinin bu bulgularla geleceği düşünülerek şikayetleri borik asit zehirlenmesine bağlandı.

Sonuç: Hastamızda, borik asit zehirlenmesinde tanımlanmış bütün semptomlar gelişmiş olmakla birlikte psikiyatrik semptomlar ön planda idi. Psikiyatrik semptom ve bulgulara ait bildirilmiş az sayıda olgu vardır. Bunların başlıcaları deliryum ve sinirliliktir. Litovitz ve arkadaşlarının yaptığı retrospektif çalışmada, borik asit yutan 784 hasta incelenmiş ve %88.3'ünün asemptomatik olduğu gözlemlenmiştir. Semptomatik olanlar içinde en sık sebep kusma, karın ağrısı ve ishal olarak rapor edilmiştir. En az gözlenen şikayetler ise letarji, baş dönmesi, baş ağrısıdır. Bu seride psikiyatrik bozukluklar rapor edilmemişti. Sunduğumuz bu vakada ise sinirlilik, anksiyete gibi psikiyatrik yan etkiler oldukça belirgindi ve borik asit maruziyeti kesildikten sonra psikiyatrik yakınmalarda düzelme sağlandı.

Yara antiseptiği olarak birçok alternatifin olduğu günümüzde borik asit kullanımından kaçınılmalıdır. Borik asit kullanılması halinde yara yerine uygulansa bile hayatı tehdit edebilen ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Borik asit uygulanan hastada psikiyatrik semptomlar varsa zehirlenme akla gelmelidir.

Anahtar Kelimler: Borik asit, zehirlenme, yan etki

PS-104

GÜNÜMÜZDE NADİR BİR ENFEKSİYÖZ NEDEN: SALMONELLA TYPHİ BAKTERİYEMİSİ

Şeref Demirbaş, Musa Barış Aykan, Erol Arslan, Kenan Sağlam

GATA, İç Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Salmonella cinsi bakteri grubu, asemptomatik taşıyıcılık ile beraber klinik hastalık da yapabilir. Salmonellalar hareketli, gram negatif, spor yapmayan basillerdir. Bulaş, kontamine su veya besinle olup kontaminasyonun ana kaynağı fekal kontaminasyondur. Salmonella bakteriyemisi olan olgular genellikle günler ve haftalar süren ateş, halsizlik, kilo kaybı gibi şikayetlere sahip olurken gastrointestinal yakınmalara sık olarak rastlanmaz. Biz burada, 20 yaşındaki erkek hastada gelişen atipik seyirli salmonella typhi bakteriyemisini sunduk.

Olgu: Yirmi yaşında erkek hasta İç Hastalıkları kliniğine son iki aydır mevcut olan ateş, gece terlemesi, kilo kaybı ve halsizlik şikayetleri nedeniyle kabul edildi. Anamnezinde, gecede 2-3 atlet değiştirecek seviyede gece terlemesinin, son iki ayda 5 kg seviyesinde kilo kaybının, 38 C^0 geçen ateşinin olduğu ve günlük aktivitelerini engelleyecek düzeyde halsizlik şikayetinin olduğu öğrenildi. Karın ağrısı, ishal veya kabızlık şikayeti bulunmuyordu. Aile öyküsünde Brucella enfeksiyonu bulunan hastada kliniğe başvurusundan önce değerlendirildiği sağlık merkezinde bu enfeksiyonu dışlanmıştı fakat çeşitli antibotikler kullanım öyküsü de vardı. Fizik muayenesinde ateşi 38.5 C^0, dil kuru ve dalak kosta altında palpe ediliyordu. Diğer fizik muayenesi haricen normaldi. Kan ve idrar kültürleri ile diğer tetkikleri planlandı. Laboratuvarda Bk: 5.400/mm^3, Hgb: 12.3 gr/dl, Plt: 203000, Sedim:27mm/saat, CRP: 18 olarak saptandı. Diğer rutin tetkikleri normal sınırlarda saptandı. TORCH markerları ve Mono Test negatif saptandı. Batın ultrasonunda dalak boyutu 135 mm olarak saptandı. Bu süreçte alınan kardiyoloji konsültasyonu ile enfektif endokardit dışlandı. Hastadan istenen kan kültüründe SalmonellaTyphi üremesi olması üzerine "Salmonella Bakteriyemi-

si" tanısı ile antibiyogramda duyarlı olan siprofloksasin flakon tedavisi başlandı. Hastanın enfeksiyon hastalıkları kliniğine nakli yapıldı.

Sonuç: Günümüzde hijyen koşullarının gelişmesi ile tipik salmonella infeksiyonlarına nadir olarak rastlanmaktadır. Ateş, kilo kaybı, gece terlemesi gibi şikayetlere sahip olan olgularda, enfeksiyon hastalıkları araştırılırken salmonella kaynaklı klinik durumlar, özellikle antibiotik kullanımına bağlı olarak atipik seyirli olabileceği ve böylelikle gözden kaçabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Salmonella typhi, ateş, gece terlemesi, kilo kaybı.

PS-105

LİPİD AFEREZİ İLE TEDAVİ EDİLMİŞ, HİPERTRİGLİSERİDEMİYE BAĞLI AĞIR SEYİRLİ AKUT PANKREATİT OLGU SUNUMU

Kübra Erol Kalkan[1], Elif Güven[1], Nazan Demir[2], Sümeyra Yıldırım[3], Ekmel Burak Özşenel[1], Hüseyin Alkım[4], Fatih Borlu[1]

[1]TCSB Şişli Hamidiye Etfal Eğt. ve Arşt. Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]TCSB Ağrı Tutak Devlet Hastanesi
[3]TCSB Ağrı Patnos Devlet Hastanesi
[4]TCSB Şişli Hamidiye Etfal Eğt. ve Arşt. Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Akut pankreatit insidansı yılda 1-5/10.000 arasında değişmektedir. Akut pankreatite neden olan faktörlerin %70'inden fazlasını alkolizm ve biliyer hastalıklar oluşturmaktadır. Hipertrigliseridemi (HTg) en sık nedenler arasında üçüncü sıradadır. Trigliserid (Tg) düzeyi 1000 mg/dL'nin üzerine çıktığında pankreatit riski artmaktadır. HTg'ye bağlı gelişen akut pankreatitler daha ağır seyirli olduğu için uygun tedavi hayati önem kazanmaktadır.

Olgu: 50 yaşında erkek hasta acile yaklaşık 2 saat önce, yemek sonrası başlayan, epigastrik bölgeden sırta-bele kuşak tarzında yayılan şiddetli karın ağrısı ve kusma şikayetleriyle başvurdu. Daha önceden bilinen HTg dışında kronik hastalık öyküsü olmayan hastaya, bu nedenle fenofibrat tedavisi önerildiği ancak kullanmadığı öğrenildi. Hastanın muayenesinde TA: 110/70mmHg, nds: 80/dk, ateş: 37°C, DSS: 16/dk idi. Epigastrik bölgede hassasiyet mevcut fakat defans-rebound (-), murphy (-) idi. Akciğer grafisinde sol kostofrenik sinüs kapalıydı. Batın US'de; safra kesesinde taş görülmedi, perikolesistik sıvı yoktu, İHSY ve koledok normaldi. Pankreas net değerlendirilemedi. Batın BT'de; KC doğal, pankreas boyutları artmış görüldü, peripankreatik alanda ve pelviste serbest sıvı izlendi, pankreatik nekroz lehine bulgu saptanmadı. Ayrıca sol hemitoraksta plevral efüzyon izlendi. Yapılan tetkiklerde görülen amilaz, lipaz ve Tg yükseklikleri sonucu hasta HTg'ye bağlı akut nonbiliyer ödematöz pankreatit olarak değerlendirildi ve geliş RANSON SKORU 2 olarak hesaplandı. Hastanın acildeki, 48. saatteki ve çıkışındaki tetkikleri tablo 1'de görülmektedir. Hastanın oral alımı kapatıldı, iv hidrasyon başlandı, seftriakson 2x1gr ve ppi 2x1 iv verildi. Hastanın takiplerinde akut renal yetersizlik, akut faz reaktanlarında artış, hipokalsemide derinleşme ve anemi gelişti. Kan gazında (Ph: 7.34, PCO2: 29 mmHg, PO2: 69 mmHg, HCO3: 15,3 mmol/l, BE: -8,9, Anyon gap: 18,7) artmış anyon gapli metabolik asidozu olan hastanın 48. saat RANSON SKORU 5 olarak hesaplandı. Çekilen kontrol kontrastsız batın BT'de, pankreas boyutları diffüz olarak artmıştı, fakat nekroz-enfekte nekroz varlığı net değerlendirilemedi. Batın içerisinde yaygın serbest sıvı ve her iki hemitoraksta effüzyon izlendi. Ağır seyirli pankreatit olarak değerlendirilen hastanın iv hidrasyonu 250cc saate çıkarıldı. Antibiyoterapisi, imipenem 4x250 mg olarak değiştirildi. Yapılan lipid elektroforezi sonucu hastada Ailevi Tip 4 Hiperlipidemi düşünüldü ve gastroenteroloji kararı ile Tg aferezi planlandı. Katater takılıp 3 gün üst üste aferez işlemi yapıldı. Kontrol Tg düzeyi 128mg/dl saptanınca kateteri çekildi. Tedaviye klinik ve laboratuvar yanıt alınan hasta tedavisinin 14.gününde taburcu edildi.

Sonuç: Akut pankreatit ataklarının %10'unu HTg oluşturmaktadır. Tg düzeyi 1000 mg/dL'nin üzerinde seyreden hastaların %15-20'sinde pankreatit gelişmektedir. Klinik olarak diğer etiyolojilere bağlı pankreatitlerle bir fark bulunmamasına karşın, HTg'ye bağlı gelişen pankreatitler daha ciddi ve komplikasyonlu seyredebilmekte, tedavisi de farklılık göstermektedir. Destek tedavinin yanı sıra; diyet, antihiperlipidemik ilaçlar, insülin (diyabetik hastalarda) ve/veya heparin tedavisi kullanılmaktadır. Tg aferezinin mortalite ve morbidite üzerine etkisini araştıran yeterli çalışma olmaması nedeniyle kılavuzlara henüz girmemiş olmasına karşın, literatürde bizim olgumuzda olduğu gibi, aferez ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiş HTg'ye bağlı pankreatit vakaları yer almaktadır.

Anahtar Kelimler: hipertrigliseridemi, ağır seyirli akut pankreatit, trigliserit aferezi

	GELİŞ	48. SAAT	ÇIKIŞ		GELİŞ	48. SAAT	ÇIKIŞ
GLUKOZ (mg/dl)	162	98	120	Mg (mg/dl)	-	1.26	1.71
ÜRE (mg/dl)	25	77	17	P (mg/dl)	-	2.2	3.8
Cr (mg/dl)	0.7	2.8	0.6	Cl (mg/dl)	-	94	-
AST (U/L)	37	35	31	Ferritin (ng/ml)	-	920	-
ALT (U/L)	16	17	23	aPTT (sn)	-	3	-
ALP (U/L)	28	28	30	PTZ (sn)	-	13	-
GGT (U/L)	44	44	13	INR	-	1.12	-
LDH (U/L)	995	900	428	WBC	19.600	20.440	14.600
T.Bilirubin (mg/dl)	0.8	-	0.3	Hb (gr/dl)	16	13.1	10.8
D.Bilirubin (mg/dl)	0.4	-	0.1	CRP (mg/L)	88	472	47
AMİLAZ (U/L)	693	343	59	Trigliserit (mg/dl)	-	1833	128
LİPAZ (U/L)	1860	577	32	Kolesterol (mg/dl)	-	363	
Na (mmol/L)	135	130	135	LDL (mg/dl)	-	8	
K (mmol/L)	3.8	3.9	4.2	VLDL (mg/dl)	-	339	
Ca (mg/dl)	7.6	5.4	8.8	HDL (mg/dl)	-	16	

PS-106

ORNİDAZOL KULLANIMINA BAĞLI TOKSİK HEPATİT OLGU SUNUMU

Aysun Yakut[1], Alida Ataç[2], Ahmet Numan Demir[1], Selvinaz Özkara[3], Elif Sayman[3], Uğur Özensoy[1], Hasan Dermenci[4], Refik Demirtunç[1]

[1]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul
[3]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul
[4]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İstanbul

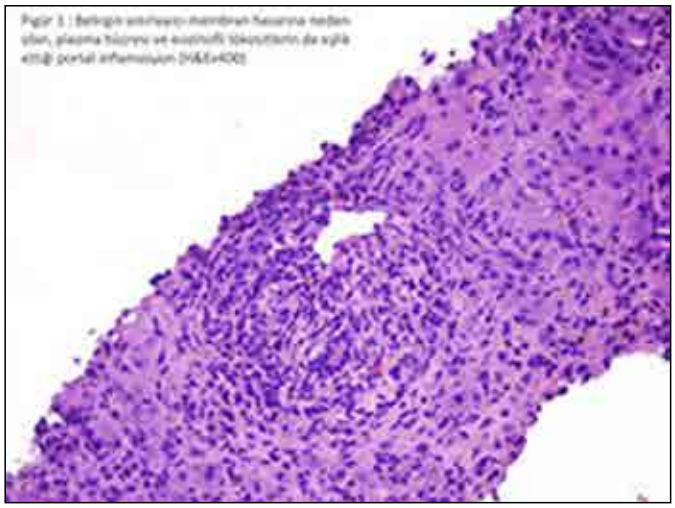
Ornidazol sentetik nitroimidazol derivesi olup anaerobik bakteri ve protozoaların neden olduğu enfeksiyonlarda tedavide kullanılır.İlaç iyi tolere edilmekle birlikte ciddi yan etkileri olabilir;hepatotoksik etkisine nadir rastlanmakta olup literatürde vaka serisi oldukça az gözlenmektedir.Konvansiyonel dozda ilaç kullanılması ile direkt hepatotoksisitenin yanında kolestatik tipte hepatitit olgularına rastlanmıştır.Ornidazol kullanımına bağlı kolestaz ile birlikte hepatit vakası burada sunulmak istenmiştir.

56 yaş kadın hasta 1 haftadır olan halsizlik,iştahsızlık,bulantı,idrar renginde koyulaşma,tüm vücutta ve gözlerde sararma şikayeti ile dahiliye polikliniğine başvurdu.Hastanın ayrıntılı anemnezinde;alkol-sigara-madde kullanımı yok,herhangi bir amaçla herbal kullanımı ya da mantar yeme öyküsü bulunmamaktadır.2001 yılında HBV tanısı konulduğu,10 gün önce diş absesi nedeniyle ornidazol başlandığı öğrenildi.Vitalleri stabil olan hastanın muayenesinde ikterik,batın orta ve sağ üst kadranda hassasiyeti olup,hepatosplenomegali saptanmadı. ALT:2028IU/L AST:2099IU/L ALP:269 IU/L GGT: 285 IU/L albumin:4.3gr/dL kreatinin:0.68mg/dL LDH:789 IU/L protein:8.3gr/dL t.bilurubin:16.4mg/dL d.bilurubin:11.19mg/dL INR:1.52 protrombin zamanı:18.7sn amonyak:66mikromol/L WBC:8.39K/uL neu%:52.8 lenf%:32.5 Hbg:14.8gr/dL Hct:44.4% MCV:83.6fL plt:117K/uL saptandı. MELD skoru:22 olan hasta kolestatik hepatit öntanısı ile interne edildi.Kaşıntısı olması üzerine ursodeoksikolik asit başlandı.Batın ultrasonunda;intrahepatik safra yolları hafifçe belirgin,tüm abdomen BT`sinde aktif patoloji yok,MR-kolanjiyografide;intrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarında patoloji yok,lümen içi ve lümen dışı obstruksiyon oluşturacak patolojik bulguya rastlanmadı.Gastroskopisinde;eritamatöz pangastrit,portal dopplerinde;trombüs ya da portal hipertansiyon saptanmadı.Trombositopenisi olan hastanın periferik yaymasında her alanda 10`un üzerinde trombosit,pseudotrombositopeni olarak değerlendirildi.Diğer laboratuvar testlerinde;monotest:negatif Anti-HCV,Anti-HIV,HBsAg,Anti-CMV IgM,Anti-rubella IgM,Anti-Toxoplazma IgM,Anti-HAV IgM negatif, Anti-Hbc IgG pozitif, IgA, IgG, IgM, IgD normal sınırda, bakır:111.5 mikrogram/dL (80-115) seruloplazmin:18mg/dL (20-60) otoimmün belirteçlerinde; anti-mitokondriyal antikor(AMA), anti-düz kas antikoru(ASMA), karaciğer böbrek mikrozomal antikor (LKM), HCV RNA, delta antikoru ve HBV DNA negatif,romatoid faktör,anti-TPO,ANA ve protein elektroforezi negatif saptandı. Karaciğer biyopsisinde;portal alanda lenfositten baskın,plazma hücresi, polimorf nüveli lökosit ve eozinofillerin eşlik ettiği infiltrasyon,safra kanal harabiyeti olan orta derecede subakut-kronik hepatit, hafif fibrozis, modifiye HAİ 11/18 saptandı.Hastada öncelikle eozinofili olması nedeniyle ornidazol kullanımına bağlı toksik hepatit düşünüldü.3. ay sonra yapılan kan tetkikinde ALT:19 IU/L AST:24 IU/L ALP:133 IU/L GGT: 34 IU/L albumin:4.1 gr/dL t.bilurubin:0.76 mg/dL d.bilurubin:0.36 mg/dL saptandı.

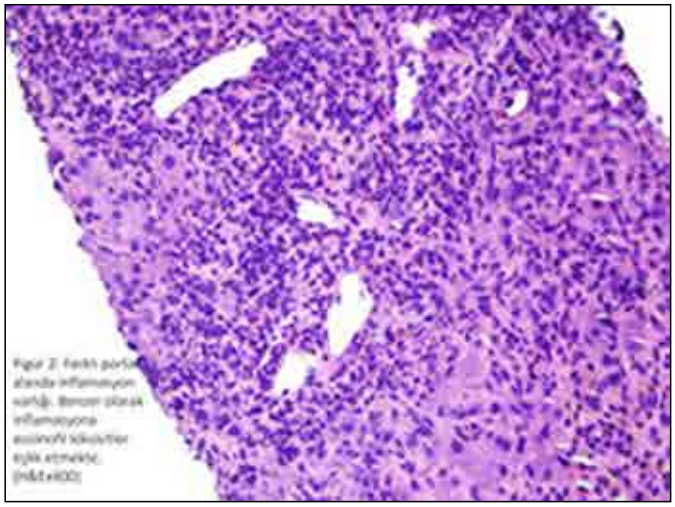
Toksik hepatitte;ana prensip hepatotoksisite oluşturan ajanın kullanımına derhal son verilmesi ve destek tedavilerinin uygulanmasıdır.Bu şekilde çoğu

toksik tablo kendiliğinden düzelir. Steroid kullanımı çok tartışmalı olmakla birlikte immün kökenli süreçlerde önerilmektedir.Vakamızda hastada kaşıntı olması üzerine ursodeoksikolik-asit verdik ve hastayı takip ettik. Sonuçta toksik hepatit yapabilecek ilaçların sorgulanmasının yanında tedavide ilacın kesilmesi ve takip önemlidir.

Anahtar Kelimler: Ornidazol, hepatit, kolestaz



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-107

MİDE NÖROENDOKRİN TÜMÖRÜ: OLGU SUNUMU

Ferzan Aydın[2], Ahmet Uyanıkoğlu[1], Emel Yiğit Karakaş[2], Hüseyin Dursun[2], Osman Yüksekyayla[2], Abdullah Urtekin[2], Fehmi Kaş[2], Rıza Altunbaş[2]

[1]Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
[2]Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Bilim Dalı.

Giriş: Nöroendokrin karsinomlar nadir tümörlerdir, gastrointestinal tümörlerin %1'inden azını oluştururlar. Mide yerleşimli nöroendokrin tümörler (NET) ise gastrointestinal NET'ler içerisinde %6 gibi çok daha gücük bir grubu oluşturur. Nonfonksiyonel tümörler karın ağrısı, ikter, bulantı ve kusma gibi tümörün büyümesi ve kitle etkisi ile semptom verirler. Erken dönemde semptom vermemektedirler. Asemptomatik tesadüfen tespit edilen mide nöroendokrin karsinomu olgusu sunulmuştur.

Olgu: 39 yaşında bayan hasta dispeptik şikayetleri olması üzerine gastroenteroloji polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde uzun süre dispeptik yakınmalrı nedeniyle proton pompa inhibitörü (PPİ) kullanımı mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde ve labarotuar tetkiklerinde özellik yoktu. Hastanın gastroskopisinde fundusta 1 cm'lik ve 0,5 cm'lik 2 adet polip görüldü. Antral mukoza hiperemik, ödemli ve atrofik görünümdeydi. Biopsi pensi ile polipektomi yapıldı. Patoloji tarafından iyi diferansiye nöroendokrin karsinom (karsinoid tümör), tümör dışı alanlarda intestinal metaplazi *helicobacter pylori* varlığı pozitif olarak raporlandı. Hastaya *helicobacter pylori* eridikasyon tedavisi başlandı. 6 ay sonra kontrol gastroskopisi planlanan hastaya gastroenteroloji ve onkoloji poliklinik takibi önerildi.

Sonuç: Endoskopinin yaygın kullanımı, biyopsinin rutin hale gelmesi ve histopatolojik tanı yöntemlerindeki gelişmeler nedeniyle mide NET polipleri giderek daha sık oranda tespit edilmektedir. Uzun süreli dispeptik şikayetleri olan ve PPİ kullanan hastalarda gastroskopi sırasında saptanan poliplerde, nöroendokrin tümör olasılığı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: nöroendokrim tümör, gastroskopi

PS-108

KRONİK AKTİF HEPATİT B TANILI HASTALARIMIZIN TEDAVİ YANITLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İbrahim Başarır

Çankırı Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları

Amaç: Kronik Hepatit B enfeksiyonunda tedavinin amacı; kalıcı viral süpresyon ile birlikte biyokimyasal düzelme, karaciğer histolojisinde iyileşmenin sağlanması ve siroz ve/veya hepatosellüler karsinom gibi geriye dönüşümsüz hasarların oluşmasını engellemektir. HBsAg'nin negatifleşmesini sağlamak ve anti-HBs antikor serokonversiyonu elde etmek oldukça güçtür. Bu araştırmada Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastorenteroloji kliniğinde tedavi edilen Kronik Hepatit B'li olguların retrospektif olarak değerlendirilerek uygulanan ajanların; antiviral etkinliklerinin ve ilaç yan etkilerinin araştırılması planlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Çalışmamızda 2001-2010 yılları arasında gastroenteroloji polikliniğine başvurmuş, klinik, patolojik ve laboratuvar değerlendirilme sonucu kronik hepatit B tanısı almış, 18 yaş üstü, takip süreleri 1 yıl ve üstünde olan; interferon, nükleotid ve nükleozid analogları ile tedavi edilmiş 182 hastanın; tedaviye yanıt ve direnç oranları ile ilaç yan etkileri incelendi.

Bulgular: Karakteristik özellikler açısından aralarında fark olmayan; entekavir kullanan 35 ve tenofovir kullanan 20 naiv hastanın, bir yıllık tedavi sonunda antiviral etkinlikleri benzer saptandı. Yetmişbeş lamivudin kullanan naiv hastada 6. ve 12. aylarda HBV DNA'nın saptanabilir kopyanın altına inmesi yüksek oranlarda görüldü (sırası ile %74 ve %76). Lamivudin sonrası tenofovir monoterapisine geçilen 14 hastanın tamamında tenofovir monoterapisiyle HBV DNA saptanabilir düzeyin altına indi ve bunlardan ikisinde YMDD mutasyonu vardı. İnterferon ve lamivudin ikili tedavi sonrası tenofovir monoterapisine geçilen 14 hastada HBV DNA'nın saptanabilir düzeyin altına inmesi oranı sırasıyla ilk yılda % 81, 2. yılda % 85'ti. Lamivudin sonrası entekavir monoterapisine geçilen 4 hastanın birinde lamivudin direnci saptandı ve bu hastada 1 yıllık entekavir monoterapisi sonrası HBV DNA negatifleşmesi gerçekleşmemiştir. İnterferon sonrası entekavire geçilen 8 hastada 2 yıllık tedavi ile %100 oranında HBV DNA saptanabilir düzeyin altına inmiştir. Lamivudin sonrası adefovir monoterapisine geçilen 7 hastadan birinde lamivudin direnci vardı ve bu olguda 1 yıllık adefovir tedavisiyle HBV DNA saptanabilir düzeyin altına indi. Lamivudin sonrası, adefovir tedavisine geçilen ancak HBV DNA düzeyi 1 yıllık tedavi ile 300 kopya/ml'nin üzerinde olan 5 hastada tenofovir monoterapisine geçildi. 12 ve 24 aylık tedavi sonunda bu hastaların tamamında HBV DNA saptanabilir düzeyin altına indi.

Sonuç: Entekavir ve tenofovir, naiv hastalarda antiviral etkinlik, yan etki ve komplians bakımından benzer özelliktedir. Tenofovir, lamivudin dirençli hastalarda yüksek etkinlikte olup ilk seçenek ilaçtır. Lamivudine direnç varlığı tenofovir cevabını etkilememektedir. Tenofovir monoterapisi; adefovire yanıtsız, suboptimal yanıtlı hastalarda dahi yüksek etkinliktedir.

Anahtar Kelimler: Kronik hepatit B, Tenofovir, Entekavir

Tablo 1. Entekavir ve tenofovir kullanan hastaların laboratuvar değerlerinin, demografik ve klinikopatolojik özelliklerinin karşılaştırılması.

Parametreler	Entekavir (n:35)	Tenofovir (n:20)	p
Yaş (yıl)	47±10	49±15	0.9
Erkek /Kadın	24/10	14/6	0.9
Tedavi süreleri (ay)	24	21	0.06
Vücut Kitle İndexi (kg/m^2)	27,3±4	25,6 ±3,7	0.06
Histolojik Aktivite İndexi	7.9	8.7	0.23
Fibrozis evresi	3.4	3.3	0.7
Siroz olan hasta sayısı	9	6	0.7
HBeAg + hasta sayısı	9	6	0.7
ALT normalizasyonu (<49 U/L)	%91	%80	0.45
HBV DNA tanı (IU/ml)	5.5x10^7	1.3x10^8	0.27
6.Ay HBV DNA <300 kopya/ml hasta (%)	%65	%75	0.62
12.Ay HBV DNA <300 kopya/ml hasta (%)	%88	%75	0.37
24.Ay HBV DNA <300 kopya/ml hasta (%)	% 100 (21/21)	% 81 (9/11)	0.21
HBeAg serokonversiyonu	%33	%33	0.7
ALT tanı (U/L)	157	169	0.9
ALT 12.ay (U/L)	26	38	0.1
ALT 24.ay (U/L)	25	29	0.5

PS-109

KARIN AĞRISIYLA GENEL CERRAHİ BÖLÜMÜNDE YATAN VE HİPOFİZER YETERSİZLİK TANISI KONULAN HASTALARIMIZIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emre Gönüllü[1], Göknur Yorulmaz[2], Emel Gönüllü[3], Sevilay Süreyya Ermiş[4]

[1]Eskişehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü
[2]Eskişehir Devlet Hastanesi,Endokrinoloji Bölümü
[3]Eskişehir Devlet Hastanesi, Romatoloji Bölümü
[4]Eskişehir Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü

Akut abdominal ağrıya kendini sınırlayan geçici durumlardan acil operasyon gerektiren durumlara kadar birçok neden sebep olabilmektedir. Toplumda çok sık görülmektedir ve acil polikliniğe başvuran hastaların %5-%10'unu oluşturmaktadır.Fakat bu hastalara tanı koyarken özellikle yaşlı hasta gruplarında hipofizer yetmezlik gibi cerrahi dışı başka patolojiler olaya dahil olabilir ya da hastalıkla birlikte gelişen stresli durum hipofizer yetersizliği ortaya çıkarabilir. Bu çalışmada ikinci basamak tek bir merkezde karın ağrısı yakınmaları olan ve genel cerrahi açısından etyolojileri belli olan fakat ek olarak da hipofizer yetersizlik saptanan hastalar değerlendirilmiştir. Amacımız karın ağrısı etyolojisini araştırırken olaylara katkıda bulunan hormon bozuklukları gibi çok sık rastlanmayan durumların da akla gelmesi gerektiğini vurgulamaktır.

İki yıl süresince akut karın ağrısı nedeniyle değerlendirilip ayırıcı tanı amacıyla hastaneye yatırılan hastalardan tetkikler sonucunda hipofizer yetersizliği saptanan 5 hastanın verilerine ulaşıldı.

Hastaların yaşları 57-80 arasında değişmekteydi (ortalama 68.6), 1 erkek (%20) ve 4 kadın (%80) hastamız mevcuttu. Hastaların hepsi karın ağrısı bulantı ve kusmayla hastaneye başvurmuştu.Hastaların 2'sinde (%40) bilier kolik, 2'sinde (%40) peptik ulcus aktivasyonu,1'inde ise(%20) paralitik ileus saptandı.Tüm hastalara batın USG yapıldı. Bilier kolik saptanan hastaların batın USG'sinde taş ve çamur tespit edildi. İleuslu hastanın USG'sinde ise kolonik anslarda distansiyon tespit edildi.

Hastaların hepsinin hormon testlerinde santral hipotiroidi düşündüren bulgular mevcuttu. Bu nedenle ön hipofiz hormonları bakıldı. Hastaların tümünde kortizol değerleri 5 μg/dL'in altındaydı. Hastaların tümüne kortizol yetmezliği ve hipotiroidi nedeniyle tedavi verildi ve diğer hormon replasmanı tedavileri gerek görülmedi. Tedavi sonrası tüm hastaların semptomları düzeldi.

Hipofizer yetersizliğin etyolojisinin araştırılması amacıyla çekilen Hipofiz MR'da 1 hastada mikroadenom (%20), 1 hasta makroadenom (%20), 1 empty sella (%20), 2 parsiyel empty sella (%40) saptandı. Mikroadenomu olan hasta nonfonksiyone adenom olarak düşünüldü makroadenomu olan hastanın ise prolaktin düzeyi yüksekti fakat hastanın optik kiazmaya basısı olması ve periferik görme alanının etkilenmesi nedeniyle bir üst merkeze cerrahi tedavi açısından refere edildi.

Anahtar Kelimler: Karın ağrısı, hipofizer yetersizlik

PS-110

TİP 2 DİYABETES MELLİTUSTA MİKST TİP KOLESTAZ: BİR OLGU SUNUMU

Ömer Faruk Duran[1], Elif Yorulmaz[2], Ahmet Şevki Kaya[1], Mine Güllüoğlu[3]

[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul
[3]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Diyabetik hepatoskleroz (DHS) siroz görülmeksizin hepatik sinozoidal fibroz ve bazal memran depositleriyle karakterize diyabetik mikroanjiopatinin yeni tanımlanmış formudur. Hiperglisemi, hipertansiyon ve/veya hiperlipidemiye bağlı sinusoidal endotel hücre hasarı sonucu gelişir. Bu yazıda mikst tip kolestaz tablosu ile prezente olan Tip 2 diyabetes mellituslu bir olgu sunulmuştur.

64 yaşında kadın hasta son 10 gündür olan karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde karaciğer enzim yüksekliği saptanması üzerine iç hastalıkları servisine yatırıldı. Özgeçmişinde 22 yıldır tip 2 diyabetes mellitus ve 16 yıldır hipertansiyon tanıları ile insülin detemir, metformin ve indapamid tedavisi almaktaydı. Fizik muayenesinde TA:130/70mmHg, nabız:80/dk idi. Vücut kütle indeksi:31 kg/m^2 olarak ölçüldü. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Labarotuvar incelemesinde Hb:11.8 gr/dl, Plt:154.000 mm^3, AST:1396 IU/L, ALT:528 IU/L, ALP:188 IU/L, GGT:190 IU/L, LDH:921 IU/L, t.bil:2.3 mg/dl, d.bil:2.0 mg/dl, INR:1.1 saptandı. HbA1c: %8.5, Total kolesterol:233 mg/dl, LDL-Kolesterol:182 mg/dl, Trigliserit:219 mg/dl, Anti HAV IgM (-), HbsAg (-), Anti HCV (-), EBV İgM, CMV İgM, HSV İgM normal saptandı. ANA, Anti ds DNA, ASMA, AMA, LKMA, Alfa1 Antitripsin, serum seruloplamin ve 24 saatlik idrarda bakır atılımı normal saptandı. Tüm abdomen ultrasonografi, tüm batın Magnetik rezonans ve MR kolanjiografi ncelemesi normal olarak rapor edildi. Hastanın takiplerinde laboratuar değerlerinde düşüş olmaması üzerine karaciğer biyopsisi yapıldı. Karaciğer biyopsisinde yoğun perisellüler fibrozis saptandı. Diyabetik mikroanjiopatinin komplikasyonu olarak diyabetik hepatoskleroz olarak rapor edildi.

Diyabetes mellitusla ilgili karaciğer hastalığı yaygındır ve genellikle basit yağlanma ya da nonalkolik steatohepatit tablosu ile ortaya çıkar. Diyabet hastalarında kolestazın ayırıcı tanısında DHS akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Diyabetik Hepatoskleroz, Diyabetik Mikroanjiopati, Mikst Tip Kolestaz

PS-111

ÇÖLYAK HASTALIĞINA EŞLİK EDEN OTOİMMUN HEPATİT OLGUSU

Ahmet Emin Öztürk[1], Cem Sulu[1], Mahir Cengiz[1], Serap Yavuzer[1], Hakan Yavuzer[1], İbrahim Hatemi[1], Adnan Levent Yaldıran[1]

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

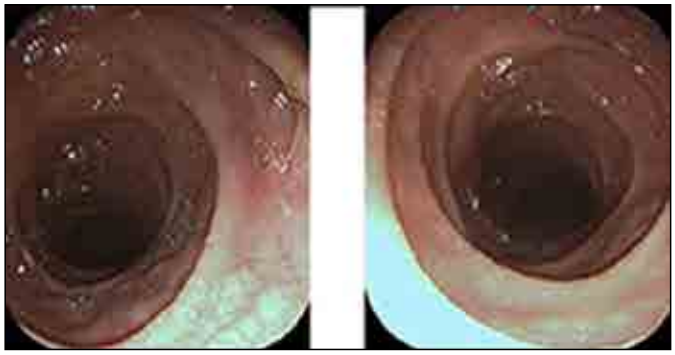
Giriş: Otoimmun hepatit (OİH) sıklıkla orta yaşlı kadınlarda ortaya çıkan, kronik karaciğer inflamasyonunun varlığı ile karakterize bir hastalıktır. Hastalar genellikle halsizlik, bulantı, kusma ve ikter ile prezente olup, laboratuvarda karaciğer enzimlerinde yükselme, karaciğer fonksiyon bozukluğu ve hipergammaglobunemi eşlik etmektedir. Fulminan seyirli olabileceği gibi sessiz kronik hepatit olarak da seyredebilir. Otoimmun olan bu hastalık otoantikor durumuna göre tiplendirilmiştir. Tip 1'de ANA ve/veya ASMA pozitifliği, tip 2'de Anti-LKM pozitifliği ve henüz tartışması devam eden tip 3 Anti-SLA pozitifliği ile karakterizedir. OİH'li vakalara birçok otoimmun hastalık eşlik edebilmekte olup, bunlardan başlıcaları otoimmün tiroid hastalıkları, Çölyak hastalığı, Romatoid artrit ve Sistemik lupus eritematozus sayılabilir. Çölyak hastalığı zemininde OİH gelişme ihtimali %4 ile %6,4 arasındadır.

Vaka Sunumu: 39 yaşında kadın hasta, Çölyak hastalığı tanısı ile düzenli takip edilmemiş ve diyetine de uymamaktaymış. Yaklaşık 1 yıl önce halsizlik, yaygın ağrı, ellerde uyuşma ve kramp olması üzerine yapılan EMG'de akut motor aksonal tip polinöropati tanısı konmuş ve tedavisi düzenlenmiş. Çölyak hastalığı için diyeti düzenlenmiş ve yaklaşık 11 ay yakınmasız takip edilmiş. Hasta tarafımıza yaklaşık 1 aydır devam eden halsizlik, ateş, bulantı, kusma ve sarılık şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde ciltte ve skleralarda ikter, gövde ön yüz, sırt ve extremitelerde papüller erüpsiyonlar ve lunula kaybı mevcuttu. Hepatosplenomegalisi olmayan hastanın diğer sistem muayeneleri de normaldi. Labaratuvar tetkiklerinde akut faz yüksekliği, immunglobulin yüksekliği, C3 ve C4 düşüklüğü, ANA benekli nükleoler ve p-ANCA pozitifliği bulundu. Viral hepatit serolojisi, Anti-LKM, ASMA ve AMA testleri negatif saptandı (Tablo 1). Batın Manyetik Rezonans incelemede steatotik hepatit ve yaygın yerleşimli milimetrik rejenerasyon nodülleri ile uyumlu olabilecek yapılara rastlandı. Hastanın uzun süredir Çölyak hastalığı için tedavisiz olması sebebiyle sekonder lenfoepitelyal malignitelerin dışlanması için üst gastrointestinal sistem endoskopisi ve PET-CT incelemesi yapıldı. Endoskopide duodenal scalloping tespit edildi (Re-

sim 1, 2). Duodenal biyopside villuslarda hafif kısalma, küntleşme bazı alanlarda intraepitelyal lenfositlerde artış görüldü. PET-CT'de malignite düşündürecek bulguya rastlanmadı. Karaciğer tru-cut biyopsisinde orta derecede aktif hepatit tespit edildi. Hasta laboratuar ve klinik bulguları ile birlikte değerlendirildiğinde otoimmun hepatit tanısı konularak; prednizolon 1 mg/kg/gün (60 mg) başlandı. Başlangıçta 10 kat yüksek olan ALT seviyesi 2 haftada normal sınırlara geriledi. Sonrasında haftalık olarak prednizolon dozu 10 mg'a kadar azaltıldı.

Tartışma: OİH'de tedavi hedefleri transaminaz ve IgG'nin normalizasyonudur. Başlangıç rejimi olarak prednisolon tek başına ve ya azatiopürinle kombine olarak başlanabilir. Azatiopürin kombinasyonu steroidin daha düşük dozda başlanabilmesini ve erken azaltılabilmesine katkı sağlar, ancak genel yaklaşım azatiopürinin ilerleyen haftalarda eklenmesi yönündedir. Komplet remisyon sağlanamayan hastalarda alternatif immunsüpresif ajanlar (siklosporin, tacrolimus, mikofenolat mofetil, anti-TNF (infliksimab), anti-CD20 mAb (rituksimab) devreye girebilir. Uzun dönemde hastalar immunsüpresif tedavinin ve steroidin yan etkileri açısından takip edilmelidir.

Anahtar Kelimler: Çölyak hastalığı, otoimmun hepatit, polinöropati.



Şekil 1.

Tablo 1. Laboratuvar Sonuçları

Lökosit	8000 mg/dl	AST	174 IU/L
Hemoglobin	9,5 g/dl	ALT	514 IU/L
Trombosit	327000/mm^3	ALP	307 U/L
Nötrofil	2600/mm^3	GGT	198 IU/L
Lenfosit	4910/mm^3	Direk Bilirubin	7,97 mg/dl
CRP	11,7 mg/L	İmmunglobulin A	1024 mg/dl
Sedimentasyon	54 mm/saat	İmmunglobulin M	375,7 mg/dl
INR	1,39	İmmunglobulin G	2799 mg/dl
Kreatinin	0,47 mg/dl	Haptoglobulin	23mg/dl
C3	0,16 g/L	C4	0,05 g/L

PS-112

ASCARİS LUMBRİCOİDES'E BAĞLI AKUT PANKREATİTLİ OLGU

Mehmet Tural

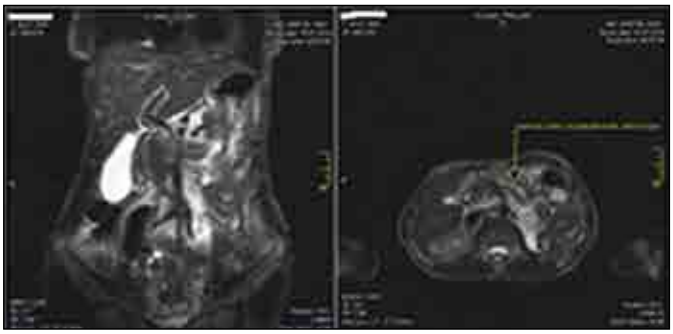
Bartın Devlet Hastanesi

Ascaris lumbricoides'in erişkin formları ince bağırsakta enfeksiyon yapar. Nadir olmasına rağmen bu hastalığın en ciddi komplikasyonlarından biri pankreatobiliyer sistem tıkanıklığıdır. Bizim olgumuzda A. lumbricoides'in neden olduğu akut pankreatit nedeniyle başvuran bir hasta sunulmuştur. Olgumuzda karın ağrısı nedeniyle acil servise başvuran ve pankreatit tanısı almıştır. Antibiyoterapisi başlanan hastanın etiyolojine yönelik görüntülemelerinde intestinal sistemde yaygın parazit tutulumu izlendi. Tedavisine antiparaziter eklendikten sonra kliniği belirgin düzelen hastanın gaita mikroskopisi enfeksiyon hastalıkları tarafından incelendi. Parazitin A. lumbricoides olduğu teyit edildi. Tedavi sonrasında hasta şifa ile taburcu edildi.

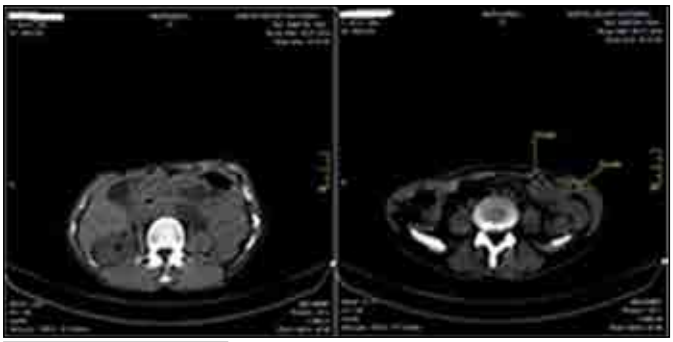
Giriş: Askariazis dünya çapında 1 milyarın üzerinde insanı enfekte eden helmitik bir enfeksiyondur (1). Enfeksiyonların büyük çoğunluğu Asya ve Latin Amerikan ülkelerinde olmaktadır. Askaris'e bağlı olarak endemik bölgelerde her yıl 1.2-2 milyon hasta, 20.000 dolayında ölüm olduğu tahmin edilmektedir (2). İnsan, dışkı ile dış ortama atılan embriyonlu (döllenmiş) yumurtaların (uygun sıcaklık,nem ve oksijen gibi cevre faktörleri olduğunda 2-3 haftada gelişmesini tamamlayan formunun) ağız yoluyla alınması ile enfekte olur. Parazitin yetişkin formu 30 cm'e kadar büyüyebilir. Ve çok nadir olarak biliyer sistem komplikasyonlarına neden olurlar (1,3).

Olgu: Karın ağrısı, halsizlik ve ateş yüksekliği şikayetleri ile acil servisimize başvuran 47 yaşındaki bayan hasta, yemek sonrasında artan, bulantı ve kusmanın eşlik ettiği kuşak tarzda bir karın ağrısı tarif ediyordu. Rutin hemogram, biyokimya ve tam idrar tetkik gönderilen hastanın amilaz yüksekliği saptanması sonrası acilde çekilen batın tomografisinde pankreas çevresinde serbest sıvı ve pankreasın ödemli izlenmesi üzerine hasta akut pankreatit ön tanısıyla servise alındı. Hastanın antibiyoterapisi ve sıvı tedavisine başlandı. Etiyolojisine yönelik sorgulamada özellik saptanmayan hastanın batın MR'ı çekildi. MR'da intestinal anslarda içerisinde tenyalar izlenmesi üzerine hasta enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi. Hastanın tedavisine albendezol eklendi. Tedavi sonrasında hastanın gaitasında parazit izlendi. Enfeksiyon hastalıklarına danışılan parazitin Ascaris lumbricoides olduğu teyit edildi. Takiplerinde şikayetleri gerileyen hastanın antibiyoterapisi 14 güne tamamlandı ve şifa ile taburcu edildi.

Anahtar Kelimler: Ascaris lumbricoides, Pankreatobiliyer Sistem, Akut Pankreatit, Albendezol



Şekil 1.



Tablo 1. Tedavi öncesinde laboratuvar bulguları

Sodyum: 138 mmol/L	GGT: 8 IU/L	WBC:17800
Potasyum: 3,4 mmol/L	Amilaz: 1796 U/L	Nöt:16700
Kalsiyum: 8,3 mg/dl	Lipaz: 300 U/L	Hb:12,6 g/dl
Kreatinin : 0,67 mg/dl	LDH : 279 IU/L	Htc:37,2
AST: 44 IU/L	Total kolesterol: 135 mg/dl	Plt:273.000
ALT: 25 IU/L	Albumin: 3,4 U/L	TİT: Normal
ALP: 53 IU/L	Glukoz: 133 mg/dl	Sedimentasyon: 1. saat: 17

Tablo 2. Tedavi sonrasında laboratuvar bulguları

Sodyum: 137 mmol/L	Amilaz: 70 U/L	WBC: 8700
Potasyum: 4,2 mmol/L	Lipaz: 28 U/L	Nöt: 3400
Kalsiyum: 8,5 mg/dl	Albumin: 3,6 U/L	Hb:12,4 g/dl
Kreatinin : 0,63 mg/dl	Total Bil: 0,37 mg/dl	Htc:37
AST: 17 IU/L	LDH: 156 IU/L	Plt: 320.000
ALT: 10 IU/L	Glukoz: 89 mg/dl	Sedimentasyon: 1. saat: 14
ALP: 41 IU/L	TİT: Normal	
GGT: 10 IU/L		

PS-113

WEİL HASTALIĞI OLGU BİLDİRİMİ

Rıza Altunbaş, Fatma Zehra Ağan, Fehmi Kaş, Osman Yüksekyayla, Hüseyin Dursun, Asiye Gülşah Taşçı, Mehmet Yiğit Rastgeldi, Murat Arcagök

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Leptospiroz, özellikle çok yağış alan tropikal ve subtropikal bölgelerde endemik olan, tüm dünyada görülebilen, Leptospira cinsindeki spiroketler tarafından oluşturulan bakteriyel bir zoonozdur. Hastalık, hasta hayvanın idrarıyla direkt temas yoluyla yada idrar ile kontamine olmuş çevreyle temas ile bulaşır (1,2). Leptospirozun yol açtığı klinik tablolar oldukça geniş yelpazededir. Olguların %90'ında ya subklinik ya da oldukça hafif, kendini sınırlayan bir hastalık olarak görülür. Olguların %5-10'unda böbrek, karaciğer ve akciğeri etkileyen multipl organ hasarı görülür (1-3). Weil hastalığı leptospirozun en ciddi formudur; karaciğer fonksiyon bozukluğu, akut böbrek yetmezliği, kanamaya meyil ve ateşle ilerler ve tedavi edilmezse ölümle sonuçlanabilir (3). Bu olgu Harran Üniversitesi Gastroenteroloji Kliniğinde takip edilmiştir.

Olgu: Üşüme, titreme, halsizlik epigastrik ağrı ve gözlerinde sararma şikayeti ile acil servise başvuran 17 yaşında erkek hastanın başvuru sırasında genel durumu orta- kötü, tansiyonu 120/85 mm/hg, nabzı 95 /dk, ateşi 38,5 C idi. Muayenesinde skleraların sarı olması ve sağ üst kadranda hassasiyet harici patolojik bir bulgu yoktu. Biyokimyasında Üre: 247 mg/dl, krea: 5,14 mg/dl, Ürik asit:11,49 mg/dl, AST: 194 U/L, ALT: 174 U/L, GGT: 50 U/L, ALP:143 U/L, T.Bil: 17,7 mg/dl, D.Bil:15,55 mg/dl, I.bil: 2,15 mg/dl, Alb: 2, 7 g/dl, LDH: 681 U/L, CK: 1344 U/L, CRP: 11,54 mg/dl, PT: 15 sn., wbc: 7,2*10e3/uL, Neu:6,17*10e3/uL, Hgb:12,9*10e3/uL, plt:23*10e3/uL, kan gazı normaldi. USG'sinde safra kesesi duvar kalınlığı artmış, 4,5 mm. idi. Hasta kolestatik hepatit ön tanısı ile gastroenteroloji servisine yatışı yapıldı. Anamnezinde tarla sulaması sırasında su kanalından su içme hikayeside mevcutu, Weill hastalığından şüphelenildi, serum örneği alınrak Tarım ve Köyişleri Bakanlığı Merkez Veteriner Kontrol ve Araştırma Enstitüsü Müdürlüğü' ne gönderildi, sonrasında ampirik olarak seftriakson 1*2 gr. olarak başlandı, yoğun hidrasyon yapıldı. Test sonucu leptosipiroz (+) olarak geldi. Mevcut antibiyotiğe duyarlı olması nedeni ile tedaviye devam edildi. 15 günlük takiplerinde hastanın genel durumu, transaminazları, biliüribin değeri, kreatin değeri, tombositi ve kreatin kinaz değeri dramatik bir şekilde düzeldi. Enfeksiyon hastalıkları ile koordine takip edilen hasta, 15 gün sonra poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Tartışma: Leptosipiroz asemtomatik bir hastalıktan klinik olarak ağır bir hastalık durumuna kadar geniş bir yelpazede kendini gösterebilmektedir. Mevcut olgumuzda hematoloji, nefroloji, gastroenteroloji ve enfeksiyon hastalıklarını ilgilendiren semptom veya bulgular gelişmiştir. Bu nedenle bölgemizde özellikle tarla ve sulama işinde uğraşanlarda bu hastalığıda ayırıcı tanıda düşünmek gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Human Leptospirosis: Guidance for Diagnosis, Surveillance and Control [İnternet]. Geneva, Switzerland: WHO [erişim 25 Mart 2010]. http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_CDS_CSR_ EPH_2002.23.pdf

2. Levett PN. Leptospirosis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2005: 2789-95.

3. Doudier B, Garcia S, Quennee V, Jarno P, Brouqui P. Prognostic factors associated with severe leptospirosis. Clin Microbiol Infect. 2006; 12(4): 299-300. [Crossref]

Anahtar Kelimler: Leptosipiroz, Weil, kolestaz, trombositopeni, akut hepatit, ateş, akut böbrek yetmezliği

PS-114

GENÇ ÜLSERATİF KOLİTLİ HASTADA GELİŞEN AKUT İNME: OLGU SUNUMU

Cem Şahin[1], Önder Yeniçeri[3], Neşat Çullu[3], Halil Beydilli[4], Rabia Mihriban Kılınç[3], Burak Özşeker[5]

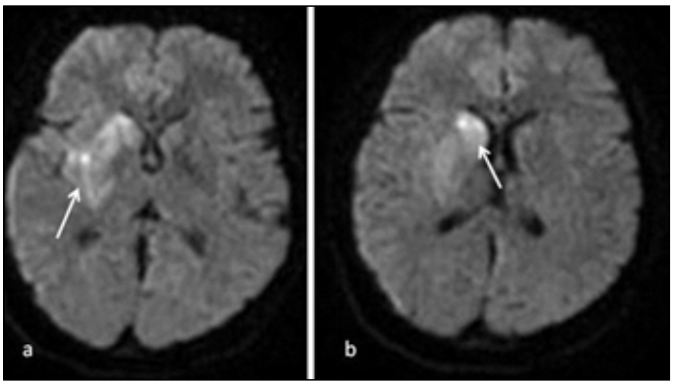
[1]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Yücelen Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Muğla
[3]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı
[4]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı
[5]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

İnflamatuvar barsak hastalıkları (IBH) temelde gastrointestinal sistemi tutmakla birlikte ekstraintestinal sistem tutulumları da gözlenmektedir. Eklemler, deri, göz, nörolojik sistem gibi birçok sistem IBH seyri sırasında tutulabilir. Biz bu vakayla remisyonda ülseratif kolit (ÜK) tanısıyla takip edilirken inme gelişen 30 yaşındaki bir bayan olguyu sunmayı amaçladık.

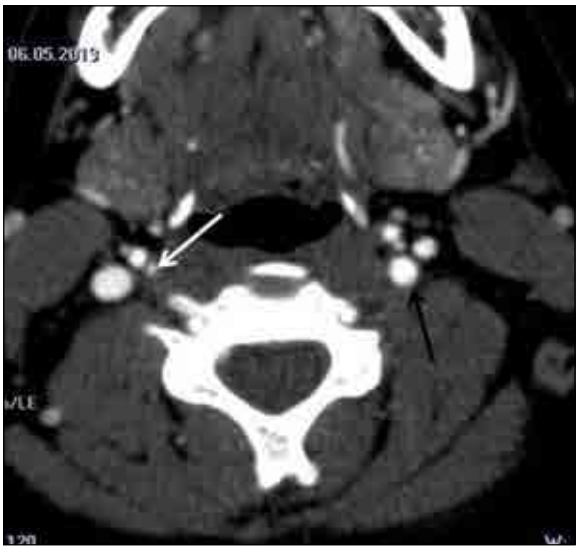
Olgu: 30 yaşında kadın hasta baş dönmesi ve bulantı kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Anamnezinde 3 yıl önce ÜK tanısı aldığı, 1.5 yıl boyunca mesalazin 3x500 mg ve klinik bulguların şiddetlendiği dönemlerde metilprednizalon 1x16 mg kullandığı ancak şikayetlerinin düzelmesi nedeniyle yaklaşık 1,5 yıl önce ilaçlarını kendi isteği ile kestiği öğrenildi. 10 yıldır, günde 10-15 adet sigara kullanan hasta acil servise geldiğinde bilinç açık ve koopere idi. Rutin hemogram ve biyokimyasal sonuçları normal olan hastanın sedim ve CRP değerleri sırasıyla 18 mm/h ve CRP 0.257 mg/L idi. Vertigo tanısıyla KBB servisine yatırılan hastada şikayetlerin başlangıcından yaklaşık 12 saat sonra, bilinç durumunda bulanıklaşma, konuşmada bozulma, sol el ve ayakta güçsüzlük ve uyuşukluk, santral tipte yüz felci gelişti. Beyin MRG'de aksiyel FSE T2 serilerde sağ İCA beklenen sinyal-void görünüm mevcut değildi (Resim 1). Difüzyon ağırlıklı serilerde ise sağ kaudat nükleus baş kesimi, lentiform nükleus, kapsüla ekstrema ve hipokampus anterior kesimlerinde akut iskemi ile uyumlu multiple difüzyon kısıtlaması gösteren alanlar izlendi (Resim 2). Boyun ve kafa tabanına yönelik kontrastlı BT tetkikinde sağ İCA proksimal duvarında konsantrik kalınlaşma ve lümende %80 darlık görünümü mevcuttu (Resim 3). Hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlandı. Ülseratif kolit için tedavisi düzenlendi. Ailesel tromboembolik risk faktörleri olmayan olgudan gönderilen trombofili paneli negatif olarak değerlendirildi. Takipte vital bulguları stabilleşen hastanın fasial paralizinde belirgin bir düzelme izlenmedi. Sol üst ekstremitede spastisite izlenen ve izole aktif hareket olmayan olgunun sol alt ekstremitesinde kısmen izole hareket izlenmekteydi ve hasta oraklayarak yürüyebiliyordu. Yatışının 25. gününde olgu bu bulgular ile fiziksel rehabilitasyona yönlendirilerek taburcu edildi.

Tartışma: IBH'nın seyri sırasında nörolojik tutulumlar nadir olarak görülmektedir. Serebrovasküler bozukluklar, tüm İBH hastalarının% 0.12-4'ünde görülmektedir. Inme rölatif riski genç hastalarda, özellikle kadınlarda ve chron hastalarında daha yüksektir. Aktif hastalığın hiperkoagulabiliteye bağlı tromboembolik olay riskini arttırdığı net bir şekilde bilinmesine rağmen, bazı vakalarda vasküler komplikasyonların hastalık remisyondayken ortaya çıktığının gösterilmesi, IBH'nın tek başına kendisinin tromboz için bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. Bizim olgumuz semptomatik düzelme nedeni ile 1.5 yıldır ilaç kullanmıyordu ve hastalığın aktif olduğuna işaret eden klinik ve labaratuvar bulguları yoktu. Bu nedenle olgunun remisyonda olduğunu ve nörolojik tutulumun hastalığın seyrinden bağımsız bir seyir izlediğini düşünmekteyiz. Ayrıca hastanın ÜK nedeniyle herhangi bir tedavi almaması, sigara kullanması, hastaneye yatış hikayesinin bulunması tromboembolik olay için riski arttıran diğer faktörler olarak düşünülmüştür. Sonuç olarak IBH olgularda nörolojik tutulum ciddi sekellere yol açabilir, bu nedenle risk altındaki hasta grubunun önceden saptanıp tedavi edilmesi majör morbiditelerin önlenmesi için hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimler: Ekstraintestinal tutulum, serebrovasküler hastalık, ülseratif kolit



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-115

ANOREKSİA NERVOZA MI ? ÇÖLYAK MI?: OLGU SUNUMU

Orkide Kutlu[1], Şamil Ecirli[2], Selma Pekgör[3], Özlem Çakır[2], Yasemin Alagöz[3], Hümeyra Yaka[3], Şule Erayman Demirbaş[3], Abdülkadir Baştürk[2]

[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[3]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Giriş: Çölyak hastalığı, genetik yatkınlığı olan bireylerde gluten içeren besinlerin alınmasıyla tetiklenen otoimmün bir ince barsak hastalığıdır. İnce barsak mukozasında oluşan immun yanıt inflamasyon, villöz atrofi ve kript hiperplazisi ile karakterizedir. Proksimal ince barsağın hastalığı olup, yama tarzında tutulum gösterir. Çocuklukta 6 ay-2 yaş, erişkinlerde 40-50 yaş tanının en sık konduğu yaşlardır. Klinik bulgular tutulan barsak segmentinin uzunluğuna ve yaşa göre değişkendir. En klasik bulgular kronik geçmeyen/tekrarlayan diyare, buna eşlik eden karın şişliği ve kilo kaybıdır; irritabl barsak sendromunu taklit edebilir. Adolesan ve erişkinlerde ishal daha az görülürken, en sık görülen tablo demir eksikliği anemisidir. Burada 26 yaşında 23,5 kilo olan hastanın, anoreksia nevroza tanısı ile psikiyatri kliniğine yatışı öncesi değerlendirilmesinde Çölyak hastalığı tanısına ulaşıldığını bildirmek istedik.

Olgu: 26 yaşında bayan. Kilo alamama, bulantı, kusma ve mutsuzluk şikayetleri ile dahiliye polikliniğimize başvurdu. Uzun yıllardır 28 kilo civarında olan hastada son 6 aydır, yemek sonrası olan bulantı, kusma sebebi ile kilo kaybı mevcuttu. İshal ve karın ağrısı tanımlamayan hastaya 3 ay kadar önce citalopram tedavisi başlanmış; psikiyatri uzmanlarınca anoreksiye nervoza tanısı ile yatış önerilmişti. Fizik muayenesinde belirgin kaşektik görünümü ve kardiyak 2/6 sistolik üfürümü mevcut, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Boy 1.55 Ağırlık 23.5 kilo. BMİ'i 9.9 kg/m^2, Glukoz: 66 mg/dl, total protein: 4.3 g/dl (6.6-8.3), albumin: 2.3 g/dl (3.5-5.2), LDL kolesterol: 34.2 mg/dl (100-130), HDL kolesterol: 37 mg/dl (40-90), 24 saatlik idrarda protein: 2760 mg/dl. Hastanın yapılan gastroözefagioduedonoskopisinde grade B özefajit, mide motilite hareketleri çok yavaşlamış, duedonum ileri derecede ödemli ve deforme (gluten enteropatisi ile uyumlu) saptandı. Antigliadin IGA (+), anti endomisyum IGA (++) olan hastanın biopsisinde duodenit bulguları mevcuttu. Hasta glutensiz diyeti düzenlenerek takibe alındı.

Tartışma: Çölyak hastalığı, tanısı zor olmayan ancak düşünülmediği zaman atlanabilen bir hastalıktır. Toplumda görülme sıklığı sanılanın aksine çok yüksektir (1/100-300). Anoreksiya nervoza tanısı konulan hastalarda organik patolojilerin ekarte edilmesi son derece önemli olup; psikiatristlerin bu gruptan hastalarını mutlaka dahiliye/gereğinde gastroenteroloji hekimleri ile konsülte etmeleri, tedavi ve takip planlamasını birlikte yapmaları önerilmelidir.

Anahtar Kelimler: Anoreksiya nervosa, Çölyak Hastalığı, kaşeksi

PS-116

HEMAKROMATOZİS İLİŞKİLİ OLDUĞU DÜŞÜNÜLEN YAVAŞ SEYİRLİ KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLGUSU

Şule Kurt[1], Aytekin Alçelik[1], Mevlüt Kurt[2], Fatma Akdağ Kahvecioğlu[1], Hikmet Tekçe[3], Yusuf Yüce[1]

[1]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı,Bolu
[2]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı,Bolu
[3]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı,Bolu

Giriş: Hemakromatozis çeşitli parankimal organlarda progressif demir birikimi ile ortaya çıkan genetik ve edinsel olarak izlenebilen bir hastalıktır. Hemakromatozisin başlıca klinik belirtileri diyabet, deride hiperpigmentasyon, artropati, hipogonadizm ve kardiyak tutulumdur. Hemakromatozise bağlı böbrek tutulumu ve bununla ilişkili böbrek yetmezliği nadir olarak izlenmektedir. Literatürde hemakromatozise bağlı böbrek yetmezliği; renal hemosiderozis ilişkili hızlı ilerleyen glomerulonefrit ya da IgA nefropatisi şeklinde sınırlı sayıda olguda bildirilmiştir. Burada, hemakromatozis ilişkili yavaş seyirli gelişen bir böbrek yetmezliği düşündüğümüz olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk üç yaşında erkek hasta tarafımıza normositer anemi etiyolojisinin araştırılması için nefroloji kliniğince konsülte edildi. İki senedir bilinen kronik böbrek yetmezliği ve diyabet nedeniyle takipli olan hasta 20 mg atorvastatin, 30 mg gliklazid, 2,5 mg ramipril kullanmaktaydı. Hastanın fizik muayenesinde hiperpigmente cilt görünümü mevcut olup hipogonadizmi mevcut idi. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin 8,8 g/ dL, hematokrit %26,9, lökosit 6,300, trombosit 226.000 idi. Üre 75 mg / dL, kreatinin 1,35 mg / dL, sodyum 135 mEq / L, potasyum 4,4 mEq / L, total protein 7 g / dL, albümin 3.7 g / dL, HbA1c %5,7, karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlarda, hepatit serolojisi negatif, tiroid fonksiyon testleri normal idi. Tam idrar tetkikinde (+) protein, spot idrarda proteinüri 930 mg/gün saptandı. 24 saatlik idrarda 435 mg/gün protein saptandı ve kreatinin klirensi 43.4 ml/dk olarak hesaplandı.

Serum demiri 91 mg / dL, transferin saturasyonu % 37 ve ferritin 972 ng/ml idi. Vitamin B12 220.1 (191-663) pg/ml, folik asit 6.15 ng/ml (4.6-18.7) idi ve periferik yaymada hipersegmente nötrofiller izlendi. Hastada B12 eksikliği, kronik hastalık anemisi ve artmış demir yükü ile ilişkili olarak hemosiderozis ön tanıları düşünüldü. Yapılan gastrointestinal sistem endoskopisinin doğal, tüm abdomen ultrasonda her iki böbreğin normal boyutlarda olduğu ve parenkim değişikliğinin olmadığı saptandı. Yapılan karaciğer biyopsisi histopatolojik incelemesinde grade 3 hemakromatozis ve hafif fibrozis saptandı. Hastada hemakromatozis ilişkili böbrek tutulumu düşünülerek böbrek biyopsisi planlandı ancak hasta işlemi kabul etmedi.

Tartışma: Hemokromatosise bağlı böbrek tutulumu oldukça nadirdir. Literatürde bildirilmiş bizim saptayabildiğimiz üç vaka bulunmaktadır. Bu üç vakanın ikisinde IgA nefropatisi karaciğer hasarıyla ilişkilendirilmiş, diğerinde ise hemakromatozise bağlı hızlı ilerleyen glomerülonefrit gelişmiştir. Birçok vakada da hemakromatosize bağlı renal hemosiderozis bildirilmiştir ancak böbrek yetmezliği saptanmamıştır. Olgumuzun literatürde bildirilen vakalardan farklı yönleri; böbrek tutulum paterni olarak hastanın böbrek yetmezliğinin oldukça yavaş seyirli progresyon gösteren ve orta derecede bir proteinüri ile seyretmesidir.

Kronik böbrek yetmezliği nedeni ile takip edilen olgularda böbrek yetmezliğinin etiyolojisini net olarak açıklayacak altta yatan bir patoloji saptanamadığı durumlarda, ferritin yüksekliği ile birlikte anemisi olan hastaların hemokromatozis yönünden de değerlendirilmesi akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: hemakromatozis, kronik böbrek yetmezliği, proteinüri

PS-117

İLEAL VE SİGMOİD ENDOMETRİOZİSE BAĞLI İNTESTİNAL OBSTRÜKSİYON

Banu Başer[1], Fatma Akdağ Kahvecioğlu[1], Şule Kurt[1], Adem Deniz Kurt[2], Tuba Taslamacıoğlu Duman[1]

[1]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı,Bolu
[2]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı,Bolu

Giriş: Endometriozis, fonksiyonel endometrium dokusunun uterustaki anatomik yerleşimi dışında bulunan, üreme çağındaki kadınlarda sık görülen bir hastalıktır. En sık overler olmak üzere uterin ligament, rektovajinal septum ve pelvik peritona yerleşim gösterir ancak nadir olsa da vulva, vajen, mide, apendiks, karaciğer, toraks, mesane, umblikus ve inguinal kanalda da görülür. Dismenore, disparoni ve infertilite en sık görülen semptomlardır.

Olgu: 40 yaşında bayan hasta şiddetli karın ağrısı ve defekasyon yapamama şikayetiyle acile başvurdu. Fizik muayenesinde batında distansiyon vardı. Hastanın acil serviste çekilen Ayakta Direk Batın Grafisinde (ADBG) rektosigmoidde kesilen hava sıvı seviyeleri saptanması üzerine hasta ileus ön tanısıyla genel cerrahi servisine yatırıldı. (Resim 1) Anamnezinde bir yıldır aralıklı karın ağrısı, mensturasyon döneminde kanlı defekasyon olduğu öğrenildi. Hastada endometriozise bağlı brid ileus düşünülerek operasyon planlandı. Hastanın operasyonunda sigmoid kolonu tamamen tıkayan endometrioma?, terminal ileumun 10 cm proksimalinde darlık izlendi. Hastaya sol kolon tümöral kitle rezeksiyonu ve terminal ileumdaki lezyon segmenter rezeksiyonu yapıldı. Kadın doğum doktorunun da katıldığı operasyonda overlerde patoloji saptanmadı. Operasyon materyali patolojisinde endometriozis saptandı.

Sonuç: Endometriozis uterin mukozal dokunun uterus dışına yerleşimiyle oluşan bir hastalıktır. İntestinal endometriozis en sık rektum ve sigmoid kolonda görülmekte olup terminal ileumda nadiren görülmektedir, bu nedenle intestinal obstrüksiyon enderdir. Periyodik olarak hematokezya tarifleyen kronik karın agrılı kadın vakalarda intestinal endometriyozis de akla gelmelidir .

Anahtar Kelimler: endometriozis, intestinal obstrüksiyon



Şekil 1.

PS-118

GİS KANAMA ETYOLOJİSİNDE DUODENUM 3. KITADA GİST

Fatma Akdağ Kahvecioğlu[1], Şule Kurt[1], Mevlüt Kurt[2], Adem Deniz Kurt[3]

[1]*Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı,Bolu*
[2]*Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı,Gastroenteroloji Bilim Dalı,Bolu*
[3]*Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Bolu*

Giriş: Gastrointestinal stromal tümör (GİST) gastrointestinal sistemin (GİS) en sık görülen mezanşimal tümörleridir. En sık mide, ince barsaklar, kolon, rektum, omentum/mezenter ve özofagusta görülmekle beraber gastrointestinal sistem dışında da rastlanmaktadır. GİST' ler klinik olarak genelde mide bulantısı, karın ağrısı, karında kitle, anemi ve melana gibi spesifik olmayan bulgular verir.

Olgu: Elli üç yaşında erkek hasta siyah renkli gaita şikayetiyle acile başvurdu. Fizik muayenede TA:100/60 mmHg, nabız:107/dk SpO_2:%96 olup diğer sistem muayeneleri doğaldı. Rektal tuşede melenası olan hasta GİS kanama ön tanısıyla gastroenteroloji servisine yatırıldı. Yapılan endoskopisinde duodenum 3. Kıtada 3 cm çapında, bilobüle, ortası çökük nodüler lezyon (GİST?) izlendi. Lezyon ortası çökük olan yerden kanıyordu. Sonrasında GİST ön tanısıyla genel cerrahi tarafından operasyona alınan hastanın histopatolojisinde GİST saptandı, CD117 (c-kit) boyanma şiddeti ++, boyanma yaygınlığı %100 idi. Çekilen PET CT'sinde patolojik tutulum saptanmadı, çekilen tüm abdomen BT sinde metastaz görülmedi. Hastamızda tümör cerrahi sınırının temiz olması ve metastaz saptanmaması üzerine imatinib başlanmadı.

Tartışma: GİST' ler en sık duodenum 2. kısmında görülmektedir. Özefagusta yerleşmiş ise disfaji mide ve ince barsakta yerleşmiş ise GİS kanama, kolorektal yerleşimli ise alt GİS kanaması, kolon perferosyonu, ağrı ve obstrüksiyon görülebilir. Genelde hastaların %50'sinde ilk tanıda metastaz mevcuttur. En sık metastaz bolgeleri karaciğer, periton ve daha nadir olarak lenf nodu, kemik ve akciğerlerdir. Esas tedavi yöntemi cerrahi olmakla birlikte, tirozin kinaz inhibitörlerinin kullanımıdır.

Sonuç: Olgumuzda olduğu gibi Gis kanamalarına yaklaşımda etyolojide GİST olabileceği akılda tutulması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimler: Gastrointestinal stromal tümör, gastrointestinal kanama

PS-119

ANTİFOSFOLİP SENDROMU (AFS)

Murat Arcagök, Ahmet Uyanıkoğlu, Eyüp Çavdar, Rıza Altunbaş

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi

Arteriyel ve venöz tromboz eğilimi, tekrarlayan düşükler ve antifosfolipid antikorlarının varlığı ile karakterize antifosfolipid sendromu (AFS), edinsel trombofili sebepleri arasında ilk sırada yer almaktadır.

Öykü: 25 yaş kadın karın ağrısı bulantı ve sarılık şikayetiyle acilimize başvuruyor; karaciğer fonksiyon testleri yüksek bulunan hastanın ileri tetkik ve tedavi acısından yatışı yapıldı.

Özgeçmiş: 1 tane gebelik kaybı 20. hafta, 2 defa venöz tromboz atağı

Soygeçmiş: Özellik yok.

Klinik seyir: Hasta KCFT yüksekliği sebebiyle araştırılmaya başlandı. Genel rutinleri içerisinde hemogram biyokimya koağülasyon paneli sedimantasyon ve idrar tetkiki istendi,EKG sinüs ritmi PAAC grafisi doğal değerlendirildi.Tüm batın usg yapıldı; barsak ansları arasında 48mm derinliğe ulaşan serbest sıvı saptandı. İntrahepatik safra yolları normal kc parankimi normal değerlendirildi.

Laboratuar: AST:1386 ALT:1848 Tbil:5.5 Dbil:2.4 albumin:3.5 GGT:166 ALP:188 LDH:448 ÜRE:74 CR:1.2 sedım:6 CK:70 amılaz:198 INR:3.9 aPTT:49 PT:42 CRP:4.5 WBC:8.4 neu:5.0 hgb:11.4 htc:36 rdw:14 rbc:4.9 plt:60, tam idrar tetkiki normal, TFT normal, elektrolitler normal, kangazı normal

Öntanılar: Akut hepatitler, Toxik hepatit, siroz, wilson hast, otoimmün hepatit, budchiari snd, koagülasyon bozukluğu, SLE, hemosideroz

Hepatik viral seroloji bakıldı negatif değerlendirildi

Toxik hepatit açısından öykü derinleştirildi ip uçu bulunamadı.

Gastroskopi yapıldı, varis yok. USG de KC parankimi normal asit var, USG eşliğinde asit örneklemesi gönderildi; SAAG:2.2 transüda vasfında dalak normal trombositopeni var.

Seruloplazmin ve 24 saat idrarda bakır bakıldı normal degerlendirildi, göz muayenesinde kayser -flatcher halkası saptanmadı, nörolojik muayenesi normal değerlendirildi.

Portal ven dopler usg ve kontrol tüm batın usg yapıldı:KC içerisinde solid veya kistik yer kaplayıcı lezyon saptanmadı. Koledok normal. Hepatik venler vizualize edilemedi. Hepatik venlerin VCİ a dökülme yerinde VCİ minimal renkte kodlandırıldı. Lümende ekojen madde izlendi(Trombüs)

Koağülasyon bozuklukları açısından: Homosistein, Protein-C, Protein-S, Antitrombin-3 Antikardiyolipin Ig-G Ig-M, Antibeta-2 mikroglobulin Ig-G Ig-M, Antifosfolipid gönderildi. Antikardiyolipin IgG:19.1 pozitif değerlendirildi.

PT aPTT uzamış olan hastada faktör eksikliği açısından mixing testi yapıldı. Mixing testinde düzelme olmayınca factör eksikliği düşünülmedi.

ANA profili ve RF bakıldı. RF negatif, Anti-Sm/RNP:2 pozıtıf, Anti ds DNA:1 pozitif, Anti-SSA:3 pozitif, ANA-İFA:1 pozitif, diğer parametreler negatif değerlendirildi.

Alfa 1 antitripsin negatif, ferritin normal değerlendirildi

EKO yapıldı. Kalp boşlukları normal EF:%55 Evre 1 TY, sPABS :30 değerlendirildi. Perikardiyum doğal izlendi. Pulmoner venler normal değerlendirildi.

SLE açsından sorgulanan hastada: Malar Raşh, Artrit pozitif saptandı. Ayrıca trombositopeni ve laboratuarda seroloji pozitifliği değerlendirildi

Anemnez, FM ve Laboratuar bulguları değerlendirilince;

Hastamızın 2 defa venöz tromboz öyküsü, bu başvurusunda da hepatık vende tromboz, gebelik kaybı 20. haftada morfolojik olarak normal olan kayıp, antikardiyolipin Ig-G pozitifliği, PT aPTT uzunluğu, mixing testiyle düzelmemesi, diğer koağülopati testleri normal değerlendirildi.

Hastamızda lupusa bağlı seconder anti fosfolipid sendromu(AFS) tespit edildi. Tedavisinde 3 günlük clexan tedavisinin ardından coumadin ile devam edildi.

6-12 hafta sonra laboratuar testlerinin tekrarlanması önerilerek taburcu edildi.

Anahtar Kelimler: KCFT yüksekliği, tekrarlayan tromboz atakları, sle, antıfosfolıpıd sendromu, derin ven trombozu, sarılık, gebelik kaybı.

Tablo 1. 1998 Sapporo kriterleri*(1)

PS-120

GEBELİĞİ İNDÜKLEMEK İÇİN HAYIT OTU EKSTRESİ VE ÇAKŞIR OTU SUYU KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN TOKSİK HEPATİT: OLGU SUNUMU

Merve Erol Gülseven[1], Yasemin Gökden[2], Özgür Bahadır[2], Emel Bostan[3]

[1]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı,Bolu
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği,İstanbul
[3]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği,İstanbul

Giriş: Toksin ve ilaçların oluşturduğu hepatotoksisite, akut hepatitlerin önemli nedenlerinden biridir. Son yıllarda şifalı olduğuna inanılarak kullanımı yaygınlaşan bitkisel ürünlerin ise yan etkileri konusunda literatürde bilgi eksikliği mevcuttur. Biz bu olgumuzda gebeliği indüklemek için hayıt otu ekstresi (vitex agnus-castus, chasteberry) ve çakşır otu (ferrula communis) suyu kullanımına bağlı gelişen nadir bir toksik hepatit tablosunu klinisyenlerle paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 25 yaşında kadın hasta, 2 gündür olan bulantı, kusma ve yaygın karın ağrısı yakınmaları ile acil servise başvurmuş. İnfertilite sebebi ile gebeliği indüklemek amacıyla iki haftadır bitkisel ürün kullanım öyküsü olan hastanın acil serviste yapılan tetkiklerinde AST:705 IU/L (N:5-34 IU/L), ALT:515 IU/L (N:0-33 IU/L), GGT:151 IU/L (N:9-36 IU/L), ALP:180 IU/L (N:40-150 IU/L), LDH:831 IU/L (N:125-220 IU/L), Total Bilirubin:1.51 mg/dL (N: <1.2 mg/dL), Direkt Bilirubin:1.04 mg/dL (N:0.0-0.5 mg/dL), İNR:1.19 (N:0.87-1.2) PT:14.4 sn (N:10.4-14.5 sn), WBC:4030/mm^3, Hb:13 g/dL, PLT:266.000/mm^3 ve tam idrar tetkikinde ürobilinojen (++) pozitif saptanmış. Hasta ön planda toksik hepatit düşünülerek gastroenteroloji polikliniğimize yönlendirilmiş. Gastroenteroloji polikliniğimizde değerlendirilen hastanın anamnezinde 16 yıldır bilinen Ailevi Akdeniz Ateşi dışında sistemik hastalık öyküsü yoktu. Kolşisin günde 3 kez birer tablet dışında ilaç kullanmamıştı. Alkol, sigara kullanımı ve mantar yeme öyküsü yoktu. Bir yıldır herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmamasına rağmen gebe kalamayan hastanın acil servise başvurusundan 15 gün önce gebeliği provake etmek için hayıt otu ekstresi ve çakşır otu suyu kullanım öyküsü mevcuttu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde özellik yoktu. Laboratuar tetkiklerinde; serolojik markırlarından HBsAg:negatif, anti-HBs:negatif, anti-HBc Ig M negatif, HCV-RNA negatif, anti-HIV:negatif, ANA, AMA, ASMA ve LKM-1 negatif saptandı. Batın ultrasonografinde, karaciğer ve dalak normal konum ve boyutlardaydı. İntrahepatik safra yolları, koledok ve vasküler yapılar normal genişlikte izlenmişti.Üst batın MR ve MR kolanjiografide özellik saptanmadı. Kullanmış olduğu bitkisel ürünlerin kesilmesinden iki hafta sonra tetkiklerinde AST:25 IU/L, ALT: 66 IU/L, GGT:101 IU/L, ALP:131 IU/L, LDH:167 IU/L, Total Bilirubin:0.55 mg/dL, Direkt Bilirubin:0.28 mg/dL' ye gerilediği gözlendi. Takiplerin ikinci ayında kontrolde, tüm karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlara gerilemişti ve hasta sekiz haftalık gebeydi.

Sonuç: Etyolojik faktörün saptanamadığı akut hepatit vakalarında bitkisel ürünlerin, şifalı otların kullanımının sorgulanması unutulmamalıdır. Özellikle genç kadınlarda gebelik indüksiyonu için bitkisel tedavi yöntemleri kullanımı sorgulanmalı ve bu ürünleri kullananlarda saptanan karaciğer enzim yüksekliği durumunda, ürünlerin kullanımı hemen kesilmesi ve yakın takip önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: toksik hepatit, hayıt otu (vitex agnus-castus, chasteberry), çakşır otu (ferrula communis)

PS-121

İDYOPATİK TOTAL MİDE NEKROZU

Andaç Komaç, Süleyman Günay, Mustafa Yıldırım, Muhammed Ali Kaypak, Mustafa Yıldırım, Özge Öner, Coşkun Yıldız, Harun Akar

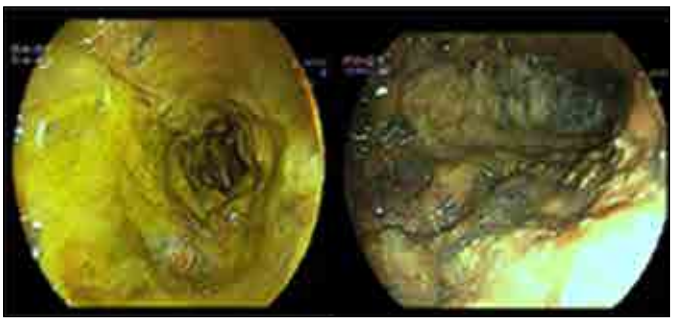
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Mide zengin vasküler ağa sahip iyi kanlanan bir organ olması sebebi ile total mide nekrozu nadir görülen bir fenomendir. Bu yazıda epigastrik ağrı ve kusma yakınması ile başvuran total özefagus ve mide nekrozu saptanan olgumuzdan bahsetmek istedik.

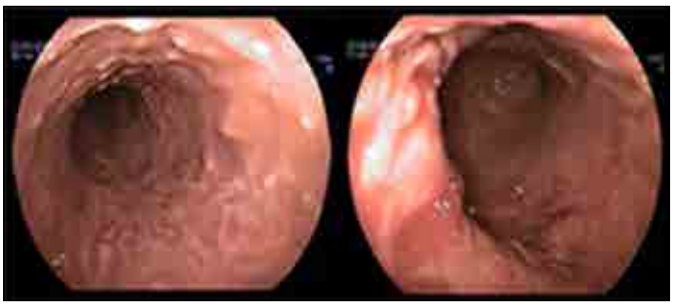
Olgu: Bilinen hipertansiyon ve koroner arter bypass greft öyküsü olan 74 yaşında erkek hasta acil servise 2 gündür olan yaygın karın ağrısı ve gece başlayan koyu renkli kusma şikayeti ile başvurdu. Anjiotensin reseptör blokeri dışında ilaç kullanım öyküsü yoktu. 20 yıl boyunca her gün 1 tane maden suyu içtiğini bu alışkanlığını 13 yıl önce bıraktığını ifade etti. Herhangi bir batın operasyonu veya künt travma tariflemeyen hastanın vital bulguları stabil idi. Kan basıncı :100/60 mm/hg, nabız: 95/dakika, oksijen saturasyonu %98 saptandı. EKG'de sinüs ritmi izlendi, iskemik bulgu saptanmadı. Batın muayenesinde yaygın hassasiyet mevcuttu. Defans rebaund yoktu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Acil serviste yapılan laboratuar testlerinde WBC:28000 u/L, Hgb:13 gr/dl, PLT: 291000 u/L, Lipaz:667 U/L saptandı. Diğer biyokimyasal parametreler normal, arteriyel kan gazında laktik asit düzeyi 4 mEq/L(N:0.7- 2.1 mEq/L)idi. Hastaya nazogastrik sonda takıldı. Kanama bulgusu saptanmadı. Koyu kahverengi geleni oldu. Karın ağrısı, artmış lipaz ve laktik asit düzeyi olan hasta pankreatit ön tanısı yatırıldı. Çekilen batın tomografisinde mide ve duedonum duvarında iskemik süreci destekler nitelikte duvar kalınlaşması izlendi, batın içerisinde serbest hava, bağırsaklarda dilatasyon ve pnömotosis intestinalis saptanmadı. Hastaya endoskopik inceleme yapıldı proksimal özefagustan duedonum 2. kısma kadar yaygın tutulum gösteren koyu kahverengi yer yer eksuda ile kaplı nekroz izlendi. (Şekil 1) Biyopsi alındı patolojide tümüyle nekrotik fragmanlar, nekroz üzerinde kahverengi-siyah yer yer granüler yer yer de iğsi (pigment?/yabancı cisim?) şekilli birikim izlendi. Akut gastrik nekroz olarak değerlendirilen hasta koroziv etki yaratabilecek herhangi bir madde almadığını ifade etti. Peforasyon riski olan hasta genel cerrrahi kliniği tarafından değerlendirildi. Yaygın nekrozu olan hastaya konservatif izlem planlandı. Orali kapatılarak 6 hafta boyunca paranteral olarak beslendi. Etiyolojiye yönelik tetkikler yapıldı. MR anjiyografide vasküler stenoz bulgusu saptanmadı. P-ANCA, C- ANCA, ANA, RF, Hbs Ag, Anti Hbs, Anti HCV, Anti HIV, TORCH, direkt indirekt coombs negatif, C3, C4, antifosfolipid antikor normal sınırlarda idi. Protein C, protein S normal,PNH klonu, antitrombin III, protrombin, Factor V leiden mutasyonları negatif saptandı. 6 hafta paranteral olarak beslenen hastanın bu süreçte tekrarlayan kanlı kusmaları oldu destek tedavi uygulandı. 6. haftada hastaya perkutan jejunostomi tüpü takıldı enteral olarak beslenmeye başlandı. 8. haftada kontrol endoskopi yapıldı. Nekroz alanlarında iyileşme, tüp mide görünümü, pilorda darlık geliştiği görüldü (Şekil 2) Hasta sulu gıda ve enteral beslenme ile taburcu edildi.

Tartışma: Mide nekrozu oldukça nadir görülür ve genellikle fatal seyreder. Kardiyovasküler hastalıklar, hemodinamik instabilite, mide çıkış obstruksiyonu, alkol alımı, hipoksemi, hiperkoagülabilite, enfeksiyon, travma etiyolojide yer alabilecek sebepler arasındadır. Bizim olgumuzda etiyolojide herhangi bir sebep saptanamamıştır. Lezyonların proksimal özefagustan başlıyor olması hasta ve yakınlarının yabancı madde alımı tariflememesine rağmen ön planda koroziv madde alımını düşündürmüştür.

Anahtar Kelimler: idiopatik gastik nekroz, total mide nekrozu



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-122

TAŞLI YÜZÜK HÜCRELİ MİDE KANSERİ TANISI ALAN GEBE HASTA

Nezih Yalçın[1], Atakan Topçu[1], Serap Kaya[3], Nuriye Yalçın[4], Ozan Tavas[5], Hakan Akın[2]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi; İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Gastroenteroloji Bilim Dalı
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Onkoloji Bilim Dalı
[4]Akdağmadeni Devlet Hastanesi
[5]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Gebelik ve malignite birlikteliği 1000 doğumda birdir[1].En sık meme ve serviks tümörleri görülür[2]. Mide kanseri (CA) daha az ve sıklıkla saptandığında ileri evrededir[3]. Belirtiler gebeliğin normal seyrinde de görülebildiğinden nonspesifiktir[4]. Prognoz genelde kötüdür, hastaların % 80'i ilk yılda kaybedilmektedir[4]. Tedavi tümörün evresi ve gestasyonel yaşa göre planlanmaktadır. Bu yazıda bir gebe taşlı yüzük hücreli mide CA olgusu nadir görülmesi nedeni ile sunulacaktır.

Olgu: 30 yaşında, 32 haftalık gebe, 1 aydır devam eden karın ağrısı, bulantı, kusma, idrar renginde koyulaşma ve halsizlik yakınmaları ile Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvurmuş. Bilinen bir hastalığı yok, gravida sayısı 4, parite 3 imiş. Fizik muayenede ikter ve epigastrik hassasiyet dışında patolojik bulgu yokmuş. Laboratuar tetkikleri demir eksikliği anemisi ve direkt hiperbilirubinemi ile uyumlu olan hasta kliniğimize yönlendirilmiş.

Geliş muayenesinde cilt ve skleralar ikterik idi. Tetkiklerde transferrin satürasyonu %2.3, total biluribin 18 mg/dl, direkt biluribin 9.6 mg/dl saptandı. Tüm abdomen ultrasonografide safra kesesi boyut artışı, intrahepatik safra yollarında dilatasyon görüldü. Manyetik rezonans kolanjiyopankreotografide (MRCP) mide pilor düzeyinde duvar kalınlaşması, koledoka dıştan bası, inta ve extra hepatik safra yollarında dilatasyon izlendi. Mide CA düşünüldü, gastroduodenoskopi yapıldı, antrumda ülsero vejetan kitle, mide çıkış yolu obstrüksiyonu saptandı ve biyopsi alındı. Patoloji sonucu taşlı yüzük hücreli karsinom olarak geldi. Pozitron Emisyon Tomografide (PET) mide pilorik antrumdan küçük kurvatura ve duodenuma uzanım gösteren duvar kalınlaşması, yoğun Floro-deoksi-Glukoz (FDG) tutulumu (SUVmax=8.5) ve batında multilpl lenfatik istasyonlarda malignite düzeyine ulaşan FDG tutulumu izlendi. Lokal ileri mide CA olarak değerlendirildi ve biluribin düzeyi düştükten sonra neo-adjuvan kemoterapi (KT) planlandı. Bebeğin akciğer maturasyonunun tamamlanması için anneye betametazon verildi. Tıkanma sarılığının düzeltilmesi amacıyla Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatografi (ERCP) denendi, pilor düzeyindeki darlık geçilemediği için Perkütan Transhepatik Kolanjiyografi (*PTK)* ile bilier drenaj kateteri takıldı. PTK sonrası kontraksiyoları olan hasta spontan vaginal yolla1840 gr, APGAR 9 / 10, erkek bebek doğurdu. Kusma nedeniyle enteral beslenemeyen hastanın mide çıkış yoluna stent takıldı. Biluribin değerleri geriledikten sonra haftalık Paklitaxel+cisplatin tedavisi başlandı. İlk 2 hafta tedavisini hastanede alan hasta ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Bulantı, kusma yakınmaları tedaviye yanıtsız olunca özellikle gebeliğin 2. trimestrinden sonra Gastrointestinal sistem (GİS) patolojileri akla gelmelli, şüphe durumunda üst GİS endoskopi planlanmalıdır.



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

Kaynaklar

1. Pavlidis NA,Coexistence of Pregnancy and Malignancy. The Oncologist, August 2002, Vol 7, No:4, 279-287

2. Pereg D, Koren G, Lishner M. Cancer in pregnancy: gaps, challenges and solutions. Cancer Treat Rev 2008;34:302–12.

3. E. Silverberg ve J. A. Lubera, "Cancer statistics, 1989," Ca Cancer Journal for Clinicians, vol. 39, no. 1, pp. 3–20, 1989.

4. Tayfur Cift ve ark. Case Report: 'Gastric Carcinoma Diagnosed at the Second Trimester of Pregnancy', Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Obstetrics and Gynecology Volume 2011, Article ID 532854, 3 pages, doi:10.1155/2011/532854

Anahtar Kelimler: Gebelik, bulantı, kusma, malignite, mide kanseri, kemoterapi,

PS-123

KARACİĞER YETMEZLİĞİ OLAN VAKADA ADRENAL YETERSİZLİK

Aysun Aksoy[1], Bilger Çavuş[2], Çetin Karaca[2], Kadir Demir[2], Selman Fatih Beşışık[2]

[1]İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Karaciğer yetersizliği olan hastalarda, özellikle sepiste olanlarda adrenal yetersizlik insidansı yüksektir. Adrenal yetersizliğin derecesi, karaciğer yetersizliğin ciddiyeti ile ilişkilidir. Asitle dekompanse karaciğer yetersizliği olan; hipotansiyon, taşikardi, hipoksi nedeni ile tetkik edilen ve adrenal yetersizliği saptanan, hepatoadrenal sendrom olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: 45 yaşında kadın hasta, 1 yıl önce transaminaz yüksekliği nedeni ile tetkik edilmiş, otoimmün hepatit tanısı ile steroid ve azathiopirin tedavisi başlanarak taburcu edilen hasta poliklinik takiplerine gelmemiş, 3 ay sonra ilaçlarını bırakmış. Son dönemlerde karında ve bacaklarda şişlik şikayeti olması nedeni ile polikliniğimize tekrar başvuran hasta otoimmun hepatite bağlı dekompanse karaciğer sirozu tanısı ile servise yatırıldı. Fizik muayenede TA: 90/50 mmHg, Nabız:120/dakika, bilateral 3+ pretibial ödemi, batın muayenesinde masif asidi mevcuttu, traube kapalıydı. Laboratuar tetkiklerinde Lökosit: 3400mm^3, Hb: 8.4 g/dl, Hematokrit: %25, Trombosit: 71000 mm^3, Glukoz:74, Kreatinin: 0.5mg/dl, Sodyum:134mmol/L, Potasyum: 3.8mmol/L, ALT: 102U/L, AST: 295U/L, ALP: 410U/L, GGT: 139U/L, Total Bilirubin: 5.7mg/dL, Direkt Bilirubin: 4.8mg/dL, Albumin:2.3g/dl, CRP: 9mg/L, Sedimantasyon:45mm/saat, fT4:15pmol/L, TSH: 2mIU/L, INR:1.7, Protein elektroforezinde gamma: 2.9 idi. Hesaplanan Child C-Skor 10, MELD: 19 idi. Otoimmun hepatite bağlı, asitle dekompanse karaciğer sirozu tanısı ile diüretik tedavisi başlanması planlanan hastanın yatışında ateş, baş dönmesi ve baygınlık atakları oldu. Enfeksiyon odağı açısından değerlendirildi, fakat odak saptanmadı. Ateşin tekrarlaması, hastanın tansiyonlarının 80/50 mmHg düzeyinde olması nedeni ile seftriaxon tedavisi başlandı. Tedavi altında ateşleri devam etti. Hipotansiyon ve taşikardisi olan hastanın takipte nefes darlığı gelişti. Pulmoner emboli ön tanısı Toraks BT anjiografi çekildi: emboli ya da infiltrasyon saptanmadı. Seftriaxon tedavisi altında mevcut bulguları devam eden hastanın antibiyoterapisi Piperasilin/Tazobaktam olarak değiştirildi. Antibiyoterapi altında baş dönmesi, ateş şikayeti devam eden; destek tedavisine rağmen hipotansiyonu devam eden hastanın adrenal yetersizlik ön tanısı ile bakılan 08:00, 08:30 kortizol değeri 6mcg/dL ve 6.8mcg/dL idi. ACTH 22 pg/ml saptandı. Hastaya 1 mg Synacten testi yapıldı. Bakılan 0, 30, 60. dakika kortizol değerleri sırasıyla 6, 8, 6 mcg/dl idi. Synactene cevapsız olarak kabul edilen hastada adrenal yetersizlik tanısı konuldu. ACTH düzeyi düşük olan hastaya sekonder adrenal yetersizlik açısından değerlendirilmek amacıyla bakılan diğer ön hipofiz hormon (LH, FSH, TSH) düzeyleri normal saptandı. Mevcut bulgularla hastaya Hepatoadrenal Yetersizlik tanısı ile steroid replasmanı başlandı. Replasman sonrası tansiyonu yükseldi, ateşi gerileddi ve baş dönmesi şikayeti geçti.

Sonuç: Dekompanse karaciğer yetersizliği tablosu ile başvuran hastada hipotansiyon, taşikardi ve hipoksiyi açıklayacak bir neden olmaması; bazal kortizol değerlerinin düşük olması ve synacten testine yanıtsız olması adrenal yetersizliğin mevcut olduğunu gösterir. Diğer ön hipofiz hormonları normalken ACTH düzeyinin düşük olması sekonder adrenal yetersizlikten ziyade "Hepatoadrenal sendrom"u düşündürmektedir. Karaciğer yetersizliği olan vakalarda sepsis düşündüren bulgular varlığında enfeksiyon odağı saptanmadığında adrenal yetersizlik açısından değerlendirmek gereklidir.

Anahtar Kelimler: adrenal yetersizlik, hepatoadrenal sendrom, siroz

PS-124

KADINLARDA OTOİMMÜN TİROİDİT İLE İRRİTABLE BARSAK SENDROMU BİRLİKTELİĞİ

Aylia Yeşilova[1], Müge Bilge[1], Yasemin Gökden[2], Filiz Şahin Yılmaz[1], Sevinç Bahar[1], Ayşen Helvacı[1]

[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi,İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Irritabl Barsak Sendromu (IBS) prevalansı yüksek, hastaların hayat kalitelerini bozan fonksiyonel bir barsak hastalığıdır. İBS, biyokimyasal bozukluklar ve saptanabilen yapısal değişiklikler olmadan, defekasyon bozukluğunun eşlik ettiği karın ağrısı ve/veya şişkinlik ile seyreden kronik bir hastalıktır. Hastalığın patogenezinde; nörohumoral mekanizmaların ve psikolojik faktörlerin değişikliğinin, bakteriyel aşırı çoğalmanın, genetik faktörlerin, viseral hipersensitivitenin, barsak motilitesinin ve immun sistem faktörlerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Amaç: Bu çalışmada otoimmün tiroid hastalığı olan ötiroid(OİTH) hastalarla otoimmün tiroid hastalığı olmayan kontrol kadın grubu arasında İBS sıklığını karşılaştırarak OİTH ile İBS arasındaki bağlantının varlığını belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Ocak-Temmuz 2015 tarihleri arasında hastanemiz iç hastalıkları polikliniğine başvuran 82 OİTH ve 65 kontrol olmak üzere toplam 147 kadın dahil edildi. İBS tanısı, mevcut organik patolojiler dışlanarak, Roma III tanı kriterlerine göre konuldu. Alarm semptomları, bağırsak hareketlerini etkileyen ilaç ve sistemik hastalıkları olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Kontrol grubundaki hastalarda olası diğer otoimmün hastalıkları dışlandı. Çalışamaya alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri, sigara ve ilaç kullanım öyküleri, ek hastalıkları ve laboratuar bulguları kaydedildi. OİTH ve kontrol grubunda İBS sıklığı belirlendi.

Bulgular: OİTH ve kontrol gruptaki hastaların yaşları(37±11,7vs 38,04±11,6; p=0,905) sosyo-demografik ve laboratuvar özellikleri benzer dağılım gösterdi. OİTH grubunda İBS sıklığı %37 iken kontrol grubunda %33 bulundu. Her iki grup arasında İBS sıklığı açısından istatistiksel fark saptanmadı (p=0.730).

Sonuç: Çalışamamızda tüm hastalarda İBS sıklığı yüksek saptandı. Otoimmün tiroidit ile İBS arasında anlamlı bir ilişki gösterilemedi. İBS'nin patogenezinde immün faktörlerin rolü halen tartışılmakta olup bu sorunun yanıtı ancak çok merkezli çalışmalarla verilebilir kanısındayız.

Anahtar Kelimler: otoimmün tiroidit, irritabl barsak sendromu

PS-125

TÜBERKÜLOZ PERİTONİTLİ BİR OLGU

Figen Kahyaoğlu, Yasemin Gökden, Mehmet Küçük, Semih Kalyon, Tülay Eyüpgiller, Akif Bayyiğit, Kübra Altunkalem Seydi, Şenay Günaydın, Halil İbrahim Onmaz, Fırat Oyman, Abdüssamet Çelebi, Başak Can

S.B. Okmeydanı E.A.H

Giriş: Tüberküloz (TBC) peritonit ekstrapulmoner tüberküloz vakalarının nadir görülen bir formudur. Siroz, HIV pozitifliği, diyabet, malignite, anti TNF tedavisi, sürekli periton diyalizi TBC peritonit riskini artırmaktadır. Tüberküloz vakalarının yaklaşık %1-3'ünü TBC peritoniti oluşturmaktadır. Karında rahatsızlık hissi ve şişlik, kilo kaybı, ateş gibi nonspesifik semptomlarla kliniğe başvuran hastaların tanısında gecikme mortalite ve morbiditede de artmaya sebep olmaktadır. Klinikte asit, pelvik ağrı, adneksiyel kitle, artmış CA-125 düzeyi, radyolojik görüntüleme yöntemlerinde izlenen omental kalınlaşma, lenfadenopati ile peritonitis karsinomatosa ile karışabilmektedir. Bu bildiride tüberküloz peritonit tanısı konulan bir olgu sunulacaktır.

Olgu:19 yaşında erkek hasta karın ağrısı, karında şişkinlik ve kilo kaybı şikayetleri ile dahiliye kliniğine yatırıldı. Hastanın öyküsünden 3 aydır devam eden karında rahatsızlık hissi sonrası şişlik geliştiği ve bu şişliğin giderek arttığı ve son 3 ayda 5 kilo kaybettiği öğrenildi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Ateş:37.1 C, nabız: 90/dk, kan basıncı: 100/60 mm/hg, solunum sayısı: 16/dk idi. Karın muayenesinde asit ile uyumlu bulgular saptandı. Hastanın akciğer grafisinde özellik saptanmadı. USG'de batında yaygın serbest sıvı tespit edildi. Kan tetkiklerinde; WBC:5570 K/Ul, HB:10.2 g/dl, PLT:252000 K/Ul, Aspartat transaminaz:41 U/l, alanin aminotransferaz:16 U/l, albumin:3.28 g/dL, GGT:57 U/L, ALP:196 U/L, T. protein:7.07 gr/dl, T. Bilirubin:0.58 mg/dl, Sedimentasyon:81/ saat, C- Reaktif Protein:128 mg/L olarak bulundu. CA-125:548 U/ml idi. Hastaya yapılan tanısal parasentez sonucunda, asit sıvısında protein:6.03, albumin:2.93 g/dl ve glukoz 62 mg/dl idi. Asit sıvısında hücre sayısı 89/mm^3 lökosit olup, % 90'ı lenfosit, %10'u PNL, 249/mm^3 eritrosit saptanırken, ARB ve gram boyamada negatif olarak geldi. Serum asit albümin gradyenti (SAAG) (<1.1) idi. Periton mayi sitolojisi lenfosit hakim olarak değerlendirildi. Parasentez sıvı kültüründe üreme olmadı. Batın Tomografisinde batında yaygın asit, batın ön duvarında omentumda infiltrasyon, kalınlaşma ve heterojenite mevcuttu. Pozitron Emisyon Tomografisinde (PET); batında tüm kadranlarda barsak yüzeylerine uyan lokalizasyonlarda ve sağ üst kadranda daha yaygın olmak üzere mezenterik yağlı planlar içerisindeki sınırlı yumuşak doku dansiteli alanlara uyan lokalizasyonlarda hafif-yoğun artmış FDG tutulumları tespit edildi. Tanımlanan lokalizasyonlardaki FDG tutulumları malignite seviyesinde olduğu raporlandı. Peritonitis karsinomatoza ve tüberküloz peritonit ön tanıları ile tanısal laparotomi yapıldı ve biyopsi alındı. Biyopside kazeifiye granulom saptandı ve diğer bulgularda tüberküloz ile uyumlu olan hastaya tüberküloz peritoniti tanısı konulup 4 'lü antitüberküloz tedavi başlandı. Tedaviye klinik ve laboratuvar olarak dramatik şekilde yanıt alındı.

Sonuç: Batında yaygın asit ile başvuran hastalarda TBC- peritonit ayırıcı tanıda düşünülmeli ve PET bulgularının peritonitis karsinomatoza ile karışabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: peritonit, tüberküloz, asit

PS-126

GERİATRİK HASTADA AKUT KOLESTATİK TABLOYLA PREZENTE OLAN OTOİMMÜN HEPATİT

Deniz Yüce Yıldırım, Ferhat Ekinci, Bahar Engin, Mustafa Yıldırım, Faruk Elyiğit, Harun Akar

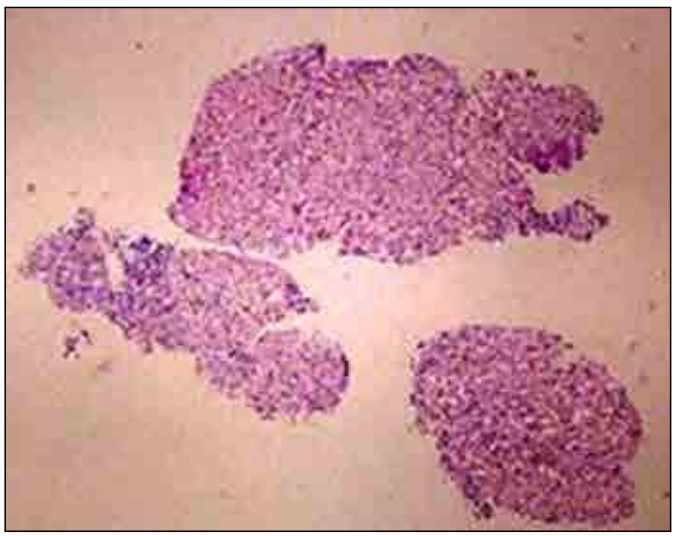
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Otoimmün hepatit (OİH) nedeni bilinmeyen, histolojik olarak periportal hepatitle seyreden, serum otoantikorları ve hipergamaglobulinemi ile karakterize, ilerleyici, kronik bir karaciğer parankim hastalığıdır. Hastaların 3/4'ü kadındır, genç yaşlarda ve 5.-6. dekadlarda olmak üzere iki kez pik yapar. Fakat genellikle 4. dekaddan önce görülür. Biz; 67 yaşında, akut kolestatik tabloyla prezente olup fulminan karaciğer yetmezliği ile seyreden vakamızı, nadir görülmesi sebebiyle sunmak istedik.

67 yaşında kadın hasta, 2 aydır olan halsizlik, iştahsızlık, karın ağrısı şikayetlerinin son 3 gündür artması ve gözlerde, ciltte giderek artan sararma yakınmalarıyla acil servise başvurdu. Öyküsünde alkol kullanımı, mantar yeme, toksik madde, son 3 ay içinde yeni bir ilaç veya bitkisel madde alımı, viral hepatit yoktu. Özgeçmişi ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenede bilinci açık, koopere, oryanteydi. Skleralar ikterikti, batında minimal asit mevcuttu. Diğer tüm sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvarda; hemogram normal, ALT: 356 U/L, AST: 744 U/L, ALP: 137/L, GGT: 69 U/L, LDH: 366 U/L, total bilirubin: 21,91 mg/dL, direkt bilirubin: 12,53 mg/dL, total protein: 6.7 g/dL, albumin: 2,3 g/dL, aPTT: 37,5 sn, PT: 22,3 sn, INR: 1,97, amilaz ve lipaz normaldi. Abdominal ultrasonografide karaciğer, safra kesesi ve safra yolları olağan saptandı. Batında yaygın peritoneal serbest sıvı mevcuttu. Hastanın tüm hepatotrofik viral göstergeleri negatif saptandı. Alfa-1 antitripsin ve serüloplazmin normal, serum ferritini ılımlı yüksek bulundu. Anti-nükleer antikor, Liver-kidney microsomal antikor ve antimitokondrial antikor negatif, anti smooth muscle antikor: 1/640 pozitif, periferik antinötrofil sitoplazmik antikor: 1/100 saptandı. İmmünoglobulin G belirgin yüksek bulundu. Olası kolestaz açısından çekilen üst batın bilgisayarlı tomografi, üst batın magnetik rezonans görüntüleme ve magnetik rezonans kolanjio-pankreatografide kronik karaciğer hastalığını düşündüren bulgular, perihepatik alanda serbest sıvı izlendi. Safra kesesi, safra yolları, koledok normal saptandı. Hastanın fulminan hepatit tablosunda olması nedeniyle karaciğer biyopsisi yapılamadan otoimmün hepatit ön tanısıyla 1 mg/kg/gün metilprednizolon başlandı. Hasta stabilize olunca karaciğer biyopsisi yapıldı (Şekil 1). Sınırlı yeterlilikteki karaciğer biopsi materyalinin kesitlerinde yangı ve sınırlayıcı plaka harabiyeti saptandı. Piecemeal nekroz (interface hepatit) kısmen seçilmekte olup güve yeniği nekrozların varlığı nedeniyle kronik hepatit lehine yorumlandı. Steroid tedavisi ile karaciğer fonksiyon testleri belirgin düzeldi, ikterik görünüm azaldı. Metilprednizolon dozu tedrici azaltılan hasta poliklinik takibine alınıp taburcu edildi.

Otoimmun hepatit transaminaz yuksekliği, hiperglobulinemi, otoantikor varlığı ile karakterize karaciğerin inflamatuar hastalığıdır. OİH'lerde total bilirubin, GGT ve ALP duzeylerine göre daha yüksek aminotransferaz düzeyleri ile karakterize prezentasyon tipiktir. Ilımlı bilirubin yüksekliği vardır, bilirubin yüksekliğinin genellikle normalin üst sınırının 3 katından daha az olması beklenir. Bizim olgumuzun, geriatrik yaşta olması ve bilirubin yüksekliğinin normalin üst sınırının 10 katından fazla olması nedeniyle atipik prezentasyonlu bir otoimmun hepatit olduğu düşünüldü. Sonuç olarak, OİH farklı prezentasyonlarla karşımıza çıkabilir. Ciddi bilirubin yuksekliği ile gelen olgularda kolestatik nedenler dışında OİH de akla gelmelidir.

Anahtar Kelimler: otoimmün hepatit, kolestaz, geriatri



Şekil 1.

PS-127

ERZURUM BÖLGE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÖZEFAGUS KANSERİ SAPTANAN OLGULARIMIZIN ÖZELLİKLERİ

Doğan Nasır Binici[1], Özge Timur[1], Sevilay Özmen[2], Ahmet Uyanıklıoğlu[3], Hakan Gözcü[1], Hakan Sevimli[1], Serdar Tanas[1]

[1]Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Erzurum
[2]Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü, Erzurum
[3]Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş ve Amaç: Özofagus kanseri ileri derecede agresif seyretmesi ve kötü prognozu nedeniyle dünya çapında kanserden ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir. Ülkemizde özofagus kanseri en sık Doğu Anadolu Bölgesinde görülmekte olup, bu bölgede endemiktir. Bu çalışmada Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesinde 2011-2014 yılları arasında özofagus kanseri saptanan hastaların özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: 2011-2014 yılları arasında retrospektif olarak, ünitemizde özofagus kanseri saptanan hastaların yaş, cinsiyet ve tümör lokalizasyonu özellikleri incelenmiştir.

Bulgular: 2011-2014 yılları arasında özefagus kanseri tanısı alan 54 hastanın 15'i (%27,7) erkek, 39'u (72,3) kadındır. Tüm hastalarda ortalama tanı konma yaşı 65'tir (37-90). Erkek hastalarda ortalama tanı yaşı 66,5 (41-86) kadın hastalarda 64 (37-90) olarak belirlenmiştir.

Tümör lokalizasyonu değerlendirildiğinde proksimal yerleşimli 3 (%5,5), medial yerleşimli 13 (%24,1) ve distal yerleşimli 38 (%70,4) hasta saptanmıştır. Tümör lokalizasyonu ve cinsiyet dağılımı değerlendirildiğinde proksimal yerleşimli hastaların hepsinin kadın, medial yerleşimli 13 hastanın 2'sinin (%15,4) erkek, 11'inin (%84,6) kadın ve distal yerleşimli 38 hastanın 13'ünün (%34,2) erkek ve 25'inin (%65,8) kadın olduğu görülmüştür.

Sonuç: 2011-2014 yılları arasındaki hastaları incelediğimiz serimizde özefagus kanseri kadınlarda daha sık saptanmıştır. Ortalama tanı alma yaşı kadın ve erkek hastalarda benzerdir ve 65 olarak belirlenmiştir.

Tümör lokalizasyonu incelendiğinde özefagus tümörleri en sık distal bölgeden (%70,4) kaynaklanmaktadır. Serimizde kadın hasta sayısı daha fazla olduğu için tüm lokalizasyonlarda kadın hasta sayısı daha fazladır.

Uyanıkoğlu Ve ark.'nın Erzurum ilinde 2002-2004 ve 2012-2014 yılları arasında iki ayrı dekat olarak yaptıkları karşılaştırmalı çalışmada özefagus kanseri her iki cinste eşit oranlarda saptanmıştır. Ancak çalışmamızda kadın hasta oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Tümör yerleşimi Uyanıkoğlu ve ark.'nın çalışmasında da her iki dekatta da en yüksek oranda distaldedir. Çalışmamızda da distal yerleşimli tümörler daha yüksek oranda saptanmıştır.

Özofagus kanserinde risk faktörü olarak cinsiyet faktörünün önemi net değildir. Son yıllarda hormonal faktörlerin etkili olduğu yönünde çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda kadın cinsiyetin daha baskın olduğu göz önüne alınarak bu konuda daha geniş serilerin incelenmesi gerektiğine inanmaktayız.

Anahtar Kelimler: özefagus kanseri, ortalama yaş, lokalizasyon

PS-128

ERZURUM BÖLGE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE KOLOREKTAL KANSER SAPTANAN OLGULARIMIZIN ÖZELLİKLERİ

Doğan Nasır Binici[1], Özge Timur[1], Sevilay Özmen[2], Ahmet Uyanıkoğlu[3], Hakan Gözcü[1], Hakan Sevimli[1]

[1]Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği,Erzurum
[2]Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü, Erzurum
[3]Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş ve Amaç: Kolorektal kanserler dünya çapında her iki cinsiyette de en sık görülen ve en çok ölüme yol açan kanserler içinde üst sıralarda yer almaktadır. Ülkemizdeki kolorektal kanser görülme sıklığı ve ölüm oranları dünya verileri ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde saptanan kolorektal kanserli olguların özelliklerini incelemeyi amaçladık.

Materyal ve Metod: 2012-2013 yılları arasında retrospektif olarak, ünitemizde kolorektal kanser saptanan hastaların yaş, cinsiyet ve tümör lokalizasyonu özellikleri incelenmiştir.

Bulgular: 2012-2013 yılları arasında kolorektal kanser tanısı alan 60 hastanın 29'u (%48,3) erkek, 31'i (%51,7) kadındır. Tüm hastalarda ortalama tanı konma yaşı 63'tür (34-90). Erkek hastalarda ortalama tanı yaşı 68 (40-90) kadın hastalarda 59 (34-87) olarak belirlenmiştir.

Tümör lokalizasyonu incelendiğinde anal kanal yerleşimli 1 (%1,7), rektum yerleşimli 14 (%23,3), rektosigmoid bölge yerleşimli 6 (%10), sigmoid kolon yerleşimli 16 (%26,7), inen kolon yerleşimli 2 (%3,3), splenik fleksura yerleşimli 3 (%5), transver kolon yerleşimli 5 (%8,3), hepatik fleksura yerleşimli 1 (%1,7), çıkan kolon yerleşimli 6 (%10) ve çekum yerleşimli 2 (%3,3) hasta saptanmıştır.

Tümörlerin en sık rektum ve sigmoid kolona yerleştiği izlenmiştir. Rektum yerleşimli 14 hastanın 8'i (%57,2) kadın, 6'sı (%42,8) erkektir. Sigmoid kolon yerleşimli 16 hastanın 10'u (%62,5) kadın, 6'sı (%37,5) erkektir.

Sonuç: Sık görülen ve kanserden ölüm nedenlerinde üst sıralarda yer alan kolorektal kanserler ülkemiz ve bölgemizde de sık görülmektedir. Çalışmamızda dünya ve Türkiye verilerinin aksine kadın hasta oranı daha fazladır ancak bu oran istatistiksel olarak anlamlı değildir. Hastalık saptanma yaşı bizim serimizde kadınlarda 59, erkeklerde 68 olarak belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de kolorektal kanser kadınlarda özellikle 70 yaşından sonra daha sık görülmektedir. Bizim hasta grubumuzda kadın hastalar daha genç yaştadır.

Tümör yerleşim yerleri incelendiğinde distal yerleşimli tümörlerin daha sık olduğu izlenmiştir.2003-2007 yılları arasında ilimizde yapılan bir çalışmada da distal yerleşimli kolorektal kanserler daha yüksek oranda görülmüştür. Bu durum distal yerleşimli tümörlerin daha sık belirti vermesiyle ve kolonoskopi sırasında bu tümörlere daha kolay ulaşılabilmesiyle ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimler: kolon kanseri, yaşa göre dağılım, lokalizasyon, cinsiyet dağılımı

PS-129

ERZURUM BÖLGE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE MİDE KANSERİ SAPTANAN OLGULARIMIZIN ÖZELLİKLERİ

Doğan Nasır Binici[1], Özge Timur[1], Sevilay Özmen[2], Ahmet Uyanıkoğlu[3], Serdar Tanas[1], Hakan Gözcü[1], Hakan Sevimli[1]

[1]Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Erzurum
[2]Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, Erzurum
[3]Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş ve Amaç: Mide kanseri Dünya Sağlık örgütü verilerine göre akciğer, meme ve kolorektal kanserlerden sonra ek sık görülen kanser tipidir. Kanserden ölümlerde de üst sıralarda yer alan mide kanseri ülkemizde de her iki cinsiyette sık görülmektedir. Sosyoekonomik koşulların yetersizliği ve beslenme alışkanlıkları nedeniyle mide kanserinin Doğu Anadolu bölgesinde sıklığı artmaktadır. Çalışmamızda 2010-2014 yılları arasında hastanemiz endoskopi biriminde tanı almış mide kanserli olguların özelliklerini belirlemeyi amaçladık.

Materyal ve Metod: 2010-2014 yılları arasında retrospektif olarak, ünitemizde mide kanseri saptanan hastaların yaş, cinsiyet ve tümör lokalizasyonu özellikleri incelenmiştir.

Bulgular: 2010-2014 yılları arasında mide kanseri tanısı alan 120 hastanın 82'si (%68,3) erkek, 38'i (%31,7) kadındır. Tüm hastalarda ortalama tanı konma yaşı 67 (35-95). Erkek hastalarda ortalama tanı yaşı 67 (35-95) kadın hastalarda 66,8 (35-89) olarak belirlenmiştir.

Tümör lokalizasyonu.değerlendirildiğinde angulus yerleşimli 2 (%1,7), antrum yerleşimli 25 (%21), kardiya yerleşimli 59 (%49,6), korpus yerleşimli 32 (%26,9) ve pilor yerleşimli 1 (%0,8) hasta saptanmıştır. Tümör lokalizasyonu ve cinsiyet dağılımı değerlendirildiğinde angulus yerleşimli 2 hastanın 1'i kadın 1'i erkek, antrum yerleşimli 25 hastanın 18'i (%72), erkek, 7'si (%28) kadın, kardiya yerleşimli 59 hastanın 35'i (%59,3) erkek, 24'ü kadın (%40,7), korpus yerleşimli 32 hastanın 27'si (%84,4) erkek 5'i (%15,6) kadın ve pilor yerleşimli 1 hasta erkek olarak saptanmıştır.

Sonuç: 2010-2014 yılları arasındaki hastaları incelediğimiz serimizde mide kanseri erkeklerde daha sık izlenmiştir. Ortalama tanı alma yaşı kadın ve erkek hastalarda benzerdir ve 67 olarak belirlenmiştir.

Tümör lokalizasyonu incelendiğinde mide tümörlerinin en sık kardiya (%49,6) bölgesine yerleştiği görülmüştür. Ancak kardiya yerleşimli tümörlerin bir kısmının özefafus tümörü olup lokal olarak kardiyaya invaze olduğu da gözönüne alınmalıdır. 2002-2004 yılları arasında ilimizde yapılan çalışmada distal mide tümörü daha yüksek oranda saptanmıştır. Ancak yeni veriler ışığında artık proksimal yerleşimli mide tümörlerinin oldukça yüksek oranlarda görüldüğünü söyleyebiliriz. Mide tümörlerindeki bu lokalizasyon değişikliğinin nedenlerinin araştırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Sağlık Bakanlığı 2009 yılı kanser verilerine göre mide kanseri erkeklerde %16,2, kadınlarda %8,1 oaranında görülmektedir. Çalışmamızda da erkek hasta oranı kadın hasta oranına göre daha fazladır.

Dünyada özellikle erkeklerde en sık görülen kanserlerden 4. Sırada olan mide kanseri ülkemizde en sık görülen kanserlerden 5. sıradadır. Sıklığı ve mortalitesi giderek artan mide kanseri için bölgemizde de daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimler: mide tümörü, ortalama görülme yaşı, lokalizasyon, cinsiyet

PS-130

NADİR GÖRÜLEN BİRLİKTELİK: CASTLEMAN HASTALIĞI VE OTOİMMÜN HEPATİT OLGUSU

Kadri Atay, Selma Bozcan, Tuğçe Çalışkan, Ali İbrahim Hatemi

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Castleman hastalığı, etyolojisi tam olarak aydınlatılamayan, sıklıkla toraksta yerleşebilen reaktif lenf nodu hiperplazisidir. Genellikle genç erişkinlerde görülür ve asemptomatik seyreder(1). Otoimmün hepatit ; hipergamaglobulinemi, transaminaz yüksekliği, antikor varlığı ve histolojik olarak da aktif nekroinflamatuvar proçesle karakterize bir kronik hepatit türüdür (2). Castleman hastalığı ile otoimmün hepatit birlikteliğinin şimdiye kadar bildirilmemesi nedeniyle vakamızı nadir bir olgu olarak sunduk.

Olgu: 25 yaşında kadın hasta, dış merkezde halsizlik nedeniyle yapılan tetkiklerinde karaciğer enzim yüksekliği saptanması üzerine gastroenteroloji birimine sevk edilmiş. Öz geçmişinde yaklaşık 1 yıldır Castleman hastalığı tanısıyla Hematoloji bilim dalı tarafından takip edilmekte. Fizik muaynesinde ciltte solukluk mevcut olup batın muaynesinde 2 parmak hepatomegali ve 3 parmak splenomegalisi saptandı. Diğer istem muaynesi normal idi. Yapılan laboratuar tetkiklerinde Eritrosit sedimentasyon hızı: 50 mm/saat; WBC: 5900 /mm^3; hemoglobin: 9.6 g/dL, hematocrit: % 28; trombosit sayısı : 129.000 /mm^3; glikoz : 79 mg/dL; üre: 25 mg/dL; kreatinin: 0.7 mg/dL; AST : 310 IU/L, ALT : 450 IU/L, ALP :150 IU/L,GGT:65 IU/L, total bilurubin:1.5 mg/dl, direkt bilurubin:0.7 mg/dl, INR :1,2 .otoimmün hepatit markırlarından ANA :1/160 Pozitif, Anti dsDNA Negatif, ASMA Pozitif, Anti LKM pozitif AMA Negatif, AMA M2 Negatif; total protein: 8.0 g/dL; albumin: 4.6 g/dL; globulin: 2.8 g/dL; hepatitis-B yüzey antijeni (HBsAg): negatif; anti-hepatit C virus antikoru (anti- HCV): negatif; anti-HIV: negatif saptandı. Batın ultrasonografide karaciğer 140 mm olup kenarları muntazam, dalak boyutları artmış olup yaklaşık 130 mm dir. Batın içinde 1-2 cm arası lenfadenopatiler saptandı. Otoimmün hepatit ön tanısıyla yapılan karaciğer biyopsisi otoimmün hepatit ile uyumlu bulunan hastaya genç olması ve kozmetik nedenlerden dolayı tedavi olarak 30 mg /gün deltacortil ve azatiopürin 50 mg/gün başlandı. Mevcut tedavi ile karaciğer enzimleri gerileyen hasta ayaktan takip edilmeye başlandı.

Sonuç: Castleman hastalığı nadir rastlanan, benign lenf nodu hiperplazisi ile karakterize bir hastalık olup literatürde yalnızca birkaç yüz vaka bildirilmiştir (3). En sık asemptomatik mediastinal bir kitle olarak karşımıza çıkar. Bunu boyun, pelvis, retroperitoneum ve aksilla izler (4,5). En sık 20-30 yaş grubunda ve her iki cinste eşit olarak saptanır. Hastalığın gelişiminde identifiye edilmiş bir risk faktörü yoktur. Etyolojisinde HHV-8 virüsünün rol oynadığı belirtilsede sebep tam açıklanamamıştır. Muhtemel sebepin kronik inflamatuar bir cevap olarak ortaya çıktığı belirtilmektetedir(7). Castleman hastalığı ve otoimmün olayların birlikteliği nadir bildirilmektedir. Yapılan literatür araştırmasında otoimmün hepatit ile castleman hastalığı beraberliğine rastlamadık. Nadir olsada karaciğer enzim yüksekliği ile karşımıza gelen castleman vakalarında otoimmün hepatit olabileceği akılda tutulmadır.

Anahtar Kelimler: Castleman Hastalığı, Otoimmün Hepatit

PS-131

GEBELİKTE GELİŞEN AKUT PANKREATİTE SEKONDER PORTAL VE SPLENİK VEN TROMBOZU

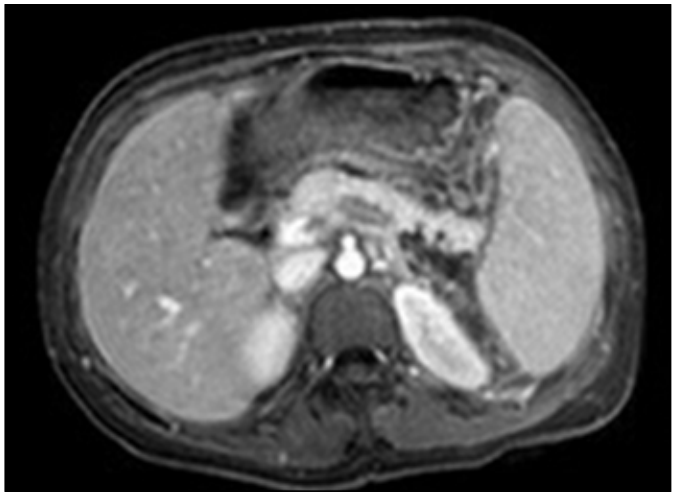
Pembegül Yumuştutan, İlkim Deniz Kayhan, Yasemin Gökden, Pınar Saner Demir, Mine Adaş

SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

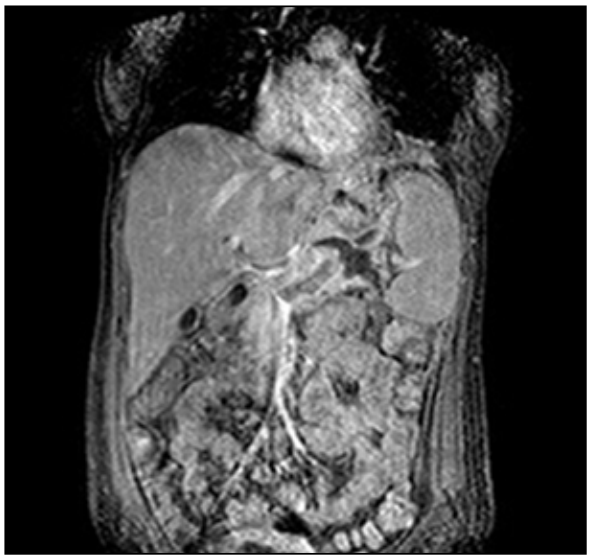
Giriş: Portal ve splenik ven trombozuna neden olabilen akut pankreatit, gebelikte gelişen hipertrigliseridemi nedeni ile görülebilir. Metilentetrahidrofolat redüktaz (MTHFR) gen mutasyonu da portal ve splenik ven trombozuna yol açabilen bir diğer durumdur. Her iki nedenin mevcut olduğu nadir bir vaka olması nedeni ile, gebelik sırasında oluşan hipertrigliseridemiye bağlı akut pankreatit sonrası ortaya çıkan ve aynı zamanda heterozigot MTHFR gen mutasyonu olan portal ve splenik ven trombozunu sunmayı amaçladık. Olgu: 28. gebelik haftasında hipertirgliseridemiye (serum trigliserid:1800mg/dl) bağlı olarak geçirilmiş akut pankreatit öyküsü olan 25 yaşındaki kadın hasta, 36. gebelik haftasında tekrar şiddetli karın ağrısı ile hastanemiz acil servisine başvurmuş. Fetal distres saptanması üzerine acil sezaryana alınan vakada ameliyat sırasında batın içinde şilöz görünümlü sıvı saptanınca genel cerrahi konsültasyonu istenmiş. Batın eksplorasyonunda bir özellik saptanmayan hastada, batın içi sıvı biyokimyasal inceleme sonucunda pankreas sıvısı ile uyumlu gelmiş. Kan tetkiklerinde trigliserid:1229mg/dl, amilaz:407U/L, lipaz:149U/L olması üzerine hasta hipertrigliseridemiye sekonder akut pankreatit ön tanısıyla ileri tetkik ve tedavi amaçlı olarak dahiliye servisine yatırıldı. Görüntüleme tet-

kiklerinden portal ven doppler USG (PVDUS) ve MR portovenografide, portal ve splenik ven lümeni içerisinde akut trombüs tespit edildi. Hastanın tariflediği aralıklı karın ağrısı şikayeti nedeni ile istenen MTHFR gen mutasyonu heterozigot olarak saptandı. Mevcut trombüs için enoksaparin 0.6ml 2x1 sc olarak başlandı. Enoksaparin ile antikoagülasyon tedavisinden sonra semptomatik iyileşme görüldü. Poliklinik kontrollerinde yapılan PVDUS de portal ven ile splenik vende akım yönü fizyolojik olup hepatopedal olarak değerlendirildi. Sonuç: Vakamız gebelik sırasında gelişen hipertrigliseridemiye sekonder tekrarlayan akut pankreatit olgusudur. Portal ve splenik ven trombusünün hem pankreatit hem de MTHFR gen mutasyonuna sekonder geliştiği düşünülmüştür. Gebelikte hastaların rutin izlemlerinde özellikle karın ağrısı olduğunda dikkatli araştırılması, batın USG nin optimal değerlendirilmesi ve hızlı tedavi hayati önem taşımaktadır. Biz vakamızı günlük pratikte nadir karşılaşılan bir vaka örneği olduğunu düşündüğümüz için sunduk.

Anahtar Kelimler: gebe, portal ven trombozu, splenik ven trombozu, pankreatit, MTHFR



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-132

KRONİK HEPATİT C' Lİ HASTALARDA KARACİĞER FİBROZİS İLE NÖTROFİL-LENFOSİT ORANI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Refik Demirtunç, Ahmet Kurt, Kadir Kayataş, Uğur Özensoy, Sultan Kara, Özge Tekdemir, H. Gizem Güngör

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Amaç: Hepatit C virüsü Kronik karaciğer hastalığının en önemli nedenlerinden biridir. Fibrozis kronik karaciğer inflamasyonunun patofizyolojik bir sonucudur. Nötrofil –Lenfosit Oranı (NLO) son yıllarda yeni inflamasyon belirteci olarak rapor edilmektedir. Bu çalışmamızda kronik hepatit C'li hastalarda biyopsi ile tespit edilen fibrozis ile NLO ve diğer periferik kan bulguları karşılaştırılmıştır.

Gereç – yöntem: Çalışmamızda karaciğer biyopsisi yapılan toplam 124 kronik hepatit C hastası retrospektif olarak incelenmiştir. Karaciğer fibrozisi olan ve olmayanın NLO ve hemogram değerleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 124 (Kadın:48, Erek:76) hasta alındı. Yaş ortalaması 52,07±10,80 yıl idi. Yüz (%86) hastanın fibrozisi pozitif iken, 24 hastanın fibrozisi negatif idi. Fibrozis olanlarda NLO (2,69±0,92), fibrozisi negatif olanlara (2,52±0,98) göre hafif artışına karşılık istatistiksel olarak anlamlı değildi. Diğer karşılaştırmalı periferik kan bulguları tabloda gösterilmiştir.

Sonuç: NLO ve diğer periferik kan bulguları karaciğer fibrozisi pozitif ve negatif olanlar arasında bir farklılık bulunamamıştır.

Anahtar Kelimler: Hepatit - C, Fibrozis, Nötrofil - Lenfosit Oranı

Tablo 1. Fibrozis varlığına göre periferik kan bulgularının karşılaştırılması.

	Fibrozis var (ort±SS)	Fibrozis yok (ort±SS)	p
Yaşı (yıl)	53,8±9,73	44,87±12,23	0,002**
Nötrofil (/mm^3)	3,18±1,38	2,91±1,47	0,397
Lenfosit (/mm^3)	2,25±0,80	2,11±0,90	0,471
Trombosit (/mm^{3}x1000)	188,06±73,20	189,89±69,09	0,914
RDW (%)	14,38±1,65	15,01±2,10	0,113
Nötrofil - Lenfosit oranı	2,69±0,92	2,52±0,98	0,417
Students t test ** p<0,01			

PS-133

GASTRİT ÖN TANILI HASTALARIN ENDOSKOPİK VE HİSTOPATOLOJİK BULGULARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Mithat Eser[1], Murat Eser[3], Fahrettin Güven Oysul[4], Oktay Ünsal[3], Sebahat Başyiğit[2]

[1]*Gata İç Hastalıkları Bilim Dalı.*
[2]*Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı.*
[3]*Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bilim Dalı.*
[4]*Gata Halk Sağlığı Bilim Dalı.*

Giriş ve Amaç: Gastrik mukozadaki diffüz makroskopik değişiklikler gastrit olarak yorumlanır. Gastritin makroskopik ve mikroskopik özellikleri arasında her zaman yeterince bir ilişki ortaya konulamamıştır. Bu çalışmamızda gastritli hastalarda endoskopik görünümler ile histolojik bulgular arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2014 ile Mart 2014 tarihleri arasında dispeptik yakınmalar nedeni ile özofagogastroduodenoskopi yapılan gastrit saptanan ve saptanmayan 259 hasta çalışmaya dahil edildi. Endoskopik olarak saptanan gastrit bulguları ve Histopatolojik değerlendirme Sidney sınıflamasına göre yapıdı. Standart büyüklükte biyopsi forsepsi kullanılarak antrum ve korpustan ikişer adet biyopsiler alındı. Hastaların endoskopik ve histopatolojik sonuçları retrospektif olarak tarandı ve çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: 7 hastada korpusta endoskopik olarak inflamasyon bulgusuna rastlanırken histopatolojik olarak inflamasyon bulgusuna rastlanmamış ve yine 5 hastada(%100) korpus histopotolojisinde +3 inflamasyon mevcut iken endoskopide bulguya rastlanmamıştır.23 hastada korpusta endoskopik olarak inflamasyon saptanırken histopatolojik olarak aktivite bulgusuna rastlanmamış ve yine 2 hastada korpus histopatolojisinde +3 aktivasyon mevcut iken endoskopide bulguya rastlanmamıştır.24 hastada korpusta endoskopik olarak inflamasyon saptanırken histopatolojik olarak Helikobakter Pilor(HP) saptanmamıştır ve yine 9 hastada korpus histopatolojisinde +3 HP mevcut iken endoskopide bulguya rastlanmamıştır.55 hastada korpusta endoskopik olarak inflamasyon saptanırken histopatolojik olarak İntestinal metaplazi(İM) bulgusuna rastlanmamış ve yine 3 hastada korpus histopatolojisinde +3 İM mevcut iken endoskopide bulguya rastlanmamıştır.

32 hastada antrumda endoskopik olarak inflamasyon bulgusuna rastlanırken histopatolojik olarak inflamasyon bulgusuna rastlanmamış iken antrum histopotolojisinde +3 inflamasyon mevcuthastalarda 23 hastada (%100) endoskopide inflamasyona rastlanmıştır.87 hastada antrumda endoskopik olarak inflamasyon saptanırken histopatolojik olarak aktivite bulgusuna rastlanmamış iken antrum histopatolojisinde +3 aktivasyon mevcut hastalarda endoskopide 4 hastada (%66,7) inflamasyona ve 2 hastada (%33,3) ülsere rastlanmıştır.101 hastada antrumda endoskopik olarak inflamasyon saptanırken histopatolojik olarak Helikobakter Pilor(HP) saptanmamış iken antrum histopatolojisinde +3 HP mevcut hastalarda endoskopide 18 (%94,7) hastada inflamasyona ve 1 (%5,3) hastada ülsere rastlanmıştır.206 hastada antrum endoskopik olarak inflamasyon saptanırken histopatolojik olarak İntestinal metaplazi(İM) bulgusu-

na rastlanmamış iken antrum histopatolojisinde +3 İM mevcut hastalarda 1 (%100) hastada endoskopide inflamasyona rastlanmıştır.

Tartışma: HP gastritinde ve genel olarak gastritlerde endoskopik bulguların tanısal doğruluk oranları halen tartışılmaktadır. Histolojik ve bakteriyolojik inceleme yapılarak gastritin endoskopik bulgularla ilişkisini ortaya koymak büyük önem arz etmektedir. Çalışmamızda endoskopik bulgusu olmayıp histopatolojide inflamasyon, aktivasyon, atrofi. HP, intestinal metaplazi yüksek düzeyde olan ve endoskopide inflame alanların olduğu fakat histopatolojide bulgusu olmayan hastalar saptadık. Çalışmamızın sonucunda; konvansiyonel endoskopi ile elde edilen endoskopik görünümler histolojik bulguları yeterli doğrulukta ortaya koyamamaktadır.

Anahtar Kelimler: HP gastriti, inflamasyon, aktivasyon



Şekil 1.

PS-134

EKSTRABİLİYER ASCARİS LUMBRİCOİDES VE KOLANJİKARSİNOMA VAKASI

Seyit Uyar[1], Süleyman Dolu[1], Mehmet Kök[1], Zahide Taş[1], Ferda Akbay Harmandar[2], Ayhan Hilmi Çekin[2], Gökhan Köker[1], Gizem Zorlu Görgülügil[1]

[1]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç hastalıkları Kliniği
[2]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Kolanjiokarsinoma, intrahepatik ve ekstrahepatik safra yolu epitel hücrelerinden kaynaklanan malign bir tümördür. Tüm safra yolu ve karaciğer kanserleri içinde görülme sıklığı %15-25'dir. Günümüzde bir stem cell hastalığı olarak kabul edilen kolanjiokarsinoma oluşumu için tanımlanan bazı risk faktörleri vardır. Primer sklerozan kolanjit, koledok kistleri, hepatolitiyazis, parazitik enfestasyonlar, obezite ve kronik karaciğer hastalığı bu risk faktörlerinden en önemlileridir. Karaciğer parazitlerinden Opistorchis viverrini ve Chlonorchis sinensis ile kolanjiokarnoma arasında kuvvetli bir ilişki olduğu bilinmektedir. Bu parazitler safra yollarına ve nadiren de safra kesesine yerleşirler ve burada oluşturdukları inflamasyon sonucu DNA hasarı yaparlar ve kanser oluşumuna neden olurlar. Gastrointestinal sistemin sık görülen parazitlerinden Ascaris lumbricoides'in kolanjiokarsinom riskini arttırıp artırmadığı tartışmalıdır. Özellikle ekstrabiliyer Ascariazis ile kolanjiokarsinom birlikteliği çok nadirdir.

Vaka: 77 yaşında bayan hasta C.A. hastanemiz acil dahiliye polikliniğine vücutta sararma, kaşıntı, kilo kaybı ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. Acilde yapılan tetkiklerinde AST; 202 U/L, ALT; 102 U/L, GGT; 249 U/L, LDH; 389 U/L, Total bilirubin; 14,06 mg/dL, direkt bilirubin; 8,42 mg/dL tespit edilen hastanın yapılan batın USG'de safra kesesinde taş, iki taraflı intrahepatik safra yollarında belirgin dilatasyon ve pankreas başı düzeyinde şüpheli lezyon izlenmesi üzerine hasta dahiliye servisine yatırıldı. Bakılan CA 19-9 düzeyi yüksek (258 U/mL) çıkan hastaya çekilen abdominal MR da; sağ ve sol hepatik safra kanalı birleşme düzeyinde başlayan ve koledok proksimaline uzanan heterojen, düzensiz sınırlı ve kontrast madde sonrası hipovasküler kitle lezyon (kolanjiyosellüler karsinom ?) ve pankreas başında kistik lezyon izlendi. Abdominal BT'de kolanjiyosellüler karsinom ve peritonitis karsinomatoza ile uyumlu görünüm mevcuttu. Yapılan ERCP'de duodenumda çok sayıda Ascaris lumbrikoides görüldü (Şekil-1) ve albendazol tedavisi başlandı. Mevcut bulgularla metastatik kolanjikarsinoma olarak değerlendirilen hasta in-operatif kabul edildi ve tedavisinin devamı için onkoloji servisine devir edildi.

Tartışma: Ascaris lumbricoides gastrointestinal sistemin en sık görülen parazitik enfeksiyonlarından biridir. Afrika, Uzak Doğu ülkeleri ve Latin Amerika'nın kırsal kesimleri bu parazitin endemik olarak görüldüğü yerlerdir. Ülkemizde yapılan Köksal ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ilkokul çağındaki çocuklarda Ascaris lumbricoides taşıyıcılığı %15,7 olarak bildirilmiştir. Yine Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayan insanlarda bu oranın yaklaşık %50'lerde olduğu bildirilmiştir. Proksimal ince barsaklarda kolonize olan parazitler çoğunlukla herhangi bir semptoma yol açmaz. Eğer parazit biliyer sisteme geçerse burada akut kolanjit, akut kolesistit, biliyer obstruksiyon, akut pankreatit ve hepatik abse gibi daha ciddi patolojilere neden olabilir. Ascariazisin gastrointestinal sistem malignitelerine yol açıp açmadığı tartışmalıdır. Cai WK ve ark. 313 kolanjiyokarsinom vakasında risk faktörlerini araştırdığı çalışmada, kolanjikarsinomaların %4,8'inde bilier Ascariazis tespit edilmiştir. Bizim vakamızda parazit biliyer sistem dışında olduğu için kolanjiokansere neden olduğu söylenemez. Sonuç olarak; Ascaris lumbricoides ülkemizde de ikter ile gelen hastalarda akılda tutulması gereken etkenlerden biridir.

Anahtar Kelimler: Ascaris lumbricoides, kolanjiokarsinom, ikter.

PS-135

PANKREAS BAŞI VE UNCİNAT PROCESS AGENEZİSİNİN EŞLİK ETTİĞİ NADİR BİR HETEROTAKSİ SENDROMU: OLGU SUNUMU

Merve Erol Gülseven[1], Emel Bostan[2], Perihan Özkan Gümüşkaya[2], Gülali Aktaş[1], Suzan Deniz Önol[3], Gözde Konuk[1], Haluk Şavlı[1], Mehmet Küçük[4]

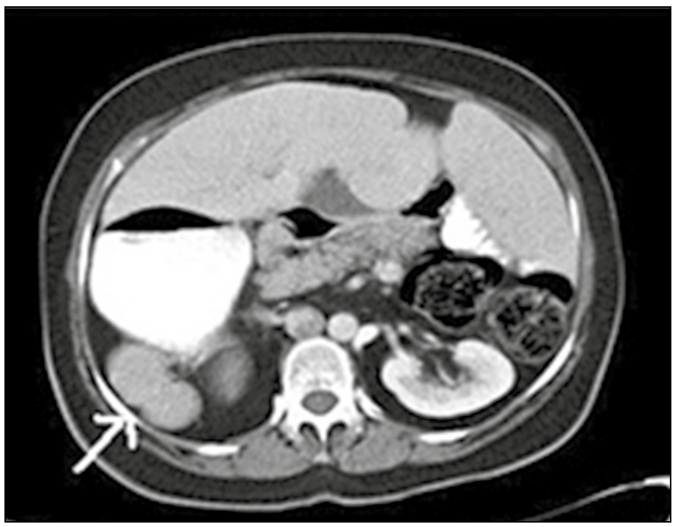
[1]Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu
[2]S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[3]S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul
[4]S.B: Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Heterotaksi sendromu, kardiyak ve ekstra kardiyak konjenital malformasyonlar ile karakterize çok nadir görülen kompleks bir sendromdur. Bu sendrom kendi içinde iki ana gruba ayrılmıştır: sağ izomerizm(Ivemark sendromu, aspleni) ve sol izomerizm (polispleni sendromu). Biz bu olgu örneğimizde pankreas başı ve uncinat process agenezisinin eşlik ettiği çok nadir bir polispleni sendromu vakasını sizlerle paylaşmayı amaçladık.

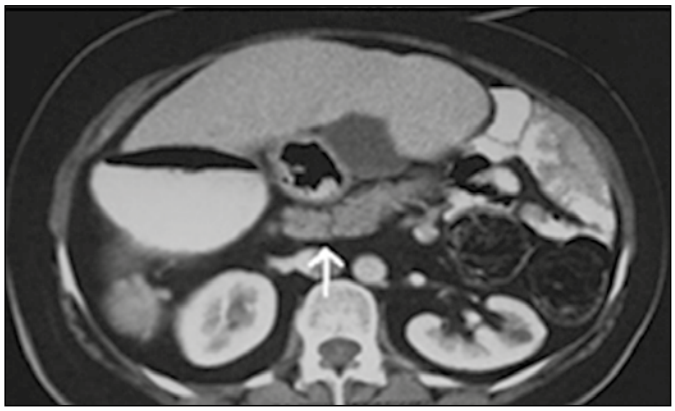
Olgu: 52 yaşında kadın hasta yaklaşık bir aydır olan halsizlik, kilo kaybı, karın şişliği ve kabızlık yakınmaları ile dahiliye polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 12 yıldır situs ambigusu olduğu bilinen hastaya 8 yıl önce hasta sinüs sendromu nedeniyle kardiyak pacemaker takılmıştı. Sistemik muayenesinde özellik saptanmayan hastanın tetkiklerinde WBC: 9.9 K/uL, Hb:12,2 g/dl, PLT:299 K/uL, C-reaktif protein: 27.9, Sedimentasyon 101 mm/h, glukoz: 102 mg/dL, HBA1c: %5.4, AST:142, ALT:62, ALP:130 IU/L, GGT:145 IU/L, Total protein:10 gr/dL, Albumin:3 gr/dL, Total bilirubin:0.54 mg/dL, Direkt bilirubin:0.16 mg/dL idi. Bel ağrısı olan ve albümin/globulin oranı ters dönen hasta muhtemel plazma hücre diskrazileri açısından ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize interne edildi. Periferik yaymasında rulo formasyonu görülmeyen hastanın serum protein elektroforezinde monoklonal band formasyonu izlenmedi. Hastadan 24 saatlik idrarda ve serumda gönderilen immunfiksasyon elektroforezi non-diagnostikti. Hastamızın batın tomografisinde, karaciğer ve safra kesesi orta hatta mide ise orta hattın sağında yerleşim göstermekteydi. Dismorfik yapıda multilobule dalak parankimi de benzer şekilde orta hattın sağında lokalizeydi (Resim 1). Pankreas baş ve uncinat process ise agenezikti (Resim 2). Revers tip intestinal malrotasyon ile uyumlu bulguları mevcuttu (Resim 3). Sol renal ven dilate olup, vena hemiazigosa dökülmekteydi. Vena cava inferior, vena azigos ile devamlılık göstermekteydi. Batın tomografisinde pankreas başı izlenemeyen ve kardiyak pacemaker nedeniyle manyetik rezonans kolanjiopankreatografi (MRCP) yapılamayan hastaya papilla vateriyi tespit etmek amacıyla endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) yapıldı. ERCP'de duodenum 2. ve 3. kısmına bakıldı, papilla gözlenmedi. Batın ultrasonografisinde intrahepatik safra yolları normal izlendi. Hastanın çekilen dalak sintigrafisinde ise sağda yerleşimli, aktivite tutulumu normal sınırlarda, dağılımı homojen olan üç parça halinde lobüle dalak parankimi tespit edildi. Batın içinde aksesuar dalak lehine aktivite tutulumu izlenmedi. Yaptığımız tetkiklerde papilla vateriyi tespit edemedik, fakat hastamızın malnütrisyon ve steatore gibi bulgularının olmaması, ultrasonografide intrahepatik safra yollarının normal genişlikte olması dolayısıyla koledok ve wirsung kanalı muhtemelen intestinal sisteme görüntüleyemediğimiz bir şekilde drene oluyordu. Ayrıca pankreas başı ve uncinat prosesin agenezik olmasına rağmen pankreas gövde ve kuyruk kısmı korunmuştu. Endokrin fonksiyondan sorumlu hücrelerin daha çok pankreas gövde ve kuyruk kısmında yerleşmesi dolayısıyla hastamızda pankreas endokrin fonksiyonları korunmuştu ve diabetes mellitus yoktu.

Sonuç: Heterotaksi sendromlarında birbirinden farklı varyasyonlar mevcuttur. Literatürde daha önce birlikteliğine rastlamadığımız, pankreas başı ve uncinat proses agenezisinin eşlik ettiği nadir bir polispleni sendromu vakası olması nedeniyle olgumuzun önem arz ettiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimler: polispleni, heterotaksi sendromu, pankreas başı agenezisi



Şekil 1. Batın tomografisinde batın orta hattın sağında multilobüle dalak parankimi.



Şekil 2. Batın tomografisinde pankreas korpus ve kuyruk görüntüsü, pankreas başı agenezik.



Şekil 3. Batın Bt'de revers tip intestinal malrotasyon görünümü.

PS-136

ANABOLİK STEROİD KULLANIMI SONRASI GELİŞEN HEPATOTOKSİSİTE OLGU SUNUMU

Ahmet Düzgün[1], Kader Irak[1], İrem Kıraç Utku[1], Fuat Cenik[1], Eyyüp Çavdar[2], Hanişe Özkan[1], Fuat Mısıroğlu[1], Nurbanu Saydam[1], Ayhan Levent[1], Altan Yanarsoy[1], Belgin Boran[1], Berrak Sahtiyancı[1], Abdulbaki Kumbasar[1]

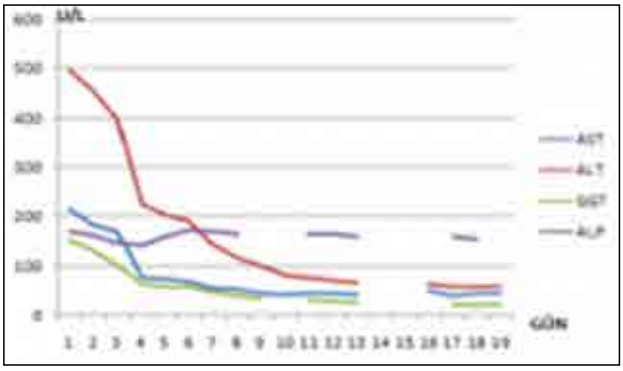
[1]İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Anabolik steroidler vücutta testeron ve androstenoidon benzeri etki gösteren droglardır. Bu olguda vucut geliştirme amacıyla kullanılan anabolik steroide bağlı kolestatik hepatit ve akut böbrek yetmezliği gelişen 26 yaşında bir erkek hasta irdelendi.

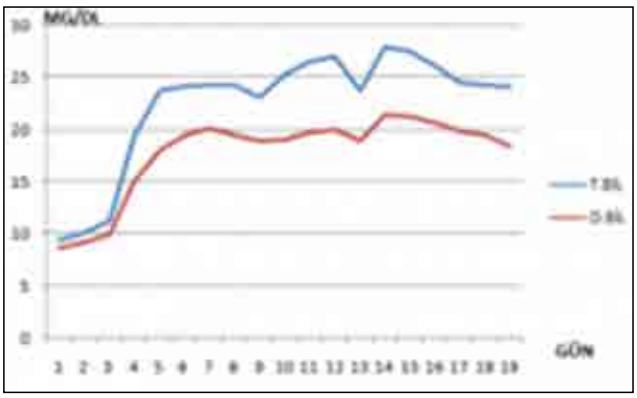
Olgu: 26 Yaşında erkek hasta, karın ağrısı, bulantı, gözlerde sararma nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede batında epigastrik hassasiyet dışında patoloji saptanmadı. Tetkiklerde alt 496 U/L, AST 215 U/L, GGT 153 U/L, ALP 172 U/L, T.BİL 9.45 MG/DL, D.BİL 8.69 MG/DL, üre 33 MG/DL, kreatinin 1.48 MG/DL ölçülmesi üzerine viral hepatit, toksik hepatit,kolestatik hepatit ve akut böbrek yezmezliği ön tanılaryla dahiliye servisine interne edildi. Yapılan hepatobilier ultrasonda özellik yoktu. MR-MRCP'de safra kontrakteydi, harici patolojik bulgu saptanmadı. Etyolojiye yönelik bakılan labaratuvar testlerinde HBsAg, antiHBs, antiHİV, antiHCV, anti HBC IGG, antiHBC IGM, antiHAV IGM, antiCMV IGM, EBV EBNA IGM negatif saptandı. Demir, demir bağlama kapasitesi, ferritin, bakır, seruloplazmin, alfa-1 antitripsin değerleri normal aralıkta saptandı. Protein elektroforezinde patoloji yoktu. Ana, ama, asma, anti LKM-1 negatifti. Hastaya karaciğer biyopsisi yapıldı. Semptomatik tedavi uygulandı. Yatışının 3. Haftasında bilürubin harici laboratuar değerleri normal sınırlara geriledi. Bilinç durumunda bozulma olmadı. Bilirübin değerleri kademeli olarak T.BİL 27, D. BİL 23'e yükseldi. Biyopsi sonucu "santral bölgelerde yoğun kanaliküler kolestaz, eozonofiller içeren portal inflamasyon. Olgunun klinik ile değerlendirildiğinde kolestaz ile giden toksik hasar olabileceği düşünüldü." Şeklinde raporlandı. Yatışı kabul etmeyen hasta ayaktan takip ediliyor.

Sonuç ve tartışma: Anabolik steroid kullanımı değişik derecelerde karaciğer ve böbrek toksisitesine neden olmaktadır. Bu ilaçlara ulaşımın çok kolay olması ve herhangi bir yasal kısıtlamanın olmaması suistimalin ve oluşabilecek mortal komplikasyonların temel nedenidir. Bu ajanları kullanan kişilerde karşılaşılan en büyük sorun ilaca bağlı semptomların çok geniş bir spektrumda olması ve kullanım süresiyle semptom başlaması arasında geçen zamanın geniş olmasıdır. Bu tür ilaçlar basit karaciğer yaralanmalarına neden olabilecekleri gibi, peliosishepatis, hepatik adenoma, hepatik adenokarsinoma, hepatik nekroza kadar geniş yelpazede klinik sorunlara yol açabilir. Bu tür hastalarda yakın takip gereklidir ve fulminan hepatit göz önünde tutulmalıdır. Tedavide semptomatik tedavi uygulanmakla beraber ursodeoksikolik asit, kolestiramin denenebilir. Karaciğer nakli tedavinin başından itibaren akılda tutulmalıdır. .Bilirübin yüksekliği 10-14 hafta devam edebilir ve t.Bilirübin değeri 35'i geçebilir. Hastalar günlük ınr, albümin, trombosit sayısı ve bilinç durumu kontrolüyle izlenmelidir.

Anahtar Kelimler: hepatotoksisite, anabolik steroid, karaciğer hasarı



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-137

HEPATOSELÜLER KARSİNOMALI HASTADA CİDDİ PROKALSİTONİN YÜKSEKLİĞİ: OLGU SUNUMU

Orkide Kutlu, Hasan Eruzun, Yücel Arman, Gülden Yürüyen, Murat Akarsu, Mustafa Özcan, Yasin Kutlu, İlkim Deniz Toprak, Mine İşçimen, Sedat Irmak, Tufan Tükek

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Hepatoselüler karsinoma (HCC) yayılmasında ve tedavi sonrası nüksünde kanser kök hücreleri(Cancer Stem Cells, CSCs) ve tümör ilişkili makrofajlar (Tumor Associated Macrophages, TAMs)ın rolü üzerine araştırmalar devam etmektedir. CSCs lerin CD44+ hücreler olduğu gösterilmiş; hücre kültürü çalışmalarında CD44+ ile TAMs hücre sayısı arasında korelasyon gösterilmiştir. İnsan HCC hücre kültürlerindeTAMs tarafından eksprese edilen sitokinler arasında en yüksek düzeyde saptanan IL-6 dır. IL-6, HCC mikroçevresinde de saptanmış ve CD44+ hücre ekspansiyonunu uyarmıştır. HCC hücre dizilerinin Tocilizumab (IL-6 reseptör monoklonal antikoru) veya Sorefonib (STAT3 yolağı inh) ile engellenmesi; hücre kültürlerinde TAMs ın CD44+ hücrelerde sfer formasyonu oluşturma kapasitesini ve farelerde ksenograf tümör gelişimini engellemektedir. Burada HBV zemininde HCC tanısı ile takipli hastada enfeksiyon olmadan serum ve asitte ciddi prokalsitonin yüksekliği saptadığımızı ve bu durumu HCC ile ilişkili düşündüğümüzü bildirmek istedik.

Olgu Sunumu: Bilinen HBV zemininde HCC tanısı ile dış merkezde tenofovir tedavisi ile takip edilen olgu kanlı ishal şikayeti ile acil servise başvurdu. Genel durumu iyi, kaşektik TA:90/70, nabzı:104, ateş 38,1 C. Solunum sesleri sağ bazalde azalmış, karaciğer 6 cm ağrılı ele geldi. Kreatinin:1,32mg/dl (0,72-1,25), üre:45mg/dl (19-5), AST:309U/L (5-34),ALT:148 U/L (0-41), ALP:3081U/L (40-150), GGT:553U/L (12-64), LDH:365U/L (125-220), Albumin:2,88g/dl (3,5-5,2), HBs Ag:1965 COI(<0.9), HB:9,6 g/dl (11,5-15,5), WBC:5590 (4500-10500), Sedim39mm/h (0-20), CRP:87,9 mg/L (0-5), prokalsitonin>100 ng/ml (0-0,046). Batın US de karaciğer 21.9 cm heterojen, sağ lopta 17 cm lobule konturlu/heterojen/hiperekoik solid lezyon; yaygın asit izlendi. Parasentez matarıyeli hemorojik, exuda ile uyumlu; asit enfeksiyonu yoktu. Olguya Ciprofloksasin ve Metranidazol başlandı. Gaita mikroskopisinde özellik yoktu. Clostridium difficile toxin A pozitif saptanması üzerine olguya Vancomisin flakon oral olarak 4X125 mg içirildi; albumin replasmanı yapıldı. Kan/idrar/ gaita kültürlerinde üreme olmadı. Takiplerinde hiç ateşi olmayan olgunun, 4 gün sonra CRP 57 mg/L ye gerilediği halde, prokalsitonin>100ng/ml saptandı. Olguya Meropenem 2X1 gr IV başlandı. Takiplerde ishal kesildi, clostridium difficile toksin A negatifleşti. CRP değeri 44 mg/L e gerilediği halde prokalsitonin değeri hala> 100 üzerinde devam etti. Olgunun hemodinamisi stabil, lökositozu, ateşi yoktu. Prokalsitonin yüksekliği devam eden olgunun asitten bakılan prokalsitonin düzeyi>100 ng/ml saptandı. Mevcut prokalsitonin yüksekliğinin HCC ile ilişkili olduğu düşünülen olgu antibiyoterapisinin 14 güne tamamlanması sonrası, taburcu edilerek sorefonib başlandı. Hastaya IL-6, TNF–a, IL-2 düzeyi için yurt dışı lab. kan gönderildi.

Tartışma: Prokalsitonin; ciddi bakteriel enfeksiyonlarda endotoksemiye sekonder TNF-a ve IL-6 gibi sitokinlerden sonra yükselen bir belirteçtir. Son dönem yazılarda, hepatosit yüzeyinde IL-6 reseptörü saptanması ile HCC li hastalarda tümor ve mikroçevresi ilişkili IL-6 aracılı olduğu düşünülen bir mekanızma ile prokalsitoninin artabileceği sonucuna ulaşılmıştır. HCCde IL-6 ile tümor progresyonu ve/veya tedavi sonrası nüks ilişkisi gösterilebilirse, IL-6 reseptör blokeri Tosilizumab tedavisinin HCC de kullanımı gündeme gelebilir.

Anahtar Kelimler: HCC, IL-6, prokalsitonin

PS-138

GASTROENTEROLOJİ KLİNİĞİMİZDE 2014 YILINDA YAPILAN KOLONOSKOPİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülden Bilican, Büşra Selcen Akyol, Fatih Karaahmetoğlu, Fatih Kıvrakoğlu, Mustafa Ergin, Çağdaş Küçükerdoğan, Mehmet Akif Eksin, Semih Büyükdemirci, Hakan Akıncı, Mevlüt Hamamcı, Yusuf Coşkun, İlhami Yüksel

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş – Amaç: Kolonoskopi,kolorektal patolojilerin tanı,tedavi,tarama ve izleminde altın standart yöntem olarak kullanılmaktadır.Çalışmanın amacı 2014 yılında hastanemiz Gastroenteroloji Kliniğinde yapılan 3447 kolonoskopi sonucunun değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: 2014 yılında yapılan 3447 kolonoskopi verisi retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: 3447 hastaya kolonoskopi yapıldı,bunlardan 511'i yetersiz barsak temizliği nedeni ile çalışma dışı bırakıldı.Çalışmaya alınan 2936 hastanın 1606'sı erkek,1330'u kadındı.1873'ü 50 yaş üzeri,1063'ü 50 yaş altıydı.2936 hastanın 411'ine anemi ön tanısı ile kolonoskopi yapıldı.Bunların 303'ü 50 yaş ve üzeri,108'i 50 yaş altı idi.Anemi ön tanısı ile kolonoskopi yapılan 411 hastanın 201'i normal kolonoskopi,86'sı internal hemoroid,66'sı kolonda polip,2'si kolonda polip ve kolon CA,7'si kolonda polip ve kolonda divertikül,6'sı kolon CA olarak raporlandı.2936 hastanın 154 tanesi kolon CA ön tanısı ile tetkik edildi.Bunların 118'i asemptomatik iken,17'si karın ağrısı,2'si kilo kaybı,2'si kabızlık şikayetiyle başvurdu.Kolon CA ön tanısı ile tetkik edilen 154 hastanın 31'i kolon CA,59'u normal kolonoskopi,27'si kolonda polip,12'si internal hemoroid olarak saptandı.Karın ağrısı nedeni ile kolonoskopi yapılan 894 hastanın 462'si erkek,432'si kadın hastaydı.Karın ağrısı olan 894 hastanın 75'inde ishal,68'inde kabızlık,36'sında kanama,22'sinde kilo kaybı,10'unda alışkanlık değişikliği eşlik eden semptomlar arasındaydı.Karın ağrısı şikayeti ile tetkik edilen 894 hastanın 422'si normal kolonoskopi,242'si internal hemoroid,93'ü kolonda polip,24'ü divertikül,22'si inflamatuar barsak hastalığı,9'u kolon CA olarak raporlandı.

Sonuç: Kolonoskopi raporları retrospektif olarak değerlendirilen ve barsak temizliği yeterli olan 1330 kadın ve 1606 erkek toplam 2936 hasta çalışmaya alındı. Yaş ortalaması 53.6 idi. Sık saptanan tanılar olarak; hastaların 1165'i normal kolonoskopi, 869'u internal hemoroid,598'i kolonda polip, 145'i inflamatuar barsak hastalığı ve 71'i kolon kanseri saptanmıştır Anemi, kolonoskopi endikasyonları arasında en önde gelen endikasyonlar arasında olmasına rağmen anemili ve anemisiz hastalar arasında kolon polipleri ve kolon kanseri oranları hemen hemen benzer bulunmuştur. Bu nedenle anemisi olmayan hastalarda kolonoskopi eşiği yüksek tutulmamalıdır.Mevcut bulgular ışığında, kolonoskopi özellikle kolon polipleri ve kolon kanseri gibi kolon patolojilerinin saptanmasında halen altın standart tanı metodur.

Anahtar Kelimler: kolonoskopi,kolon CA, anemi

PS-139

HİPERTRİGLİSERİDEMİYE BAĞLI AKUT PANKREATİT OLGULARI VE TERAPÖTİK PLAZMAFEREZ TEDAVİSİ

Seyit Uyar[1], Ferda Akbay Harmandar[2], Mehmet Kök[1], Zahide Taş[1], Süleyman Dolu[1], Abdullah Tokuç[1], Süheyla Görar[3], Ayhan Hilmi Çekin[2]

[1]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği
[3]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Kliniği

Giriş: Akut pankreatit hafif ödematöz tablodan, ciddi nekrotizan forma kadar ilerleyebilen ve ölümcül olabilen pankreasın inflamatuvar bir hastalığıdır. Alkol ve biliyer patolojiler en sık görülen akut pankretit nedenleridir. Hipertrigliseridemi (HTG) ise akut pankreatitlerin %1-4'üne neden olabilen nadir bir durumdur. Triglserid düzeyi 500 mg/dL'yi geçince risk artmakda, 1000 mg/dL'nin üzerinde ise görülme sıklığı daha fazla olmaktadır. Tedavide ise standart pankreatit tedavi yaklaşımlarının yanında, HTG'ye yönelik spesifik tedavilerin doğru zaman ve şekilde uygulanması ile hastalık kısa sürede komplikasyonsuz olarak düzelebilir.

Olgu: Hastanemiz iç hastalıkları ve gastroenteroloji kliniklerine 2014 yılında HTG'ye bağlı akut pankreatit tanısı ile yatan 9 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların ortalama yaşı 38.1 (29-47), 2'si bayan ve 7'si erkekti. Ortalama yatış süresi 6,5 gün, ortalama trigliserid düzeyi ise 1217 mg/dL idi. Hastaların 7'sinin diyabeti mevcuttu ve bu hastaların 6'sınında bilinen hiperlipidemisi vardı. Dört hastanın BİSAP skoru 1, beş hastanınki ise 0 hesaplandı. Tüm hastalara konvansiyonel akut pankreatit tedavisi olan sıvı replasmanı ve ağrı kontrolü başlandı ve oral alımı kapatıldı. HTG yönelik sukbutan düşük moleküle ağırlıklı heparin, oral fibrat ve insülin tedavisi başlandı. Hiçbir hastaya antibiyoterapi verilmedi. Hastaların yedisi bu tedaviler ile düzeldi ve taburcu edildi. Ancak iki hastanın, yatışının 3. gününde trigliserid düzeyi hala 1000 mg/dL'nin üzerinde, amilaz-lipaz değerleri yaklaşık 5 katı yüksek ve klinik olarakda batında hassasiyeti devam ettiği için terapötik plazmaferez tedavisi başlandı. Bir hastamıza yatışının 3. ve 4. günü olmak üzere toplam 2 kez, diğerine ise yatışının 4.,5. ve 7. günü olmak üzere toplam 3 kez plazmaferez yapıldı. Plazmaferez sonrası hastaların kliniğinde belirgin düzelme oldu ve laboratuar değerleri geriledi. Tüm hastaların metabolik hastalıkları için tedavileri düzenlendi ve poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Tartışma: Akut pankeatitin nadir görülen ve gözden kaçabilen nedenlerinden biri HTG'dir. 2014 yılında hastanemiz iç hastalıkları ve gastroenteroloji kliniklerine toplam 153 akut pankreatit hastası yatırılmıştır. Bunlardan 9'unda etiyolojide HTG tespit edilmiştir ve sıklığı %5,8'dir. Bu oran genel literatür bilgisinden fazladır. Günümüzde sedanter yaşam, alkol ve beslenme alışkanlıkları gibi nedenlerle diyabet, obezite ve hiperlipidemi sıklığı artmaktadır. Dolayısıyla HTG'ye bağlı akut pankreatit sıkılığında da artış görülebilir. Tedavide öncelikli olarak akut pankreatitin genel tedavisidir ve HTG tespit edilince trigliserid düzeyini düşürmek için insülin, heparin ve antihiperlipidemik ilaçlar başlanır. Terapötik plazmaferez bu grup hastalarda; eğer kan trigliserid düzeyi tedavi ile hala 1000 mg/dL'nin üzerinde ve lipaz düzeyi normalin 3 katından yüksek ise, laktik asidozu varsa, hipokalsemi eşlik ediyorsa ve organ disfonksiyonu bulguları varsa kullanılabilecek bir tedavi yöntemidir. Plazmaferez ile hastaların trigliserid

yanında inflamatuar sitokinler ve adezyon moleküllerideki kandan uzaklaştırılır. Bizim vakalarımız plazmaferez tedavisi sonrası klinik ve laboratuar olarak hızla iyileşti ve komplikasyonsuz olarak taburcu edildiler. Sonuç olarak HTG'ye bağlı akut pankreatit tevdisinde terapötik plazmaferez gerektiği zaman güvenle kullanılabilecek ve hızlı yanıt alınabilecek bir yöntemdir.

Anahtar Kelimler: Hipertrigliseridemi, akut pankreatit, terapötik plazmaferez

PS-140

MEDULLER SÜNGER BÖBREK İLE İLİŞKİLİ CAROLİ SENDROMU

Kübra Altunkalem Seydi[1], Yasemin Gökden[2], Mehmet Küçük[1], Perihan Özkan Gümüşkaya[1], Recep Yılmaz Bayraktarlı[3], Semih Kalyon[1], Tülay Eyüpgiller[1], Şenay Günaydın[1], Halil İbrahim Onmaz[1], Figen Kahyaoğlu[1], Fırat Oyman[1], Samet Çelebi[1]

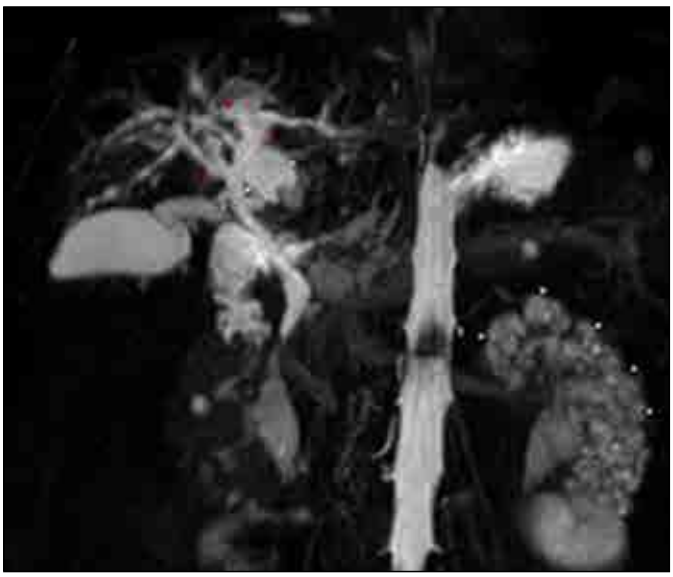
[1]Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği
[3]Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

Giriş: Caroli hastalığı,intrahepatik safra kanallarının kistik dilatasyonları ile karakterize etiyolojisi net olarak bilinmeyen konjenital bir hastalıktır.Caroli hastalığının periportal fibroz,portal hipertansiyon ve böbrek patolojilerinin eşlik ettiği formuna Caroli sendromu denilmektedir.Caroli sendromu olan hastaların % 60-80'inde böbrek kistik genişlemeleri mevcuttur ve meduller sünger böbrek en sık rastlanan böbrek hastalığıdır. Medüller sünger böbrek, kollektör kanallarda kistik dilatasyonun görüldüğü konjenital bir hastalıktır. Tanıda karaciğer içi safra kanallarındaki kistik dilatasyonların gösterilmesi ve meduller sünger böbrek görünümü tipiktir.

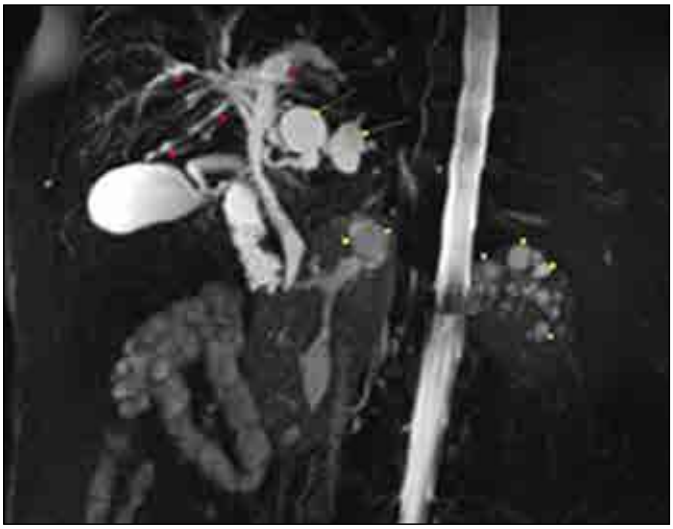
Olgu: Otuz altı yaşındaki kadın hasta idrar renginde koyulaşma, yan ağrısı ve 3 yıldır aralıklı olan epigastrik ağrı ile hastanemize başvurdu. Soygeçmişinde bir kız kardeşinde meduller sünger böbrek, birinci derece akrabasında karaciğer sirozu nedeniyle karaciğer transplantasyon öyküsü vardı. Fizik muayenede; kan basıncı 120/80 mm/Hg, nabız 80/dk ritmik, ateş 36'C, batın muayenesinde epigastrik hassasiyet ve bilateral kostovertebral açılarda hassasiyet saptandı. Ödem yoktu. Laboratuvar bulguları;eritrosit sedimentasyon hızı:56 mm/h, C-reaktif protein:3.28 mg/L, lökosit: 9.3 K/uL, trombosit: 219K/uL, hemoglobin:11.6g/dl, alkalen fosfataz:108 U/L, gama glutamil transferaz: 77U/L, albumin: 4.29 g/dL, aspartat aminotranferaz: 24U/L, alanin aminotransferaz:32U/L, total bilirubin:0.37mg/dL, üre:39 mg/dL, kreatinin:1.06mg/dL, Glomerüler filtrasyon hızı: 62.3mL/min/1.73 m^2, ürik asit:7.2 mg/dl, K:4.5 mmol/L, Ca:9.4 mg/dL, Na:144mmol/L, P:3.97mg/dL, kan gazında ph:7.31, bikarbonat: 21.9 mmol/L, tam idrar tetkinde hematüri ve eser proteinüri vardı. Spot idrar protein kreatinin oranı 0,2 gram/gün saptandı.Tiroid fonksiyon testleri, CA 19-9 ve viral seroloji normal saptandı. Telegrafide kardiotorasik indeks normal,elektrokardiyogram normal sinus ritmi olarak değerlendirildi. Batın ultrasonogafisinde; karaciğer 7. segmentte 21 mm ve 7 mm çaplarında ince cidarlı anekoik kistler, her iki böbrek meduller kesimde solda daha belirgin olmak üzere yaygın ekojen imajlar izlendi. Batın manyetik rezonans görüntülemesinde; karaciğer parankimi içerisinde sağ lobda 6-7. segmentte intrahepatik safra yolları ile ilişkili maksimum 20 mm'ye ulaşan kistik dilatasyonlar izlendi. Dalak ve pankreasta patolojik bulgu saptanmadı. Solda daha belirgin, her iki böbrekte kalisiyel sistemler distala doğru tübüler ve dilate,sol böbrekte parankim incelmiş ve düzensiz saptandı. Manyetik rezonans kolanjiopankreatografi'de intrahepatik safra yollarında hafif düzeyli fuziform genişlemeler ve sağda safra yollarında bir kaç adet en büyüğü 2 cm'e ulaşan kistik dilatasyonlar, sistik kanalda hafif düzeyli dilatasyon ile birlikte her iki böbrekte solda daha çok olmak üzere multipl benign karekterli kistler, medüller sünger böbrek ile uyumlu görünüm saptandı. Bilier kistler Todani sınıflamasına göre Tip 5 olarak değerlendirildi. Portal ven dopplerde portal hipertansiyon bulgusu ve gastroskopide varis saptanmadı. Bu klinik ve laboratuvar bulgularına dayalı olarak hastaya meduller sünger böbrek ile ilişkili caroli sendromu tanısı konuldu.

Sonuç: Hematüri, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ve karın ağrısı gibi sık görülen bulgu ve semptomların arkasında, medüller sünger böbrek ve caroli sendromu gibi embriyonik dönemde başlayan ancak semptomların iki veya üçüncü dekatlarda ortaya çıkabileceği nadir hastalıkların akla getirilmesi uygun olacaktır.

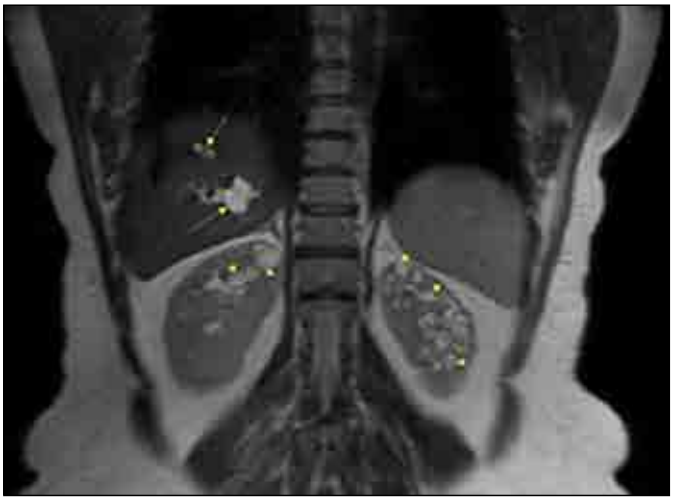
Anahtar Kelimler: Meduller Sünger Böbrek, Caroli Sendromu



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-141

MEDİKAL NEFREKTOMİ KARARI ALINAN CROHN VAKASI

Zahide Taş[1], Seyit Uyar[1], Ferda Akbay Harmandar[2], Mehmet Kök[1], Gizem Zorlu Görgülügil[1], Sibel Çakıroğlu Özdemir[1], Ayhan Hilmi Çekin[2]

[1]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Crohn hastalığı (CH), gastrointestinal sistemin herhangi bir bölgesini etkileyebilen, nedeni bilinmeyen, otoimmün bir inflamatuvar barsak hastalığıdır (İBH). İBH seyrinde gastrointestinal tutuluma ilaveten aktivite ile ilişkili olan ve olmayan birçok eksraintestinal tutulum görülebilir. Amiloid fibrillerinin hücre dışı dokularda birikerek, ilerleyici organ disfonksiyonuna neden olduğu amiloidozis, İBH seyrinde aktivite ile ilişkili olarak görülebilir. Böbrekler amiloidozun sıklıkla biriktiği ve nefrotik sendroma yol açarak fonksiyon bozukluğuna neden olduğu organlardan biridir. Son dönemde renal amiloidoz tedavisinde anti-TNF ajanların etkili olduğuna dair raporlar yayınlar artmaktadır. Bizde kliniğimizde Crohn hastalığına bağlı sekonder amiloidoz ve buna bağlı gelişen nefrotik sendrom tanısı konulan ve anti-TNF tedavisi uyguladığımız bir hastayı sunmak istedik.

Olgu: 2012 yılında CH tanısı konulan 23 yaşındaki erkek hasta o dönemde 1 yıl kadar 5-ASA, azatiopurin ve metilprednizolon kullanıp bırakmış. Hasta yaygın eklem ağrısı,karın ağrısı, kanlı dışkılama ve vücutta şişlikler olması üzerine tekrar hastanemize başvurdu ve tetkik ve tedavi ömaçlı servise interne edildi. Muayenesinde asit, periorbital ve bilateral +++ pretibial ödem saptandı. Laboratuvar değerlerinde; albumin:0.9 g/dL, 14.5 gr/gün proteinüri, ESR: 99 mm/h, ANA-ANCA negatif saptandı. Batın USG'de karaciğer 18 cm ve 11 cm asit tespit edildi. Kolonoskopide kolonda yaygın ülserler ve sigmoid kolonda darlık, batın BT'de ise sigmoid kolonda inflamasyon ve ödeme bağlı darlık görüldü. Cerrahi müdahale düşünülmeyen hastaya 5-ASA, metilprednizolon ve azatiopurin başlandı. Mevcut bulgularla sekonder nefrotik sendrom olarak değerlendirildi ve kolon biyopsisinde serum amiloid-A fibrilleri görülmesi üzerine amiloidoz tanısı konuldu. Hastaya kolşisin ve ramipril başlandı, proteinüri gerilemeyince kandesartan ve spirinolakton eklendi. 3 haftalık antiproteinürik tedavi ile proteinüri azalmaması üzerine hastaya adalimumab başlandı. Tedavinin 4.ayında bakılan 24 saatlik idrardaki protein miktarının 15 gr/gün ve albumin:1,1 gr/dL olarak devam ettiği için hasta anti-TNF'e yanıtsız kabul edildi; hastaya medikal nefrektomi uygulanması ve renal transplantasyon yapılması planlandı. Medikal nefrektominin girişimsel radyoloji birimince renal arter embolizasyonu ile yapılmasına karar verildi. Tedavisi devam eden hasta hala takibimizdedir.

Tartışma: Sekonder amiloidoz, kronik inflamatuar hastalıkların seyrinde görülebieln bir amiloidoz türüdür ve tedavisi altta yatan hastalığın tedavisidir. İBH'da sekonder amiloidoza yol açabilen kronik bir hastalıkdır. Hastalığın ciddiyeti ve renal amiloidoz gelişimi arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bizim vakamızda, 2 yıldır takip ve tedavisi olmayan hastada sekonder amiloidoz ve buna bağlı nefrotik sendrom tespit edildi. Literatürde olgu sunumları şeklinde İBH tedavisi (medikal ve cerrahi) ile amiloidozun gerilediği bildirilmiş olmasına rağmen bizim olgumuzda CH ve antiproteinürik tedaviye yanıt alınamamıştır. Son zamanlarda dirençli ogularda anti-TNF ajanlarla ilgili olumlu yayınlar olduğu için hastaya adalimumab tedavisi başlanmış, ancak yanıt alınamadığı için medikal nefrektomi ve renal transplantasyon yapılması kararı alınmıştır. Bizim olgumuz uzun süre takip ve tedavisiz olması nedeniyle böbreklerde difüz tutulum mevcuttu. Hastanın bu nedenle anti-TNF 'ye yanıt vermediği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimler: Crohn hastalığı, nefrotik sendrom, amiloidozis

PS-142

NADİR GÖRÜLEN SPONTAN BAKTERİYEL PERİTONİT VARYANTI ETKENİ: STAPHYLOCOCCUS WARNERİ

Gökhan Köker[1], Gizem Zorlu Görgülügil[1], Furkan Bertuğ Çetin[1], Gülhan Özçelik[1], Zahide Taş[1], Mehmet Kök[1], Süleyman Dolu[1], Seyit Uyar[1], Ayhan Hilmi Çekin[2]

[1]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Spontan assit enfeksiyonu, peritoneal kavitede patolojik miktarda biriken sıvının enfeksiyonu olup karaciğer sirozunun 3 major komplikasyondan birisidir. Genellikle ileri evre karaciğer sirozunda görülür ve tedavide geç kalınması halinde mortalitesi yüksek seyretmektedir. Spontan assit enfeksiyonları; spontan bakteriyel peritonit, kültür negatif nötrositik assit, polimikrobiyal bakterassit ve monomikrobiyal non-nötrositik bakterassit olarak adlandırılan dört ayrı klinik tablodan oluşmaktadır. Monomikrobiyal non-nötrositik bakterassit tanısı; parasentez ile bakılan periton hücre sayımında polimorfonükleer lökosit sayısının mm^3'te 250'nin altında saptanması ve kültürde tek patojen üremesi ile konulmaktadır. Monomikrobiyal non-nötrositik bakterassit olgularında kültürde en sık üreyen organizma gram negatiflerden Escherichia coli; gram pozitiflerden Streptococcus pneumoniae olup olgumuzda saptanan Staphylococcus warneri nadir saptanan etkenler arasındadır.

Olgu: 36 yaşında hayvancılık ile uğraşan erkek hasta hastaneye karında şişlik nedeniyle başvurdu. 15 yıldır günde 250 gr alkol kullandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde batında yaygın assit, splenomegali ve 38.2 'C ateş saptandı. AST:221 U/L, ALT:86 U/L,GGT:189 U/L, total bilurubin: 9.5 mg/dL, direkt bilurubin:4.46 mg/dL, albumin:2.2 g\dl, PT:22.9, trombosit sayısı:42.000/mm^3 saptandı. Serolojik testleri (HBsAg,Anti HCV,Anti HIV) negatif saptandı. Batın ultrasonografide karaciğer parankimi heterojen, konturları lobüle, splenomegali ve batında 16 cm assit saptandı. Etilik karaciğer sirozu kabul edildi. Parasentezde serum asit albumin gradiyenti portal vasıftaydı. Periton hücre sayımı yapıldı, *polimorfonükleer* lökosit(PMNL) sayısı 200 /mm^3 saptandı. Eş zamanlı gönderilen periton kültüründe normal cilt florasında bulunmayan ve nadir bir peritonit etkeni olan staphylococcus warneri üredi. Hastada mevcut bulgularla monomikrobiyal non-nötrositik bakterassit (MNB) düşünüldü, antibiyoterapisi başlandı. Kontrol periton kültüründe de staphylococcus warneri üremesi oldu. Uygun doz ve sürede tedavi alan hastanın antibiyoterapi sonrası farklı zamanlarda gönderilen kontrol periton kültürlerinde üreme olmadığı gözlendi. Enfeksiyon parametreleri gerileyen ve aktif şikayeti olmayan hastanın gastroenteroloji poliklinik kontrolleri devam etmektedir.

Sonuç: Spontan assit enfeksiyonu sirozlu hastalarda sık karşılaşılan k: mplikasyonlardandır. Parasentez ile peritoneal sıvıda bakılan PMNL sayısının 250 /mm^3'nin altında gözlendiği durumlarda enfeksiyon direkt olarak dışlanmamalı, kültür sonucu mutlaka görülmelidir. Spontan assit enfeksiyonu varyantı olan monomikrobiyal non-nötrositik bakterassit göz önünde tutularak, tanı ve tedavide gecikildiği takdirde sepsise ilerleyerek multiorgan yetmezliği ve ölüm ile sonuçlanabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimler: spontan bakteriyel peritonit, monomikrobiyal non-nötrositik bakterassit, staphylococcus warneri, karaciğer sirozu

PS-143

MAKROAMİLAZEMİ: AMİLAZ YÜKSEKLİĞİNİN NADİR BİR NEDENİ

Süleyman Dolu[1], Seyit Uyar[1], Gülhan Özçelik[1], Furkan Bertuğ Çetin[1], Hakan Özer[1], Ferda Akbay Harmandar[2], Ayhan Hilmi Çekin[2]

[1]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Makroenzimler; yüksek molekül ağırlıklı serum enzimleri olup mikro formlarına göre daha uzun yarı ömürlü olan enzimlerdir. Fizyolojik veya patolojik durumlarda ortaya çıkabilen makroenzimlerin hastalığa neden oldukları veya tedavi gerektirdiklerine dair net bir bilgi yoktur. Makroenzimlerden ilk bulunanı makroamilazdır. Makroamilazemili hastalarda başka bir nedenle oluşabilen karın ağrısı, yanlışlıkla akut pankreatit düşündürebilir ve bu durum tanıda ve tedavide karışıklığa neden olabilir.

Olgu: 81 yaşında bayan hasta, 2 aydır olan epigastrik ağrı, şişkinlik, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayene epigastrik hassasiyet dışında normaldi. CRP; 24,60 mg/L, Amilaz; 1018 U/L, Lipaz; 2, U/L ölçüldü ve diğer laboratuar tetkikleri normal bulundu. Batın USG'de safra kesesi opere, intrahepatik safra yolları normal, extrahepatik safra yolarında gaz ve koledok çapı 8 mm tespit edildi. Akut pankreatit öntanısıyla gastroenteroloji servisine yatırılan hastaya 1 ay önce başka bir hastanede ERCP yapılmış ve safra çamuru çıkarılmış. Kliniğimizde çekilen MRCP'de koledok normal, batın tomografide ise rektosigmoidde kalınlık saptandı. Görüntülemelerinde pankreatit lehine bulgu saptanmayan, ağrısı tipik pankreatit ağrısı ile uyumlu olmayan hastanın şikayetleri pantoprazol 1x1 IV tedavisi ile geriledi. Yapılan gastroskopi ve kolonsokopi normaldi. Ağrısı geçmesine rağmen amilaz değerleri hep yüksek (800 U/L civarlarında) seyreden hastaya yapılan parotis ve submandibular USG ve mezenter doppler USG normaldi. Kadın hastalıkları ve doğum bölümü tarafından değerlendirildi; patoloji tespit edilmedi. Multiple myelom açısından gönderilen serum immunfiksasyon elektroforezi normal olarak sonuçlandı. Yapılan görüntülemelerinde amilaz yüksekliğine neden olabilecek solid bir tümör tespit edilmedi. Tüm bu değerlendirmeler neticesinde hastada makroamilazemi olabileceği düşünüldü ve amilaz/kreatinin klirensine oranını belirlemek amacıyla 24 saatlik idrarda ve serumda amilaz ve kreatinin değerleri çalışıldı. İdrar amilazı 23.03 IU/L, serum amilazı 887 IU/L, idrar kreatinini 501.6 mg/dl, serum kreatinini 1.17 mg/dl saptandı. Amilaz / kreatinin klirensi oranı % 0.05 (% 1.8-3.2) bulundu ve bu sonuç makroamilazemi lehine yorumlandı. Yakınmaları geçen ve tekrarlamayan hasta takip ve tedavisine ayaktan devam edilmek üzere taburcu edildi.

Tartışma: Karın ağrısı ile gelen hastalarda amilaz yüksekliği saptanması durumda ilk akla gelecek hastalık akut pankreatitdir. Amilaz yüksekliği gastrointestinal, jinekolojik, parotis gland, hematolojik ve daha pek çok organın patolojileri ve travmalarına bağlı olabilir. Makoamilazemi; amilaz yüksekliğinin az bilinen, nadir görülen ve iyi huylu nedenlerinden biridir. Amilaz renal yolla atılır

ve serum amilaz seviyelerindeki artış idrar amilaz aktivitesini artırır. Bu nedenle akut pankreatitli hastalarda idrar amilaz değeri de yükselir. Makroamilazemi durumunda ise idrar amilaz düzeyi azalacağı için fraksiyone amilaz klirensi de azalır. Diğer hiperamilazemi nedenleri dışlanan bir hastanın fraksiyone amilaz klirensinin düşük olması makroamilazemi tanısını destekler. Bu nedenle klinik ile uyumsuz ve uzun zamandan beri devam eden amilaz yüksekliği olan hastalarda makroamilazemi akla gelmeli, fizik muayene, diğer laboratuar tetkikleri ve birincil yapılan görüntülemeler herhangi bir patolojiyi desteklemiyorsa idrar amilaz atılımı bakılmalıdır. Böylece gereksiz pek çok tetkik yapılması önlenebilir.

Anahtar Kelimler: Makroenzim, akut pankreatit, amilaz

PS-144

CRP/MPV, PLT/L VE L/M ORANININ AKUT PANKREATİT ŞİDDETİNİN TAHMİNİNDEKİ ROLÜ

Mithat Eser[1], Murat Eser[2], Fahrettin Güven Oysul[4], Yaşar Nazlıgül[3]

[1]*Gata İç Hastalıkları Bilim Dalı.*
[2]*Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bilim Dalı.*
[3]*Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı.*
[4]*Gata Halk Sağlığı Bilim Dalı.*

Amaç: Akut pankreatit (AP), pankreasın akut inflamasyonudur. AP hastalarının çoğu hafif pankreatit şeklinde seyir gösterir ki bu olgular çoğunlukla kendiliğinden iyileşir ve ölüm oranı %3'ün altındadır. Şiddetli AP ise göreceli olarak daha nadir görülmesine rağmen lokal ve sistemik komplikasyonların daha sık görülmesi ve ölüm oranlarının %17'ye ulaşması nedeniyle takip ve tedavinin odak noktasını oluşturur. Bu nedenle hastalığın seyrini tahmin edebilmek için AP şiddetini net bir şekilde ortaya koyabilmek önemlidir. Ancak halen hastalık ciddiyetini tam olarak belirleyebilecek uygun bir yöntem geliştirilememiştir. Biz bu çalışma ile akut pankreatit vakalarında hastalık şiddetini belirlemede ranson kriterleri ve başvuru CRP, Sedim, MPV, CRP/MPV, PLT/L, L/M düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceledik.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2013 ve Aralık 2013 tarihleri arasında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları kliniğinde ve Ocak 2011 ile Aralık 2013 tarihleri arasında GATA İç hastalıkları ve Yoğun bakım kliniklerinde AP tanısı ile yatırılarak takip edilen 98 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların Ranson kriterleri (hafif-orta-ciddi), demografik özellikleri, hospitalizasyon süresi, taburcu şekli, başvuru esnasındaki başvuru CRP, Sedim, MPV, Trombosit, Lenfosit, Monosit, CRP/MPV, PLT/L, L/M, serum glukoz ve kreatinin düzeyleri değerlendirmeye alındı.

Sonuç: Hastaların yaş ortalaması 58,6±18,9 ve ortalama yatış süresi 7,8±5,4 gün saptandı. %58,2 (n=57)'si bayan, %41,8 (n=41)'i erkekti. Ranson kriterlerine göre hastalar; hafif %17,3 (n=17), orta %78.6 (n=77) ve ciddi pankreatit %4.1(n=4) olarak sınıflandırıldı. Ranson kriterlerine göre hastalık şiddeti ve başvuru esnasındaki CRP (p=0,019), CRP/MPV (p=0,023), PLT/L(p=0,012), lenfosit(p=0,19) istatistik olarak anlamlı fark saptanırken sedim(p=0,109), MPV (p=0,739), monosit (p=0,777), trombosit (p=0,578), L/M (p=0,194) anlamlı fark saptanmadı. CRP/MPV ve PLT/L ROC analizi sonuçları AP de bu iki oranın önemli bir tahmin gücü olduğunu göstermiştir, CRP/MPV cut-off değeri 0,483 (duyarlılık %75 özgüllük %94) ve PLT/L cut-off değeri 0,385 (duyarlılık %75 özgüllük %94) olarak saptandı.

Tartışma: Akut pankreatit pankreasın ciddi bir inflamasyonu olup halen prognozu öngörmede kullanılmak üzere çeşitli parametreler çalışılmaktadır. Ranson skorlama sistemi hastalık ciddiyetini ortaya koymakla beraber duyarlılığı halen tartışılmaktadır. Literatürlerde AP şiddeti ile PLT/L ile anlamlı korolasyon içeren yayınlar mevcut iken CRP/MPV ve L/M ile AP şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma mevcut değildir. Bu çalışmada başvuru esnasındaki CRP/MPV, PLT/L ve CRP düzeyi ile AP şiddetinin tahmininde kullanılabileceği fakat MPV,sedim ve L/M oranının bu amaçla kullanılamayacağı saptandı.

Anahtar Kelimler: AKUT PANKREATİT, RANSON KRİTERİ, CRP, MPV, LENFOSİT

PS-145

KRONİK KARACİĞER HASTASINDA NADİR BİR TANI OLAN AKKİZ HEPATOSEREBRAL DEJENERASYON

Neziha Ulusoylar[1], Filiz Araz[2], Ender Serin[2]

[1]*Ankara Başkent Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı*
[2]*Ankara Başkent Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Gastroenteroloji Bilim Dalı*

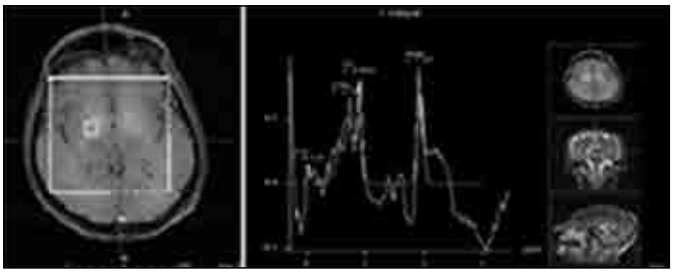
Giriş: Akkiz (non-wilsonien) hepatoserebral dejenerasyon (AHD) parkinsonizm bulgularıyla kliniğe yansıyan nadir bir tablodur. Portosistemik şant ile bazal ganglionlarda ağır metallerin yığılımına bağlı olduğu düşünülmektedir.(1) Kranial MRG de bazla ganglionlar da T1 sekansında hiperintens görünüm saptanmaktadır.(2) Bizde nadir görülen akkiz hepatoserebral dejenerasyon vakaları sunduk.

Vaka 1: Kriptojenik siroz tanılı 44 yaşında erkek hasta, 20 gündür olan konuşma bozukluğu, dengesiz yürüme şikayetleri mevcuttu. Bilinç orta-ileri konfüze, letarjik, disfazik, orobukkal diskinezisi vardı. Yer kişi oryantasyonu kısıtlı, babinsky bilateral negatif, derin tendon reflekleri normoaktifdi. Motor güç tamdı. 3-4 kez/dk flapping tremoru vardı. Child Pugh evre B idi. Amonyak seviyesi yüksekdi. Tomografisinde karaciğer atrofik, splenomegali ve portal kollateraller vardı. Kranial MRG' da bilateral dentat nükleusta, beyin sapı dorsalinde, bilateral kaudat nükleusta, globus pallidusta, subtalamik alanda T1'de izo-hiperintensdi. Serum bakır, seruloplazmin ve 24 saatlik idrar bakırı normaldi. EEG ve MRG spektroskopide (resim1-2) tüm hemisferlerde yaygın 4-7 hz teta dalgası ve her iki serebellar dentat nükleusta, mezensefalon düzeyinde, globus palliduslarda ve hipofiz düzeyinde manganez birikimine bağlı sinyal değişiklikleri izlendi. Görüntüleme yöntemleri ile kliniği değerlendirildiğinde hepatoserebral dejenerasyon ile uyumlu bulgular saptandı. Karaciğer nakli yapıldı ve ilk bir ay içinde belirgin düzelme görüldü.

Vaka 2: HCV'ye bağlı konik karaciğer hastalığı ile izlenen 52 yaşında erkek hasta, otuz gündür disamnezi, disartri, orobukkal kore ve distoni nedeniyle nöroloji kliniğinde klozopem 500 mg/gün başlanmıştı. Düzelme olmaması üzerine kliniğimize başvurdu. Bilinç orta düzeyde konfüze, yer-zaman oryantasyonu sınırlı ve bilateral babinsky refleksi negatif idi. 4-5/dk flapping tremoru mevcuttu. Seruloplazmin ve serbest bakır düzeyleri normal sınırlardaydı. Child Pugh evre B idi. Tüm abdomen BT de, karaciğer atrofisi, splenomegali ve splenoretroperitoneal kollteraller saptandı. Kranial MRG da bilateral globus pallidusda manganez birikime bağlı hiperintens lezyonlar görüldü. Kan amonyak yüksekdi. Klinik, laboratuar ve kranial görüntüleme yöntemleri ile HSD tanısı koyuldu.

Tartışma: 1914 yılında tanımlanan AHD kronik karaciğer hastalığında, hepatik koma epizodları ile görülen nadir bir tablodur. Portosistemik şantı bulunan hastalarda, serum manganez/amonyak seviyesi normal olsa bile karaciğerde metobolize olmadan dolaşıma katılmaktadır. Beyin omurilik sıvısında manganez seviyeleri yüksek saptanır ve T1 ağırlıklı görüntülerde pallidal hiperintens görüntü oluşturur.(3) EEG ile erken evrede saptanabilir. Ayırıcı tanı da viral hepatitler, alkolik hepatit, ilaçlar, sepsis, toksinler, hepatik ven obstrüksiyonu, akut otoimmün kronik hepatit, Wilson ve idiyopatik nedenler araştırılmalıdır. Şelasyon tedavisi veya karaciğer transplantasyonu uygulanmaktadır. Kesin olarak tedavi bulunamamıştır. Nörolojik açıdan irreversible olarak yorumlanmasına rağmen, 2004 yılında Maffeo ve ark. tarafından üç hastada karaciğer nakil sonrası, yavaş seyirde de olsa kliniğin geri dönüşümlü olduğu görülmüştür.(4) Benzer olarak, bizim de birinci vakalarımıza nakil uygulanmış ve klinik olarak belirgin yanıt elde edilmiştir.

Anahtar Kelimler: Kronik Karaciğer Hastalığı, Akkiz Hepatoserebral Dejenerasyon, Non-wilsonien Hepatoserebral Dejenerasyon, Hepatikensefalopati, Parkinsonizm



Şekil 1.

PS-146

HELİKOBAKTER PİLORİ GASTRİTİNİN ŞİDDETİNİ ÖNGÖRMEDE ENFEKSİYON PARAMETRELERİNİN ROLÜ

Murat Eser[2], Mithat Eser[1], Oktay Ünsal[2], Sebahat Bayiğit[3], Fahrettin Güven Oysul[4]

[1]*Gata İç Hastalıkları Bilim Dalı.*
[2]*Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bilim Dalı.*
[3]*Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı.*
[4]*Gata Halk Sağlığı Bilim Dalı.*

Amaç: Helikobakter pilori (HP), gastroduodenal motilite ve duyarlılık anormalliklerine yol açabilen, mide ve duodenumda kronik mukozal inflamasyonun, dispepsi ve peptik hastalığın en sık nedenidir. Bazı çalışmalar HP enfeksiyonu ile C-reaktif protein(CRP), lökosit ve Nötrofil Lenfosit oranı ile ilişki olduğunu göstermiştir. Bu çalışma ile HP enfeksiyon şiddetini belirleyen endoskopik biyopsi ile belirlenen inflamasyon ve aktivasyon

derecesi ile sedim, CRP, nötröfil, lökosit, lenfosit, trombosit, ortalama trombosit hacmi(MPV), trombosit crit(PCT), nötrofil lenfosit oranı(NLR), nötrofil beyaz küre oranı(NWBCR), trombosit lenfosit oranı(PLTLR), CRP MPV oranı düzeyi arasındaki ilişkiyi inceledik.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2014 ve Mart 2014 tarihleri arasında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroentoroloji kliniği ve polikliniğine dispepsi şikayeti ile başvurmuş ve endoskopi yapılmış hiçbir kronik hastalığı, klinik ve labaratuvar olarak enfeksiyon bulgusu olmayan ve ilaç kullanımı olmayan 260 hasta çalışmaya dahil edildi ve hastaların başvuru esnasındaki sedim, CRP, nötrofil, lökosit, lenfosit, trombosit, MPV, PCT, WBC değerleri kaydedildi. Hastalar endoskopik histopatoloji sonuçlarına göre iki gruba ayrıldı. Histopatolojide HP ile enfekte olmayan, inflamasyon, aktivasyon, atrofi olmayan hastalar kontrol grubu olarak kabul edildi ve HP ile enfekte olan, inflamasyon ve aktivasyon saptanan Sidney sınıflamasına göre evrelendirilen hastaların enfeksiyon parametre ve oranları kontrol grubu ile karşılaştırıldı.

Bulgular: HP enfeksiyonu olan ve histopatolojik inflamasyon saptanan hastaların inflamasyon derecesi arttıkça kontrol gurubuna göre MPV değeri anlamlı olarak yüksek saptandı(p=0,001). HP enfeksiyonu olan ve histopatolojik aktivasyon saptanan hastaların aktivasyon derecesi arttıkça kontrol gurubuna göre nötrofil, lenfosit ve PCT değeri anlamlı olarak yüksek saptandı (p=0,038).

Tartışma: Sedim, CRP, NLR, CRP/MPV, PLTLR, PCT kronik hastalıklar ve sistemik enfeksiyonlarda inflamasyonun güvenilir göstergeleri olarak kullanılmaktadır. Literatüelerde NLR ve HP enfeksiyon şiddetinin korolasyon çalışması mevcut iken CRP/MPV, PLTLR, NWBCR, PCT değerleriyle kronik inflamatuar bir hastalık olan HP enfeksiyon şiddeti, inflamasyon ve aktivasyon derecesi ile korolasyon çalışması literatürde bulunmamaktadır. Çalışmamızda HP enfeksiyonu olan hastaların histopatolojik olarak inflamasyon derecesi ile MPV, aktivasyon derecesi ile nötrofil, lenfosit, ve PCT değeri ile anlamlı korolasyon sağlandı. Literatürde elli hasta ile yapılan bir çalışmada NLR ile HP enfeksiyon şiddeti arasında anlamlı yüksek derecede korolasyon saptanmış iken bizim çalışmamızda NLR, CRP/MPV, PLTLR, NWBCR, SEDİM, CRP de anlamlı korolasyon saptanmadı. Sonuç olarak MPV ve PCT; HP enfeksiyonunu ve şiddetini belirlemek, takip ve tedavi takibini yapmak, eradikasyonun kararını vermek açısından yararlı olabilir; ancak bu kararları verebilmek için uzun süreli, daha fazla hasta popülasyonu alınarak ve tadavi sonrası takibi yapılmak süretiyle daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimler: helikobakter gastriti, enfeksiyon parametreleri

PS-147

AKUT PANKREATİT ŞİDDETİ İLE NÖTROFİL LENFOSİT ORANI(N/L) VE NÖTROFİL BEYAZKÜRE ORANI(N/WBC) ARASINDAKİ İLİŞKİ

Murat Eser[2], Mithat Eser[1], Yaşar Nazlıgül[3], Fahrettin Güven Oysul[1]

[1]Gata İç Hastalıkları Bilim Dalı.
[2]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bilim Dalı.
[3]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı.
[4]Gata Halk Sağlığı Bilim Dalı.

Amaç: Akut pankreatit (AP), pankreasın akut inflamasyonudur. AP hastalarının çoğu hafif pankreatit şeklinde seyir gösterir ki ki bu olgular çoğunlukla kendiliğinden iyileşir ve ölüm oranı %3'ün altındadır. Şiddetli AP ise göreceli olarak daha nadir görülmesine rağmen lokal ve sistemik komplikasyonların daha sık görülmesi ve ölüm oranlarının %17'ye ulaşması nedeniyle takip ve tedavinin odak noktasını oluşturur. Bu nedenle hastalığın seyrini tahmin edebilmek için AP şiddetini net bir şekilde ortaya koyabilmek önemlidir. Ancak halen hastalık ciddiyetini tam olarak belirleyebilecek uygun bir yöntem geliştirilememiştir. Biz bu çalışma ile akut pankreatit vakalarında hastalık şiddetini belirlemede ranson kriterleri ve başvuru nötrofil, lenfosit, beyaz küre ve nötrofil lenfosit oranı ile nötrofil beyazküre oranı arasındaki ilişkiyi inceledik.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2013 ve Aralık 2013 tarihleri arasında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları kliniğinde ve Ocak 2011 ile Aralık 2013 tarihleri arasında GATA İç hastalıkları ve Yoğun bakım kliniklerinde AP tanısı ile yatırılarak takip edilen 98 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların Ranson kriterleri (hafif-orta-ciddi), hospitalizasyon süresi, taburcu şekli, başvuru esnasındaki nötrofil, lenfosit, beyaz küre ve nötrofil lenfosit oranı ile nötrofil beyaz küre oranı, hematokrit, serum glukoz ve kreatinin düzeyleri değerlendirmeye alındı.

Sonuç: Hastaların yaş ortalaması 58,6±18,9 ve ortalama yatış süresi 7,8±5,4 gün saptandı. %58,2 (n=57)'si bayan, %41,8 (n=41)'i erkekti. Ranson kriterlerine göre hastalar; hafif %17,3 (n=17), orta %78.6 (n=77) ve ciddi pankreatit %4.1(n=4) olarak sınıflandırıldı. Ranson kriterlerine göre hastalık şiddeti ve başvuru esnasındaki nötrofil(p=0,001), lenfosit(p=0,019), beyaz küre (p=0,002), N/L (p=0,001) istatistik olarak anlamlı fark saptanırken N/WBC (p=0,86) anlamlı fark saptanmadı. N/L ROC eğrisi analiz sonuçları AP de N/L önemli bir tahmin gücü olduğunu göstermiştir, N/L cut-off değeri 26,3 (duyarlılık %75 özgüllük %100) olarak saptandı.

Tartışma: Akut pankreatit pankreasın ciddi bir inflamasyonu olup halen prognozu öngörmede kullanılmak üzere çeşitli parametreler çalışılmaktadır. Ranson skorlama sistemi hastalık ciddiyetini ortaya koymakla beraber duyarlılığı halen tartışılmaktadır. Literatürlerde AP şiddeti ile N/L ile anlamlı korolasyon içeren yayınlar mevcut iken N/WBC ile AP şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma mevcut değildir. Bu çalışmada başvuru esnasındaki N/L düzeyi ile AP şiddetinin tahmininde kullanılabileceği fakat N/WBC oranının bu amaçla kullanılamayacağı saptandı.

Anahtar Kelimler: HELİKOBAKTER GASTRİTİ, ENFEKSİYON PARAMETRELERİ

PS-148

HELİKOBAKTER PİLORİ İLE ENFEKSİYON DURUMUNA GÖRE HASTALARIN ENFEKSİYON PARAMETRELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Mithat Eser[1], Murat Eser[2], Oktay Ünsal[2], Sebahat Başyiğit[3], Fahrettin Güven Oysul[4]

[1]Gata İç Hastalıkları Bilim Dalı
[2]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bilim Dalı.
[3]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı.
[4]Gata Halk Sağlığı Bilim Dalı.

Amaç: Helikobakter pilori (HP), gastroduodenal motilite ve duyarlılık anormalliklerine yol açabilen, mide ve duodenumda kronik mukozal inflamasyonun, dispepsi ve peptik hastalığın en sık nedenidir. Bazı çalışmalar HP enfeksiyonu ile C-reaktif protein(CRP), lökosit ve Nötrofil Lenfosit oranı ile ilişki olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada endoskopi ile histopatolojik olarak HP enfeksiyonu saptanan ve saptanmayan hastaların sedim, CRP, nötröfil, lökosit, lenfosit, trombosit, ortalama trombosit hacmi(MPV), trombosit crit(PCT), nötrofil lenfosit oranı(NLR), nötrofil beyaz küre oranı(NWBCR), trombosit lenfosit oranı(PLTLR), CRP MPV oranı düzeyleri arasındaki farkı araştırdık.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2014 ve Mart 2014 tarihleri arasında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroentoroloji kliniği ve polikliniğine dispepsi şikayeti ile başvurmuş ve endoskopi yapılmış hiçbir kronik hastalığı, klinik ve labaratuvar olarak enfeksiyon bulgusu olmayan ve ilaç kullanımı olmayan 269 hasta çalışmaya dahil edildi ve hastaların başvuru esnasındaki sedim, CRP, nötrofil, lökosit, lenfosit, trombosit, MPV, PCT, WBC değerleri kaydedildi. Hastalar endoskopik histopatoloji sonuçlarına göre HP ile enfekte olan ve olmayan olacak şekilde iki gruba ayrıldı. Her iki grup arasındaki enfeksiyon parametreleri karşılaştırıldı.

Bulgular: 269 hastanın 117 sini erkekler, 152 sini kadınlar oluşturdu. 168 hastada HP enfeksiyonu saptanırken 91 hastada HP enfeksiyonuna saptanmadı. Her iki grup arasında enfeksiyon markerlardan CRP ve CRP/MPV arasında anlamlı düzeyde fark saptadık. NLR, PLTLR, sedim, MPV, NWBCR, PCT değerlerinde anlamlı fark saptanmadı.

Tartışma: Sedim, CRP, NLR, CRP/MPV, PLTLR, PCT kronik hastalıklar ve sistemik enfeksiyonlarda inflamasyonun güvenilir göstergeleri olarak kullanılmaktadır. Literatüelerde NLR ve HP enfeksiyon şiddetinin korolasyon çalışması mevcut iken CRP/MPV, PLTLR, NWBCR, PCT değerleriyle kronik inflamatuar bir hastalık olan HP enfeksiyonu olan ve olmayan hastaların karşılaştırılmasını içeren çalışmaya literatürde rastlamadık. Çalışmamızda her iki grup arasında CRP ve CRP/MPV değerlerinde anlamlı fark saptadık. Sonuç olarak CRP ve CRP/MPV; HP enfeksiyonunu ve şiddetini belirlemek, takip ve tedavi takibini yapmak, eradikasyonun kararını vermek açısından yararlı olabilir; ancak bu kararları verebilmek için uzun süreli, daha fazla hasta popülasyonu alınarak ve tadavi sonrası takip yapılmak süretiyle daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimler: helikobakter gastriti, enfeksiyon parametreleri

PS-149

AKUT PANKREATİTLİ HASTALARDA HASTALIK ŞİDDETİ VE RABDOMİYOLİZ RİSKİ AÇISINDAN KREATİN KİNAZ DÜZEYİ

Murat Eser[2], Mithat Eser[1], Yaşar Nazlıgül[3], Fahrettin Güven Oysul[4]

[1]Gata İç Hastalıkları Bilim Dalı.
[2]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bilim Dalı.
[3]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı.
[4]Gata Halk Sağlığı Bilim Dalı.

Amaç: Akut pankreatit (AP), pankreasın akut inflamasyonudur. AP hastalarının çoğu hafif pankreatit şeklinde seyir gösterir ki bu olgular çoğunlukla kendiliğinden iyileşir ve ölüm oranı %3'ün altındadır. Şiddetli AP ise göreceli olarak daha nadir görülmesine rağmen lokal ve rabdomiyaliz gibi sistemik komplikasyonların daha sık görülmesi ve ölüm oranlarının %17'ye ulaşması nedeniyle takip ve tedavinin odak noktasını oluşturur. Bu nedenle hastalığın seyrini ve rabdomiyaliz gelişimini tahmin edebilmek için AP şiddetini ve rabdomiyaliz gösteren parametreleri net bir şekilde ortaya koyabilmek önemlidir. Ancak halen hastalık ciddiyetini ve rabdomiyaliz gelişimini tam olarak belirleyebilecek uygun bir yöntem geliştirilememiştir. Biz bu çalışma ile akut pankreatit vakalarında hastalık şiddetini belirleme ve AP hastalarında rabdomiyaliz gelişimini öngörmede ranson kriteri ve ölçülen kreatin kinaz(CK) düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceledik.

Gereçler ve Yöntem: Ocak 2013 ve Aralık 2013 tarihleri arasında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları kliniğinde AP tanısı ile yatırılarak takip edilen 66 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların başvuru ve 3. günde Ranson kriterleri (hafif-orta-ciddi), demografik özellikleri, hospitalizasyon süresi, taburcu şekli, başvuru ve 3.gün CK düzeyleri(0-145U/L) değerlendirmeye alındı.

Sonuçlar: Akut Pankreatit nedeniyle dahiliye servisinde takip edilen 66 hastanın 42'sini bayanlar, 24'ünü erkekler oluşturuyordu. Hastaların ortalama yaşı bayanlar için 54,1, erkekler için 62,1'di. Ranson kriterlerine göre hastalar sayıca hafif =19, orta=43, ciddi pankreatit=4 olmak üzere 3 sınıfa ayrıldı. 66 hastanın 1 tanesi ex olurken diğer 66 hasta haliyle taburcu oldu. Hastaların 1 tanesinde psodokist, 1 tanesinde de peripankreatik apse gelişti.

Hastaların geliş anındaki CK değerleri ranson kriterine göre şiddetli düzeye sahip hastalarda yüksek düzeyde idi ve hastaların tüm ranson kriterleri şiddet düzeylerinde gelişteki ck düzeylerinde, 3. gündeki CK değerine göre anlamlı bir yükseklik vardı.(p= 0,003). Hastaların geliş anında hesaplanan ranson şiddeti ile CK seviyesi baz alındığında, AP şiddeti hafiften şiddetliye doğru gittikçe CK seviyesinde artış saptandı (Hafif:127,4U/L Orta:112,8U/L Şiddetli:161U/L) ve bu artış anlamlılık göstermemekte idi.(p= 0,554)

Tartışma: Akut pankreatit, pankreasın ciddi bir inflamasyonu olup halen prognozu öngörmede kullanılmak üzere çeşitli parametreler çalışılmaktadır. Literatürde AP sırasında asemptomatik CK artışı ve komplikasyon olarak rabdomiyoliz gelişmiş vakalar mecuttur. Ancak AP li hastalarda hastalığın şiddeti ve rabdomiyoliz gelişim açısından CK düzeyi ile korolasyon ilişkisi içeren çalışmaya rastlanmadı. Bizim çalışmamızda AP şiddeti ile CK arasında anlamlı korolasyon olmamış ve Ranson kriterlerine göre şiddetli düzeyde yer alan hastalar dışında CK normal düzeylerde saptandı. Bu çalışma ile hastalık düzeyi şiddetli olan hastalarda CK düzeyi yüksek olması ile AP li hastalarda rabdomiyoliz gelişme açısından yüksek riskli olabileceği ve CK düzeyi ile AP şiddeti arasında korolasyon olmadığı ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimler: akut pankreatit, ranson kriteri, kreatinin kinaz

PS-150

TOTAL KOLONOSKOPİ YAPILAN 683 GERİATRİK HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatih Kıvrakoğlu[1], Mustafa Ergin[1], İlhami Yüksel[2]

[1]Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Giriş – Amaç: Gastrointestinal hastalıkların tanısında endoskopik yöntemler başarıyla kullanılmaktadır. Kolonoskopinin en sık kullanım alanı malignite tarama/tanısıdır. Gastroenteroloji ünitemizde geriatrik hasta grubuna uygulanan kolonoskopi verileri değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza 2014 yılı Ocak-Aralık ayları arasında total kolonoskopi yapılan toplam 3447 hasta retrospektif olarak alındı. 839 geriatrik hastanın total kolonoskopi bulguları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: 839 hastadan, 156 (%18) hasta yetersiz barsak temizliği veya hasta intoleransı nedeniyle total kolonoskopik işlem tamamlanamadığı için çalışmaya alınmadı. Toplam 683 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 399'u erkek (%58), 285'i kadındı (%42). Anemi etiyolojisi araştırılmak üzere kolonoskopi yapılan 148 hastanın 58'i (%39) normal olarak değerlendirilirken, 48 (%32) hastada hemoroid, 34 (%22) hastada kolonda polip, 14 (%9) hastada divertikül, 7(%10) hastada ise kolon kanseri(CA) görüldü. Karın ağrısıyla başvuran 191 hastanın 85'inde (%44) kolonoskopi normal izlendi. 38'inde (%19) hemoroid, 26'sında (%13) polip, 3'ünde (%1) kolon CA saptandı. Kilo kaybı etiyolojisi araştırılan 13 hastanın 3'ü (%23) normal, 2'si (%15) hemoroid, 2'si (%13) polip, 1'i(%6) kolon CA olarak rapor edildi. Kabızlık nedeniyle gelen 101 hastadan ise 44'ü (%44) normal, 16'sı(%15) hemoroid, 16'sı (%15)polip olarak görüldü. Kanama şikayeti mevcut 68 hastadan 16'sında(%24) hemoroid, 11'inde (%16) polip, 9'unda (%13) normal, 3'ünde(%4) ülseratif kolit, 2'sinde (%3) kolon CA saptandı. Kolonda polip saptanan 193 hastanın polipleri sıklık sırasıyla 72(%37) transvers, 60 (%31)inen, 50 (%25)sigmoid, 42 (%21) rektum, 33 (%17) çıkan, 15 (%7) çekumda izlendi. Kolonda polip saptanan 193 hastanın 34'ünde (%17)anemi, 19'unda (%10)kolon CA şüphesi varken 17 (%9)hastada ise tarama esnasında polipler saptandı. 193 hastanın 84'ü (%44) asemptomatik. 109 (%56) semptomatik hastadan 39'u (%36) karın ağrısı, 32'si (%29) kabızlık, 27'si (%25) kanama şikayetleriyle başvurdu.

Sonuç: Geriatrik popülasyonda semptomatik hastalarda malignite ihtimali göz önünde bulundurularak malignitelerin tanınması, kanama ve anemi etiyolojilerinin araştırılmasında kolonoskopi sıkça kullanılmaktadır. Komorbid hastalıkların sıklığı, kooperasyon zorlukları olsa da bu yaş grubunda işlemlerden kaçınılmaması gerekmektedir.

Anahtar Kelimler: kolonoskopi, geriatrik yaş, malignite

PS-151

MEZENTER PANNİKÜLİT; NADİR BİR KARIN AĞRISI SEBEBİ

Yusuf Hançerli[1], Süleyman Tutar[2], Veysel Özalper[1], Muammer Kara[3]

[1]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi İç Hastalıkları Servisi
[2]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Radyoloji Servisi
[3]GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Gastroenteroloji Servisi

Karın ağrıları acil servis başvurularının yaklasık %10 luk bir kısmını ve iç hastalıkları poliklinik başvurularının da önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu hastaların %35-40 ında sebep ortaya konamamakta ve non spesifik karın ağrısı olarak tanımlanmaktadır. Mesenterik pannikulit de bu non spesifik karın ağrısı olarak adlandırılan grupta sınıflandırılır ve nadiren tanı alır. Mezenterik pannikülit ; yağ nekrozu, kronik inflamasyon ve fibrozis ile karakterize iyi huylu bir hastalıktır. Etyolojisi net ortaya konmamakla beraber vaskülitler, maligniteler, geçirilmiş abdominal cerrahi gibi farklı hastalıklar ile ilişkilendirilmştir. Semptomsuz seyredebileceği gibi non spesifik karın ağrısı, distansiyon, ele gelen kitle gibi şikayetlerle de kendini gösterebilir. Tanısı genelde ultrason(USG) veya bilgisayarlı tomografi(BT) ile konulmakta, nadiren histopatolojik incelemeye gerek duyulmaktadır. Genelde semptomatik tedavi uygulanmakla beraber, immünsüpresif ajanlar ve steroidin de faydalı olduğu olgular literatürde bildirilmiştir.

Bilinen behçet hastalığı tanısı olan son 10 yıldır ilaç tedavisi almayan hasta oglen yemiş olduğu yemek sonrası başlayan distansiyon,karında sertlik ve karnın genelinde yaygın bir ağrı nedeniyle acil servise başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde wbc:16440 u/l (neut:%68) olarak tespit edilmiş. Yapılan tum batın USG' de anormal bulguya rastlanmayan hasta dispepsi tanısıyla tedavi düzenlenerek taburcu edilmiş. Ağrı şikayetinin devam etmesi üzerine hastanemiz acil servise gelmiş. Fizik muayenede batında belirgin distansiyon mevcuttu. Batının genelinde çok şiddetli olarak tarif etmediği ama yemek yemesini engelleyen non spesifik bir ağrı, iştahsızlık ve şişkinlik şikayeti vardı. WBC yüksekliğ i devam eden hasta müsahedeye alındı. Yapılan tetkiklerde anormallik olmamasına rağmen ağrı ve iştahsızlık şikayeti devam eden hastaya tum batın BT cekildi. Batın BT sonucu mesenter pannikülitle uyumlu olarak raporlandı. Oral alımı tolere edemeyen parenteral beslenen, semptomatik tedavi uygulanan hastanın şikayetleri ve WBC yüksekliği 3 gün boyunca devam etti. 3.günün sonunda WBC normale gelen, ağrı şikayeti kaybolan hastanın mesenterik pannikülit etyolojisini açıklamaya yönelikyapılan tahlillerinde anormalliğe rastalnmadı. Kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Mesenterik pannikülit nadir görülen bir hastalık olmakla beraber non spesifik karın ağrısı, şişkinlik, iştahsızlık şikayetleri ile gelmiş ve tanı konamamış hastalarda akla gelmesi gereken hastalıklardandır.

Anahtar Kelimler: MEZENTER PANNİKÜLİT, KARIN AĞRISI

PS-152

REKTAL KANAMA İLE BAŞVURAN HASTALARDA KOLONOSKOPİK TANI VE BULGULAR

Semih Büyükdemirci[1], Mehmet Akif Eksin[1], Çağdaş Küçükerdoğan[1], Fatih Kıvrakoğlu[1], Mustafa Ergin[1], Gülden Bilican[1], Büşra Akyol[1], Mevlüt Hamamcı[2], Yusuf Coşkun[2], Hakan Akıncı[2], İlhami Yüksel[2]

[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği

Bir yıllık 3447 kolonoskopik incelemede, alt gastrointestinal sistem kanamalı vakalarda bulgu ve tanılar

Giriş: Alt gastrointestinal sistem (GIS) kanama Treitz ligamanının distalinden kaynaklanan intestinal sistemin kanamalarına verilen isimdir. Yapılan çoğu vaka serisinde alt GIS kanamasının nedeni olarak divertikülozis görülmüştür. 65 yaş üzerindeki vakalarda en sık alt GIS kanama sebebi anjiyodisplazidir. 50 yaş altındaki vakalarda en sık rektal kanama sebebi ise hemoroiddir. Çalışmamızda Gastroenteroloji kliniğimize 2014 yılında rektal kanama ile başvuran hastaların kolonoskopik verileri rektospektif olarak incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2014 yılı Ocak ve Aralık ayları arasında yapılmış toplam 3447 kolonoskopi raporu rektospektif olarak incelendi. Başvuru nedeni rektal kanama olan hastaların yaş, cinsiyet ve kolonoskopik tanı ve bulguları istatistiksel olarak çalışmamıza katıldı.

Bulgular: 2014 yılı Ocak-Aralık ayları arasında yapılmış 3447 kolonoskopi raporu rektospektif olarak incelendi. Hastaların 1878'i erkek (%54,4), 1569'u kadındı (%45,6). Hastaların yaş ortalaması 54 idi. Hastaların 417'sine (%12,09) rektal kanama şikayeti ile kolonoskopi yapılmıştır. Rektal kanamalı hastaların 248'i erkek, 169'u kadın idi. Bu hastalar içinde 176 hastada internal hemoroid (%42,2),80 hastada kolonik polip (%19,2),32 hastada anal fissür (%7,6),20 hastada divertikül (%4,8), 16 hastada ülseratif kolit (%3,8), 12 hastada non spesifik kolit (%2,8), 9 hastada kolon Ca (%2,1), 9 hastada ileit (%2,1), 8 hastada crohn (%1,9), 3 hastada eksternal hemoroid (%0,7) tanısı konulmuştur. 25 hastada internal hemoroid ve kolonik polip (%6), 7 hastada internal hemoroid ve anal fissür (%1,6),2 hastada internal ve eksternal hemoroid (%0,4), 1 hastada eksternal hemoroid ve kolonik polip (%0,2) birlikte saptanmıştır. 56 hastada normal kolonoskopi (%13,4) olarak raporlanmıştır. Rektal kanama ile 18-44 yaş arası 100, 45-64 yaş arası 240,65 yaş ve üzeri 76 kişi başvurmuştur. Yaşlara göre en sık raporlanan tanılar 18-44 yaş arasında eksternal hemoroid (41),anal fissür (11),kolonik polip (10),45-64 yaş arasında internal hemoroid (104), kolonik polip (43),anal fissür (19), divertikül (12), 65 yaş ve üstünde internal hemoroid (31), kolonik polip (27), divertikül (8) şeklindedir. Hastaların 49 unda barsak temizliğinde yetersizlik, hasta intoleransı veya teknik zorluk gibi nedenlerle kolonoskopi işlem yetersiz olarak raporlanmış olup çalışmaya dahil edilmemiştir.

Sonuç ve Tartışma: Çalışmamızda elde ettiğimiz verilere göre rektal kanama ile gelen hastalar kolonoskopi ile tetkik edildiğinde en sık internal hemoroid tanısı konulmuştur. Yaş gruplarına göre ise tüm yaş gruplarında internal hemoroid en sık raporlanan tanı olmuştur. Yaşla birlikte divertikül görülme sıklığı da artmıştır.

Anahtar Kelimler: rektal kanama, kolonoskopi, alt gastrointestinal sistem, hemoroid, divertikül

PS-153

KOLON VE ÖZOFAGUS DİVERTİKÜLÜ BİRLİKTELİĞİ: NADİR BİR OLGU SUNUMU

Emine Ülkü Akçay, Zeynep Ertürk, Hasan Ergenç, Aysel Gürkan Toçoğlu, Ahmet Nalbant, Ahmet Tarık Eminler, Ali Tamer

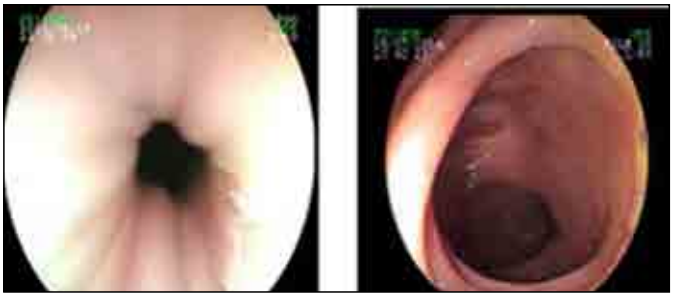
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Özofagus divertikülleri nadir görülen patolojilerdir. Lokalizasyonlarına göre faringoözofageal (Zenker divertikülü), midözofageal (parabronşial), distal özofageal (epifrenik) divertiküller olarak üç gruba ayrılır. Ayrıca etyopatogenezine göre traksiyon divertikülü ve pulsiyon divertikülü olarak iki grupta incelenir.Biz bu olguda iştahsızlık ve kabızlık şikayeti olan bir olguda nadir olan kolon ve özofagus divertikül birlikteliğini sunmayı amaçladık.

Olgu: 67 yaşında erkek hasta 3 aydır var olan iştahsızlık ve kabızlık şikayeti ile hastaneye başvurdu. TA:130/80 NB:90/dk, ateş:37.2 idi. Fizik muayenede patoloji saptanmadı. Laboratuar incelemesinde lökosit: 5680/mm^3, hemoglobin 13.7 g/dL, trombosit 240.000/mm^3, üre: 29 mg/dl, kreatinin: 0,8 mg/dl, ALT:16 IU/L idi. Hastanın alınan anamnezinde daha önce yapılan kolonoskopide divertikül saptandığı (Resim1) ve sigmoid kolondan alınan biyopside low grade displazi tubulovillöz adenom olarak rapor edildiği öğrenildi. İştahsızlık ve kabızlık şikayeti devam eden hastaya tekrardan gastroskopi yapıldı ve özofagus orta kesimde divertikül izlendi (Resim2). Takiplerinde hastaya divertikülle yönelik semptomatik tedavi başlandı. Hastanın poliklinik takiplerinde mevcut şikayetlerinin gerilediği gözlendi

Tartışma: Özofagus divertikülleri nadir görülürler. Ancak hayatı tehdit eden komplikasyonlara neden olabilecekleri için takip ve tedavilerinin nasıl yapılacağı iyi bilinmelidir. Kolon divertikülü sık görülmekle birlikte nonspesifik şikayetlerle gelen hastalarda özofagus divertiküllerinin de birlikte görülebiceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Özofagus divertikülü, kolon divertikülü



Şekil 1,2.

PS-154

AKUT PANKREATİTLİ HASTALARDA HASTALIK ŞİDDETİ VE RABDOMİYOLİZ RİSKİ AÇISINDAN MİYOGLOBİN DÜZEYİ

Mithat Eser[1], Murat Eser[2], Oktay Ünsal[2], Sebahat Başyiğit[3], Fahrettin Güven Oysul[4]

[1]Gata İç Hastalıkları Bilim Dalı.
[2]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bilim Dalı.
[3]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı.
[4]Gata Halk Sağlığı Bilim Dalı.

Amaç: Akut pankreatit (AP), pankreasın akut inflamasyonudur. AP hastalarının çoğu hafif pankreatit şeklinde seyir gösterir ki bu olgular çoğunlukla kendiliğinden iyileşir ve ölüm oranı %3'ün altındadır. Şiddetli AP ise göreceli olarak daha nadir görülmesine rağmen lokal ve rabdomiyaliz gibi sistemik komplikasyonların daha sık görülmesi ve ölüm oranlarının %17'ye ulaşması nedeniyle takip ve tedavinin odak noktasını oluşturur. Bu nedenle hastalığın seyrini ve rabdomiyaliz gelişimini tahmin edebilmek için AP şiddetini ve rabdomiyaliz gösteren parametreleri net bir şekilde ortaya koyabilmek önemlidir. Ancak halen hastalık ciddiyetini ve rabdomiyaliz gelişimini tam olarak belirleyebilecek uygun bir yöntem geliştirilememiştir. Biz bu çalışma ile akut pankreatit vakalarında hastalık şiddetini belirleme ve AP hastalarında rabdomiyaliz gelişimini öngörmede ranson kriteri ve ölçülen miyoglobin düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceledik.

Gereçler ve Yöntem: Ocak 2013 ve Aralık 2013 tarihleri arasında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları kliniğinde AP tanısı ile yatırılarak takip edilen 66 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların başvuru ve 3. günde Ranson kriterleri (hafif-orta-ciddi), demografik özellikleri, hospitalizasyon süresi, taburcu şekli, başvuru esnası ve 3.gün miyoglobin düzeyleri değerlendirmeye alındı.

Sonuçlar: Akut Pankreatit nedeniyle dahiliye servisinde takip edilen 66 hastanın 42'sini bayanlar, 24'ünü erkekler oluşturuyordu. Hastaların ortalama yaşı bayanlar için 54,1, erkekler için 62,1'di. Ranson kriterlerine göre hastalar sayıca hafif =19, orta=43, ciddi pankreatit=4 olmak üzere 3 sınıfa ayrıldı. 66 hastanın 1 tanesi ex olurken diğer 66 hasta haliyle taburcu oldu. Hastaların 1 tanesinde psodokist, 1 tanesinde de peripankreatik apse gelişti.

Hastaların geliş anındaki miyoglabin değerleri (17,4-105,7 ng/ml) ranson kriterine göre orta şiddete sahip hastalarda yüksek düzeyde idi ve hastaların tüm ranson kriterleri şiddet düzeylerinde gelişteki miyoglobin düzeyi, 3. günki miyoglobin değerine göre anlamlı bir yükseklik vardı.(p= <0,001). Hastaların geliş anında hesaplanan ranson şiddeti ile miyoglobin seviyesine bakıldığında, AP şiddeti hafiften şiddetliye doğru gittikçe miyoglobin seviyesi en yüksek değer orta şiddette olmak üzere artış gösterdi (Hafif:57,3ng/ml Orta:194,6ng/ml Şiddetli:68,4ng/ml) ve bu artış anlamlılık göstermemekte idi.(p= 0,685)

Tartışma: Akut pankreatit, pankreasın ciddi bir inflamasyonu olup halen prognozu öngörmede kullanılmak üzere çeşitli parametreler çalışılmaktadır. Literatürde AP sırasında komplikasyon olarak rabdomiyoliz gelişmiş vakalar mecutttur. Yine literatürlerde özellikle şiddetli AP sırasında, miyoglobin düzeyini 2-3 kat yükseklik rabdomiyoliz risk göstergesi alınarak asemptomatik rabdomiyoliz gelişebileceği ve miyoglobin seviyesinin AP şiddetiyle korele olmadığı vurgulanmıştır.(1) Bizim çalışmamızda literatürlerle uyumlu olarak AP şiddeti ile miyoglobin arasında anlamlı korolasyon olmamış ve Ranson kriterlerine göre orta şiddette yer alan hastalar dışında myoglobin normal düzeylerde idi.

Rabdomiyoliz risk açısından miyoglobin değeri 2-3 kat artış olarak kabul edilirse ranson kriterine göre hafif,orta ve şiddetli AP hastalarımızın hiçbirisinde rabdomiyoliz riski oluşmadı. Bu çalışma ile AP li hastaların hastalık şiddeti ve rabdomiyoliz gelişme riski için miyoglobin düzeyinin anlamlılık içermediği ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimler: helikobakter pylori, rabdomiyoliz, miyoglobin

PS-155

AKUT PANKREATİT HASTALARINDA TROMBOSİT CRİT(PCT) VE ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ(MPV) HASTALIK ŞİDDETİNİ ÖNGÖREBİLİR Mİ?

Murat Eser[2], Mithat Eser[1], Oktay Ünsal[2], Sebahat Başyiğit[3], Fahrettin Güven Oysul[4]

[1]Gata İç Hastalıkları Bilim Dalı.
[2]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bilim Dalı.
[3]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı.
[4]Gata Halk Sağlığı Bilim Dalı.

Amaç: Akut pankreatit (AP), pankreasın akut inflamasyonudur. AP hastalarının çoğu hafif pankreatit şeklinde seyir gösterir ki ki bu olgular çoğunlukla kendiliğinden iyileşir ve ölüm oranı %3'ün altındadır. Şiddetli AP ise göreceli olarak daha nadir görülmesine rağmen lokal ve sistemik komplikasyonların daha sık görülmesi ve ölüm oranlarının %17'ye ulaşması nedeniyle takip ve tedavinin odak noktasını oluşturur. Bu nedenle hastalığın seyrini tahmin edebilmek için AP şiddetini net bir şekilde ortaya koyabilmek önemlidir. Ancak halen hastalık ciddiyetini tam olarak belirleyebilecek uygun bir yöntem geliştirilememiştir. Biz bu çalışma ile akut pankreatit vakalarında hastalık şiddetini belirlemede ranson kriterleri ve başvuru Trombosit crit(PCT) ve ortalama trombosit hacmi(MPV) düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceledik.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2013 ve Aralık 2013 tarihleri arasında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları kliniğinde ve Ocak 2011 ile Aralık 2013 tarihleri arasında GATA İç hastalıkları ve Yoğun bakım kliniklerinde AP tanısı ile yatırılarak takip edilen 98 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların Ranson kriterleri (hafif-orta-ciddi), demografik özellikleri, hospitalizasyon süresi, taburcu şekli, başvuru esnasındaki PCT, MPV, platelet(PLT), hematokrit, serum glukoz ve kreatinin düzeyleri değerlendirmeye alındı.

Sonuç: Hastaların yaş ortalaması 58,6±18,9 ve ortalama yatış süresi 7,8±5,4 gün saptandı. %58,2 (n=57)'si bayan, %41,8 (n=41)'i erkekti. Ranson kriterlerine göre hastalar; hafif %17,3 (n=17), orta %78.6 (n=77) ve ciddi pankreatit %4.1(n=4) olarak sınıflandırıldı. Ranson kriterlerine göre hastalık şiddeti ve başvuru esnasındaki PCT, MPV, PLT düzeyi karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Mortalite ve hastane yatış süresi ile PCT düzeyi arasında da istatiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Tartışma: Akut pankreatit pankreasın ciddi bir inflamasyonu olup halen prognozu öngörmede kullanılmak üzere çeşitli parametreler çalışılmaktadır. Ranson skorlama sistemi hastalık ciddiyetini ortaya koymakla beraber duyarlılığı halen tartışılmaktadır. PCT, kan sayımında ortaya çıkan, kanın yüzde kaçının platelet tarafından oluştuğunu göstermektedir ve belirli değerlerde örneğin; <0,1 ng/ml enfeksiyon olmadığını, >0,1-<0,25 ng/ml olası bakteriyel enfeksiyonu, >0,25-<0,5 ng/ml bakteriyel enfeksiyonun mümkün olabileceğini ve >0,5 ng/ml enfeksiyon varlığını göstermektedir. Literatürde bu ilişkiyi inceleyen ve PCT düzeyinin bu amaçla kullanılabileceğini gösteren çalışma mevcut değildir. Bu çalışmada başvuru esnasındaki PCT ve MPV düzeyi ile AP şiddeti arasında ilişki kurulamamıştır. Bu çalışma ile AP şiddetini tahmininde PCT ve MPV nin kullanılamayacağı saptandı.

Anahtar Kelimler: Akut pankreatit, ranson kriteri, enfeksiyon parametreleri

PS-156

CAROLİ HASTALIĞI OLGU SUNUMU

Hasan Ergenç, Ahmet Tarık Eminle, Zeynep Ertürk, Emine Ülkü Akçay, Mehmet Yıldırım, Ali Tamer

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Caroli hastalığı intrahepatik safra yollarının kistik dilatasyonu ile karakterize, konjenital, nadir görülen bir hastalığıdır. Caroli hastalığının klinik özellikleri hepatolitiazis veya bakteriyel kolanjite bağlı olarak gelişen sarılık, sağ üst kadran ağrısı, ateşi kapsamaktadır. Endoskopik veya perkutan kolanjiografi geleneksel tanı yöntemidir, fakat günümüzde manyetik rezonans kolanjiopankreatografi tercih edilen tanı aracı olarak ortaya çıkmıştır. Biz burada 60 yaşında, 4 yıldır karın ağrısı şikayeti, kolanjit atakları olan ve cerrahi rezeksiyon önerilen Caroli olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 60 yaşında erkek hasta, yaklaşık 4 yıldır aralıklı sırta vuran karın ağrısı ve titreme ile yükselen ateş, sağ üst kadran ağrısı ile acil servise başvurdu. Hastanın anamnezinde kolanjit atağı nedeniyle 4 kez ERCP yapıldığı öğrenildi. Hasta akut kolanjit ön tanısı ile interne edildi.

Hastanın yatışında ateş 380 C, TA 120/70 mmHg, nabız 98/dk idi. Fizik muayene normaldi. Laboratuar incelemesinde lökosit: 13000/mm^3, hemoglobin 10.1 g/dL, trombosit sayısı 127.000/ mm^3, ALT: 77 IU/L, AST: 41 IU/L,GGT 115, ALP 77, Total Bilirubin 1.4 ve Direk bilirubin 0.4 olarak saptandı. C-reaktif protein 101 mg/dL, sedimantasyon 16 mm/saat idi. Iv hidrasyon başlanan hastaya Flagyl 500 MG 2X1 ve Novosef 1000 mg 2x1 başlandı. Yapılan batın ultrasonografisinde lümen içinde az miktarda çamur, sol intrahepatik safra yolları dilate ve içerisinde 14 mm çapında taş ile uyumlu ekojenite veren görüntü izlendi. Bunun üzerine Caroli hastalığından şüphelenilerek hastaya ERCP yapıldı. Papilla EST li idi. Kolanjiyografide sol İHSY da taş imajı tespit edildi. Nasobiliyer drenaj takılarak işlem sonlandırıldı. Olguya yapılan tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme sonucunda Caroli hastalığı tanısı kondu. Genel cerrahi bölümü ile konsulte edildi. Hastaya karaciğer sol loba yönelik reseksiyon operayonu önerildi. Ancak hasta operasyonu kabul etmedi. Takiplerinde genel durumu düzelip laboratuar parametreleri normale gelen hastanın nasobiliyer drenajı çekildi ve hasta poliklinik takibine alınarak taburcu edildi.

Tartışma: Caroli hastalığı; intrahepatik safra yollarının fusiform veya sakküler kistik dilatasyonu ile karakterize, konjenital, nadir görülen bir hastalığıdır. Caroli hastalığının tedavisi biliyer anormaliklerin karaciğerdeki yerleşim şekline bağlıdır. Bir loba lokalize olan formlarında tedavi cerrahi rezeksiyon iken, diffüz formlarda etkili tedavi yöntemi ortotropik karaciğer naklidir. Caroli hastalığı nadir görülen bir hastalık olmasına rağmen, nedeni bilinmeyen kronik kolestazın ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Caroli hastalığı, kistik genişleme, kolanjit

PS-157

AKUT PANKREATİT VE KARACİĞERDE KİST HİDATİK BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

Hasan Ergenç[1], Zeynep Ertürk[1], Alper Karacan[2], Emine Ülkü Akçay[1], Mehmet Yıldırım[1], Ahmet Nalbant[1], Ahmet Tarık Eminler[3]

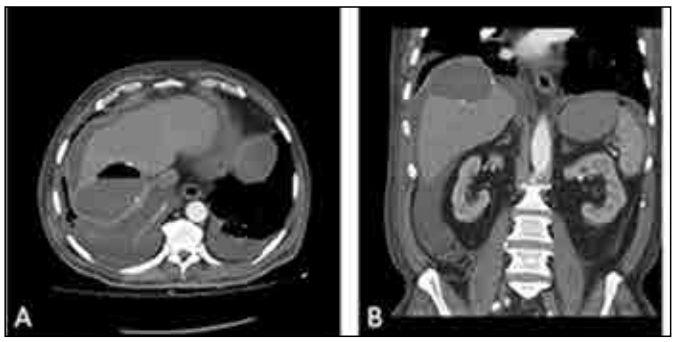
[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği
[3]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Kistik ekinokokkozis (KE), Echinococcus granulosus'un neden olduğu zoonotik bir hastalıktır. Bu hastalık Akdeniz, Asya, Uzak Doğu ve Latin Amerika'da bircok ulkede endemiktir. Hidatik kistlerin %75'i karaciğerde bulunur. Hastalar yıllarca asemptomatik olabilirler ve genellikle nonspesifik şikayetlere sahiptirler. Fakat herhangi bir zamanda ortaya cıkan bazı komplikasyonlar erken tedavi edilmezse hayatı tehdit edebilirler. Karaciğer, hidatik kistlerin en sık yerleştiği yerdir, daha az sıklıkla akciğerler, nadiren de dalak, böbrekler, beyin, kaslar, kemik ve pankreasta bulunabilir. Kistin biliyer kanala rupturu nadirdir ve obstruktif sarılık ya da kolanjit ile kendini gosterebilir Karaciğer kistlerinin safra ağacı icine rupturu bilinmektedir, fakat akut pankreatit nadir bir komplikasyonudur. Biz burada karın ağrısı ile acile gelip biliyer pankreatit tanısı konan ve aynı zamanda kist hidatik saptanan 79 yaşında erkek olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 79 yaşında erkek hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuruyor. Hastanın yatışı sırasında ateşi 36.70 C, TA 120/70 mmHg, nabız 98/dk olarak değerlendirildi. Fizik muayenesinde karın ağrısı dışında özellik saptanmadı. Laboratuar incelemesinde lökosit: 12.000/mm^3, hemoglobin 10.6 g/dL, trombosit sayısı 275.000/mm^3, glikoz:145 mg/dl, üre: 37 mg/dl, kreatinin: 0.7 mg/dl, ALT: 26 IU/L, AST: 117 IU/L, ALP 338U/L, GGT 256 U/L ve Amilaz 509U/l olarak saptandı. Hastaya batın ultrasonografisi yapıldı ve safra kesesi distandü, kese içinde milimetrik kalkül ile uyumlu olarak yorumlandı. Hastaya akut pankreatit tanısı konularak medikal tedavisi düzenlendi. Batın tomografisi çekildi. Karaciğer sağ lob anteriorda 72x88 mm boyutlarında cidar kalsifikasyonlar içeren, hava sıvı seviyesi izlenen kitle evre 4 enfekte kist hidatik olarak yorumlandı (Şekil A-B). Girişimsel radyoloji ile konsulte edilerek perkütan drenaj yapıldı. Antibiyoterapi sonrası genel durunu stabil seyreden hasta poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Biliyer ağacın ve karaciğerin parazitik enfeksiyonları tropikal ve subtropikal ulkelerde yuksek prevelans ve insidansa sahiptir. Biliyer ağaca ruptur karaciğer kist hidatiğinin bilinen bir komplikasyonudur. Bu komplikasyon neticesinde kist kavitesinde enfeksiyona ve biliyer ağacla ilişkili sekonder problemlere yol acar. Biliyer ağac icerisindeki skolekslere bağlı olarak gelişen kolanjit karaciğer kist hidatiğinin sık görülen bir komplikasyonudur. Biz burada akut pankreatit ile birliktelik gösteren ancak komplikasyon gelişmeden fark edilip tedavi edilen kist hidatik olgusunu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimler: Akut pankreatit, kist hidatik



Şekil 1 A-B. Kontrastlı aksiyel (A) ve koronal (B) bilgisayarlı tomografi görüntülerinde karaciğer sağlob segment 7 de subkapsüler yerleşimli, duvar kalsifikasyonları ve hava değerleri (girişimsel işleme sekonder) içeren kistik lezyon izlenmektedir. Ayrıca perihepatik alanda ve batın içerisinde serbest sıvı ile bileteral plevral effüzyon dikkati çekmektedir.

PS-158

YAYGIN DEĞİŞKEN İMMÜN YETMEZLİKLİ BİR OLGUDA AÇIKLANAMAYAN ASSİT

Adem Aydın, Şeref Demirbaş, Ali Kılınç, Erol Arslan, Kenan Sağlam

İç Hastalıkları Bilim Dalı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, Türkiye.

Giriş: Yaygın Değişken İmmün Yetmezlik (YDİY) B hücreleri farklılaşma basamağında ve antikor üretiminde bozukluk ile karakterize, GİS patolojileri, primer lenfomalar, tekrarlayan enfeksiyonlar, kronik akciğer hastalıkları ve otoimmün hastalıkların eşlik ettiği immün yetmezlik tablosudur. Hastaların % 15'i inflamatuvar barsak hastalığı benzeri semptomlar sergilemektedir. Biz burada nedeni açıklanamayan assit ile prezente olan YDİY'li bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: Elli dokuz yaşında diyabet ve YDİY tanıları ile takip edilen hasta 2 gündür devam eden kansız, mukussuz, sulu dışkılama yakınması ile hastaneye başvurdu. Fizik muayenede; Hipotansiyon, taşikardi, splenomegali, cilt kuruluğu, azalmış turgor tonusu, abdominal hassasiyeti saptandı. Laboratuvar incelemesinde; Bk: 13.560/mm^3, Üre: 111 mg/dl, Cr: 2.44 mg/dl, AST:57 U/L, ALT: 84 U/L, D.bil: 0.22 mg/dl, TBIL:1.02 mg/dl, ALP:225 U/L, GGT:151 U/L, U/L, Alb:4,34 gr/dl, T.Prot: 6.93 gr/dl, hsCRP:74,76 mg/L saptandı. Parazitolojik ve mikroskopik inceleme normaldi. İdrarda S.bovis izole edildi. Teikoplanin başlandı. Sıvı ve elektrolit desteği sağlanan hastada antibiyoterapi tamamlandıktan sonra beklenmedik bir şekilde assit gelişti. Parasentez yapıldı. Bk: 610/mm^3, serum albümin:2.52 gr/dl, serum-asit alb. gradiyenti: 2.1 olarak tespit edildi. Hepatobilier ultrason ve doppler ekokardiyografi yapıldı. Hasta bağışıklık durumu göz önünde bulundurularak spontan bakteriyel peritonit olarak değerlendirildi ve meropenem başlandı. Hepatik, portal ve splenik ven akımları intakt olarak gözlendi, ekokardiografide patoloji gözlenmedi. Hastaya 120 g albümin replase edildi. Sıvı-elektrolit desteği sağlanan ve antibiyoterapisi tamamlanan hasta taburcu edildi.

Sonuç: Karaciğer doopler USG'sinde splenik, portal, hepatik ve VCİ akımlarının intakt olması, muayene ve görüntüleme ile kardiak sebeplerin dışlanması, miksödem klinik ve laboratuvar bulgularının olmaması nedeniyle hipoalbuminemiye sekonder plazma onkotik basıncının azaldığı, inflamatuar barsak tutulumuna bağlı geçirgenlik artmış ve tersiyer boşluğa sıvı kaçışı meydana gelmiştir. Böylece, mukozal bütünlüğün bozulması ile bakteri translokasyonunu kolaylaştırmış, peritonit tablosu gelişmiştir. YDİY'de etyolojik nedenin ortaya konamadığı, tedaviye dirençli atipik klinik durumların gözlenebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Assit, Yaygın Değişken İmmün Yetmezlik.

PS-159

AKUT PANKREATİTİN BİR KOMPLİKASYONU OLARAK FİSTÜLİZE PANKREAS PSÖDOKİSTİ: BİR OLGU SUNUMU

Zeynep Ertürk[1], Emine Ülkü Akçay[1], Hasan Ergenç[1], Ahmet Nalbant[1], Ahmet Tarık Eminler[2], Aydın Şeref Köksal[2], Erkan Parlak[2]

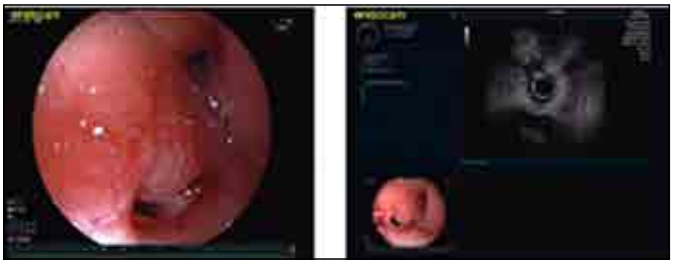
[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Pankreas psödokistleri akut pankreatitin erken evrelerinde tam sınırlı olmayan amorf sıvı kolleksiyonları olarak karşımıza çıkan. 4-6 hafta sonra iyi sınırlı ve kapsüle halde sıvı kolleksiyonları haline dönüşen organizasyonlardır. Akut pankreatit sonrası en sık görülen komplikasyonlardandır (%5-15). Biz bu vakada pankreatitin nadir bir komplikasyonu olarak duodenuma fistülize olmuş nekrotize pankreas kisti olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 60 yaşında kadın hasta 3 gündür var olan sırta vuran karın ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Anamnezinde 2 ay önce akut pankreatit geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenede TA:150/90 mmHg ateş: 37,8 nbz: 98 dk ve dakikada solunum sayısı 15 idi. Laboratuar parametrelerinde Lökosit:8,27 uL (4,6-10,2K/uL) Hb:9,8 g/dl (12,2-18,1g/dl) Trombosit:434K/uL(142-424K/uL) Üre: 13mg/dl(19-44mg/dl) Kreatin:0,67 mg/dl(0,72-1,25) ALT:15u/l(0,55U/L) AST:15U/L(5-34U/L) GGT:164 U/L (9-36U/L) ALP:194 U/L (40,00-150,00U/L) Amilaz :14 U/L (25/125U/L) idi. Batın usg de safra kesesinde taş, intrahepatik safra yolları solda dilate ve koledok 9mm genişliğinde idi. Bunun üzerine çekilen abdominal BT de duodenuma fistülize görünümde nekrotize pankreas kisti saptandı. Endosonografide ise bulbus ön yüzde içerisinden püy gelişi izlenen açıklık mevcuttu (Resim1-2). İntaniye bölümüne konsülte edilen hastaya geniş spektrumlu antibiyotik başlandı Genel cerrahi bölümüne konsülte edilen hasta psödokist drenajı amaçlı devredildi.

Tartışma: Pankreas psödokistleri akut pankreatit geçiren olguların %10-20'sinde ve kronik pankreatitli olguların %20-60'ında görülmektedir. Psödokist olgularında en sık görülen semptom karın ağrısıdır ve olguların yaklaşık %90'ında görülmektedir. Ağrı genellikle akut pankreatit atağından haftalar sonra tekrarlar ya da kronik pankreatitli olgularda şiddetlenme şeklinde ortaya çıkar. Karın ağrısı şikayeti olan geçirilmiş pankreatit öykülü hastalarda nadir bir komplikasyon olmasına rağmen hayati tehlike arz etmesi nedeniyle psödokist fistülizasyonu göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimler: Pankreatit, psödokist



Şekil 1,2.

PS-160

LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI GÖRÜLEN AKALAZYA: GERÇEK Mİ? PSÖDO MU?

Abdullah Şişik[1], Hakan Demirdağ[2], Zuhal Çalışkan[2], Sibel Ocak Serin[3], Gülsah Karaören Yılmaz[4], Hacı Mehmet Sökmen[2]

[1]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul
[3]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[4]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

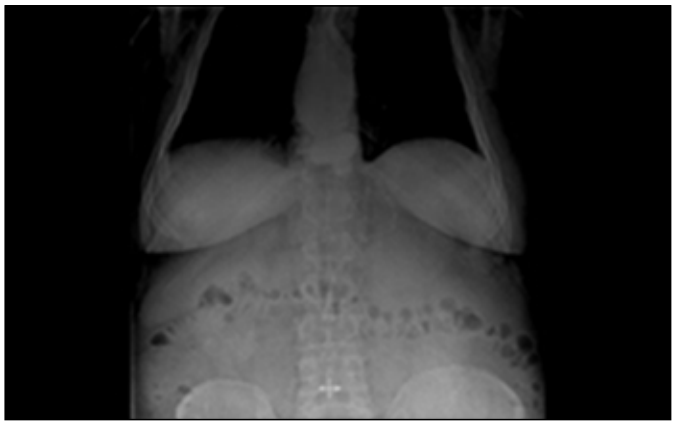
Akalazya bariatrik cerrahi geçiren popülasyonda nadir görülmekte olup insidansı %1 olarak bildirilmiştir. Biz burada 51 yaşında laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) sonrası 1 aylık dönemde akalazya tanısı alan olgumuzu sunduk.

Altı yıldır obezite (BMI:54, 168 kg), DM, HT ve OSAS tanıları ile takip edilen 51 yaşındaki erkek hasta son zamanlarda günlük yaşam aktivitelerinin bozulması üzerine endokrinologu tarafından bariatrik cerrahi hekimine yönlendirilmiş. Preoperatif değerlendirmede yapılan özofagogastroduodenoskopisinde; "kronik inaktif gastrit" dışında anormal bulgu saptanmayan hastaya genel anestezi altında LSG yapılmış. Perioperatif dönemde herhangi bir komplikasyon yaşanmayan hasta postoperatif 4 ve 5. günlerde sıvı gıdatolerasyonu sağlanması sonrasında 5. günde taburcu edilmiş. Hastanın taburcu olduktan 1 hf sonra kusma şikayeti başlamış. Bu durumu operasyondan sonrası süreçte normal olarak algılayan ve yaklaşık 2 hafta bulantı ve kusması devam eden hasta tansiyonu yükselip idrar çıkışı azalmaya başlayınca hastaneye başvurmuş. Laboratuvar değerlerinde BUN: 211 mg/dl, kre: 3.5mg/dl Na: 155 meq/l, K: 3,3 mmol/l olması üzerine tarafımızca değerlendirilen hastaya yakın gözlem altında sıvı elektrolit desteğine başlandı. BUN, kreatinin ve elektrolit değerleri normal aralığa dönen hastanın bulantı kusmalarının devam ettiği gözlendi. Sorgulamada operasyon öncesi dönemde yemek yerken zaman zaman takılma şikayeti olduğunu öğrenildi. Özofagogastroduodenoskopisinde; özofagus lümeninin sıvı ile dolu olup, dilate olduğu saptandı. Z cizgisi 48. cm'de,Hiatal kıskaç Z çizgisi ile aynı seviyede geçildi. Hiatal kıskaç zorlanarak geçildi. Özofagus- mide-duodenumun baryumlu görüntülemesinde özofagus en geniş yerde 6,5 cm tespit edildi (Resim). Alt özofagus sfinkter düzeyinden itibaren kontrastın distale gecmediği

görüldü. Yapılan özofagus motilite çalışmasında özofagus kontraksiyonlarının olmadığı, iki noktada darlık görülen hastanın yüksek çözünürlüklü manometri incelemesi suboptimal olarak değerlendirildi. Klinik radyografik ve endoskopik olarak Akalazya düşünülen hastaya balon dilatasyon yapılmasına karar verildi. İşlem sırasında mideye hafif zorlanarak geçildi ve 3 cm'lik Akalazya balonu ile dilatasyon uygulandı. İşlem sonrası endoskopun daha rahat ilerletildiği gözlendi. Su ve mama rejimini tolere eden hasta taburcu edildi.

Akalazya'nın hangi mekanizma ile geliştiği ve LSG'nin bir komplikasyonu olup olmadığı açık değildir. Hastamızda postoperatif dönemde yapılan özofagus motilite çalışmasında hiç kontraksiyon saptanmaması, 6,5 cm'lik dilatasyonun postoperatif 1 ay gibi kısa bir süreçte gelişmesi ve hastanın öncesinde var olduğunu söylediği takılma şikayetinin olması bize Akalazya'nın operasyon öncesinde de asemptomatik evrede var olabileceği, ancak operasyon öncesinde yapılan özefagogastroskopisi normal olarak değerlendirilen hastanın bu şikayetlerinin operasyon ile tetiklendiği ve aggrave olduğu düşünülmüştür. Bu olgu Akalazya ve LSG arasındaki olası bağın daha fazla araştırılmasını ve ameliyat öncesi aşamada buna duyarlı hastaları yönetmenin gereğini vurgulamak için burada sunulmuştur.

Anahtar Kelimler: Obezite, Laparoskopik Sleeve gastrektomi, Akalazya,



Şekil 1.

PS-161

DİŞ TEDAVİSİ İÇİN BAŞVURAN HASTADA TESPİT EDİLEN HEMOGLOBİN H HASTALIĞI

Fatma Doğruel[1], Türker Yücesoy[1], Rüksan Büyükoğlan[2], Dilek Günay Canpolat[1]

[1]Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Kayseri
[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Kayseri

Amaç: Talasemiler, otozomal resesif geçiş gösteren, hemoglobin (Hb) zincirlerinin birinin veya birkaçının sentezi sonucu gelişen, hipokrom mikrositer anemi ile karakterize heterojen grup bir hastalıktır. Alfa talasemiler, hemoglobin molekülünün yapısında yer alan alfa globin zincir sentezindeki azalma veya tamamen engellenmesi ile karekterize edilen yaygın bir genetik hastalıktır. Hemoglobin H hastalığında 4 alfa geninden üçünde parsiyel veya tam fonksiyonel bozukluk vardır. Klinik seyirleri genelde hafiftir ve hafif veya orta düzeyde hemolitik anemi ile kendini gösterir. Burada dental fobisi olan ve sedasyon altında diş çekimi yapılacak olan bir vakada nadir görülen Hemoglobin H hastalığı sunulmuştur.

Olgu: 28 yaşında erkek hasta, dental fobi nedeniyle sedasyon altında diş çekimi öncesi değerlendirildi.Tetkikleri yapılan hastanın hemogramında Hgb:12,7 gr/dl MCV: 61 fl,HCT:38,7 %, kreatinin: 0,9 mg/dl, LDH:193 U/L, total bilirubin:0,6 mg/dl, direkt bilirubin:0,2 mg/dl olarak tespit edildi. Demir, folat ve VitB12 eksikliği olmayan hastada akut kan kaybı tespit edilmedi. Hemoglobin elektroforezinde Hb A: % 11,7 ve %83,1 oranında zon 6 hemoglobin anormal bant olarak tespit edildi. Hasta Tıbbi Genetik bölümüne yönlendirildi. Burada hastadan alınan kan örneklerinden elde edilen DNA materyaline Beta Globulin (HBB) gen bölgesine spesifik primerler kullanılarak PCR analizi yapıldı. Daha sonra elde edilen PCR ürününe otomatik DNA sequencing (Floresan Teknoloji) ile DNA dizi (sekans) analizi uygulandı. Elde edilen sekans örnekleri Gen Bankası Veri Tabanı'ndan elde edilen normal bireye ait genom sekansı ile ilgili gene ait mutasyon tablosu ile karşılaştırıldı.Değerlendirme sonrası CODON 2T>C (Glu>Gln) heterozigot, IVS I-110 G>A heterozigot değişimi gözlendi.Bu değişimin Hb-D-Iran adlı hemoglobin varyasyonuna neden olduğu tespit edildi. Hastaya bu sonuçla hemoglobin H hastalığı tanısı konuldu.

Sonuç: Dünyada en sık rastlanan tek gen hastalığı olarak bilinen hemoglobinopatiler ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Bu nedenle tam kan sayımına dikkatli bakmak şüphelenerek hemoglobin elektroforezi yaptırmak nadir görülse de Hemoglobin H hastalığı tanısını koyduracaktır.

Anahtar Kelimler: Hemogobin H hastalığı, elektroforez

PS-162

ÇOMAK PARMAK İLE PREZENTE OLAN AKCİĞER ADENOKARSİNOMU OLGUSU

Türkan Paşalı Kilit[1], Sertaş Erarslan[2], Metin Korkmaz[1], Burcu Yapar Taşköylü[3]

[1]Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kütahya
[2]Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Kütahya
[3]Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Onkoloji Kliniği, Kütahya

Giriş: Hipertrofik osteoartropati (çomak parmak), klinik görüntüsü genellikle nonspesifik olan ve başta romatoid artrit olmak üzere birçok romatolojik hastalığı taklit etmesi nedeniyle sıklıkla gözden kaçan bir tablodur. Özellikle 4. ve 6. dekatlar arası erkeklerde sık görülür. Bulgulardaki klasik triad; simetrik artrit, periostit ve parmaklarda çomaklaşmadır. Her vakada üç bulgunun da görülmesi beklenmez. Başka sebepler de tanımlanmışsa da çomak parmağın en sık görülen sebebi bronkojenik karsinomadır. Diğer sebepler arasında Hodgkin hastalığı, mezotelyoma, özofagus malignitesi, kistik fibrozis, bronşektazi, amfizem, siyanotik kalp hastalıkları, eroin kullanımı, infektif endokardit, karaciğer sirozu, rejyonel enterit ve ülseratif kolit sayılabilir.

Olgu Sunumu: Elli dört yaşında erkek hasta, 6 aydır mevcut olan yaygın vücut ağrısı ve kilo kaybı yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Kliniğimize başvurmadan önce başka bir İç hastalıkları polikliniğinde muayene olarak tip 2 diabetes mellitus tanısı almış ve diyabet tedavisi verilmiş. Hasta mevcut şikayetlerinin geçmemesi üzerine hastanemiz İç hastalıkları polikliniğine başvurmuş. Olgumuzun yapılan lökomotor sistem muayenesinde her iki el ve ayak parmaklarında çomak parmak ile uyumlu görünüm mevcuttu (Resim 1). Solunum sistem muayenesinde bilateral ronküs saptandı. Hasta 30 senedir 52 paket/yıl sigara kullanmaktaydı. Laboratuvar tetkiklerinde; açlık kan şekeri: 172 mg/dl, üre: 35 mg/dl, kreatinin: 0.9 mg/dl, AST: 16 U/ml, ALT: 23 U/ml, beyaz küre: 14.000/mm^3, hemoglobin: 15 g/dl, hematokrit: %47,5, trombosit: 237.000/mm^3, eritrosit sedimentasyon hızı: 51 mm/saat, hs-CRP: 61 mg/l, HbA1c: %9,7 olarak tespit edildi. Çomak parmağı mevcut olan hastanın çekilen akciğer grafisinde sağ akciğer üst lobda kitle ile uyumlu opasite tespit edildi (Resim 2). Çekilen toraks tomografisinde sağ üst lob posterior segmentte; 6x6 cm'lik düzensiz sınırlı, heterojen iç yapıda, vena cava superiora yakın komşuluk gösteren malign görünümlü kitle, sağ akciğer orta lob lateral segmentte; periferik yerleşimli 9 mm'lik metastatik nodül, mediastende ve sağ hilusta 1,5 cm'lik lenfadenopatiler saptandı (Resim 3). Hastaya PET CT çekildi. Kemik metastazı saptanmadı. Hastaya tomografi eşliğinde kesici iğne biyopsisi yapıldı ve patoloji sonucu akciğer adenokarsinomu tanısı kondu. Hasta kemoterapi tedavi programına alındı.

Sonuç: Özellikle erişkin erkeklerde diz, dirsek, el, ayak bileği eklemi ve parmak proksimalinde simetrik artrit ve uzun kemiklerin diafizi boyunca hissedilen, özellikle de ön kol ve bacağı tutan ağrı şikayetinde çomak parmak akla gelmelidir. Bu bulgular bazen - bizim vakamızda da olduğu gibi – primer hastalık bulgularından önce klinikte yer alabilmekte veya daha belirgin olabilmektedir. Bu yüzden de majör sebep olan akciğer malignitesi gözden kaçabilmektedir. Bizim polikliniğimize başvurmadan önce halsizlik, yaygın vücut ağrısı, kilo kaybı şikâyetleri ile başvurduğu başka bir merkezde, fizik muayenede belirgin çomak parmak görüntüsü olduğu halde hastanın akciğer grafisinin çekilmediğini gördük. Bu olguyu sunmamızdaki amaç, çomak parmak ile gelen özellikle ileri yaştaki hastalarda mutlaka akciğer grafisinin çekilmesi gerekliliğini vurgulamaktır. Sonuç olarak, çomak parmağı olan hastalarda akciğer kanseri, etyolojik tanıda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimler: Çomak parmak, akciğer malignitesi.



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-163

EDİNBURGH KLODİKASYON ANKETİ UYGULAMA YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI : HASTA HEKİME KARŞI

Bilgin Bahadır Başgöz[1], İlker Taşçı[2], Birol Yıldız[2], Cengizhan Açıkel[3], Hasan Kutsi Kabul[4], Kenan Sağlam[2]

[1]Gölcük Asker Hastanesi, İç Hastalıkları
[2]Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Bilim Dalı
[3]Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Biyoistatistik Bilim Dalı
[4]Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kardiyoloji

Amaç: Bu çalışma ile Edinburgh klodikasyon anketinin (EKA) farklı uygulanma metodlarının Ayak bileği – Kol basıncı indeksi (AKBİ) ölçümü ile tespit edilmiş periferik arter hastalığını (PAH) saptamadaki duyarlılık ve özgüllüğe etkisi araştırılmıştır.

Metod: Dahil edilme kriterlerini karşılayan 50 yaş ve üzere katılımcılar EKA'ni öncelikle kendileri cevaplandırmış daha sonra aynı anket aynı hastaya klodikasyon ile uyumlu yakınmaları göz önünde tutularak ilk anketin cevaplarını bilmeyen hekim gözetiminde uygulanmıştır. AKBİ ölçümü aynı seansta el doppleri ile yapılmıştır.

Sonuçlar: Çalışmaya toplam 177 katılımcı (yaş: 64.67±9.19, erkek/ kadın: 80/97) dahil edilmiştir. Birlikte değerlendirildiğinde klodikasyonun varlığını işaret eden 1,2,3 ve 4. sorulara verilen cevaplar arasında iki yöntem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Anket uygulaması gözlemsiz bırakıldığında EKA'nde yer alan ağrı bölgelerinin tarif edildiği şekil üzerindeki işaretlemelerin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalar tarafından doldurulan EKA'ne göre klodikasyon saptanan hastaların hiçbirinde AKBİ ölçümü ile PAH saptanmazken, duyarlılık ve özgüllük de hesaplanamamıştır. Diğer taraftan gözetimli olarak cevaplandırılan EKA'nde klodikasyon saptanan hastaların % 13,6'sında AKBİ ölçümü ile PAH saptanmış, duyarlılık ve özgüllük sırası ile %25 ve % 88.5 olarak saptanmıştır.

Sonuç: Katılımcıların ağrı, rahatsızlık ve efor kavramları ile EKA'nde tanımlanan vücut bölgelerini anlamalarına rehberlik edilmediği takdirde katılımcılar hatalı cevap vermeye eğilimli olabildikleri değerlendirildi. Bu durumda EKA sadece bir gözlemci nezaretinde uygulandığında klodikasyonu göstermede güvenilir bir yöntem olarak kabul edilebilir.

Anahtar Kelimler: Edinburgh Klodikasyon Anketi, Ayak Bileği- Kol Basıncı İndeksi, Periferik Arter Hastalığı, Anket Uygulama Yöntemleri

PS-164

İNTRAVENÖZ DEMİR İNFÜZYONU SONRASI NADİR GELİŞEN TROMBOSİTOPENİ OLGUSU

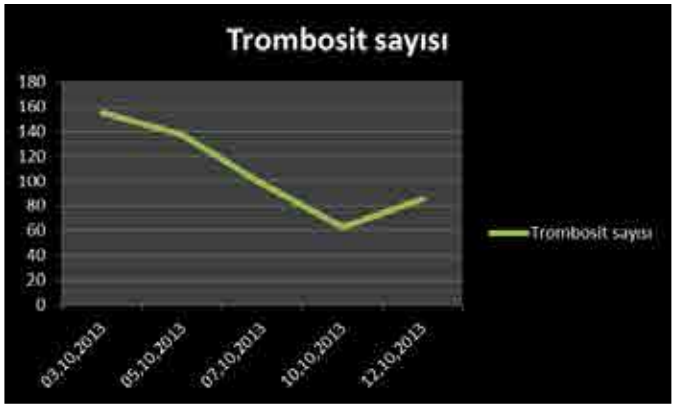
Cüneyt Kahraman[1], Serdar Üçgün[1], Nilüfer Kuzeyli Kahraman[2]

[1]Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Amaç: Demir eksikliği anemisi genellikle trombositoz ile ilişkili olduğu halde çok nadiren trombositopeni de görülmüştür. Ancak çok daha nadir görülen durum demir replasmanı sonrası gelişen trombositopenidir. Biz bu yazımızda intravenöz demir infüzyonu sonrası gelişen trombositopeni olgusu tartışacağız. Olgu: 17 Yaşında erkek hasta iç hastalıkları polikliniğimize yaklaşık 3 aydır yüzünde solukluk, halsizlik ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde kronik hastalık öyküsü ve sürekli kullandığı ilaç öyküsü yoktu. Annesinde de ciddi derecede anemi gelişimi ve belli aralıklarla kan transfüzyonu uygulanması mevcuttu. Genel durumu iyi, şuuru açık olan hastanın fizik muayenesinde konjuktivalar ikterik, deri rengi soluktu; hepatosplenomegali mevcut değildi. Diğer tüm sistem bulguları doğaldı. Hastanın tetkiklerinde; Hgb:7.6, WBC:6.1, Plt:340, RBC:4.79, LDH:145, total billirubin:0.51, indirekt billirubin:0.4, demir:47, TDBK:449, transferin saturasyonu:%10 saptandı. Hastanın yatışında periferik kan yayması bakısında hipokrom mikrositer görünüm mevcuttu; anormal hücrelere rastlanmadı. Hastanın hemoglobin elektroforezi sonucunda talasemi saptanmadı. Hasta mevcut bulgularla demir eksikliği anemisi nedeniyle intravenöz demir sükroz tedavisi için interne edildi. Tüm abdomen ultrasonografisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Gaitada parazit incelenmesinde parazit ve yumurtasına rastlanmadı. Hastaya yatışının ilk gününden itibaren intravenöz demir sükroz 100 mg/ gün olarak uygulandı. Tedavinin 7. gününde hastanın trombosit değerleri düştü. Trombosit değeri 68 bine düşen hastanın tedavisine ara verildi. Tedavisiz izlemde trombosit değerleri 3 gün içinde tedricen artış (83 -128-159 bin) gösterdi (Şekil:1) ve normal değerlerine ulaştı. Takiplerinde trombosit seviyeleri normal seyreden hastada gelişen trombositopeni, intravenöz ugulanan demir sükroza bağlandı. Sonuç: İlaca bağlı trombositopeni, kemik iliğinin baskılanması ve periferik kandaki trombositlerin immun ve immun olmayan mekanizmalarla parçalanması sonucu oluşur. İntravenöz demir sükroz tedavisine bağlı gelişen trombositopeni

olgusu çok nadirdir. Literatürde benzer bir vakada bu durumun tedavi sonrası megakaryopoeziste geçici azalma ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. İlaca bağlı gelişen trombositopeninin klinik tanısı, şüpheli ilacın kesilmesi ile trombositopeninin düzelmesi ve takiplerde trombositopeni gelişmemesi ile konulmaktadır. Vakamızda da demir sükroz tedavisinin kesilmesi ile trombosit sayısının normal değerlere ulaşması ve hastanın takibinde tekrar trombositopeni gelişmemesi ile tarafımızdan demir sükroza bağlı trombositopeni tanısı klinik olarak koyuldu. Sonuç olarak olgumuzda da olduğu gibi demir sükroza bağlı trombositopeni çok nadir de olsa görülebilmektedir. Trombositopeni etiyolojisinde demir sükrozunda yer aldığı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: anemi, demir sükroz, trombositopeni



Şekil 1.

PS-165

KARACİĞER BİYOPSİSİ SONRASI GEÇ PRESENTE OLAN HEMOBİLİ OLGUSU

Yüksel Aslı Öztürkmen[1], Tanju Kapağan[1], Canan Alkım[2], Hüseyin Alkım[2], Fatih Borlu[1]

[1]Hamidiye Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Hamidiye Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Hemobili karaciğer ve safra yolu hastalıkları ya da travmasına sekonder safra yollarında kanama olmasıdır. Quincke tarafından tanımlanan klinik triad; üst gastrointestinal sistem kanaması, sağ üst kadran ağrısı ve sarılık klasik prezentasyon şeklidir. Biz bu bildiride klinik bulguların geç ortaya çıkması nedeniyle tanıda güçlük oluşan bir hemobili vakası sunduk.

Olgu: Bilinen kronik hepatit C tanısı olan 34 yaşında erkek hasta acil servisimize kanlı kusma yakınması ile başvurdu. 10 gün önce dış merkezde, hepatit C tanısına yönelik tedavi planlamak amaçlı yapılmış olan, karaciğer biyopsisi öyküsü mevcuttu. Tetkiklerinde Hgb:10.3 Hct:30 Ast: 143 U/L, Alt:165 U/L, Total Bilirubin: 6.78 mg/dl, Direkt Bilirubin: 6.34 mg/dl. saptandı. Batın ultrason da safra kesesinde sludge saptandı. Acil şartlarda yapılan gastroskopide mide ve duedenumda hematinli sekresyon görüldü ancak aktif kanama odağı belirlenemedi. Bu bulgularla ön planda akut kolesistit ve üst gastrointestinal sistem kanaması düşünülen hasta servise interne edildi. Yatışının 3. gününde kanlı dışkılama şikayeti gelişmesi üzerine gastroskopi tekrarlandı. Gastroskopide papilla Vateri'de kan ve pıhtı görüldü (Şekil 1). Hemobili düşünülerek Endoskopik retrograd kolangiopankreotografi (ERCP) yapıldı. Papilla orifisinden taze kan ve pıhtı akışı görüldü, koledok ve interahepatik safra yollarında dolum defektleri ve dilatasyon saptandı. Nazobilier katater yerleştirilerek drenaj sağlandı. İşlem sonrası çekilen BT angioda karaciğer sağ lob segment 8 de arterioportal fistül ile uyumlu görünüm (Şekil 2) ve safra kesesi içinde hematom ile uyumlu olabilecek dansite artışları saptandı. Aktif kanaması devam eden hastaya konvansiyonel angiografi yapılarak arterioportal fistül ayrılabilir koil ile embolize edildi. İşlem sonrası 2.günde nazobiler drenajı çekildi. Kanaması kontrol altına alınan hasta 10 gün sonra taburcu edildi.

Sonuç: Karaciğer biyopsisi sonrası arteriyoportal fistül gelişme sıklığı %5,4-10 olarak bildirilmiştir (1). İşlem sonrası kanama bulguları çoğu kez birkaç gün içinde ortaya çıkabildiği gibi, literatürde vakamıza benzer şekilde 11 gün sonra semptom veren hemobili vakası mevcuttur (2). Hemobili tanısı üst gastrointestinal kanama kliniği ile başvuran ve karaciğere invaziv işlem ya da travma öyküsü olan hastalarda travmadan haftalar sonra bile akla gelmelidir.

Kaynaklar

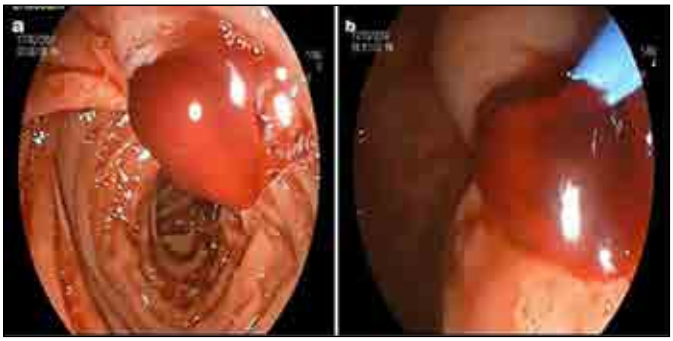
1- Okuda K, Musha H, Nakajima Y, Takayasu K, Suzuki Y, Morita M, Yamasaki T (1978) Frequency of intrahepatic arteriovenous fistula as a sequela to percutaneous needle puncture of the liver. Gastroenterology 74: 1204-1207.

2- Zhou HB (2014) Hemobilia and other complications caused by percutaneous ultrasound-guided liver biopsy. World J Gastroenterol 20: 3712-3715. doi: 10.3748/wjg.v20.i13.3712.

Anahtar Kelimler: hemobili, karaciğer biyopsisi, arterio-portal fistül



Şekil 1.



PS-166

FULMİNAN KARACİĞER YETMEZLİĞİ İLE PREZENTE OLAN HODGKİN LENFOMA

Derya Akarken, Seval Akay, Utku Erdem Soyaltın, Harun Akar

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Fulminan karaciğer yetmezliği, akut karaciğer yetmezliği olarak da adlandırılır.Seyrek görülmesinin yanısıra agresif seyirli ve kötü prognozlu bir hastalıktır.Etyolojide ön planda viral ve toksik hepatitler olmasına karşın,nadiren lenfoma ve lösemilere sekonder de gelişebilir.Bu yazıda sebebi bilinmeyen ateş nedeniyle takip edilirken akut karaciğer yetmezliği gelişen ve hodgkin lenfoma tanısı alan 44 yaşında erkek hasta sunulmuştur.

Olgu: 44 yaşında erkek hasta,kronik hastalık öyküsü ve ilaç kullanım öyküsü yok. Son 1.5 aydır devam eden ateş,üşüme,titreme şikayeti ile dahiliye polkliniğine başvuruyor.İleri derecede halsizlik,iştahsızlık ve yaklaşık 4-5 kg/ay kilo kaybı mevcut.Hayvanlarla,lağım ile temas öyküsü yok.Pastörize edilmemeiş süt ürünü kullanmıyor. Fizik muayenede; Ateş gün içinde en yüksek 38.5 derece ölçülüyor.Batın muayenesinde;karaciğer kot altında 2 cm palpe ediliyordu.Diğer sistem muayeneleri olağan saptandı.Laboratuvar değerlerinde; Açlık glukoz: 116 mg/dl, üre: 46 mg /dl, kreatinin: 1.2 mg/dl, ast: 236 U/L, alt: 91U/L, na: 126 mmol/L, t.bil: 4.3 mg/dl, d.bil:2.6 mg/dl, hgb:9.2 gr/dl, wbc:9.500 K/ul, plt:353.000 K/ul, sedimentasyon 116 mm/saat, crp: 19 mg/dl, prokalsitonin: 4.36 ng/ml,koagülasyon normal,periferik yayması demir eksikliği anemisi ile uyumlu idi.Hasta ileri tetkik nedenli dahiliye servisine yatırıldı.Kan,idrar,gaita kültürü negatif,viral markerları,brucella sonuçları negatif saptandı.Akciğer grafisi normaldi.Trombosit değerleri ve hemoglobin'i düşüş eğiliminde olan hastanın kemik iliği aspirasyon ve biopsisi yapıldı.Aspirasyon sonucu; normoselüler,megokaryositler azalmış,gronülopoez ve eritropoez normal,plazma hücresi %3,blast %1-2 olarak değerlendirildi ve kemik ilği biopsisi patolojiye gönderildi.Malignite ve lenfadenopati tetkiki için tüm vücut görüntülemeleri yapıldı.Batın tomografisinde karaciğer uzunluğu 20cm olması dışında patoloji saptanmadı.Toraks tomografisinde mediastende,prevasküler,paratrekeal alanda ve aortikopulmoner pencerede en büyüğünün kısa aks çapı yaklaşık 1 cm olan multiple lenf nodları,subkarinal alandada en büyüğü 2.5x1.5 cm olan birkaç adet lenf nodu saptandı.Yüzeyel doku usg'sinde ise sağ aksillar alanda en büyüğü 38x14mm boyutunda yağlı hilusu seçilen hipoekoik birkaç

adet lenf nodu görüldü.Örnekleme yapılması planlandı ancak lenfnodu derinde olduğu için örneklenemedi.Takiplerinde ast,alt,biluribin ve ınr değerlerinde hızlı bir artış gözlendi.Plt değerleri ise düşüş eğiliminde idi.Karaciğer biopsisi yapılması planlandı ancak mevcut koaülopati ve trombositopeni nedeniyle yapılamadı.Hastada Grade 2 hepatik ensefalopati tablosu gelişti.Tedaviye rağmen hastanın biluribin değerleri hızla yükselmeye devam etti.Genel durumu kötüleşen hastada akut fulminan hepatite bağlı ölüm gerçekleşti .3 gün sonra kemik iliği biopsisi sonuçlandı.Hodgkin lenfoma mikst selüler tip olarak kaydedildi. Postmorthem peruktan karaciğer biopsisi yapıldı.Submasif karaciğer nekrozu olarak sonuçlandı.

Sonuç: Biz bu olgu sunumunda fulminan hepatik yetmezlik(FHY) nedenleri arasında nadir de olsa lenfomalarında görülebileceğini ve hastaların tetkikleri yapılarken en sık görülen nedenler dışlandıktan sonra nadir rastlanan nedenler açısından da mutlaka araştırılması gerektiğini vurgulamak istedik.Literatürde hodgkin lenfoma ve FHY ilişkisine yer verilen az sayıda vaka bulunmaktadır.Bizim vakamızda ise mixt selüler hodgkin lenfoma ile FHY birlikteliği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimler: fulminan hepatit,hepatik yetmezlik,hodgkin lenfoma

PS-167

KOLONOSKOPİYİ TAKİBEN GELİŞEN AKUT FOSFAT NEFROPATİ OLGUSU

Mehmet Yıldırım, Fatma İnci Can, Ahmet Nalbant, Hakan Cinemre, Ali Tamer

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Fosfat nefropatisi; oral sodyum fosfat içeren laksatiflerin kullanımı sonucu fosfat kristallerinin renal tubulleri etkileyerek nefronları hasara uğratması sonucu gelişen nefropati tablosudur. Bu sunumda kolonoskopi işlem hazırlığı için oral sodyum fosfat solusyonu kullanılan yaşlı hastada gelişen nefropati olgusu sunulması amaçlanmıştır.

Vaka: 73 yaşında erkek hasta halsizlik şikayeti ile acil servise başvurmuş. Hemoglobin: 5.97 g/dl olan hasta anemi tanısı ile dahiliye servisine interne edildi. Özgeçmişi, Soygeçmşi, alışkanlıkları ve ilaç kullanım öyküsü açısından özellik saptanmadı. Fizik muayenede mukozalarda solukluk dışında patolojik bulgusu yoktu. Demir eksikliği anemisi dışında rutin biyokimyasal tetkikleri normal olarak saptandı. Eritrosit süspansiyonu replasmanı yapıldı. Hemoglobin:10.2 g/dl ye yükseltildi. Demir eksikliği anemisi etyolojisi araştırılmak üzere gastrointestinal sistem patolojisi taranması için gastroskopi ve kolonoskopi yapılması planlandı. Kolonoskopiden bir gün önce oral sodyum fosfat solusyonu 45 ml akşam ve kolonoskopi günü 45 ml sabah verildi. Aynı zamanda kolonoskopi işlemi öncesi sabah hastaya 67.5 ml sodyum fosfatlı lavman uygulandı. Kolonoskopide patoloji saptanmadı, gastroskopi ise hasta reddi nedeni ile yapılmadı. Yatışının üçüncü gününde kolonoskopi öncesi Üre:63 mg/dl; Kreatinin: 1.11mg/dl; Kalsiyum: 7.8 mg/dl; Fosfor: 3.6 mg/dl idi. Kolonoskopi işleminden 16 saat sonra hastanın laboratuar değerlerinde Üre: 66 mg/dl; Kreatinin: 1.63 mg/dl; Fosfor: 10.5 mg/dl (laboratuarın referans aralığı: 2.3-4.7 mg/dl); Potasyum:2.9 mmol/l idi. Alınan kan gazında: Ph: 7.375; Bikarbonat: 24.3 mmol/l idi. Hastanın idrar çıkışı normal seviyelerde idi. Kan fosfor düzeyinde belirgin yükselme ve kreatinin düzeylerinde progresyon olan hastada kolonoskopi hazırlığı için uygulanan sodyum fosfatlı solüsyonlara bağlı fosfat nefropati ön tanısı düşünüldü. Potasyum replasmanı yapıldı. Diürez takibi yapılarak ıntravenöz hidrasyonu sağlanan hastanın 24 saat sonraki laboratuar tetkiklerinde; Üre: 44 mg/dl; Kreatinin: 1.04 mg/dl; Fosfor: 6.3 mg/dl; Potasyum: 3.0 mmol/l idi. Takiplerinde laboratuar bulguları düzelen hasta taburcu edildi. Laboratuar bulguları Tablo 1'de özetlendi.

Sonuç: Yüksek riskli hastalarda komplikasyonları azaltmak amacı ile kolonoskopi hazırlığı için farklı alternatifler denenmeli veya yeterli hidrasyon sağlanarak gelişebilecek akut böbrek yetmezliği konusunda dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimler: fosfat nefropatisi, kolonoskopi, laksatif

Tablo 1.

Yatış Günü	Kolonoskopi öncesi	Kolonoskopiden 16 saat sonra	Taburculuk öncesi
Üre (mg/dl)	63	66	38
Kreatinin (mg/dl)	1.11	1.63	0.97
Sodyum (mmol/l)	138	140	136
Potasyum (mmol/l)	3.6	2.9	3.2
Fosfor (mg/dl)	3.6	10.5	3.2
Kalsiyum (mg/dl)	7.8	8.2	8.2

PS-168

NEDENİ BİLİNMEYEN ATEŞ, ENDOBRONŞİAL TÜBERKÜLOZ: OLGU SUNUMU

Eyyüp Çavdar, Dilara Tekin, Emin Pala, Halil Dönmez, Abdulkadir Ergen

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Nedeni bilinmeyen ateş, 3 haftadan fazla süren ve hastaneye yatırılarak 1 haftalık incelemede sebebi saptanamayan ateş olarak olarak tanımlanır. Klasik olarak başlıca sebepleri enfeksiyon, malignite, kollagen doku hastalıkları ve sebebi bulunamayanlardır. Birçok nedeni bilinmeyen ateş serilerinde en sık etken tüberküloz olarak bildirilmiştir. Geç tanı konmasının esas sebepleri ekstrapulmoner, miliar olması veya altta başka bir pulmoner hastalık bulunmasıdır.

Olgu: 19 yaşında erkek olgu 3 aydır var olan 39 ^{o}C ye varan ateş, gece terlemesi ve halsizlik şikayetleriyle başvurduğu poliklinikte tanı konamaması üzerine servisimizde ateş etyolojisi için takip edildi. Hastanın sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanım öyküsü yoktu. Özgeçmişinde özellik olmayan, ailesinde kardiyovasküler ve solunum sistemine ait problemi bulunmayan hastanın, hastaneye başvuru öncesi ilaç kullanım öyküsü de bulunmamaktaydı. Fizik muayenede 1 parmak hepatomegali ve 2 parmak splenomegali saptandı, lenf muayenesi normaldi, inspeksiyonda bulgu yoktu. Rutin idrar testlerinde patoloji olmayan hastanın kan testlerinde sedim yüksekliği, lökopeni, mikrositer anemi, crp yüksekliği ve hafif yüksek indirekt bilüribin ağırlıklı hiperbilirübinemi görüldü. Akciğer grafisi normal görünümdeydi. Otoimmün incelemesi, eyolojiye yönelik seroloji testleri, coombs testleri ve kemik iliği incelemesi normal olarak değerlendirildi. Periferik yayması hemolitik anemiyle uyumlu idi. Ekokardiografisinde patolojik bulgu yoktu. Tüm batın ultrasonunda hepatosplenomegali olan hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ alt lobda buzlu cam görünümü izlendi. Kan kültürü steril kalan hastanın balgam kültüründe de üreme olmadı. Gaucher düşünülen hastanın kuru kan testi tanıyı desteklemedi. PNH profil incelemesi negatif sonuçlandı. Balgamda aside dirençli basil incelemesinde 2 defa tüberküloz etkeni görülmesi üzerine hastanın bronkoalveolar lavajı yapıldı. bronş lavaj yayma incelemesinde m.kansasii üretilmesi ile tedavisine başlandı. Takiplerinde ateş yükselmesi görülmedi.

Tarışma ve Sonuç: NBA olgularında sorumlu hastalıklar içerisinde en büyük yeri tüberküloz en sık olmak üzere, enfeksiyonlar almaktadır. Ülkemizde yapılan birçok seride hala tüberküloz en sık etken olarak bildirildiğinden NBA etyolojisi araştırılırken ilk dışlanması gereken basamak olarak yerini korumaktadır. Klinikte atipik korelasyon gösterebileceğinden multidispliner yaklaşımla tanıya gidilmelidir. Bazen normal rutin incelemer ile tanıya gidilmesi zor olan bu hastalıkta ender de olsa tanı konmayan vakalarda endobronşiyal tüberküloz da düşünülmelidir. Anti tüberküloz tedavi ile yüksek oranda kür sağlanabileceği de unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimler: nedeni bilinmeyen ateş, endobronşiyal tüberküloz

PS-169

YOĞUN EGZERSİZE BAĞLI GELİŞEN BİR RABDOMİYOLİZ OLGU SUNUMU

Gülçin Güngör Olçum, Hacı Bayram Tuğtekin, Fidan Canan Celik Yagan, Elif Ergene, Güven Koç, Senem Ertilav, Fatih Akdoğan, Mehmet Taşdemir, Sema Basat

Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Rabdomiyoliz travma veya iskelet kasının toksik etkiye maruz kalması gibi pek çok hastalık sonucunda görülen klinik ve biyokimyasal sendrom olarak tanımlanabilir.Egzersizde kas aktivitesi süresi, atletin durumu, Egzersiz sırasında kas kasılma tipine bağlı olarak rabdomiyolize neden olabilmektedir. Biz bu yazıda yoğun egzersiz sonrası gelişen rabdomiyoliz olgusu sunmayı amaçladık.

Olgu : 29 yaşında erkek hasta idrar renginde koyulaşma nedeni ile Dahiliye polikliniğine başvurdu.Özgeçmişinde bir özellik olmayan hasta düzenli spor yaparken, ayak bileğinde burkulma olması nedeni ile spora ara vermiş.Yeniden spora başlayan hastanı yaklaşık 24 saat sonra başlayan özellikle göbek çevresinde kas ağrısı ve idrar renginde koyulaşma olmuş.Bu şikayetler ile hasta tarafımıza başvurmuş.

Fizik Muayenesinde Sağ ayak bileğinde hassasiyet dışında bir özellik saptanmadı. Gelişinde bakılan Biyokimyasal parametreleri CK. 105260,LDH: 2834,ALT:345,AST>913,Alb:3,2,ALP:101 Fosfor:4,8,Diğer elektrolitler:normal Kreatinin: 1,09 BUN:40 EKG: Normal sinüs ritmi Ön tanıda rabdomiyoilz düşünülen hastanın yatışı yapılarak saatte 1500 cc sıvı,idrar alkali olacak şekilde HCO3 tedavisi başlandı. Renal fonksiyon testleri ve elektrolit takibi yapılan hastaya uygun sıvı elektrolit replasmanı yapıldı. Genel durumu stabil olan hasta nefroloji poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Rabdomiyoliz, normalin üst sınırının on katından fazla kreatin kinaz yüksekliği ile seyreden ve birlikte kas semptomlarının olduğu ciddi bir miyopatidir. Travmatik ve travmatik olmayan sebeplere bağlı gelişen çizgili

kas harabiyeti sonucu oluşabilir. İleri yaş, Ağır egzersiz, aşırı alkol alımı, infeksiyonlar, metabolik bozukluklar, kollajen doku hastalıkları, hipertermi, hipotiroidi, fibratlar, kolşisin, lityum, makrolid grubu antibiyotikler, azol grubu antifungaller, verapamil, amiodaron, nikotinik asit gibi diğer riskli ilaçlarla statinlerin birlikte kullanımı en önemli risk faktörleridir. Bununla beraber, herhangi bir nedenin bulunmadığı olgulara da rastlanmaktadır.

Özellikle egzersiz sonrası görülen rabdomiyoliz, egzersiz süresi, yapan kişinin daha önceden düzenli egzersiz yapmıyor olması, egzersiz sırasında kas kasılma aktivitesi ve egzersiz türüne bağlı olarak gelişebilmektedir. Genellikle ağır efor sonrası ilk 24-48 saatte meydana gelmektedir. Yaygın kas hasarı sonrası kastan miyoglobin serbest kalmakta ve buna dehidratasyonunda eklenmesi ile akut böbrek hasarı oluşabilmektedir.

Rabdomiyoliz sırasında kaslardan miyoglobin salınmasına rağmen, miyoglobunin dolaşımdaki ömrünün çok kısa olması nedeni ile klinik izlemde serum düzeyi çogunlukla normal bulunur. Serum Kreatinin kinaz (CK) düzeyindeki artış ise oldukça anlamlıdır.Diğer kas enzimleri; AST, laktat dehidrogenaz, fosfor(P), Potasyum (K+),ürik asit düzeylerindede yükselme, kalsiyum düzeyinde düşme görülebilir.Yüksek anyon açıklı metabolik asidoz görülür. Rabdomiyoliz tanısında kanda CK yükselmesi dışındaki testlerin pratik tanı değeri yoktur.

Çizgili kas hasarı sonucu görülen Akut tübüler nekroz ve Akut Böbrek yetmezliği sarkopeninin korkulan komplikasyonudur.Tedavide uygun sıvı replasmanı, idrar ph 6,5 olacak şekilde bikarbonat verilmesi, elektrolitlerin yakın takibi önemlidir.

Sedanter yasamı olan ve düzenli spor yapmayan kişilerin agresif spora başlamaması önerilir.Ağır spor sonrası CK yüksekliği görülen vakalar da mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Rabdomiyoliz, Kreatinin kinaz, Egzersiz

PS-170

HIZLI İLERLEYEN GLOMERULONEFRİT VE DALAKTA MİKROHEMORAJİLERLE GİDEN GOODPASTURE SENDROMU: OLGU SUNUMU

Eyyüp Çavdar, Emin Pala, Ebru Serin, Melike Kara, Abdulkadir Ergen

Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Glomerular bazal membrana karşı oluşan antikorların yol açtığı nefrit ve pulmoner hemoraji birlikteliğine goodpasture sendromu denir. Bu olguda hızlı ilerleyen glomerulonefrit tablosu ile acile başvuran 16 yaşında erkek hasta irdelendi.

Olgu:16 yaşında erkek hasta acile karın ağrısı, bulantı ve kusma ile başvurduğu hastanemiz acilinde yapılan tetkiklerinde acil diyaliz endikasyonu konulması üzerine acil diyalize alınarak servisimize tetkik ve tedavi için interne edildi. Öyküsünden 1 ay önce de benzer şikayetlerle dış merkezde acile başvurduğu tam idrar tetkikinde hematüri görülmesi ve biyokimyanın normal sınırlarda olması üzerine kliniğindeki uyum sebebiyle renal kolik tanısı konulup taburcu edildiği öğrenildi. Hastanın 1 ay önceki değerlerinde üre:28mg/dl kreatinin: 0,76mg/dl iken hematüri +++ idi. Bizim acilimize başvurduğu sırada üre: 249,6mg/dl kreatinin: 16,18mg/dl, K: 7,93mmol/l, hgb: 6,3g/dl htc: %19,7 olarak görüldü. Eritrosit sedimenantasyon hızı 128mm/saattı. Tam idrar tahlili +++hematüri, +++ proteinüriydi. Koagülometrisi normal sınırlardaydı. Fizik muayenesinde sol kostovertebral açıda ve batında yaygın hassasiyeti vardı. Akciğer dinlemekle doğalken kardiyak muayenede patolojiye rastlanmadı. Rektal tuşesi normal gaita bulaştı. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Gönderilen gaitada gizli kan negatif görüldü. Hasta acil diyalize alındı. Yan ağrısı sebebiyle çekilen batın tomografisinde dalakta mikrohemorajik odaklar dikkat çekti, batın içi serbest sıvı mevcuttu, renal parankim ve boyut normal olarak değerlendirildi, hepatosplenomegali saptanmadı. Protein/kreatinin oranı 19gr olarak ölçüldü. Ekokardiografisi normal olarak raporlandı. Olgunun yapılan periferik yayması hipokrom mikrositer anemi ile uyumluydu, hemolitik anemi görünümü yoktu. Viral serolojisi normaldi. Çekilen doppler ultrasonunda renal arterler açık izlendi. Çekilen paranazal sinüs bilgisayarlı tomografisinde patolojik özellik yoktu. Takiplerinde anürik seyreden hastanın gönderilen anti dsDNA,ANA,p-ANCA,c-ANCA negatif olarak sonuçlandı. C3 ve C4 düzeyi normal sınırlardaydı. Anti-GBM pozitif olarak sonuçlanan hastanın renal biyopsisi yaygın kresenterik ve anti glomerular bazal membran hastalığı ile uyumlu raporlandı. Olgunun takiplerinde hemoptizisi gelişti, ateş yükselmeleri oldu. Gönderilen hemokültüründe üreme olmadı. Pulse steroid, plazmaferez ve sikofasfamid tedavisi uygulandı. Hasta hala servisimizde takip ediliyor.

Sonuç ve Tartışma: Anti glomerular bazal membran hastalığı ya da goodpasture sendromunun insidansı milyonda 0,5'tir. Böbrek ve akciğer tutulumu ile seyreden bir otoimmün hastalıktır. Yapılan çalışmalarda başvuru sırasında kreatinin düzeyi 6,8mg/dl üzerinde olması, oligüri-anüri olması ve diyaliz ihtiyacı olması halinde böbrek fonksiyonları mevcut tedavilerle geri dönülmesi neredeyse imkansız kabul edilmektedir. Tedavide plazmaferez, pulse steroid ve immunsuprasfiler yer almaktadır. Anti gbm negatifleşene kadar devam edilmelidir. Dalakta hemorajik alanlar dahili klinikte ender rastlanan bir bulgu olarak karşımıza çıkar. Daha çok PAN, Wegener, SLE, infektif endokardit ve trombotik trombositopenik purpura ve diğer kanama diatezi bozukluklarında görülebilir. Goodpasture sendromunda da dalak tutulumu sırasındaki nekrozitan seyri sebebiyle nadiren görülebilir. Hızlı ilerleyen glomerulonefrit tip 1 sınıfında yer alan bu hastalık hemoptizi ve akut böbrek yetmezliği ile birlikte gelen hastalarda nadir de olsa akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimler: hızlı ilerleyen glomerulonefrit, goodpasture sendromu, dalakta mikrohemoraji, vaskülit



Şekil 1.

PS-171

SONUÇLARI YÜZ GÜLDÜREN BİR HASTALIK: POLİMİYALJİYA ROMATİKA

Veysel Özalper, İbrahim Çetindağlı, Yusuf Hançerli, Mustafa Kaplan, Yalçın Önem, Emrullah Solmazgül

Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İç Hastalıkları Kısmı, İstanbul

Giriş: Polimiyaljiya romatika (PMR), çoğunlukla geriatrik bireylerde özellikle omuz ve pelvik kuşakta ağrı, sabah tutukluğu ile karakterize, benzer klinik tabloyu yapan nedenlerin dışlanması ile tanı konulan inflamatuar bir hastalıktır. Polikliniğimize müracaat eden iki PMR hastasını sunarak, sonuçları çoğunlukla hasta ve hekim açısından yüz güldürücü olan bu hastalığı, iç hastalıkları uzmanlarının dikkatine sunmayı istedik.

Olgu 1: 91 yaşında erkek hasta, ressam. Son 3-4 aydır yaşam kalitesinde bozulma, resim yapamama ve yaygın ağrı şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Ağrıları omuz, boyun ve kalça bölgesinde olup günlük yaşantısını zorlaştıracak düzeyde idi. Fizik muayenesinde artrit bulgusu yoktu. Laboratuar incelemesinde; eritrosit sedimantasyon hızı(ESH):102 mm/saat dışında anlamlı bir patolojik bulgu yoktu. Romatizmal, enfeksiyöz ve malign hastalıklar dışlandıktan sonra PMR tanısıyla metilprednizolon 12 mg/gün başlandı. Tedavinin 3. gününde semptomları düzeldi. Rahatça günlük işlerini yapabilir duruma geldi. Tedavinin 7. gününde bakılan ESH normal düzeye gelmişti. Remisyon sağlandıktan sonra steroid dozu aşamalı olarak azaltılarak 2 mg/gün dozunda 12 aya tamamlanıp kesildi. Yaklaşık 4 aydır tedavisiz takip edilen hasta halen remisyonda olup, günlük yaşantısı sorunsuz devam ediyor.

Olgu 2: 74 yaşında erkek hasta, emekli. Son 4-5 ayda 84 kg'dan 74 kg'a kadar zayıflama, halsizlik, bitkinlik, omuz ve kalça bölgesinde ağrı-tutukluk şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Oturup kalkma ve giyinmede zorlanıyordu. Fizik muayenesinde artrit bulgusu yoktu. Laboratuar incelemesinde; ESH:123 mm/saat dışında anlamlı bir patolojik bulgu yoktu. Hastada kilo kaybına yol açabilecek ve bu tabloyu oluşturabilecek diğer romatizmal, enfeksiyöz, malign ve endokrin hastalıklar dışlandıktan sonra PMR tanısıyla metilprednizolon 12 mg/gün başlandı. Tedavinin 7. gününde semptomları düzeldi. Rahatça günlük işlerini yapabilir duruma geldi. Tedavinin 15. gününde bakılan ESH normal düzeye gelmişti. Remisyon sağlandıktan sonra steroid dozu aşamalı olarak azaltılarak 2 mg/gün dozunda 12 aya tamamlanıp kesildi. Halen kilosu 80 kg civarında. Yaklaşık 2 aydır tedavisiz takip edilen hasta halen remisyonda olup, günlük yaşantısı sorunsuz devam ediyor.

Tartışma: İç hastalıkları uzmanları günlük poliklinik hizmetlerinde geriatrik yaş grubundaki hastalarla sıkça karşılaştığından, sonuçları çoğunlukla hasta ve hekim açısından yüz güldürücü olan PMR'yı akılda tutmaları önemlidir.

Anahtar Kelimler: Polimiyaljiya romatika, eritrosit sedimentasyon hızı, steroid, geriatri

PS-172

OBSTRUKTİF UYKU APNE SENDROMLU TİP II DİYABETLİ HASTALARDA BEDEN KİTLE İNDEXİ (BMI) İLE OSAS ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Doğan Nasır Binici[1], Murat Kayabekir[2], Abdulmuttalip Arslan[1], Hakan Sevimli[1], Serdar Tanas[1], Özge Timur[1], Hakan Gözcü[1], Mehmet Ali Kaygın[2]

[1]Erzurum Beah İç Hastalıkları Kliniği
[2]Erzurum Beah Uyku Ve Elektrofizyoloji Laboratuvarı

Amaç: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS); uyku sırasında üst hava yolunda oluşan tekrarlayan hipopne ve apne epizodları ve buna eşlik eden kan oksijen saturasyonunda azalmalarla karakterize bir sendromdur.

OSAS'ın toplum prevalansı %2-4 arasındadır. OSAS'da risk faktörleri olarak erkek cinsiyet, ileri yaş, obezite, anatomik anomaliler ve kalıtımsal bozukluklardır. Obezite OSAS'da en önemli risk faktörlerinden biridir. Özellikle santral obezite hem üst solunum yolu (ÜSY) açıklığını daraltarak, hem de abdominal yağ birikimi ile solunum paternini etkileyerek OSAS'a eğilimi artırmaktadır. Obesite, OSAS ve tip 2 DM gelişimi arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Sleep Heart Health Study sonuçlarına göre çalışmaya katılan diyabetik hastaların yarısından fazlasında değişik derecelerde uykuda solunum bozukluğu mevcuttur. Benzer şekilde OSAS hastalarının %40'ı tanı anında diyabetiktir. Yapılan birçok çalışmada hipoksinin insülin duyarlılığında azalmaya ve insülin direncine neden olduğu gösterilmiştir.

Bu çalışmada amacımız OSAS tanısı alan TİP-2 DM'lu hastalarda BMI ile OSAS ciddiyeti arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntem: Uyku bozukluklarının tanısı için "altın standart" yöntem olan polisomnografi (PSG); uyku sırasında, nörofizyolojik, kardiyorespiratuar, diğer fizyolojik ve fiziksel parametrelerin belli bir periyod, genellikle gece boyunca, eş zamanlı ve devamlı olarak kaydedilmesi" şeklinde tanımlanabilir. Bu yöntemle uyku evreleri ve birçok fizyolojik parametre ayrıntılı olarak izlenmekte ve çeşitli organ sistemlerinin fonksiyonu, uyku ve uyanıklık sırasındaki etkileşimleri konusunda bilgi sağlanmaktadır. Erzurum BEAH Uyku ve Elektrofizyoloji Laboratuvarı' nda, Grass Technologies Twin Recording & Analysis Software sistemi ile gecelik polisomnografi kayıtları alınan (en az 6 saat) hastaların şu elektrofizyolojik özellikleri incelendi; "Apne Hipopne İndeksi (AHİ), uyku verimliliği (%), toplam uyku süresi, evre 1, evre 2, evre 3 ve REM süreleri(dk.)" incelendi.

Bulgular: Uyku bozukluğu nedeni ile başvuran hastalardan 2013-2014 yılları arasında OSAS tanısı konulan 1114 hastadan Tip II Diyabetli toplam 72 hasta bu çalışmaya alındı. Obeziteyi belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite sınıflandırılmasında kullanılan Beden Kitle İndeksi (BMI - Body Mass Index) kullanıldı. BMI İndekslerine göre 33 bayan,39 erkek hasta olmak üzere toplam 72 hastanın 2 tanesi normal kilolu,18 tanesi kilolu, 37 tanesi obez ve 15 tanesi morbid obez olarak sınıflandırıldı. Bayanların BMI ortalaması 34,4 iken erkeklerin BMI ortalaması 33,2 olarak bulundu.

Ki kare testi kullanılarak yapılan OSAS-BMI arasındaki ilişki testinde p:0,012 olarak bulundu. Tip II Diyabeti olan OSAS'lı hastalarda BMI değerleri her iki cinste de pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gösterdi.

Sonuç: Santral obezite; OSAS'a eşlik eden Tip II Diyabet gibi OSAS'ın ciddiyetini arttırmaktadır. Bu nedenle bu hastalara tanı konulup tedavi verilmesi önemlidir.Çalışma grubumuzda BMI >30 olan olgularda ağır OSAS görülme oranı oldukça yüksektir. BMI diğer faktörlerden bağımsız olarak OSAS'ı artırmaktadır.

Anahtar Kelimler: DM TİP II, OSAS, BMI INDEKSİ

Tablo 1. BMI sınıflama

<18.5	Zayıf
18.5-24.9	Normal
25-29.9	Fazla kilolu
30-34.9	Obez (sınıf 1)
35-39.9	Şiddetli obez (sınıf 2)
>40	Morbid obezite (sınıf 3)

PS-173

BEYİN SAĞLIĞI FARKINDALIĞI ÜZERİNE BİR ANKET ÇALIŞMASI; 2015 YILI BEYİN HAFTASI ETKİNLİĞİ

Pınar Yıldız[1], Pınar Sırmatel[1], Ahmet Musmul[2], Ferhan Esen[3], Didem Arslantaş[4], Demet Özbabalık[5], Çınar Yenilmez[6]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Genel Dahiliye
[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı.
[3]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyofizik Anabilim Dalı.
[4]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
[5]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı.
[6]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

Dünyada ve ülkemizde mart ayının üçüncü haftası, beyin haftası olarak kutlanmakta ve yapılan etkinliklerle bu haftanın ve beyin sağlığının önemi vurgulanmaktadır. Bu nedenle ülkemizde ve üniversitemizde de farkındalığı arttırmak amaçlı çalışmalar yapıldı. Bizde beyin haftası etkinleri içerisinde üniversitemiz eğitim ve araştırma hastanesine farklı nedenlerle başvuran 360 kişiye 'Beyin Farkındalığı Anketi' uyguladık. Amacımız farklı nedenlerle hastanemize başvuran kişilerin beyin sağlığı ve hastalıkları konusunda genel bilgi düzeyini görmek ve daha geniş ölçekli değerlendirme çalışmaları planlayabilmekti. Beyin sağlığı ile ilgilenen nöroloji, psikiyatri, iç hastalıkları, halk sağlığı ve biyofizik bölümlerince ortak hazırlanan 21 sorudan oluşan anket uygulandı. Katılımcılara anket sonunda verdikleri cevaplara ilişkin açıklamalar ve bilgilendirmeler yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 44.61±16.07 idi. Katılımcılardan 301 kişinin Eskişehir'de yaşadığı, diğerlerinin çevre illerden geldiği öğrenildi. Katılımcılardan 94 kişi üniversite, 118 kişi lise,139 kişi ilkokul mezunu idi. 198 kişinin her yıl düzenli doktor kontrolüne gittiği öğrenildi. Beyin sağlığını koruyucu önlemlerden stresten uzak durmanın önemli olduğunu düşündükleri görüldü. Beyin hastalıkları konusunda nöroloji uzmanına başvuran katılımcı sayısı 288 idi. Baş ağrısı yaşayan katılımcı 208 ve baş ağrılarından korkan katılımcı 191 kişi idi. Katılımcılardan 215 kişiye depresyonda oldukları söylenmişti. Yaşlandıklarında öğrenme yeteneklerini kaybedeceklerini düşünen katılımcı sayısı 206 idi. Alzheimer'ın beyin hastalıkları içinde ilk akla gelen hastalık olduğunu söyleyen kişi sayısı 103 idi, katılımcılar ağırlıklı olarak Alzheimer hastalığı bakımında en büyük zorluğun, bakacak kişinin yeterli olmaması olduğu düşüncesindeydi. Beyin haftası etkinlikleriyle hızla artan nörolojik hastalıklara dikkat çekmek ve farkındalık yaratmak amaçlanmıştır. Bu tip etkinliklerin arttırılması ile hastaların, unutkanlıkların ve bunamanın yaşlanmanın doğal süreci olması düşüncesinden uzaklaşmalarının ve beyin hastalıkları henüz daha gelişmeden koruyucu önlemlerin öneminin vurgulanması açısından faydalı olacağı düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimler: Beyin haftası farkındalık, demans, depresyon

Tablo 1. Beyin Haftası Farkındalık Anket Çalışması Katılımcıların Genel Özellikleri

Hasta grubu(n)	357		
Erkek/Kadın	148	209	
Okur Yazar(n)	ilkokul:139	lise:119	üniversite:94
İl/İlçe	307	50	
Sigara İçen/İçmeyen	111	205	
Doktora gitme	düzenli:198	arada:92	hiç gitmem:21
Nörolojik Hastalık	var: 82	yok: 275	
Baş ağrısı çekiyor musunuz?	var: 208	yok: 149	
Baş ağrısından Korkuyor musunuz?	evet: 191	hayır: 166	

Tablo 2. Katılımcıların alzheimer hastalığı ile ilişkili sorulara verdikleri yanıtlar

n:357	evet	hayır
Her unutkan kişi Alzheimer mıdır?	37	320
Herkes yaşlanınca Alzheimer olur mu?	27	330
Çevrenizde Alzheimer tanısı alan var mı?	171	186
Yaşlanınca öğrenme yeteneği kaybolur mu?	206	151

Tablo 3. Katılımcıların depresyon ile ilişkili sorulara verdikleri yanıtlar

n:357	evet	hayır
Depresyonda olduğunuz söylendi mi?	142	215
Depresyonda olanlar akıl hastasıdır.	33	324
Depresyon doğuştan gelen bir hastalıktır.	25	332
Depresyon tedavi edilebilir bir hastalıktır	327	30
Depresyon bulaşıcıdır.	27	330
Ailesel sorunlar düzelmeden depresyon düzelmez. 253 104	253	104

PS-174

HERKES ŞEKER HASTASI OLABİLİR; 14 KASIM DÜNYA DİYABET GÜNÜ ETKİNLİĞİ OLARAK ANKET ÇALIŞMASI

Pınar Yıldız[1], Fatih Taştekin[1], Ahmet Muşmul[2]

[1]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.*
[2]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı.*

Diabetes Mellitus(DM) modern çağda değişen yaşam tarzı alışkanlıkları ve çevresel etkenler ile birlikte bulaşıcı hastalık karakterine bürünmüş, günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Ülkemizde yapılan geniş ölçekli prevelans çalışmaları da DM'nin son on yılda %50-100 arttığını göstermiştir. Uluslararası Diyabet Federasyonu(IDF) ve Dünya Sağlık Örgütü(WHO) tarafından 1991 yılında başlatılmış olan 14 Kasım Dünya Diyabet Günü ve haftası etkinlikleri yapılmakta ve hastalıkla ilgili farkındalık oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bizde bu hafta kapsamında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesine farklı nedenlerle başvuran 240 erkek, 258 kadın cinsiyetinde olan 498 hastaya 14 Kasım Diyabet Farkındalık Anketi uyguladık. Katılımcıların %42.6'sının birinci derece akrabalarında DM tanısı mevcuttu. Beslenme konusunda dikkatli davranan katılımcı toplamın %62.7'si, egzersiz amaçlı hareket ettiğini ifade eden katılımcı toplamın %46,6'sı idi. Katılımcıların %79,3'ü şeker hastası olmaktan korkmaktaydı. Aynı zamanda hastaların açlık ve tokluk durumları dikkate alınarak parmak ucu kan şekeri ölçümü glukometre ile yapıldı. Hastalardan açlık ve tokluk kan şekerleri şüpheli olanlar ileri değerlendirmeye alındı, kontrolsüz DM hastaları poliklinik kontrolüne çağrıldı. Bu çalışmada hastanemize gelen hastaların sosyokültürel düzeyleri yüksek olmasına rağmen genel bilgi düzeylerinin tam olmadığı görülmüştür. Dünya genelinde çok önemli bir halk sağlığı sorunu olan DM tanısı ve takibi ile ilişkili olarak sadece DM ile uğraşan hekimlerin değil tüm uzmanlıkların farkındalıklarının yükselmesi ve her fırsatta DM hastalığı ile ilişkili eğitim verilmesi şarttır. Ön çalışma olarak planladığımız bu anket çalışmasının soru kapsamının arttırılarak her yıl farklı dönemlerde düzenli uygulanmasının diyabet farkındalığını arttıracağı düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimler: Diyabet, 14 Kasım, Farkındalık

PS-175

PULMONER SARKOİDOZ TANISINA ÖNCÜLÜK EDEN BİR BULGU: ERİTEMA NODOZUM

Derya Akarken, Seval Akay, Burak Karakaş, Sibel Demiral Sezer, Harun Akar

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Eritema nodozum gecikmiş bir hipersensitivite reaksiyonu olup deri altı yağ lobüllerinin vaskülitsiz akut septal pannikülitidir.Birçok sistemik hastalık ve ilaçlar nedeniyle oluşabilirler.%50 'den fazla hastada altta yatan neden belirsizdir.Bu yazıda eritema noduzum dışında herhangi bir bulgusu olmayan 38 yaşında sarkoidoz tanısı alan bir hasta ve hastalığın kısa süre içindeki spontan regresyonu anlatılacaktır.

Olgu: 38 yalında bayan hasta.Kronik hastalık öyküsü yok.Son bir haftadır olan halsizlik ve diz-diz altı bacak ön yüzlerindeki ağrılı,deriden kabarık,kızarık lezyonlar oluşması nedenli dahiliye polkliniğine başvuruyor (figüre1). Mevcut lezyon vucüdunda başka bir bölgesinde saptanmıyor.Ateş, öksürük, nefes darlığı yakınması yok.Halsizliği son 1 haftadır artmış ancak yaklaşık bir aydır devam ediyormuş.Bunun dışında ek bir şikayeti veya bulgusu yoktu.Fizik muayenesinde vital bulguları normal saptandı.Solunum sistemi muayenesinde akciğer seslerinde hafif kabalaşma mevcuttu.Bacaklarında diz altında yaygın bilateral noduler eritematöz lezyonlar mevcuttu.Diğer sistem muayeneleri normal saptandı.Laboratuvar değerlerinde; hgb:10.8 mg /dl, Wbc: 6.700 K/ul, plt:511.000 K/ul, sedimentasyon:48 mm/saat, Crp:5.58 mg/dl, üre:20 mg/dl, kreatinin:1 mg/dl, aspartat transaminaz:17 U/L, alanin transaminaz: 11 U/L, elektrolit değerleri normal saptandı.Hastanın mevcut alt extremisindeki döküntüleri eritema nodozum ile uyumlu olarak düşünüldü ve ileri tetkik amacıyla dahiliye servisine yatırıldı.Eritema nodozumun en sık nedenleri arasında enfeksiyonlar olması nedeniyle hastanın kan,idrar,gaita kültürü istendi.negeatif olarak sonuçlandı. Streptekokal boğaz enfeksiyonu açısından ASO değeri ve boğaz kültürü bakıldı. ASO:190 IU/ml (negatif) ve boğaz kültürü negatif olarak sonuçlandı.Solunum sisteminde dinlemekle akciğer seslerinde kabalaşma olan hastanın, sarkoidoz ve tüberküloz etyolojisi açısından akciğer grafisi çekildi. Akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk saptandı ve sarkoidoz lehine olarak düşünüldü (figüre2) .Torakal tomografisinde ise; mediastende sağ ve bilateral alt paratrakeal alanlarda, subkarinal alanda, her iki hilusda ve prevasküler alanda en büyüklerinin kısa aksı yaklaşık 27 mm ölçülen çok sayıda lenfoadenopati saptandı.Sarkoidoz ile uyumlu olarak düşünüldü ve bronkoskopi yapılması planlandı.Bronkoskopik biopsi sonucu nekroz ve basil içermeyen düzgün sınırlı, non-kazefiye granülomlar saptandı.Hastada şüphelenilen sarkoidoz tanısı kesinleştirildi.Pulmoner tutulumu sadece bilateral hiler dolgunluk ile seyrettiği için stage 1 olarak evrelendirildi ve tedavisiz izlem kararı alındı.Yaklaşık 1 ay sonraki kontrollerinde eritema nodozum tamamen gerilediği gözlendi.6 ay sonrakı akciğer grafilerinde hiler dolgunluğu tamamen geriledi (figüre3) ve toraks tomografisi normal olarak saptandı.Yaklaşık 6 ay içinde ilaçsız takiple sarkoidoz regresyonu izlendi.

Sonuç: Biz bu olgu sunumunda eritema nodozum tanısı ile gelen hastaların altta yatan hastalıklar açısından araştırılması gerekliliğine ve klinik açıdan ek bir bulgu vermeden veya hastada aktif bir şikayet oluşturmadan da,sadece eritema nodozum saptandığında çok çeşitli hastalıkların tanısının erken dönemde konulabildiğine dikkat çekmek istedik.Bu nedenle hastalarda öncelikli olarak akciğer grafisi istenmesi,antistreptolizin O düzeyi bakılması ve tüberkülin deri testi yapılması sık görülebilen nedenleri ayırt etmekte yarar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimler: sarkoidoz,eritema nodozum,hiler dolgunluk



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-176

GELİNCİK ÇİÇEĞİ(PAPAVER RHOEAS) TÜKETİMİNE BAĞLI GELİŞEN RABDOMİYOLİZ: OLGU SUNUMU

Sertaç Erarslan[1], Türkan Paşalı Kilit[2], Selma Yücel[3]

[1]Dumlupınar Üniv. Evliya Çelebi Eğit. Araşt. Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]Dumlupınar Üniv. Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[3]Dumlupınar Üniv. Evliya Çelebi Eğit. Araşt. Hastanesi, Nöroloji Kliniği

Amaç: Gelincik çiçeği(Papaver rhoeas) doğada bulunan bir çiçek türüdür. Anadoluda çeşitli şekillerde(reçel, sulu yemek vb şeklinde) tüketilmektedir. Rhoeadine alkaloidi içerir. Alerjik kişilerde reaksiyon geliştirebilir. Fakat kas yıkımı, rabdomiyoliz nedeni olarak literatürde bildirimi yoktur. Biz bu olguda gelincik çiçeği ile yapılmış yemek tüketilmesinin 12 saat sonrasında yaygın kas ağrısı, ateş şikayetleriyle hastaneye başvuran ve rabdomiyoliz tespit edilen hasta sunulmuştur.

Olgu: 63 yaşında erkek hasta, gelincik çiçeği ile yapılmış yemek yemesinin 12 saat sonrasında acil servise yaygın kas ağrısı, ateş şikayetleri ile başvurmuş. Bilinen Diyabet ve Hipertansiyon hastalıkları varmış ve düzenli tedavi almaktaymış, kolesterol ilacı kullanmıyormuş, yeni bir ilaç kullanımı olmamış, soğuk algınlığı geçirmemiş, travma geçirmemiş. Gelincik çiçeği ile yapılmış yemekten bol miktarda tüketmek dışında bitkisel bir ilaç veya gıda almamış. Acilde yapılan tetkiklerinde kreatin fosfokinaz(CPK) enzimi 20000 üzerinde tespit edilemesi üzerine tarafımızla görüşüldü ve hasta dahiliye servisine yatırıldı. Hastanın muayenesinde ekstremitelerinde yaygın ağrı, güçsüzlük, ateş yüksekliği(38,2) tespit edildi. Tetkiklerinde CPK:45000 U/L(normal aralık(NA): <171 U/L), sedim: 76 mm/saat, CRP:69.1 mg/L(NA: 0-5 mg/L), AST: 707 U/L(NA:10-50 U/L), ALT: 314 U/L(NA: 10-50 U/L) tespit edildi. Akciğer grafisinde özellik saptanmadı, troid fonksiyon testleri ve diğer tetkikler normal geldi. Enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edildi, viral enfeksiyon açısından CMV, EBV, HSV antikorları, brucella aglutinasyon testi, idrar ve kan kültürleri istendi. Nöroloji ile kosülte edildi, otoantikorlar(ANA, ASMA, Anti Jo-1, AMA, Anti SCL 70) istendi, kas biyopsisi önerildi, EMG planlandı. Paraneoplastik sendrom açısından batın ve toraks BT çekilmesi, GGK(üç gün), seratonin ve metabolitleri, katekolamin ve metabolitlerinin bakılması planlandı. Bu arada hastaya oral ve ıv hidrasyon, antibiyoterapi, nöroloji önerisi ile pulse steroid(1000 mg/gün-3 gün), mide koruyucu tedavi, aldığı çıkardığı takibi, tansiyon ve kan şeker takibi, intensif insülin tedavileri başlandı. Tetkik sonuçlarında otoantikorlar, viral markerlar, brucella negatif geldi. Kültürlerinde üreme olmadı. EMG›de miyopati ile uyumlu bulgular tespit edildi. Kas biyopsisinde nonspesifik miyopati tespit edildi. Toraks BT normal geldi, batın BT›de sürrenal adenom tespit edildi, katekolamin ve metabolitleri, seratonin ve metabolitleri normal geldi. GGK bir defa pozitif geldi, GİS endoskopi yapıldı, patoloji görülmedi. Etyolojiye yönelik tetkikleri normal gelen hastada, düzenlenen tedavi ile CPK-sedim-CRP değerleri normale geriledi, kas ağrıları geriledi, ateş geriledi, tansiyon ve şeker regüle seyretti. Gelincik çiçeğine bağlı rabdomiyoliz tanısı konulan hasta tetkik ve tedai sonucunda tam iyileşme ile taburcu edildi.

Sonuç: Rabdomiyoliz CPK değerinin on kat üzerine çıkması ve miyopati semptomlarının görülmesi olarak tanımlanır. Travmatik ve nontravmatik oluşabilir. Nontravmatik sebepler arasında en sık sebep ilaç yan etkisidir. Rabdomiyolize neden olan bazı ilaçlar bilinmekle birlikte yaygın olarak kullanılan bitkisel ilaç ve gıdaların etkileri hakında yeterli bilgi yoktur. Bu olguda gelişen rabdomiyoliz, etyolojiye yönelik bilinen sebepler araştırılmış ve sonuç elde edilememiş olduğundan, tüketmiş olduğu gelincik çeçeğine bağlı gelişmiş olabileceği kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimler: gelincik çiçeği, rabdomiyoliz



Şekil 1

PS-177

TİP 2 DM'Lİ HASTALARDA KAROTİD İNTİMA MEDİA KALINLIĞI (CIMT) İLE GLİSEMİK KONTROL VE LİPİD PROFİLİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.

Serdar Olt[1], Mehmet Şirik[2], Ali Haydar Baykan[2], Meral Çeliker[1]

[1]Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Kliniği

Amaç: Tip 2 DM'li hastalarda Karotid intima media kalınlığı (cIMT) ile glisemik kontrol ve lipid profili arasında herhangi bir ilişki olup olmadığını incelemek.

Method: Bu çalışmaya 81 Tip 2 DM hastası alındı. Hataların demografik, klinik ve laboratuar bilgileri hastane kayıtlarından alındı. cIMT düzeyleri B-mode ultrason cihazı ile ölçüldü. Hastalar HbA1c düzeylerine göre farklı gruplara ayrıldı; iyi glisemik kontrol grubu HbA1c≤7% ve kötü glisemik kontrol grubu HbA1c>7%; Sonra toplanan veriler bu gruplar arasında karşılaştırıldı. İstatistiki işlemler SPSS paket programından yararlanılarak yapıldı.

Sonuçlar: Bu çalışmada cIMT ile glisemik kontrol arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p >0.05 Tablo).

Anahtar Kelimler: Karotid intima media kalınlığı HbA1c, glisemik kontrol, LDL, HDL

Tablo 1.

	HbA1c	N	Mean	SD	P değeri
cIMT	<7	22	0,70	0,21	0,23
cIMT	>7	59	0,76	0,23	

PS-178

DİYABET VE PANKREAS KANSERİ BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

Türkan Paşalı Kilit, Metin Korkmaz, Gül Sena Baykal

Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kütahya

Giriş: Pankreas kanseri, erken tanının güçlüğü ve yüksek mortalite oranıyla halen hekimlerin çoğu zaman çaresiz kaldıkları malign hastalıklardan birisidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde kansere bağlı ölümlerde beşinci sıradadır. Tanı konulduktan sonra hastaların %20'sinden az bir kısmı 1 yıl yaşayabilmekte, 5 yıllık sağkalım ise %3 olmaktadır. Pankreas kanseri için risk faktörleri; sigara kullanımı, uzun süreli diabetes mellitus (DM), obezite, ileri yaş, benzen maruziyeti, aile hikâyesi ve kronik pankreatittir. Hastalığın görülme insidansı 7. dekadda pik yapmaktadır ve erkeklerde görülme riski daha yüksektir. Bu olgu sunumu ile DM tanısı ile takip edilen hastalarda kilo kaybı ve hipoglisemi ortaya çıktığında, sigara içimi hikayesi de mevcut ise, pankreas karsinomundan şüphelenilmesi ve buna yönelik olarak mutlaka pankreas görüntüleme yöntemlerinin kullanılması gerekliliğini vurgulamayı amaçladık.

Olgu sunumu: Altmış beş yaşında erkek hasta, hipoglisemi ve kilo kaybı tanıları ile ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Hasta 2 ayda 6 kg kilo vermiş. Beş yıldır intensif insülin tedavisi alan hastanın son bir aydır tekrarlayan hipoglisemi atakları oluyormuş. Hasta evde yaptığı ölçümlerde kan şekerinin 40 mg/dl'ye kadar düştüğünü belirtti. On yıldır DM tanısı olan hasta yaklaşık 20 yıl önce kolesistektomi operasyonu ve 2 kez duodenal ülser operasyonu geçirdiğini belirtti. Hastanın 35 paket/yıl sigara içme öyküsü mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde: Hb:11,7 gr/dl, Hct: %35,4, Beyaz hücre: 8.800/mm^3, PLT: 216.000/mm^3, sedimantasyon: 2 mm/saat, glukoz: 581 mg/dl, kreatinin: 1,07 mg/dl, BUN: 19 mg/dl, CA 19-9: 423 U/ml olarak ölçüldü. Hastanın takibinde hipoglisemi atağı izlenmedi. Tüm batın USG'sinde karaciğer sağ lobda milimetrik kalsifikasyon, portal ven anterior komşuluğunda 16x12 mm boyutunda ekojen görünüm saptandı (fokal yağlanma alanı?). Pankreas ve orta hat yapıları gaz nedeniyle vizualize edilemedi. Hastanın hikayesinde kilo kaybı, DM ve sigara içme öyküsü olması, CA 19-9 değerinin yüksek ölçülmesi sebebiyle kontrastlı batın tomografisi çekildi. Batın tomografisinde; pankreas gövde kesiminde 44 mm çapında, hipodens, kontrastlanmayan bir alan izlendi (kitle?). Pankreas başı düzeyinde de kaba kalsifikasyon alanları gözlendi. Olgunun Dinamik MR ile değerlendirilmesi önerildi. Dinamik MR'da pankreas gövde ve kuyruk kesiminde, ağırlıklı olarak kuyruk lokalizasyonunda, 3x2,5 cm boyutlarında, solid, T1 AG'de hipo, T2 AG'de izo-hiperintens karakterde izlenen, yer kaplayan şüpheli bir görünüm saptandı. Hasta operasyon için Genel cerrahi bölümüne devir edildi. Operasyon sonucunda hastada pankreas karsinomu tespit edildi.

Sonuç: Uzun süreli DM, pankreas kanseri riskini arttırmaktadır. Pankreas kanserinin kendisi de paraneoplastik bir süreç ile glukoz intoleransına ve DM'ye neden olmaktadır. Hem DM varlığı, hem de yüksek insülin konsantrasyonları, 10 yılık pankreas kanseri gelişme riskini 2 kat arttırmaktadır. Kronik pankreatit ve DM birlikteliğinde pankreas kanseri riski 33 kat artmaktadır. Pankreas kan-

serli hastaların yarıdan fazlasında DM veya hiperglisemi vardır ve hastaların %20-25'inde DM'nin başlangıcı, pankreas kanseri tanısından 6-36 ay öncedir. Bu veriler, yeni başlangıçlı DM'nin pankreas kanseri için bir biyobelirteç olabileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak DM, pankreas kanseri için bir risk faktörüdür ve diyabetik hastalarda klinik kuşku olduğunda, pankreas kanseri açısından tarama yapılmalıdır.

Anahtar Kelimler: Diabetes mellitus, pankreas karsinomu

PS-179

HİPOPARATİROİDİZME BAĞLI RABDOMİYOLİZ OLGUSU

Attila Önmez[1], Hasan Ergenç[2]

[1]*Yenikent Devlet Hastanesi*
[2]*Sakarya Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Rabdomiyoliz iskelet kasındaki hasar sonucu olan, kas enzim artışı ile seyreden ve böbrek yetmezliği yapabilen bir sendromdur. 75 yaşında kadın hasta acil servise halsizlik, konuşma bozukluğu, bilinç bulanıklığı, kas güçsüzlüğü şikayetleri ile başvurdu. Laboratuar tetkiklerinde kreatinin 1,6 mg/dL (0,3-1,4), ürik asit 8.4 mg/dL (2,4-5,7), potasyum 4.9 mEq/L (3,2-5), kalsiyum 4,2 mg/dL (8,8-10,2), fosfor 6,9 mg/dL (2,8-4,5), kreatin kinaz 2596 IU/L (0-170), aspartat aminotransferaz 54 IU/L (10-38), alanin aminotransferaz 35 IU/L (10-41), PTH 3,1 (10-69) olduğu görüldü. Özgemişinde 10 yıl önce tiroidektomi operasyonu geçirdiği, operasyon sonrası kalsiyum replasman tedavisi başlanıldığı fakat hastanın 1 yıldır bu tedaviyi almadığı öğrenildi. Hasta, konfüze veya dezoryanteydi. Chvostek ve Trousseau bulgusu pozitifdi. Postoperatif hipoparatiroidiye bağlı myopati ön tanısı ile kalsiyum infüzyon tedavisi başlanıldı. Hastanın elektrolitleri ve kreatinin kinazı 1 hafta sonra tedaviye dramatik şekilde cevap vererek normal değerlere geldi. Hastanın kliniği düzeldi. Hipoparatiroidiye bağlı hipokalsemi ve artmış kreatinin kinaz değerleri daha önce de rapor edilmiş ancak bu ilişki tam olarak anlaşılamamıştır. Kreatinin kinaz artışının, hipokalsemiye bağlı kas membran geçirgenliğini arttırması neticesinde olduğu düşünülmektedir. Kas güçsüzlüğü ile başvuran bir hastada nadir de olsa hipokalsemi de ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimler: rabdomiyoliz, hipoparatiroidemi, hipokalsemi

PS-180

KRONİK PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA KEMİK MİNERAL DANSİTESİ İLE VİTAMİN D DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Fatih Şahpaz[1], Ayhan Doğukan[2], Tansel Ansal Balcı[3]

[1]*Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı*
[2]*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilimdalı*
[3]*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Bilimdalı*

Giriş: Kemik mineral dansitesinin (KMD) düşüklüğü kemik fraktürünün risk faktörlerinden biridir. Kemik fraktürü sıklığı, kronik böbrek yetersizliği olan hastalarda çok yüksektir. Kronik periton diyalizi (PD) hastalarında KMD ile ilgili az sayıda çalışma vardır. Ayrıca, diyaliz hastalarında vitamin D seviyelerindeki düşüklüğün erken mortalite ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Biz 28 kronik PD hastasında osteopeni/ osteoporoz sıklığını ve vitamin D seviyeleri ile KMD arasındaki ilişkiyi araştırdık.

Gereç ve yöntem: Çalışmaya 28 hasta (19 E, 9K) alındı. Açlık 25OHD ve PTH seviyeleri için gerekli olan serum, KMD ölçümlerinin yapıldığı gün alındı. 40-75 nmol/ L arası değerler vitamin D azlığı, 12-39 nmol/L arası değerler vitamin D yetersizliği, <12 nmol/l olan değerler ise şiddetli eksiklik olarak değerlendirildi.Hastalarda L2–L4 anteroposteriyor lumbal vertebra ve femoral boyun bölgelerinden DEXA ile T ve Z skor öl- çümleri yapıldı. Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre T skoru -1'den büyük olanlar normal, T skoru -1 ve - 2.5 arasında olanlar osteopenik, T skoru -2.5'den küçük olanlar osteoporotik olarak değerlendirildi. Bütün sonuçlar SPSS programına yüklenerek Ki-kare ve t-testi uygulandı.

Bulgular: Bu çalışmaya 28 hasta alındı. Devam eden PD süresi 3.23 ± 2.6 yıl idi. Hastaların 9'u kadın 19'u erkekti. 36 ay üzerinde PD uygulayan hastalarda osteoporoz sıklığı %66.7, 36 ay altındaki hastalarda %21 idi (p=0.028). Tüm hastaların ortalama serum 25OHD seviyeleri 50.4±28 nmol/L idi. Vitamin D seviyesi 5 hastada (%17.8) istenen düzeyde iken, 12 (%42.9) hastada vitamin D azlığı, 8 (%28.6) hastada vitamin D yetersizliği ve 3 (%10.7) hastada şiddetli eksiklik saptandı. Vücut kitle indeksi, vitamin D azlığı olanlarda 29.23±3.35 kg/m^2, vitamin D yetersizliği olanlarda 27.54±2.23 kg/m^2 ve şiddetli eksiklik olan hastalarda 21.22±2.54 kg/m^2 olarak saptandı. Vitamin D düzeyi 75 nmol/L'den yüksek olan 3 hastada KMD normal idi. Çalışmaya alınan 28 hastanın ortalama lumbar vertebra T-skoru -1.88±1.43, lumbar vertebra Z-skoru - 1.79±1.23, femur boynu T-skoru -1.79±1.04, femur boynu Z-skoru -1.44±1.09 olarak saptandı. Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre lumbar spine T-skoruna bakıldığında hastaların %25.7'sinde osteoporoz, %27.9'unda osteopeni saptandı. Hastaların %46.4'ünde ise DEXA normal sınırlardaydı. Femur boynuna bakıldığında hastaların %28.6'sında osteoporoz, %26.4'ünde osteopeni saptandı, normal DEXA oranı %45 idi. Osteoporotik hastalarda vücut kitle indeksi (VKİ) ortalama değeri (22.54±3.05 kg/m^2), osteopenik ve normal BMD'ye sahip hastalara göre anlamlı derecede düşüktü (p=0.001). Bu değer, osteopenik hastalarda 26.87±2.22 kg/m^2, normal BMD'li hastalarda 28.83±3.25 kg/m^2 olarak saptandı.

Tartışma: Sonuç olarak, kronik periton diyalizi hastalarında kemik mineral dansitesi ile yapılan ölçümlerde osteopeni/osteoporoz sıklığı artmıştır. Ayrıca, hastaların önemli bir kısmında vitamin D düzeylerinin istenen değerlerin altında olduğu saptanmıştır. Osteopeni/osteoporoz oluşumu ile vücut kitle indeksi, vitamin D düzeyi ve PTH arasında bir ilişki vardır. Periton diyalizi hastalarında belirli aralıklarla vitamin D düzeyi ölçülmesi ve eksikliğin düzeltilmesi kemik kaybını önlemede ve hatta mortaliteyi azaltmada yararlı olabilir.

Anahtar Kelimler: Periton diyalizi, Kemik mineral dansitesi, 25-hidroksivitamin, Vitamin D

PS-181

SEPTİK ARTRİT SONRASI GELİŞEN VERTEBRAL APSE OLGU SUNUMU

Atalay Doğru[1], Yunus Ugan[1], Burçin Özkart[2], Şevket Ercan Tunç[1], Mehmet Şahin[1]

[1]*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Romatoloji Bilim Dalı.*
[2]*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.*

Giriş: Septik artrit, ortopedik aciller arasında yer alan, sinoviyal zar ve sinoviyal sıvının süpüratif enflamasyonudur. Genel popülasyonda 100.000 de 6 oranında görülmektedir. 55 yaş üzeri kişilerde daha sık görülür. Hastanın romatolojik hastalığının olması, diyabet, kanser, alkolizm, kronik karaciğer-böbrek hastalıkları, eklem protezi olması veya eklem cerrahisi geçirmiş olmak risk faktörleri arasındadır. En sık suçlanan mikroorganizma Staphylococcus Aureus 'tur ve en sık hematojen yolla bakterinin ekleme ulaştığı bilinmektedir. Lokal travma ve komşu enfekte odaktan yayılım bakterinin ekleme diğer ulaşma yollarıdır. Vertebral enfeksiyonlar da bu seyirde görülebilmektedir. Spondilit, spondilodiskit ve vertebral apseyi içermektedir. Vertebral enfeksiyonlarda Staphylococcus Aureus, Mycobacterium tuberculosis ve brucella en sık görülen mikroorganizmalardır ve hematojen yol en sık bulaşma yoludur. Bu vakada septik artrit tanısı ile takip edilen hastada ortaya çıkan vertebral apse sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: 67 yaşında hipertansiyon dışında ek hastalığı olmayan hasta 3 gündür devam eden sağ dirsekte şişlik, ısı artışı, üşüme, titreme, ateş yüksekliği şikayeti ile Acil Servise başvurmuş (şekil 1). Hastanın 25 yıl önce 2 kez sağ dirsekte fraktür hikayesi mevcut. Hastaya septik artrit ön tanısı ile dirsek ponksiyonu yapıldı. Sinoviyal sıvı incelemesinde sıvı görüntüsü bulanık, hücre sayımı 75000 /mm^3, kristal negatif olarak saptandı. Septik artrit ön tanısı ile hastanın sinoviyal sıvı, kan kültürü alınarak hastaneye yatırıldı. Vankomisin ve seftriakson tedavisi başlandı. Hastanın takiplerde lökositoz ve akut faz reaktanlarında ve klinik bulgularında tedavi ile gerileme saptandı. Kan kültüründe Staphylococcus Aureus üremesi tespit edildi fakat sinoviyal sıvı kültüründe üreme saptanmadı. Hastanın antibiyotik tedavisi altında ani gelişen sağ kolda 4/5 motor ve duysal kayıp oluştu. Nöroloji tarafından değerlendirilen hastanın Kranial ve servikal MR ile değerlendirilmesi önerildi. Hastanın kranial MR' ında patoloji saptanmadı. Servikal MR' da C5 vertebrada yükseklik kaybı, spondilodiskit görünümü, C3-4-5 vertebraların anteriorunda ve epidural mesafede en kalın yeri 17 mm olan sıvı koleksiyonu, apse ile uyumlu görünüm tespit edildi (Resim 2). Hastanın motor kuvvet kaybı olması nedeniyle cerrahi açıdan Beyin Cerrahisi görüşü alındı. Beyin Cerrahisi tarafından yüksek riskli değerlendirilen hastaya operasyon önerilmedi ve Beyin Cerrahisi servisinde antibiyotik tedavi takibine karar edildi. Girişimsel Radyoloji tarafından da apse drenajı açısından değerlendirilen hastaya apse lokalizasyonu nedeniyle işlem uygulanmadı. Vertebral tutulum olması nedeniyle hastanın tüberküloz ve brucella açısından değerlendirilmesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın antibiyotik tedavi altında sağ koldaki motor kayıpta düzelme izlendi. Kontrol Servikal MR da apse boyutunda gerileme izlendi. Hastanın septik artrit sonrası gelişen vertebral apse nedeniyle takip ve tedavisi devam etmektedir.

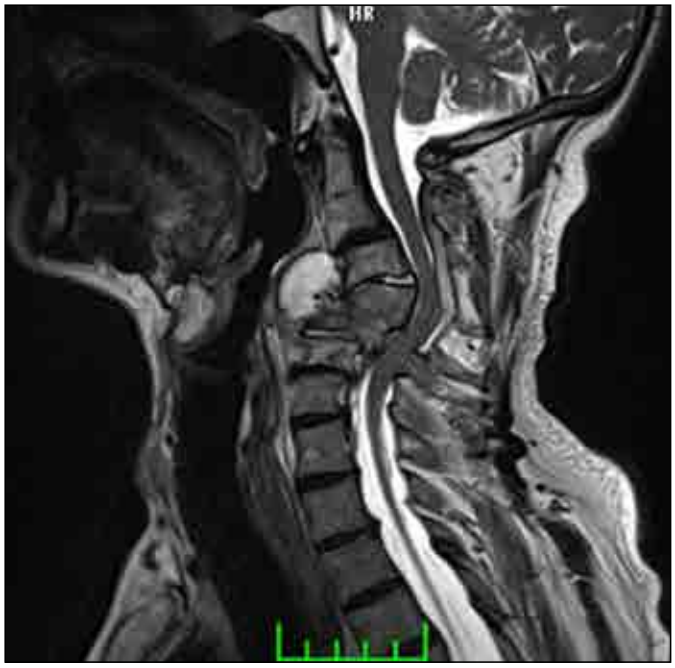
Sonuç: Vertebral apseler genellikle 3-4 vertebrayı birlikte tutar ve çoğunlukla lomber bölgede lokalizedir. Omurga travması, daha önce geçirilmiş enfeksiyonlar ve medikal premorbid durumlar predispozan faktörler olabilir. Antibiyo-

tik ve cerrahi drenaj tedavi seçenekleri arasındadır. Ateş, nörolojik defisiti olan hastalarda spondilodiskit, epidural apse ayrıcı tanıda düşünülmeli ve akılda

Anahtar Kelimler: Artrit, vertebral apse, spondilodiskit



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-182

NADİR BİR KOLESTATİK HEPATİT NEDENİ- CMV HEPATİTİ

Burak Karakaş, Mehmet Uzun, Emin Taşkıran, Mustafa Yıldırım, Semih Gülle, Ahmet Peker, Harun Akar

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Sitomegalovirus (CMV) herpes grubunda yer alan bir DNA virusudur.(HHV-5)Yetişkinlerdeki enfeksiyonları genellikle asemptomatiktir.Toplumda seroprevalansı %40-100 arasında değişmektedir.İmmün sistemi sağlam erişkinlerde primer CMV infeksiyonları genellikle asemptomatik seyreder. Primer EBV ile ilişkili mononükleoz sendromundan farklı olarak CMV, nadiren tonsillofarenjit ve servikal adenopatiye neden olur. CMV'nin sağlıklı konaklarda daha az sıklıkta artralji ve artrit, ülseratif kolit, pnömoni, hepatit, aseptik menenjit ve myokardit gibi komplikasyonlara neden olabildiği vurgulanmaktadır.Bu poster sunumunda akut kolestatik hepatit tablosu ile gelen Tip 1 DM tanılı hastada saptadığımız CMV hepatit olgusunu sunmak istedik.

Olgu: Bilinen tip 1 diyabetes mellitus tanısı olan intensif insülin tedavisi alan 30 yaşındaki kadın hastanın 10 gündür vücudunda sararma ve 3 gündür karın ağrısı olması üzerine polikliniğimize başvurdu. Yapılan tetkiklerinde aspartat aminotransferaz (AST) : 920 u/l (0-35), alanin aminotransferaz (ALT) : 770 u/l (0-35) olması üzerine hasta tetkik ve tedavi amaçlı dahili servisine yatırıldı. Arteryal tansiyon: 125/88 mm Hg, kalp hızı: 85/dk, ateş:36 derece ölçüldü. Yapılan fizik muayenesi skleraların ikterik olması dışında olağan görüldü. Yapılan diğer tetkiklerinde ; total bilirubin: 5,4 mg/dl (0,3-1,2), direkt bilirubin: 1,9 mg/dl (0-0,2), alkalen fosfataz (ALP) : 185 u/l (30-120), gama glutamil transferaz (GGT): 179 u/l (0-38), laktik dehidrogenaz (LDH): 384 u/l (0-247), viral hepatit markerları negatif, elektrolitleri olağan görüldü. Çekilen abdomen ultrasonografisinde (USG), karaciğer, safra kesesi, intrahepatik safra yolları ve koledok normal görüldü. Otoimmün karaciğer markerları olağan görüldü. Ayırıcı tanılar için abdomen manyetik rezonans (MR), manyetik rezonans kolanjiopankreotografi çekildi. Olağan görüldü. Portal ven renkli doppler usg de dalak boyutu ve splenik ven olağan görüldü. Serum demiri: 55 ng/ml (60-180), ferritin: 33 ng/ml (10-120), seruloplazmin : 181 mg/l (200-600), alfa-1 antitripsin: 1,5 g/l(0,9-2) görüldü. Kayser-flecher halkası bakısı için göz hastalıklarına konsülte edildi. Kayser-flecher halkası görülmedi. Bakılan viral markerlarda anti cmv Ig m : 28,8 au/ml (18-22), diğer viral markerları negatif görüldü. Hastada sitomegalovirüs enfeksiyonuna bağlı karaciğer fonksiyon testlerinin bozukluğu düşünüldü ve tedavisinin devamı için hasta enfeksiyon hastalıklarına devir edildi.

Sonuç: Sonuç olarak, CMV infeksiyonu sağlıklı erişkinlerde çoğu zaman hafif seyretmesine rağmen komplikasyonlar yönünden yakından izlenmelidir. Bu olgu sunumu ile ağır seyirli olgularda, hastanın altta yatan bağışıklık yetmezliği olmasa dahi, CMV infeksiyonunun olası tanılar arasında akla gelmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimler: CMV HEPATİTİ

PS-183

AĞIR EGZERSİZ SONRASI RABDOMİYOLİZ GELİŞEN OLGULAR

Atacan Akmeşe, Faruk Elyiğit, Hasan Çağrı Yıldırım, Mustafa Yıldırım, Ercan Ersoy, Harun Akar, Muhammed Ali Kaypak

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Rabdomiyoliz, travmatik veya nontravmatik nedenlere bağlı olarak çizgili kas hücrelerinin hasara uğraması, ardından hücre içi elemanların sistemik dolaşıma geçerek klinik ve laboratuvar bulgularına yol açması anlaşılır. Biz de rabdomiyoliz tanısı koyduğumuz iki olgumuzu sunmak istedik.

Olgu 1: Bilinen kronik hastalık, ilaç, uyuşturucu madde kullanım öyküsü olmayan 25 yaşında erkek hasta, 4 gündür giderek artan sol yan ağrısı nedeniyle acil servise başvurmuş. Hastanın anamnezinde son 1 haftadır toplamda 3 gün ağır egzersiz öyküsü mevcut olup acil serviste yapılan laboratuar tetkiklerinde AST:317 U/L, ALT:168 U/L, kreatin kinaz (CK):12080 U/L olarak görüldü. Hasta rabdomiyoliz, toksik hepatit ön tanılarıyla tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Hastanın fizik muayenesinde sol yan ağrısı dışında anlamlı patolojik bulgu saptanmadı. Intravenöz hidrasyon tedavisi başlandı. Biyokimyasında üre:32 mg/dl, kreatinin:1.2 mg/dl, glukoz:141 mg/dl, Na:135 mmol/l, K: 5.02 mmol/l, Ca:9.9 mg/dl, T.bil: 0.74 mg/dl, D.Bil: 0.19 mg/dl olarak görüldü. Hemogram, koagülasyon testleri, tam idrar analizi, tiroid fonksiyon testleri, sedimentasyon ve CRP normal saptandı. Toksik hepatit açısından istenen viral ve otoimmün hepatit markerları, brucella IgM ve IgG negatif saptandı. Batın ultrasonografide; karaciğer normal boyut ve homojen ekoda, parankim ekojenitesi grade 1 yağlanma ile uyumlu olarak artmış izlendi. Günlük karaciğer fonksiyon testleri ve CK kontrolünde regresyon gözlendi. Hasta rabdomiyolizis kabul edildi. 4. gününde AST:50 U/L, ALT:108 U/L, CK:926 gelen hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. 5 gün sonraki poliklinik kontrolünde AST: 34 U/L, ALT :94 U/L, CK :108 U/L olarak görüldü.

Olgu 2: Bilinen kronik hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü olmayan 23 yaşında erkek hasta, askeri eğitim sırasında 23 km koşu sonrası bayılınca, acil servise getirilmiş. Hastanın yapılan tetkiklerinde böbrek fonksiyon bozukluğu ve kas enzimlerinde yükseklik saptanınca rabdomiyoliz öntanısıyla yatırıldı. Fizik muayenesinde dehidrate görünüm dışında anormallik yoktu. Laboratuvarında; WBC:8800 /ul, HGB:12,8 mg/dl PLT:85000 /ul, GLU:90 mg/dl, Üre:57 mg/dl, kreatinin:1,5 mg/dl, AST:356 U/l, ALT:72 U/l, Total Bil:0,96 mg/dl, D.Bil:0,22 mg/dl CK:20450 U/l, Na:138 mmol/l, K:4,3 mmol/l, Ca:9 mg/dl, Troponin I:6,4 ng/ml CK-MB:67,8 ng/ml TİT:Dansite:1026, 2+ lökosit, 3+ eritrosit, 1+ protein, Sedim:4 mm/saat, CRP:1,0 mg/dl saptandı. Elektrokardiyogram ve Ekokardiyografisi normal olan hastanın kardiyak enzim yüksekliği rabdomiyolize bağlandı. Intravenöz hidrasyon başlandı, idrar alkalinizasyonu sağlandı. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde hayvan teması, uyuşturucu madde kullanımı tariflemedi. Tiroid fonksiyon testleri, anemi paneli normal saptandı.Izlem boyunca trombositopenisi olan hastanın periferik yaymasında atipik hücre görülmedi, iri trombositler görüldü. Hastada ilk planda immun trombositopeni (İTP) düşünüldü, sekonder İTP açısından ANA, anti-dsDNA, hepatit-HIV markerları negatif geldi. Yeterli sayıda trombositi olan hasta İTP açısından takip planlandı. Tedavinin 7.gününde Üre:24 mg/dl, kreatinin:0,9 mg/dl, AST:66U/l, ALT:109 U/l CK:1169 U/l, Troponin I:0,4 ng/ml CK-MB:4,3 ng/ml geldi.Önerilerle poliklinik kontrolüne çağrıldı

Sonuç: Rabdomiyoliz, çok farklı nedenlerle meydana gelen, erken tanınmadığı takdirde ciddi morbiditelere yol açan bir durumdur. İntravenöz hidrasyon gibi basit tedavilerle yüz güldürücü sonuç alınabilmektedir.

Anahtar Kelimler: rabdomiyoliz, kreatinin kinaz, egzersiz

PS-184

RİVAROXABAN KULLANIMI SONUCU GELİŞEN AKUT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMASI: OLGU SUNUM

Türkan Paşalı Kilit, Serdar Üçgün

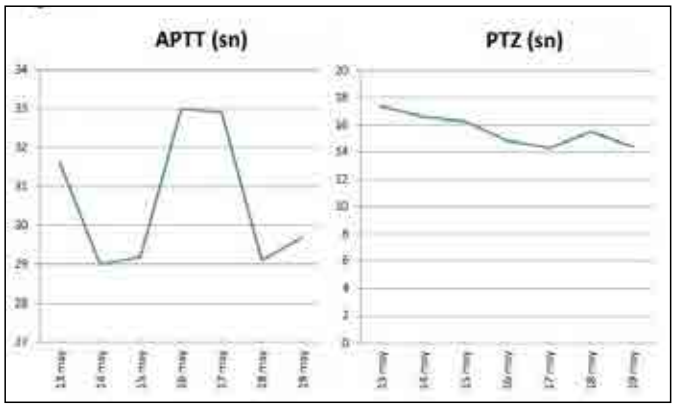
Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kütahya

Giriş: Rivaroxaban, faktör Xa üzerinden etki eden bir yeni oral antikoagulan (YOAK) ilaçtır. YOAKlar (rivaroxaban, dabigatran, apixaban), rutin koagulasyon monitorizasyonu ve doz ayarlaması gerektirmezler. Ancak kafa içi kanama gibi hayatı tehdit edici kanamalar ve acil cerrahi gibi durumlarda antikoagulan etkilerinin kantitatif değerlendirilmesi gerekir. Rivaroxaban ile protrombin zamanı (PT) uzayabilir. Aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT), apixaban ve rivaroxaban'ın antikoagulan etkinliğini değerlendirmede güvenilir değildir. Faktör Xa inhibitörlerinin (apixaban, rivaroxaban) antikoagulan etkinliklerini değerlendirmede en iyi yol, anti-faktör Xa düzeyinin değerlendirilmesidir. Biz bu vakamızda henüz antidotu olmayan rivaroxabana bağlı gelişen gastrointestinal sistem (GİS) kanamasının tedavisi sırasında antikoagülasyon parametrelerindeki değişiklikleri ve hastanın klinik seyrini sunmayı amaçladık.

Olgu sunumu: Yetmiş dört yaşında bayan hasta hastanemiz acil servisine genel durum bozukluğu ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişi sorgulandığında hipertansiyonu ve atriyal fibrilasyonu mevcuttu. Hasta 1x50 mg metoprolol süksinat ve 1x10 mg rivaroxaban almaktaydı. Genel durumu orta, şuuru açık, kooperasyonu ve oryantasyonu bozuk olan hastanın üst epigastrik bölgede palpasyonla hassasiyeti mevcuttu. Rektal tuşede melena saptandı. Nazogastrik drenajda hemorajik vasıflı mide içeriği izlendi. Hastanın başvuru esnasındaki laboratuvar değerleri: Hemoglobin: 9,2 g/dL, MCV: 88,2 fL, WBC: 12,9x10^3/μL, PLT: 268x10^3/mcL, serum demiri: 67 μg/dL, total demir bağlama kapasitesi: 349 μg/dL, ferritin: 143, vitamin B12: 727 pg/Ml, folik asit: 5,5 ng/mL, PTZ: 17,4 sn, aPTT: ölçülemiyordu. İki ay önce atriyal fibrilasyon nedeniyle rivaroxaban kullanmaya başlayan hastanın ilacı kesilerek yoğun bakım ünitesinde takibe alındı. Hasta difüzyon MR ve beyin BT ile birlikte nöroloji tarafından değerlendirildi, akut intrakraniyal patoloji saptanmadı. Oral alımı kesilen hastaya günde 2500 cc mayi ve proton pompa inhibitörü tedavisi uygulandı. Hastanın yaklaşık 7 günlük izlemi sırasında melenası kayboldu ve genel durumu düzeldi. Kooperasyon ve oryantasyon normale döndü. Antikoagülasyon parametrelerinde belirgin değişiklik gözlenmedi (Şekil 1) ve hemoglobin değerlerinde düşme olmadı. Nazogastrik hemorajik drenaj durdu. Kardiyoloji tarafından konsülte edilen hastanın rivaroxaban tedavisi kesildi ve varfarin tedavisi başlandı.

Sonuç: Atriyal fibrilasyonu olan hastalarda GİS kanama riskinde rivaroxaban kullanımı ile artış olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. YOAKların halen kullanımda olan spesifik antidotları yoktur. YOAK alan ve orta-ciddi yaşamı tehdit edici kanaması olan hastaların tedavisinde farklı algoritmalar öne sürülse de başlangıç tedavisi; dozu atlama, kanama alanının belirlenmesi, lokal ve cerrahi kanama kontrolünün sağlanması, sıvı replasmanı ve gerekirse kan ürünleri replasmanıdır.

Anahtar Kelimler: Rivaroxaban, antikoagülasyon, gastrointestinal sistem kanaması



Şekil 1.

PS-185

Mantar zehirlenmesine bağlı gelişen intrahepatik kolestaz olgusu

Türkan Paşalı Kilit[1], Metin Korkmaz[1], Tamer Şahin[1], Orçun Küet[1]
[1]Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kütahya

Giriş: İlaçlar, enfeksiyonlar, otoimmün, metabolik ve genetik hastalıklar neticesinde safranın oluşumunda ve/veya safra akımındaki bozukluk sonucunda gelişen kaşıntı, halsizlik ve genelde eşlik eden sarılık ile karakterize klinik tablo kolestaz olarak tanımlanmaktadır. Tanı ve tedavi yaklaşımında kolaylık sağlanması amacıyla kolestaz, intrahepatik ve ekstrahepatik olmak üzere iki ana grupta değerlendirilir. Öncelikle görüntüleme yöntemleriyle intrahepatik ve ekstrahepatik kolestaz ayırımı yapılmalıdır. Hasta daha sonra laboratuvar ve gerekirse karaciğer biyopsisiyle değerlendirilmelidir. Tedavi nedene yönelik olmalıdır. Bu olgumuzda doğadan toplama mantar zehirlenmesine bağlı intrahepatik kolestaz vakasını sunduk.

Olgu Sunumu: Kırk sekiz yaşında erkek hasta, bulantı, kusma, kaşıntı, ciltte sararma ve idrar renginde koyulaşma şikayetleri ile acil servise başvurdu. İki gün önce doğadan toplama mantar yemesini takiben ortaya çıkan bulantı ve kusma yakınmaları olmuş. Acil serviste değerlendirilen hastanın yapılan fizik muayenesinde; konjunktivalar, mukozalar ve tüm cilt ikterikti (Resim 1). Özgeçmişinde kronik hastalık hikayesi, operasyon öyküsü ve ilaç kullanım hikayesi yoktu. Akut hepatit açısından istenilen hepatit testleri; anti HIV: Negatif, HbsAg: Negatif, anti-HCV: Negatif, anti-HBs: Negatif, anti Hav IgM: Negatif idi. Laboratuvar sonuçları; WBC: 4,3 x10^3/μL, Hemoglobin: 9.8 gr/dl, Hct: %26,9, MCV: 65,4 fL, PLT: 189 x10^3/mcL, glukoz: 61 mg/dl, AST: 107 U/L, ALT: 206 U/L, GGT: 623 U/L, Total bilirübin: 18 mg/dl, direkt bilirübin: 10,7 mg/dl, İndirekt bilirübin: 7,8 mg/dl, CRP: 10,8 mg/dl, aPTT: 38 sn, PT: 14 sn, INR: 1,2. Tam idrar tahlilinde; glukoz: Negatif, Protein: Negatif, Bilirübin: 3, Keton: Negatif, Ürobilinojen: 4+, pH: 5,5, nitrit: Negatif, lökosit: Negatif, dansite: 1020 olarak ölçüldü. Direkt bilirübinemisi olan hastaya yapılan batın USG'de safra kesesi ve pankreas normal sınırlarda idi. Hastaya parenteral dekstroz replasmanı yapıldı. Takiplerinde PT ve aPPT'de artış olmadı. AST, ALT yüksekliği saptanan hastada Brusella aglütinasyon testi negatif geldi. Gastroenteroloji konsültasyonu sonucu intrahepatik kolestaz düşünüldü. Otoimmünite testleri; LKMA, ANA, ASMA ve AMA negatifti. Safra kanalı patolojisinin ekarte edilmesi için çekilen MRCP normal olarak saptandı. Karaciğer biyopsisinde minimal derecede kronik hepatit, hafif derecede makroveziküler steatozis, minimal derecede kolestaz bulguları saptandı. Hastaya semptomatik tedavi dışında spesifik herhangi bir tedavi verilmedi. Destek tedavisi ile kliniği düzeldi, total bilirübin 2,75 mg/dl'ye, direkt bilirübin 0,92 mg/dl'ye, indirekt bilirübin 1,83 mg/dl'ye, AST: 34 U/L'ye, ALT 36 U/L'ye ve GGT: 65 U/L'ye kadar geriledi. Hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Klinik belirti ve bulgular ışığında kolestaz düşünülen hastaların tanısında laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri önemli rol oynamaktadır. Kolestaz ayırıcı tanısında kolestatik karaciğer hastalıkları, infiltratif karaciğer hastalıkları, granülamatöz hepatit, ilaçlar ve mantar zehirlenmesi akla gelmelidir. Tüm hastalıklarda olduğu gibi kolestazlı hastalara yaklaşımda da dikkatli bir anamnez ve fizik muayene tanıda önemli ipuçları elde etmek için önemlidir. Alışkanlıkların ve özellikle son altı hafta içinde kullanılmış olan tüm ilaç ve bitkisel ürünlerin sorgulanması gerekmektedir. Olgumuzda kolestaz nedeni olarak doğadan toplama mantar zehirlenmesi düşünüldü.

Anahtar Kelimler: İntrahepatik kolestaz, mantar zehirlenmesi, ikter



Şekil 1.

PS-186

PANKREAS TÜMÖRÜNÜ TAKLİT EDEN BİR ABDOMİNAL TÜBERKÜLOZ OLGUSU

Kübra Kördemir[1], Umut Kasapoğlu[1], Tuba Öztürk Haliloğlu[1], Sezin Kıroğlu Uzun[1], Yasemin Kaldırım[1], Melisa Sanem Ulular[1], Zeynep Gamze Kılıçoğlu[1], Süheyla Apaydın[2]

[1]*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi*
[2]*Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi*

Gelişmekte olan ülkelerde tüberküloz önemli bir sağlık sorunudur.Gastrointestinal tüberküloz genellikle peritonitis tuberculosa veya mezenterik lenfadenit şeklinde görülmesine rağmen,gastrointestinal traktusta dilden anüse kadar hemen her yeri tutabilmektedir.Nadiren pankreas tutulumu olmakta ve bu durum tek başına görüldüğünde de pankreas tümörünü taklit edebilmektedir. Pankreas tüberkülozunda basil pankreasa ya hematojen yol veya lenfatik yol ile gelmekte,yada geçirilen primer enfeksiyon sırasında pankreasa yerleşip sessiz kalan basiller konakta ortaya çıkan herhangi bir immunosüpresyon durumda aktive olmaktadır.Pankreas tüberkülozu kliniğinde kilo kaybı,ateş,karın ağrısı ve sarılık gibi semptomların yanı sıra görüntüleme yöntemleri ile pankreasta kitle gözlenebilir.Bu nedenle pankreas tüberkülozu,pankreas kanserinin ayırıcı tanısına girmektedir.

Olgu sunumu: 61 yaşında ve hipertansiyona sekonder gelişen son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle nakil planlanan kadın hasta 5 gündür olan kuşak tarzında karın ağrısı ve iştahsızlık yakınmalarıyla başvurdu.Hastanın son iki ayda yaklaşık 4-5 kg kilo kaybı mecuttu.Fizik muayenede; vücut ısısının 36,4°C,kan basıncının 130/75mmHg ve kalp hızının 86/dk olduğu saptandı.Hastanın karında hassasiyet dışında fizik muayenesinde özellik arz eden bulgusu yoktu.Hastanın başvuru esnasındaki laboratuar bulguları BUN: 50mg/dL Kreatin:4,78mg/L Albumin:1,97g/dL Crp:2mg/dL Na:134mEq/L K:4,4mEq/L Mg:1,56mg/dL WBC:7,68 10*3/μl Neu:5,67 10*3/μl Hgb:8,8g/dL Hct:27,6 MCV:94fL Sedimentasyon: 73 mm/saat saptandı. Kan kültürlerinde herhangi bir mikroorganizma üremedi ve Brusella aglütinasyon testi negatif bulundu.Hastanın yapılan Batın Ultrasonografide görülen kitle nedenli çekilen kontrastlı BT de pankreas başında yaklaşık 2,5 cm kitle tespit edildi. İlk etapta mevcut bulguları nedeniyle malignite düşünülen hastada PET-CT planlandı. PET sonucu pankreas ve komşuluğundaki paraaortik lenf nodları suv maxı yüksek (12-17) tutulum büyük ölçüde primer pankreas ve metastatik lenf nodları olarak raporlandı. Ultrasonografi eşliğinde transabdominal iğne biyopsisi ile pankreastaki lezyondan biyopsi örneği alındı. Histopatolojik değerlendirmede granülom olarak raporlandı. Diagnostik amaçlı EUS yapılan hastada pankreas gövde kısmında lokalize olan, splenik arteri çevreleyen hipoekoik ve heterojen iç yapıda, çevre sınırları düzensiz olan kitlesel lezyon izlendi ancak alınan 5 biyopsi örneğininde nekrotik içerikte olduğu ve sitolojik inceleme için yeterli hücresel yapının gözlenemediği öğrenildi. Hastaya ultrasonografi eşliğinde trasnabdominal biyopsisi tekrarlanarak alınan materyal Tbc-PCR a gönderildi. Tbc-PCR sonucu pozitif bulunan hastaya anti tüberküloz tedavisi başlandı.

Sonuç olarak izole pankreas tüberkülozu nadir rastlanan bir durumdur. Bizim gibi tüberkülozun endemik olduğu bölgelerde böbrek yetmezliği gibi predispozan alt hastalığı olan ve açıklanamayan ateşi ve kilo kaybı olan hastalarda akılda tutulmalıdır. Tedavide dokuz ay gibi uzun süreli anti tüberküloz tedavi mutlaka verilmelidir.

Anahtar Kelimler: Pankreas tüberkülozu,pankreas kanseri

PS-187

TİNEA PEDİS'TEN OTOİMMÜN HEPATİT VE GRAVES HASTALIĞI BİRLİKTELİĞİNE

David Ojalvo[1], Pembe Okaygün[1], Emrah Erkan Mazı[1], Ali Rıza Köksal[2], Müveddet Banu Yılmaz Özgüven[3], Süleyman Özdemir[3], Hüseyin Çetin[1], Yüksel Altuntaş[4], Fatih Borlu[1]

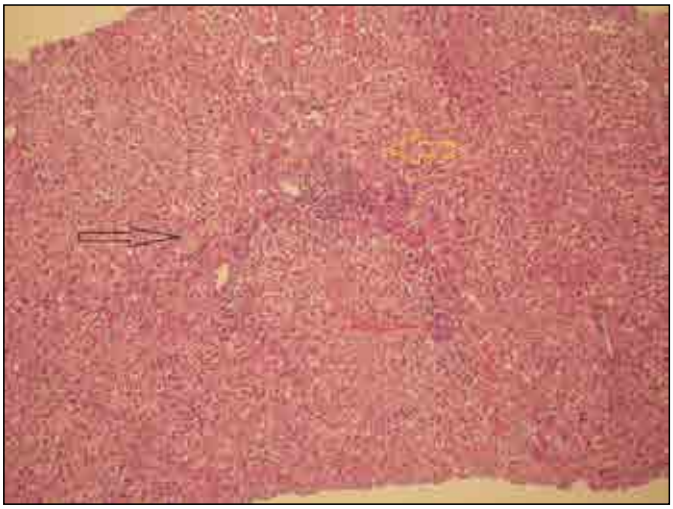
[1]*Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği*
[2]*Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği*
[3]*Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği*
[4]*Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği*

Giriş: Hipertiroidizmin anormal karaciğer fonksiyon testleri (KCFT) ve histolojisi ile ilişkilidir; hafif hepatik enzim düzensizlikleri tiroid hormon fazlalığında görülebilmektedir. Otoimmün hepatit (OİH), etyolojisi bilinmeyen kronik bir hepatittir; otoantikorlar ile hiperglobulinemi varlığında, hepatite yol açan diğer nedenler dışlandığında, karaciğer histolojisinde inflamatuar değişiklikler görülmektedir. KCFT bozukluğu araştırılırken, Graves Hastalığı (GH) ve OİH tanısı alan vakamızı sunuyoruz. İki hastalığın birlikteliğine dair literatürdeki yayınlar sınırlıdır.

Vaka: Yirmi iki yaşında kadın hasta ayak parmaklarında kaşıntı, tırnaklarda şekil bozukluğu şikâyetiyle, dermatoloji polikliniğinde tinea pedis düşünülerek tetkik edilirken, KCFT'de yükseklik saptanarak tarafımıza yönlendirildi. Hastanın hepatotoksik ilaç, herbal, alkol kullanımı, mantar yeme öyküsü yoktu. Sistemik muayenesi doğaldı. TSH'ı baskılı olan hastanın izlemindeki değerleri tablo 1'dir; diğer biyokimyasal tetkiklerinde özellik yoktu; viral hepatit belirteçleri, TORCH paneli, Monotest, Wright agglutinasyon, anti-tiroglobulin, TSH reseptör antikoru negatifti. Anti-TPO 435 IU/ml (0-35), ANA 1/100, benekli nukleolar paternde pozitif; AMA, ASMA, LKM-1 negatifti. Serum immünglobulinleri, seruloplasmin, alfa 1 antitripsin ve 24 saatlik idrarda bakır düzeyleri normaldi. Batın ultrasonografisinde ile MR'ında, MRCP'sinde özellik yoktu. Tiroid sintigrafisinde bulgular GH ile uyumluydu. Orbita MR'ında bilateral simetrik sınırda proptoziz görüldü. Göz muayenesinde Kayser Fleischer halkası saptanmadı. Hastaya propranolol başlandı ve transaminaz yüksekliği nedeniyle anti-tiroid tedavi verilemedi. Takiplerinde transaminaz yüksekliğinin 3 ay sürmesi üzerine karaciğer biyopsisi yapıldı. Patolojide hafif derece interface aktivite artışı, orta derecede portal ve lobuler inflamasyon, perivenüler nekroz ve dev hücre formasyonu, hafif – orta şiddette portal fibrozis görüldü (Şekil 1). Olguya CD38 ile uygulanan immunohistokimyasal çalışmada plazma hücrelerinde immünreaktivite izlendi. Hasta klinikopatolojik olarak olası otoimmün hepatit kabul edildi ve kortikosteroid, azatiopirin ile propiltiourasil başlandı. Remisyon sağlanan hasta gastroenteroloji ve endokrinoloji kliniklerinin takibindedir.

Tartışma: Graves hastalığında %81'e varan KCFT'de anormallik görülebilmektedir. OİH'in klinik manifestasyonları değişkendir. Asemptomatik vakalarda KCFT bozukluğu tek ipucu olabilir. Hastalığın tanısı serolojik ve histolojik bulgulara dayandığından biyopsi gerekmektedir. Histolojisi, lobuler (intra-asiner) katılımın eşlik edip etmediği, lenfoplazmositik nekroinfalamatuar infiltrasyonunun görüldüğü interface (periportal veya periseptal) hepatit ve portal-portal veya sentral-portal köprüleşme nekrozudur. Uluslararası Otoimmün Hepatit Grubu'nun skorlama sistemi tablo 2'dedir. Tedavide (prednizon ve azatiopirin) başlanılmalıdır; zira hastalık transplantasyon gerektiren karaciğer yetmezliğine kadar ilerleyebilmektedir.

Anahtar Kelimler: Graves Hastalığı, Otoimmün Hepatit



Şekil 1. Portal inflamasyon, çevresinde multinükleer hepatositler ve balonlaşma *(sarı ok)*. Santral ven çevresi inflamasyon, multinükleer hepatositler ve portosantral köprüleşen nekroz *(siyah ok)*. Parankim içine uzanan septal inflamasyon ve fokal asidofilik nekroz odağı (kırmızı ok) (HE, x100)

Tablo 1. Karaciğer fonksiyon testleri ile tiroid hormon değerlerinin izlemi

	Başvuru Sırasında	Kontrol (1. ay)	Kontrol (3. ay)	Kontrol (9. ay)
AST (U/L)	124	202	110	24
AST (U/L)	246	406	187	25
ALP (U/L)	129	144	135	78
GGT (U/L)	11	17	13	9
T. Bilirubin (mg/dl)	0,4	0,8	0,8	0,2
T. Bilirubin (mg/dl)	0,1	0,3	0,3	0,1
TSH (uIU/ml)	0,008		0,006	2,79
sT3 (ng/dl)	6,48		5,52	3,39
sT4 (pg/ml)	1,84		1,77	1

Tablo 2. Uluslararası Otoimmün Hepatit Grubu skorlama sistemi (2008)

Parametre	Değer	Puan
ANA veya SM	≥ 1:40	1
ANA veya SM veya	≥ 1:80	
Anti-LKM veya	≥ 1:40	
Soluble liver antikoru	Pozitif	2
IgG	> Normal limitin üstünde	1
	> 1.10 kez normal limitin üstünde	2
Karaciğer histolojisi	OİH ile uyumlu	1
	Tipik OİH	2
Viral hepatitin yokluğu	Evet	2

OİH: Otoimmün hepatit, ANA : Anti nükleer antikorlar, SM: anti-düz kas antikorları, Anti-LKM anti karaciğer/böbrek mikrozomal tip 1. ≥ 6, olası otoimmün hepatit, ≥ 7, kesin otoimmün hepatit

PS-188

BULANTI, KUSMA, KİLO KAYBI YAKINMALARI İLE BAŞVURAN HASTA: GEÇ DÖNEMDE SEMPTOMATİK OLAN KÜNT DİAFRAGMA RÜPTÜRÜ

İpek Buse Güzelce[1], Funda Müşerref Türkmen[1], Melike Günay[1], Aslı Büyükkuşcu[1], Abdullah Gümüş[1], Süleyman Baş[1], Zeynep Gamze Kılıçoğlu[2], Mustafa Güneş[1], Pınar Zehra Davarcı[1], Öznur Sadioğlu Çağdaş[1], Günışıl Yalçın[1], Nurullah İlhan[1], Sercan Kiremitçi[1], Derya Şenel Yıldız[1], Özcan Çakır[2]

[1]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Diafragma yaralanmaları nadir olup, genellikle penetran veya künt travmalardır. Künt diafragma yaralanmaları genellikle sol tarafta görülür. Kronik olan veya geç dönemde prezente olan olgularda gastrointestinal sistem obstriksiyon bulguları ön plandadır. Ondört ay önce düşme öyküsü olan olgumuz son üç aydır giderek artan bulantı, kusma, epigastrik ağrı, kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu.İlk travmada ve daha sonra da son üç ay içinde iki kez acil servise başvurduğu halde tanısı atlanan ve sonunda tetkik için iç hastalıkları kliniğine yatırılıp, diafragma rüptürü tanısı konulan hastanın irdelenmesi uygun bulundu.

Olgu: 59 yaş kadın hasta epigastrik ağrı, bulantı, kusma, üç ayda 8 kg kayıp şikayetleri ile başvurdu. Efor dispnesi oluyormuş. DM tanısı olan hastanın şikayetleri üç ay önce gribe bağlı öksürük nöbetleri ile başlamış. 14 ay önce düşme öyküsü olan hastanın çekilen toraks BT'sinde patoloji olmadığı söylenmiş. Metformin 2000mg/gün dışında düzenli ilaç kullanımı yok. Son başvurusunda çekilen akciğer grafisinde doğumsal diafragma hernisi olduğu söylenmiş. KB:100/75 mmHg, nabız 95/dk, ritmik, solunum sayısı 16/dk, ateş 36.6°C. Fizik muayenede şuur açık, koopere, kaşektik, dehidrate. Sol akciğerde orta hatta kadar solunum sesleri alınamıyor. Barsak sesleri normal. Epigastrium hassas, defans, rebound yok. Akciğer gafisi Şekil 1, başvuru anında ve parenteral tedavi sonrası labaratuvar değerleri Tablo 1'de izlenmektedir. Serum BUN ve kreatinin düzeyleri gerileyen olguya kontrastlı BT çekildi (Şekil 2). Olgunun HIS sisteminden ulaşılan travma tarihli toraks BT'de patoloji tesbit edilemedi.

Tartışma:Künt travma sonrası diafragma yaralanmaları nadir olup,daha çok sol tarafta görülür. Büyük diafragma yaralanmalarında akut solunum sistemi bulguları ön planda olup, küçük rüptürlerde bulgular geç ortaya çıkabilir. Olgumuzda gastrointestinal sistem obstriksiyon bulguları ön plandadır. Olgumuzda travma öyküsü 14 ay önce olup,şikayetleri kliniğimize başvurusundan 3 ay önce öksürük ile başlamıştır. Muhtemelen künt travma sonrası küçük bir diafragma rüptürü oluşmuş; travmadan onbir ay sonra öksürük nöbetleri bu rüptürün büyümesine neden olmuştur. Düştüğünde çekilen akciğer grafisi ve toraks BT'de patoloji saptanamaması rüptürün başlangıçta küçük olduğu düşündürdü. Travma sonrası diafragma değerlendirilmesi için altın standart bir non-invasiv yöntem yoktur. Göğüs grafisi hastaların yaklaşık yarısında rüptür için uyarıcı olabilir. Radyografide herniasyonun olduğu kısımda eleve, düzensiz diafragmatik kuppe izlenir. Kostafrenik açı her zaman o bölgede sıvı birikimi nedeni ile künt izlenir. Birlikte pnömotoraks, hemotoraks, hidrotoraks görüntüleri olabilir. Olgumuzun hastaneye başvuru sırasındaki direkt akciğer grafisi sol diafragma rüptürü vesseral herniasyon ile uyumluydu (Şekil 1). Olgumuza travma günü Klasik BT çekilmiş ve travmaya ait patoloji saptanamamış. Olgumuzun BT'sinde diafragma rüptürü, vissseral herniasyon ve strangülasyon saptandı. Ciddi diafragma rüptürü ve visseral herniasyon, strangülasyon durumunda acil cerrahi müdahale endikasyonu vardır. Hasta acil olarak operasyona verildi.

Sonuç: Kusma, bulantı, kilo kaybı şikayetleri ile başvuran hastalarda, öncelikle obstrüktif mide-barsak hastalıkları düşünülür. Anamnezde künt batın travması olan hastalarda ayırıcı tanı da diafragma rüptürü ve viseral herniasyon olasılığını nadir de olsa düşünmek gerekir. Düz akciğer grafisi yol gösterici olmakla birlikte klinik şüphe durumunda ileri tetkik yapmak gerekir.

Anahtar Kelimler: diafragma rüptürü, künt travma, öksürük



Şekil 1. Olgumuzun hastaneye başvuru sırasındaki grafisi sol diafragma rüptürü visseral herniasyon ile uyumluydu.



Şekil 2. Sol diyaframda 5-5.5 cm'lik defekt bu defekten mide ince bağırsak ansları pankreas dalak mezenterik dokular toraks içerisine doğru herniasyon göstermektedir. Herniasyona sekonder sol akciğer alt lobda atelektazi izlenmekte. Solda plevral efüzyon mevcut.

Tablo 1. Olgunun başvuru sırasında ve sıvı-elektrolit tedavi sonrası labaratuvar değerleri

	Başvuru sırasında	Tedavi sonrası
Glukoz (mg/dl)	195	195
HbA1c (%)	7,4	-
BUN (mg/dl)	58	4
Kreatinin (mg/dl)	1,79	0,53
ALT (IU/L)	15	13
AST (IU/L)	19	24
Amilaz (IU/L)	134	85
Lipaz (IU/L)	41	-
Sodyum (mEq/L)	128	144
Potasyum (mEq/L)	3,3	3,4
Magnezyum (mg/dl)	2,01	1,4
Fosfor (mg/dl)	2,5	3,2
Arteryel pH	7,44	7,4
PO2 (mmHg, arteryel kanda)	60,4	60,9
PCO2 (mmHg, arteryel kanda)	45,1	41,1
CHO3 (mmol/L, arteryel kanda)	28,6	25
Lökosit (10*3/µL)	16,2	9,65
HB (gr/dl)	16,2	11,2
HCT (%)	48,6	37
Trombosit (10*3/µL)	459	291
CRP (mg/dl)	6	3,79
Prokalsitonin (ng/ml)	<0,1	-
Albümin (gr/dl)	3,2	2,4
Prealbümin (mg/dl)	10	-
25-OH vit D (ng/ml)	8,1	-
i-PTH (pg/ml)	159	-

PS-189

ALLOPÜRİNOLE BAĞLI TOKSİK EPİDERMAL NEKROLİZ

Abdullah Gümüş[1], Funda Müşerref Türkmen[1], Süleyman Baş[1], Filiz Cebeci Kahraman[2], Pembegül Güneş[3], Melike Günay[1], Aslı Büyükkuşcu[1], İpek Buse Güzelce[1], Günışıl Yalçın[1], Berna Yücel Aybal[1], Sercan Kiremitçi[1], Nurullah İlhan[1], Pınar Zehra Davarcı[1], Öznur Sadioğlu Çağdaş[1], Derya Şenel Yıldız[1], Mustafa Güneş[1], Ayşe Mine Önen Erk[3]

[1]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul
[3]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Stevens-Johnson Sendromu (SJS) ve Toksik epidermal nekroliz (TEN) genellikle ilaçlara bağlı olarak akut gelişen, yaygın eritem ve epidermis nekrozu ile karakterize bir tablodur. Allopürinol kullanımına bağlı TEN gelişen olgu sunulmuştur.

Olgu: 54 yaş, kadın hasta 10 yıldır regüle diyabetes mellitus, hipertansiyon tanılı.Telmisartan kullanıyor. Allopürinol 300mg/gün kullanımından 10 gün sonra halsizlik, ateş, tüm vücutta kızarıklık başlamış. FM'de KB:140/80 mmHg, vücut ısısı 37.5C, nabız 95/dk, ritmik, solunum sayısı 16/dk. Şuur açık, koopere. Tüm vücutta eritematöz makülopapüler karakterde olan lezyonlar, oral mukoza, her iki antekubital bölge, kruris, umblikal çevresi, anal, pubik, inguinal, sakral bölgelerde vezikobüllöz lezyonlar, periorbital hiperemi ve ödem mevcut (Resim-1). Nikolsky fenomeni pozitif. Olgunun başvuru anı ve tedavi sonrası laboratuar parametreleri Tablo 1'de izlenmektedir. ANA, EBV, CMV, Rubella, HSV, hepatit markerları negatif. Kültürlerde üreme yok. Cilt biyopsisi yapıldı (Resim-2). Olgu allopürinole bağlı TEN olarak değerlendirildi. İzolasyon, hidrasyon, beslenme desteği, yara bakımı uygulandı. Metilprednisolon 1gr/gün 3 doz uygulanıp, 2mg/kg/gün ile devam edildi. Lezyonlarda ve laboratuar değerlerinde belirgin gerileme olmayınca 1gr/gün İVİG tedavisi uygulandı. Yaygın cilt soyulmaları başlayan olgu yanık tedavi merkezine nakledildi.

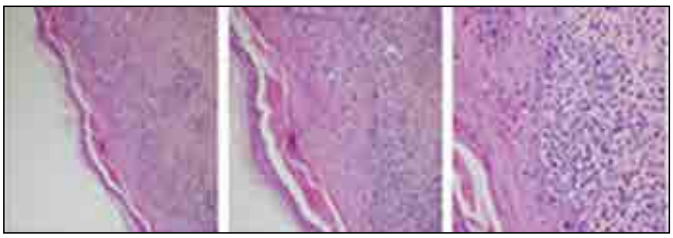
Tartışma: SJS ve TEN genellikle ilaçlara daha seyrek olarak infeksiyonlara bağlı olarak akut gelişen, yaygın eritem ve epidermis nekrozu ile karakterize morbidite ve mortalitesi yüksek bir klinik tablodur. SJS'da mukoz membranların tutulumu ile birlikte derinin akut epidermal nekrozu vücut yüzey alanının %10'undan azdır. Epidermis nekrozu vücut yüzey alanının %30'undan fazla ise TEN denir. İlaca bağlı olgularda etyolojide sülfamidler, penisilin grubu antibiyotikler, antikonvülsanlar, nonsteroid antiinflamatuvarlar, antifungaller ve allopürinol sıklıkla bildirilmiştir. İlaca bağlı olgularda klinik bulgular ilaca maruziyetten 7-21 gün sonra kendini gösterir. Ateş ve gribal semptomların bulunduğu 2-3 günlük prodromal dönem sonrası ağrılı ve hiperemik zeminde veziküler lezyonlar gibi mukokutanöz lezyonlar meydana gelir. Nikolsky fenomeni pozitiftir. Oral mukoza,genital mukoza tutulumu yanı sıra keratit, keratokonjonktivit gibi göz tutulumları olur. Olguda allopürinol kullanımından 10 gün sonra yaygın eritem, makulopapüler, yer yer büllöz deri lezyonlarının oluşması öncelikle ilaca bağlı TEN düşündürdü. Deri tutulumu yanı sıra ALT, AST, LDH, GGT yüksekliği karaciğer tutulumunu, yüksek BUN, kreatinin varlığı ile birlikte proteinüri saptanması böbrek tutulumunu gösteriyordu. Bakteriyolojik ve serolojik tetkiklerle olası enfeksiyöz ve otoimmün nedenler dışlandı. Cilt biyopsisi ile TEN tanısı doğrulandı. Tedavide sorumlu ilacın kesilmesi, sıvı replasmanı, beslenme desteği, yara bakımı, enfeksiyon kontrolü önemlidir. Kontrendikasyon olmayan olgularda kortikosteroid (KS) önerilmektedir. İVİG, siklofosfamid, plazmaferez, siklosporin, Nasetil sistein de önerilmektedir. Olgumuzda KS ve İVİG kullandık. Bu tedavilerle cilt bulguları stabilize olup hepatik ve renal tutulumu gösteren laboratuar parametreleri düzeldi. TEN olgularında CRP yüksek olabilir. CRP yüksek olan olgumuzda kültürlerin negatif ve prokalsitonin düşük saptanması nedeniyle antibiyoterapi uygulanmadı.

Sonuç: Allopürinol hiperürisemi tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir ilaçtır. Nadir olmakla birlikte morbidite ve mortalitesi yüksek SJS, TEN nedeni olabilir. Erken tanı ve erken tedavi hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar Kelimler: allopürinol, toksik epidermal nekroliz



Şekil 1. Olgumuzun cilt döküntüleri.



Şekil 2. Epidermiste sepetsi hiperkeratoz, fokal parakeratoz, düzensiz akantoz, dermoepidarmal bileşkede vakuoler dejenarasyon ve epidemisin çeşitli seviyelerine dağılmış nekrotik keratinositler (H&Ex40, H&Ex100).
Şekil 3. Papiller dermiste intertisyel paternde lenfosit ve seyrek polimorf lökosit infiltrasyonu (H&Ex400)

Tablo 1. Olgunun başvuru anında ve tedavi sırasındaki laboratuar parametreleri

	Başvuru sırasında	Yatışın 1. gün	Yatışın 2. gün	Yatışın 3. gün	Yatışın 4. gün
Glukoz (mg/dl)	104	156	195	243	-
BUN (mg/dl)	75	95	78	66	54
Kreatinin (mg/dl)	1,9	2,36	1,3	1,4	1,06
ALT (IU/L)	754	1125	736	654	358
AST (IU/L)	509	502	206	75	42
Total bilirubin (mg/dl)	0,9	1,6	2,18	-	-
Direkt bilirubin (mg/dl)	0,4	1,8	1,56	-	-
Gamma GT (IU/L)	-	233	-	-	-
Alkalen fosfataz (IU/L)	-	120	-	-	-
LDH (IU/L)	-	837	416	-	392
Albümin (gr/dl)	2,9	3	2,5	2,6	2,3
CRP (mg/dl)	-	5,36	-	0,8	0,21
Prokalsitonin (ng/ml)	-	1,27	-	-	0,39
Ferritin (ng/ml)	-	1160	-	-	-
Lökosit (10*3/µL)	9,78	5,47	8,78	7,75	6,99
HB (gr/dl)	16,3	17,3	14	14	13,7
Trombosit (10*3/µL)	160	153	152	129	94
HBa1c (%)	-	7,2	-	-	-
iPTH (pg/ml)	-	534	-	-	-
TİT(protein)	3+	2+	-	-	-

PS-190

TİP 2 DİYABETLİ HASTALARDA FARKLI TEDAVİ SEÇENEKLERİNİN ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ ÜZERİNE ETKİSİ VARMIDIR?

Fatih Şahpaz, Orçun Kuet

Dumlu Pınar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı

Diabetes mellitus (DM) tüm dünyada büyük bir sağlık sorunudur. Kardiyovasküler komplikasyonlar tip 2 DM'li hastalarda glikozile hemoglobin A1c (HbA1c) ve ortalama trombosit hacmi (MPV) ile ilişkilidir. Artmış Ortalama Trombosit Hacmi, Diabetes Mellitus hastalarında yaygın vasküler komplikasyonlarla yakından ilişkilidir. Bu çalışma MPV ile insülin tedavisi alan veya oral hipoglisemik tedavi alan hastaları kıyaslamayı amaçlamaktadır.

Çalışmaya randomize olarak seçilen 300 hasta 100 kişilik üç gruba ayrıldı: oral hipoglisemik tedavi alan grup-1, insülin tedavisi alan DM grup-2 ve non-DM sağlıklı grup-3. Tüm hastalardan açlık kan şekeri, HbA1c ve MPV ve biyokimya değerleri retrospektif olarak değerlendirildi. Ortalama HbA1c düzeyleri; non-diyabetik grupta 5.95±0.323, DM grup 1'de 10.13±2.53 ve DM grup 2'de 9,07±2.03 olarak saptandı. MPV değeri Grup 1›de (oral hipoglisemik tedavi alan) 10.07±0.7, Grup 2›de (İnsülin tedavisi alan) 9.01±0.6 ve kontrol Grubunda 6.91±0.7 olarak tespit edildi. Çalışma sonucu MPV değerlerinin Tip 2 DM olan hastalarda artmış olduğu göstermiştir ve oral antidiyabetik tedavi alan hastalarda, insülin tedavisi alan hastalara göre daha yüksek olarak saptanmıştır MPV, DM grup 1›de non-diyabetik grup ve DM grup 2 ile kıyaslandığında anlamlı olarak yüksek bulundu. MPV' nin tip 2 DM artmış olduğu görülmüştür. Bu çalışma, DM'da artan MPV'nin kötü glisemik kontrole ilişkili olduğunu göstermektedir.

Çalışma sonucu DM hastası olgularda vasküler hastalık olasılığını tahmin etmek için MPV basit ve düşük maliyetli-etkin bir tanı aracı olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir. Tip 2 diyabet doğrulanmış olgularda insülin tedavisinin erken başlanması sadece kan şekeri düzeyini kontrol etmede yardımcı olmaz; aynı zamanda MPV seviyesini düşük tutarak yaklaşan vasküler olayların olma olasılığını önlemeye yardımcı olabilir

Anahtar Kelimler: Ortalama Trombosit Hacmi, Tip 2 Diabetes Mellitus, İnsülin Tedavisi

Tablo 1. Klinik ve Laboratuvar parametreleri

	DM grup 1	DM grup 2	konturol grup 3
Cinsiyet(K/E)	58:42	63:37	58:42
Yaş(YIL)	58.5	58.7	59.7
VKİ(kg/m^2)	24.2±1.6	23.8±1.9	23.2±1.7
HbA1c (%)	10.13±2.53	9,07±2.03	5.95±0.323
Platelet sayısı	279.6±73.6	282.9±62.9	277.9±57.8
MPV (fl)	10.07±0.7	9.01±0.6	6.91±0.7

PS-191

AKUT BÖBREK HASARI VE HİPERKALSEMİ İLE BAŞVURAN BİR OLGUDA VİTAMİN D İNTOKSİKASYONU

Süleyman Baş, İpek Buse Güzelce, Funda Müşerref Türkmen, Melike Günay, Aslı Büyükkuşcu, Abdullah Gümüş, Günışıl Yalçın, Berna Yücel Aybal, Pınar Zehra Davarcı, Öznur Sadioğlu Çağdaş, Derya Şenel Yıldız, Nurullah İlhan, Mustafa Güneş, Sercan Kiremitçi

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: D vitamini vücuttaki kalsiyum dengesinin düzenlenmesi için gereklidir.D Vitamini eksikliği yaygın olarak görülen bir durumdur.Kutuplara yakın bölgelerde yaşamak,güneşe maruziyet azlığı,koyu cilt,yaşlanma,güneş koruyucu kremler,obezite,vitamin D metabolizmasında artma(hiperparatiroid i,lenfoma),malabsorbsiyon,nefrotik sendrom,kronik böbrek yetmezliği,kronik karaciğer yetmezliği,ilaçlar(antikonvulzanlar,antitüberküloz ilaçlar gibi) vitamin D eksikliğinin başlıca nedenleridir.Vitamin D intoksikasyonu ise genellikle iyatrojenik olup uygunsuz dozda D vitamini alınmasına bağlıdır.D vitamin intoksikasyonuna bağlı hiperkalsemi ve akut böbrek hasarı ile başvuran olgumuzu irdelemeyi uygun gördük.

Olgu: 42 yaş kadın hasta bulantı,kusma şikayeti acil servise başvuruyor. Hasta MNGİE sendromu tanılı.Domperidon kullanmaktaydı.Fizik muayenede şuur açık,koopere,kaşektik,dehidrate görünümlü.KB 90/60 mmHg,nabız 108/dk,ritmik,solunum sayısı 16/dk.Hastanın başvuru anı ve tedavi sonrası laboratuar parametreleri Tablo-1'de görülmektedir.Hasta hiperkalsemi ve akut böbrek hasarı ile servise interne edildi.Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde son 2 aydır,gün aşırı D vitamini ampul kullandığı öğrenildi.Hastanın D vitamin düzeyi ölçülemeyecek düzeyde yüksek geldi(25-hidroksi vitamin d düzeyi>160 ng/dl).Hastada D vitamin intoksikasyonuna bağlı hiperkalsemi ve akut böbrek hasarı düşünüldü.Hastaya günlük 4000 iv hidrasyon ve furosemid ile hiperkalsemi tedavisine başlandı.Hastanın batın USG'sinde:her iki böbrek boyutları normal,konturları düzgündür,parankim ve sinüs ekojeniteleri grade 1-2 RPH lehine artmıştır,kortikomedüller ayrım net olarak yapılabilmektedir.Kalkül,kitle izlenmedi.Tedavi sonrası kreatinin değerleri normale gerileyen hasta normokalsemik olarak taburcu edildi.

Tartışma:D vitamini intoksikasyonu,hiperkalseminin nadir bir nedenidir.D vitamini intoksikasyonu ise genellikle iyatrojenik olup uygunsuz dozda D vitamini alınmasına bağlıdır.D vitamin düzeyi 150 ng/dl üzerinde olması D vitamin intoksikasyonu olarak kabul edilir.D vitamini intoksikasyonunun temel bulguları sindirim kanalından fazla kalsiyum emilmesi sonucu ortaya çıkan hiperkalsemiye bağlıdır.Kalsiyum sinir, kalp,kas,sindirim sistemi ve böbrekleri etkiler.Hiperkalsemide yorgunluk,kaslarda güçsüzlük,karın ağrısı, bulantı,kusma,poliüri, dehidratasyon,QT intervali kısalması,aritmi,hiperkalsiüri,nefrokalsinozis,böbrek yetmezliği gelişebilir.Labarotuar parametrelerinde potasyum,magnezyum,klor düşük,HCO3,kalsiyum yüksektir.D vitamin intoksikasyonunda kalsiyum yüksek,ALP normal veya düşük,PTH düşük hatta baskılanmış ve 25-hidroksi vitamin D yüksek olabilir.D vitamini intoksikasyonunun tedavisinde esas prensip hiperkalseminin düzeltilmesidir.İlk olarak D vitamininin kesilmesi ve kalsiyumdan kısıtlı diyet verilmesi esastır.Hastanın fizyolojik salinle hidrasyonu glomerüler filtrasyonu sağlar ve sodyum kalsiyumun tubuler geri emilimini engelleyerek etki gösterir.Loop diüretikleri,özellikle furosemid kalsiyum atılımını arttırır.Hafif hiperkalsemi değerleri gösteren olgularda bu tedaviye genellikle yanıt alınmaktadır.Kortikosteroidler barsaklardan kalsiyum geri emilimini azaltarak ve kalsitriolü suprese ederek etki gösterirler.Kemikten kalsiyum rezorbsiyonunu azaltan ajanlar arasında kalsitonin ve bifosfanatlar sayılabilir.

Sonuç: Ülkemizde D vitamin eksikliği sık olmakla birlikte,D vitamin preparatları kullanan hastalar D vitamin intoksikasyonu açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimler: akut böbrek hasarı, hiperkalsemi, vitamin D intoksikasyonu

Tablo 1. Hastanın başvuru anındaki ve taburculuk esnasındaki laboratuar parametreleri

	Başvuru anında	Taburculuk sırasında
BUN (mg/dl)	62	10
Kreatinin (mg/dl)	1,44	0,59
Albümin (gr/dl)	2,8	2,8
Kalsiyum (mg/dl)	13,7	9,2
Sodyum (mEq/L)	133	141
Potasyum (mEq/L)	3,6	3,6
Fosfor (mg/dl)	4,82	3,7
Magnezyum (mg/dl)	2,26	1,67
ALT (IU/L)	10	9
AST (IU/L)	15	11
Alkalen fosfataz (IU/L)	50	-
pH	7,53	7,47
PO2 (mmHg, venöz kanda)	67,6	59,9
PCO2 (mmHg, venöz kanda)	55,7	42,6
CHO3 (mmol/L, venöz kanda)	46,3	30
i-PTH (pg/ml)	<3	3,7
25-OH vit D (ng/ml)	>160	>160

PS-192

KARIN AĞRISININ NADİR GÖRÜLEN BİR SEBEBİ AKUT İNTERMİTTANT PORFİRİA

Andaç Komaç, Elif Gram, Ercan Ersoy, Tuba Demirci Yıldırım, Cihangir Türemiş, Hasan Çağrı Yıldırım, Bahar Engin, Harun Akar

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Porfiria heme biyosentez yolağında yer alan spesifik enzim aktivitelerinde azalmaya bağlı hem ara ürünlerinin çeşitli dokularda birikmesi ile karakterize heterojen bir grup hastalıktır. Biz bu yazıda tip 1 diyabet tanısı olan karın ağrısı ile başvuran ve porfiria tanısı alan olgumuzdan bahsetmek istedik.

Olgu: Dokuz yıldır bilinen tip 1 diyabet tanısı olan 21 yaşında bayan hasta intensif insülin tedavisine aksatmadan devam etmekteymiş. 2 hafta lahana,

ardından 1 hafta boyunca dukan diyeti yaptığını belirten hasta 1 gündür olan karın ağrısı, kabızlık, kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede kan basıncı 110/70 mm/hg, nabız 110 atım/dakika, ateş:36,4 C diğer sistem muayeneleri olağandı. Glukoz: 362 mg/dl, üre:20 mg/dl, kre:1,2 mg/dl, AST: 84 U/L, ALT: 74 U/L, Na:125mmol/L, K:4,4mmol/L, WBC: 13300 u/L, Hgb:13,8 gr/dl, PLT:253000 u/L, tam idrar tetkiki (TİT): +3 glukoz, +3keton, +2 eritrosit, B-hcg negatif saptandı. Kan gazında asidozu yok idi.Batın USG'de patolojik bulgu saptanmayan hasta diyabetik ketoz tanısı ile dahiliye servisine yatırıldı.24 saat insülin infüzyon tedavisi alan hastanın TİT'te keton negatifleşmesinden sonra insülin infüzyonu kesilerek intensif tedaviye geçildi. Karın ağrısı şikayeti artan, batında hassasiyet gelişen 4 gündür gayta çıkışı olmayan hasta genel cerrahi kliniğince ileus ön tanısı ile opere edildi. Batın içi douglasta belirgin olmak üzere seröz vasıfta serbest sıvı dışında patoloji saptanmadı. Postoperatif dönemde hastanın bel ve karın ağrısı şikayetleri arttı. Yatışının 9. gününde tonik klonik vasıfta yaklaşık 3 dakika süren 2 defa tekrarlayan nöbet geçirmesi, hipertansif (160/100 mm/hg) ve taşikardik (150 atım/dakika) olması üzerine hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Çekilen EEG'de ön hemisferde paroksismal anormallik, kranial MR'da oksipital bölgede post iktal ödem saptandı.Laboratuar tetkiklerinde sedimentasyon:15 mm/sa, CRP: 6.08 mg/dl, ANA, RF, brucella, VDRL, viral hepatit serolojisi negatif, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Karın ağrısı ve nörolojik semptomları olan hastada porfiria olabileceği düşünülerek idrarda porfobilinojen (PBG), aminolevulinik asit (ALA) düzeyleri çalışıldı. PBG düzeyi 273 μmol/L (referans: 0-34 μmol/L), ALA düzeyi 146 μmol/L (referans : 0-8 μmol/L) saptanan hastaya akut intermitant porfiria tanısı konuldu.

Tartışma: Akut intermittant porfiria hepatik porfobilinojen deaminidaz eksikliği sonucunda ortaya çıkar. Klinik bulgular genellikle puberte sonrasında ortaya çıkar ve kadınlarda daha sık görülür. Hormonal faktörler, stres, uzun süreli açlık, enfeksiyon ve porfirinojenik ilaçların kullanımı gibi tetikleyicilerin etkisiyle ataklar ortaya çıkar. Karın ağrısı, kabızlık, yaygın vücut ağrısı, mental değişiklikler, işitme kaybı, bulantı ve kusma, kas gücü kaybı, hipertansiyon, taşikardi, ateş, konvülziyon ve respiratuar paralizi, uygunsuz ADH salınımına bağlı hiponatremi görülebilir. Posterior reversible ensefalopati sendromu klinikoradyolojik bir antitedir.Hastamızın kranial MR bulguları bu antite ile uyumlu olarak yorumlanmıştır. Hastaya idamede gabapentin tedavisi başlandı. Analjezi, intravenöz hidrasyon, beta bloker tedavi ile izlemde karın ve bel ağrısı şikayetleri gerileyen, vital bulguları normal sınırlarda seyreden, sıvı kısıtlaması ile sodyum değeri 132mmol/L'ye yükselen hasta takibe alınarak gerekli önerilerde bulunarak taburcu edildi.

Anahtar Kelimler: Akut intermittant porfiria, tip 1 diyabet, karın ağrısı, porfiria

PS-193

PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ UYGULANAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hakkı Hamid Doğru[1], Gülümser Kır Doğru[2]

[1]*Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Samsun*
[2]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun*

Amaç: Periyodik sağlık muayenesi (PSM) belirli aralıklarla sağlıklı bireylere uygulanan, bireye özgü risklerin belirlenmesini; erken tanı ve tedavi edilebilecek hastalıkların tespit edilmesini amaçlamaktadır. Çalışmanın amacı PSM polikliniğine son 4 ayda başvuran hastaların genel özelliklerini tespit etmektir.

Yöntem: Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Dahiliye Polikliniğine Kasım 2014-Şubat2015 tarihleri arasında PSM amacıyla başvuran dosya bilgileri eksiksiz olan 40 vaka çalışmaya dahil edilmiştir. Retrospektif olarak incelenen olguların demografik verileri, geçmiş ve şimdiki tıbbi öyküleri, aile öyküleri, fizik muayene, laboratuar incelemeleri ve planlanan uygulamaları kaydedilmiştir.İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Vakaların %47,5'i (n=19) kadın, %52,5'u (n=21) erkekti. Kadınların yaş ortalaması 42,1±13,7 erkeklerin yaş ortalaması ise 39,4±15,7 olup yaş ortalaması 40,7±15,1 idi. PSM polikliniğine başvuran hastaların çoğunluğunun (n=14, %35) aktif bir şikayeti olmamakla birlikte şikayeti olan hastalarda karın ağrısı, yaygın vücut ağrısı, halsizlik, baş ağrısı önde gelen ana yakınma nedenleriydi. Olguların çoğunluğunun (n=17, %42,5) bilinen herhangi bir kronik hastalığı yoktu; kronik hastalığı olanların çoğunluğunun hipertansiyon ve gastrit nedeniyle takipli olduğu görülmüştür. Katılımcılar çoğunlukla (n=21,%52,5) herhangi bir nedenle sürekli ilaç kullanmazken her iki cinsiyette de en sık kullanılan ilaç grubu antihipertansif ilaçlardı (p=0,052). Yaşam tarzları değerlendirilen hastaların %22,5'i (n=9) sigara kullanırken kullananların çoğunluğu erkek olup cinsiyetler arası anlamlı farklılık görülmemiştir (x^2=2,239, p=0,326). Sigara kullananlar 16,8±12 paket/yıl sigara kullanımı mevcut olup fagerstrom nikotin bağımlılık (FGS) düzeyleri 3,6±3 idi. Erkeklerin bağımlılık düzeyi daha yüksek olup kullanım miktarları ile cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,699). 6 (%15) katılımcı sosyal içicilik düzeyinde alkol kullanmakta olup erkekler çoğunluktaydı (p=0,451). Katılımcıların %82,5'i (33) düzenli spor yapmamaktadır. 9 (%22,5) katılımcının birinci ve ikinci derece yakınlarında malignite öyküsü olup cinsiyetler arası farklılık bulunmamıştır(x^2=0,043, p=0,835). 11 (%27,5) katılımcının ailesinde ise koroner arter hastalığı öyküsü bulunmaktadır. Öncesinde tarama ya da endikasyon sonucu kolonoskopi yaptıran 6(%15) katılımcı vardı. Kadın katılımcılardan 6'sı (%31,6) öncesinde en az 1 kez mamografi çektirmiş olup 8 (%42,1) kadın katılımcı ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi yapmaktadır. 5 (%26,3) katılımcı ise en az bir kez smear aldırmış. Katılımcıların sistolik kan basıncı 121,75±14,07, diastolik kan basıncı ise 78,75±8,22 olup erkeklerin sistolik kan basıncı kadınlara göre daha yüksek diastolik kan basıncı ise kadınlarda daha yüksekti(t=0,183, p=0,856). Katılımcıların ortalama beden kitle indeksleri (BMİ) 26,88±5,8 olup kadınların BMİ daha yüksekti. Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda 10(%25) hastaya aralıklı PSM önerilirken 6 (%15) hastaya değerlendirmeler sonucu ileri inceleme ve kontrol önerildi. 8(%20) hasta ise ilgili branşlara konsülte edildi. 6 (%15) hastaya kolonoskopi planlandı. Kadın katılımcıların 10'una (%52,6) mamografi ve smear planlandı.

Sonuç: PSM koruyucu hekimliğin önemli basamaklarından biridir. Sadece erken tanı ve tedavi amacıyla değil ayrıca hasta eğitiminin de mümkün olduğu bir uygulamadır.

Anahtar Kelimler: genel dahiliye, periyodik sağlık muayenesi

PS-194

NADİR BİR OLGU: PANKREATİK ARTRİTİK SENDROM

Cüneyt Kahraman[1], Nilüfer Kuzeyli Kahraman[2], Fatih Şahpaz[1], Türkan Paşalı Kilit[1], Osman Tamer Şahin[1]

[1]*Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı*
[2]*DPU Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği*

Amaç: Pankreatik pannikülit, pankreatik asiner hücre karsinomu olan bazı hastalarda gelişen sistemik bir sendromdur, pankreatit veya hematolojik maligniteli hastalarda daha az sıklıkla görülür. Genellikle ekstremite üzerinde kırmızı nodüllerle karakterizedir. Gerçekte yağ nekrozu ile birlikte lobüler pannikülit alanları vardır. Artrit %60 oranında görülür ve genelde ayak bileği ve dizleri tutar. Ayrıca ateş, eozinofili ve plöroperikardit görülebilir(1).

Olgu: 75 yaşında erkek hasta. Yaklaşık 4 yıldır kronik böbrek yetmezliği nedeniyle takip edilen, son 4 aydır periton diyalizi olan hasta. Periton diyalizi kateteri takılacağı dönemde pankreasta kitle saptanan hastaya ileri tetkikler sonrası pankreas adeno kanser tanısı konmuş. 2 ay önce tüm vücutta yaygın peteşiler, yüksek ateş (38.5 ^{0}C) nedeniyle başvurdu. WBC: 14.600, Hb:11.1, Plt: 68.000, Eos:5.4, Eos%: 37.3, üre: 231 mg/dL, kreatinin: 5.10 mg/dL, AST: 26 U/L, ALT: 24 U/L, CRP: 181.5 mg/L, LDH: 634 U/L, amilaz: 82 U/L, GGT:60 U/L, ferritin>1500 ng/mL saptanan hastada özellikle ayak bileklerinde, gövdede yaygın ekimotik, yama tarzı cilt lezyonları mevcuttu (Şekil:1). Yaygın eklem ağrıları tarifleyen hareket kısıtlılığı olan hastanın her iki ayak bileğinde ısı artışı, hassasiyet mevcuttu. Pankreas kanseri nedeniyle tedavi gören hastaya, yaygın kaşıntı ve eozinofilisi olması nedeniyle antihistaminik olarak feniramin maleat ampul İV 3x1, metilprednizolon 40 mg İV 1x1 uygulandı. Tedavi sonrası kaşıntı ve eklem ağrıları gerileyen hastanın eozinofil: 0.1 (% 0.9)'e WBC:5.8, CRP:28.6 saptandı. Semptomları ve biyokimyasal parametreleri gerileyen hasta periton diyalizi ve onkoloji takibiyle taburcu edildi.

Sonuç: Cilt semptomları ve artritik bulgular nadir de olsa çeşitli organ patolojilerine sekonder olarak görülebilir. Pankreatik artritik sendrom nadir görülmesinin yanında semptomatik yaklaşım haricinde daha çok primer hastalığın tedavisini gerektirmektedir. Hastamızın semptomları antihistaminik ve steroid tedavisine biyokimyasal ve semptomatik olarak hızlı yanıt vermiştir. Atipik cilt bulguları ve artrit semptomlarının pankreas kaynaklı patolojilere eşlik edebileceği, erken tanı için ipucu verebileceği her zaman akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1- Goldman, L., & Ausiello, D. (2008). Cecil Textbook of Internal Medicine.

Anahtar Kelimler: Artrit; Eozinofili; Pankreas



Şekil 1.

PS-195

GESTASYONEL DİYABETLİ KADINLARDA ORTALAMA PLATELET HACMİ VE 25 HİDROKSİ D VİTAMİNİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kadri Turan, Mine Adaş, Ayşen Helvacı, Murat Kahramaner, Müge Bilge

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Gestasyonel diyabetik kadınlarda, Ortalama trombosit hacmi (OTH) ve 25–hidroksi D vitamini düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalardaki sonuçlar çelişkilidir. Bu nedenle çalışmamızda sağlıklı gebe kadınlarla, gestasyonel diyabet tanısı alan kadınların OTH ve 25 hidroksi D vitamini düzeylerini karşılaştırmayı amaçladık.

Materyal ve Method: Oral glukoz tolerans testi yapılarak taranmış ve gestasyonel diyabet tanısı almış 24-28 haftalık gebeliği olan kadınlar çalışmaya alındı. Çalışmada 52 gestasyonel diyabetik, 52 sağlıklı gebe kadında OTH ve 25 hidroksi D vitamini düzeylerine bakıldı. Kişilerin demografik, klinik ve diğer laboratuvar bulguları kaydedildi (Tablo1) .

Sonuçlar: OTH (Standart sapma; SS) gestasyonel diyabetik grupta 8.5(1.0) fL, sağlıklı gebelerde 8.3(1.1) fL bulundu. İki grubun OTH düzeyleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark yoktu (p=0.303). Gestasyonel diyabetiklerde ve sağlıklı grupta ortalama (SS) 25-hydroksi vitamin D düzeyi sırasıyla 20.5(11.0) ng/mL ve 21.1(9.3) ng/mL bulundu. Her iki grubun ortalama 25-hidroksi vitamin D düzeyleri arasında istatistiki bakımdan anlamlı fark bulunmadı (p=0.477 (Tablo2)). Gestasyonel diyabetiklerde OTH ve 25 hidroksi D vitamini arasında korelasyon da yoktu (r=0.002, p=0.983).

Sonuç: Çalışmamızda, gestasyonel diyabetik ve sağlıklı gebe kadınların OTH ve 25 hidroksi D vitamini düzeyleri arasında bir fark saptanmadı. Gestasyonel diyabetikleri OTH ve 25 hidroksi D vitamini arasında korelasyon da bulunamadı

Anahtar Kelimler: Gestasyonel diyabet, Ortalama trombosit hacmi, 25 hidroksi D vitamini

Tablo 1. Hasta ve Kontrol Grubunun demografik ve antropometrik özelliklerinin ortalamaları

	Hasta Grubu				Kontrol Grubu				
	Ortalama±SS	n-%, Medyan	Minumum	Maksimum	Ortalama±SS	n-%, Medyan	Minumum	Maksimum	p
Yaş (Yıl)	31.2±3.4	32	24	37	31±4.7	30	24	40	0.462
Boy (cm)	160.5±5.1	160	150	172	16.1±5.3	160	150	170	0.674
Kilo(Kg)	74.8±7.7	75	60	92	74.1±13	72	55	120	0.233
BKİ(Kg/m^2)	29.1±3.2	29	23.1	37.8	28.9±4.6	29	22	44	0.393
Birinci derece akrabada diyabet var	20	38.5%			7	13.5%			0.004
Birinci derece akrabada diyabet yok	32	61.5%			45	86.5%			
Gebelik sayısı	2.2±0.9	2	1	4	2.2±1	2	1	5	0.522
Gebelik haftası	26.2±1.6	26	24	28	26±1.4	26	24	28	0.493

Tablo 2. Hasta ve Kontrol grubunun OTH ve 25 Hidroksi D vitamini düzeyleri

	Hasta Grubu				Kontrol Grubu				
	Ortalama±SS	n-%, Medyan	Minumum	Maksimum	Ortalama±SS	n-%Medyann	Minumum	Maksimum	p
OTH (fl)	8.5±1.0	8	6.5	10.7	8.3±1.1	8	7	12	0.303
25 Hidroksi D vitamini (ng/ml)	20.5±11.0	21	4.2	62	21.1±9.3	22	4	50	0.477
Vitamin D <30ng/ml	8	15.4%			6	11.5%			0.566
Vitamin D>30ng/ml	44	84.6%			46	88.5%			

Bağımsız örneklem t test/Mann Whitney u test/ki kare test

PS-196

SIRADIŞI KLİNİK PREZENTASYONLU ERİŞKİN EBSTEİN ANOMALİSİ OLGUSU: KARDİYAK SİROZ

Refik Demirtunç, Melisa Sanem Ulular, Kübra Kördemir, Tuba Öztürk Haliloğlu, Feyza Şahan Gürpınar

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Ebstein anomalisi (EA) triküspit kapağın septal yaprağının sağ ventrikül apeksine doğru yer değiştirmesi sonucu oluşan ve oldukça nadir görülen konjenital kalp hastalığıdır. EA'nın ancak %5 kadarı 50 yaşın üzerinde yaşamını sürdürebilir. Sıklıkla sağ kalp yetmezliği görülür. Burada yanlışlıkla Kriptojenik Karaciğer Sirozu tanısı konulan EA'ya bağlı 55 yaşındaki Kardiyak Siroz olgusu sunulmuştur.

Olgu sunumu: 55 yaşındaki erkek hasta, acil servise şuur bulanıklığı ve nefes darlığı nedeniyle başvurdu. Önceden çeşitli uzmanlık dallarına başvuran ve kriptojenik karaciğer sirozu tanısı konulan hastanın fizik muayenesinde şuur bulanıklığı, ajitasyon, sarılık ve siyanoz mevcuttu. Traubesi kapalı olan hastanın

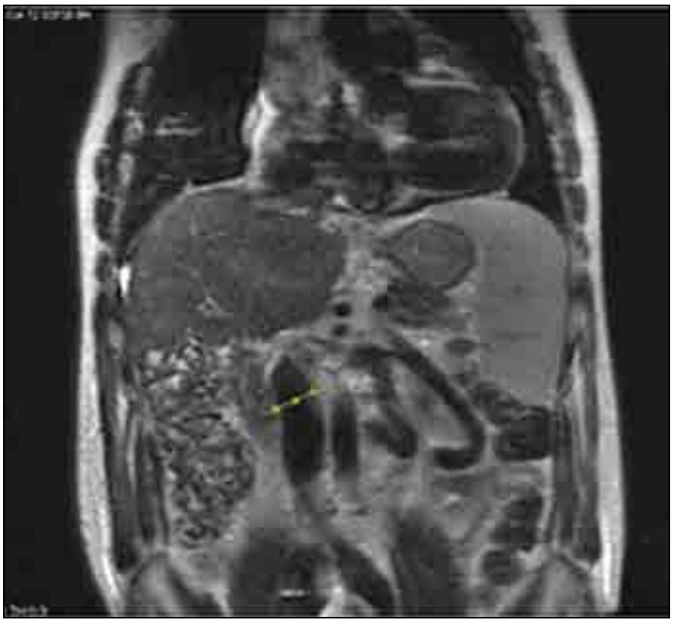
splenomegalisi olup asit saptanmadı. Belirgin juguler venöz dolgunluk gözlendi. Kussmaul belirtisi pozitifti. Sol alt sternal sınırda inspiryumda hafif azalan pansistolik üfürüm mevcuttu. Pretibial ödem ve staz dermatiti vardı. Laboratuar incelemede beyaz küre:3280/μL, trombosit:93700/μL, ALT:42 IU/L, total bil:2,22mg/dl, direkt bil:1,31mg/dl, albumin:2,6g/dl, INR:1,7, amonyak:131μmol/L (N:16-40) ölçüldü. Akciğer grafisinde kardiyotorasik oran:0,64, EKG:PR mesafesi sınırda uzun (0,20sn), Child-Pugh sınıf:C, MELD skoru:15 hesaplandı. Hepatik ensefalopati düşünülen hastaya protein kısıtlaması, Laktuloz, Rifaksimin, uygun sıvı elektrolit tedavisi başlandı. Takiplerinde hastanın şuuru açıldı. Önceden kriptojenik karaciğer sirozu tanısı alan hastada etyoloji tekrar araştırıldı. Tüm diğer nedenlerin dışlanması ve juguler ven dolgunluğunun belirgin olması, pansistolik üfürüm duyulması nedeniyle altta yatan nedenin kardiyojenik olabileceği düşünüldü. Batın Ultrasonografisinde; karaciğer boyutları normal, konturleri makronoduler, splenomegali mevcuttu. Vena cava inferior çapı 31mm ile artmış ve hepatik ven dilate idi. Portal ven Doppler USGde portal hipertansiyon ile uyumlu revers akımlar saptandı, portal ven debisi 200ml/dk ile belirgin azalmıştı. Ekokardiyografide apikal yerleşimli triküspit kapağı, triküspit regürjitasyonu, dilate sağ atrium tespit edildi. Ek anomali tespit edilemedi. Sonuç olarak; Ebstein anomalisi ve buna bağlı kardiyak siroz tanısı konulan hasta kardiyovaskuler cerrahi kliniği olan bir merkeze sevk edildi.

Sonuç: Tanıda detaylı fizik muayene esastır. Juguler ven inspeksiyonu fizik muayenenin unutulmayan bir parçası olmalıdır. Juguler venöz dolgunluk sağ atrium basıncının bir yansımasıdır. Çoğunlukla klasik kalp yetmezliğinin bir belirtisidir.

Anahtar Kelimler: Ebstein anomalisi, kardiyak siroz, apikal triküspit kapak

Sonuç Parametresi	Test Sonucu
Diğer Mitral DES Zaman	
Diğer AY PHT (ms)	
Diğer Pulmoner Ven (m/s) S	
Diğer Pulmoner Ven (m/s) D	
Diğer Pulmoner Ven (m/s) R	
Mitral Kapağı	N
Aort Kapağı	N
Triküspit Kapağı	EBSTEİN ANOMALİSİ
Pulmoner Kapağı	N
Anterolateral	N
Anterobazal	N
Apeks	N
Septum	N
Posterolateral	N
Posterobazal	N
İnferior	N
Sonuç	EBSTEİN ANOMALİSİ (APİKAL YERLEŞİMLİ TRİKÜSPİT KAPAK)SAĞ ATRİUM DİLATASYONUNORMAL SOL VENTRİKÜL SİSTOLİK FONKSİYONU
Doktor (Sorumlu)	2755

Transtorasik ekokardiyografi	
Sol Atrium (cm)	3,2
Aort Kökü (cm)	2,8
Aort Kapak Açıklığı (cm)	
Sol Vent DSÇ (cm)	4,6
Sol Vent SSÇ (cm)	2,5
EF (%)	65
EDV	
ESV	
IVS (cm)	1,0
Arka Duvar (cm)	1,0
Sağ Atrium (cm)	
Pulmoner Arter (cm)	
Asendan Aorta (cm)	
Mitral Maks Hız (m/s) E	0,6
Mitral Maks Hız (m/s) A	0,9
Mitral Maks Gr (mmHg)	
Mitral Ort Gr (mmHg)	
Mitral Yetmezlik	
Mitral MVA (Plani) (cm2)	
Mitral MVA (PHT) (cm2)	
Mitral MVA (PISA) (cm2)	
Aort Maks Hız (m/s)	1,0
Aort Maks Gr (mmHg)	
Aort Ort Gr (mmHg)	
Aort Yetmezlik	



PS-197

ONİKİ AKUT HİPERTRİGLİSERİDEMİK PANKREATİT OLGUSUNUN KLİNİK ANALİZİ

Refik Demirtunç, Kübra Kördemir, Uğur Özensoy, Kadir Kayataş, Tuba Öztürk Haliloğlu

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç : Hipertrigliseridemi, alkol ve safra taşından sonra en sık üçüncü akut pankreatit nedenidir. Eskiden tüm akut pankreatitlerin %1-4' ünü oluşturur-

ken son yıllarda hızla artışla %10'a ulaştığı rapor edilmektedir. Akut pankreatit nedeni olarak hipertrigliseridemi, bazen gerekli önem verilmeyerek gözden kaçabilmektedir.

Gereç-Yöntem: İç Hastalıkları kliniklerinde takip edilen 10 hastada tanı konulan 12 hipertrigliseridemiye bağlı akut pankreatit olgusu çalışmaya alınmıştır. İki hasta rekürrens nedeni ile tekrar yatırılmıştır. 12 olgunun demografik, klinik, analitik, radyolojik olarak retrosprektif analizi yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların yaşları: medyan: 40 yıl (32-71 yıl arası), 5'i kadındı. Tüm hastaların hepsinde karın ağrısı, 9'unda bulantı kusma vardı. 7 hastada diabetes mellitus, 3 hastada hipertansiyon eşlik ediyordu. 4 hasta önceden atak geçirmişti. Serum amilazı ve lipazının tanı destekleme oranı sırası ile %75, %68'idi. Serum trigliserid seviyeleri: medyan: 1420 mg/dL (589-3591mg/dL), total kolesterol medyan: 378 mg/dL (215-512 mg/dL), HDL medyan: 14,5 mg/dL (7-22 mg/dL) idi. %75 olgunun serumu lipemik idi. 5 olgunun Ranson skoru 0, 5 olgunun 1, 1 olgunun 2 ve bir olgununda 3 idi. 2 olgunun APACHE II skoru 0, 2 olgunun 2, 3 olgunun 3, 4 olgunun 4, 1 olgununda 6 idi. BT' de bir hastada pankreas nekrozu varken diğerlerinde inflamatuar, pankreas ve/veya peripankreatit ödem mevcuttu. Revize Atlanta Klasifkasyonuna (2012) göre: 1 hasta orta derecede şiddette iken, diğer hastalar hafif derecede idi. Organ yetmezliği yoktu. Hastane içi ölüm yoktu.

Sonuç: Literatürde akut hipertrigliseridemik pankreatitin ağır ve komplikasyolu seyredilebileceği bildirilmesine rağmen bizim vaka serimizde hafif şiddette seyretmiştir. Tedavide hızlı tanı ve hızlı trigliserid seviyesinin düşürülmesi önemlidir. Lipemik serum tespiti, akut pankreatitin etiyolojisinde hipertrigliseridemi akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimler: Akut Pankreatit,Hipertrigliseridemi

PS-198

ACİL SERVİSE BAŞVURAN HİPERTANSİF ACİL DURUM VAKASI

Mehmet Çelik, Sabahattin Çakır

İstanbul Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi; İç Hastalıkları Kliniği

Amaç: Hipertansif kriz sistolik kan basıncının >180 mmHg ve diyastolik kan basıncının >120 mmHg üzerinde olması olarak tanımlanır. Ancak hipertansif krizler, hipertansif acil durum (emergency) ve hipertansif öncelikli durum (urgency) olmak üzere iki kategoriye ayrılır. Hipertansif acil durumlarda kan basıncında ciddi yükselme (>180/120 mmHg) ile birlikte, beyin, kalp ve böbrek gibi hedef organlarda yeni ortaya çıkmış veya ilerleyici karakterde hasar ve fonksiyon bozukluğu bulguları vardır. Acil servislerde sıklıkla karşılaşılan, hızlı ve multidisipliner yaklaşılmadığı takdirde mortal seyreden hipertansif acil durumu olan bu vakayı sunmayı uygun gördük.

Olgu: 67 yaşında kadın hasta, akşam yemeğinden sonra ani başlayan nefes darlığı ve boğazında sıkılma hissi şikayeti ile acil servise başvurdu. 10 yıl önce hipertansiyon ve hiperlipidemi tanısı konulan hasta antihipertansif perindopril/indapamid 10/2,5 mg ve antilipidemik tedavi olarak atorvastatin 20 mg kullanıyormuş. 1 yıl önce göğüs ağrısı şikayeti ile başvurduğu hastanede sol ventrikül sistolik ve diyastolik fonksiyonları ve koroner arterleri normal bulunmuş. Son 10 gündür ilaçlarını aksattığı, akşam yemeğinden sonra aniden nefes darlığının başladığını ifade ediyor. Fizik muayenede genel durumu kötü, ortopneik, takipneik ve siyanoz mevcut. TA: 210/130 mmHg, nabız 105/dk ritmik. Periferik nabızlar güçlü ve palpabl. Periferik ödem yok. Kalp oskültasyonunda mitral odakta 2/6 sistolik üfürüm mevcut. Her iki akciğerde orta zonlara kadar krepitasyon saptandı. Nörolojik muayenesi normal bulundu. Laboratuvar bulgularında; Glukoz:165 mg/dl, Kreatinin:1,0 mg/dl, Na:135 mg/dl, K:4,3 mg/dl, Hemoglobin: 11,9 mg/dl Lökosit: 6700 mm^3, D-dimer ve Troponin I değerleri, EKG normal idi. Hasta hipertansif kriz ve pulmoner ödem ön tanısı ile yoğun bakım ünitesine yatırıldı, monitörize edilerek nitrogliserin infüzyonu açıldı ve 40 mg i.v. furosemid yapıldı. Birinci saatte kan basıncı 170/110 mmHg'ye düşürülen hastanın 1000 cc diürezi oldu ve rahatladı. Kardiyak belirteçlerinde iskemik bulguya rastlanılmadı. Kan basıncı yaklaşık 36 saatte normal değerlere kadar düşürüldü. Ekokardiyografide sistolik fonksiyonlar normal olarak gözlenirken, diyastolik fonksiyon bozukluğu saptandı. Perindoril/indapamid 10/2,5 mg ve amlodipin 10 mg tablet şeklinde tedavisi düzenlendi. Poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Hipertansif acil/hipertansif öncelikli durum ayırımı için akut ilerleyici hedef organ hasarı araştırılmalı, genel olarak, antihipertansif tedavinin ilk saatlerinde kan basıcı normal değerlere değil, başlangıç değerinin %20-25 altına düşürülmelidir. Hipertansif öncelikli durumlarda yani herhangi bir hedef organ hasarının olmadığı durumlarda ise, kan basıncı 24-48 saatte yavaş olarak ve genellikle ACE inhibitörü ve kalsiyuma antagonisti gibi oral ilaçlar ile düşürülmelidir.

Anahtar Kelimler: Hipertansiyon, Hipertansif acil durum, Hipertansif öncelikli durum

PS-199

WALDENSTRÖM MAKROGLOBULİNEMİSİ'NE EŞLİK EDEN ÜRTİKERYAL VASKÜLİT OLGUSU: SCHNITZLER SENDROMU

Yavuz Karahan[1], Fatma Eda Nuhoğlu Kantarcı[1], Duygu Şak[1], Füsun Erdenen[1], Vefa Aslı Erdemir[2], Cem Leblebici[3]

[1]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği
[3]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji

Giriş: Schnitzler Sendromu kalıtsal otoinflamatuar sendromlarla benzerlik gösteren nadir ve edinsel bir sistemik hastalıktır. Ürtikeryal döküntü ve monoklonal gammopatilere eşlik eden ateş, ESR yüksekliği, artralji/artrit, lökositoz, kemik ağrıları, lenf nodları, kaşıntı, organomegali ile seyreder. Soluk pembe-kırmızı makül, papül ve plaklar ile karakterize cilt bulguları her olguda mevcuttur. Erkeklerde daha sık olmakla beraber hastalığın ortalama başlangıç yaşı 51'dir. Olgumuz yüksek ateşin eşlik ettiği ürtikeryal lezyonları olan Waldenström makroglobülinemisi tanılı hastadır.

Olgu sunumu: 1 yıl önce yüksek ateş ve gövdede ürtikeryal döküntüler gelişen 46 yaşında erkek hastanın yapılan tetkiklerinde total proteinin 11 g/dl, ESR 120, protein elektroforezinde M bandı 3.8 gr/dl, Ig M 6310 mg/dl, serum immünelektroforezde Kappa hafif zincirde monoklonal band, kemik iliği biyopsisinde plazmositoid diferansiyasyon gösteren matür B hücreli neoplazi saptanması üzerine hastaya Waldenström makroglobulinemisi tanısı ile 6 kür kemoterapi uygulanmış. Hasta kemoterapi sırasında ve sonrasında sıklaşan döküntüler nedeniyle kliniğimize yönlendirildi. Fizik muayenesinde gövdede ve ekstremitelerde ürtikeryal papül ve plaklar, boyun sağ tarafında bir adet LAP dışında özellik yoktu. Lezyonlara yüksek ateşin eşlik ettiği hastada ESR:70(RA:0-20), lökosit:14.780, nötrofil:12.440, CRP: 9.22 (RA:0-5), IgA:34,5 mg/dl (RA:82-453), IgG: 526 mg/dl(RA:751-1560), IgM:390 mg/dl (RA:46-304), serum Beta-2-mikroglobulin:2.38 mg/L (RA:1.09-2.53), kriyoglobulin negatif, diğer tetkikler normal olarak saptandı. Abdominal ultrasonografide hepatomegali (198 mm), tomografide çölyak aks düzeyinde 22 mm ve 12 mm çaplı lenfadenopatiler gözlendi. Dermatoloji ile konsülte edilen hastanın sırt bölgesindeki lezyonlarından biyopsi alındı. Sonucu beklenirken hastaya ikili antihistaminik tedavi başlandı. Hastanın lezyonlarında herhangi bir gerileme olmaması üzerine hastaya 32 mg metilprednizolon tedavisi başlandı. Tedavinin 2. gününde hastanın şikayetleri azalmaya başlarken ikinci haftanın sonunda tamamen geriledi. Biyopsi sonucu epidermiste hafif spongioz ve nötrofil infiltrasyonu, dermis yüzeyel bölümde perivasküler ağırlıklı interstisyel alana yayılan nötrofillerden zengin, lenfosit ve nadir eozinofil içeren iltihabi hücre infiltrasyonu ve ödem, minimal vaskülitik değişikliklerin eşlik ettiği nötrofilik dermatoz olarak sonuçlanan hastaya Schnitzler Sendromu tanısı kondu.

Sonuç: Uzun süren ve klasik tedavilere dirençli sistemik bulguların eşlik ettiği kronik ürtikerde akla Schnitzler Sendromu gelmelidir. Tanıda Strasbourg Kriterleri tanımlanmıştır. Tanı konulmadan önce kriyoglubilinemi, ürtikeryal vaskülit, C1 inhibitör eksikliği, hiper Ig-D sendromu ve yetişkin başlangıçlı Still hastalığı ekarte edilmelidir. Tedavide antihistaminiklere ve sistemik steroidlere yanıt iyi olmayabilmektedir. Nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar cilt lezyonlarında, ateş ve artraljide kısa süreli iyileşme sağlarken Metotreksat, IFN-alfa, Talidomid, fototerapi, endojen IL-1 Ra sentetik analoğu Anakinra'nın etkili olabileceği rapor edilmiştir. Prognozu kötü olmamakla beraber 15 yıllık sağ kalım %94, lenfoproliferatif hastalık eşlik etme riski ise 10 yıl içinde %18 bulunmuştur. Bu hastalıklar marginal B hücreli lenfoma, Ig-M miyelomu ve Waldenström makroglobulinemi, nadiren Multiple Miyelom'dur. Schnitzler Sendromu tanısı almış hastaların bu yönden periyodik takibe alınmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: Schnitzler Sendromu, Kronik Ürtiker, Ürtikeryal Vaskülitler, Monoklonal Gammopati



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3

PS-200

ATEŞ VE KARACİĞER FONKSİYON TESTİ YÜKSEKLİĞİ BULUNAN HASTALARDA AYIRICI TANI:LEPTOSPİROZ

Erdem Baran[1], Arzu Cennet Işık[1], Emirhan Işık[2], Seydahmet Akın[1], Nazire Aladağ[1], Özcan Keskin[1], Mehmet Aliustaoğlu[1]

[1]Dr.lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi
[2]Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Leptospiroz infekte fareler, diğer kemiriciler, köpekler, kediler, çiftlik hayvanlarıyla temasla bulaşabilen baş ağrısı, ateş, terleme, ikter, bulantı, kusma gibi semptomlarla seyreden, BOS tetkikleri ve idrarda antijen bakılması ile tanı konulabilen enfeksiyöz bir hastalıktır. Genellikle hayvancılıkla uğraşan, öz bakımı yetersiz kişilerde gözlenir. Bilirubin yüksekliği, lökositoz, kreatin fosfokinaz artışı, trombositopeni, karaciğer fonksiyon yüksekliği olan hastalarda anamnezden akla gelebilecek bir tanıdır.

Olgu: 69 yaşında bilinen DM dışında hastalığı olmayan erkek hasta acile bulantı, kusma, oral alımda azalma yakınmaları ile başvurdu. Parmak ucu alınan kan şekeri değeri ölçülemeyecek seviyede olması nedeniyle insülin infüzyonu başlandı. Vital bulgularında Nb: 100/dk., TA: 100/60 mmHg, Solunum sayısı: 18/dk. ve ateşi 40,5 °C olarak saptandı. Fizik muayenesinde batında palpasyonla hassasiyet dışında özellik yoktu. Tetkiklerinde WBC:11100 K/mm^3, Hg:12.5g/dl, PLT:144000 k/mm^3,AST:62 U/L, ALT:35 U/L, CK:493 U/L idi. Çekilen EKG'sinde V 1-2-3-4-5-6 da T negatiflikleri olması üzerine Akut koroner sendrom ön tanısı ile kardiyoloji ile konsülte edildi. Çekilen EKO'sunda hipokinezi olmadığı ve Troponin istenmesi belirtildi. Troponin sonucu negatif olması nedeniyle AKS düşünülmedi. Hastanın çekilen batın USG'sinde safra kesesi duvar kalınlığı artmış, akut kolesistit ile uyumlu bulgular olduğu belirtildi. Cerrahi ile konsulte edilen hastada akut kolesistit düşünülmediği belirtildi. Laboratuvar değerleri tekrar edildiğinde ALT:65 U/L,AST:153 U/l, CK:2121 U/L ye yükseldi. Hastanın laboratuar tablosundaki değişim ve dirençli ateşinin olması üzerine hastada enfeksiyoz bir patoloji olabileceği düşünüldü. Anamnez derinleştirildiğinde hastanın bakımsız bir evde ve kimsesiz yaşadığı, farelerle maruziyetinin olduğu öğrenildi. Hastaya istenilen enfeksiyon hastalıkları konsultasyonu sonucunda Leptospiroz olabileceği düşünülerek enfeksiyon hastalıkları tarafından yatırıldı.

Tartışma: Hastalığın yönetiminde erken tanı önemlidir. Belirtileri spesifik olmadığı için öncelikle hastalığın ayırıcı tanıda düşünülmesi önemlidir. Leptospiraların herhangi bir klinik örnekten izolasyonu ile direkt olarak ya da serolojik tanı yöntemleri ile indirekt tanı konulur. Genellikle BOS tetkiki veya idrarda antijen bakılması ile tanı netleştirilebilir. Leptospirozda biyokimyasal testler de tanıya yardımcıdır. ALT, AST (100-200 U/L arası), bilurubin, ALP, serum kreatinin fosfokinaz, üre, kreatin, sedimantasyon, lökosit artışı saptanır. Trombositopeni sıktır. Olgumuzda bir anda yükselen KCFT, CK yüksekliği, lökositoz ve trombositopeni ile hastanın yaşadığı yerin sorgulanması bize tanıda yardımcı olmuştur. Sonuç olarak Türkiye'de leptospirozun görüldüğü unutulmamalı, böbrek ve karaciğer tutulumu ile seyreden hastalık tablolarında leptospiroz düşünülmelidir.

Anahtar Kelimler: leptospiroz, ateş

PS-201

TİP 1 DİYABETİN NADİR BİR KRONİK KOMPLİKASYONU:HEMİPLEJİK MİGREN

Erdem Baran, Arzu Cennet Işık, Tuğba Sevinç Gamsız, Seydahmet Akın, Özcan Keskin, Mehmet Aliustaoğlu

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Migren kronik epizodik baş ağrılarının en sık rastlanan tipidir, hemiplejik migren ise nadir bir aurali migren formudur;atak sırasında tek taraflı güçsüzlük ile ortaya çıkar. Ataklar şeklinde seyreden nörolojik defisit tam olarak düzelmekle birlikte, bazen kalıcı da olabilir.Ateş,hemianopsi,tek taraflı güçsüzlük ve uyuşmalar ile seyreder.Görüntüleme yöntemleriyle herhangi bir etyoloji bulunmadığında ortaya konulabilen bir dışlama tanısıdır.Olgumuzda kalıcı olan ve düzelmeyen Tip 1 Diabetes Mellitusun düzensiz regulasyonuna bağlı olabilecek nörolojik sekel ile takip ettiğimiz bir hemiplejik migren vakasını sunmak istedik.

Olgu: 23 yaşında bayan hasta acilimize baş ağrısı, bulantı, kusma ile başvurdu.15 yıllık Tip1 DM öyküsü ve 3 yıldır olan hipotiroidi tanıları ile düzensiz takip ve tedavi altında olduğu anamnezinde öğrenildi. Diyabetik ketoasidoz nedeniyle mükerrer yatış öyküsü mevcuttu.15 gün önce nöroloji kliniğinde akut serebrovaskuler hastalık ön tanısıyla tetkik edilmiş fakat ileri tetkiklerinde özellik saptanmayarak hemiplejik migren tanısı ile takibe alınmış.Tarafımıza başvurusunda vital bulguları stabil fakat sağ kol ve bacak kaldırmada güçlük,sağ yüz yarımında hemiplejiye bağlı motor ve duyu kayıpları vardı.Tetkiklerindeki kan şeker yüksekliği gözlem altında regule edildi.Kranial MR,difüzyon mr,boyun MR ve doopler USG dekontrollerinde özellik saptanmadı.Hemiplejik migren tanısı doğrulanarak nöroloji ve dahiliye poliklinik kontrolü ile taburcu edildi.

Tartışma: Hemiplejik migren çok nadir görülen bir migren formu olup, genellikle çocukluk yaşında 20 yaşından önce ortaya çıkar. Düzensiz kan şekeri regulasyonu olan hastalarda sık rastladığımız komplikasyonlara ek olarak hemiplejik migreni nadir olarak görmekteyiz.Akut nörolojik patoloji düşünülen diyabetik hastalarda akılda tutulması gereken bir tanıdır.

Anahtar Kelimler: hemiplejik migren, tip 1 diyabet

PS-202

KÜTAHYA İLİNDE İÇ HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN TİP 2 DİYABETİK HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Türkan Paşalı Kilit[1], Kevser Onbaşı[2], Serdar Üçgün[1], Tamer Şahin[1], Celal Kilit[3]

[1]Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kütahya
[2]Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Bilim Dalı, Kütahya
[3]Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Kütahya

Amaç: Diabetes Mellitus (DM) dünyada ve ülkemizde oldukça sık rastlanan ve sıklığı giderek artan bir hastalıktır. TURDEP II çalışması sonuçlarına göre Türk erişkin toplumunda DM görülme oranı %13,7'ye ulaşmıştır. Sonuçlar, ülkemizde obezite ve DM'nin en önemli toplum sağlığı sorunları olduğuna işaret etmektedir. Çalışmamızda amacımız, Kütahya ilinde de oldukça sık gözlenen DM hastalarının demografik özelliklerinin, diyet uyum durumlarının, eğitim düzeylerinin, eşlik eden hastalıkların, kan basıncı değerlerinin ve almakta oldukları tedavilerin incelenmesidir.

Yöntem: Dumlupınar Üniversitesi (DPÜ) Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları polikliniğine kontrol için başvuran, daha önce Tip 2 DM tanısı almış toplam 179 hasta kesitsel olarak incelendi. Hasta-

ların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, boy, kilo, diyet uyumu, kan basıcı değerleri, eşlik eden kronik hastalıklar ve kullandıkları antidiyabetik ilaçlar incelendi.

Bulgular: Çalışmada toplam 179 DM hastası (yaş ortalaması 59,1 ± 10,4 yıl, 32 – 88 yaş) incelendi. Hastaların %79,3'ü kadın, %20,7'si erkekti. DM süreleri ortalama 9,2 ± 5,6 yıldı. Hastaların %66,3'ü obezdi (Vücut-kitle indeksi ≥30 kg/m^2). Vücut-kitle indeksleri ortalama 32,2 ± 5,9 kg/m^2 idi. Kadın cinsiyette obezite görülme sıklığı daha yüksekti (kadınlarda %70,2; erkeklerde %51,4). Hastaların %62,2'si diyetlerine uyduklarını, %37,8'i ise uymadıklarını belirttiler. Okuryazar olanların oranı %91,1'di. Ofis sistolik kan basıncı ortalaması 134,8 ± 16,6 mmHg, diastolik kan basıncı ortalaması 87,7 ± 9,6 mmHg idi. Hastaların %62'sinde hipertansiyon, %24'ünde hiperlipidemi, %8,9'unda koroner arter hastalığı, %8,4'ünde hipotiroidi mevcuttu. Tedavide hastaların %56,4'ü yalnız oral antidiyabetik kullanmaktaydı. Hastaların %43'ünün tedavisinde insülin mevcuttu.

Sonuç: Tüm dünyada DM sıklığı hızla artmaktadır, ancak ülkemizdeki artış hızı çok daha yüksektir. TURDEP II çalışmasında, Türk erişkin toplumunda DM sıklığının %13,7'ye ulaştığı ve DM görülme sıklığında %90 artış olduğu görülmüştür. DM hastalarında hipertansiyon iki kat daha sık görülmektedir. Tip 1 DM'de hipertansiyon prevelansı %10 ila 30 arasında değişmekte iken tip 2 DM'de ise bu oran %40 ila 50'dir. Bizim polikliniğimize kontrol amaçlı başvuran DM hastalarında ise hipertansiyon prevalansı %62 olarak tespit edilmiştir. DM'ye eşlik eden hastalıklarda ilk sırayı hipertansiyon almaktadır. Daha sonra sırasıyla hiperlipidemi ve koroner arter hastalığı gelmektedir.

Anahtar Kelimler: Diabetes Mellitus, Hipertansiyon, Obezite

PS-203

ANAZARKA ÖDEM İLE GELEN KRONİK FAZ KRONİK MYELOİD LÖSEMİ OLGUSU

Mine İşçimen[1], Gülden Yürüyen[1], Orkide Kutlu[1], Yasin Kutlu[1], Hasan Eruzun[1], İlkim Deniz Toprak[1], Sedat Irmak[1], Abdülhamit Sutukoğlu[1], Tufan Tükek[2]

[1]İstanbul Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Bilinen 3 yıldır kronik myleoid lösemi tanısı olan 9 aydır mevcut hematolojik hastalığına yönelik tedavi alamamış hasta iki ay önce başlayarak giderek şiddetlenen bulantı, kusma, karın ağrısı ve tüm vücutta şişlik, nefes darlığı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Yapılan tetkiklerinde hemoglobin:5.2 gr/dL, hematokrit:%17, WBC:279.000, üre:216mg/dL, kreatinin:2.31mg/dL saptanan hasta tetkik ve tedavi amacıyla dahiliye servisimize interne edildi. Gelişinde tansiyon:110/70mmHg, bilateral (+++) pretibial ödem ve anazarka tipi ödemi mevcuttu. KML'ye yönelik hidroksiüre 500 mg 3x2,ödemine yönelik furosemid infuzyonu ile hasta takip edildi. Hastanın rutin tetkiklerinde WBC:299.000, HGB:7.5gr/dL, HCT:%22.7, MCV:76, Platelet:62.000, üre:216mg/dL, kreatinin: 2.31mg/dL, ürik asit:21mg/dL, AST:29U/L, ALT:10U/L, ALP:251U/L, GGT:100U/L, LDH:1406U/L, albumin:2.7gr/dL, total bilirubin:1,66 mg/dL, direkt bilirubin:1.14 mg/dL, APTT:40.1, INR:1.6 olarak saptandı.Tam idrar tahlilinde özellik saptanmadı, günlük protein atılımı 403mg/gün olarak hesaplandı. Hastanın çekilen Ekosunda EF'si %62, hafif pulmoner darlık dışında özellik saptanmadı. Batın ultrasonu karaciğer boyutu 230 mm, dalak boyutu 236mm, böbrek boyut- parankim ekosu ve pelvikalisiel yapılar tabii, batında yaygın serbest sıvı olarak raporlandı.Thorax BT'si çekilen hastada konjesyon bulguları ön planda düşünüldü. Genel cerrahi tarafından değerlendirilen hastada cerrahi bir patoloji düşünülmedi. Prerenal ABY düşünülen hastanın 2 gün içinde böbrek fonksiyonları normale geriledi. Batında yaygın asiti olan ileri derecede hepatosplenomegalisi olan hastadan parasentez yapıldı. Portal sistemde tromboz açısından portal ven doppler USG ile batın MR anjio çekildi. Portal ven doppler USG'de özellik saptanmadı, MR anjioda trombüs lehine bulgu saptanmadı. Asit mayiide hücre sayısı:4120 mm/3,%90 lenfosit, %10 PNL, 140 eritrosit saptandı KML'ye bağlı hücre yükü nedeniyle bu değerlerin yanıltıcı olabileceği düşünüldü. Serum asit albumin gradienti>1.1 olarak geldi. Asit mayi kültüründe üreme gözlenmedi.Tüberküloz açısından gönderilen ADA, ARB, PCR ve mikobakteri kültürü negatif geldi.Patolojiye asit örneği gönderilen hastada granülositik seriye ait hücreler, megakaryositler, matür lenfositler, eritroid seriye ait olabilecek hücreler saptandı.Daha önce imatinib kullanım öyküsü olan hastanın KML'ye yönelik yapılan kemik iliği aspirasyon/biyopsi FISH ve Sitogenetik sonucuna göre hasta imatinib dirençli Philedelphia pozitif kronik faz kronik myleoid lösemi olarak değerlendirildi. Hidroksiüre ve lasix dozu azaltılarak kesilen hastanın takiplerinde ödemi tamamen geriledi. wbc:6000 INR:1.17, albumin replasmansız 3.1gr/dL olarak saptandı. Hastanın aktif yakınması kalmadı. Ödem açısından tetkik edilen hastada etyolojojide bir neden saptanamaması üzerine mevcut tablonun hücre yüküne bağlı olduğu düşünüldü.

Anahtar Kelimler: kronik myeloid lösemi, asit, anazarka ödem

PS-204

LOKAL ANESTEZİ SONRASINDA GELİŞEN METHEMOGLOBİNEMİ OLGUSU

Uluğ Mutlu Günaydın[1], Ahmet Totama[1], Şenay Günaydın[2], Hakan Akın[3]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. İç Hastalıkları Kliniği
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Lokal anestezik ilaçlar santral kateterler, biyopsiler gibi minor girişimsel işlemlerde sıkça kullanılmaktadır. Prilokain, benzokain ve lidokain gibi lokal anestezik ilaçların yıkım ürünü olan O-toluidin hemoglobine bağlanan demiri okside eder methemoglobin oluşur.

Bu sunumda prilokain kullanımı sonrasında santral siyanozu ve methemoglobinemiye bağlı semptomları gelişen bir vaka sunulacaktır.

Olgu sunumu: 21 yaşında kadın hasta dahiliye polikliniğinde yemek yerken güçlük, karın ağrısı, son 1 ayda 7 kg kaybı olması ve demir eksikliği anemisi nedeni ile değerlendirildi. Gastrointestinal sistem malignitesi şüphesi ile dahiliye servisine yatışı yapıldı. Hastaya yapılan üst gis endoskopide özefagusda alt uçta web ve Z-çizgisinin hemen altında ülsere lezyon izlendi ve lezyondan biyopsiler alındı. Biyopsi materyalinin patolojik incelemesinde skuamoz hücreli karsinom tanısı alan hasta cerrahi olarak inoperabl kabul edildi. Hastaya kemoradyoterapi başlanması planlandı. Hastaya, göğüs cerrahı tarafından ameliyathanede lokal anestezi altında subkutanöz venöz port uygulandı. İşlem sonrasında servise alınan hastada nefes darlığı, taşıkardi ve siyanoz tespit edildi. Pulse oksimetre ile bakılan oksijen saturasyonu (SaO2) %75 idi. 10lt/dk O2 tedavisi altında SaO2: %82 olarak saptandı. Hastaya akciğer grafisi çekildi ve arter kan gazı (AKG) gönderildi. Akciğer grafisinde pnömotoraks saptanmadı. AKG' de pH:7.4, PaO2: 275 mmHg, SaO2:% 99 ve Methemoglobin (MHb): %28,5 olarak saptandı. Hastada venöz port yerleştirmek amacı ile kullanılan prilokaine bağlı methemoglobinemi geliştiği düşünüldü. Hasta yakın gözlem için yoğun bakım ünitesine alındı. Hemoglobin değeri 7,8 g/dl olan hastaya 1 ünite eritrosit süspansiyonu ve oksijen tedavisi uygulandı. 8 saat sonra MHb oranı %14,8 ve işlemden 16 saat sonra MHb oranı %3,7 olarak izlendi. Semptomları gerileyen hasta tekrar servise alındı. Genel durumunda iyileşme gözlenen hastaya daha önceden planlanmış olan onkolojik tedavisi başlandı. Tedavinin 7. gününde hematemezi olan hastaya girişimsel radyoloji tarafından embolizasyon tedavisi uygulandı. Takibinde yaygın damariçi pıhtılaşma ve hemorajik şok tablosu gelişen hasta yoğun bakım ünitesine alındı, yapılan müdehalelere rağmen hasta kaybedildi.

Tartışma: Bu sunumda subkutan venöz port yerleştirimesi amacı ile prilokain ile yapılan lokal anestezi sonrasında gelişen methemoglobinemi olgusu sunulmuştur. Methemoglobinemi, kalıtsal ya da edinsel faktörlerin etkisi ile ortaya çıkabilir. Klorokin, dapson, sülfanomidler ve lokal anestezik ilaçların (Lidokain, prilokain, benzokain) methemoglobinemiye neden olabileceği rapor edilmiştir. Lokal anestezik ilaçların yıkım ürünü olan O-toluidin hemoglobin içinde yer alan demiri okside ederek ferro (Fe^{2+}) formundan ferrik forma (Fe^{3+}) dönüştürür. Ferrik formda demir içeren hemoglobinin oksijene afinitesi artar ve dokulara oksijen iletim kapasitesi azalır.

Fizyolojik koşullarda hemoglobinin <%2'si MHb şeklinde bulunabilir ve herhangi bir semptoma neden olmaz. NADPH bağımlı methemoglobin enzimi tarafından ferrik formdaki demir tekrar deoksi-hemoglobine dönüştürülür.

Başağrısı, yorgunluk, nefes darlığı, siyanoz, mental durum değişiklikleri ve bilinç kaybı MHb düzeyi ile ilişkili şekilde görülebilir. Anemi, akciğer hastlıkları, hemoglobinopatiler semptomları ağırlaştırabilir. MHb <%20 ise tedavisiz izlenebilir, daha fazla oranda saptanmış ile metilen mavisi, askorbik asit uygulanablir, anemik hastalarda transfüzyon yapılabilir.

Anahtar Kelimler: Prilokain, Methemoglobinemi, Lokal Anestezi, Siyanoz

PS-205

POSTRENAL AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ İLE PREZENTE OLAN LENFOMA OLGUSU

Hasan Eruzun[1], Gülden Yürüyen[1], Yasin Kutlu[1], İlkim Deniz Toprak[1], Yücel Arman[1], Mustafa Özcan[1], Murat Akarsu[1], Orkide Kutlu[1], Tufan Tükek[2]

[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi,İç Hastalıkları Kliniği
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi,İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş : Akut böbrek yetmezliği böbrek fonksiyonlarında hızlı bir azalma ile oluşan ve yüksek mortalite oranına sahip önemli bir klinik durumdur.Prerenal azotemi en sık etiyolojik faktör olarak görülürken sonrasında renal parankim hasarı yapan sebepler ve en az olarak da postrenal nedenler izler.Üriner sistem obstruksiyonuna yol açarak postrenal akut böbrek yetmezliğine neden olan sebepler arasında taş,inflamasyon,travma,tümörler,nekrotik papilla,prostat

hiperplazisi,retroperitoneal fibrozis,lenfoma ve diğer malign oluşumlar bulunur. Biz,edinsel ekstrensek üriner sistem obstruksiyonunun nadir sebepleri arasında bulunan lenfomanın yol açtığı bir postrenal akut böbrek yetmezliği olgusunu sunduk.

Olgu: 54 yaşında bilinen bir hastalığı olmayan olgunun,bir aydır devam eden halsizlik,zayıflama şikayetleri olmuş.İdrar miktarının da azalması üzerine dış merkez acil servise başvuran olgunun kreatinini 12 mg/dl (0.72-1.25 mg/dl) saptanmış.Hastanın ilk başvurusunda ciddi asidozu da olması üzerine acil femoral kateter takılarak hemodiyaliz uygulanmış.Aynı anda yapılan üriner ultrasonografisinde sağ böbrek pelvikalisiyel sistemi grade 2,sol böbrek pelvikalisiyel sistemi grade 2-3 ektazik saptanmış. Hastaya yapılan kontrastsız batın tomografisinde bilateral hidroüreteronefroz,paraaortikokaval bölge ve parailiak alanlarda sağ tarafta daha belirgin izlenen yaygın yumuşak doku lezyonları ve kitleler saptanmış ve olgunun lenfoma,retroperitoneal kitleler açısından klinik ile birlikte değerlendirilmesi önerilmiş.Olguya aynı dönemde double J katater takılarak idrar çıkışı sağlanmış ve kreatinin seviyeleri gerilemiş. Olgu klinik ileri değerlendirme için hastanemize başvurdu.Son bir aydır kilo kaybı,halsizlik ve idrar miktarında azalma dışında şikayeti yoktu,gece terlemesi ve ateşi yoktu.Hastanın kliniğimize başvurduğundaki fizik muayenesinde kot altını 3.5 cm geçen hepatomegalisi ve sağ inguinal bölgede yaklaşık 1.5 cm çaplı yumuşak,mobil kitlesi dışında anormallik yoktu.Kreatinin seviyeleri 1.7-2.1 mg/dl aralığında stabil seyretti.Olgunun PET-BTsinde,sağ alt jugulerde,sağ retroklavikülerde,sol aksillada,mediastende ve her iki akciğerde metastatik lezyonla uyumlu yoğun hipermetabolik odaklar,dalakta ve batın içerisinde gross kitlesel lezyonlar(SUVmax:31.2) ve lenfadenopatiler,bilateral inguinalde yoğun artmış FDG tutulumları izlendi.Olgu mevcut tetkikler sonucunda yaygın lenfoproliferatif hastalık olarak düşünüldü ve patolojik tanı için sağ inguinaldeki kitleden eksizyonel biyopsi alındı.Biyopsi sonucunda diffüz büyük B hücreli lenfoma saptanan olguya aynı dönemde yapılan kemik iliği biyopsisinde hafif hiposelülarite dışında bir bulguya rastlanmadı.

Sonuç: Postrenal akut böbrek yetmezliği inflamasyon,taş,pıhtı,nekrotik papilla,retroperitoneal fibrozis ve tümörlere bağlı çok geniş yelpazede sebeplere bağlı oluşabilir.Olgumuzun öyküsünde varolan zayıflama ve halsizlik öyküsü malignite açısından uyarıcı idi.Yapılan tetkiklerde batın içi kitlenin bilateral üreterlere bası yapması sonucu akut böbrek yetmezliği geliştiği görüldü.Fizik muayene ile inguinal bölgede saptanan palpabl lenf nodundan yapılan biyopside diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı konuldu.Hematoloji tarafından değerlendirilen olguya uygun kemoterapi planlandı.

Anahtar Kelimler: böbrek yetmezliği,lenfoma,retroperitoneal kitle

PS-206

ADALİMUMAB KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN SUBAKUT TİROİDİT

Nazire Aladağ[1], Arzu Işık[1], Nesrin Şen[2], Seydahmet Akın[1], Abidin Gündoğdu[1], Mustafa Tekçe[1], Mehmet Aliustaoğlu[1], Özcan Keskin[1]

[1]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kiniği
[2]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi Uzmanı - Romatolog

Giriş: Subakut tiroidit genç bayanlarda, viral üst solunum yolları enfeksiyonu sonrası ortaya çıkabilir.En sık genç yetişkinlerde görülür. (Kadın 19.1 / erkek 4.1). İlaça bağlı tiroidit (IFN ALFA, IL-6, amiadaron) de başka bir tiroid nedenidir. Ateş,halsizlik,boyunda hassasiyet ve ağrı vardır. Başlangıç döneminde hipertiroidi kliniği (çarpıntı, terleme,ajitasyon) sonra ötiroid dönem, ilerleyen dönemlerde hipotiroidi kliniği görülür, sonra klinik normale döner. Tiroid hormonları artmış, TSH ve RAI uptake azalmıştır. Sedimentasyon çok yüksek olabilir. Tiroid antikorları hastaların ancak %10-15 inde görülür. Tanı klinik ve laboratuar ile konulur. Gerekirse aspirasyon biyopside dev hücreler ve büyük fagositler görülür. Tedavide NSAID ilk seçilecek ilaçlardır. Yetmiyorsa steroid ve beta bloker verilebilir. Olguların %10 unda kalıcı hipotiroidi gelişir. Burada Crohn hastalığı nedeniyle Adalimumab kullanımı bağlı gelişen ve nadir görülen subakut tiroidit vakası sunduk .

Olgu Sunusu: 36 yaşında bayan hasta; 8 yıldır Crohn hastalığı tanısıyla gastroenteroloji polikliniğinden takipli; boynunda ağrı,ateş,sedimentasyon ve crp yüksekliği nedenıyle interne edildi. Hastanın sorgulanmasında Crohn hastalığı nedeniyle kullandığı Adalimumab enjeksiyonun 3. dozundan sonra başlayan: boyun ağrısı,ateş,yutma güçlüğünün olduğunu belirtti. Hastanın boyun bölgesine radyasyon alma hikayesi yoktu,yakında geçirilmiş enfeksiyon hikayesi,ailesinde tiroid hastalığı öyküsü bulunmamaktaydı. Fizik muayenesinde şuur açık, koopere idi, palpasyonla boyun hassiyeti dışında önemli bir muayene bulgusuna rastlanmadı. Hastanın yatışı sırasında ateşleri:37,5-38 civarlarında seyretti. Yapılan KBB muayenesi olağan olarak değerlendirildi. Yapılan tetkiklerinde hemogram ve biokimyası olağan TSH:0,06 (baskılı), serbest T 4:23,9 st3:5,98, sed:75/saat,crp:104mg/dl. Tiroid antikorları negatif bulundu. Kan ve idrar kültüründe üreme olmadı . Tiroid USG:Sağ ve sol lobda parankim eko yapısında hipoekoik alanlar vardı. Tiroid sintigafisinde radyoaktif ıyot uptake azalmış olarak bulundu . Tetkikler sonrasında istenen endokrin konsültasyonunda hastaya subakut tiroidit tanısı konuldu. Hastaya NSAID ve propranolol başlandı. Tedavinin 3. gününde boğaz ağrısının geçtiği, hassasiyetinin azaldığı ve crp de gerileme olduğu görüldü.

Tartışma: Klinik pratiğimizde Anti TNF ajanlarını inflamatuvar patogenezi olan hastalıklarda (Romatoid artrit, İnflamatuvar bağırsak hastalığı, Ankilozan spondilit.) kullanmaktayız. TNF-α,birçok hastalıkta inflamasyonun patogenezinde önemli rol oynamaktadır. Özellikle bakteriyel ve özellikle mikobakteriyel enfeksiyonlara karşı konak savunmasında kritik rol oynamaktadır. Anti TNF ajan tedavisi latent tüberküloz enfeksiyonunu aktive edebileceğinden tedavi öncesinde akciğer grafisi, PPD ve quantiferon testleri yapılarak hastalar tüberküloz enfeksiyonu yönünden araştırılmalı, hepatit serolojileri görülmelidir. Bu ilaçları kullanan hastalar yan etkiler açısından dikkatli değerlendirilmelidir. Biyolojik ajanların kullanımında başka grup yan etkilerin de gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Vakamızda da olduğu gibi, anti TNF ajanı kullanan hastaların tedavi başlangıcında ve takiplerinde düzenli tiroid fonksiyon testleri planlanmalı ve gelişebilecek tiroid hastalıkları açısından dikkatli olunmalıdır .

Anahtar Kelimler: Anti Tümör Nekroz Faktör,subakut tiroidit,Crohn hastalığı,

PS-207

KEMOTERAPÖTİKLERE BAĞLI GELİŞEN BİR AKUT PANKREATİT OLGUSU

Erdem Baran, Nazire Aladağ, Seydahmet Akın, Arzu Cennet Işık, Mehmet Aliustaoğlu, Özcan Keskin

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Akut panreatitin %90 nedeni safra taşları olmakta olup diğer nedenler: alkol kullanımı, diyabetes mellitus, hipertrigliseridemi, familyal, iskemik nedenler, hiperkalsemi, travma, iatrojenik nedenler (ERCP gibi) oluşturmaktadır. Akut pankreatit yapabilen birçok ilaç grubu olmasına rağmen sık olarak OKS ile ilişkili olanlar bildirilmiştir. İlaca bağlı pankreatitler 4 sınıfta sınırlandırılmış olup kemoterapötiklere bağlı pankreatit de nadir görülebilmektedir.

Olgu: 68 yaşında bayan hasta acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın HT, mantle cell lenfoma haricinde kronik bir hastalığı yoktu. Hastanın daha önceden geçirilmiş pankreatit öyküsü, hiperlipidemi öyküsü, diyabetes mellitus öyküsü yoktu. Gelişinde vitalleri stabildi. GD orta, bilinç açık, oryante koopere, AC sesleri doğal, ral yok, ronküs yok, batında epigastrik hassasiyeti yoktu, defans yok, rebound yoktu. Sağ servikal bölgede ve sol supraklavikuler bölgede lenfadenopatileri mevcuttu. Bu bulgular haricinde fizik muayenede ek patoloji saptanamadı. Başvuru tetkiklerinde Ranson skoru:2 idi. Hastanın amilaz değeri:808 idi. Hastaya mantle cell lenfoma nedeniyle 3 hafta önce Çapa Tıp Fakültesinde tanı konulmuş ve 3 gün önce birinci kür Rituksimab+ Siklofosfamid+ Epirubisin+ Vinkristin+ Prednizon rejimli kemoterapi almış. Hastanın gelişinde orali stoplandı. Hidrasyon ve analjezik tedavi ile takibi yapıldı. Hastanın Batın USG sinde perikolesistik, perihepatik, perisplenik, pelvik lojda serbest mayii saptandı. Hastanın 2. gün Ranson skoru: 0 idi. Orali yağsız diyete açılan, semptomları gerileyen, amilaz değeri gerileyen, komplikasyon gelişmeyen hasta önerilerle ve poliklinik kontrolü ile taburcu edildi.

Tartışma: İlaca bağlı pankreatit nadir görülen akut pankreatit nedenilerinden biridir. İlaçlar genellikle immunolojik reaksiyonlara bağlı (6-merkaptopurin, aminosalisilik asit, sülfonamid gibi), direkt toksik etkiye bağlı (diüretik, sülfonamidler), toksik metaboliklerine bağlı (valproik asit, didanozin, pentamidin,tetrasiklin), iskemiye bağlı (diüretik, azatiyopurin), intravaskuler tromboz (östrojen), pankreatit sıvı viskositesinin artmasına bağlı (diüretik ve steroidler) mekanizmalarla görülebilmektedir. Ayrıca GLP-1 agonist tedavi ile de akut pankreatit riski bildirilmiş olup, özellikle tip 2 diyabetes mellitus tedavisinde tedavi rejimini değiştiren önemli bir parametredir. Akut pankreatit yapan ilaçlar Sınıf 1-2-3-4 şeklinde 4 ayrı gruba risklerine göre sınıflandırılmıştır. Sınıf 1 en riskli ilaç grubu olarak bildirilmişken Sınıf 4 en düşük pankreatit riski yapan ilaçlardır. Hastamıza verilen tedavi rejimideki ilaçlardan Siklofosfamid ve Vinkristin Class 3 ilaçlardan olup, nadir olan Prednizon ise Class 4 ilaç grubunda rol almaktadır. Tıbbi yaklaşım olarak verdiğimiz ilaçların önemli faydaları olduğu kadar yan etkileri ile de karşılaşarak yan etkilerinin verdiği komplikasyonlarla da mücadele edebilmekteyiz. Akut pankreatitin komplikasyonları mortal seyredebilmektedir. Bu nedenle altta yatan etyoloji bulunarak en etkin tedavi ile hastaların tekrar akut pankreatite girmesi önlenebilir. Olgumuzdan da anlaşılabileceği gibi kullanılan ilaçlara da bağlı pankreatit de gelişebileceği aklımızda bulunmalıdır. Olguyu nadir karşımıza çıkabilecek bir vaka olduğu için sunmanın yararlı olabileceğini düşündük.

Anahtar Kelimler: kemoterapötik, akut pakreatit

PS-208

ANTİFOSFOLİPİD ANTİKOR SENDROMU VE PORTAL HİPERTANSİYON ZEMİNİNDE GELİŞEN ÖZEFAGUS VARİS KANAMALI OLGU SUNUMU

Erdem Baran, Arzu Cennet Işık, Bilge İşçi, Nazire Aladağ, Mehmet Aliustaoğlu, Özcan Keskin

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Antifosfolipid antikor sendromu toplumun %1-4 ünde, SLE li hastaların %50 sinde görülür. Arteryel ve venöz trombozlarla seyreden fetal kayıplarla seyreden otomun bir hastalıktır. Bu olguların %10-20 kadarında portal hipertansiyon gelişmekte olup, hastaların genellikle antikoagülan kullanması gerekir.

Olgu: 36 yaşında bayan hasta kanlı kusma ve siyah dışkılama nedeniyle acile başvurdu.7 yıldır bilinen antifosfolipid antikor sendromu ve portal hipertansiyon tanısı ile hematoloji ve kadın doğum tarafından takip altındaydı.4 aylık gebeliği mevcut ve daha önce 7 kez gebeliği olan fakat canlı doğumu olmamış, düşüklerle seyretmişti. 2 ay önce de geçirilmiş gastrointestinal kanama nedeniyle dahiliye kliniğinde yatışı olmuştu. Portal hipertansiyonu portal ven trombozuna bağlı olup asetilsalisilik asit,dideral tb 1x1/2,düşük moleküler ağırlıklı heparin kullanmaktaydı.2 ay önceki gastrointestinal kanamasında yapılan gastroskopisinde grade 2-3 özefagus varisleri saptanmıştı.Fizik muayenesinde TA:100/70 mm Hg, nabız:80/dk,batında hassasiyet,defans yokrebound yok, rektal tuşesinde melenası vardı. Tetkiklerinde:Hgb:5.9 gr/dl, Hct:%17, Plt:26000 K/mm^3, INR: 1.29 idi. Batın USG sinde karaciğer boyutları normal sınırlarda olup parankim ekojenitesi ılımlı diffüz kaba granüler yapıda(kronik parankimal hastalık ile uyumlu),parankim içerisinde solid kistik lezyon tespit edilmedi.Hepatik venler ve portal ven doğaldı. İntrahepatik safra yollarında dilatasyon izlenmedi. Dalak 215 mm çapında olup boyutları artmıştı, splenik ven doğaldı, dalak konturları düzgündü.Portal ven lümeninde ekojenik kronik trombüs izlenmekteydi. RDUS ile akım saptanamadı.Pantoprazol infüzyonu ve Somatostatin infüzyonu başlandı.3 ünite lökosit filtrasyonlu eritrosit suspansiyonu ve 2 ünite taze donmuş plazma replasmanı yapıldı. Kontrollerinde Hgb:7gr/dl, hct:%25 olarak geldi. Hidrasyon ve Somatostatin infüzyonu ile takip edilen hastaya gastroenteroloji tarafından gastroskopisinde yine grade2-3 özefagus varisleri vardı. Kadın doğuma danışılan hastada acil obstetrik patoloji düşünülmemiş olup gebeliğin devam ettiği öğrenildi. Fetal kalp atımı mevcuttu. Hgb değeri 8 gr/dl ye yükselen hasta düşük moleküler ağırlıklı heparin tedavisiyle kadın doğum ve hematoloji poliklinik kontrolü ile taburcu edildi.

Tartışma: Bu grup hastalar tedavi yönetimi zor, gebelik kayıplarının oldukça sık yaşandığı, yalnızca gebede değil annede de mortalite riskinin artıran önemli bir durumdur.Tedavisinde kullanılan antiagregan ve antikoagülanlar nedeniyle tekrarlayan gastrointestinal sistem kanamalarına yol açması riski daha da artırmaktadır. Daha önceden geçirilmiş gebelik kaybı olmayan antifosfolipid antikor sendromlu hastalarda düşük doz aspirin genellikle yeterli olmakta olup, gebelik mortalitesi olan antifosfolipid antikor sendromlu hastalarda düşük moleküler ağırlığı heparin ve düşük doz aspirin tedavisinin etkili olduğu gösterilmiştir. Genellikle gebelikte 24-26. Haftalarda tekrarlayan düşüklerle seyretmektedir. Antifofolipid antikor sendromu ile portal hipertansiyon birlikteliğine gebelikte gelişen özefagus varis kanaması eşlik etmesi,nadir bir olgu olması amacıyla vaka olarak sunmayı tercih ettik.

Anahtar Kelimler: antifosfolipid antikor sendromu, özefagus varis kanaması, portal hipertansiyon, portal ven trombozu

PS-209

İÇ HASTALIKLARI POLİKLİNİKLERİNDE İLAÇ KULLANIM ÖZELLİKLERİ VE POLİFARMASİ SIKLIĞI

Aylia Yeşilova[1], Serap Yavuzer[2], Mahir Cengiz[2], Hakan Yavuzer[2], Mehmet Yürüyen[2], Gülçağrı Yıldız[1], Adnan Levent Yaldıran[2]

[1]S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Aynı anda birden fazla endikasyon için çok sayıda ilaç kullanımı anlamına gelen "polifarmasi" yaşlılarda morbidite ve mortaliteyi arttıran önemli bir geriatrik sendromdur. Polifarmasi üzerine çalışmalar daha çok geriatrik popülasyonda yapılmış olmakla birlikte ülkemizde genel hasta popülasyonunda bildirilen çalışma sayısı oldukça azdır. Çalışmamızın amacı genel dahiliye polikliniklerine başvuran hastalardaki ilaç kullanım özelliklerini ve polifarmasi sıklığını belirlemektir.

Yöntem: Nisan-Temmuz 2015 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Genel Dahiliye ile Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye polikliniklerine başvuran 892 hasta çalışmaya alındı. Polifarmasi sıklığı iki şekilde değerlendirildi. Birincisi 5 veya daha fazla ilaç kullanan hasta, ikincisi 5 veya daha fazla ilaç kullanan hasta veya en az bir gereksiz ilaç kullanan hasta olarak değerlendirildi. Hastaların eğitim durumu, gelir düzeyi ve ek hastalıkları sorgulandı.

Sonuçlar: Çalışmaya alınan 892 hastanın %67,3'ü kadın, %32,7'si erkek olup yaş ortalaması 51,9±16,1 idi. Hastaların hastaneye başvuruda kullandığı ortalama ilaç sayısı 3,3±3,4 iken %21,1'i en az 1 tane gereksiz ilaç kullanmaktaydı. Gereksiz kullanılan ortalama ilaç sayısı 1,8±1,1'di. Polifarmasi sıklığına bakıldığında; 5 veya daha fazla ilaç kullanan hasta sayısı 250 (%28) iken 5 veya daha fazla ilaç kullanan hasta veya en az bir gereksiz ilaç kullanan hasta sayısı 310'du (%34,8). Hastaların %51,6'sında hipertansiyon, %33,7'sinde diyabetes mellitus (DM) tanıları mevcuttu. Polifarmasi sıklığı yaş ($r=0,434$, $p<0,001$), hipertansiyon ($r=0,491$, $p<0,001$) ve DM ($r=0,316$, $p<0,001$) varlığı ile aynı yönde, eğitim durumu ($r=-0,399$, $p<0,001$) ile ters yönde ilişkiliydi. Polifarmasi açısından değerlendirilen hastaların muayene sonrası kullanacağı ortalama ilaç sayısı 3,2±2,9'a ve polifarmasi sıklığı ise %28'e gerilediği görüldü.

Tartışma: Polifarmasi sıklığı her ne kadar geriatrik yaş grubundaki hastalarda daha ayrıntılı inceleniyorsa da, genel dahiliye polikliniklerinde de oldukça sık olduğunu çalışmamız desteklemektedir. Ülkemizde sağlık harcamalarının giderek arttığı göz önüne alınırsa özellikle Genel Dahiliye ve Aile Hekimliği gibi genel polikliniklerde, her yaş grubundaki hastalar ilaç kullanım özellikleri ve polifarmasi açısından dikkatle irdelenmelidir.

Anahtar Kelimler: Polifarmasi, ilaç kullanımı,

PS-210

TÜRKİYE'NİN MARMARA BÖLGESİ'NDEKİ ÜNİVERSİTE HASTANESİNE 3 YIL BOYUNCA BAŞVURAN HASTALARDAKİ VİTAMİN D DÜZEYLERİ

Gülbüz Sezgin[1], Rana Turkal[2], Güler Öztürk[3], Selim Nalbant[1]

[1]Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Biokimya Anabilim Dalı
[3]Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Bilim Dalı

Amaç: 2011 ve 2013 yılları arasında Maltepe Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran poliklinik hastalarının vitamin D düzeylerini karşılaştırmayı ve hastaların vitamin D düzeylerini cinsiyet, yaş ve mevsimlere göre incelemeyi amaçladık.

Metod: Vitamin D düzeyleri, hastaların cinsiyet ve yaş bilgileri ile ölçümün yapıldığı mevsime ait veriler hastane kayıtlarından elde edildi.

Bulgular: 4860 poliklinik hastasının (%74'ü kadın) verileri incelendi ve hastaların %69.2'si 18-64 yaş arasındaydı. Vitamin D düzeyleri; %43.1 oranında ≤10 ng/mL, %31.9 oranında 10-20 ng/mL arasında, %16.1 oranında 20-30 ng/mL arasında ve sadece %8.9 oranında ≥30 ng/mL olarak saptandı. Vitamin D düzeyleri <10ng/mL olan kadın hastaların oranı erkek hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulunurken, vitamin D düzeyleri 10-20 ng/mL arasında olan kadın hastaların oranı erkek hastalara göre anlamlı derecede düşük bulundu ($P=0.001$). Kış ve yaz mevsimlerinde yeterli vitamin D düzeylerine sahip hastaların oranı sırasıyla %6.2 ve %11.1 olarak saptandı. Tüm hastaların %76.5'inde ve 65 yaş üzeri kişilerin %76.7'sinde, vitamin D düzeyleri 20 ng/mL altında saptandı.

Sonuç: Marmara Bölgesi'ndeki Maltepe Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran hastalarda vitamin D eksikliği prevalansı %75 (<20ng/ml) olarak saptandı.

Anahtar Kelimler: Vitamin D, mevsim, cinsiyet

PS-211

AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ VE HİPERBİLİRUBİNEMİ İLE PREZENTE OLAN LENFOMA TANILI BİR HASTADA İNFEKTİF ENDOKARDİT TANISI

Süleyman Dolu[1], Seyit Uyar[1], Mehmet Kök[1], Zahide Taş[1], Gülhan Özçelik[1], Sibel Çakıroğlu Özdemir[1], Gökhan Köker[1], Ayhan Hilmi Çekin[2]

[1]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: İnfektif endokardit (İE) kalbin endotelyal yüzeyinin ya da kalpte bulunan iyatrojenik yabancı cisimlerin (prostetik kalp kapakları ya da diğer kalp içi cihazlar) enfeksiyonudur. Bakteriyel, viral veya fungal etkenlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. İleri yaş, intravenöz ilaç bağımlılığı, konjenital kalp rahatsızlıkları, kalp kapak problemleri, santral katater ve immünyetmezlik İE için risk faktörleridir. İE`de böbreklerde fokal glomerulonefrit, infarktlar, apse ve nadiren immün kompleks glomerulonefriti gelişebilir.

Olgu: Hodgkin Lenfoma tanısı ile remisyonda olan 61 yaşında erkek hasta acil servise nefes darlığı ve ökürük şikayeti ile başvurdu. Akciğerde dinlemekle

ralleri olan hastanın akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda infiltrasyonları mevcuttu. Yapılan tetkiklerinde de BUN - kreatinin yüksekliği olması üzerine akut böbrek yetmezliği (ABY) ve pnömoni öntanılarıyla servise yatırıldı. Yeni gelişen nefes darlığı olan hastanın kontrast madde kullanımı ve renal hasar yapabilecek ilaç kullanımı yoktu. Hastanın gelişinde ölçülen WBC:23.100, Hb:8,4 gr/dL, trombosit:82.000, BUN:103 mg/dL, kreatinin:3,12 mg/dL, AST:164 U/L, ALT:638 U/L, T.bilirubin:3,5 ve D.bilirubin:1,43 mg/dL idi. Hastaya pnömoni tanısı ile moksifloksasin başlandı ve 3 kez hemodiyaliz uygulandı. Aort odağında 2/6 diyastolik üfürümü olması üzerine yapılan EKO`da ileri aort yetmezliği saptandı, kapaklarda vejetasyon izlenmedi. Çekilen batın USG ve MR`da hepatobiliyer patoloji saptanmadı. Yatışı süresince hastanın hiç ateşi olmayan hastanın kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Bakılan hepatik viral markerları negatif idi. Hastanın bilirubin ve KCFT yüksekliği devam etmesi üzerine moksifloksasin tedavisi 3. günde kesilip levofloksasin tedavisi başlandı. Takibinde trombosit sayısı 20,000'lere geriledi, D-dimer ve İNR yüksek, fibrinojen düşük olunca DİK açısından değerlendirilen periferik yayma trombositopeni ile uyumluydu, toksik granülasyon vardı, atipik hücre ve DİK ile uyumlu bulgu yoktu. Devam eden hiperbilirubinemisi enfeksiyona sekonder intrahepatik kolestaz ve hematolojik değişiklikleri de enfeksiyöz nedenlere bağlandı. 7 günlük antibiyoterapiye rağmen enfeksiyon parametreleri ve kliniği düzelmeyen hastaya İE şüphesi ile tekrar EKO yapıldı ve görülen şüpheli vejetasyon için transözafagal EKO (TEE) yapıldı. TEE'de aort kapak üzerinde 1 X 0,7 ve 0,7 X 0,6 cm çapında 2 adet vejetasyon saptandı. Hasta intaniye-kalp damar cerrahisi ve kardiyoloji ile konsulte edilerek kültür negatif infektif endokardit kabul edildi ve ampisilinsulbaktam ve gentamisin tedavisi başlandı. Kalp damar cerrahisi tarafından acil operasyon düşünülmedi ve antibiyotik tedavisi sonrası yeniden değerlendirilme önerildi. Hasta hala İE ve ABY tanıları ile servisimizde takip edilmektedir.

Tartışma: Tanı ve tedavi de yaşanan tüm ilerlemelere rağmen İE hastalığının insidansı hala değişmemiştir ve prognozu kötüdür. Bu hastalarda çoğunlukla etken saptanmasına rağmen, %5-15 vakada kültürde üreme olmamaktadır. İmmunsüpresif hastalar İE için önemli bir risk faktörüdür. Bizim vakamızda malinite, yaş ve kalp kapak hastalığı olması nedeniyle İE açısından riskli grup olarak kabul edilip, antibiyotik tedavisi ile kliniği ve laboratuvarı düzelmeyince tekrar EKO ve TEE yapıldı ve hastaya İE tanısı konuldu. Sonuç olarak İE hala özellikle riskli hastalarda görülme sıklığı azalmadan devam etmektedir. Bu nedenle İE enfeksiyon odağı araştırılırken ayırıcı tanı da her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: İnfektif endokardit, hiperbilirübinemi, akut böbrek yetmezliği

PS-212

KOL AĞRISIYLA BAŞ VURAN HASTADA TAKAYASU ARTERİTİ

Fatih Şahpaz, Cüneyt Kahraman, Türkan Paşalı Kilit, Süleyman Çoşkun

Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Kütahya, Türkiye

Amaç: Takayasu arteriti aorta ve büyük dallarını, bazen de pulmoner arteri tutan, sebebi bilinmeyen, kronik inflamatuar bir hastalıktır. Genellikle genç kadınlarda görülür. Çocuklarda daha nadir rastlanmaktadır. Hastaların %20'sine 19 yaşından, sonra tanı konulduğu belirtilmektedir. En sık Asya ülkelerinde görülmekle birlikte batı ülkelerinde de farklı ırklarda artan sayıda hastalar bildirilmektedir. Lezyonlar stenoz, oklüzyon, dilatasyon ve anevrizma formasyonu şeklinde olabilir. Bu makalede, Takayasu arteriti tanısı özellikle ülkemizde nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: Ateş, kilo kaybı, gece terlemesi, yürürken çabuk yorulma yakınmalarıyla başvuran 32 yaşında kadın hastanın öyküsünden yakınmalarının 6-7 aydır varmış, sağ kol ağrısının omuz yayıldığı ataklar halinde gelerek 1-1,5 saat sürdüğü ve analjeziklere cevap verdiği öğrenildi. Öz ve soy geçmişinde özellik olmayan hastanın fizik incelemesinde sağ kol radial arter nabızları zayıf alınıyor ve kan basıncı ölçülemiyordu; sol koldan ölçülen kan basıncı 105/65 mmHg idi.

Laboratuvar incelemesinde; hemoglobin 11 g/dl, hematokrit %33, beyaz küre sayısı 9000/mm^3, MCV 65 fl, trombosit sayısı 480.000/mm^3 idi, periferik yaymada %73 polimorf nüveli lökosit (PNL), %27 lenfosit mevcuttu, eritrosit morfolojisi hipokrom-mikrositerdi. İdrar incelemesi ve kan biyokimyasal değerleri normaldi. Serum demir düzeyi 18 mg/dl, total demir bağlama kapasitesi 392 mg/dl, ferritin düzeyi 98 ng/ml, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 99 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 94 mg/dl, anti-DNA antikor (anti-DNA), protein C, S, antitrombin-III normal düzeylerdeydi. Romatoid faktör, antinükleer antikor (ANA) negatifti. PA akciğer radyogramı ve elektrokardiyografi bulguları normaldi. Ekokardiyografik incelemede sağ subklavian arterde aortadan çıkış yerinden sonra segmenter darlık, sol subklavian arterde segmenter dilatasyon saptandı. Aortografide sağ subklavian arterde aortadan çıkış yerinden hemen sonra başlayıp torakstan çıkış yerine kadar devam eden segmenter darlıklar, sol subkavian arterde segmenter dilatasyonlar saptandı.

Sonuç: Ülkemizde nadir görülen bir hastalık olan Takayasu arteritinin başlangıç semptomları ateş, iştahsızlık, kilo kaybı, gece terlemesi gibi genel inflamasyon belirtilerinden ibarettir. Bu nedenle bu tür yakınmaları olan hastalarda ve rutin muayenede dikkatli nabız ve kan basıncı ölçümlerinin önemi açıktır. Erken tedavinin prognoz üzerine olumlu etkilerinden dolayı, öykü, fizik inceleme ve anjiyografi ile hastalığın erken tanısının konulması son derece önemlidir.

Anahtar Kelimler: nabız, kan basıncı, inflamasyon

PS-213

HOMOSİSTEİN DÜZEYLERİNDE ARTIŞIN PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA ATEROSKLEROZA ETKİSİ

Fatih Şahpaz[1], Ayhan Doğukan[2], Mustafa Neçati Dağlı[3]

[1]*Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Kütahya, Türkiye*
[2]*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji bilimdalı, Elazığ, Türkiye*
[3]*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji bilimdalı, Elazığ, Türkiye*

Kardiovasküler hastalıklar, böbrek yetmezlikli hastalarda önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda çeşitli faktörlerin etkisi ile ateroskleroza belirgin yatkınlık söz konusudur. Bu çalışmada amacımız artmış plazma homosistein konsantrasyonları sürekli ayaktan periton diyalizi(PD) uygulayan kronik böbrek yetmezlikli hastalarda ateroskleroz ve inflamasyon üzerine olan etkilerini incelemektir.

Çalışmaya 56 periton diyalizi uygulayan hasta ve 27 sağlıklı birey alındı Tüm hastaların total kolesterol, trigliserid, LDL kolesterol, HDL kolesterol, hs-CRP, homosistein, carotis intima media kalınlığı, arteryel stifnes değerleri ölçülerek istatistiksel analizleri yapıldı.

Bu çalışmaya periton diyalizi(PD) uygulayan hastaların yaş ortalamaları 44±12 ve devam eden PD süresi 36,2±24,6 aydı. Hastaların 38'u erkek, 18'u kadındı. Hastaların kolesterol değeri 220,6±62,8 mg/dl, LDL 137,1±43,1 mg/dl, HDL 37,7±7,3 mg/dl, TG 228,1±146,5 mg/dl olarak saptandı. Hastaların hCRP değeri 6,3±3,5 mg/dl, Homosistein 27,1±16,1 umol/l idi. Karotisden ölçülen intima media kalınlığı 0,83±0,11 mm olarak saptandı. Karotisden yapılan ölçümlerle hesaplanan arteryel stifnes 906,1±130,4 dyne/cm^2 × 10^{-6} idi. Hastaların sistolik kan basıncı 131,8±26,8 mmHg, diyastolik kan basıncı 87,1±18,8 olarak ölçülmüştür.

Periton diyalizi uygulayan hastalar kontrol grubuna göre göre total kolesterol, trigliserid, LDL kolesterol, HDL kolesterol, hs-CRP, homosistein, inflamasyon belirteçlerinden biri olan hs-CRP ve carotis intima media kalınlığı, arteryel stifnes değerleri düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla; $p<0.05$, $p<0.001$, $p<0.05$) olarak yüksek saptandı.

Sonuç olarak; periton diyalizi uygulayan hastalarda artmış plazma homosistein konsantrasyonları ve eşlik eden diğer inflamasyon faktörlerinin katkısıyla carotis intima media kalınlığı, arteryel stifnes değerleri düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptandı. Bu PD hastalarında aterosklerozun daha hızlı ilerleyeceğinin bir göstergesidir. Bu sebeble bu hasta grubunda hiperlipidemiye ve inflamasyona bağlı ateroskleroza karşı daha agresif bir tedavi protokolu uygulanmalıdır. Artmış plazma homosistein konsantrasyonları olan hastalar mutlaka tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimler: inflamasyon, homosistein, intima media kalınlığı, arteryel stifnes

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri ve biyokimyasal parametreleri

	PD grup	Kontrol
Cins (K/E)	56 (18/38)	27 (16/11)
Yaş (yıl)	44±12	39±10,5
Periton diyalizi süresi (ay)	36,2±24,6	-
Kolesterol (mg/dl)	220,5±62,8	186,5±42
LDL (mg/dl)	137±43	117±31,6
HDL (mg/dl)	37,7±7,2	52,1±19,5
TG (mg/dl)	228±146	114±62,8
hCRP(mg/dl)	6,31±3,5	4±2,5
Homosistein (umol/l)	27,1±16	11,1±5
İntima media kalınlığı (mm)	0,83±0,11	0,66±0,08
Arteriyel Sitifnes (dyne/cm^2×10-6)	906±130	487,9±223

PS-214

HİPOTİROİDİ NEDENLİ RABDOMİYOLİZE BAĞLI GELİŞEN AKUT RENAL HASAR; OLGU SUNUMU

Merve Kocar[1], Ebru Özden[1], Övgü Asma[1], Erhan Tatar[2]

[1]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları
[2]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji

Giriş: Rabdomiyoliz, fiziksel veya fiziksel olmayan etkilerle çizgili kas hücrelerinde hasar oluşması ve sonrasında hücre içeriğinin kan dolaşıma geçmesi ile oluşan bir tablodur. Hipotiroidi sıklıkla ılımlı kas enzimleri yüksekliği ile seyretmekte iken nadiren ciddi rabdomiyoliz olguları bildirilmiştir. Çizgili kas hasarı sonucunda akut tübüler nekroz(ATN) gelişebildiği bilinmektedir. Rabdomiyolizin komplikasyonları arasında yer alan akut böbrek yetmezliği(ABY) gelişirse mortalite %8e ulaşabilir.Ciddi rabdomiyoliz ve akut böbrek hasarlanması ile başvuran etyolojisinde yeni hipotiroidi tanısı alan bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: 36 yaşındaki erkek hasta, 10 haftadır ellerde ve ayaklarda şişme, karın ağrısı ve kusma ile başvurdu. Olgunun lokalize edilemeyen orta şiddette göbek çevresi ve özellikle umblikus sol tarafına yayılan ağrısı vardı. Akut batın dışlanan olgunun anamnezinde travma, enjeksiyon, nörolojik nöbet, sıcak çarpması, ağır egzersiz ve ilaç alımı gibi hikayesi ve kronik hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayene; bilinç açık, arteriyel tansiyon: 110/70mm/Hg, nabız:90/dk, ateş:36, sistemik muayenesi olağandı. Cilt muayenesinde turgor tonüs hafif azalmış, ellerde ve ayaklarda gode bırakmayan ödem mevcuttu. Başvurusunda ciddi kas enzim yüksekliği (CK:7778 U/L (0-171)), karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri yüksekliği (AST: 150 U/L (0-35), ALT:58 U/L (0-35), üre:33 mg/dl (17-43), kreatinin:1,6 mg/dl (0,5-0,9)) olan hasta rabdomiyolize sekonder akut böbrek yetmezliği ön tanısıyla iç hastalıkları kliniğine yatırılarak takibe alındı.

TSH:>100 uIU/ml(0,41-4,4) ST3:0,89pg/ml(2,5-3,9) ST4:0,10ng/dl(0,61-1,6) Anti Tiroglobulin Antikor (ANTI T):62,1IU/ml(0-4) Anti mikrozomal antikor:54,6IU/ml(0-9) olarak saptanan hastanın yapılan tiroid ultrasonografisinde(USG)) her iki tiroid lobu boyutları ve isthmus kalınlığı azalmış olarak değerlendirildi (sağ lob 11x8x33mm, sol lob 8x11x30mm, isthmus 1mm dir.). Bilateral tiroid parankimi heterojen olup yaygın hipoekoik pseudonodülasyonlar ile ekojen septasyonlar izlenmekte idi ve bu bulgular tiroidit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya hashimato tiroiditi tanısı konuldu. Renal USG'de böbrek boyutları normaldi ve herhangi bir obstrüksiyon bulgusu yoktu. 24 saatlik idrar analizinde 419,4 mg/gün proteinüri saptandı. Hastaya hipotiroidi nedenli rabdomiyoliz ve buna sekonder ATN tanısı konuldu. Hastaya IV sıvı tedavisi ve 50 mcg levotiroksin tedavisi başlandı. Takiplerinde böbrek fonksiyon testleri stabil seyretti. Hastanın hemodiyaliz ihtiyacı olmadı. Yapılan tedaviler sonucu CK-AST-LDH değerlerinde anlamlı gerileme saptandı. Hasta 4 hafta sonra TSH, böbrek fonksiyon testleri ve CK kontrolü için poliklinik takibine alındı.

Sonuç: Hipotiroidi hastalarında nadir de olsa rabdomiyoliz ve ona bağlı akut tübüler hasar görülebileceği akılda tutulmalıdır. Bunun yanı sıra ani gelişen akut böbrek yetmezliği nedenleri içerisinde rabdomiyoliz de düşünülmelidir.

Anahtar Kelimler: rabdomiyoliz, hipotiroidi, akut böbrek yetmezliği

PS-215

TENYA SAGİNATAYA BAĞLI KRONİK HİPOKALEMİ

Esra Habiloğlu, İhsan Ateş, Bilge Ada, Nisbet Yılmaz

Ankara Numune Eğitim Araştıma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Tüm dünyada gastrointestinal sistemi etkileyen parazitik enfeksiyonların başında sestodlar gelmektedir. Sestodlar içerisinde ise türleri 30-40'ı bulan tenyalar ön plandadır. Tenya grubunda ise klinik önemi olan ve insanlarda çeşitli gastrointestinal sistem şikayetlerine neden olabilen tenya solium ve tenya saginatadır. Bu parazitik enfeksiyonlara maruz kalan kişilerde sıklıkla bulantı, kusma, kronik ishal ve kilo kaybı gibi gastrointestinal semptomlar hakimdir. Bu semptomlara bağlı olarak bazı vakalarda elektrolit bozukluklukları görülebilmeketedir. Bu olgu sunumunda kronik hipokalemi nedeni ile tetkik edilen ve neden olarak tenya saginata saptanan bir olgu sunulacaktır.

Olgu sunumu: Atmış dokuz yaşında erkek hasta halsizlik, kırgınlık, karın ağrısı ve bulantı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Şikayetlerinin uzun dönemden beri var olduğu öğrenildi. Hikayesinde bilinen herhangi bir kronik hastalık ve ilaç kullanımı yok, zaman zaman günde 3-4 defa olan ve birkaç gün süren ishal mevcutmuş. İki yıldan beri de laboratuar tahlillerinde hipokalemisinin olduğunu biliniyor. Fakat etyolojik açıdan herhangi bir inceleme yapılmamış. Fizik muayenesinde vital bulguları stabil, batında distansiyon ile birlikte derin palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Yapılan laboratuar tetkiklerinde potasyum 2,4 mmol/L diğer hemogram ve biyokimya tetkiklerinde anormal bir bulgu saptanmadı. Distansiyon açısından çekilen ayakta direkt batın grafisinde barsak ansları dilate idi, hava sıvı seviyesi yoktu. Hastanın gaz gayta çıkış olduğundan dolayı batın açısından takibe alındı. Hipokalemiye yönelik yapılan ileri incelemede herhangi anormal bir bulgu saptanmadı. İshal ve hipokalemiye yönelik yapılan kolonoskopide çekum tabanında bol miktarda aktif tenyalar izlendi. Enfeksiyon hastalıkları tarafından niklozamid tedavisi başlandı. Tedavinin birinci küründen bir hafta sonra hastanın hipokalemisinin düzeldiği ve ishalinin gerilediği öğrenildi. Takipte ki ikinci ayda tetkrarlayan hipokalemi ve ishalinin olmadığı öğrenildi.

Tartışma: Dünyada her yıl yaklaşık elli milyon kişinin tenya saginata veya tenya soliuma maruz kaldığı tahmin edilmektedir (9). Bu enfeksiyonlar büyük baş hayvan yetiştiriciliğinin yapıldığı Orta Asya, Uzak Doğu ve Orta ve Doğu Afrika ülkelerinde sıklıkla görülebilmektedir. (10). Tenya saginatanın kesin konağı insan ara konağı otçul hayvanlardır. Gastrointestinal sistem yerleşimli bir parazit olduğundan dolayı, semptomlar sıklıkla gastrointestinal sistem intoleransı ile ilişkilidir. Bizim vakamız da gastrointestinal semptomlarla başvurmuş olup ileri laboratuar tetkiklerinde hipokalemi olduğu saptandı. Hastanın verdiği anemneze göre hipokalemisinin kronik olup iki yıldan beri var olduğu öğrenildi. Tenya saginataya yönelik yapılan tedaviden sonra hipokalemi ve ishalin düzeldiği gözlendi.

Tenya enfeksiyonlarında kronik ishalden dolayı hem alt gastrointestinal sistem kayıplarına hem de kusma ile üst gastrointestinal sistem kayıplarına bağlı elektrolit bozukluğu görülebilmektedir. Bunun dışında gastroinestinal sistemde yerleşen parazitlere bağlı, villöz polipte olduğu gibi sekretuar diarelerde görülebilmektedir. Bunun neticesinde de hipokalemi görülebilir.

Toplumumuzda tenya enfeksiyonları sıklıkla görülebildiğinden dolayı, izole hipokalemisi olan hastalarda tenya enfeksiyonları göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimler: elektrolit bozukluğu, sestod, tenya

PS-216

KEMİK İLİĞİ NEKROZU VE TROMBOSİTOPENİ İLE GELEN TAŞLI YÜZÜK HÜCRELİ MİDE KANSERİ OLGUSU

Aslan Çelebi, Murat Altay, Orçun Yaşmut, Banu Böyük, Bahar Yalçın, Nihan Kılıç, İsmail Ekizoğlu, Ayşenur Akyıldız İğdem

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Mide kanserleri yüksek mortalite ve morbidite oranları ile önemli bir sağlık problemidir. Taşlı yüzük hücreli mide kanseri nadir bir prezentasyon olarak kemik iliği nekrozu ile görülebilir. Bu vakamızda da bel ağrısı trombositopeni ve kemik iliği nekrozuyla başvuran hastamızda taşlı yüzük hücreli mide kanseri tanısı koymuş bulunmaktayız. Bu vaka sunumunda nadir görülen bu prezentasyondan bahsedeceğiz.

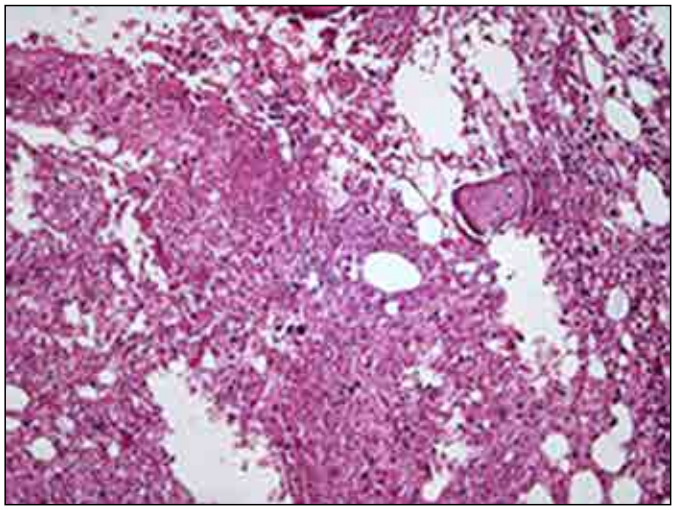
Olgu Sunumu: 36 yaşında kadın hasta daha önce bilinen herhangi bir hastalığı olmayıp bel ağrısı şikayetiyle dış merkezde acil servise başvurmuş. Öyküsünde bel ağrısının ara ara olduğunu belirten hastanın yapılan tetkiklerinde trombositopeni saptanmış . Hemogram WBC: 5340/mm^3 Hgb: 11.8 g/dl PLT: 41000/mm^3 olarak sonuçlanmış. Tetkik amacıyla dahiliye tarafından interne edilmiş ve 1mg/kg steroid tedavisi ile Vitamin b12 eksikliği olduğundan b12 tedavisi başlanmış. Hasta tedaviye cevap vermemiş. Kemik iliği biyopsisi yapılmış. Sonucunda kemik iliğinde sitoplazmaları birbiri ile birleşme eğiliminde atipik lenfoid hücreler ve yaygın nekroz olarak yorumlanmış. Hastaya PET-CT Thorax BT Abdomen BT ve Kemik sintigrafisi yapılmış. Protein elektroforezi normal olarak saptanmış. Hasta daha sonra başka bir merkeze sevkedilmiş. Bu merkezde yatışı sırasında non travmatik subdural hematom geçirmiş ve nöroşiruji tarafından opere edilmiş. Yoğun bakım takibi sonrası externe edilen hasta tarafımıza başvurmuş. Yapılan fizik muayenede genel durum orta iyi bilinç açık koopere oryante idi. Solunum sesleri doğal batın muayenesinde özellik yoktu. Hemogramında WBC: 2300/mm^3 Hgb: 9.54g/dl PLT: 27000 /mm^3 AST: 41 U/L ALT: 38 U/L LDH: 710 U/L Amilaz: 141U/L Lipaz :144 U/L GGT: 75 U/L ALP: 730 U/L CEA: 250 ng/ml olarak saptandı. Hastaya öncelikle yıkıma bağlı trombositopeni ön tanısı düşünülerek pulse steroid tedavisi başlandı daha sonra idameye geçildi. ES, aferez ve random transfüzyonları yapıldı ancak trombosit değerlerinde yükselme sağlanmadı. Tedaviye rağmen düzelmeyen dirençli bir trombositopenisi olması nedeniyle kemik iliğini infiltre eden bir malinite; CEA değeri de göz önüne alınarak gastrointestineal sisteme ait bir malinite düşünülmüştür. Hastanın kemik iliği biyopsisi yeniden yapıldı. PY lökoeritroblastozis olarak değerlendirildi, kemik iliği aspirasyonu yapılamadı (kuru ilik?). biyopsi sonucu karsinom metastazı olarak yorumlandı. Hastanın kolonoskopisi yapıldı normal ileokolonoskopik bulgular şeklinde sonuçlandı, gastroskopi yapıldı, mide duvar kalınlaşması ve kitle ile uyumlu olarak yorumlandı biyopsi alındı. Biyopsi sonucunda taşlı yüzük hücreli mide kanseri olarak yorumlandı (Şekil 1) Hastada daha sonra takiplerinde DIC gelişmesi üzerine hasta ex oldu.

Tartışma: Taşlı yüzük hücreli mide kanseri WHO tarafından mikroskopik özelliklerle belirlenebilen histolojik bir tanı olarak tanımlanmıştır (9).

Bizim olgumuzda öncelikle bel ağrısı ve daha sonra tedaviye dirençli trombositopeni ve kemik iliği nekrozu ile seyretmiş bir taşlı yüzük hücreli mide kanseri belirtilmiştir. Sonuç olarak; hemogram tablosunda karşılaşacağımız patolojiler-

de veya kemik iliği tutulumu veya nekrozlarında geniş bir ayırıcı tanı listesni gözden geçirmemiz gerekir ve maliniteleri özellikle gastrointestinal sistem malinitelerini aklımızda bulundurmamızda fayda bulunmaktadır.

Anahtar Kelimler: Taşlı yüzük hücreli mide kanseri, Kemik iliği nekrozu, Trombositopeni, Bel ağrısı



Şekil 1.

PS-217

YUMURTA KABUĞUNA BAĞLI HİPERKALSEMİ

Mehmet Evren Akol

Isparta Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Servisi

Olgu: 80 yaşında erkek hasta

Bilinen hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, ve kronik bronşit tanıları olan hasta acil servise bulantı, kusma, kabızlık ve uykuya eğilim yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinç açık, uykuya eğilimli saptandı

TA:130/80 mmhg NB:60/dk ritmik SS:16/dk
Konjuktıva soluk dil kuru
Ekspiriyum uzun
Kalp ritmik,üfürüm yok
Karın rahat hsmg yok
Pretibial ödem -/-
Periferik LAP yok DTR azalmış

Hastanın kullandığı ilaçlar: spironolakton+hctz, ACEİ, furosemid, formoterol+budesonıd+ASA

LAB incelemesinde: glukoz:95 mg/dl, kreatinin:1,4 mg/dl, bun:80mmg/dl, fosfor:3,9 mg/dl, kalsıyum:14,8 mg/dl, albumın:4,2 g/dl, totat proteın:8 mg/dl, hb:11,2 g/dl, potasyum:3,6 mmol/dl, sodyum:139 mmol/dl, ekg:sinüs ritmi,QT mesafesi kısa, parathormon:4,8 pg/ml, TFT:normal, PAAC grafisi: normal,KTİ:%48 kontrol kalsıyum:15,1 mg/dl, parathormon:3,5 pg/ml saptandı.

Hastanın kullanmakta olduğu spironolakton+hctz kesildi. 4000 cc/gun %0,9 Nacl başlandı. dehidratasyon düzeltildikten sonra furosemıd 2*20 mg tedavıye eklendı.25-oh d vit 150 ng/dl nin üzerinde geldi. ARB:negatif, PPD: negatif. Toraks ve Tüm batın BT normal saptandı. tedaviye metilprenisolon 40 mg/gun ve kalsıtonn eklendi. hastanın genel durumu düzeldi. uykuya eğilimi düzeldi. hasta yakınları ile tekrar görüşüldü. hastanın yaklaşık 6 aydır gunde 5 adet yumurta yedıgı ve yumurta kabuklarını kurutarak ezdiği ve günde 4 çay kaşığı (yaklaşık 3200 mg/gun) tukettıgı ogrenıldı. herhangı bır d vit ilaç kullanmadığı öğrenildi. serum kalsıyum sırasıyla 12,5-11,2-ve 9,2 mg/dl geldı. genel durumu duzelen hasta taburcu edildi.

Sonuç: hiperkalsemi ile başvuran hastalarda ilaçların yanı sıra beslenme alışkanlıklarının da ayrıntılı sorgulanması tanı ve tedavı ıcın cok önemlıdır. hekım kontrolu dısında yardımcı gıda maddeleri kullanması ciddi sağlık sorunlarına neden olabılmektedir.

Anahtar Kelimler: hiperkalsemi,yumurta kabuğu

PS-218

İLK BAŞVURU BULGUSU CİDDİ HİPONATREMİ OLAN AKCİĞER KARSİNOMU OLGUSU

Safa Sadıkoğlu, Tezcan Kaya, Hakan Cinemre

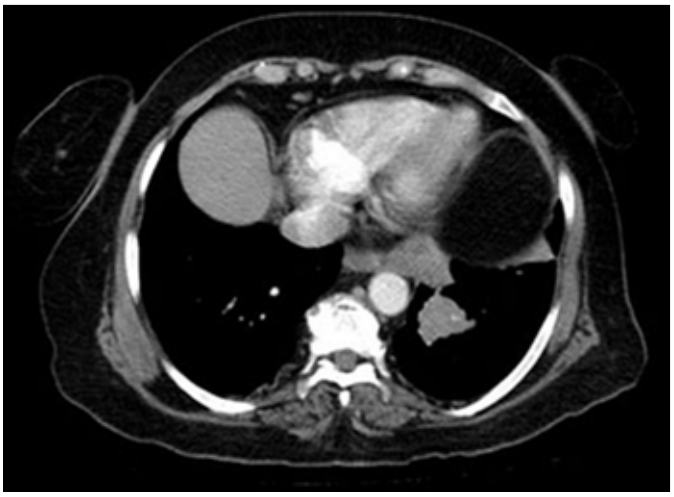
Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği

Giriş: Hiponatremi dahiliye servislerinde yatan hastalarda ve dahiliyeden istenen konsültasyonlarda en sık görülen elektrolit bozukluklarındandır. Hiponatremi bulantı, kusma, baş ağrısı, nöbet, beyin ödemi ve herniasyon gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir ve ölüm riski nedeniyle ciddiye alınması gereken bir bulgudur. Akciğer kanseri, lenfoma, mide, pankreas, baş-boyun kanserleri ve sarkomlar gibi bazı maligniteler genellikle uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromu (UAHSS) yaparak hiponatremiye neden olabilirler. Bu bildiride kilo kaybı, ağrı, öksürük, nefes darlığı, kanlı balgam gibi malignıteyi düşündürebilecek bir şikayeti olmadan halsizlik nedeniyle başvurup, ciddi hiponatremisi saptanan ve hiponatremi etyolojisi olarak akciğer kanseri tanısı koyduğumuz bir olguyu sunduk.

Olgu: 58 yaşında bayan hasta yaklaşık 1 aydır olan halsizlik şikayetiyle başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın yaklaşık 20 paket/yıl sigara kullanımı vardı. Fizik muayenesinde şuur açık, oryante, koopere, TA :110/70 mmHg, Nabız: 78/dk, ateş: 36,5 ^{o}C idi. Sistem muayenelerinde özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde serum sodyum değeri 109 mmol/L (referans 136-145) olan hastanın açlık kan şekeri, karaciğer, böbrek ve tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Hasta hiponatremi nedeni ile yatırıldı. Diğer tetkiklerinde idrar osmolalitesi 277,6 mmol/L, idrar sodyumu 99 mmol/L, plazma osmolalitesi 234 mosm/L, sabah açlık serum kortizolü 10,6 ug/dL idi. Mevcut bulgularla UAHSS'na bağlı hiponatremi düşünüldü ve sıvı kısıtlaması başlandı. PA akciğer grafide sol hiler bölgede homojen opasite görülmesi nedeniyle çekilen toraks BT'de sol alt lob posterobazal segmentte 36x31x47 mm boyutlarında düzensiz spikule konturlu kitle izlendi (Resim 1). Sağ üst paratrakeal, prevasküler, subkarinal, sol trakeobronşial, sol hiler en büyüğü 26mm çaplı konglomere LAP'lar izlendi. Yapılan bronkoskopide sol alt lob bronşu superior bazal segment bronşunu verdikten hemen sonra irreguler yüzeyli kitle lezyonu ile tama yakın tıkalı gözlendi. Alınan biyopsinin patolojik değerlendirilmesi küçük hücreli karsinom olarak görüldü. Hastaya küçük hücreli akciğer karsinomu kaynaklı UAHSS'na bağlı hiponatremi tanısı koyuldu. Çekilen PET-CT'de sol akciğer alt lobunda primer malign kitle ile uyumlu lezyon, sağ üst-alt paratrakeal, prekarinal, subkarinal, sol hiler ve trakeobronşial istasyonlarda, batında ise paraçölyak alanda yoğun hipermetabolik LAP'lar, sağ femur subtrokanterik alanda, sol sakrumda sakroiliak eklemde, sağ humerus diafizinde ve sternumda metastatik hipermetabolik odaklar saptandı. Takiplerinde serum soyum değeri 125 mmol/L düzeylerine yükselen hasta tıbbı onkoloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç: Küçük hücreli akciğer kanseri kitlesel olarak hızlı büyüyen, radyoterapi ve kemoterapi yanıtı kısıtlı, erken metastaz yapan, sık paraneoplastik sendrom gözlenen bir karsinomdur. Hastaların yaklaşık %15'inde UAHSS görülür. Hiponatremisi olan hastalarda klinik olarak malignite belirtisi olmasa bile ayırıcı tanıda akciğer karsinomu da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Antidiüretik hormon, Akciğer karsinomu, Hiponatremi, Paraneoplastik sendrom



Şekil 1.

PS-219

KISA BAĞIRSAK SENDROMU NEDENİ İLE GELİŞEN ŞİDDETLİ DİAREYE BAĞLI BAĞLI WERNİCKLE ENSEFALOPATİSİ; OLGU SUNUMU

Övgü Asma, Merve Kocar, Ebru Özden, Yosun Şan, Arif Yüksel

İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

Giriş: Wernicke Ensefalopatisi (WE), tiamin (vitamin B1) eksikliği nedeni ile oluşan nöropsikiyatrik bir sendromdur. En sık uzun süreli alkol kullanımına bağlı kronik malnütrisyonda görülmekle birlikte, kanser, açlık grevi gibi uzun süreli açlık, hiperemezis gravidarum, malabsorbsiyon sendromları ve bariatrik cerrahi başta olmak üzere, gastrointestinal sistem (GİS) cerrahisi gibi durumlarda akut olarak da ortaya çıkabilir. Hastalığın tanısı için laboratuvar testleri belirleyici olmayıp öykü, fizik muayene ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları birlikte değerlendirildiğinde WE'yi tespit etmek mümkün olmaktadır.

Bu yazıda subtotal ileum rezeksiyon öyküsü olan oral alım bozukluğu nedenli Total Parenteral Nutrisyon (TPN) desteği uygulanan ve sonrasında sulu ishali gelişen, genel durum bozukluğu ve şuur bulanıklığı sonra anamnez ve klinik bulgular eşliğinde WE tanısı konan 70 yaşında kadın hasta sunulmaktadır.

Olgu: 70 yaşında, mezenter iskemi nedeni ile subtotal ileum rezeksiyonu ve sağ hemikolektomi operasyonu geçirmiş olan hasta uzun süren ishal sonrası gelişen genel durum bozukluğu nedeni ile başvurdu. Kan gazında ph:7.22 (7,35-7,45), HCO3:7.5mmol/l (22-26), üre:179 mg/dl (17-43), kreatinin:4.3 mg/dl (0,5-0,9), Hemoglobin: 5 g/dl (13,6-17,2) olarak saptandı. Hasta malnutrisyona bağlı akut böbrek yetmezliği ve metabolik asidoz nedenli yatırıldı. Derin asidoz nedeni ile sodyum bikarbonat tedavisi başlandı. Enteral beslenme kesilip parenteral beslenme desteği sağlandı. İshal durumu kesilen hastanın, asidoz tablosunun gerilemesi üzerine enteral beslenmeye başlandı. Altı gün boyunca oral alımı enteral mama desteği ile sağlanan hastada şiddetli diare durumu meydana geldi. Bu durumu takiben hastada giderek artan konfüzyon, bakış kısıtlılığı, gözlerini tek bir noktaya sabitleyerek bakma ve ellerinde istemsiz kasılmalar gelişen olgunun serum kalsiyum değerinde düşüklük saptandı (Ca:6,4 mg/dl (8.8-10.6)).Olguda şiddetli diyare sonucu gelişen sıvı kaybına bağlı wernicke ensefalopatisi düşünüldü. Hastaya 500 mg tiamin içeren B vitamin kompleksi ilk iki gün günde 3 kez 500 mg olacak şekilde başlandı. Oral alımı kesilip parenteral sıvı tedavisi uygulandı. Kalsiyum replasmanı yapıldı. Tiamin tedavisi başlanmış, sıvı elektrolit replasmanı yapılmış olmasına rağmen hastanın takibi sırasında bilinç durumunda ve nörolojik muayene bulgularında düzelme olmadı. Yatışının on ikinci gününde kardiopulmoner arrest gelişen hastaya uygulanan kardiopulmoner resusitasyona yanıt alınamadı.

Sonuç: Herhangi bir sebepten dolayı malnutrisyon, malabsorbiyon durumu gelişen hastalarda wernicke ensefalopatisi gelişme riski klinisyenlerce akılda tutulmalıdır. Mortalite ve morbiditesi yüksek olan bu sendromda erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcı olabilmektedir. Risk faktörleri taşıyan hastalarda ani gelişen okülomotor bozukluk ataksi ve konfüzyon durumunda wernicke ensefalopatisi ayırıcı tanılar arasında olmalıdır.

Anahtar Kelimler: wernicke ensefalopatisi, kısa barsak sendromu, tiamin eksikliği

PS-220

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA HİPERLİPİDEMİ DERECESİ VE İNTİMA MEDİA KALINLIGI ARASINDA İLİŞKİ VAR MI?

Fatih Şahpaz[1], Ayhan Doğukan[2], Mustafa Neçati Dağlı[3]

[1]*Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Kütahya, Türkiye*
[2]*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji bilimdalı, Elazığ, Türkiye*
[3]*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji bilimdalı, Elazığ, Türkiye*

Kardiovasküler hastalıklar, böbrek yetmezlikli hastalarda önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Periton diyalizi hastalarında hem kolesterolden hem de trigliseridden zengin Apo-B içeren lipoprotein seviyelerinin hemodiyaliz hastalarına oranla daha fazla arttığı görülmüştür. Bu lipoproteinlerin aterojenik potansiyelinin iyi bilindiği için hemodiyaliz hastalarında kötü olan lipid profilinin periton diyalizi hastalarında daha da kötü olduğu sonucuna varılabilir.Ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalıklar son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda mortalitenin en yaygın sebebidir. Bu hasta populasyonundaki % 50'sinden fazlasından sorumludur. Bu çalışmada amacımız hiperlipidemi seviyesiyle ayaktan periton diyalizi(PD) uygulayan kronik böbrek yetmezlikli hastalarda damar duvarı intima media kalınlığı arasında doğru orantılı bir ilişki olup olmadığını incelemektir.

Fırat Üniversitesi Fırat Tıp Merkezi Periton Diyalizi Ünitesi'nde takip edilmekte olan ve bir yıldan daha uzun süredir periton diyalizi uygulayan 20 yaş üstü 56 hasta çalışmaya alındı. Tüm hastalar çalışma öncesi bilgilendirilerek yazılı onayları alındı. Ayrıca Fırat Üniversitesi tıp fakültesi etik kurulundan etik kurul onayı alındı. Tüm hastaların total kolesterol, trigliserid, LDL kolesterol, HDL kolesterol, hs-CRP, carotis intima media kalınlığı, arteryel stifnes değerleri ölçülerek istatistiksel analizleri yapıldı. Bu hastalar total kolesterol seviyesi 200 mg/dl üzerinde olan grup-1 ve kolesterol seviyesi 200 mg/dl eşit yada daha az olan hastalar grup-2 olarak iki gruba ayrıldı.

Grup-1 de 28 hasta vardı Yaş ortalamaları 49±10 yıl ve devam eden PD süresi 42,2±28,5 aydı. Hastaların 16 erkek, 12 kadındı. Tedavi öncesi hastaların total kolesterol değeri 288,5±36,8 mg/dl, LDL 181,5±38,4 mg/dl, HDL 43,7±8,2 mg/dl, TG 284,2±163 mg/dl olarak saptandı. hastaların hCRP değeri 6,2±4,1 mg/dl idi. Karotisden ölçülen intima media kalınlığı tedavi öncesi 1,22±0,13 mm, ölçümlerle hesaplanan arteryel stifnes tedavi öncesi 1001,1±506,1 dyne/cm^2 × 10^{-6} idi.

Grup-2 deki hastaların total kolesterol seviyesi 200 mg/dl altında olan 28 hasta vardı.Yaş ortalamaları 43±13 yıl ve devam eden PD süresi 38,8±29,5 aydı. Hastaların 15 erkek, 13 kadındı. Hastaların kolesterol değeri 167,5±18,8 mg/dl, LDL 104,5±13,4 mg/dl, HDL 33,7±4,2 mg/dl, TG 184,2±122 mg/dl olarak saptandı. hastaların hCRP değeri 6,1±3,1 mg/dl, idi. Karotisden ölçülen intima media kalınlığı 0,97±0,09 mm, arteryel stifnes 631,2±186 dyne/cm^2 × 10^{-6} idi. Kolesterol seviyesi 200 mg/dl altında olan hastaların lipit profillerinde, arteryel stifnes, karotisden ölçülen intima media kalınlığı değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,005$).

Sonuç olarak; periton diyalizi uygulayan hastalarda tota kolesterol seviyeleri 200 mg/dl üzerinde olduğunda eşlik eden diğer inflamasyon faktörlerinin katkısıyla carotis intima media kalınlığı, arteryel stifnes değerleri düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış saptandı. Bu PD hastalarında aterosklerozun tota kolesterol seviyeleri 200 mg/dl üzerinde olduğunda daha hızlı ilerleyeceğinin bir göstergesidir. Bu sebeble bu hasta grubunda hiperlipidemiye ve inflamasyona bağlı ateroskleroza karşı daha agresif bir tedavi uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimler: total kolesterol, periton diyalizi, intima media kalınlığı,

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri ve biyokimyasal parametreleri

	Grup-1	Grup-2
Cins (K/E)	28 (16/12)	28 (13/15)
Periton diyalizi süresi (ay)	42,2±28,5	38,8±29,5
Kolesterol (mg/dl)	288,5±36,8	167,5±18,8
LDL (mg/dl)	181,5±38,4	104,5±13,4
HDL (mg/dl)	43,7±8,2	33,7±4,2
TG (mg/dl)	284,2±163	184,2±122
hCRP(mg/dl)	6,2±4,1	6,1±3,1
İntima media kalınlığı (mm)	1,22±0,13	0,97±0,09
Arteriyel Sitifnes (dyne/cm^2×10-6)	1001,1±506,1	631,2±186
Yaş (yıl)	49±10	43±13

PS-221

SULBAKTAM / SEFOPERAZON KULLANIMINA BAĞLI OLUŞAN TOKSİK EPİDERMAL NEKROLİZ: OLGU SUNUMU

Nazire Aladağ, Tuğba Sevinç Gamsız, Hilal Çakır, Ahmet Başgöze, Gökhan İslamoğlu, Seydahmet Akın, Arzu Işık, Özcan Keskin, Mehmet Aliustaoğlu

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

Giriş: Toksik Epidermal Nekroliz (TEN) (Lyell Hastalığı) ilk kez 1956 yılında Alan Lyell tarafından tanımlanmıştır. TEN, nadir fakat yüksek morbidite ve mortalite oranı nedeniyle önem taşıyan bir cilt reaksiyonudur. Yıllık insidansı ortalama milyonda 0.4-1.2 civarındadır. Bildirilen vakaların çoğu idiosenkratik ilaç reaksiyonlarına bağlıdır. Yaygın eritem ve epidermis nekrozu ile karakterizedir. Her yaş grubunda görülebilmesine rağmen ilaç kullanımı daha sık olan yaşlı populasyonda daha sıktır. Bu olgu sunumunda sulbaktam / sefoperazon kullanımını takiben görülen TEN gelişimini sunmayı amaçladık.

Olgu: 54 yaşında kadın hasta acil servise birkaç gün önce başlayan halsizlik, iştahsızlık şikayetleri ile başvurdu. Acil serviste yapılan muayenesinde bilinç açık, vital bulgular stabil, GKS 15 idi. Sistemik muayenesinde olağan dışı bir bulguya rastlanmadı. Kan şekeri 475 mg/dl (74-106 mg/dl), pH 7.28 (7.35-7.45), HCO3 11.7 mmol/l (21.8-26.2 mmol/l) olan DM tanılı hastanın bir süredir insulin tedavisine uyumsuz olduğu öğrenildi. Diabetik Ketoasidoz (DKA) tanısı ile hastanemiz İç Hastalıkları Kliniğine interne edildi. Takipleri sırasında ateşi 37.6°C ölçülen hastanın CRP: 130 mg/l (0.0-3.0 mg/l), prokalsitonin: 7.480 ng/ml (sistemik bakteriyel enfeksiyon) saptanması üzerine sulbaktam / sefoperazon başlandı. Daha sonra ani gelişen solunum sıkıntısı, takipne (50/dakika), batın solunumu gelişen hasta genel durum bozukluğu nedeniyle iki gün boyunca yoğun bakımda takip edildi. Yoğun bakım sonrası servis takibi

amacıyla tarafımıza yönlendirilen hastanın yapılan muayenesinde tüm vücutta yaygın cilt döküntüleri saptandı. Döküntülerin, yoğun bakım takibinin ikinci gününde ortaya çıktığı öğrenildi. Sırt, üst ve alt ekstremitelerin ekstensör yüzeylerini tutan eksfolyatif büllöz karakterde olmak üzere, tüm vücutta eritemli cilt döküntüleri belirlendi. Oral mukoza, yüz ve boyun tutulumu izlenmedi. Hasta dermatoloji uzmanı tarafından değerlendirildi. Sulbaktam / sefoperazon tedavisinin dokuzuncu gününde sırt, sol üst ekstremiteden başlayan ve hızla vücudun geri kalan bölgelerine yayılan cilt lezyonları meydana gelen hastaya sulbaktam / sulperazon tedavisine bağlı gelişen TEN tanısı konuldu ve Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesinde tedaviye alındı. Sulperazon tedavisi kesildi. Venöz sıvı replasmanı, beslenme desteği, çevre ısısının düzenlenmesi, yara bakımı ile hastanın genel durumunun ve cilt lezyonlarının hızla düzeldiği görüldü.

Tartışma: TEN eksfolyatif döküntü ile karakterize olup akut, yaşamı tehdit eden, yüksek mortalite oranınıa sahip ciddi bir hastalıktır. En sık nedeni ilaçlar olup, uzun yarı-ömürlü ilaçların yol açtığı tablolarda mortalite artmaktadır. Beyin tümörü, SLE, AIDS ve yüksek doz steroid alan hastalarda TEN insidansı daha fazladır. Tetikleyici diğer faktörler arasında neoplazmlar, virusler, bakteriler ve radyoterapi yer almaktadır.

Tedavinin ilk basamağı reaksiyona neden olan ilacın bir an önce kesilmesidir. Hastalarda ciddi düzeylerde sıvı-elektrolit ve vücut ısısı kaybı görülmektedir. Ayrıca hastalara günlük 2-3 g/kg şeklinde yüksek protein dietle beslenme sağlanmalı, vücut sıcaklığı 30-32°C derecede tutulmalıdır. Steroidlerin ve Intravenöz Immunoglobulin (IVIG) rolü tartışmalıdır.

Vakamızdada görüldüğü gibi;vücutta, ilaç kullanımı sonrasında görülen: büllöz, eritemli, epidermis nekrozu ile seyreden tablo oluşumunda ayırıcı tanı olarak aklımıza ilaç reaksiyonuna bağlı TEN düşünülmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimler: toksik epidermal nekrozis, sulbaktam/sefoperazon, ilaç reaksiyonu

PS-222

PSOAS ABSESİNE BAĞLI GELİŞEN TEK TARAFLI ALT EKSTREMİTE ÖDEMİ VE AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ

Gizem Zorlu Görgülügil, Gökhan Köker, Seyit Uyar, Ayşe Akarsu, Süleyman Dolu, Mehmet Kök, Ayhan Hilmi Çekin[1]

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Psoas absesi iliopsoas kasında püy kolleksiyonu ile karakterize, tanısı genellikle zor konulan bir hastalıktır. Uyluğa fleksion haraketi yaptıran psoas kasının vaskülarizasyonunun zengin olması, vücutta saptanamayan bir odaktan bile mikroorganizmaların hematojen veya lenfojen yolla buraya kolaylıkla ulaşmasına ve abse oluşumuna neden olmaktadır. Etyolojiye göre primer ve sekonder olabilir.Primer abseler diyabetik, HİV'li ve immünsüpresif hastalarda görülmekteyken; sekonder nedenler crohn hastalığı, genitoüriner sistem enfeksiyonları, diveritkülit, osteomyelit, cerrahi girişimler ve tüberküloza bağlı olarak ortaya çıkabilir. Çok nadir görüldüğü için sıklığı bilinmemektedir. Klasik bulguları ateş, bel ağrısı ve topallayarak yürümedir. İştahsızlık, üşüme, titreme gibi enfeksiyöz bulgular ve lokal bası bulguları ilede hastalar başvurabilirler. Tanıda öncelikle ultrasonografide kullanılır, bilgisayarlı tomografinin duyarlılığı ise %80-100'lerdedir. Tedavisi antibiyoterapi ve abse drenajıdır.

Olgu: 79 yaşında kadın hasta halsizlik, idrar çıkışında azalma,ateş ve yürürken topallama şikayeti ile başvurdu. Ateşi gelişinde 38.2 olan hastanın sol alt ekstremitede ++ ödem mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:132.00, CRP:110, kreatinin:3.8, BUN:146, Tam idrar tetkikinde lökositüri ve lökosit esteraz pozitif saptandı. Üriner sistem enfeksiyonu ve buna bağlı akut renal yetmezlik olarak değerlendirildi ve antibiyoterapi başlandı. Hastanın sol bacaktaki ödemine yönelik yapılan alt ekstremite doppler usg normaldi. Yapılan batın USG'sinde; sol böbrekte grade 2 hidronefroz, sol renal pelvis çapı artmış olarak gözlendi. Antibiyotik ve hidrasyon tedavisi sonrası laboratuar değerleri normale gerileyen ancak tek taraflı ödemi devam edevn hastaya lokal bası yapacak kitle lezyon taraması için çekilen batın BT'de; psoas kası süperiorunda yaklaşık 24x20 mm boyutunda periferik kontrastlanan psoas apsesi ile uyumlu görünüm saptandı. Absenin lokalizasyonu nedeniyle cerrahi drenaj yapılamadı. Hastanın ayırıcı tanısına yönelik yapılan tetkiklerinde; HbsAg, HIV, Anti-HCV, serolojik testleri (Brucella, VDRL, Wright Aglutinasyon, Grubel Widal) negatif, PPD; 4 mm olarak saptandı. Kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Sol alt ekstremitedeki çap artışınında abse basısına sekonder gelişen lenf drenaj bozukluğu sebebiyle olduğu düşünüldü. Hastanın hidrasyon ve antibiyoterapi sonrası klinik ve laboratuvar bulguları düzeldi, ödemi geriledi ve hasta mobilize oldu. Tedavi sonrası kontrol amaçlı çekilen batın bilgisayarlı tomografide abse boyutlarında anlamlı küçülme olduğu gözlendi ve hasta oral antibiyotik tedavisi ile taburcu edildi.

Sonuç: Psoas absesi sık karşılaşılmayan bir patolojidir ve değişken kliniği nedeniylede tanı koymada zorlanılabilir. Tek taraflı alt extremite ödemi etyolojisi araştırılırken daha proximaldeki lezyonları da gözden kaçırmamak gerekmektedir. USG'de eğer dikkatli bakılmazsa kolaylıkla gözden kaçabilir. Akla getirilmediği takdirde tanı ve tedavide gecikme sonucu mortalite %100'e ulaşabilmektedir. Erken teşhis ve uygun tedavi ile kesin cevap alınabilen psoas absesi; yürüme güçlüğü, alt ekstremite ödemi ve enfeksiyon bulguları olan hastalarda mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimler: Psoas absesi, alt ekstremite ödemi, akut böbrek yetmezliği

PS-223

GÖRME KAYBI İLE BAŞVURAN YAYGIN DEĞİŞKEN İMMÜN YETMEZLİK OLGUSU

Yasin Kutlu[1], Gülden Yürüyen[1], Yücel Arman[1], Mustafa Özcan[1], Murat Akarsu[1], Şengül Aydın Yoldemir[1], İlkim Deniz Toprak[1], Mine İşçimen[1], Hasan Eruzun[1], Tufan Tükek[2]

[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Yaygın değişken immün yetmezlik (Common variable immünodeficiency - CVID), her yaşta ortaya çıkabilen, tekrarlayıcı bakteriyel enfeksiyonlar ve hipogammaglobulinemi ile karakterize primer immün yetmezlik sendromudur. Nadir görülen bir prezentasyon olarak görme kaybı ile gelen bir CVID olgusunu sunuyoruz.

Olgu: 60 yaşında erkek hasta 1 yıldır ishal ve ilerleyici görme azalması şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Muayenede splenomegali(5 cm ele gelen), bilateral inguinalde yaklaşık 2 cm olan birkaç adet lap palpe ediliyordu. 2 yıl önce dış merkezde splenomegali ve kronik sinüzit olduğu söylenen hastanın normokrom normositer anemisi(Hb:10,8 g/dl), lökopenisi(Wbc:3,36 10^3/uL), lenfopenisi(0,96 10^3/uL) mevcuttu. Trombositopeni ve periferik yaymada ek özellik yoktu. Albümin düzeyi: 3,63 g/dl, globülin: 0,8 g/dl gelmesi üzerine istenen protein elektroforezinde gama 0,0 g/dl, immünofiksasyon elektroforezinde agammaglobulinemi saptandı. Nefelometrik olarak Ig A, Ig G, Ig M düzeylerinin azaldığı görüldü. Anti-HIV, CMV Ig M, ANA, anti-dsDNA, c3, c4 negatifti. Gaita tetkiklerinde mikroorganizma bulunamadı. Tekrarlayan ateşleri olan hastanın kan kültürlerinde E.coli üredi. Gastroskopi normal olan hastanın biyopsilerinde çölyak, whipple hastalığı dışlandı. Kolonoskopide perianal fistül ve terminal ileumda nodülarite dışında özellik saptanmadı. Alınan biyopsilerde kronik aktif iltihap gelen hastada inflamatuar barsak hastalığından uzaklaşıldı. İshal tablosu hipogamaglobulinemi ve lenfopeniye bağlı fırsatçı mikroorganizmalara bağlandı. Görme kaybı için yapılan göz ve nöroloji konsültasyonlarında hastada toksik/paraneoplastik optik nöropati düşünüldü. Paranasal sinüs tomografisinde pansinüzit görüldü. Kemik iliği biyopsisi yapılan hastada splenik lenfoma dahil olmak üzere yüksek gradeli non-Hodgkin lenfoma varlığının araştırılması, izole splenomegali varlığı halinde yüksek gradeli splenik B hücreli lenfomaların(T hücrelerinden-histiyositlerden zengin büyük b hücreli lenfomanın mikronodüler varyantı-splenik tip) ayırıcı tanıda düşünülmesi ve daha ayrıntılı tanı için splenektomi yapılması önerildi. PET-CT de dalakta (primer hastalığın infiltrasyonu) ve iskelet sisteminde diffüz artmış FDG tutulumu(lenfoma infiltrasyonu, kemik iliği hiperplazisi) saptanan hastaya splenektomi yapıldı. Splenektomi patoloji sonucunda germinal merkez organizasyonunun olmayışı, Ig G ve Ig A sentezlerine ait bulguya rastlanmaması nedeniyle hastanın klinik özelliklerine göre B hücre onkogenezi ile ilgili immün yetersizlik sendromları (konjenital veya akkiz) düşünüldü. Yaygın değişken immün yetmezlik düşünülen hastaya 500 mg/kg/21 gün olacak şekilde ivig başlandı. Tedavi sonrası göz bulguları haricinde dramatik semptomatik düzelme sağlandı.

Sonuç: Yaygın değişken immün yetmezlik en sık görülen primer immün yetmezlik hastalığıdır. En sık bulgu enfeksiyona yatkınlıktır. Lenfomalar başta olmak üzere malignite riski normal popülasyona göre artmıştır. Bizim vakamızda başlangıçta tanı konması zor bir hastaydı. Enfeksiyon kontrolünün zor olması, klinik olarak çok çeşitli ve çok sayıda sistemi aynı anda etkileyen şikayetlerin olması, patolojik olarak tanının kesinleştirilememesi gibi nedenlerle uzun süre yatarak takip edilen hastada yaygın immün yetmezlik düşünüp buna göre tanıyı destekleyecek tetkiklerin yapılması hayati önemdeydi. Klinisyenler, özellikle düşünülmediği zaman tanı konması zor olan bu hastalığı her zaman akılda tutup bu konudaki bilgilerini güncel tutmalıdırlar.

Anahtar Kelimler: CVID, optik nöropati, lenfoma

PS-224

POSTERİOR REVERSİBLE ENSEFALOPATİ SENDROMU (PRES)'NUN EŞLİK ETTİĞİ ATİPİK HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROMLU BİR OLGU

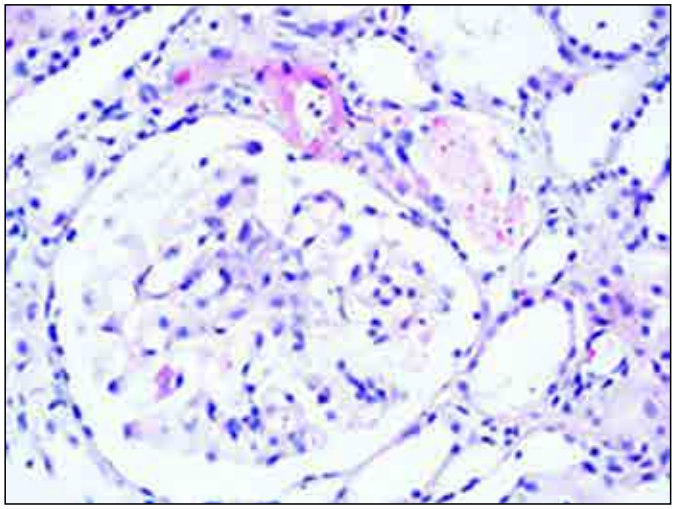
Kerime Rumeysa Sarı[1], Şerife Solmaz Medeni[2], Ali Serel[1], Tamer Şahin[3], Özgür Esen[4], Erhan Tatar[5]

[1]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları
[2]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji
[3]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji
[4]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji
[5]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji

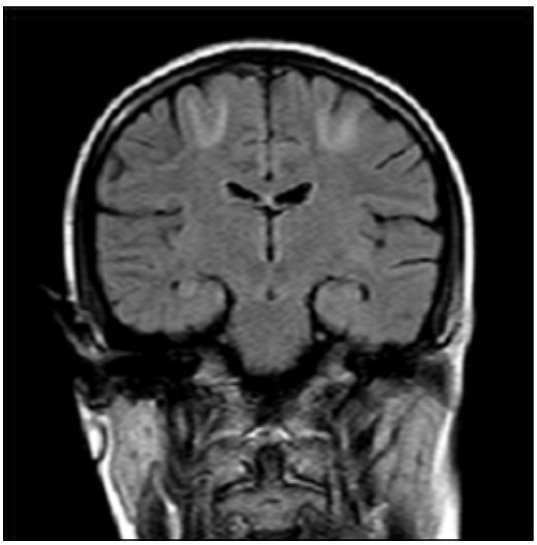
Giriş: Posterior Reversible Ensefalopati Sendromu (PRES); başağrısı, nöbet, görme bozuklukları, letarji, konfüzyon, stupor, mental durum değişiklikleri ve fokal nörolojik bulgular ile karakterize olup, klinik ve radyolojik bulguların bir araya getirilmesi ile tanı konulur. Hipertansif ve üremik ensefalopati, eklampsi, ilaç kullanımı, akut ya da kronik böbrek hastalıkları, sistemik lupus eritematozus, trombotik mikroanjiopati ve immün sistem bozukluğu ile ilişkili hastalıkların seyrinde PRES görülebilir. Burada ciddi böbrek yetmezliği ile başvuran ve yatışının ikinci gününde status nedenli entübe edilen PRES tanısı alan atipik hemolitik üremik sendrom (aHÜS)'lu bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: 29 yaşında kadın hasta bulantı, kusma, baş ağrısı ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. Anamnezinde kronik hastalık ve ilaç kullanımı, şehir dışına seyahat öyküsü yoktu. Fizik muayenede T.A 150/90 mmHg; ateş 36,7 C idi. Sistemik muayenesi olağandı. Hastanın başvuru anında yapılan tetkikleri Tablo 1'deki gibidir. Hastanın idrar tetkikinde +2 protein,+3 eritrosit saptandı. Abdomen USG de bilateral böbrek boyutları ve parankim kalınlıkları normal ve ekojeniteleri grade 1 idi. Hepatosplenomegali saptanmadı. Hastanın 6 ay önce baş ağrısı ve bulantı nedeniyle başvurduğu dış merkez tetkiklerinde serum üre-kreatinin değerleri olağan. Kranial MRG ve EEG normaldi. Hastada hızlı artış gösteren üre,kreatinin değerleri ve derin anemi, ılımlı trombositopenisi mevcuttu. Koagulasyon testleri olağandı. Periferik yaymasında hipokrom mikrositer eritrositler, trombositler azalmış idi. Atipik hücre ve şiştosit saptanmadı. Direkt ve indirekt Coombs testi negatif ve ELİSA testi (TORCH,HBV,HCV,HIV) negatifti. Göz dibi olağan olan hastada hızlı ilerleyen glomerulonefrit ve trombotik mikroangiopati ön tanıları düşünüldü. Hastaya acil hemodiyaliz başlandı ve 500mg/gün pulse steroid verildi. Tedavinin 2.gününde generalize tonik klonik nöbet geçiren hastada status gelişmesi üzerine entübe edildi. Sonrasında extübe edilen hastanın Kranial MRG ında her iki serebral hemisferde frontoparietal ve oksipital lobta T2 ağırlıklı ve FLAİR görüntülerde, sulkuslarda hiperintens görünüm ve simetrik tutulum olan hasta PRES olarak değerlendirildi (şekil1). Yatışının 6.gününde yapılan böbrek biyopsisinde immunfloresan boyama negatif, histolojik incelemesinde 8 glomerül izlenmiş olup ;bir glomerülün afferent arteriolünde fibrinoid materyel ve kapiller yumağın bir segmentinde fibrinoid materyel ve fragmante eritrositler izlenmiştir. Orta çaplı bir arterde ve bir arteriolde fibrinoid materyel dikkati çekmiştir. Gönderilen ADAM TS 13 düzeyi normal saptandı. Kontrol periferik yaymada her sahada 3,4 fragmente eritrosit saptandı. Hasta aHUS olarak değerlendirildi. Plazmaferez tedavisine başlandı. Kontrol kranial MRG normal olarak saptandı. (şekil 1) Plazmaferez tedavisine refrakter bisitopeni ve LDH yüksekliği olan; diyaliz ihtiyacı devam eden hastaya eculizimab başlandı. Eculizimab tedavisinin 5.ayında üre

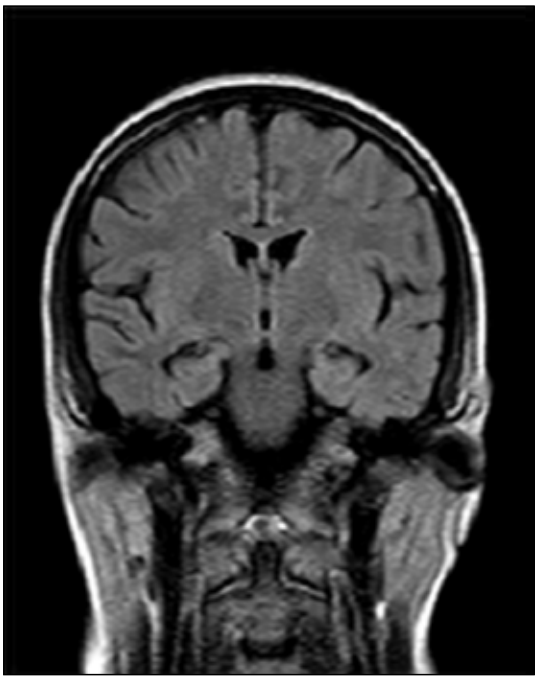
Anahtar Kelimler: Atipik Hemolitik Üremik Sendrom, Posterior Revesible Ensefalopati Sendromu, Böbrek yetmezliği



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

Tablo 1. Hastanın başvuru anı laboratuar değerleri

Üre	188 mg/dL (17-43)
Kreatinin	14,6 mg/dL (0,51-0,95)
Kalsiyum (Ca)	8,15 mg/dL (8,8-10,6)
Fosfor (P)	7 mg/dL (2,6-4,5)
Potasyum (K)	6,1mmol/L (3,5-5,2)
Parathormon (PTH)	237pg/mL (15-88)
Lökosit (WBC)	5060mm^3 (4000-10.000)
Hemoglobin (Hb)	6,3 gr/dL (13,6-17,2)
Hematokrit (Htc)	20,9 (39,5-50,3)
Trombosit (Plt)	104000/mm^3 (156000-373000)
Laktat Dehidrogenez (LDH)	602 U/L (0-247)

PS-225

ERİŞKİN HASTADA EKTOPİK SUBLİNGUAL TİROİDE BAĞLI HİPOTİROİDİ

Deniz Yüce Yıldırım, Utku Erdem Soyaltın, Mustafa Yıldırım, Muhammet Ali Kaypak, Hasan Çağrı Yıldırım, Harun Akar

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Giriş: Ektopik tiroid; tiroid bezinin yapısal bozukluklarından olup, nadir görülen konjenital bir anomalidir. Aynı zamanda doğumsal hipotirodinin en sık nedenlerinden birisidir. Ektopik tiroid bezi yaklaşık 200.000'de 1 görülürken, 6000 de 1'i tiroid hastalığı ile birlikte görülür. Aslında, asemptomatik olan bazı olgular nedeniyle, tiroid ektopisinin gerçek insidansı bilinmemektedir. Klinik ve laboratuvar bulguları, bezin hormon salgılama kapasitesine göre değişkenlik gösterir. Ektopik tiroid dokusu lingual, sublingual, submandibuler, prelaringeal, trakeal, özefageal, substernal veya lateral boyunda bulunabilir. Biz de 37 yaşında ektopik tiroid dokusuna bağlı hipotiroidi tanısı alan vakamızı nadir görülmesi nedeniyle sunmak istedik.

Olgu: 37 yaşında çocukluğundan beri düzensiz şekilde tiroid hormonu replasman tedavisi alan fakat sebebini bilmeyen, bunun dışında kronik hastalık öyküsü olmayan, herhangi bir operasyon öyküsü olmayan kadın hasta gebeliğinin 1. trimesterinde kontrol amaçlı dahiliye polikliniğine başvurdu. 50 mcq levotiroksin sodyum kullanan hastanın vital bulguları stabildi. Sistem fizik muayene bulguları olağandı. TSH: 411,5 mIU/mL, sT: 0,36 ng/dL, tiroid otoantikorları normal aralıkta saptandı. Hemogram ve biyokimya markerlarında patoloji yoktu. Sabah 08:00 de bakılan bazal kortizol normal bulundu. Tiroid ultrasonografisi: Tiroid lojlarında belirgin bir tiroid parankimi ayırt edilmedi. Operasyon öyküsü olmayan hastada agenezi? Boynun her iki tarafında patolojik görünümde lenf nodu ayırt edilmedi. Şeklinde raporlandı. Çekilen tiroid sintigrafisi: Elde edilen görüntülerde; morfolojik olarak ve pozisyonel olarak tiroid bezi normal pozisyonda yer almamıştır. Sublingual tiroid dokusu ektopik olarak değerlendirilmiştir. Aktivite dağılımı olağandır. Şeklinde geldi. Hastaya levotiroksin sodyum yükleme dozunda verildi, takibinde azaltılarak normalde kullandığından daha yüksek doz ile idame yapıldı. Bu sırada endokrinoloji, kadın doğum ve hastalıkları, perinatoloji birimlerinin görüş birliğiyle terminasyon uygulandı. Hasta poliklinik takibine alındı.

Sonuç: Ektopik tiroid bezi foramen caecum'dan başlayarak torakal ve abdominal organlara kadar birçok lokalizasyonda görülebilir. Ektopik tiroid dokusu fonksiyonel veya nonfonksiyonel olabilir, kadınlarda 4-7 kat fazla görülür genellikle 2. dekatta fark edilir. Tipik olarak asemptomatiktir ve rastlantısal olarak saptanır. Bizim hastamız erken yaşta hipotiroidi tanısı almış fakat etyolojisi aydınlatılmamıştı. Bu nedenle 4. dekatta ektopik tiroid tanısı aldı. Sonuç olarak; genç kadın hastalarda hipotiroidinin en sık nedeninin otoimmün tirodit olmasına rağmen mutlaka etyolojinin araştırılması gerekmektedir, ektopik tiroid akılda tutulmalıdır. Bu nedenle nadir görülen sublingual ektopik tiroid olgumuzu sunmak istedik.

Anahtar Kelimler: Ektopik tiroid, Hipotiroidi

PS-226

DİÜRETİK KULLANIMI SONRASI DERİ NEKROZU İLE PRESENTE OLAN STAZ DERMATİT

Rıdvan Sivritepe, Sema Uçak Basat, Ece Yiğit, Hanife Şerife Aktaş, Ali Durdu

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Başlıca sebebi ateroskleroz olan periferik arter hastalığı(PAH), meydana getirdiği iskemiye bağlı ekstremitede fonksiyon kaybına neden olmasıyla önemlidir. Staz dermatiti ise alt ekstremitenin kronik venöz yetmezliğinin en sık presente oluş şeklidir. Konjestif kalp yetmezliği(KKY) olan hastalarda kanın alt ekstremitede göllenmesine bağlı damar içi basınç artmakta, damar dışına sıvı ve fibrinojen başta olmak üzere protein kaçağı olmakta bu da doku frajilitesinde artış meydana getirmektedir. Vakamızda dekompanse kalp yetmezliği nedeniyle takip ettiğimiz ve diüretik tedavisi sonrası alt extremitelerinde nekroz gelişen bir hastayı sunduk.

Vaka: Bilinen KKY ve kronik renal hasar tanıları olan 82 yaşındaki erkek hasta dekompanse kalp yetmezliği, pnömoni ve kronik zeminde gelişen akut renal hasar nedeniyle servisimize interne edildi. Muayenesinde her iki akciğerde üst zonlara kadar duyulan krepitan raller, bilateral alt ekstremitelerde ++++/++++ pretibial ödem ve staz dermatiti vardı. Kalp yetmezliği açısından yoğun furosemid infüzyonu başlandı. Tedavinin 48. saatinde pretibial ödemi tamamen gerileyen hastanın her iki alt ekstremitesinde eritemli, ödemli, yer yer desquamasyon gösteren staz dermatitit üzerine düzensiz şekilli nekrotik ülserler gelişmesi üzerine hastada periferik arter hastalığı(PAH) düşünüldü. Kreatinin klirensi 19ml/min/1.73 olan hastaya anjiografi çekilemeyip bilateral alt extremite arteryal ve venöz doppler ultrasonografi yapıldı. İncelenen tüm venöz sistemler açık olup kompresyonla kollabe olmaktaydı ancak arteriyel sistemde yaygın duvar kalınlaşmaları ve aterosklerotik plaklar izlenmişti. Bilateral ana femoral arter, süperior femoral arter ve distalinde arteriyel sistemlerde bifazik ve yer yer monofazik akım izlenen hastaya periferik arter hastalığı tanısı konuldu. Kalp damar cerrahisine konsülte edilen hastanın tedavisine enoksaparin sodyum 0,6 subkutan 1*1 ve iloprast 2.5 mcg/saat infüzyonu eklendi. Hastanın servisteki takip ve tedavisine devam edildi.

Tartışma: PAH'nın risk faktörleri koroner arter hastalığı ve serebrovasküler hastalık ile benzer olup yaş, hipertansiyon, erkek cinsiyet, hiperkolesterolemi başlıcaları arasındadır. Asemptomatik ve atipik semptomlarla seyredebildiğinden hastalık gözden kaçabilmektedir. Asemptomatik hastalarda fizik muayenede alt ekstremite nabızlarının kontrol edilmesi ve ankle-brakial index ile tespit edilebilir. Tedavide öncelikle medikal yaklaşım denenmeli ileri vakalarda amputasyon seçeneği düşünülmelidir. 60 yaş üstü hastalarda %10'un üzerinde görülen periferik arter hastalığının, risk faktörleri olan hastalarda asemptomatik dahi olsalar taranması erken tanı koymak ve prognozu iyileştirmek açısından önemlidir. Vakamızda diüretik tedavisi kalp yetmezliği bulgularını geriletmişti ancak tanısı konulmamış periferik arter hastalığı da olan hastada staz dermatiti şeklinde olan cilt lezyonlarının nekrotik cilt ülserlerine dönüşmesine neden olmuştu. Bu yüzden bu tür hastalarda agresif diüretik tedavisi uygulanırken iskeminin arttırılabileceği yönünden dikkatli olunması gerekmektedir. Önlenebilir risk faktörlerinin modifikasyonu hastalarda mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır.

Anahtar Kelimler: diüretik kullanımı, staz dermatit, deri nekrozu



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-227

İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİNDE YATARAK TEDAVİ EDİLEN HASTALARIN TANILARININ VE EŞLİK EDEN KRONİK HASTALIKLARININ İNCELENMESİ

Türkan Paşalı Kilit, Esra Altınsoy, Cüneyt Kahraman

Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

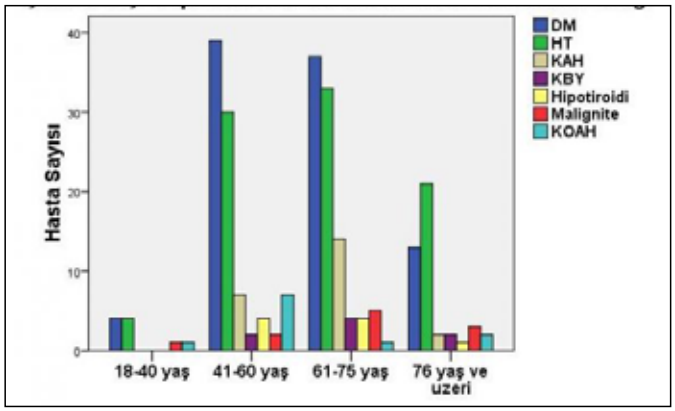
Amaç: Kütahya ilinde, son 6 ayda içinde İç Hastalıkları kliniğinde yatarak tedavi edilen hastaların tanılarının ve eşlik eden kronik hastalıklarının yaş gruplarına göre incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Dumlupınar Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniğinde, Ocak 2015 - Haziran 2015 tarihleri arasında yatarak tedavi edilen hastalar değerlendirmeye alındı. Hastaların tanıları ve eşlik eden hastalıklar yaş gruplarına göre incelendi.

Bulgular: Toplam 203 hasta değerlendirmeye alındı (yaş ortalaması 58,6 ± 17,7 yıl, 18-96 yaş). Hastaların %33,5'i erkek, %66,5'i kadındı. En sık tanılar sırasıyla Diabetes Mellitus (%26,6), anemi (%19,2) ve pnömoniydi (%7,4). On sekiz-40 yaş grubundaki hastalarda en sık tanı anemi (%35,9), 41-60 yaş grubunda Diabetes Mellitus (%45,2), 61-75 yaş grubunda yine Diabetes Mellitus (%26,9), yaşlı popülasyonda ise (76 yaş ve üzeri) en sık tanı akut böbrek yetersizliğiydi (%22,9). Yatan hastalarda görülen en sık kronik hastalıklar sırasıyla Diabetes Mellitus (%45,8), hipertansiyon (%43,3) ve koroner kalp hastalığıydı (%11,3). Yaş gruplarına göre kronik hastalıkların görülme sıklığı Şekil 1'de görülmektedir. Hastaların ortalama yatış süresi 5,9 ± 2,3 gündü (Minimum 2, maksimum 15 gün).

Sonuç: İç Hastalıkları Servisine yatırılan hastaların en sık yatış nedeni Diabetes Mellitustur. Yatış süreleri göz önüne alındığı diyabetik ayak hastalarının yatış sürelerinin uzun olduğunu görüyoruz (ortalama 11,6 gün). Diabetes Melltus en sık yatış tanısı, komplikasyonu olan diyabetik ayak ise en uzun süre yatış gerektiren hastalıktır. Diabetes Mellitus ayrıca yatan hastalardaki en sık gözlenen kronik hastalıktır. Türkiye'de Diabetes Mellitus sıklığının giderek artması, bu sonucu doğurmaktadır.

Anahtar Kelimler: Yatan hasta, Yaş, Kronik Hastalıklar, Diabetes Mellitus



Şekil 1. Yaş gruplarına göre kronik hastalıkların görülme sıklığı.

PS-228

PROTEİNÜRİ,BÖBREK YETMEZLİĞİ VE PÜRÜLAN LENFADENOPATİ İLE PREZENTE OLAN EXTRAPULMONER TÜBERKÜLOZ OLGUSU

Gökhan Köker, Gülhan Özçelik, Sibel Çakıroğlu, Mehmet Kök, Süheyla Ayça Gülenay Sümer, Bayram Yeşil, Dilek Üngör, Seyit Uyar, Ayhan Hilmi Çekin

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Tüberküloz, *Mycobacterium tuberculosis* basilinin, genellikle solunum yolu ile alınması sonrası ortaya çıkan dünyanın en eski infeksiyon hastalıklarından biridir. Tüberküloz, en çok akciğerlerde olmakla birlikte multisistemik bir hastalıktır. Bu vakada böbrek yetmezliği,masif proteinüri ve pürülan akıntılı lenfadenopati(LAP) ile prezente olan lenf bezi tüberkülozu ve renal tüberküloz olgusunu sunmaktayız .

Olgu: 57 yaşında erkek hasta 15 gündür oral alım bozukluğu ve halsizlik ile başvurdu.Fizik muayenesinde kaşektik görünümde, bilateral servikal ve inguinal bölgede sarı beyaz renkli pürülan 4-5 cm'lik LAP,akciğerde sağ ve sol bazalde ral, bilateral pretibial ödem saptandı,kreatin:2.9 mg\dl BUN: 55 mg\dl, Hb:12.1g\dl,WBC: 15,8 x 10^3/mm^3, CRP:215 mg\l Sedim:125 mm\st,tam idrar tetkikinde proteinüri, lökositüri hematüri, Ca:7.7 mg/dL,albumin:1.2 g\dl,total protein:4g\dl PA AC grafisinde bilateral yaklaşık 3-4 cm plevral effüzyon görüldü.Hasta üriner sistem enfeksiyonu, malignite, Tüberküloz(tbc) ön tanılarıyla yatırıldı.

Üriner sistem infeksiyonun için antibiyotik başlandı, idrar kültürü sterildi. Böbrek yetmezliği için hidrasyon yapıldı. Sol ingüinal bölgede bulunan akıntılı lenf nodu eksize edildi, biyopsisi kazeifiye granülamatöz lenfadenit ile uyumluydu.Hastanın çekilen toraks tomografisinde sol akciğer apikalde kalsifiye plaklar izlendi,kronik tbc düşünüldü, PPD 13 mm geldi. Plevral sıvı örneğininden gönderilen tbc pcr negatif saptandı.Extrapulmoner tüberküloz tanısı ile anti tüberküloz tedavisi başlandı. Ultrasonda; bilateral böbrek parankim ekosu ve boyutları arttığı görüldü. Plevral effüzyonu,bilateral pretibial ödemi olan hastada 13 gr\24saat proteinüri olması üzerine amiloidoz düşünülerek rektal biyopsi yapıldı fakat amiloid saptanmadı. Laboratuvar ve klinik bulgular ile renal tüberküloza sekonder nefrotik sendrom düşünülen hastaya metil prednizolon ve ACE inhibitörü, pentoksifilin başlandı.Ayırıcı tanıya yönelik bakılan tetkiklerinde c3 düşük c4, parathormon normal, ANA negatif saptandı.Direk grafilerinde litik lezyon gözlenmemesi,idrar immün fiksasyon elektroforezinde proteinüri serum immün fiksasyon elektroforezinde eser monoklonal IgG KAPPA bandı saptanması üzerine multiple myelom düşünülmedi. Hasta halen extrapulmoner tüberküloz ve tüberküloza sekonder nefrotik sendrom ile takip edilmektedir.

Sonuç: Tüberküloz basili infeksiyonlarının hemen hepsinde primer odaktan bölgesel lenf bezlerine yayılım gercekleşir. Basiller, lenfatik dolaşımla diğer lenf bezlerinde ve/veya kan dolaşımına katılarak akciğer dışı organlarda infeksiyona neden olabilirler. Lenf bezi tüberkülozu tek başına veya akciğer tüberkülozu ile birlikte görülebilir, genitoüriner tüberküloz daima primer pulmoner enfeksiyondan hemotojen yayılım ile böbreklerde başlamaktadır. Genitoüriner tüberküloz periferal lenfadenopatiden sonra 2. sıklıkta görülen extrapulmoner tüberkülozdur. Tedavileri esas olarak sistemiktir, 3'lü ya da 4'lü kombinasyonlar ile 6-9 aylık tedavi sonrası başarılı sonuçlar alınmaktadır.Etkin tedavi edilmezse mortalitesi yüksektir. Tanısı zor olduğu için az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimler: extrapulmer tüberküloz, pürülan lenfadenopati, nefrotik sendrom, böbrek yetmezliği

PS-229

POLİARTERİTİS NODOSA: BİR OLGU SUNUMU

Nazire Aladağ[1], Tuğba Sevinç Gamsız[1], Seydahmet Akın[1], Mehmet Engin Tezcan[2], Bilge İşçi[1], Arzu Işık[1], Abidin Gündoğdu[1], Nihal Yılmaz[1], Özcan Keskin[1], Mehmet Aliustaoğlu[1]

[1]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Yan Dal Uzmanı

Giriş: Poliarteritis Nodosa (PAN) literatürde tanımlanan ilk vaskulittir. Prevalensi 1 milyonda 30'dur. Orta-çaplı damarların nekrotizan arteriti olan PAN hemen her organı tutabildiği gibi en sık cilt, periferik sinirler, mesenterik damarlar (renal arterler dahil), kalp ve beyini tutar. PAN tanılı hastaların % 10'u hepatit-B'den kaynaklanır. Klasik PAN hastaları ANCA-negatiftir. Ateş, halsizlik, kilo kaybı görülebilir. Ekstremite ağrısı erken dönemde göze çarpan bir özelliktir ve artralji, myalji yada nöropatiden kaynaklanabilir. Tipik cilt bulguları livedo retikularis, subkutan nodüller ve cilt ülserleridir. Renal arterlerin tutulumu hipertansiyona yol açar. Karın ağrısı sıktır. PAN hastalarının çoğunda hafif anemi, lökositoz ve akut faz reaktan yüksekliği beklenir. Tedavisiz 5-yıllık yaşam süresi % 10 iken uygun tedavi ile bu oran % 60-90 arasında seyretmektedir.

Olgu: 28 yaşında erkek hasta bir hafta önce başlayan karın ağrısı, ayak bileklerinde ağrı ve 38 °C ateş ile hastanemiz Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine başvurmuş, Rose Bengal pozitifliği saptanması üzerine yatış yapılan hasta düşük titrede (1/80) pozitiflik ve Brucella tedavisine yanıtsızlık nedeniyle tetkik için İç Hastalıkları Kliniğine devir alındı. Fizik muayenesinde bilinci açık, tansiyonu 140/90 mmHg, ateş 37 °C, nabız 92/dakika, solunum hızı 18/dakika idi, dilinde beyaz plaklar görüldü. Akciğer, kardiyovaskuler ve karın muayenesi olağandı. Kollarında hassasiyet vardı. Cilt döküntüsü saptanmadı. Sistem sorgusunda son bir ayda 5 kg kaybı olduğu öğrenildi. İlaç, alkol, madde kullanımı yoktu; 15 paket yıl sigara tüketimi vardı. Laboratuarında: hemoglobin 10 g/dl, WBC 9300/dl, ESR 94 mm/h, CRP 220 mg/dl, CPK 88 u/l, romatolojik marker'lar negatif, albumin 2.8 g/dl, AST 44 U/l, ALT 84 U/l, total bilirubin 0.3 mg/dl; Hepatit ve HIV serolojileri negatif idi. Periferik yayma demir eksikliği anemisi ile uyumlu raporlandı. Anemi tetkik için gönderilen çölyak oto-antikorları negatif idi. Endoskopilerinde eroziv pangastrit, hemorajik duodenal ülserler ve kolonik ülserler görüldü. Biopside non-spesifik kolit raporlandı.

Nöroloji tarafından istenen EMG normal raporlandı. Romatoloji önerisi ile alınan cilt ve gastroknemius biopsisinde amiloidoz yada vaskulit saptanmadı. Vaskulit taraması için yapılan oftalmolojik muayene doğal idi. Abdomen ultrasonunda splenomegali (160 mm) saptandı. İdrar proteini 5677 mg/24 saat;

üriner ultrason normaldi. Nefrotik düzeydeki proteinüri nedeniyle nefroloji tarafından ramipril başlandı.

Renal dijital subtraksiyon anjiografide sol böbrekte alt pole yakın parenkimal dal üzerinde 2.5 mm çaplı anevrizma izlendiği, sağ böbrekte iki adet daha anevrizma izlendiği ve ana renal arter düzeyinin normal olduğu raporlandı. Mevcut semptomları ve anjiografi bulguları ile romatoloji uzmanı tarafından PAN tanısı kondu, endoksan ile taburculuk planlandı.

Tartışma: PAN, oldukça nadir görülen ve tanısı nispeten zor olan ve hastalığa ait spesifik bir serolojik testin olmaması tanıyı zorlaştırmaktadır. PAN tanısı için doku biopsisi ya da anjiogram ile doğrulama gerekmektedir. Hastalık yüksek morbidite ve mortaliteye yol açması ve uygun tedavi ile dramatik yanıtlar alınabilmesi nedeniyle önem arz eder.Vakamızda da mevcut olan ateş ve eklem ağrısıyla başvuran erkek hastalarda enfeksiyon ekarte edildikden sonra PAN ayırı tanıda mutlaka düşünülmesi gereken çok da nadir olmayan bağ dokusu hastalığıdır .

Anahtar Kelimler: PAN (poliartiritis nodosa),Ateş, Eklem Ağrısı, Anemi, Akut Faz Reaktanları Yüksekliği



Şekil 1.

PS-230

SİSTER MARY JOSEPH NODÜLÜ İLE PREZENTE OLAN KOLON KANSERİ OLGUSU

Seyit Uyar[1], Süleyman Dolu[1], Bayram Yeşil[1], Gülhan Özçelik[1], Süheyla Ayça Gülenay Sümer[1], Zahide Taş[1], Ferda Akbay Harmandar[2], Ayhan Hilmi Çekin[2]

[1]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Sister Mary Joseph Nodülü (SMJN) karın içi, pelvik organlar ve nadiren de hematolojik malignitelerin umbilikusa yerleşmiş cilt metastazına verilen isimdir. Çok nadir olarak görülen bu nodül, 1920'lerin başında ilk kez tanımlanmıştır. Kanser hastalarında kötü prognoz göstergesidir ve sağkalım genelikle 1 yıldan azdır. Cilt metastazının oluşumuyla ilgili direkt peritoneal invazyon, lenfojen ve hematojen yayılım gibi bazı farklı hipotezler vardır. Tanı anında sistemik kanser yayılımı olan bu hastalar acil endikasyonlar dışında opere edilmemekte, onkoloji klinikleri tarafından takip ve tedavi edilmektedir.

Ogu: 61 yaşında bayan hasta, hastanemiz dahiliye polikliniğine yaklaşık 2 yıldır olan kabızlık, kilo kaybı, halsizlik ve karın şişliği, 6 aydan beri de göbek üzerinde yara şikayetleri ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede umbilikusda yaklaşık 4x5 cm boyutunda, ülserovejetan ve karın duvarına fikse nodüler lezyon görüldü. Laboratuar tetkiklerinde demir eksikliği anemisi, ESR;68 mm/h, ALP-GGT-LDH yüksek, CA-19.9; 5494 U/ml (0-35) ve CA-125; 101 U/ml (0-35) mevcuttu. Akciğer ve direkt batın grafisi normaldi. Servise interne edilen hastanın batın USG'de karaciğerde metastaz ile uyumlu nodüler lezyonlar ve umbilikusda 36x24x45 mm yoğun içerikli kistik lezyon (implant?) izlendi. Abdomen BT'de karaciğerde metastaz ile uyumlu lezyonlar, batın içi serbest sıvı,paraçölyak-mezenterik-inguinal multiple patolojik boyutta lenfadenopatiler ve rektum distalde düzensiz kalınlaşma, tüm kolon anslarında belirgin distansiyon ve hava-sıvı seviyesi, sigmoid kolonda duvar kalınlaşması görüldü. Yapılan kolonsokopide rektosigmoid bileşke civarında, lümeni daraltan kitle lezyon izlendi. Genel cerrahi tarafından hastaya kolektomi (sigmoid kolon), umbilikal bölge deri eksizyonu ve karaciğer biyopsisi yapıldı. Makroskopik patolojide barsak lümenini tamamen tıkayan tümörel yapı, mikroskopi olarakda adenokarsinom, karaciğer-umbilikal bölge ve lenfovasküler invazyon izlendi. Taburcu edilen hastanın onkoloji polikliniğinden takip ve tedavisine devam edilmektedir.

Tartışma: SMJN ileri evre kanserlerde görülen ve prognozun kötü olduğunu gösteren cilt metastazıdır. Bu hastalarda tanı anında hastalık ileri evrede olduğu için onkolojik tedaviler ile hayat kalitesi ve yaşam beklentisi arttırılabilir. Cerrahi ancak perforasyon, tıkanıklık ve kanama gibi komplikasyonlar için uygulanabilir. Bizim olgumuzun da uzun zamandan beri şikayetleri vardı ve daha önceden hastane başvurusu yoktu. Başvuru anında ileri evrede olan hasta obstruksiyon nedeniyle opere edildi ve onkoloji takibine yönlendirildi. Çok nadir olarak görülen bu nodül artık kanser tarama programlarının 1. basamakta yapılması ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması gibi nedenlerle görülmesinin daha da azalacağı düşünülerek burada sunulmuştur.

Anahtar Kelimler: Sister Mary Joseph Nodülü, kolon kanseri

PS-231

NADİR BİR PLEVRAL EFFÜZYON NEDENİ OLARAK PLEVRAL MEZOTELYOMA

Erol Arslan[1], Türker Kurt[1], Şeref Demirbaş[1], Kuthan Kavaklı[2], Kenan Sağlam[1]

[1]GATA İç Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara
[2]GATA Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Plevra, periton veya perikard gibi seröz zarlardan köken alan mezotelyoma, oldukça nadir bir tümördür. Tümörün en sık izlendiği bölge plevradır. Herhangi bir spesifik belirti veya bulgusu olmayan hastalık sıklıkla semptomatiktir. Plevral mezotelyoma sıklıkla plevral effüzyonla birliktelik gösterir. Burada nadir bir plevral effüzyon nedeni olarak, plevral mezotelyoma olgusu sunacağız.

Olgu: 75 yaşında erkek hasta, yaklaşık iki aydır olan nefes darlığı ve kilo kaybı şikayetleri ile İç Hastalıkları kliniğine kabul edildi. Özgeçmişinde benign prostat hiperplazisi hastalığı olan hasta; tamsulosin 0,4 mg MR tb. ve lansoprazol 30 mg tb. tedavileri kullanmaktaymış. Yapılan fizik muayenesinde akciğer sesleri dinlemekle sağ alt zonda azalmış olarak duyuldu. Barsak sesleri hiperaktif olarak değerlendirildi. Bakılan labaratuvar tetkiklerinde sedimentasyon: 53 mm/saat olarak saptandı. Diğer rutin biyokimyasal incelemeleri referans aralıkta tespit edildi. Çekilen PA akciğer grafisinde sağda belirgin, tek taraflı plevral effüzyon izlendi. Diagnostik torasentez yapılan hastanın plevra sıvı örneklerinde total protein: 5,06 g/dl, albumin: 3,41 g/dl, LDH: 921 U/L olarak saptandı. Eksüda vasfında değerlendirilen mayiden mikrobiyoloji ve patolojiye örnekler gönderildi. Plevral sıvı direk bakısında mikroorganizma izlenmedi, kültüründe üreme olmadı. Sitoloji örneğinde plevral sıvı örneği malignite açısından negatif olarak raporlandı.

Öyküsünde şüpheli (Nevşehir bölgesinde eski toprak yapı evde oturma) asbest maruziyeti olan hastaya PET BT tetkiki yapıldı. Sağ hemitoraksta, plevral yüzeylerde artmış metabolik odak tespit edildi. Enfeksiyon/malignite ayırımı yapılamayan lezyondan Göğüs Cerrahisi tarafından tru-cut biyopsi ile örnek alındı. Parietal plevra biyopsi materyali epiteloid mezotelyoma olarak raporlandı.

Sonuç: Plevral effüzyon evaluasyonu klinik pratikte oldukça önemli yer tutmaktadır. Değerlendirmede hastanın kliniği, plevral effüzyon sıvı incelemesi ve görüntüleme tetkikleri temel oluşturmaktadır. Tüm plevral effüzyon nedenleri arasında plevral mezotelyoma %3 sıklıkta görülmektedir. Plevral effüzyon evaluasyonunda plevral mezotelyoma da nadir bir plevral effüzyon nedeni olarak ön tanılarımız arasında olmalıdır.

Anahtar Kelimler: Plevral Mezotelyoma, Plevral Effüzyon, Asbest

PS-232

PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ İŞLEMİ SIRASINDA RASTLANTISAL OLARAK SAPTANAN ÖZOFAGUS ADENOKANSER OLGUSU

Erol Arslan, Şeref Demirbaş, Türker Kurt, Kenan Sağlam

GATA İç Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Özofageal maligniteler dünya genelinde etiyolojik ve demografik özelliklere bağlı olarak değişen sıklıklarda gözlenmektedir. Son yıllarda adenokanserlerin görülme sıklığı skuamöz hücreli kansere görece artış göstermişdir. Değişik klinik prezantasyonlarla birlikte hastalar sıklıkla disfaji ve eşlik eden kilo kaybı ile başvurmaktadır. Bu semptomlar ileri yaşlı hastalarda nadir olmayan hastane başvuru nedenlerindendir.

Burada benzer semptomatoloji ile başvuran ileri yaşlı bir alzheimer hastasında, uzun vadeli beslenme desteği amacıyla planlanan perkütan endoskopik gastrostomi takılma işlemi sırasında rastlantısal olarak saptanan özofagus adenokanser olgusu sunacağız.

Olgu: 89 yaşında bayan hasta, yaklaşık iki hafta önce başlayan oral alım azlığı ve buna bağlı kilo kaybı ile bir hafta önce başlayan ateş, öksürük ve genel durum bozukluğu şikayetleri ile İç Hastalıkları kliniğine kabul edildi. Özgeçmişinde alzheimer hastalığı, bronşiektazi ve osteoporoz hastalıkları olan hasta, düzenli ilaç tedavisi kullanmamaktaymış. Yapılan fizik muayenesinde genel durumu orta-kötü olarak değerlendirildi. Deri turgor tonusu azalmış olan hastanın dili kuru izlendi. Akciğer sesleri dinlemekle sağ orta ve alt zonlarda kaba ralleri mevcuttu. Kalp ritmik ve taşikardik oskülte edildi. Bakılan labaratuvar tetkiklerinde Hb: 11,4 gr/dl, WBC: 18800 / mikroL, PLT: 415000 /mikroL, sedimentasyon: 82 mm/saat ve CRP: 92,9 mg/l olan hastanın tam idrar tetkikinde her sahada 71,1 lökosit görüldü. İdrar kültürü alındı. Rutin biyokimyasal incelemesinde glukoz: 229 mg/dL, üre: 123 mg/dL, kreatinin: 1,85 mg/dL (bilinen bazal kreatinini: 0,85 mg/dL), albumin: 2,27 gr/dL, total protein: 5,56 gr/dL, ferritin: 189,7 ng/mL, prokalsitonin: 3,456 ng/mL olarak tespit edildi. Çekilen PA akciğer grafisinde sağ alt ve orta lobda infiltrasyon, sağ üst lobda bronşiektazi saptandı.

Toplum kökenli pnömoni ve idrar yolu enfeksiyonu olarak kabul edilen hastaya piperasilin + tazobaktam ve levofloksasin IV antibiyoterapisi başlandı. Antibiyotik tedavisine 15 gün devam edildi. Yakınmaları geriledi, akut faz reaktanları düştü. Prerenal akut böbrek yetmezliğindeki hastaya IV mayi replasmanına başlandı. Böbrek fonksiyonları yatışının ikinci gününde iyileşti. Hastaya yatışında beslenme desteği amacıyla nazogastrik sonda takıldı. Rezidüsü olması nedeniyle ilk gün beslenmeye başlanılmadı. Yatışının ikinci gününde nazogastrik sonda ile beslenme desteğine başlanıldı.

İki yıldır Alzheimer hastalığı tanısı olan, on gün öncesine kadar kendi ihtiyaçlarını giderebilen ve mobil olan hasta, bu süreçte yatağa bağımlı hale gelmiş. Hastane yatışının üçüncü haftasında beslenme desteği ihtiyacının devam etmesi üzerine hastaya perkütan endoskopik gastrostomi takılmasına karar verildi. Anestezi altında yapılan işlem sırasında endoskopi ile kesici dişlerden itibaren 35 cm'de 2x4 cm boyutunda lümenin yarıdan fazlasının dolduran kitle saptandı. Bu kitleden alınan biyopsi örneği az diferansiye adenokarsinoma olarak raporlandı.

Sonuç: Geriatrik yaş hastaların hastane başvurularında oral alım azlığı, yutma bozuklukları/güçlüğü ve kilo kaybı sık görülen semptomlardandır. Mevcut komorbideteleriyle birlikte değerlendirildiğinde bu grup hastalarda sıklıkla palyatif yaklaşımlar tercih edilmektedir. Benzer semptomatolojisi nedeniyle özofagus malignitelerinin de bu grup hastalarda akılda tutulması, şüphe varlığında tetkik edilmesi erken tanı ve prognoz açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimler: Özofagus adenokanseri, Perkütan endoskopik gastrostomi, Alzheimer hastalığı

PS-233

PESTİSİTLERE BAĞLI BAĞLI AKUT PANKREATİT OLGU SUNUMU

Serdar Olt[1], Ramazan İlyas Öner[1], Meral Çeliker[1], Mehmet Şirik[2]

[1]*Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniği*
[2]*Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Kliniği*

48 yaşında erkek hasta 2 saattir başlayan epigastrik karın ağrısı, bulantı ve kusma yakınmaları ile acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde epigastrik hassasiyet dışında herhangi bir anormallik saptanmadı. Özgeçmişinde yaklaşık 2-3 saat önce bahçe ilaçlanması amacıyla SAKOZEB M-45, JETSİS 2.5 EC isimli tarım ilaçlarına inhalasyon yoluyla maruz kaldığı saptandı. Yapılan tetkiklerinde AST: 40 U/L ALT:23 U/L Amilaz: 776 U/L LDH:461 U/L olarak saptandı. Yapılan Batın BT'sinde panreas ekspanse görünümde olup peripankreatik yağlı dokuda minimal kirlenme (akut pankreatit) saptandı. Takiplerinde hastada komplikasyon gelişmedi ve tamamen düzeldi. Deltamethrin (ticari ismi JETSİS 2.5 EC) tarım alanında çok yaygın olarak kullanılan bir insektisittir. Aynı şekilde mancozeb (ticari ismi SAKOZEB M-45) ise tarım alanında çok yaygın olarak kullanılan bir fungisittir. Bu tarım ilaçları toksik dozda inhale edildiğinde insan vücuduna toksik etkileri olmaktadır. Burada Deltamethrin ve mancozeb inhalasyonuna sekonder gelişen bir akut pankreatit olgusuna vurgu yapmak istedik

Anahtar Kelimler: Pestisit, insektisit, fungisit, akut pankreatit

PS-234

GEÇ TANI ALAN ÇÖLYAK OLGU SUNUMU

Seydahmet Akın, Salih Kılıç, Cumali Yalçın, Arzu Işık, Abidin Gündoğdu, Nazire Aladağ, Nihal Yılmaz, Mustafa Tekçe, Özcan Keskin, Mehmet Aliustaoğlu

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi iç hastalıkları kliniği

Giriş: Çölyak hastalığı genetik yatkınlığı olanlarda,buğday,arpa,çavdar gibi tahıllarda bulunan gluten'in yol açtığı ve ön planda proksimal ince barsakların etkilendiği sistemik ve otoimmün bir süreçtir. Toplumda görülme sıklığı 1/300'dür ve genellikle erken erişkinlik döneminde aşikar olmaktadır. Malabsorbsiyon semptomları ile ortaya çıkabileceği gibi anemi,osteopeni,karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk gibi bulgularla seyredebilir. Hastaların az bir kısmında ise asemptomatik seyreden sessiz çölyak hastalığı mevcut olup yapılan endoskopik tetkiklerde ortaya çıkmaktadır. Tanısında klinik şüphe ile birlikte;endoskopik bulgular ve glutensiz diyete cevap kullanılmakta iken tedavinin ana hedefi diyetten glutenin çıkarılmasıdır. Malabsorpsiyon ve kaşeksi bulguları ile seyreden çölyak vakasını sunmayı planladık.

Olgu: 36 yaşında bayan hasta yaklaşık 8 aydır devam eden bulantı,kusma, halsizlik,iştahsızlık,kolarda bacaklarda uyuşma,ara ara olan nefes darlığı ve ortalama 20 kilo kaybı ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde ileri derecede kaşeksi ve dehidrate görünümünün dışında belirgin patolojik özellik saptanmadı. Yapılan tetkiklerinde,AST:60U/L(0-50), ALT:84U/L(0-50), WBC:8200/mm^3 HGB:12.6gr/dl, PLT:446000/mm^3, diğer biyokimya değerleri,sedimentasyon ve Crp değerleri normal idi. Bakılan serolojisinde Hbsag(-),anti-HCV(-),anti HIV(-) idi. Yapılmış olan endoskopisinin normal olduğu görüldü. Gelişinde kollarda bacaklarda uyuşma ve hafif görme bulanıklığı olan hastanın sol gözünde üveit saptandı. Nöroloji tarafınca yapılan emg'sinde subakut-kronik aksonal polinöropati mevcut idi. Hastanın gönderilen romatolojik tetkiklerinin normal olduğu görüldü. Psikiyatrik değerlendirme sonrasında hastada Anoreksiya Nervosa ve Blumia Nervosa düşünülmedi. Tbc maruziyeti olan hastanın ppd'si negatif idi. Dış merkezde bakılmış olan CA-125 değeri 64 olan ve kilo kaybı tarifleyen hastanın yapılan PET-BT'sinde midede diffüz duvar kalınlaşması ve sürrenal adenom görüldü.Sürrenal yetmezlik süphesi ile bakılan kortizol:11 idi ve synacten stimülasyon testinde 1.saatte kortizol:26 olarak görüldü ve sürrenal yetmezlik dışlandı.Hastaya romatoloji tarafınca vaskülit ön tanısı ile 1mg/kg/gün steroid başlandı. Bulantı,kusma,kilo kaybı ve malabsorbsiyon semptomları olan hastaya PET-BT bulgularının da eklenmesi üzerine üst gastrointestinal sistem endoskopisi tekrar yapıldı ve ince barsağın ilerleyen kısımlarına bakıldı. Çölyak olarak değerlendirilen hastanın yapılan biyopsilerinde villus atrofisi görüldü ve çölyak açısından gönderilen antikorlarından doku transglutaminaz A ve G'nin pozitif olduğu görüldü. Mevcut bulgular eşliğinde hastaya çölyak hastalığı tanısı konuldu. Glutensiz diyete başlandı ve hastaya enteral beslenme preparatları ile destek verildi,steroid kesildi. Takibinde şikayetleri gerileyen hastada 1 haftada 3 kg artışı görüldü ve hasta önerilerle servisimizden taburcu edildi.

Tartışma:Çölyak hastalığı sık görülen ve glutensiz diyetle başarılı şekilde tedavi edilebilmesine rağmen sıkça gözden kaçabilmekte ve bazende endoskopik prosedürlere rağmen atlanabilmektedir. Hastamızda da görüldüğü gibi malabsorbsiyon bulgularına ilaveten diğer sistemler de sıkça etkilenebilmekte ve hastalar uzun süre ve maliyeti fazla olan şekilde araştırılmaktadır. Klinik olarak şüphelenilen hastalarda endoskopik prosedürlerle ve laboratuvar yöntemleri ile değerlendirme yapılmasının yanında glutensiz diyete başlanmasının yarar sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimler: çölyak hastalığı, gluten, malabzorsiyon

PS-235

ÖTİROİD HASHİMOTO TİROİDİTLİ KADIN HASTALARDA ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ VE DAĞILIM GENİŞLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Müge Bilge[1], Mine Adaş[2], Aylia Yeşilova[1], Neslihan Özsoy[1], Yasemin Gökden[1], Ayşen Helvacı[1]

[1]SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Endokrinoloji

Amaç: Hashimoto tiroiditi primer hipotiroidiye en sık sebep olan kronik otoimmun tiroid hastalığıdır.Tiroid disfonksiyonu ve trombosit anormallikleri pek çok çalışmada bildirilmiştir.Primer etkinin tiroid hormon balansındaki değişiklikler olduğu kabul edilmektedir.Ortalama trombosit hacmi(MPV) ve trombosit dağılım genişliği(PDW) basit,ucuz ve rutin hemogram incelemesi ile kolayca değerlendirilebilen ve trombosit aktivitesi hakkında fikir veren trombosit boyutuyla ilgili parametrelerdir.MPV'nin tromboembolik olaylar ve tiroid papiller kanseri de dahil olmak üzere pek çok kanser tipi ile ilişkisi bildirilmiştir.MPV'nin otoimmun hastalıklarla ilişkisi yeterince araştırılmamıştır.Çalışmamızın amacı ötiroid hashimoto tiroiditli kadın hastalarda trombosit parametrelerinin tiroid otoimmunitesi ile değişkenliğinin araştırılmasıdır.

Metod: Çalışmamızda Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ve Endokrinoloji polikliniğine başvuran 145 Hashimoto tiroiditli kadın hasta ve yaş uyumlu 60 sağlıklı kontrol retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm örneklerin serum TSH, serbest tiroksin (FT4),serbest triiodotironin (FT3), trombosit sayısı (PLT), trombosit kitlesi (PM), MPV ve PDW değerlendirildi. PM; MPV ve PLT değerlerinin çarpımı ile hesaplandı.Tüm örneklerin demir,total demir bağlama kapasitesi(TIBC),ferritin, vitamin B12,folik asit,anti-TPO ve anti-TG değerleri incelendi.Çalışmada tüm hasta verileri deskriptif istatistik yöntemler ile sıklık ve ortalama ± standart sapma şeklinde ifade edildi. Normal dağılımlı devamlı değişkenler eşleştirilmemiş serilerde Student-t testi ile değerlendirildi.Kategorik veriler Ki-kare testi ile değerlendirildi.Anormal dağılım gösteren devamlı değişkenlerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi kullanıldı.Tüm testlerde p değerinin 0.05'den küçük oluşu istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar: Hasta grubunda TSH, PLT, PM, MPV, PDW, Anti-TPO ve Anti TG değerleri kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek saptandı (2,83±1,68 vs 2,02±0,92; 288,51±61,83 vs 241,04±40,94; 2668±580,34 vs 1968,92±349,31; 9,22±0,82 vs 8,16±0,36; 16,34±0,56 vs 15,66±0,56; 281,34±302±92 vs 7,78±4,90; 199,94±269,96 vs 15,53±15,48,respectively, p<0.001). Vitamin B12 hasta grubunda düşük (280,14±146,93 vs315,05±136,18; P=0,04) saptandı.Hasta ve kontrol grubu arasında yaş, demir, TIBC, ferritin, folik asit, FT4 and FT3 değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 1). Subgrup analizlerinde levotiroksin replasmanı alan hastalarda MPV ve PDW değerleri almayanlara göre anlamlı yüksek olarak saptandı (9,24±0,79 vs 8,68±0,87; 16,44±0,64 vs 15,96±0,60, p<0,001). TSH değeri replasman alanlarda almayanlara göre anlamlı yüksek saptandı (2,92±1,86 vs 2,21±1,06; p=0,002) (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda ötiroid durumda dahi MPV ve PDW değerleri sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek saptanmıştır.Levotiroksin replasmanı altında TSH değerlerinde artış ile ilişkili olarak MPV ve PDW de artış olması subklinik yada aşikar hipotiroidide artmış ateroembolik olay riski le ilişkilendirilebilir. Çalışmamız Hashimoto tiroiditinde artmış MPV ve PDW değerlerinin papiller tiroid kanserinde olduğu gibi inflamuar bir belirteç olarak değerlendirilebileceğini öngörebilir. Sonuçlarımızın çok daha fazla sayıda hasta ile yapılacak prospektif çalışmalar ile desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimler: Hashimoto tiroiditi, ortalama trombosit hacmi (MPV) ve trombosit dağılım genişliği (PDW)

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun labaratuvar parametrelerinin değerlendirilmesi, AD; anlamlı değil

	Hasta	Kontrol	p
Yaş (yıl)	42,74±11,14	42,83 ±9,97	AD
TSH (µIU/mL)	2,63±1,56	2,09±1,04	P<0,009
Serbest T4 (ng/dL)	1,18±0,34	1,14±0,14	AD
Serbest T3 (ng/dL)	2,95±0,50	2,96±0,49	AD
PLT (103/mm^3)	288,51±61,83	241,04±40,94	P<0,001
MPV	9,22±0,82	8,16±0,36	P<0,001
PDW	16,34±0,56	15,66±0,56	P<0,001
PM (103)	2668±580,34	1968,92±349,31	P<0,001
Serum demir (µg/dL)	65,66±32,58	67,39±33,14	AD
TIBC (µg/dL)	328,80±78,44	331,52±89,34	AD
Ferritin (ng/dL)	23,41±19,05	29,41±24,25	AD
Vitamin B12 (pg/mL)	280,14±146,93	315,05±136,18	P=0,04
Folic acid (ng/mL)	8,45±2,93	8,67±3,19	AD
Anti-TPO (IU/ml)	281,34±302±92	7,78±4,90	P<0,001
Anti- TG (IU/ml)	199,94±269,96	15,53±15,48	P<0,001

Tablo 2. Levotiroksin replasmanı alan ve almayan hastaların TSH, MPV ve PDW değerlerinin değerlendirilmesi

	Levotiroksin replasanı alan hastalar	Naiv (replasman almamış) hastalar	p
TSH (µIU/mL)	2,92±1,86	2,21±1,06	p=0,002
MPV	9,24±0,79	8,68±0,87	p<0,001
PDW	16,44±0,64	15,96±0,60	p<0,001

PS-236

YÜKSEK DOZ BENZİDAMİN HİDROKLORÜR MARUZİYETİ SONRASI HALÜSİNASYON GELİŞİMİ: OLGU SUNUMU

Burak Can[1], İhsan Öz[2], Hüsameddin Özer[3]

[1]Sakarya Toyotasa Acil Yardım Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]Sakarya Toyotasa Acil Yardım Hastanesi, Acil Servis Kliniği
[3]Sakarya Toyotasa Acil Yardım Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Giriş: Benzidamin hidroklorür (BH) lokal etki gösteren non-steroidal antiinflamatuar bir ilaçtır. BH'nin kapsül, gargara, dermal krem, aerosol ve vajinal ovül müstahzarları bulunmaktadır. Yan etkileri arasında ürtiker, eritem, döküntü, fotosensitivite, bronkospazm ve böbrek fonksiyon bozukluğu bulunmaktadır. Günlük önerilen maksimum doz 200 mg'dır. 500 – 3000 mg alınan oral dozlarda halusinasyon, merkezi sinir sistemi stimülasyonu, eksitasyon, paronaya, hiperaktivite, konvülsiyon ve ağız kuruluğu görülebilmektedir. Yüksek dozlardaki psikolojik yan etkileri nedeniyle eğlence amacıyla bu ilacın kötüye kullanımı da söz konusudur. Bu bildiride intihar amacıyla BH yutan ve psikotik yan etkiler görülen bir hastayı sunduk.

Olgu: Onsekiz yaşında erkek hasta intihar amacıyla 50 mg'lık benzidamin hidroklorür içeren drajelerden 20 adet yutmuş. Hasta ilacı yuttuktan bir saat sonra yakınları tarafından acil servise getirilmiş. Acil servise getirildiğinde şikayet olarak etrafında dolaşan insanlar gördüğünü belirtiyordu. Özgeçmişinde herhangi bir hastalık hikayesi yoktu. Sigara, alkol ve madde bağımlılığı bulunmamaktaydı. İlk başvuruda genel durumu iyi, bilinç açık, oryantasyon ve kooperasyon tam, tansiyon: 130/80 mm/Hg, nabız: 80/dk, SpO2: %96, vücut sıcaklığı: 36.6 ^{0}C idi. Fizik muayenesinde patolojik bulgu yoktu. EKG normal sinüs ritminde, kan gazı, hemogram ve rutin biyokimyasal testlerinde herhangi patolojik bulgu yoktu. Ulusal Zehir Danışma Merkezi ile görüşülerek aktif kömür verilmesi ve ardından yatırılarak gözlenmesi uygun görüldü. Hasta, hastanemiz yoğun bakım servisine yatırılarak gözleme alındı. Böbrek hasarı gelişmemesi için 200cc/saat hızla %5 dekstroz + %0.45 NaCl intravenöz olarak infüze edildi. İdrar çıkışı takibi için aldığı çıkardığı takibi yapıldı. Gastrointestinal yan etki gelişmemesi için pantoprazol intravenöz olarak uygulandı. Yatışının 5. saatinde hastanın halusinasyonları devam etmekteydi. Odada dolaşan fareler gördüğünü söylemekteydi. Yatışının 10. saatinde yapılan vizitte halusinasyon görme şikayetinin tamamen geçtiğini belirtti. 1 gün yoğun bakım, 3 gün serviste takip edilen hasta ek herhangi bir bozukluk gelişmemesi üzerine taburcu edildi.

Sonuç: Benzidamin hidraklorür kötüye kullanımı ya da doz aşımı nadir karşılaşılan bir durumdur. Halusinojen etkisi nedeniyle kötüye kullanımını bildiren makaleler mevcuttur olmakla birlikte intihar amacıyla kullanılması çok nadirdir.

500 mg'ın üzerindeki dozlarda halusinojen etki gösterebildiği, olası yan etkileri açısından yakın takip edilmesinin faydalı olacağı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Benzidamin hidroklorür, yan etki, halusinasyon

PS-237

RİSK ALTINDAKİ ERİŞKİNLERİN PNÖMOKOK VE İNFLUENZA AŞILANMA ORANLARI VE AŞIYA KARŞI TUTUMLARI

Lale Özışık[1], Emre Yekedüz[1], Mine Durusu Tanrıöver[1], Özant Helvacı[1], Nursel Çalık Başaran[1], Serhat Ünal[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Amaç: Günümüzde yaşam boyu bağışıklamanın gerekliliği birçok çalışmayla gösterilmesine rağmen erişkin aşılaması halen hedeflenen düzeylerin çok altındadır. Her yıl çocuklardan daha fazla sayıda erişkin, pnömoni ve influenza sebebiyle yaşamını yitirmektedir. 1976-1977 sezonundan, 2006-2007 sezonuna kadar 19 yaş üstü erişkin yaş grubunda yıllık yaklaşık 23.483 influenza ilişkili ölüm gerçekleşmiştir ve bu sayı tüm yaş gruplarındaki ölümlerin %99.5' ini oluşturmaktadır. Aynı şekilde 2008 yılında, pnömokokal hastalıklara bağlı 44.000 ölüm gerçekleşmiş olup, mortalite en fazla 35 yaş üstü bireylerdedir. Biz bu çalışmamızda bir iç hastalıkları servisine akut solunum yolu hastalıklarıyla yatırılan hastaların aşılanma oranları ve aşıya karşı tutumlarını araştırmayı amaçladık.

Gereç- Yöntem: Bu amaçla Kasım 2014- Temmuz 2015 tarihleri arasında prospektif gözlemsel bir çalışma yapıldı. Akut Bakım Servisi' ne akut solunum yolu hastalıkları tanısı ile yatırılan hastalara demografik özellikleri, komorbiditeleri, influenza ve pnömokok aşı durumları ve bu aşılara karşı algı, tutumlarına ilişkin bir anket uygulandı. Her iki aşı için endikasyon oluşturan risk faktörleri sorgulandı.

Bulgular: Çalışmaya 155 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortancası 70 (18-91), erkek hastaların oranı %41,3' dü. Hastaların %6,5'i aktif olarak sigara içmekteydi. %39.4 hastada diyabet ve kronik akciğer hastalığı vardı. %55,5'inde kardiyovasküler hastalık, %23.2' sinde kronik böbrek hastalığı ve nefrotik sendro2m vardı. %17,4 hasta immünsupresifti. Hastaların %93,5 (n= 145)'inin hem pnömokok hem de influenza aşısı endikasyonu olduğu saptandı. Pnömokok aşısı endikasyonu olan hastaların sadece %17,2 si aşı olmuşken, influenza aşı endikasyonu olan hastaların aşılanma oranı %29. 7 olarak bulundu (Tablo 1). Aşı olan hastalara sorulduğunda; her iki aşıyı da en çok aile hekimi dışındaki hekimlerin önermesi sonucunda yaptırdıkları saptandı. Hastaların aşı olmama sebeplerinin başında bilgi yetersizliği gelmekteydi (Tablo 2).

Sonuç: Günlük pratiğimizde poliklinikte olduğu gibi yatan hastalarımızda da influenza ve pnömokok aşı endikasyon oranı oldukça yüksektir. Bu çalışma erişkinler için aşılanma oranlarının halen düşük olduğunu ve hastaların bu konuda yeterince bilgi sahibi olmadığını göstermiştir. Her başvuru aşı önermek için bir fırsat olarak görülmeli ve hastalara bu konuda bilgi verilmelidir.

Anahtar Kelimler: Pnömokok aşısı, influenza aşısı, erişkin aşılama, erişkin aşılamasına karşı bariyerler

Tablo 1. Pnömokok ve İnfluenza aşı endikasyonu olan hastaların aşılanma durumları

	Aşı olan N(%)	Aşı olmayan N(%)	Toplam N
Pnömokok			
65 yaş ve üstü	20 (20.4)	78 (79.6)	98
65 yaş altı risk faktörleri olan	5 (10.6)	42 (89.4)	47
Endikasyonu olan tüm hasta	25 (17.2)	120 (82.8)	145
İnfluenza			
65 yaş ve üstü	32 (32.7)	66 (67.3)	98
65 yaş altı risk faktörleri olan	11 (23.4)	36 (76.6)	47
Endikasyonu olan tüm hasta	43 (29.7)	102 (70.3)	145

Tablo 2. Hastaların aşıya ilişkin görüşleri

	Pnömokok N (%)	İnfluenza N (%)
Aşının kim tarafından önerildiği		
Diğer Hekim	14 (66.7)	25 (59.5)
Aile Hekimi	4 (19)	8 (19)
Sağlıkçı	1 (4.8)	4 (9.5)
Diğer	1 (4.8)	3 (7.1)
Eczacı	1 (4.8)	2 (4.8)
Toplam cevap veren	21	42
Aşı yaptırmama nedeni		
Bilgisi olmadığı için	85 (71.4)	64 (64)
Önerilmediği için	26 (21.8)	18 (18)
Diğer	5 (4.2)	10 (10)
Zamanının geçtiğini düşündüğü için	0	3 (3)
Yan etkiden korktuğu için	1 (0.8)	2 (2)
Kritik hastalığı olduğu için	1 (0.8)	1 (1)
İğneden korktuğu için	1 (0.8)	1 (1)
Temin edemediği için	0	1 (1)
Toplam cevap veren	119	100

PS-238

ATEŞ ETYOLOJİSİNDE AYIRICI TANI:NÖROLEPTİK MALİGN SENDROM

Erdem Baran, Nazire Aladağ, Gülgün Arslan, Mehmet Aliustaoğlu, Özcan Keskin

Dr. Lütfi kırdar kartal eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş: Nöroleptik malign sendrom genellikle nöroleptik tedavisinin ilk 2 haftasında gelişen hastaların %50 sinde ateş,kas rijiditesi, mental durum bozukluğu ve otonom dengesizlik ile seyreden genellikle ölümcül seyredebilen bir sendromdur.Son zamanlarda antipsikotik tedavi kullanımı,hastaların dopamin agonisti bir ilaç kullanılmaya başlanması veya kesilmesi önemli kriterleridir. Hipertermi(vücut ısısı diğer sebepler olmaksızın>38 derece), muskuler kurşun boru rijiditesi, serum CK düzeyinde 3 kattan fazla yükselme, otonomik disregulasyon bulguları(terleme, taşikardi, düşmüş kan basıncı ve bilinçte değişiklik major kriterleridir.

Olgu: 56 yaşında çocukluğundan bu yana mental retarde hasta acile ateş şikayeti ile acile başvurdu.Ateş:39.8 derece, Nabız:140/dk, TA:160/80 mm Hg idi. Hastaya 1 ay önce nöroloji tarafından Ketiapin dozu 25 mg dan 100 mg a yükseltilmiş, son 1 haftadır ise ilacını kullanmıyordu.Bilinç konfü,oryantasyon-kooperasyon sağlanamıyor,ense sertliği yok, meningeal irritasyon bulguları yoktu.Işık refleksleri pozitif olup,alt extremitede daha fazla olmak üzere kasılma ve rijiditesi vardı.Tetkiklerinde WBC:13700 K/mm^3, Hgb:11.3gr/dl, AST:202 U/L,ALT:86 U/l,CK:7004U/L idi. Ateş antipiretik tedaviye rağmen halen 38 derece üzerindeydi. Hastanın alt extremitede belirgin rijiditesi ve titremeleri devam ediyordu. PA AC grafisi doğal, TİT te enfeksiyon bulgusu yoktu.Enfeksiyoz bir patoloji görülmedi .Nörolojiye konsulte edilen hastada nöroleptik malign sendrom düşünülerek hasta yoğun bakıma alındı. Yoğun bakım takibinde nöroloji tarafından değerlendirilen hastaya bromokriptin 3x2.5 mg IV ve amantadin 100 mg 1x1,psikiyatri tarafından değerlendirilen hastaya yalnızca Lorazepam 2.5 mg tb 1x1 önerildi. Yoğun bakım takiplerinde ateşi düşen CK:1118 U/L,AST:86 U/L,ALT:50 U/L ye kadar gerileyen,genel durumu toparlayan,rijiditesi gerileyen hastaya Amantadin tedavisi ile evine taburcu edildi.

Tartışma: Bakımevlerinde, kendisi yaşayan, mental retarde olan hastalarda başlanılan antipsikotik ilaçların dozunun artırılması veya doz azaltılmadan birden kesilmesi hastalarda beklenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir. Hastaların birçoğunda kasılmalar, dirençli ateşler, bilinç durumunda uyku halinden komaya kadar geniş bir perspektifte hastalar karşımıza çıkabilmektedir. Bu hastalar genellikle yoğun tedaviye rağmen düşmeyen ateşleri ve biyokimyadaki kreatin fosfokinaz yüksekliği ile görülebilmektedir. Bir dışlama tanısı olan nöroleptik malign sendrom da bu kriterler ile akla gelmekte olup genellikle yoğun bakım takibi gerektiren, hastaların %50 sinde ölümle seyredebilen ağır tablodur. Yüksek dopamin düzeyini bloke eden Dantrolen sodyum, Bromokriptin, Amntadin gibi tedaviler hastanın tedavisinde kullanılmaktadır. Yaşlı, nörolojik hasta grubunda diğer ateş nedenleri ekarte edildikten sonra kullanılan ilaçların dozu, doz artırımı olup olmadığı, doz kesilmesi gibi durumlar oldukça önemli olup nöroleptik malign sendrom akıldan çıkarılmamalıdır.

Anahtar Kelimler: nöroleptik malign sendrom,ateş

PS-239

PRİMER KUTANÖZ B HÜCRELİ LENFOMAYA SEKONDER GELİŞEN RETROPERİTONEAL FİBROZİS VAKASI

Cüneyt Kahraman[1], Cengiz Koçak[2], Mehtap Kıdır[3], Mehmet Korkmaz[4], Bekir Aras[5], Nilüfer Kuzeyli Kahraman[6]

[1]Dumlupınar Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Dumlupınar Üniversitesi Patoloji Ana Bilim Dalı
[3]Dumlupınar Üniversitesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı
[4]Dumlupınar Üniversitesi Radyoloji Ana Bilim Dalı
[5]Dumlupınar Üniversitesi Üroloji Ana Bilim Dalı
[6]DPU Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Amaç: Derinin primer B hücreli lenfomaları, tanı sırasında deri dışı yayılımı bulunmayan, gelişiminin farklı evrelerindeki B hücrelerinden kaynaklanan malign lenfomaların bir alt grubudur(1). Derinin B hücreli lenfomaları(BHL) primer deri lenfomalarının %20-25'ini oluşturur. Bacak tipi BHL'ları nadir olmasına karşın agresif seyirli ve prognozu kötüdür. B hücreli lenfoma öncelikle bacakta yerleşir ve büyük çentikli hücreler içerir. Klinikte kırmızı kahverengi mavimsi, soliter tümör ve plaklar görülür. Çoğunlukla bacakta yerleşmektedir (2).

Olgu: 67 yaşında bilinen hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü olmayan erkek hasta yaklaşık 2 aydır olan kol, bacaklar ve gövdede hiperemik, lezyonlar sebebiyle dermatoloji polikliniğine başvurmuş. Hastanın son 2 ayda istemsiz 5 kg kaybı da olması üzerine hasta cilt biyopsisi alındıktan sonra tarafımıza yönlendirilmiş. Muayenesinde göğüs bölgesi, kol ve bacaklarda gruplaşmaya eğilimli, ciltten kabarık, kırmızı renkli birkaç adet plak formasyonunda lezyon izlendi (Şekil:1). Tetkiklerinde: Ure:66 mg/dl, Kreatinin:2.06 mg/dl, AST:19 U/L, ALT:10 U/L, T.BIL:0.73 mg/dL, D.BIL:0.12 mg/dL, In.BIL:0.61 mg/dL, LDH:562 U/L, Amilaz:113, Lipaz:138, GGT:15 U/L, CRP:80.70 mg/L, WBC:7.0, HGB:12.6, PLT:173 saptandı. Hastadan istenen batın ultrasonunda dalak hilusu ile sol böbrek orta kesim arasında 37x35 mm boyutlarında şüpheli hipoekoik oluşum saptandı. Hastaya kreatinin değerlerinin yüksek olması nedeniyle kontrastsız abdomen BT çekildi. Sol böbrekte boyut artışı, anterior pararenal fasiada kalınlaşma, retroperitoneal yağlı dokuda nodüler yumuşak doku kitleleri saptandı. Paraaortik bölgede solda retroperitoneal alanda psoas kası seviyesinde yaygın inflamatuar dansite değişiklikleri, yumuşak doku kitlelerinin oluşturduğu konglomere görünümler retroperitoneal fibrozis ile uyumlu görüldü (Şekil:2). Sol böbreğe hidronefroz ve retroperitoneal fibrozis nedeniyle Double-J yerleştirildi. Endoskopide pangastrit, kolonoskopide ise dimunitif polip saptandı. Biyopsinin patoloji sonucunda tubuler adenom ile uyumlu saptandı. Hastadan alınan cilt biyopsisinin patoloji sonucunda diffüz infiltratif gelişim paternine sahip neoplastik infiltrasyon izlendi (Şekil:3). İmmümhistokimyasal çalışmada neoplastik hücrelerde CD-20 ve BCL-2 ile pozitif immünreaktivite izlenirken, CD-30, CD-10, BCL-6 ile boyanma olmamıştı. Mevcut bulgularla diffüz büyük B hücreli lenfoma bacak tipi tanısı konularak, tedavisine başlandı.

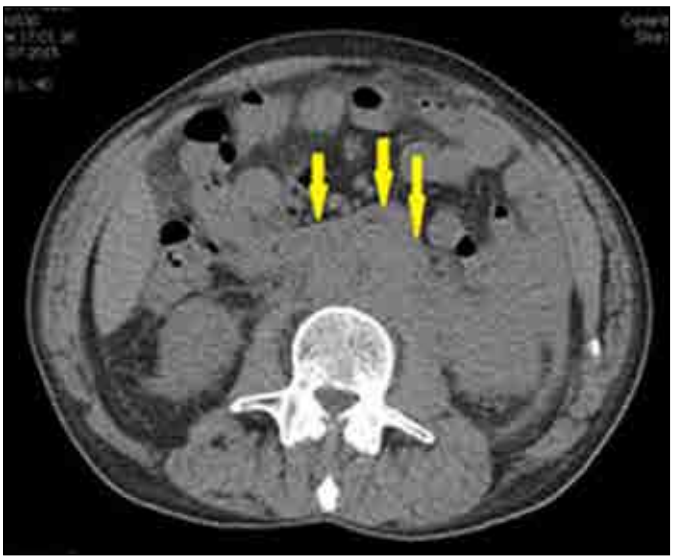
Sonuç: Kilo kaybı ile birliktelik gösteren tipik cilt bulguları altta yatan malignitenin erken bulguları olabilir. Bu tarz cilt bulgularında mutlaka histolojik ayrım için biyopsi yapılmalı, ayrıca görüntüleme metodlarıyla batın bölgesi taranmalıdır. İç organ maligniteleri cilt bulgularına neden olabileceği gibi kitle etkisi yapabilen retroperitoneal fibrozisin nadiren de olsa çeşitli malignitelere sekonder gelişebileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

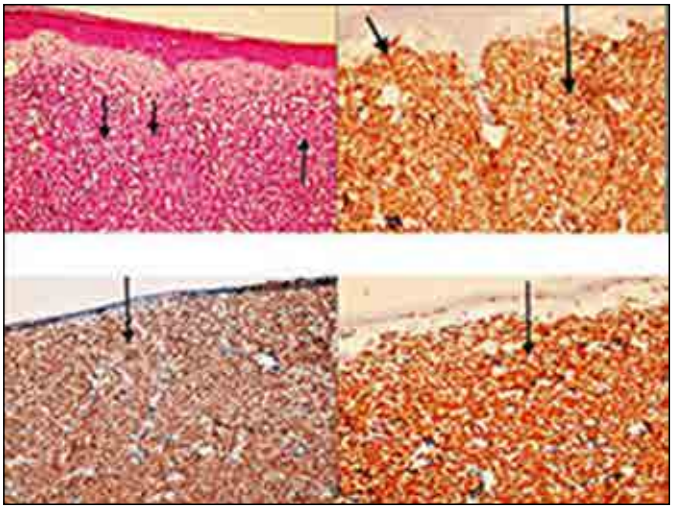
1. Oğuz O. Derinin lenfoproliferatif hastalıkları. Dermatoloji'de. Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur V. 3. Baskı. İstanbul, Nobel, 2008; 1963- 1994.

2. Plaza JA, Kacerovska D, Stockman DL, Buonaccorsi JN, Baillargeon P, Suster S, Kazakov DV. The histomorphologic spectrum of primary cutaneous diffuse large B-cell lymphoma: a study of 79 cases. Am J Dermatopathol 2011; 33: 649- 655.

Anahtar Kelimler: Kilo kaybı, Lenfoma, Retroperitoneal fibrozis



Şemil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-240

HEMOFAGOSİTİK SENDROM VE SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS BİRLİKTELİĞİ

Salih Kılıç, Cumali Yalçın, Seydahmet Akın, Zeynal Bozgün

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Sistemik lupus eritematozus (SLE), kronik, sebebi bilinmeyen, immünolojik bozukluklarla birlikte, otoimmün karakterli, birçok organ ve sistemi tutan bir bağ dokusu hastalığıdır. Kadın/erkek oranı 9/1'dir.Hemofagositik Sendrom(HS) makrofaj ve T lenfositlerin hiperaktivasyonu ve hemofagositoz sonucu ateş, hepatosplenomegali ve sitopeninin ön planda olduğu klinik tablo ile karakterizedir.

Olgu: 58 yaşında erkek hasta halsizlik, kilo kaybı boyun ve sırt bölgesinde kızarıklık ve döküntü şikayetleri ile başvurdu.Fizik muayenede vitaller stabildi.

Boyunda ve sırt bölgesinde eritemli papuler lezyonlar gözlendi(Resim 1,2).Laboratuar tetkiklerinde pansitopeni, sedimantasyon yüksekliği ve böbrek fonksiyon testlerinde yükseklik saptandı(tablo 1)..Akciğer grafisinde plevral efüzyon, ekokardiyografide minimal perikardiyal efüzyon izlendi. 24 saatlik idrarda 3.8 gr protein olan hastanın C3<0.3,C4<0.06 ANA(+) ANTİ DS DNA(+) görülmesi üzerine SLE tanısı ile 3 gün pulse steroid(1gr metilprednizololon) tedavisi verildi.Tedavi sonrası cilt lezyonları geriledi.Böbrek fonksiyon testleri ve proteinüride gerileme görüldü.Ancak hastanın sitopenileri devam etti.Periferik yaymada atipik bulgu saptanmadı.Ferritin>1500 Trigliserid:334 ve açıklanamayan sitopenileri olan hastanın kemik iliği biyopsisi planlandı.Biyopsi sonucunda Hemofagositik Sendrom ile uyumlu olarak yorumlandı.Hematolojiye danışılarak deksametazon tedavisi başlandı .4 kür deksametazon tedavisi sonrası sitopenileri düzelen hasta taburcu edildi.

Tartışma: HS etyolojisinde primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır.Sekonder nedenler arasında SLE gibi kollajen doku hastalıkları görülmektedir. Kollajen doku hastalıklarıyla birlikte açıklanamayan sitopenilerin varlığında HS akla gelmelidir.Bu olgu SLE ve HS nin birlikteliğini gösteren ender görülen bir vakadır.

Anahtar Kelimler: SLM, Hemofagositik Sendrom



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-241

HİPERBİLİRUBİNEMİ İLE BAŞVURAN KRİYOGLOBULİNEMİ OLGUSU

Seher Kır[1], Elif Akyazı[1], Levent Altıntop[1], Memiş Hilmi Atay[2], Lütfi Akyol[3]

[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Kliniği, Samsun
[3]Ondokuz Mayıs Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Samsun

Giriş: Semptomatik kriyoglobulinemi, döküntü, artralji ve asteni (Meltzer's triadı) ile seyreden nadir görülen bir sendromdur. Üç subtipi vardır. Tip 1; monoklonal IgM'dir ve her zaman hematolojik bir maligniteye eşlik eder. Tip 2 ve 3 mikst kriyoglobulinler olarak adlandırılırlar. Tip 1 kriyoglobulinemide, kriyoglobulinlerin damarı tıkaması nedeniyle iskemik vaskülopati izlenirken, mikst kriyoglobulinemide IgM-IgG komplekslerinin damar duvarında birikmesiyle tetiklenen inflamasyon sonucu sistemik vaskülit tablosu ortaya çıkar. Sıklıkla 50 yaş üstünde görülür. Burada hiperbilirubinemi ile başvuran ve sonrasında altta yatan monoklonal gammopati saptanan bir kriyoglobulinemi olgusu sunacağız.

Olgu: 84 yaşında kadın hasta, 3 aydır süren sarılık, kaşıntı ve halsizlik şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş, otoimmün hemolitik anemi olarak değerlendirilmiş ve steroid başlanmış. Fakat tedaviye yanıt vermeyen hastanın takiplerinde karaciğer enzim ve bilirübin yüksekliği devam etmiş. Bilinen bir hastalığı olmayan hastanın fizik muayenede ikter dışında özellik yoktu. Direkt coombs (3+) saptanırken hemoliz göstergeleri (haptoglobulin, retikolosit yüzdesi) normal aralıkta olup periferik yaymada patolojik bir bulgu yoktu. Batın BT'de karaciğer ve safra yolları normaldi, patolojik boyutta lenf nodu yoktu. Ayırıcı tanı açısından yapılan karaciğer biyopsisi normaldi. Takiplerinde düşmeyen ateşi ve alınan kültürlerinde çeşitli üremeleri oldu. Uygun antibiyoterapiye rağmen ateşi devam etti, genel durumu kötüleşti ve hiperkapnik solunum yetmezliği gelişmesi üzerine entübe edildi. Takibinde vücutta, özellikle prekordiyumda, hiperemik döküntü ve pansitopeni gelişti. Kan tetkikleri çalışılırken kriyopesipitat oluşumu dikkati çekti. Kriyoglobulin testi 24-48-72. saatleri (+) olarak geldi. Takibinde kreatinin yükseldi ve yeni gelişen böbrek yetmezliği hiperviskoziteye bağlandı. Hasta diyalize alındı ve kriyogloblinemi tedavisi için toplam 7 gün plazmaferez alındı. Sonrasında nötrofil ve trombosit değerleri yükselme eğilimine girdi, transfüzyon ihtiyacı azaldı (Tablo 1). Hastaya çoklu ve dirençli mikroorganizma üremeleri ve septik bir tabloda olması nedeni ile steroid/immünsüpresif tedavi uygulanamadı. Kriyoglobulinemi etyolojisi için bakılan tetkikleri negatif olarak geldi (Tablo 2). Serum immunfiksasyon sonucu ise monoklonalgamopati, Ig M ağır, kappa hafif zincir olarak sonuçlandı. Hasta kemik iliği aspirasyon ve biyopsisi yapılamadan sepsis nedeni ile exitus oldu.

Tartışma: Kriyoglobulinemide hastaların % 39-66 kadarında lenfoproliferatif, bağ doku, karaciğer ya da enfeksiyon hastalıkları gibi altta yatan bir sebep vardır (sekonder). Geri kalan kısmı ise esansiyel/primer olarak adlandırılır ve hepatit C bu vakaların çoğunda altta yatan sebeptir. Kriyoglobulinemide en çok deri, kas iskelet sistemi, sinir sistemi ve böbrekler etkilenir. Nadir de olsa hepatik sistem de etkilenen sistemler arasındadır ve karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik yapabilir. Hepatik sistemin etkilendiği vakaların çoğu HCV ile ilişkili vakalardır. Literatür taramamıza göre bu olgu hiperbilirubinemi ile başvurmuş ve altta yatan HCV bulunmayan ilk olgudur. Kriyoglobulinemi nadir görülmekle beraber açıklanamayan hiperbilirübineminin sebeplerinden biri olabilir ve ayrıcı tanıda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimler: Kriyoglobulinemi, Hiperbilirubinemi, Monoklonal gammopati

Tablo 1. Hastanın ilk başvuru, plazmaferez öncesi ve sonrasında bakılan kan tetkik sonuçları.

	Normal değer	İlk hastane başvurusu	Plazmaferez öncesi	Plazmaferezin 7 gününde
Lökosit (bin uL)	3,9-11,3	7160	2620	2630
Hemoglobin (g dl)	12-15	10,2	7,1	10,5
Nötrofil (bin uL)	1,9-7,9	4310	420	1340
Platelet (bin uL)	172-440	203	79	98
Sodyum (mEq L)	135-145	135	137	140
Potasyum(mEq L)	3,5-5,5	4	5	3,4
Kreatinin(mEq L)	0,4-1,4	0,72	2,51	1,94
Total bilirubin(mg dl)	0,1-1,5	24,6	2,8	1,53
Direkt bilirubin (mg dl)	0-0,4	20,7	2,2	1,29
AST(u L)	8-46	154	83	32
ALT(u L)	7-46	276	37	10
ALP(u L)	35-104	720	371	
GGT(u L)	5-36	279	56	30

Tablo 2. Kriyoglobulinemi etyolojisi açısından bakılan kan tetkikleri.

ANA, ASMA, Anti-LKM, AMA Anti-dsDNA, p-ANCA, c-ANCA	Negatif
Direkt coombs	+++
İndirekt coombs	-
HBsAg	-
Anti-HBs	-
Anti HCV	-
HCV RNA	-
EBV VCA IgM	-
Anti CMV IgG /IgM	+/-
HSV-1 IgG /IgM	+/-
HSV-2 IgG /IgM	-/-
Anti Toxo IgG /IgM	-/-
Anti Rubella IgG /IgM	-/-
Brucella Rose Bengal/Aglütinasyon	-/-
IgG (Normal aralık: 5,5-17)	7,4 g/L
IgA (Normal aralık: 0,6-3,3)	1,94 g/L
IgM (Normal aralık: 0,6-2,7)	3,03 g/L

PS-242

SEREBRO VASKÜLER OLAY SONRASI GELİŞEN UYGUNSUZ ADH SENDROMU VAKASI

Nilüfer Kuzeyli Kahraman[1], Cüneyt Kahraman[2], Seval Yıldız[2], Türkan Paşalı Kilit[2], Fatih Şahpaz[2], Osman Tamer Şahin[2], Orçun Küet[2]

[1]DPU Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Amaç: Uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromu (SIADH) ilk olarak 1957 yılında Schwartz ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (1). SIADH direkt olarak ADH (anti-diüerik hormon) seviyesinin veya böbrek toplayıcı tübüllerinde ADH'ya uç organ yanıtının uygunsuz bir şekilde yüksek olduğu bir sendromdur (2). Hiponatreminin en yaygın nedenlerinden biri olan SIADH,

hipoozmolaliteye rağmen idrarın yeterli miktarda dilüe edilememesiyle karakterize bir durumdur (3). Plazma hipotonisinin ADH salınımını inhibe etmesindeki yetersizliğe bağlı olarak gelişen bu antite, su retansiyonuna ve ekstraselüler sıvı hacminde artışa yol açar. Bu durum ise plazma sodyumunda dilüsyon ve böbrekten sodyum kaybı gelişimiyle devam eden bir sürecin gerçekleşmesine neden olur(4). SIADH nedenleri arasında maligniteler, ilaçlar, santral sinir sistemi hastalıkları ve enfeksiyöz pulmoner hastalıklar bulunmaktadır. Serebro vasküler olaya(SVO) bağlı SIADH vakaları literatürde bulunmakta olup oranı nadirdir. Biz bu sunumda SVO' ya sekonder gelişen bir SIADH sendromu vakasını sunmayı planladık.

Olgu: 76 yaş erkek hasta 3 gündür var olan bulantı, kusma ve bilinç bulanıklığı şikayetlerinin şiddetinin artması üzerine acil servise başvuruyor. Yapılan fizik muayanesinde ateş:37,6°C kan basıncı:100/60mm/Hg, nabız:76/dk, solunum sayısı:20/dk saptanıyor. Nörolojik muayenesinde bilinç açık, uykuya meyilli ve apatik olan hastaya kranial BT çekiliyor. Akut nörolojik patoloji saptanmayan ve diğer sistem muayeneleri doğal olan hasta hiponatremi nedeni ile tarafımıza sevk ediliyor. Hastanın kan ve biyokimyasal parametrelerinde Hb:12.8 g/dl, kreatinin:0.88mg/dl, BUN:14mg/dl, ALT:29U/L, AST:27U/L, Na: 108mmol/L, K: 4.2mmol/L, Ca: 8.2mg/dl, ürikasit:2.8mg/dl saptandı. Normovolemik hiponatremi saptanan hastada bakılan tam idrar tahlilinde idrar dansitesi:1010, ph:5, idrarda Na:111mmol/L idrar osmolaritesi:490 serum osmolaritesi: 228,5 mosmol/L saptandı. Mevcut bulgularla SIADH sendrom tanısı konuldu (Şekil:1). Hastanın öyküsünde 3 hafta önce SVO nedeni ile dış merkezde nöroloji servisinde tedavi gördüğü öğrenildi. Yatışı esnasında yakın biyokimya ve AÇT takibi yapıldı. Kontrol edilen ADH:6,3 (<13) olarak saptandı. Hastaya semptomatik hiponatremi nedeni ile %3lük NaCl infüzyonu ve sıvı kısıtlaması ile hiponatreminin tedavisi sağlandı.

Sonuç: SVO'ya sekonder SIADH sıklığı ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. SVO öyküsü olan hastalarda hiponatremi geliştiğinde SIADH ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Tedavide sıvı kısıtlaması ve %3 NaCl infüzyonu temel oluşturmaktadır.

Kaynaklar

1.Schwartz WB, Bennett W, Curelop S, Bartter FC. A syndrome of renal sodium loss and hyponatremia probably resulting from inappropriate secretion of antidiuretic hormone. Am J Med 1957; 23: 529-42.

2.Skorecki K, Ausiello D. Sodyum ve su hemostazı bozuklukları. Akoğlu E (Çeviren). In: Goldman L, Ausiello D (eds). Cecil Medicine. Ünal S (Çeviri Editörü). 23. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2011: 820-39.

3.Ellison DH, Berl T. Clinical practice. The syndrome of inappropriate antidiuresis. N Engl J Med 2007; 356: 2064-72.

4.Verstraeten L, Dewier B, Montjoie C, Hassoun A. Drug induced syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (SIADH). Review of literature. J Pharm Belg 1993; 48: 227-32.

Anahtar Kelimler: Hiponatremi, Serebrovasküler Olay, Uygunsuz ADH.

Klinik özellikler	UADHS
Plazma sodyumu	Düşük
HDS volümü	Normal veya hafif artış
TVS volümü	Artmış
Kan basıncı	Normal
Postural hipoansiyon	Yok
Antidiüretik hormonu	Artmış
İdrar ozmolalitesi	Uygunsuz olarak artmış
Volüm artırıcılardan sonra idrar ozmolalitesi	Nispeten sabit
Üriner sodyum atılımı	> 40 mEq/L, volüm genişlemiş
Plazma ürik asid düzeyleri	Nispeten düşük, (hacim genişlemesi nedeniyle)
Fraksiyonel ürat atılımı	Plazma sodyum düzeltilmesi sonrası Normal
BNP	Normal
İzotonik tuzlu su etkileri	Hiponatremi kötüleşebilir
Tedavi	Serbest su kısıtlaması, hipertonik tuzlu su infüzyonu, ADH antagonistleri, lup diüretikler, yüksek solüt alımı, Demeklosiklin

PS-243

DİYABETİK HASTALARDA ALBUMİNÜRİ İLE D-VİTAMİNİ, PLTLR, NLR, MPV, NWBCR VE PCT ARASINDAKİ İLİŞKİ

Murat Eser[2], Mithat Eser[1], İbrahim Karadağ[2], Oktay Ünsal[2], Serdar Karakaya[2], Fahrettin Güven Oysul[3]

[1]*Gata İç Hastalıkları Bilim Dalı.*
[2]*Keçiören Eğitim Araştırma Hastenesi İç Hastalıkları Bilim Dalı.*
[3]*Gata Halk Sağlığı Bilim Dalı.*

Tanım ve Amaç: D vitamini glukoz metabolizması üzerine önemli etkileri vardır. Bu etkisini insulin eksositozu arttırması, insülin alıcısının doğrudan uyarılması, periferik dokular tarafından glukoz alımını arttırması, insülin direncinin azaltması ile gerçekleştirir. Ayrıca D-vitamininin, Hücre aracılı bağışıklığın bastırılmasında, hücre çoğalmasının düzenlenmesinde, sinir büyüme faktörü, glial hücre türevli nörotrofik faktör, nörotropinin azalmasında, RAAS'ın bastırılmasında, nörotropik faktörlerin uyarılması gibi çeşitli pleiotropik etkileri ile albüminüri, bağışıklık etkileri, anti-inflamatuar üzerine etkileri mevcuttur. Bu durumda, D vitamini retinopati, nöropati ve nefropati patogenezinde birçok yönden etkilidir. Biz nefropatinin bir göstergesi olan albuminürinin d-vitamin, HbA1c ve inflamatuar belirteçler arasında olan PLTLR, NLR, MPV ve PCT arasındaki ilişkiyi inceledik.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2014 ve Aralık 2014 tarihleri arasında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İçhastalıkları kliniği ve polikliniğine başvuran Diyabetes mellitus(DM) dışında kronik bir hastalığı olmayan, klinik ve labaratuvar olarak enfeksiyon bulgusu olmayan ve DM tedavisinden başka ilaç kullanım öyküsü olmayan 276 hasta çalışmaya dahil edildi ve hastaların başvuru esnasındaki idrar albuminüri, D-vitamin, HbA1c, trombosit, lenfosit, beyaz küre, nötrofil, MPV ve PCT değerleri kaydedildi. Hastalar <30mg/gün ve >30mg/gün olacak şekilde idrar albumin seviyelerine göre iki gruba ayrıldı. DM hastalarının albuminüri seviyesi ile d-vitamin, HbA1c, PLTLR, NLR, MPV, PCT, NWBCR arasındaki korolasyona bakıldı.

Bulgular: Albuminüri seviyesi <30mg/gün ile >30mg/gün olan hastalar karşılaştırılarak yapılan analizde her iki grup arasında d-vitamin, PLTLR, NLR, MPV, PCT değerleri arasında korolasyon saptanmazken NWBCR(p=0,029) ve HbA1c(P=0,006) anlamlı korolasyon saptandı. Tartışma:PLTLR, NLR, MPV, PCT, NWBCR kronik hastalıklar ve sistemik enfeksiyonlarda inflamasyonun güvenilir göstergeleri olarak kullanılmaktadır. Literatüede albuminüri seviyesi ile D-vitamini ve PLTLR, NLR, MPV, PCT, NWBCR değerleri ile korolasyon çalışmasına rastlamadık. Çalışmamızda albuminüri ile NWBCR ve HbA1c arasında anlamlı korolasyon saptandı. Sonuç olarak DM tanılı hastalarda albuminüri seviyesini belirlemede NWBCR idrar albumin yerine kullanılabilir olarak saptadık; ancak bir standartizasyon oluşturmak için daha kapsamlı ve büyük çalışmalar gerekmektedir.

Anahtar Kelimler: diyabetes mellitus, albiminüri, enfeksiyon parametreleri

PS-244

KID SENDROMU?

Semih Kalyon, Yasemin Gök Gökden, Burak Erden, Belgin Keleş Tutar, Seray Türkmen Kalyon, Tülay Eyüpgiller

S.B. Okmeydanı E.A.H.

Giriş: Keratitis-ichthyosis-deafness (KID) sendromu oldukça nadir görülen otozomal dominant geçişli bir sendrom olup keratit, iktiyoz ve işitme kaybı ile karakterizedir. Prevalansı tam bilinememekle birlikte tüm dünyada sadece 100 vaka bildirilmiştir. GJB-2, Konneksin-26 gen mutasyonu ile ilişkili olup ek olarak karaciğer hastalıkları, saç dökülmesi, tırnak distrofisi ve diş anomalileri ile birlikte de görülebilir.

Vaka Sunumu: 38 yaşında doğuştan İktiyozis tanılı erkek hasta dahiliye polikliniğine halsizlik şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde cildi oldukça kalın ve sert yapılı, tırnak yapısı bozulmuş olan hastanın splenomegali dışında patolojik bulgusu saptanamadı. İstenilen kan tetkiklerinde patolojik bulgu olarak AST:203 U/L, ALT:151 U/L, GGT:167 U/L, trombosit sayısı 108000 olarak saptandı. Batın USG'sinde karaciğer atrofik, kenarları düzensiz, parankim ekojenitesinde artış ve kaba granüler görünümlü izlenmiş olup diffüz 18 cm splenomegali tespit edildi. Hastanın yapılan gastroskopisinde evre 1 özafagus varisleri saptandı. Karaciğer sirozu tanısını ilk kez alan hastanın iktiyoz hastalığının da varlığı nedeniyle bir sendrom olabileceği düşünüldü ve ileri araştırmalara başlanıldı. Yapılan göz kontrolünde bilateral inferior korneal punktat keratopati, bilateral ektropion mevcuttu. KBB muayenesinde yapılan odiyogramda bilateral işitmede azalma saptandı. Cilt lezyonlarının yanı sıra tırnak distrofisi, İktiyoz, keratit, işitme kaybı ve siroz olan hasta için sendromlar tarandığında KID sendromu olabileceği düşünüldü. Soygeçmişinde bir özellik saptanmayan hastaya

cilt enfeksiyonlarına artmış olan duyarlılığı ve artmış cilt kanseri riski hakkında bilgi verildi. KID sendromu tanısını kesin koymak için genetik tarama yapılmasına karar verilen hasta halen takibimiz ve tedavimiz altındadır.

Sonuç: Cilt hastalığı olan bir kişide karaciğer hastalığı bulguları varlığında mutlaka bu bulguların bir sendromun parçası olabileceği akla gelmeli ve olası etkilenmiş organlar bu düşünceyle taranmalıdır.

Anahtar Kelimler: Keratit, İktiyoz, Sağırlık, KID



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-245

ERDHEİM-CHESTER: HASTALIK NADİR, TANISI ZOR, TEDAVİSİ YÜZ GÜLDÜRÜCÜ DEĞİL

Nursel Çalık Başaran[1], Lale Özışık[1], Mine Durusu Tanrıöver[1], Nurefşan Cihangiroğlu[1], Özgür Özkayar[2], Figen Söylemezoğlu[2], Gülay Sain Güven[1]

[1]*Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları*
[2]*Hacettepe Üniversitesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı*

Giriş: Erdheim-Chester hastalığı pek çok doku ve organı tutabilen oldukça nadir bir hastalıktır. Karakteristik olarak histiositlerin birikimi sonucu yoğun ve fibrotik doku oluşumuna yol açar ve tuttuğu doku ve organa bağlı farklı klinik tablolar görülür. Hastalığa özel bir klinik tablo yoktur ve bu nedenle tanı konulması güçtür.

Olgu: Otuz-beş yaşında erkek hasta sol gözde şişlik olması üzerine Mart 2014'de Oftalmoloji Bölümüne başvurdu. Fizik muayene sonrasında orbita ve beyin manyetik rezonans görüntülemesi yapıldı ve sol orbita süperio-lateral köşede bir yumuşak doku kitlesi saptandı. Bu kitle lakrimal bezi ve rektus lateralis kasının büyük kısmını çevrelemekte, önden preseptal adipoz dokuları infiltre etmekte ve posteriorda retrobulbar adipoz dokulara uzanmakta ve bulbus okuliyi mediale itmekteydi. Psödotümör ön tanısıyla pulse steroid tedavisi başlandı. Takiplerinde tam düzelme sağlanmayınca Mart 2015'de konjunktival biyopsi yapıldı. Biyopside histiyositten zengin mononükleer infiltrasyon ve fibrozla birlikte ksantogranülomatöz reaksiyon görüldü. Histiyositler CD68 pozitifti; CD1a, S100 ve IgG4 negatifti. Hastaya Erdheim-Chester tanısı konuldu. Hasta bu tanıyla iç hastalıkları polikliniğinde değerlendirildi. Hastanın başka bir yakınması yoktu, detaylı sistem sorgulaması ve fizik muayenesi normaldi. Tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, kan glukozu, elektrolitleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Diğer organ tutulumlarını araştırmak için kemik sintigrafisi, toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografisi planlandı. Hasta halen steroid tedavisi altında izlenmektedir.

Sonuç: Erdheim-Chester hastalığı, pek çok organı etkileyebilen, etiyolojisi bilinmeyen ve prognozu kötü bir hastalıktır. Tutulmuş doku veya organ biyopsisinde CD68 pozitif, CD1a negatif Langerhans dışı köpüklü histiyosit infiltrasyonlarının gösterilmesi tanı koydurucudur. Hastalık, farklı klinik tablolarla ortaya çıktığı için kemik ağrısı, konstitüsyonel ve nörolojik semptomları ve lokal tümörleri olan hastalarda Erdheim-Chester hastalığı olasılığı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Erdheim-Chester, ksantogranülomatöz reaksiyon

PS-246

AYNI HASTADA HİPERKALSEMİNİN EN SIK GÖRÜLEN İKİ NEDENİ: PARATİROİD ADENOMU VE MALİGN EPİTELYAL TÜMÖR

Türkan Paşalı Kilit[1], Gül Sena Baykal[1], Cüneyt Kahraman[1], Sertaş Erarslan[2]

[1]*Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı*
[2]*Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü*

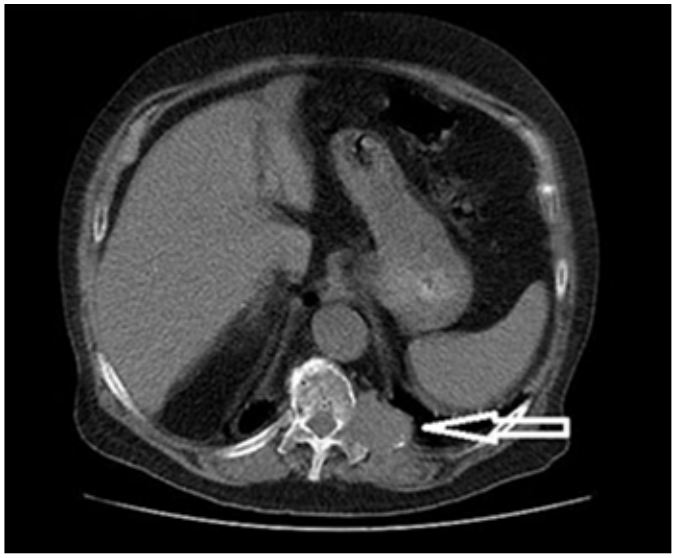
Giriş: Hiperkalsemi; kemikler, gastrointestinal sistem ya da böbreklerden ekstrasellüler sıvıya karışan kalsiyum miktarı, plazmadan uzaklaştırılan kalsiyum miktarından fazla olduğunda gelişen patolojik bir durumdur. Primer hiperparatiroidizm ve malign hastalıklara bağlı gelişen hiperkalsemi, tüm olguların %90'dan fazlasını oluşturmaktadır. Hastaneye yatışı gerektirecek şiddette hiperkalsemisi olanlarda görülen en sık hiperkalsemi nedeni malignite, diğer hastalarda ise primer hiperparatiroididir. Bu olgu sunumunda, acil servisten hiperkalsemi tanısı ile yatan ve etyolojisinde hiperkalseminin en sık iki nedeni olan paratiroid adenomu ve malignitenin (malign epitelyal tümör) bir arada olduğu bir vaka sunulmuştur.

Olgu: Yetmiş altı yaşında erkek hasta, yaklaşık 5 aydır devam eden, göbek çevresinde başlayıp karın çevresine ve bel bölgesine yayılan ağrı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Acil serviste yapılan tetkiklerinde; WBC: 13100/mm^3, Hg: 7.6 g/dl, Hct: %24, MCV: 75.6 fL, PLT: 253.000/mm^3, AKŞ: 96 mg/dl, Üre: 64 mg/dl, Kreatinin: 2.42 mg/dl, Kalsiyum: 14 mg/dl, Albümin: 3.0 g/dl, Fosfor: 2.9 mg/dl olarak ölçülmüş. Hasta İç Hastalıkları servisine hiperkalsemi etiyolojisinin araştırılması için yatırıldı. Genel durumu orta, bilinci açık, kooperasyon ve oryantasyon tam idi. Fizik muayenesinde tansiyon arteriyel 150/90 mmHg, nabız: 75/dk, ateş: 36.5 ^{0}C idi. Akciğer muayenesinde bilateral raller vardı. Özgeçmişinde 3 yıldır kronik böbrek yetmezliği mevcuttu. Hastanın daha önceki tetkikleri incelendiğinde son 6 aydır hiperkalsemisinin mevcut olduğu tespit edildi. Kronik böbrek yetmezliği, anemi ve beraberinde hiperkalsemisi olan hastada multipl myelom düşünülerek protein elektroforezi istenmiş ve test sonucu normal gelmiş. Altı ay önceki tetkiklerinde parathormon düzeyi 167 pg/ml olarak ölçülmüş. Yapılan boyun ultrasonografisinde sol tiroid alt lobunda 14 mm boyutunda paratiroid adenomu ile uyumlu görünüm saptanmış. Operasyon

önerilen hasta operasyonu kabul etmemiş ve kontrole de gelmemiş. İç hastalıkları servisine yatırılan hastanın hiperkalsemisine yönelik olarak intravenöz salin ve furosemid infüzyonu başlandı ve kalsiyum seviyesi düşürüldü. Anemisi için 3 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Paratiroid sintigrafisi sonucunda paratiroid adenomu saptanması üzerine paratiroidektomi yapıldı. Hastada operasyon sonrası ses kısıklığı gelişti ve metilprednizolon tedavisi verildi. Anemi etiyolojisi için gastrointetistinal sistem taraması önerildi ancak hasta kabul etmedi. Hasta kontrole çağırılarak taburcu edildi. Hasta 1 ay sonra, öksürük, balgam, sırt ağrısı şikayetleri ile tekrar acil servise başvurdu. Akciğer grafisinde sol akciğerde infiltrasyon saptanan hasta pnömoni ve rekürren hiperkalsemi tanısı ile tekrar iç hastalıkları servisine yatırıldı. Hastanın çekilen kontrastsız toraks tomografisinde torakal 11. vertebra ve kot düzeyinde 5 cm kitle (Resim 1, beyaz ok), sol surrenal bezde 5,5 cm boyutunda metastatik kitle, torakal vertebralarda ve kostalarda multipl metastatik lezyonlar saptandı. Sol 12. kostadan biyopsi alındı. Biyopsi sonucu malign epitelyal tümör (karsinom metastazı) ile uyumlu geldi. Hastaya palyatif radyoterapi planlandı.

Sonuç: Hiperkalseminin ayırıcı tanısında ilk basamak hiperkalseminin, parathormon yüksekliği tarafından oluşturulup oluşturulmadığının belirlenmesidir. Hiperkalsemi etyolojisinde paratiroid adenomu bulunsa bile malignite mutlaka dışlanmalıdır.

Anahtar Kelimler: Hiperkalsemi, Paratiroid adenomu, Malignite



Şekil 1.

PS-247

ANTİFOSFOLİPİT ANTİKOR SENDROMUNA BAĞLI PRİMER ADRENAL YETMEZLİK OLGUSU

Zeynep Fetullahoğlu, Sogol Sadri, Emine Aşçı, Tolgahan Sevimli, Hakan Koçoğlu, Yıldız Okuturlar, Meral Mert, Özlem Harmankaya, Abdulbaki Kumbasar

İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Primer adrenal yetmezlik nadir görülen bir endokrinopatidir. Bilateral adrenal korteks destrüksiyonuna bağlı glukokortikoid, mineralokortikoid ve androjenlerin yetersiz sentezlenmesiyle gelişen klinik bir durumdur. Antifosfolipit antikor sendromu antifosfolipit antikor varlığı ile karakterize trombofiliye yatkınlık oluşturan bir sendromdur. Bu vaka antifosfolipit antikor sendromuna bağlı gelişen primer adrenal yetmezlik ve ona bağlı gelişen bisitopeni olgusudur.

Olgu: 32 yaş kadın hasta baş dönmesi, halsizlik, bilinçsiz konuşma şikayeti ile acil servise başvurdu. Bilinen antifosfolipit antikor sendromu, geçirilmiş serebral enfarkt öyküsü olan hastanın üç aydır önerilen warfarin tedavisini kullanmadığı öğrenildi. Son haftalarda kilo kaybı olduğunu ifade eden hastanın genel görünümü solgun, vücut yapısı kaşektik, cilt renginde ve mukozalarında koyulaşma mevcut. Tansiyon arteryel 60/40 mm/Hg, nabız 90/dk, solunum sayısı 19/dk, ateş 35°C saptandı. Hastanın tetkiklerinde hemoglobin 8.5 g/dL, nötrofil 2510/mm^3, lenfosit 2870/mm^3, trombosit 82500/mm^3, INR 1.17 sn, sodyum 126 mmol/dL, potasyum 4.69mmol/dL, kan şekeri 55 mg/dL saptandı. Hastada ön planda adrenal yetmezlik olabileceği düşünülüp kortizol ve ACTH düzeyi gönderildi. Kortizol 1.47 μg/dL, ACTH 233 pg/mL saptandı. Hipofiz ve tiroit hormonları normal sınırlardaydı. Bisitopeni tablosunda olan hastanın demir parametreleri,b12,folat düzeyi normaldi. Periferik yaymada normokrom normositer anemi ile uyumlu bulgular görüldü. Bisitopeni tablosunun antifosfolipit antikor sendromuna veya primer adrenal yetmezliğe bağlı olduğu düşünüldü. Hastanın surrenal mr incelemesinde bilateral sürrenal enfarkt ve düşük yoğunluklu kalsifikasyon saptandı, mr anjiografi normaldi. Hastaya hidrokortizon 30mg/gün başlandı. Tedavinin 21.gününde yapılan kontrolde bisitopeni tablosu ve kliniği düzelen hasta hidrokortizon 15 mg/gün, warfarin 5 mg/gün ile poliklinik takiplerine devam etmektedir.

Tartışma: Antifosfolipid antikor sendromu, tekrarlayan arteriyel ve/veya venöz trombozlar, başka nedenlerle açıklanamayan fetal kayıplar (tekrarlayan abortus ve/veya olu doğum), trombositopeni, livedo retikularis, kardiyak ve nörolojik semptomlar ve serumda antifosfolipid antikor varlığı ile karakterize bir sendromdur. Adrenal bezler korteks ve medulla kısmından oluşan, glukokortikoid, mineralokortikoid ve androjen sentezleyen endokrin bir organdır. Adrenal yetmezlik tablosunun oluşması için korteks kısmının %90'ın üzerinde haraplanması gerekmektedir. Primer adrenal yetmezliğin nadir sebeplerinden biri surrenal hemoraji ve enfarktlarıdır. Antifosfolipit antikor sendromuna bağlı surrenal enfarkt primer adrenal yetmezlik nedeni olabilmektedir. Antifosfolipit antikor sendromu tanısı ile takip edilen hastalarda hipotansiyon, bilinç bulanıklığı, hipoglisemi gibi durumların saptanması halinde primer adrenal yetmezlik akla gelmelidir.

Anahtar Kelimler: primer adrenal yetmezlik, antifosfolipit antikor sendromu, bisitopeni

PS-248

FAMİLİAL MEDİTERRANEAN FEVER,ANKİLOZAN SPONDİLİT,HENOCH-SCHÖNLEİN PURPURA,NEFROTİK SENDROMLU HASTADA RENAL VEN TROMBOZU

Aslı Büyükkuşcu[1], Funda Müşerref Türkmen[1], Süleyman Baş[1], İpek Buse Güzelce[1], Günışıl Yalçın[1], Berna Yücel Aybal[1], Abdullah Gümüş[1], Mehmet Fehim Doğru[1], Mehmet Masum Şimşek[2], Melike Günay[1], Pınar Zehra Davarcı[1], Mustafa Güneş[1], Sercan Kiremitçi[1], Nurullah İlhan[1], Derya Şenel Yıldız[1], Öznur Sadioğlu Çağdaş[1]

[1]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Renal ven trombozu(RVT)hem renal yetmezliğe,hem de sekonder tromboembolik durumlara yol açabilen ciddi bir tablodur.RVT tanısında altın standart renal venografi olup CT ve MR anjio ile de tanı konur.Kliniğimize Familial Mediterrian Fever(FMF),Ankilozan spondilit(AS),Henoch-Shönlein Purpurası(HSP)tanılı,NS'lu akut on kronik böbrek hasarı ile başvuran hastada RVT saptandı.Ülkemizde sıklıkla bu hastalıkların görülebilmesi,NS tablosu ile karşımıza çıkabilmesi,buna karşılık RVT'nin akla gelmediği zaman atlanabildiği için olgunun irdelenmesi uygun görüldü.

Olgu: 51 yaş erkek hasta,vücutta şişlik ile yatırıldı.Bir haftadır künt sol yan ağrısı tarifliyor.AS,FMF,HSP tanılı.Düzensiz kolşisin ve NSAİİ kullanmış.Bir sene önce hipotiroidi,gut ile sol böbrekte taş saptanmış.4 ay önce bacaklarda şişme ile başvurduğu dış merkezde kreatinin 3mg/dl,proteinüri 3.5gr/gün olup,renal biyopsi için yatırılmış;düşük molekül ağırlıklı heparin(DMAH)başlanmış.Yatışın 2.günü melena olması üzerine yapılan endoskopisinde mide ve kolonda yaygın telenjiektaziler saptanıp,renal biyopsi yapılamamış.Nifedipin,antiasidoz,levotiron,kolşisin,PPİ kullanıyor.FM'de kifoskolyoz,kalça eklemlerinde kısıtlılık,bacaklarda 2+godet bırakan ödem.Sol kostalomber bölge perküsyon ve palpasyonda hassas.İdrar tetkikinde dansite 1007,++protein,+glikoz,3 eritrosit,3 lökosit.Başvuru sırasındaki laboratuvar testleri Tablo-1.Akciğer grafide kardiomegali.Renal Doppler US:Sağ böbrek 113x42mm,parankim 8mm,sol böbrek 99x49mm,parankim 10mm,kortikomeduller ayrım yapılamadı.Parankim ekojenitesi grade 2 artmıştır.Sol orta zonda 10mm çapta pelvik taş.Dopplerde sol renal arter aort çıkışında akım izlenemedi.Sağ böbrek RI 0.8,sol böbrek RI 0.75 saptandı.EKO:Sol ventrikül hipertrofisi,diastolik disfonksiyon.Üriner CT:Böbrek boyutları normal,sol üreter distalinde 3mm taş.Renal CT anjio Resim-1.Pulmoner CT anjio:Normal.Böbrek parankim sintigrafisi(Tc-99m DMSA):Bilateral aktivite tutulumunda azalma,yaygın parankimalbdefektler,zemin aktivitesi artmış.Force diürez tedaviye cevap alınamayınca hemodiyaliz tedavisine başlandı. Mevcut tedaviye ilave DMAH,cozaar,calcitriol,Epo başlandı.Levotiron dozu arttırıldı.Haftada 3 hemodiyaliz tedavisi planlanan olgu kontrol önerilerek taburcu edildi.

Tartışma:RVT hem renal yetmezliğe,hem de sekonder tromboembolik durumlara yol açabilen ciddi bir tablodur.NS olmayan olgularda nadir görülür.Ülkemizde sık görülen FMF,AS,HSP birlikte görülebilir.FMF ve AS'de amiloidoza bağlı NS ve kronik böbrek yetmezliği gelişebilir.Amiloidoza bağlı NS'lu olgularda RVT riski yüksektir.FMF,AS,HSP tanılı ve NS kliniği olan olgumuz akut on kronik böbrek hasarı tablosu ile kliniğimize başvurdu.Renal biyopsiyi red eden olgunun olası renal amiloidoz tanılı olduğunu düşündük.Olgu ciddi nefrotik sendrom kliniğine rağmen,muhtemelen mide ve kolonda yaygın telenjiektaziler nedeniyle antikoagülan tedavi almıyordu.Künt sol yan ağrısı,mikroskobik hematürisi olan

olguda sol böbrek taşının obstruksiyona yol açmamış olması,proteinüride artış ile birlikte renal fonksiyonlarda hızlı kötüleşme olması RVT düşündürdü.Hemodiyaliz tedavisi başlanan olguya çekilen CT anjioda solda RVT saptadık.Tromb ektomi,fibrinolitik,antikoagülan tedavi seçenekleri vardır.Trombektomi ve fibrinolitik tedavi için riskli olan olguya DMAH tedavisi başlandı.

Sonuç: NS'lu olgularda renal fonksiyonların hızla bozulduğu durumlarda nefrotoksik ilaç kullanımı,obstruksiyon gibi nedenlerin yanı sıra RVT da düşünülmelidir.

Anahtar Kelimler: nefrotik sendrom, renal amiloidoz, renal ven trombozu



Resim-1: Sağ renal ven ince kalibrasyonda VCİ'a bağlanıyor.
Resim-2: Sağ renal ven trombozu.
Resim-3: Sağ ve sol renal arterler gözlüyor.
Resim-4: Sağda renal arter gözlüyor renal ven gözlenmiyor
Resim-5: Solda renal arter ve ven gözlüyor
Resim-6: Sol renal ven gözlüyor

Tablo 1. Olgunun başvuru sırasındaki laboratuvar parametreleri

BUN (mg/dl)	110
Kreatinin (mg/dl)	7,13
Ürik Asit (mg/dl)	7,8
Sodyum (mEq/L)	136
Potasyum (mEq/L)	4,6
Kalsiyum (mg/dl)	8,2
Fosfor (mg/dl)	7,9
Albümin (gr/dl)	2,7
pH	7,25
HCO3 (mmol/L)	14,5
Lökosit (10*3/µL)	13,4
Hemoglobin (gr/dl)	8,01
HCT (%)	23,8
Trombosit (10*3/µL)	430
i-PTH (pg/ml)	256
TSH (uIU/ml)	15
Proteinüri (gr/gün)	10,14

PS-249

YILAN SOKMASI SONRASI GELİŞEN İNR YÜKSEKLİĞİNE: BİR VAKA SUNUMU

Zeynep Ertürk, Emine Ülkü Akçay, Hasan Ergenç, Aysel Gürkan Toçoğlu, Muhammed Kaya, Sümeyye Korkmaz, Ali Tamer

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Yılan sokması özellikle kırsal ve dağlık bölgelerimizde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Toksinin şiddetine göre hastada lokal ve sistemik belirtiler ortaya çıkar. Lokal bulgu olarak ödem, hematom ve gangrenöz lezyonlar ortaya çıkabilir. Biz bu vakada yılan sokması sonrası 4.gün acile başvuran ve acilde antiserum verilip servis takiplerinde INR yüksekliği gelişen 22 yaşında erkek olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 22 yaşında erkek hasta yılan sokması sonrası 4.günde sol uyluk bölgesinde yaklaşık 4x4 cm boyutunda kızarıklık ve ısı artışı gelişmesi üzerine acil servise başvurdu. Acil serviste ısırık bölgesine pansuman yapılıp yılan antidotu, 1 gr seftriakson, 500 mg metronidazol yapıldı.Hasta takip amaçlı Dahiliye servisine yatırıldı. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın fizik muayenesi normaldi. Yapılan tetkiklerinde Lökosit:10,1K/uL (4,6-10,2K/uL) Hb:13.6 g/dl (12,2-18,1g/dl), Trombosit:221K/uL (142-424K/uL), Inr:2,13 (0,80-1,20), Pz :29,9 (9,6-14,5sn), Kreatin:0,75mg/dl (0,72-1,25), ALT:18u/l(0,55U/L), AST:16U/L(5-34U/L) idi. Hastaya INR yüksekliği nedeni ile 3 gün Intravenöz K vitamini verildi. Servis takibinin 3.günü Inr:0,94 ve PZ:11,2 geriledi. Genel durumu stabil seyreden hasta poliklinik takibine alınarak taburcu edildi.

Tartışma: Yılan sokması sonrası gelişecek klinik ve laboratuvar değişiklikler çok farklı şekillerde meydana gelebilir. Bu nedenle hastalara dikkatli yaklaşılmalı ve yılanın zehirli olup olmadığı mutlaka sorgulanmalıdır. Bu hastalar günlük Hemogram, biyokimya ve kanama zamanı ile yakından takip edilmeli ve gelişebilecek komplikasyonlar açısından uyanık olunmalıdır.

Anahtar Kelimler: Yılan sokması, INR yüksekliği

PS-250

SİROZLU HASTADA UZUN YILLAR UMBLİKAL HERNİ OLARAK TAKİP EDİLEN VE SONRASINDA APSE OLDUĞU ANLAŞILAN OLGU SUNUMU:

Hasan Ergenç, Ahmet Tarık Eminler, Seyyid Bilal Açıkgöz, Mehmet Yıldırım, Mustafa İhsan Uslan, Aydın Şeref Köksal, Erkan Parlak

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Dekompanse karaciğer sirozu hastalarının %20 sinde umblikal herni geliştiği bildiriliyor. Bu hastalar özellikle umblikal rüptür ve strangulasyon açısından sıkı takibe alınmalıdır. Batında özellikte dekompanse asit olan vakalarda umblikal herni gelişebileceği unutulmamaıdır. Bazen umblikal herniler nadirde olsa batın ön duvarında subkutan apse formasyonu ile de karışabiliyor. Biz bu vakada dekompanse karaciğer siroz tanısılı hastada uzun yıllar umblikal herni olarak takip edilen ancak sonrasında apse olduğu anlaşılan 72 yaşında erkek olguyu sunmayı amaçladı.

Olgu: Kanlı kusma nedeniyle acil servise başvuran ve dekompanse karaciğer sirozu tanısı ile takipte olan hasta özofagus varis kanaması ön tanısı ile yoğun bakım ünitesine interne edildi. Hastaya eritrosit replasmanı yapılarak medikal tedavisi düzenlendi. Hastaya endoskopi yapıldı. Grade 3 özofagus varisleri olan hastaya band ligasyonu yapıldı. Genel durumu stabilleşen hasta servise alındı. Batın ön duvarında palpasyon ile şişlik saptanan hastaya 6 ay önce batın ultrasonografisi yapılmış. Karın cilt altında umblikus inferior kesiminde en geniş yerinde yaklaşık 25 cm çapında ölçülen yoğun içerikli sıvı içeren herni kesesi olarak yorumlanmış. Genel cerrahi ile konsulte edildi ve umblikal herni tanısı konularak takip önerildi. Hastanın batın ön duvarında izlenen koleksiyondan alınan örnek apse formasyonu ile uyumlu olarak rapor edildi. Hastaya batın tomografisi çekildi. Umblikal distal kesitten başlayıp suprapubik bölgeye uzanan, en büyüğü 10x8 cm boyutunda olan birkaç adet, kalın kapsüllü hipodens nodüler tarzda lezyon alanları izlenmiş olup apse ile uyumlu olarak yorumlandı (Şekil). Hastaya ultrsonografi eşliğinde apse drenajı yapıldı. Genel durumu düzelip hemogram ve biyokimyasal parametreleri normale gelen hasta poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Dekompanse asidi olan hastalarda umblikal herni görülme sıklığının arttığı biliniyor. Ancak bu hastalarda batın ön duvarında saptanan şişliğin her zaman umblikal herni olmayabileceği bizim vakada da olduğu gibi nadirde olsa subkutan apse ile karışabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimler: Siroz, umblikal herni



Şekil 1.

PS-251

DİYABETES MELLİTUS(DM) TAKİBİNDE ENFEKSİYON PARAMETRELERİ VE ORANLARI HBA1C NİN YERİNE ALTERNATİF OLABİLİR Mİ?

Murat Eser[2], Mithat Eser[1], Esin Beyan[2], Fahrettin Güven Oysul[3]

[1]*GATA İç Hastalıkları Bilim Dalı.*
[2]*Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bilim Dalı.*
[3]*GATA Halk Sağlığı Bilim Dalı.*

Tanım ve Amaç: DM takibinde HbA1c nin yararı kuşkusuz büyüktür; ancak HbA1c nin her yerde bakılamaması, kırsal yerlerde yaşayanların, sakat olanların ve eve bağımlı olanların hastanelere ulaşımlarındaki kısıtlılıklar HbA1c ye alternatif daha kolay ulaşılabilen bir parametre arayışı doğurmuştur. Bu çalışmanın amacı DM takibinde HbA1c nin yerine MPV, PCT, NLR, PLTLR ve NWBCR nun kullanılabilirliğini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2014 ve Aralık 2014 tarihleri arasında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İçhastalıkları kliniği ve polikliniğine başvuran Diyabetes mellitus(DM) dışında kronik bir hastalığı olmayan, klinik ve labaratuvar olarak enfeksiyon bulgusu olmayan ve DM tedavisinden başka ilaç kullanım öyküsü olmayan 270 hasta çalışmaya dahil edildi ve hastaların başvuru esnasındaki HbA1c, MPV, PCT, NLR, PLTLR, NWBCR değerleri kaydedildi. HbA1c seviyesi ile MPV, PCT, NLR, PLTLR, NWBCR arasındaki korolasyona bakıldı.

Bulgular: Hastalarımızda HbA1c ile MPV, PCT, NLR, NWBCR arasında anlamlı korolasyon saptanmazken PLTLR de anlamlı korolasyon saptadık(P=0,01).

Tartışma:PLTLR, NLR, MPV, PCT, NWBCR kronik hastalıklar ve sistemik enfeksiyonlarda inflamasyonun güvenilir göstergeleri olarak kullanılmaktadır. Literatürde HbA1c ile PLTLR, NLR, MPV, PCT, NWBCR seviyeleri arasında korolasyon çalışmasına rastlamadık. Çalışmamızda HbA1c ile PLTLR arasında anlamlı korolasyon saptadık. Sonuç olarak HbA1c yerine PLTLR kullanılabilir olarak saptadık; ancak bir standartizasyon oluşturmak için daha kapsamlı ve büyük çalışmalar gerekmektedir.

Anahtar Kelimler: DİYABETES MELLİTUS, ENFEKSİYON PARAMETRELERİ, HBA1C

PS-252

İTOPRİD HİDROKLORİD KULLANIMI SONRASI GELİŞEN TROMBOSİTOPENİ VE EXİTUS: OLGU SUNUMU

Aysel Gürkan Toçoğlu, Hasan Ergenç, Zeynep Ertürk, Ahmet Nalbant, Tezcan Kaya, Ceyhun Varım, Ali Tamer

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Dispepsi epigastrik ağrı, hazımsızlık, şişkinlik, dolgunluk, erken doyma, bulantı, yanma, kazınma gibi üst abdomen semptomlarının bir veya birden fazlasını içeren kronik rahatsızlık hissidir. Itoprid hidroklorid (Zirid) bir benzamid türevi olan ve dispepsi tedavisinde kullanılan yeni bir prokinetik ajandır. Dispepsi şikayeti olan hastalarda semptomları önemli ölçüde iyileştiren bir dopamin D2 antagonisti ve asetilkolinesteraz inhibitörüdür. Karın ağrısı, ishal, döküntü, baş dönmesi, halsizlik, göğüs ağrısı, uyku bozuklukları ve galaktore itoprid hidroklorid kullanımı sonrası en sık görülen komplikasyonlardan bazılarıdır. Çok nadirde olsa literatürlerde ilaç kullanımı sonrası trombositopeni gelişen olgularda mevcuttur.

Biz bu vakada itoprid hidroklorid kullanımı sonrası gelişen trombositopeni, intrakraniyel kanama ve exitus ile sonuçlanan 56 yaşında erkek olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 44 yaşında erkek hasta 3 gün önce başlayan karın ağrısı şikayeti ile acile başvurdu. Başvuru anında bakılan hemogram, biyokimya ve diğer laboratuar parametreleri normal idi. Hastaya İtoprid hidroklorid (zirid 50 mg tb 3x1), lansoprazol tb 1x1 ve aljinik asit tb 4x1 başlandı. Şikayetleri devam eden hasta tekrar acil servise başvurdu. TA 110/70 mmHg, nabız 126/dk olarak değerlendirildi. Fizik muayene epigastrik bölgede hassasiyet dışında normaldi. Laboratuar incelemesinde lökosit: 14.600/mm^3, hemoglobin 9.7 g/dL, trombosit 23.200/mm^3, üre: 74 mg/dl, kreatinin: 1.7 mg/dl, ALT: 75 IU/L, AST: 50 IU/L, Na: 136 mmol/L, K: 4.1 mmol/L, LDH: 1864 IU/L, total bilirubin 2.62 mg/dL, direk bilirubin 0,89 mg/dL, troponin 0.61 ng/ml, miyoglobin 63,6 ng/ml saptandı. Hastanın kullandığı ilaçlar stoplandı. EKG de iskemi bulguları saptanan hastanın kardiak enzim takibi yapıldı. Takiplerinde troponin 0,92 ng/ml ve CK, CK-MB değerleri normal seyreden hastaya yapılan ekokardiyografide EF %55 saptandı. Akut koroner sendrom ekarte edilemeyen hastaya trombositopeniden dolayı antikoagülan tedavi başlanamadı. İç hastalıkları kliniğinde takibe alınan hastada bisitopeni etyolojisine yönelik bakılan anemi parametreleri: B12 367 pg/ml, folat 6,1 ng/ml, ferritin 1857 ng/ml saptandı. Tam idrar tetkikinde 252 eritrosit olan hasta TTP ayırıcı tanısı için periferik yayma yapıldı. Lökositoz, nötrofili, % 10 monosit ve eritrosit seride; anizositoz, poikilositoz, normokrom %2 fragmente eritrosit ve polikromazi saptandı. Batın ultrasonografisi hepatomegali dışında normaldi. Batın tomografisi çekilen hasta genel cerrahi bölümü tarafından değerlendirildi ve cerrahi bir patoloji düşünülmedi.

Yatışının ikinci gününde ani bilinç kaybı ve yaygın tonik klonik nöbet geçiren hastaya trombositopenide olması nedeniyle intrakraniyel kanama ekartasyonu için bilgisayarlı beyin tomografisi çekilmesi planlandı. Ancak kardiyopulmoner arrest gelişen hasta exitus oldu.

Hastanın mevcut şikayetleri ve laboratuar parametrelerindeki değişiklikler itoprid hidroklorid kullanımı sonrası ortaya çıkması ve trombositopeni etyolojisine yönelik yapılan tetkiklerde başka bir neden bulunamaması üzerine hasta, itoprid hidroklorid kullanımı sonrası gelişen trombositopeni olarak kabul edildi.

Sonuç: İtoprid hidroklorid dispepsi şikayeti olan hastalarda semptomları önemli ölçüde iyileştiren bir dopamin D2 antagonisti ve asetilkolinesteraz inhibitörüdür. Özellikle tedavi sonrası trombositopeni gelişerek ölümcül komplikasyonlara neden olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimler: İtoprid hidroklorid, dispepsi, trombositopeni

PS-253

CİLT LEZYONLARI VE AKUT PANKREATİT İLE BAŞVURAN HİPERLİPİDEMİ OLGUSU

Cüneyt Kahraman[1], Süleyman Coşgun[1], Nilüfer Kuzeyli Kahraman[2], Gül Sena Baykal[1], Seval Yıldız[1], Osman Tamer Şahin[1]

[1]*Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı*
[2]*DPU Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği*

Amaç: Hiperlipidemiler; diyete bağlı, primer (eşlik eden tıbbi bir nedene bağlı olmayıp muhtemelen genetik geçiş gösteren lipid bozuklukları) ve sekonder (altta yatan bozukluğa bağlı) olmak üzere 3 ana gruba ayrılır. Hiperlipidemili hastalar asemptomatik olabileceği gibi aterosklerotik kalp hastalığı, pankreatit, safra taşı, ksantoma, ksantelesma, lipemia retinalis, steatohepatit gibi çeşitli semptomlarla da karşımıza çıkabilir. Ksantomlar en sık basınca maruz kalan bölgelerde; kalçalarda, omuzlarda ve ekstremitelerin ekstansör yüzeylerinde ortaya çıkan iğne başı büyüklüğünde veya daha büyük sarı papüllerdir. Genellikle hiperlipidemi tedavisi başladıktan sonra lezyonlar gerilemektedir. Hipertrigliseridemiden kaynaklanan akut pankreatitlere, kliniklerde nadir rastlanılmaktadır. Primer ve sekonder hipertrigliseridemi akut pankreatite yol açabilir. Literatürde hangi tip hipertrigliserideminin daha sık akut pankteatite yol açtığı açık değildir. Dolayısıyla risk kişiye bağlı ve özel olmaktadır (1). Biz, genç diyabetik bir hastada oluşan ksantomlar sonrası gelişen akut pankratit vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu: 27 yaşında bayan hasta. Bilinen tip2 DM nedeniyle OAD ve hiperlipidemi nedeniyle fenofibrat kullanan hasta.Ani başlayan epigastrik bölgeden başlayan sırta yayılan ağrı nedeniyle acil servise başvurdu. Yapılan tetkiklerinde TG:6720 mg/dL, Total kolesterol:950 mg/dL, LDL:307 mg/dL, amilaz:648 U/L, lipaz:865U/L, GGT:24U/L, WBC:16,800 CRP:48,2 mg/L saptanıyor. Hastanın biyokimya tüpüne alınan kanında krema tabakası izlendi (Şekil 1). Çekilen batın BT'de akut pankreatit ile uyumlu görüntü izlendi. Safra yollarında dilatasyon saptanmadı. Hastanın diz, dirsek ve inguinal bölgede 2 hafta öncesinde başlıyan ksantom lezyonları gelişmiş (Şekil 2). Son dönemde diyetlerine uymayan hasta, hiperlipidemiye sekonder akut pankreatit olarak değerlendirildi. Diyabeti olan ve diyetine dikkat etmeyen hastaya seftriakson 2x1, intensiv insülin tedavisi ve hidrasyon başlandı. Tedaviyle değerleri gerileyen hasta diyet ve insülin tedavisiyle taburcu edildi.

Sonuç: Trigliserid seviyesinin çok yükselmesi ise akut pankreatit atağına neden olabildiği için mutlaka tedavi edilmelidir. Hipertrigliseridemili bir hasta ile karşılaşınca öncelikle altta yatan sekonder bir hastalık araştırılmalıdır. Tip 1 ve 2 DM, hipotiroidi, ilaçlar sekonder sebep olarak görülebilir (2). Eruptif ksantomların ve olası pankreatit atağının önlenmesi için hastaların trigliserid seviyelerinin ve diyabetin sıkı kontrolü gereklidir.

Kaynaklar

1. Yetim, İ., Özkan, O. V., Diner, G., Yılmaz, A., Gökçe, C., Kaya, H. Gelişen Nekrotizan Pankreatit: Olgu sunumu. J Clin Anal Med 2011;2(3):124-6

2. Rosenson RS. Statins in atherosclerosis: lipid-lowering agents with antioxidant capabilities. Atherosclerosis 2004; 173: 1-12.

Anahtar Kelimler: Hiperlipidemi, Ksantelezma, Pankreatit,



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-254

PULMONER HEMORAJİ İLE PREZENTE OLAN HENOCH SCHÖNLEİN PURPURASI OLGUSU

Ezgi Erdoğan, Hakan Koçoğlu, Didem Acarer, Emine Aşçı, Yıldız Okuturlar, Bahadır Haydarov, Özlem Harmankaya, Mehmet Hurşitoğlu, Abdülbaki Kumbasar

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Henoch-Schönlein Purpurası (HSP) cilt, gastrointestinal sistem, böbrek tutulumu yapan sistemik bir vaskülittir. Akciğer tutulumu nadir görülen ciddi komplikasyonlarından biridir. Vakamız akciğer tutulumuna bağlı hemoptizi ile prezente olan bir Henoch-Schönlein Purpurası olgusudur.

Olgu: 31 yaşında erkek hasta hastanemiz acil servisine kusma, halsizlik, kanlı öksürük, cilt döküntüsü şikayetleri ile başvurdu (Şekil 1). Özgeçmişinde 5 yıl önce aort kapak replasman öyküsü vardı. Warfarin 5 mg /gün, Metoprolol 50 mg/gün kullanmaktaydı. Hastanın 2-3 ay önce hematüri nedeniyle nefroloji polikliniğindeki takibinde 2 gr/gün proteinüri saptanmıştı ve o tarihte üre-kreatinin değerleri normal sınırlardaydı.

Hastanın fizik muayenesinde arteriyel tansiyon 130/70 mm Hg, nabız 82 / dakika, akciğer bazallerinde raller ve yaygın ronküsler mevcuttu. Kardiyak muayenede, aort odağında protez kapağa ait metalik kalp sesi ve 3/6 sistolik üfürüm duyulmaktaydı.Hastanın bilateral alt ekstremitede yaygın palpabl purpuraları mevcuttu. Tetkiklerinde üre 108 mg/dl, kreatinin 11,7 mg/dl, LDH: 501 U/lt görüldü. İntravenöz hidrasyon sonrası anürik seyreden hasta hemodiyalize alındı. Takiplerinde ateşi >38C üzerinde seyreden hastada infektif endokardit şüphesi ile daptomisin ve rifampisin başlandı ve transözofagial ekokardiyografi (TEE) çekildi. Kan kültüründe üreme olmaması ve TEE'de vejetasyon saptanmaması üzerine infektif endokardit tanısı ekarte edildi. Hastanın akciğer grafisinde bilateral alveolar infiltratlar görüldü. Hastanın anamnezinde otit ve sinüzit nedeniyle operasyon öyküsü de mevcuttu. Wegener Granulomatozu (WG) öntanısıyla plazmaferez ve 80 mg/gün metilprednisolon IV başlandı. Hastanın toraks -paranazal sinüs tomografileri çekildi, WG ile uyumlu olabilecek nodul, granulom görünümü izlenmedi fakat pulmoner hemoraji ile uyumlu radyolojik görünüm mevcuttu (Şekil 2). C3-C4 kompleman düzeyleri normal sınırlarda, C-ANCA P-ANCA negatif saptandı. Hastanın cilt biyopsi Ig A ve C3 birikimi gözlenen vaskülit /Henoch Schönlein Purpurası ile uyumlu olarak raporlandı. Böbrek biyopsisi sonucu Ig A nefriti ile uyumlu olan hastada kresent saptanmadı. Takipte idrar çıkışı başlayan, üre ve kreatinin değerleri gerileyen hastanın hemodiyalizi sonlandırıldı. Plazmaferez tedavisi 10 seansa tamamlandı. Takiplerinde hemoptizisi tekrarlamayan, ateşi olmayan, cilt bulgular düzelen, kreatinin değerleri normale gelen hasta taburcu edildi.

Tartışma: Wegener Granulomatozu ve Henoch Schönlein Purpurası böbrek yetersizliği, hematüri,romatolojik tutulum gibi ortak prezentasyonlara sahip iki hastalıktır. Henoch-Schönlein purpurasında pulmoner hemoraji oldukça nadir görülür, ancak fatal seyredebilir. Çoğunlukla diffüz alveolar hemoraji ve interstisyel pnömoni ile karakterize pulmoner tutulum saptanır. WG ise üst ve alt solunum yollarının nekrotizan granülomatöz inflamasyonunun ön planda olduğu bir vaskülittir

HSP için, ileri yaş, nefritik sendrom varlığı, persistan nefrotik sendrom ve histopatolojik olarak kresentik glomerulonefrit saptanması kötü prognoz belirteçleridir. Tedavide steroidler, sitotoksik ilaçlar, plazma exchange tedavileri uygulanmış ve az sayıda hastada tedavi sonrasında böbrek fonksiyonlannda düzelme olduğu saptanmıştır.

Vakamız da hemoptizi nedeniyle ilk planda WG düşünülen fakat daha sonra radyolojik ve patolojik sonuçları ile HSP tanısı alıp plazmaferez, steroid tedavileri ile kür sağlanan bir olgudur.

Anahtar Kelimler: Pulmoner Hemoraji, Hemoptizi, Henoch Schönlein Purpurası, Palpabl Purpura, Plazmaferez, Glomerulonefrit, Vaskülit, Böbrek Yetersizliği



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-255

PREDİYABET VE YENİ TANI DİYABETLİLERDE ARTERYEL SERTLİK VE İNFLAMATUVAR BELİRTEÇLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN ARAŞTIRILMASI

Mustafa Çakar[1], Şevket Balta[2], Hakan Şarlak[3], Muharrem Akhan[4], Sait Demirkol[5], Murat Karaman[6], Seyit Ahmet Ay[7], Ömer Kurt[8], Tuncer Çaycı[9], Satılmış İnal[1], Şeref Demirbaş[4]

[1]*Eskişehir Asker Hastanesi, İç Hastalıkları*
[2]*Eskişehir Asker Hastanesi, Kardiyoloji*
[3]*Diyarbakır Asker Hastanesi, İç Hastalıkları*
[4]*Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları*
[5]*Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Kardiyoloji*
[6]*Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Nefroloji*
[7]*Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Endokrinoloji*
[8]*Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji*
[9]*Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Biyokimya*

Amaç: Diyabet ve endotelyal disfonksiyon arasındaki ilişkiyi destekleyen veriler giderek artmaktadır. Tip 2 diyabet gelişimi anlık olmaktan çok, genellikle uzun bir süreçtir; bozulmuş açlık glukozu, bozulmuş glukoz toleransı ve aşikar diyabet gelişimine kadar süren bir klinik spektrumu kapsar ve kan şekeri yüksekliğinin hangi aşamasından itibaren endotelyal disfonksiyonun ortaya çıktığı çok net değildir. Biz bu çalışmada, prediyabet ve yeni tanı diyabet hastalarında serum e-selektin düzeyleri ve inflamasyon ve arteriyel sertlik belirteçleri arasındaki ilişkileri araştırmayı amaçladık.

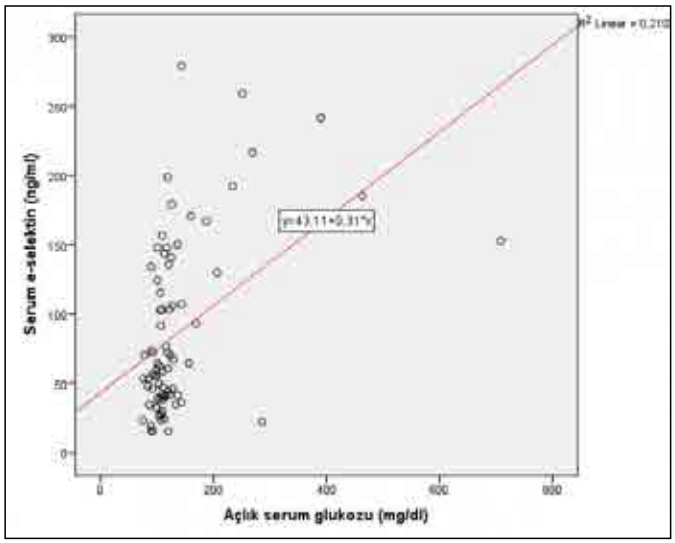
Materyal ve Metot: 60 hasta (25 kadın) [20 bozulmuş açlık glukozu (BAG), 20 bozulmuş glikoz toleransı (BGT), 20 yeni tanı diyabet (T2DM)] ve 17 sağlıklı kontrol (13 kadın) çalışmaya dahil edildi. Hastaların serum e-selektin ve hs-CRP düzeyleri ve arteriyel sertlik parametreleri ölçüldü. Arteriyel sertlik ölçümünde Tensiomed Arteriograph (Macaristan) cihazı kullanıldı.

Sonuçlar: Nabız dalga hızı ve santral aort basınçları kontroller ile karşılaştırıldığında BAG, BGT ve T2DM gruplarında anlamlı derecede yüksek bulundu (sırasıyla p = 0.001, <0.001, 0.013 ve 0.015, 0.002, 0.009). Regresyon analizinde serum açlık glukozu serum e-selektin düzeylerinin en önemli belirleyicisi idi (Şekil). Ortalama arteryel kan basıncı serum e-selektin ve hs-CRP düzeyi ile ilişkili idi (sırasıyla β katsayısı: 0.189, p = 0.362 ve β katsayısı 0.092, p = 0.358).

Tartışma: T2DM tanılı hastaların prediyabet hastalarına göre e-selektin düzeyleri anlamlı şekilde yüksektir. E-selektin, serum glukoz seviyeleri ile ilişkilidir. Prediyabetik ve yeni tanı konmuş diyabet hastalarında yüksek arteriyel sertlik ölçümleri vardır. Serum glukoz seviyeleri ile paralel olarak artan serum e-selektin ölçümleri gelecekteki kardiyovasküler olayları öngörmede endotel disfonksiyonu ve inflamasyon açısından iyi bir belirteç olabilir.

Şekil: Prediyabet ve yeni tanı diyabetli hastalarda serum e-selektin ve açlık glukozu arasındaki ilişkiye ait grafik.

Anahtar Kelimler: Tip 2 diyabet, prediyabet, endotelyal inflamasyon, arteryel sertlik, e-selektin, hs-CRP



Şekil 1.

PS-256

DAHİLİYE SERVİSİNDE NEDENİ BİLİNMEYEN ATEŞİN NADİR BİR NEDENİ: MALİGN SENDROM

Semih Gülle, Emin Taşkıran, Mustafa Yıldırım, Burak Karakaş, Cihangir Türemiş, Harun Akar

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dahiliye servisinde yatan yaşlı hastaların büyük çoğunluğu çoklu medikal problemlere sahiptir ve bircok farklı ilaç kullanmaktadır. Malign sendrom, Parkinson Hastalığı tedavisinde kullanılan levodopa, amantadin ve bromokriptin gibi tedavilerin kesilmesi veya ilaç dozunun azaltılması nedeni ile görülen nadir bir hastalıktır.

Bu vaka takdiminde Parkinson Hastalığı nedeni ile levodopa kulanan hastanın ilacını aniden kesmesine bağlı olarak gelişen malign sendrom ve kritik seviyelere ulaşan akut böbrek hasarı birlikteliğini sunmak istedik.

Bilinç bulanıklığı, oral alımda azalma ve ateş yüksekliği nedeniyle acil servise getirilen 71 yaşında kadın hasta takip ve tedavi amacıyla servisimize yatırıldı. Bilinen Parkinson, Hipertansiyon ve sağ total diz protezi dışında medikal öyküsü yoktu.Kullandığı ilaçlar amlodipin/valsartan 10/160 mg, levodopa 125 mg olarak not edildi.Gelisinde 40^0 C'yi bulan ateş yüksekliği olan hastanın fizik muayenesinde genel vücut rijiditesi ve huzursuzluğu dışında anlamlı bir bulgu saptanmadı. Gelişinde yapılan laboratuvar incelemesinde Üre: 215 mg/dl Kre: 2,4 mg/dl CK: 4700 U/L dışında anlamlı laboratuvar bulgusu saptanmadı. Hastanın ateş yüksekliği antipiretik ajanlara anlamı yanıt vermedi ve takibinde rabdomiyoliz bulgularında derinleşme izlendi.Yakın zamanda bakılan renal fonksiyon değerlerinin normal olduğu öğrenilen hastada rabdomiyolize bağlı akut böbrek hasarı geliştiği düşünüldü.Kullanmakta olduğu levodopa tedavisini son bir haftadır almadığı ve evde yalnız yaşadığı yakınlarından öğrenildi. Yapılan tetkikleri sonucunda böbrek yetersizliği yapabilecek başka bir neden saptanmadı.Düşme,yakın zamanda travma ya da kas içi enjeksiyon öyküsü yoktu.Hastanın yoğun bakımda yapılan tetkikleri sonucunda aktif enfeksiyon, bağ dokusu hastalığı ya da malignite bulgusu saptanmadı.Hasta levodopa tedavisinin yeniden düzenlenmesi ve ateş etiyolojisi açısından nöroloji kliniği ile konsülte edildi.Hastanın levodopa tedavisine tekrar başlandı ve hastanın ateşinde anlamlı düzelme izlendi.Genel durumu düzelen ve rabdomiyoliz bulguları gerileyen hastada kontrollü hidrasyon ile hemodiyaliz ihtiyacı olmadan akut böbrek hasarı geriledi.Hastadaki ateşin ve genel durum bozukluğunun nedeni levodopa tedavisini son günlerde almaması ve evde bir hafta süreyle dehidrate kalması, buna sekonder gelişen malign sendrom ile birlikte rabdomiyoliz tablosunun ortaya çıkması olarak değerlendirildi.Hasta tedavisinin düzenlenmesi ile birlikte şifa ile taburcu edildi.

Parkinson Hastalığı tedavisi sırasında nadir olarak görülebilen malign sendrom özellikle dahiliye servisinde yatan parkinson hastalarında ateş nedeni olarak erken dönemde göz önünde bulundurulması gereken ciddi bir hastalık tablosudur.İlaç kullanımının sorgulanması her durumda olduğu gibi bu hastalıkta da önemini korumaktadır.

Anahtar Kelimler: Malign Sendrom, Parkinson Hastalığı, Rabdomiyoliz

PS-257

HAFİF YÜKSELMİŞ KREATİN KİNAZ OLGULARINDA ÖN KOL İSKEMİ TESTİNİN ÖNEMİ: MYOADENİLAT DEAMİNAZ EKSİKLİĞİ

Şeref Demirbaş, Nazire Gökçe Somak, Adem Aydın, Ali Kılınç, Erol Arslan, Kenan Sağlam

GATA İç Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara, Türkiye.

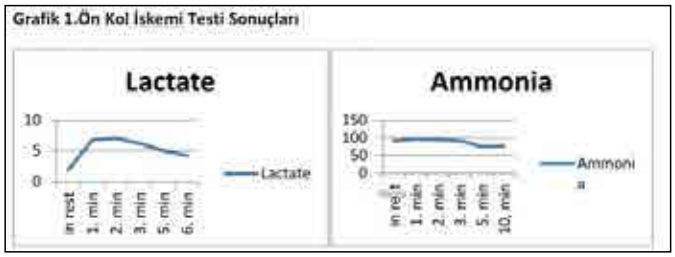
Giriş: Myoadenilat deaminaz (MADA) adenosin monofosfatı (AMP) amonyak ve inosin monofosfat (IMP) ayrıştıran bir enzimdir. Tam veya kısmi enzim eksikliğinde, özellikle egzersiz sırasında adenin moleküllerinin pürin nükleotid döngüsüne katılması azalır. Hastalar genellikle asemptomatik olmakla beraber egzersiz sonrası gelişen yorgunluk ve kas ağrısından yakınabilmektedir. Bu nonspesifik belirtiler tanıda gecikmelere yol açmaktadır. Biz, burada ön kol iskemi testinin kreatin kinaz CK yüksekliği saptanan bireylerde tanı amaçlı önemini vurgulamak için MADA eksikliği saptanan bir olguyu tanımladık.

Olgu: Vasküler tip baş ağrısı tanısı ile takip edilen 30 yaşında erkek hasta; egzersiz sonrası gelişen baş ağrısı yakınması ile hastaneye başvurmuştu. Fizik muayenesinde postnazal seröz akıntı gözlendi. labroratuvar incelemesinde saptanan patolojik değerler sunlardı: Bk: 12.600mm^3, AST: 62 IU, ALT: 52 IU, LDH: 266,CK: 5530 IU/L. Saatlik 100 cc idrar çıkışı olacak şekilde mayi replasmanı yapıldı. Olası metabolik miyopati sebeplerini saptamak amacı ile hastaya ön kol iskemi testi uygulandık ve aşağıda belirtilen grafiği elde ettik (Grafik-1). Test sonucu myoadenilat deaminaz eksikliği ile uyumlu idi. Tek lif iğne EMG de

miyojenik MÜP gözlenmedi. Kas biyopsisi yapılan hastada tanı, enzim eksikliğinin immüno histokimyasal yöntemlerle ortaya konması ile teyit edildi.

Sonuç: Serum CK düzeyi rutin laboratuvar incelemelerinde yaygın olarak bakılmaktadır. İç hastalıkları pratiğinde sıklıkla anormal değerler ile karşılaşılmaktadır. Eşlik eden AST, ALT, LDH yükseklikleri nde rabdomiyoliz öncelikle düşünülmelidir. Travma, intramüsküler enjeksiyon, böcek ısırığı, ilaçlar, endokrin bozukluklar, toksik maruziyeti ve yoğun egzersiz öyküsü dikkatlice sorgulanmalıdır. Basit öneri ve hayat tarzı değişiklikleri ile seyrinde yavaşlamanın sağlanabileceği ve ön kol iskemi testi gibi basitçe uygulanabilen bir inceleme ile ortaya konabilecek olan MADA eksikliği, hekimler tarafından akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Kreatin kinaz yüksekliği, ön kol iskemi testi, myoadenilat deaminaz eksikliği



PS-258

FİZİKSEL EGZERSİZ SONRASI RABDOMİYOLİZE BAĞLI GELİŞEN AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ

Tuğrul Burak Genç, Hakan Koçoğlu, Yıldız Okuturlar, Gamze Ergün, Tolgahan Sevimli, Serkan Enki, Özlem Harmankaya, Abdulbaki Kumbasar

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

Giriş: Rabdomiyoliz değişik sebeplerden ötürü meydana gelen ve hayati riski olan bir sendromdur. Genel olarak travma ile ilişkilidir. Bu hastalar klasik olarak kas ağrısı, halsizlik ve çay renginde idrar yapma ile başvururlar. En sensitif laboratuvar bulgusu kas hasarını gösteren kreatinin kinaz (CK) düzeyinin artmasıdır bunun yanında myoglobinüri, laktat dehidrogenaz (LDH), aspartat (AST) ve alanin aminotransferaz (ALT), fosfat ve potasyum yüksekliği, hipokalsemi beklenmektedir. Akut böbrek hasarı gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Travma dışında ilaçlar, infeksiyöz hastalıklar, hipertermi, elektrolit bozuklukları daha nadir nedenlerdir. Biz burada şiddetli fiziksel egzersiz ve şüpheli bitkisel ürün kullanımı sonrası gelişen rabdomiyolize bağlı akut böbrek hasarı ile gelen bir olguda tanı ve tedavi aşamasındaki klinik seyri sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 34 yaşında erkek hasta beş gün önce yaptığı ağır fiziksel antrenman sonrası vücutta yaygın kas ağrısı ve bulantı şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Burada yapılan tetkiklerde; CK: 29,199 U/L, LDH: 3807 U/L, AST: 1036 U/L, ALT: 381 IU/L, kreatinin: 9,8 mg/dl, üre: 180 mg/dl olarak saptanması üzerine hasta tarafımıza sevk edilmiş. Hastanın öyküsü sorgulandığında 1 ay önce epimedium (keşişkülahı), demirdikeni (tribulus terrestis), kırmızı gingseng, saw palmetto (cüce palmiye), ginkgo biloba içeren bitkisel ürün kullandığı öğrenildi. Bunun dışında ilaç, uyuşturucu madde, alkol kullanımı, yakın zamanda seyahat, şüpheli cinsel ilişki saptanmadı. Fiziksel muayenesinde belirgin bir patoloji yoktu. Hastanın tedavisine intravenöz bikarbonat infüzyonu ile başlandı. Üriner ultrasonografide postrenal patolojiler dışlandı. Kontrol biyokimyasında kreatinin: 11,55 mg/dl olarak saptanan hastanın anürik seyretmesi üzerine hemodiyalize alındı. Hasta halen hemodiyaliz tedavisi ile takibimiz altındadır.

Sonuç: Rabdomyoliz subklinik kreatinin kinaz yüksekliği ile prezente olabilmekte ve akut böbrek yetmezliği nedeni olabilmektedir. Rabdomiyoliz sonrası açığa çıkan myoglobin çoğunlukla glomerullerden rahatlıkla süzülür ve idrar yolu ile atılır. Rabdomiyoliz sonrası sıklıkla myoglobin düzeyini plazmada normal, idrarda artmış olarak saptarız. Fakat musküler - interstisyel ödem sonrası azalan plazma volümü ve asidik idrar varlığında myoglobin böbrek tubüllerinde obstrüktif hasara neden olur. Rabdomiyolize bağlı akut böbrek hasarı multipl travmalarda daha sık rastlansa da, nadiren ağır fiziksel egzersiz sonrasında da gözlenmektedir. Tedavide agresif hidrasyon temel basamak olup bazı olgularda hemofiltrasyon ihtiyacı doğabilir. Bizim vakamızda bitkisel ürün kullanımı ve ağır egzersiz sonrası gelişen, hemodiyaliz ihtiyacı olan ağır bir rabdomyoliz olgusudur.

Anahtar Kelimler: rabdomyoliz, egzersiz, akut böbrek yetmezliği

PS-259

TÜBERKÜLOZ PERİKARDİTLİ BİR OLGU VE DEĞİŞMEYEN GERÇEK FİZİK MUAYENE

Şeref Demirbaş, Adem Aydın, Ali Kılınç, Erol Arslan, Kenan Sağlam

GATA İç Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara, Türkiye.

Giriş: Gelişmiş ülkelerde görülme sıklığı azalmasına rağmen, tüberküloz hala dünyanın geri kalanı için önemli bir sağlık sorunudur. Ekstrapulmoner tutulum tüberküloz vakalarının % 20 sinde gözlenmektedir. Bu hastaların %1-2 sinde gözlenen perikardit, tanı koymadaki gecikmeler ve tedavideki güçlükler sebebi ile tüberkülozun ölümcül bir komplikasyonu olarak dikkat çekmektedir. Biz burada perikardiyal efüzyon ile prezente olan tüberküloz perikarditli bir olguyu, fizik muayenenin önemini vurgulamak için sunuyoruz.

Olgu: 75 yaşındaki erkek hasta öksürük ve nefes darlığı yakınmaları hastaneye başvurdu. Son bir ay içerisinde 5 kez kronik obstrüktif akciğer hastalığı alevlenmesi ön tanısı ile hospitalize edilmiş ancak antibiyoterapiye rağmen fayda sağlanamamıştı. Hastanın fizik muayenesinde ateş, taşikardi, takipne, azalmış kalp sesleri, ekspiratuvar ronküs duyuldu. Laboratuvar incelemelerinde; Bk: 15,400/mm³, ESR: 40 mm/saat, CRP: 48 mg/dl saptandı. Akciğer grafisinde artmış kardiyo-torasik indeks, ekokardigrafide apekste 20 mm, lateralde 42 mm perikardiyal efüzyon gözlendi. Acilen perikardiyodiyosentez yapılarak 1000 cc hemorajik mayi boşaltıldı. Biyokimyasal, mikrobiyolojik ve sitolojik analizi ile hücre sayımı yapıldı. Lenfosit ağırlıklı lökositoz, artmış protein ve LDH düzeyi gözlendi. ADA düzeyleri normal sınırlarda idi. Aside dirençli basil (ADB) EZN ile gösterilemedi. Kültürde üreme saptanmadı. BT' de gözlenen mediastinel ve peribronşiyal lenf nodlarına yönelik bronkoskopik biyopsi ve bronko alveoalar lavaj (BAL) yapıldı. ADB, BAL sıvısında gözlendi. Antitüberküloz tedaviye başlandı ve hızlı klinik yanıt alındı. Her ne kadar perikardiyal sıvıda mikobakterium gösterilemese de diğer perikardit sebeplerinin dışlanması, yüksek klinik şüphe ve antitüberküloz tedaviye hızlı yanıt alınması, Tbc perikardit tanısı kesinleştirdi.

Sonuç: Bizim sunduğumuz vakada birbiri ile ilişkili iki önemli noktanın altını çizmek istiyoruz. Birincisi; KOAH tanısı ile takipli hastalarda nefes darlığı ve öksürük her zaman alevlenme olarak değerlendirilmemelidir. Değişmeyen gerçek detaylı bir fizik muayene ile perikardiyal efüzyon gibi daha nadir durumlar aklımıza gelebilir. İkincisi; perikardit tüberkülozun nadir görülen ancak erken tanı ve tedavisinin hayati önem arz ettiği nadir bir komplikasyonudur ve tüm hekimler bu nadir durumun farkında olmalıdırlar.

Anahtar Kelimler: Tüberküloz perikardit, perikardiyal efüzyon, fizik muayene

PS-260

TEKRARLAYAN PAKREATİTLER SONUCU PSÖDOKİSTİN WALLED-OFF PANKREATİK NEKROZA İLERLEYİŞİ

Zahide Taş[1], Seyit Uyar[1], Süleyman Dolu[1], Gizem Görgülügil[1], Süheyla Ayça Gülenay[1], Mehmet Kök[1], Ferda Harmandar[2], Ayhan Hilmi Çekin[2]

[1]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği
[2]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Walled-off pankreatik nekroz (WOPN) akut pankreatitin, geç fazda nadir görülen lokal komplikasyonlarından biridir. Tanıda dinamik tomografi, vb görüntüleme tetkikleri kullanılır. Pankreatit başlangıcından en az 4 hafta sonra oluşabilen etrafı duvar ile çevrili nekrotik doku parçaları içeren kistik yapıdır. Pankreatik, peripankreatik veya pankreas dışı lokalizasyonlarda görülebilir. Enfektif veya semptomatik olması durumunda müdahale edilmelidir. Biz burada psödokisti olan tekrarlayan pankreatit atakları sonucu WOPN gelişen bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: 45 yaşında 25 yıldır alkol kullanan erkek hasta ilk olarak üst karın ağrısı ile başvurduğu acil servisten alkolik pankreatit tanısıyla yatırıldı. Fizik muayenesinde kaşektik yapıda olduğu gözlendi, epigastrik hassasiyeti mevcuttu. Laboratuvar tahlillerinde AST; 42 U/l, ALT; 18 U/L, GGT; 109 U/L, ALP; 73 U/L, amilaz; 1513 U/L, lipaz; 2451 U/L, WBC; 12600, CRP; 9,26 mg/dl saptandı. Batın USG'de peripankreatik alanda loküle sıvı koleksiyonları, dinamik batın tomografisinde pankreas gövde-kuyruk kesimi arasında transaksiyal 4x2,5 cm ve 6x3 cm nekrotik sıvı koleksiyonları görüldü. Kliniği yatışınca taburcu edilen hasta 1 ay sonra tekrar alkol alması sonucu pankreatit tanısıyla yatırıldı. Tekrarlanan dinamik batın tomografisinde pankreas baş-gövde kesiminde en büyüğü 4x3 cm olan kistik lezyonlar (psödokist ?) görüldü. Pankreatit atağı psödokist ve tekrar alkol alımına bağlandı, kronik pankreatit tanısıyla 300 mg pankreatin 3x1 başlandı. Psödokit açısından takip planlanarak taburcu edildi. 2 hafta sonra yine karın ağrısı ile başvurduğu dış merkezde orta şiddetli pankreatit tanısıyla 2 hafta takip edilmiş, batın tomografisinde görülen pankreas kistinden ince iğne ile alınan perkutan aspirasyon biyopsisinde atipik hücreler ve lenfositler görülmüş, tekrar biyopsi önerilmiş ancak hasta biyopsiyi kabul etmeyince taburcu edilmiş.

1 ay sonra tekrar pankreatit atağı ile acilden yatırılan, bu süre zarfında herhangi bir sağlık merkezine başvurmayan hastanın dinamik batın tomografisinde pankreas başında 3x4 cm walled-off nekroz ile uyumlu kistik lezyon görüldü, WOPN tanısı konuldu. Yapılan endoskopik USG'de kalın duvarlı ve solid komponenti fazla olduğu için WOPN'un cerrahi dışı müdahale ile tedavi edilemeyeceğine ve cerrahi tedavi yapılmasına karar verildi ancak hasta tedaviyi kabul etmedi. Haliyle taburcu edilen hasta polikliniğimizden takip edilmektedir.

Tartışma: Sağlık merkezleri arasında tedavi ve takipte yararlı olacağı düşüncesiyle pankreatiti ve komplikasyonlarını daha anlaşılır kılmak için 2012'de, bu konuyla ilgili özellikle görüntüleme tetkiklerinde tanımlar daha net hale getirildi. Akut pankreatitin geç fazda görülebilen iki lokal komplikasyonu vardır; psödokist ve WOPN. WOPN'un psödokistten farkı nekrotik solid kompanent içermesidir. WOPN, psödokiste göre daha nadir görülür. Psödokistin WOPN'a dönüşümünde tekrarlayan pankreatit atakları önemli rol oynar. WOPN, çoğunlukla steril ve asemptomatik oluğundan müdahale gerekmez. Enfekte olması durumunda ya da ağrı, kusma ve bası bulguları varlığında endoskopik/perkutan girişim ile veya cerrahi olarak drenajı gerekir. Burada kronik pankreatit tanısı alan hastada gelişen psödokistin tekrarlayan pankreatitler sonucu WOPN'a dönüşümünü gördük. Tedavi endikasyonu varlığında erken tanı koyma, hastanın cerrahi yerine daha az riskli olan endoskopik müdahale ile tedavisini sağlayabilir.

Anahtar Kelimler: Pankreatit, walled-off pankreatik nekroz, psödokist

PS-261

SEPSİSE BAĞLI DALAK ABSESİ

Abdulcelil Kayabaş[1], Murat Güzel[2], Gül Kefeli[1]

[1]*Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları*
[2]*Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis*

Giriş: Dalak absesi nadir görülen bir enfeksiyondur. Genellikle endokardit veya diğer odaklardaki enfeksiyonların yayılmasıyla oluşur. (1) Değerlendirilen 564 endokardit hastasının %4.8'inde (27 kişi) dalak absesi görülmüştür. (2)

Tipik klinik bulgusu antibiyotik tedavisine rağmen rekürren veya dirençli ateş ve splenomegaliyle beraber veya splenomegali olmadan sol üst kadran ağrısıdır. (2,3,4) Bazen bu klasik bulgular olmayabilir (5). Dalak absesi sol plevral efüzyonla beraber olabilir (4). Eğer septik emboliden kaynaklanıyorsa dalak infarktıyla beraber görülebilir.(1)

Dalak absesi bazen yanlışlıkla infarkt olarak yorumlansa da genellikle Bilgisayarlı Tomografide teşhis edilebilir (1,2)

Dalak absesi tedavisi genellikle combine antibiyotik tedavisi ve splenektomidir. (1,3,5) Bilgisayarlı Tomografi eşliğinde perkutan aspirasyon arada bir başarıyla uygulansa da standart tedavi olarak splenektominin yerini almamıştır.(5)

Olgu sunumu: Biz acil servise ateş, karın ağrısı nedeniyle başvuran 49 yaşındaki kadın hasta sunduk. Hasta 1 hafta önce sağ böbrek taşı nedeniyle taş kırdırmış. İşlemden 2 gün sonra hastada ateş, bulantı, kusma şikayetleri başlamış. Karın ağrısı olmuş. Fizik muayenede ateşi 39 derece, tansiyonu 70/40 mmHg idi. Sol üst kadranda hassasiyeti vardı.Beyaz küresi 19000 10^3/ML idi. Abdomen Ultrason'unda ; Dalak boyutları ileri dercede artmış olup hilus komşuluğunda orta kesimde ve dalak üst polünde subkapsüler alanda düzensiz sınırları olan içerisinde gaza ait olduğu düşünülen ekojeniteler izlenen enfarkt zemininde abse ile uyumlu görünüm izlendi. Endokardit açısından Ekokardiografi yapıldı, vejetasyon saptanmadı. Hastaya ampirik seftriakson başlandı. Hastada aynı zamanda direk bilirübin hakimiyetinde hiperbilirübinemi gelişti. MR kolanjiografi çekildi. İntrahepatik ve ekstrahepatik safra yolları normaldi. Dalak süperior kesiminde infarkt ve abse ile uyumlu görünüm vardı. Hastanın kan kültüründe Escherichia Coli üredi. Hastaya Meropenem başlandı. Splenektomi yapıldı. Takibinde ateşi olmayan genel durumu iyi olan hasta 15 gün sonra taburcu edildi.

Sonuç: Dalak absesi tedavi edilmediği zaman mortalitesi yüksek olduğundan iç hastalıkları uzmanları, acil uzmanları veya enfeksiyon hastalıkları uzmanları dirençli ateş ve karın ağrısı olan sepsis hastalarını dalak absesi açısından da değerlendirmelidirler.

Kaynaklar

1. Ting W, Silverman NA, Arzouman DA, Levitsky S. Splenic septic emboli in endocarditis. Circulation 1990; 82:IV105.

2. Robinson SL, Saxe JM, Lucas CE, et al. Splenic abscess associated with endocarditis. Surgery 1992; 112:781.

3. Johnson JD, Raff MJ, Barnwell PA, Chun CH. Splenic abscess complicating infectious endocarditis. Arch Intern Med 1983; 143:906.

4. Lee CH, Leu HS, Hu TH, Liu JW. Splenic abscess in southern Taiwan. J Microbiol Immunol Infect 2004; 37:39.

5. Ebright JR, Alam E, Ahmed H, et al. Splenic infarction and abscess in the setting of infective endocarditis. Infect Dis Clin Pract 2007; 15:17.

Anahtar Kelimler: dalak absesi, sepsis

PS-262

KAN ŞEKERİ YÜKSEKLİĞİ DÜŞÜK HEMOGLOBİN DEĞERLERİ İLE İLİŞKİLİDİR

Mustafa Çakar[1], Ömer Kurt[2], Fatih Yeşildal[3], Hakan Şarlak[4], Tolga Doğan[5]

[1]*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*
[2]*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara*
[3]*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara*
[4]*Diyarbakır Asker Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara*
[5]*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara*

Giriş: Düşük hemoglobin değerleri kan kayıpları, demir ve diğer element/vitamin eksiklikleri, kalıtsal kan hastalıkları, maligniteler ve inflamatuvar durumlar ile ilgili olarak ortaya çıkabilir. Literatürde kan şekeri yüksekliğinin ilk zamanlarından (bozulmuş açlık glukozu), bozulmuş glukoz toleransı ve aşikar diyabet gelişimine kadar olan süreçte inflamatuvar durumda artış bildiren çalışmalar mevcuttur. Bildiğimiz kadarıyla kan şekeri değerleri ile hemoglobin ölçümleri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma literatürde mevcut değildir.

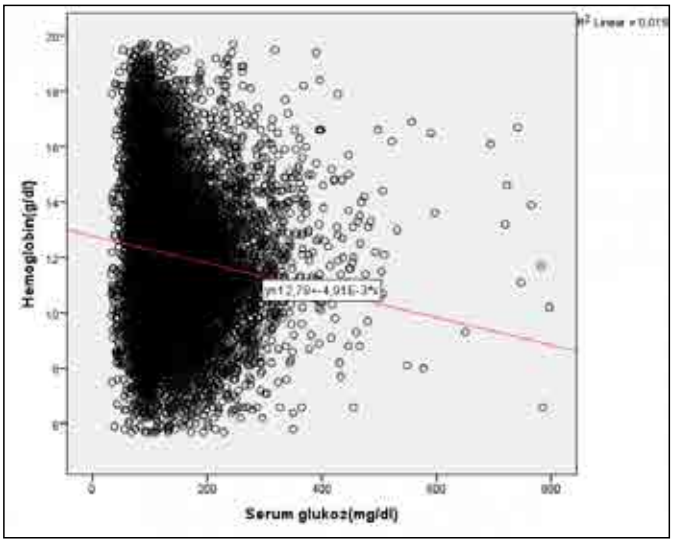
Amaç: Geniş bir hasta grubu üzerinde kan şekeri düzeyleri ile hemoglobin ölçümleri arasındaki ilişkiyi araştırmak.

Gereç ve Yöntemler: Üçüncü basamak sağlık merkezimizdeki 5 farklı kan gazı analiz makinesinden alınan kan gazı analiz raporları incelendi. Raporlar makinelerden ham dijital formatta alındı ve Excel ve PASW dosyalarına kaydedildi. Analiz PASW 18.0 ile yapıldı.

Bulgular: Toplam 14.421 kan gazı analiz raporu değerlendirmeye alındı. Raporlar bazıları tamamen sağlıklı, poliklinik hastaları ve yoğun bakım hastalarını kapsayacak şekilde farklı klinik özelliklere sahip hastalara ait idi. Bazıları aynı hastalardan ancak farklı zamanlarda alınmıştı. Dahiliye yoğun bakım ünitesinden 1086 (% 7.5), anesteziyoloji yoğun bakım ünitesinden 3336 (% 23.1), göğüs hastalıkları bölümünden 923 (% 6.4), biyokimya laboratuvarından 4413 (% 30.6) ve kalp damar cerrahisi bölümünden 4663 (% 32.3) kan gazı sonucu alındı. Kan gazı analiz raporları hastaların mevcut kan şekeri seviyelerini ve hemoglobin düzeylerini göstermekteydi. Raporların ortalama kan şekeri ve hemoglobin düzeyleri 138,09 ± 62,3 mg / dl ve 12.76 ± 2.6 g / dl idi. Korelasyon analizinde, hemoglobin düzeyleri ve kan şekerinin arasında zayıf ancak anlamlı bir ilişki saptandı (P <0.001 -0,158). Regresyon analizi sonucunda, kan şekerinde her 200 mg/ dl artış hemoglobin düzeylerinde 1 g / dl azalma ile ilişkili olduğu saptandı (standardize β katsayısı = -0,117; p <0.001) (Şekil)

Sonuç: Bu sonuçlar hiperglisemisi olan hastalarda hemoglobin düşüklüğü görülmesi açısından tartışmaya değerdir. Bu ilişki hakkında bazı farklı açıklamalar olabilir ve yine sonuçlar klinik gözlemlerimiz ile de uyumludur. Aslında, kan şekeri yüksekliği veya diyabet genellikle kronik hastalık anemisinin iyi bilinen bir nedeni değildir, fakat diyabet ilaçları, b12 eksikliği, sık kan örneklemeleri, enfeksiyonlar, diyabet nedeniyle oluşan morbiditeler ve hastane yatışları buna neden olabilir, ya da gerçekten diyabet, inflamatuvar medyatörler aracılığı ile kemik iliğinde kan üretim prosedürünü etkileyebilir. Bu konuda ileri çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimler: Hiperglisemi, Kan Gazı, Anemi



Şekil 1.

PS-263

NEDENİ BİLİNMEYEN ATEŞİN NADİR SEBEBİ OLAN BİR PAN OLGUSU

Esma Aksu, Tuğba Gökkaya, İrfan Tursun, Erkan Çoban

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Olgu: Poliarteritis nodoza (PAN) nadir görülen bir romatolojik hastalıktır. PAN orta ve küçük çaplı damarları etkileyen primer sistemik nekrotizan vaskülittir. Bu çalışmada PAN tanısı konulan bir olgu nadir bir vaka olması nedeni ile sunulmuştur.

74 yaşında bayan hasta, yaklaşık bir aydır devam eden ateş, halsizlik, ellerde ve ayaklarda uyuşma şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvurdu.Genel durumunun bozuk olması ve ateş şikayetlerinin uzun süredir olması nedeniyle; intaniye kliniğinde nedeni bilinmeyen ateş etyolojisi açısından interne edilerek tetkik edildi. Ancak hastanın yapılan tetkiklerinde ateş etyolojisi açısından enfeksiyon hastalıkları açısından bir patoloji tesbit edilemedi. Hastanın bu tetkik sürecinde giderek artan ellerinde ve ayaklarında uyuşma şikayeti oldu. Nedeni bilinmeyen ateş nedeniyle tetkik edilen hastadan etyolojiye yönelik romatoloji kliniğinden konsültasyon istendi ve romatoloji kliniğince değerlendirilen hasta tetkik amacıyla romatoloji kliniğine devralındı. Hastanın yapılan muayenesinde hasta oryante ve koopere,vital bulgularından ateş: 39°C, nabız: 95/dk, kan basıncı: 150/100 mm-Hg, solunum sayısı: 25/dk idi. Hastanın laboratuar tetkiklerinde BUN: 56 mg / dl, kreatinin:2.96 mg /dl, sodyum: 131mg/ dl, potasyum: 5.25 mg/ dl, CRP:7,29 mg/ dl, hemoglobin:12,4 lökosit:12,16, tam idrar tetkikinde eritrosit: 11/HPF, lökosit:20/HPF saptandı.Progresif olarak artan halsizlik ve cisimleri tutamayacak kadar artan ellerinde uyuşma hissi nedeniyle yapılan EMG sinde "Alt exremite ağırlıklı senseriomotor aksonal polinöropati" olarak değerlendirildi.Bu bulgularla hastada vaskülit olabileceği düşünüldü.Laboratuar bulgularında P-anca pozitif olan hastada ; nedeni bilinmeyen böbrek yetmezliği nedeniyle böbrek biyopsisi yapıldı. Mevcut biyopsi ve laboratuar bulgularıyla poliarteritis nodoza olarak değerlendirildi. Hastaya pulse steroid tedavisi ve siklofosfamid başlandı . Takiplerinde laboratuvar değerleri normale gelen hastanın klinik olarak da herhangi bir şikayetinin olmaması nedeniyle poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi..

Tartışma: Poliarteritis nodoza küçük ve orta çaplı muskuler arterlerin segmental damar duvarı nekrozu ile karekterize sistemik bir vaskülittir. Mortalite sebebi kontrol altına alınamayan vaskülit veya enfeksiyöz komplikasyonlar nedeniyle oluşur(1-3). Periferik nöropati bazen PAN›ın ilk bulgusu olmakla birlikte bizim vakamızda da nörolojik bulgu mevcuttu (4) . Poliarteritis nodoza multisistemik bir hastalıktır bu yüzden çeşitli belirti ve bulgularla karşımıza çıkabilir. Vakaların yarısında, başlangıçta ateş, kilo kaybı, halsizlik, adale ve eklem ağrıları gibi nonspesifik semptomlar görülür. Ateş, diğer semptomlar ortaya çıkmadan çok önce bulunabilir(5-6).Poliarteritis nodoza multisitemik nadir bir hastalık olması ve her yaş grubunda ortaya çıkabilmesi nedeniyle nedeni bilinmeyen ateş etyolojisinin araştırılmasında tanı için bizim vakamızda da olduğu gibi akılda bulundurulması gereken bir hastalıktır.

Sonuç: Bizim de vaka olarak sunduğumuz hastamızda olduğu gibi poliarteritis nodoza multisistemik tutulumlu bir hastalık olduğu için sistemik tutulumla giden patolojilerde akla getirilerek tanısının konulması ve tedavisinin başlanması hastanın mortalitesi ve morbiditesi açısından mutlaka akla getirilmesi ve değerlendirilmesi gereken bir patolojidir.

Anahtar Kelimler: ateş,multisistemik tutulum,poliarteritis nodoza

PS-264

KORONER ARTER HASTALARINDA ORTA DERECEDE KİLO KAYBININ ENDOTEL FONKSİYONLARINA ETKİSİ

Ece Yiğit[1], Özlem Persil[2], Ayşem Kaya[2], Zerrin Yiğit[2]

[1]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü

Toplumda obezite prevalansı giderek artmaktadır. Genel olarak koroner arter hastalığının toplumdaki artışında obezite en az majör risk faktörleri kadar önemli rol oynamaktadır. Bununla birlikte obezite ile bu risk faktörleri arasında karmaşık ve karşılıklı bir ilişki vardır. Bu çalışmanın amacı obez ve non-obez koroner arter hastalarında endotel fonksiyonlarını incelemek ve orta derecede kilo kaybının bu fonksiyonlara etkisini araştırmaktır.

Metod: Bu çalışma 1 Ocak 2012 – 30 Haziran 2013 tarihleri arasında, hastanemize koroner arter hastalığı tanısı ile başvuran ve endotel fonksiyonlarına bakılmış 100 ardışık hasta (42 erkek ve 58 kadın; yaş ortalaması 62,88 ± 10,82 yıl) retrospektif olarak değerlendirildi. Klinik değerlendirmeden sonra, hastalar vücut kitle indekslerine (VKİ) göre, 53 hasta obez (VKİ : 35,08 ± 4,29 kg/m^2) grup ve 47 hasta non-obez (VKİ : 25,99 ± 1,70) grup olarak ayrıldı. Obez gruba günlük 1200 kalorilik diyet verilmişti. Altık diyet öncesi ve sonrası biyokimyasal parametreler (total kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, trigliseritler, açlık kan şekeri, HbA1-C, açlık insulini, ürik asit, fibrinojen, high-sensitive CRP (h-CRP), homosistein, seruloplasmin, von Willebrand faktör (vWF), nitrik oksit (NO), plazminojen aktivatör–1 (PAI-1) ve leptin seviyeleri incelendi. İstatistik incelemede Student's t testi ve ki-kare test kullanıldı.

Bulgular: İki grup arasında hipertansiyon ve tip 2 diyabet prevalansı açısından fark yoktu. İki grup arasında diyet öncesi total kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, trigliseritler, açlık kan şekeri, açlık insülini, ürik asit, fibrinojen, vWF ve NO düzeyleri açısından fark bulunmadı. Obez grupta homosistein, HbA1-C, seruloplasmin, h-CRP, PAI-1 ve leptin düzeyleri non-obez gruba göre anlamlı olarak yüksek bulundu (sırasıyla; p=0,042, p=0,048, P=0,042, p=0,025, p=0,042 ve p=0,05). Diyet verilmesinden 6 ay sonra, obez hastalar kendi vücut ağırlıklarının %10,5' ini kaybettiler. Obez grupta diyet öncesi ve sonrası tüm biyokimyasal parametreler gözden geçirildiğinde diyet sonrası değerler anlamlı olarak düzelmişti (total kolesterol p=0,00018, HDL kolesterol p=0,0067, LDL kolesterol p<0,0001, trigliseritler p=0,045, açlık kan şekeri p=0,00098, ürik asit p=0,0031, fibrinojen p=0,0039, homosistein p=0,022, HbA1-C p=0,0077, seruloplasmin p=0,0036, h-CRP p=0,028, açlık insülini p=0,0017, vWF p=0,014, NO p=0,031, PAI-1 p=0,0014 ve leptin p=0,016).

Sonuç : Diyetle altı ayda hastalar sadece kilo kaybetmediler aynı zamanda tüm majör kardiyovasküler risk faktörlerinde ve endotel fonksiyonlarında belirgin düzelme gözlenlendi.

Anahtar Kelimler: Obezite, Koroner arter hastalığı, Endotel fonksiyonları

PS-265

ATİPİK PREZENTE OLAN ANJİOİMMUNOBLASTİK T HÜCRELİ LENFOMA

Nerimane İmanova, Fehmi Akçiçek, Sumru Emine Savaş

Ege üniveristesi tıp fakültesi hastanesi İç hastalıkları Ana bilim dalı

Lenfomalar immun sistem hücrelerinin maligniteleridir.Hodgkin non-hodgkin olmak üzere ikiye ayrılır. Non-hodgkin lenfomaların %1-2'ni anjioimmunoblastik T hücreli lenfoma oluşturur. Erkeklerde daha sık görülüp en çok B semptomları, kemik iliği tutulumu bulguları, hepatosplenomegali ile prezente olur. Tanı anında genelde ileri evredir ve yaşam süresi kısadır. Atipik semptomlarla ortaya çıka bilir.

Olgu: 47 yaş kifoskolyozu olan kadın hasta,iki aydır bel ve diz eklemlerinde ağrı yakınmaları olması üzerine tetkik amaçlı servisimize yatırıldı.hastanın bilinen iki sene önce beline platin uygulanmış, enfeksion sebebiyle çıkarılmış. Hastaya lomber MR çekildi ve myelit bulguları görüldü.hastaya antibiotik tedavisi başlandı. Tedavi sonrası hastada anEmi gelişti. Periferik yayması hemolitik anemi ile uyumluydu.antibiotik tedavisi kesildi buna rağmen anemi devam etdi. hastadan ANA, ANCA,RF profilleri istendi,anlamlı patoloji bulunmadı.Brucelle, toxoplazma, HIV serolojisi de neqatif sonuçlandı. Tüm vücut BT çekildi ve aksilla, mediasten, paraaortik,mezenterik,paravertabral ve inguinal bölgelerde multiple LAP-lar izlendi. Lenfoma ön tanısı ile yapılan lenf nodu biopsisinin patolojisi anjioimmunoblastik lenfoma olarak sonuçlandı.

Sonuç: Eklem ağrısı şikayeti olan hastalarda malignite ve metastaz sık rastlanmasına rağmen lenfoma için atipik bir bulgudur. İzole eklem ağrısı LAP basısına bağlı nadir de olsa görülebilmektedir.

Anahtar Kelimler: eklem ağrısı,atipik semptom

PS-266

NÖTROFİL/ LENFOSİT ORANI İLE HİPERTANSİF RETİNOPATİ ARASINDA BİR İLİŞKİ VAR MIDIR?

Mustafa Karaca[1], İrfan Tursun[2], Erkan Çoban[2], Ozan Salim[3], Orhan Yücel[3], Mustafa Ünal[4]

[1]Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı
[3]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı
[4]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Nötrofil lenfosit (N/L) oranı son zamanlarda kolay ulaşılabilir, ucuz ve kolay tespit edilebilir oluşuyla sık olarak kullanılan yeni bir sistemik inflamasyon belirtecidir. Hipertansif retinopatinin patogenezi tam olarak aydınlatılmamıştır. Tek başına kan basıncı yüksekliği bu süreci açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Hipertansif retinopati gelişiminde sistemik inflamasyon gibi farklı patolojik mekanizmalar rol oynuyor olabilir. Bundan dolayı bu çalışmayı şu 2 sorunun cevabını vermek üzere dizayn ettik: 1) Hipertansif retinopatide N/L oranında bir değişiklik oluyor mu? 2) Hipertansif retinopatinin evresi ile N/L oranı arasında bir korelasyon var mıdır?

Hastalar ve Metod: Bu çalışmaya hipertansiyon dışında başka bir hastalığı olmayan, Keith-Wagener sınıflamasına göre evre 1 hipertansif retinopatisi olan 42 ve evre 2 hipertansif retinopatisi olan 42 olmak üzere toplam 84 hipertansif hasta alındı. Evre 1 hipertansif retinopatili hastalar Grup 1 olarak, evre 2 hipertansif retinopatili olan hastalar Grup 2 olarak belirlendi. Kontrol grubu olarak yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi benzer 42 sağlıklı kişi seçildi. Çalışma ve kontrol grubunda hemogram ve biyokimyasal tetkikler çalışıldı.

Sonuçlar: Grup 2 deki N/L oranı 2,74 ± 0,66 olup Grup 1 (2,37±0,39) ve kontrol grubundan (2,03±0,64) anlamlı olarak yüksek saptandı (sırasıyla p=0,013 ve p <0.001). Aynı zamanda Grup 1 deki N/L oranı da kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,03). Hipertansif grupta N/L oranı ile hipertansif retinopatinin evresi arasında pozitif korelasyon mevcuttu (p= 0.003, r= 0,324)

Tartışma: Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar sistemik inflamasyonun bir belirteci olan N/L oranı ile hipertansif retinopati arasında bir birliktelik olduğunu göstermektedir. Sistemik inflamasyon hipertensif retinopatinin etyopatogenezinde rol oynuyor olabilir.

Anahtar Kelimler: hipertansifretinopati, nötrofil/ lenfosit oranı

PS-267

NADİR BİR LENFADENİT NEDENİ: KİKUCHİ-FUJİMOTO HASTALIĞI

Musa Barış Aykan, Şeref Demirbaş, Erol Arslan, Kenan Sağlam

İç Hastalıkları Bilim Dalı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara

Giriş: Kikuchi – Fujimoto Hastalığı genellikle genç kadınlarda saptanan, benign servikal lenfadenopati nedenlerinden birisidir. Sıklıkla 40 yaşından önce kliniğe yansımaktadır. Servikal lenfadenopatiler özellikle posterior servikal alanda gözlenmektedir. Kikuchi –Fujimato Hastalığı malignitelerle karışabildiği için lenfadenopati etyolojisi araştırılırken akılda tutulmalıdır. Burada genç erkek hastada lenfadenopati etyolojisi araştırılırken saptanan Kikuchi–Fujimoto Hastalığını sunacağız.

Olgu: 21 yaşında erkek hasta boyun sağ kesimde bulunan şişlikler nedeniyle İç Hastalıkları kliniğine kabul edildi. Anamnezinde şikayetinin yaklaşık bir ay önce başladığını ifade etti. İlk olarak başvurduğu dış merkez hastanesinde brucella, EBV ve TORCH grubu etkenleri yönünden araştırılmış ve neden saptanamamış. Sonrasında kliniğimize yönlendirilmiş. Fizik muayenesinde sol SCM kas posteriorunda palpasyonla ağrısız, hareketli, sert kıvamda, en büyüğünün çapı 2 cm olan lenf bezleri saptandı. Laboratuvarda Bk: 6.2700/ mm^3, hgb: 15.9,plt: 259 000/mm^3, sedim: 10 mm/saat, crp: 3.08 ng/ml olarak saptandı. Tularemi yönünden yapılan tetkikleri negatif sonuçlandı. SLE ve diğer otoimmün hastalıkları için yapılan laboratuvar sorgulaması negatif sonuçlandı. Boyun ultrasonunda her iki servikal zincirde en büyükleri 22x10 mm boyutlarında hiler kanlanması belirgin, sınırları düzgün, multıpl sayıda lenf nodu saptandı. Dental enfeksiyon odağı açısından araştırılan hastada odak saptanmadı. KBB kliniği tarafından yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi reaktif lenfoid hücreler olarak geldi. Sonrasında hastaya eksizyonel lenf nodu biyopsisi yapıldı. Patoloji sonucu Kikuchi-Fujimoto Hastalığı olarak geldi. Hasta poliklinik kontrollerine gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Lenfadenopatili hastaya yaklaşım hekimler açısından önemli bir konudur. Benign–malign süreçlerin ayrımında klinik ve laboratuvar olarak önemli parametrelerin değerlendirilmesi gerekmektedir. Kikuchi- Fujimoto Hastalığı benign karakterli bir hastalık olmakla birlikte SLE ile birlikteliğini bildiren yayınlardan dolayı klinik ve laboratuvar olarak SLE araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimler: Lenfadenopati, Kikuchi–Fujimoto Hastalığı, Sistemik Lupus Eritematozus.

PS-268

GBL NİN TETİKLEDİĞİ EPİLEPTİK ATAK VE SOLUNUM DEPRESYONU İLE GELEN HASTADA HIV + LİĞİ SOSYAL SORUNU.

Hasan Yasin Savuranoğlu, Barbaros Başbuğ, Mehmet Sezgin, Yusuf Hançerli, Yusuf Abul, Veysel Özalper, İbrahim Çetindağlı, Yalçın Önem, Mustafa Kaplan, Murat Hakan Terekeci

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi

Amaç: GBL (gababarbütürolaktat) cinsel ilişki sırasında zevk almayı artırması amacıyla kullanılan sıvı ectasy adıyla bilinen bir psikotrop maddedir fazla miktarda alımı epileptik atak derin uyku yapabilmektedir. Toplumda bu tür keyif verici madde kullanımı giderek artmakta ve bir tür sosyal problem oluşturmaktadır

Olgu: 28 yaşında erkek hasta daha öncesinde bilinen panik atak ve asosyal kişilik tanıları nedeniyle sertraline ve mirtazapine kullanmaktaymış, bonzai ve esrar kullanım hikayesi de olan hasta yaklaşık 3 yıldır cinsel ilişki sırasında zevk almayı artırması amacıyla GBL (gababarbütürolaktat) isimli maddeden kullanmaktaymış. 500 ml lik şişelerde temin edilen madde 1ml şeklinde içeceklere katılarak kullanılmaktaymış. Yaklaşık 1 yıl kullanmadığını ifadeeden hasta, suisid amaçlı 5ml kullanmış hasta psikiyatri kliniğinde müşadede iken solunum depresyonu epileptik atak benzeri kasılmalar gelişmesi üzerine entübe edilerek GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesine nakli sağlanmış iç hastalıkları yoğun bakım ünitesinde tedavisi devam eden hasta HIV + olarak tanılanmış. Suisid girişiminde bulunmasınında bu nedenle olduğu öğrenilmiştir. Hasta iç hastalıkları klinik takibi sonrası enfeksiyon hastalıkarı kliniğine nakil edilmiş ve kontrollere gelmektedir.

Sonuç: Intoksikasyon nedeni ile başvuran hastalarda bulaşıcı hastalık riskinin yüksek oluşu akılda bulundurulmalı ve tetkiklerinin ve tedbirlerin bu kapsamda planlanması önleyici ve hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar Kelimler: gbl, hıv, suisid, epilepitik atak,

PS-269

OLASI KATASTROFİK ANTİFOSFOLİPİD SENDROMLU BİR OLGU VE PLAZMAFEREZİN ÖNEMİ

Şeref Demirbaş[1], Musa Barış Aykan[1], Gökhan Özgür[2], Erol Arslan[1], Kenan Sağlam[1]

[1]İç Hastalıkları Bilim Dalı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, Türkiye.
[2]Hematoloji Bilim Dalı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, Türkiye.

Giriş: Katastrofik antifosfolipid sendromu (KAFS), antifosfolipid sendromlu hastaların az bir kısmında ortaya çıkan, yaygın tromboz varlığında organ hasarı ile karakterize bir durumdur. Tanıda antifosfolipid antikor pozitifliği, hastalığın akut gelişmesi ve birden fazla organ tutulumu olması önemlidir. KAFS yönetiminde erken tanı ve agresif tedavi önemlidir çünkü mortalite yaklaşık %30 larda seyretmektedir. Burada, kliniğimizde takip ettiğimiz olası KAFS'lu bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 36 yaşında erkek hasta göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetleriyle genel dahiliye kliniğine kabul edildi. Anamnezinde, 8 yıl önce iskemik svo geçirdiği, antifosfolipid sendromu ve kronik böbrek hastalığı olduğu öğrenildi. Hasta başvurusunda warfarin tedavisi ve antihipertansif tedavi kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde AKB: 180/100 mmHg, sol kol ve sol bacakta güç kaybı mevcuttu. Laboratuvarda hb: 8gr/dl, kreatinin: 4.34 mg/dl, üre: 177 mg/dl olarak saptandı. Hastanın bazal kreatinin değerinin 3 mg/dl olduğu öğrenildi. 24 saatlik idrarda 1020 mg/gün proteinüri saptandı. Bu süreçte hastada akut solunum yetmezliği gelişti. Kan gazında pCO2: 55 mmHg, pO2: 45 mmhg saptandı. Hasta mekanik ventilatör desteğine alındı. Anti kardiyolipin IgG pozitif ve ANA zayıf pozitif saptandı. Anti dsDNA, diğer ENA antikor paneli ve herediter trombofili paneli negatif saptandı. Diğer olası nedenlerin dışlanması ile hastada KAFS düşünüldü. Antikoagülasyon, toplamda 3 gram iv pulse steroid ve 6 defa plazmaferez uygulandı. Hasta bu süreçte mekanik ventilatörden ayrıldı. Genel durumu düzelen hastanın renal fonksiyonları da düzeldi. İdame tedavisi oral steroid, antikoagülasyon ve siklofosfamid olarak düzenlendi. Hasta halen takip ve tedavi altındadır.

Sonuç: Olgumuzda, enfektif süreçler dahil olası diğer nedenler dışlandıktan sonra Antikardiyolipin Ig G pozitifliği, hastalığın akut gelişmesi ve laboratuvarda iki organ yetmezliği bulgularının olması nedeniyle olası KAFS düşünülmüştür. Serolojik olarak ANA zayıf pozitif saptanırken, ENA paneli negatif saptanmıştır. Tedavi edilmediği takdirde KAFS'ın prognozu kötüdür. Ancak erken tanı steroid, plazma değişimi ve antikoagülasyon tedavileri ile iyileşme oranları %50–80 arası değişmektedir.

Anahtar Kelimler: Katastrofik antifosfolipid sendromu, plazmaferez, pulse steroid.

PS-270

YETİŞKİNLERDE DİYABET PREVALANSI VE FARKINDALIK DURUMU

Şafak Şahin[1], Rıza Çıtıl[2], Süheyla Uzun Kaya[1], Yalçın Önder[2], Nagihan Yıldız Çeltek[3], Özkan Yaşayancan[2], Türker Taşlıyurt[1], Ayşe Kevser Demir[1], Faruk Kutlutürk[4]

[1]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları A.D.
[2]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.
[3]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği A.D.
[4]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları A.D. Endokrinoloji Bilim Dalı.

Giriş: Diabetes mellitus (DM) tüm dünyada ve Türkiye'de artan sıklıkta görülen hiperglisemi ile karakterize kronik metabolik bir hastalıktır. Ülkemizde DM prevalansı son 10 yılda iki katına (%13.7) çıkmıştır. DM'li bireylerde farkındalık durumu hastalığın seyrinde oldukça önemlidir. Bu çalışmada Tokat ilinde erişkinlerde DM prevalansı ve farkındalık durumunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Toplum tabanlı ve kesitsel nitelikteki bu çalışma Mart-Eylül 2013 arasında yürütülmüştür. Çalışmanın evreni Tokat ilinin ≥20 yaş nüfusudur (410.381). Örneklem büyüklüğü beklenen prevalans (p) %50, sapma (d) 0.03 ve desen etkisi 2 kabul edildiğinde %97 güven aralığında 2635 olarak hesaplanmıştır. Yazılı onamı alınan 2428 katılımcıya DM'ye yönelik anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanarak en az sekiz saatlik açlık sonrası alınan kan örneklerinde açlık plazma glukozu (APG) ve HbA1C ölçümü yapılmıştır. ADA kriterlerine göre APG ≥126 mg/dl ise DM, 100-125 mg/dl ise Bozulmuş Açlık Glukozu olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analizde Ki-kare ve t testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcının %55,8'i kadın; yaş ortalaması 47.2±15.2; %47.2'si 20-39 yaş, %44.8'i 40-64 yaş, %15.4'ü ≥65 yaşında; %58.8'i ilköğretim mezunu, %59.1'i kent merkezinde yaşamaktadır. Katılımcıların %14.7'si (kadınlarda %16.6. erkeklerde %12.3) önceden doktor tarafından DM tanısı konulduğunu belirtmiştir. DM tanısı olduğunun belirtilmesi ve/veya APG seviyelerine göre DM prevalansı %17.2 (kadınlarda %19.4, erkeklerde %14.3) bulunmuş olup; kadınlarda, ≥65 yaşında, kentsel bölgelerde, eğitim düzeyi ilkokul altında olanlarda, obezlerde ve hipertansiflerde DM sıklığının anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır (p<0.05). Katılımcıların %17'sinde (kadınlarda %16.8, erkeklerde %17.2) Bozulmuş Açlık Glukozu saptanmış olup, bunlar oral glukoz tolerans testi için çağrılmışlardır. Çalışmamızda DM'li bireylerin %85.8'inin (kadınlarda %78.6, erkeklerde %76.1) hastalığının farkında olduğu saptanmış olup; erkeklerde, 20-39 yaş grubunda, kentsel bölgelerde, eğitim düzeyi lise ve üzerinde olanlarda, obez olmayanlarda ve hipertansif olanlarda DM farkındalığı daha fazla bulunmuş olmasına rağmen aradaki fark anlamlı değildir (p>0.05). DM'li bireylerde ortalama HbA1c düzeyi 7.51± 1.97 olup, %64.5'inin metabolik kontrol açısından hedef düzeyin üzerinde (HbA1c düzeyi ≥6.5) olduğu saptanmıştır.

Sonuç: İlimizde DM prevalansı Türkiye verilerine göre daha yüksek bulunmuştur. DM olan altı bireyden biri hastalığının farkında değildir. DM olan üç bireyden ikisinin metabolik kontrol durumu istenilen düzeyde değildir. DM'li bireyler sağlık kuruluşlarına yönlendirilerek tanı ve tedavileri için gerekli müdahalenin yapılması sağlanmalıdır. Tüm yetişkinler DM risk faktörleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri konusunda eğitilerek farkındalık düzeyleri artırılmalıdır.

Anahtar Kelimler: Diabetes mellitus, prevalans, farkındalık, yetişkin

PS-271

TÜRK GERİATRİK POPÜLASYONUNDA UYKU KALİTESİ, GELİR DURUMU, KOMORBİDİTENİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ: ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA

Ercan Gündüz[1], Fatih Eskin[2], Mehmet Gündüz[5], Recep Bentli[3], Engin Burak Selçık[4], Yılmaz Zengin[1], Mustafa İçer[1], Recep Dursun[1], Hasan Mansur Durgun[1], Mehmet Nezir Güllü[6], Hüseyin Gürbüz[1], Yusuf Yeşil[6], Cahfer Güloğlu[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı
[2]Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[4]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
[5]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[6]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Türk geriatrik popülasyonda uyku kalitesi, gelir durumu ve komorbiditeleri yaşam kalitesine etkisini araştırmak.

Metod: Çalışma çok merkezli olarak yedi bölgede yapıldı. Çalışmamız 65 yaş üstü merkezlerin İç Hastalıkları ve Geriatri polikliniklerine ayaktan başvuran 1030 hastayı içermektedir. Tüm hastalarla bire bir görüşme yoluyla Pittsburgh Uyku Kalitesi (PSQI) ve Yaşam Kalitesi kısa form (Short Form–36) testleri yapıldı. Görüşmede ayrıca hastaların demografik özellikleri kaydedildi..

Bulgular: Hastalarımızda düşük uyku kalitesine sahip hastaların ortalama yaşam kalitesi subskalaları Zindelik hariç anlamlı olarak daha düşüktü (p<0.001). Çoklu kronik hastalığa sahip olanların yaşam kalitesi 3 parametrede (Fiziksel fonksiyon, Mental sağlık, Ağrı) anlamlı olarak daha düşük skora sahip olduğu tespit edildi (sırasıyla p=0.04, p=0.04, p=0.01). Benzer şekilde hastalar gelir durumunun yaşam kalitesine olan etkisi açısından değerlendirildiğinde; gelir durumu iyi olanlarda Fiziksel fonksiyon, Mental sağlık, Ağrı subskala ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi (p=0.01).

Sonuç: Çalışmamız düşük uyku kalitesi, çoklu kronik hastalık varlığı ve düşük gelir durumunun yaşam kalitesine olumsuz etkisini ortaya koymuştur. Ayrıca kadın cinsiyet, orta ve geç yaşlılık döneminde olma, sigara içme, bekar veya boşanmış olma, yalnız yaşama, çocuk sayısının az olması, günlük yaşam aktivitelerinde fonksiyonel bağımlı olma, üriner inkontinans olması, polifarmasi olmaması ve düşük vücut kitle indeksi değerlerine sahip olmak gibi sosyodemografik özellikleri olan yaşlı bireylerin düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimler: yaşam kalitesi, uyku kalitesi, komorbidite, yaşlılık

PS-272

TÜRK GERİATRİK POPULASYONDA MALNÜTRİSYONU ETKİLEYEN FAKTÖRLER: ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA

Ercan Gündüz[1], Fatih Eskin[2], Mehmet Gündüz[5], Engin Burak Selçuk[4], Recep Bentli[3], Yılmaz Zengin[1], Recep Dursun[1], Hasan Mansur Durgun[1], Hüseyin Gürbüz[1], Mustafa Ekinci[1], Yusuf Yeşil[6], Cahfer Güloğlu[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı
[2]Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[4]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
[5]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[6] Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmanın amacı Türk geriatrik toplumda malnütrisyon prevalansı ve malnütrisyonla ilişkili somatik, psikolojik, fonksiyonel durumları ve yaşam biçimlerini araştırmaktır.

Materyal Method: Çalışmamıza İstanbul, Ankara, Düzce, Çorum, Mardin, Malatya ve Diyarbakır illerinde Ocak 2014 ile Aralık 2014 tarihleri arasında İç Hastalıkları, Geriatri polikliniklerine herhangi bir sebeple başvuran 65 yaş üstü 1030 hasta alındı. Tüm hastalarla bire bir görüşme yoluyla Mini Nutritional Değerlendirme (MND) ve Geriatrik Depresyon Skalası (GDS) testleri yapıldı. Görüşme sırasında hastaların demografik özellikleri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmamızda 1030 hastadan malnütrisyon tespit edilen hasta sayısı 196(%19), malnütrisyon riski olanlar 300(%29.1) idi. Malnütrisyonu olan grup ile olmayan grup arasında ortalama GDS skoru, gelir durumu, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, fonksiyonel status, depresyonlu hasta sayısı ve komorbid hastalık sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Lojistik regresyon analizinde; yaş (OR = 95% CI:1.007-1.056; p=0.012), vücut kitle indeksi (OR =95% CI:0.702-0.796; p<0.001), eğitim durumu (OR = 95% CI:0.359-0.897; p=0.015), komorbidite (OR = 95% CI:2.296-5.448; p<0.001) ve depresyon skoru (OR = 95 % CI:1.104-3.051; p=0.02) malnütrisyonla ilişkili bağımsız prediktörler olarak tespit edildi.

Sonuç: Çalışmamız yaşlı popülasyonda malnütrisyonun bağımsız prediktörlerinin yaş, depresyon,vücut kitle indeksi, komorbidite ve eğitim durumu olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlar ışığında malnütrisyon olasılığı yüksek olan bireylerin tespiti ve tedavilerinin sağlanması fonksiyonel durum, bakım maliyetleri ve prognozda iyileşme sağlayabilir.

Anahtar Kelimler: malnütrisyon, mini nütrisyonal değerlendirme, yaşlılık

PS-273

BİR OLGU İLE UZUN SÜRE AÇLIKTA BESLENME PRENSİPLERİ

Gülçin Güngör Olçum, Selina Kubat, Sema Basat, Elif Ergene, Fidan Canan Çelik Yağan, Satı Sena Yıldız, Hanife Şerife Aktaş, Güven Koç, Fatih Akdoğan

Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Kronik hastalıklar,fiziksel yetersizlik,çiğneme problemleri,sosyal izolasyon ve polifarmasi gibi nedenlerle 65 yaş üstü hastalarda malnütrisyon sık görülmektedir.

Hastaların uzun süreli açlık sırasında yeniden beslenmeye başlanması sürecinde ciddi elektrolit ve metabolik bozuklukların görüldüğü refeeding sendromu gelişebilir.Biz bu olgumuzda uzun süreli açlık görülen hastanın beslenme prensiplerini ve izlem sürecini vurgulamayı amaçladık.

Olgu: Bilinen SVO ve KKY öyküsü olan 77 yaşında bayan hasta, nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurdu.Hasta, alt solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile tedavisi düzenlenerek, dahiliye servisine yatışı yapıldı. Hastanın genel Fizik Muayenesinde ileri derecede kaşektik, dehidrate olduğu gözlendi.Baş boyun muayenesinde: Ağızda, kendisine ait ve takma dişi olmadığı görüldü. KVS muayenesinde tüm odaklarda 2/6 sistolik üfürüm, Kas-eklem muayenesinde ise sol hemipleji mevcuttu.Bunun dışında Fizik Muayenede patoloji saptanmadı.Anemnezde hastanın, uzun süredir yeterince beslenemediği öğrenildi. Hastaya mevcut hastalıkları ve pnömoni nedeniyle tedavisi başlandı. Hastanın Refeeding Sendromu gelişimi açısından risk değerlendirmesinde: 10 gün den uzun süredir beslenmesinde azalma, diüretik kullanımı ve son 6 ayda %10'dan fazla kilo kaybı mevcuttu.Hasta Refeeding açısından riskli grupta kabul edilerek, beslenme planı oluşturuldu. 2/3'ü %5 dekstroz, 1/3'ü salin olmak üzere 30ml/kg sıvı desteği sağlandı. Geliş elektrolitlerinde K:4mmol/L, Na:139mEq/L, fosfor:2,1mg/dL, Ca:9,2mg/dL Mg:1,75mg/dL hastaya 10mg/kg olacak şekilde sodyum gliserofosfat, potasyum sitrat 16mg/gün, magnezyum sitrat 2x300mg verildi. VKİ:20,3 olan hasta ilk 3 gün 10kcal/kg/gün,4-6 günler 20kcal/kg/gün, 7.günden sonra 30kcal/kg/gün olacak şekilde oral beslenme desteğine başlandı. İlk 3 gün 2x2 daha sonra 1x1 (B1(250 mg)+B6(250 mg)+B12(1 mg)) kompleks vitamin tablet başlandı. 25-Oh vitamin D :16ng/mLolan hastaya 50.000 I.U /hafta olacak şekilde vitamin D_3 8 hafta devam edecek şekilde başlandı. Hastanın takiplerinde herhangi bir sorun yaşanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Uzun süre açlık ve beslenememe sonrasında refeeding sendromu önemli sağlık problemlerine ve mortaliteye neden olabilmektedir. Bu nedenle hastalarda,risk değerlendirilmesi yapılarak(Tablo -1),basamaklı beslenme desteğinde bulunulması gerekmektedir(Tablo-2).Hastanın beslenme ihtiyaçlarının belirlenmesinde antropemetrik ölçümlerinin yapılarak enerji ve protein ihtiyaçları belirlenmelidir. Beslenme yöntemi belirlenen hastanın destek tedavisinde sıvı desteği : toplam 20-40ml/kg/gün, üçte ikisi %5 dekstroz, üçte biri salin solüsyonu olacak şekilde ayarlanmalıdır.Hastanın yatışında elektrolit bakılması, gerekirse ortalama 1-4 mmol/kg/gün olmak üzere potasyum, 0,3-0,6 mmol/kg/gün fosfat, 0,2 mmol /kg/gün(yada oral 0,4 mmol/kg/gün) magnezyum replasmanı yapılmalıdır. Hastaya ilk 3 gün 500-1000 mg/gün,daha sonra 200-300 mg/gün olacak şekilde tiamin verilmelidir.Tiamin beslenmeye başlanmadan yaklaşık yarım saat öne başlanmalıdır.Enerji desteği ilk 1-3. Günlerde 10 kcal/kg/gün, 4-6 Günler 15-20 kcal/kg/gün,7-10. Günler 20-30 kcal/kg/gün olacak şekilde devam edilmelidir. Günlük klinik değerlendirme, Haftada iki kez ağırlık takibi,haftada iki kez biyokimya değerlendirmesi ile hasta monitörizasyonu sağlanmalıdır.

Sonuç olarak Beslenme problemi olan hastalarda Refeeding sendromu gelişimi açısından risk değerlendirilmesi ve protokole uygun beslenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimler: Yaşlı, Refeeding Sendromu, Beslenme,

Tablo 1: Refeeding Sendromu Gelişimi Açısından Risk Değerlendirilmesi

Aşağıdakilerden en az birinin varlığında	Aşağıdakilerden en az ikisinin varlığında
• VKİ< 16 kg/m² • 3-6 ay içerisinde >15 kilo kaybı • Son 10 günde hiç beslenmeme yada çok az beslenme • Beslenme öncesi serum potasyum,fosfor ve magnezyum seviyelerinde düşüklük	• VKİ<18,5 kg/m² • 3-6 ay içerisinde > %10 kilo kaybı • Son 5 günde hiç beslenmemeye da çok az beslenme • Alkol kullanım öyküsü • İnsülin,kemoterapi,antiasit veya diüretik kullanım öyküsü

Tablo 2 . Beslenme Desteği Laboratuar Monitörizasyon Protokolü

PARAMETRE	SIKLIK	AMAÇ
Sodyum Potasyum Üre Kreatinin	Başlangıçta Stabil olana kadar günlük Sonrasında haftada 1-2	Sıvı ve elektrolit durumunun değerlendirilmesi Semptom varlığının değerlendirilmesi
Glukoz (şeker hastası değil ise)	Başlangıçta Günde1-2 kez (stabil değil ise ihtiyaca göre arttırılabilir) Sonrasında haftalık	Glukoz intoleransı sık görülmektedir
Magnezyum Fosfat	Başlangıçta Refeeding riski varsa günlük Stabil olana kadar haftada 3 kez Sonrasında haftalık	Eksiklikleri sık gözlenir ancak az tanı konulur
Karaciğer fonksiyon testleri (INR* dahil)	Başlangıçta Stabil olana kadar haftada 2 kez Sonrasında haftalık	Özellikle parenteral beslenme desteği sırasında dikkat edilmelidir
Kalsiyum Albumin	Başlangıçta Sonrasında haftalık	Hipokalsemi ve hiperkalsemiye dikkat edilmelidir
C-reaktif protein	Başlangıçta Sonrasında stabil olana kadar haftada 2-3 kez	Protein, eser element ve vitamin sonuçlarının değerlendirilmesine yardımcıdır
Çinko, bakır	Başlangıçta Sonuçlara göre 2-4 hafta ara ile	Özellikle artmış kayıplarda sık rastlanır
Tam kan sayımı ve MCV**	Başlangıçta Stabil olana kadar haftada1-2 kez Sonrasında haftalık	Demir ve folat eksikliğine bağlı anemi sık gözlenir
Demir,ferritin	Başlangıçta Sonrasında 3-6 ayda bir	Özellikle uzun dönem parentral destekte demir eksikliği sıktır
Folat, B12	Başlangıçta Sonrasında 2-4 haftada bir	Demir eksikliği sıktır

PS-274

GERİATRİK HASTADA WARFARİN DOZAŞIMINDA NADİR BİR ETYOLOJİ OLARAK ÇÖREK OTU YAĞI KULLANIMI

Hasan Çağrı Yıldırım, Ferhat Ekinci, Deniz Yüce Yıldırım, Ahmet Peker, Teoman Çakır, Muhammed Ali Kaypak, Faruk Elyiğit, Elif Gram

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Çörek otu, Ranunculacea (Düğünçiçeğigiller) familyasının Nigella sativa (NS) türü olup, bitki çeşitliliği bakımından oldukça zengin olan ülkemizde siyah tohum, siyah kimyon veya bereket tanesi olarak bilinmektedir. Yapılan çalışmalar çörek otu tohumu ve bileşenlerinin antikanserojenik, antitümöral, antiülserojenik, antibakteriyel, antiinflamatuar ve analjezik, antioksidan, antihipertansif, hipoglisemik bağışıklık sistemini güçlendirici etkilerinin olduğunu göstermektedir. Zayıflama amaçlı kullanımı sonrası gelişen warfarin dozaşımı ile sonuçlanan bir olgu sunmak istedik.

Olgu: 70 yaşında kadın hasta acil servise kanlı idrar nedeniyle başvurmuş. Hastanın bilinen kalp kapak replasmanı ve atriyal fibrilasyon tanıları ile warfarin kullanımı mevcut idi. Hastadan alınan hemogramda; lökosit:6,4 x10^3/Ul, hemoglobin:12,1 mg/dl, trombosit:222000 x10^3/uL, tam idrar tetkikinde lökosit:3+, eritrosit:3+, koagulasyon parametreleri; INR:14,9 PTZ :119 saniye, aPTT:60 saniye olarak sonuçlandı. Biyokimya değerleri ise olağan sınırlarda idi. Warfarin dozaşımına yönelik taze donmuş plazma ve K vitamini replasmanı yapılan hastanın kontrol koagulasyon değerleri güvenli aralığa geriledi. Yakın çevresi tarafından kalp fonksiyonlarına iyi geldiği söylenerek önerilen çörek otu ekstresini hastanın 15 gün boyunca hergün tükettiği öğrenildi. 16 gün önce bakılan INR değerinin 3,28 olduğu görüldü. Warfarin ile etkileşen başka ilaç kullanmayan, diyetine dikkat ettiğini ifade eden hastanın warfarin doz aşımı, kullandığı bitkisel ürüne bağlandı ve kesilmesi önerildi. Poliklinik takibine alındı.

Sonuç: Çörek otu bir çok biyolojik aktivite açısından incelenmiş ve bilimsel olarak da kanıtlanan tıbbi etkilerine rastlanmıştır. Hematolojik olarak da trombosit agregasyonu ile kanın pıhtılaşmasının inhibisyonu vee fibrinolizis aktivitesine katkı sağladığı bulunmuştur. Hatta güçlü bir antikoagulan etkisi olduğu bilinmektedir. Çözünebilir metanol parçasının kan pıhtılaşması ve platelet agregasyonu üzerine kuvvetli bir inhibitör etkisinin olduğu kanıtlanmıştır. Warfarin

ile birlikte kullanıldığında doz aşımına neden olabileceği düşünülmüştür. Geriatrik yaş grubunda ilaç etkileşimleri açısından daha dikkatli olunması gerekmektedir.Literatür taramasında bildirilmiş olgu görülmediği için sunulmuş vakamızı takdim etmek istedik.

Anahtar Kelimler: Warfarin Dozaşımı, Çörek Otu Yağı, Nigella Sativa Oil



Şekil 1.

PS-275

TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PALYATİF DAHİLİYE KLİNİĞİNDE İZLENEN HASTALARIN ANALİZİ

Faruk Elyiğit, Andaç Komaç, Cihangir Türemiş, Elif Gram, Harun Akar

İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Palyatif bakım, dünya sağlık ekibinin tanımına göre yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel ve psikososyal gereksinimlerin karşılanmasıyla; acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmeninamaçlandığı bir yaklaşımdır. Bu çalışmada hastanemiz palyatif bakım iç hastalıkları biriminde izlenen ve tedavi edilen hastaların değerlendirilmesi amaçlandı

Yöntem ve Gereç: Hastanemiz palyatif bakım iç hastalıkları biriminin aktif olarak çalıştığı 12 Haziran 2013-31 Aralık 2015 tarihleri arasında palyatif bakım birimimizde tedavi gören 258 hastanın yatış sebepleri ve yatış süreleri retrospektif olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Hastaların 154(%59,6)'ü kadın, 104 (%40.3)'ü erkek, yaş ortalaması 61,6 idi (19 ile 93 yaş aralığında) Ortalama yatış süresi 9,4 gün olarak tespit edildi. En uzun süre yatan hasta 68 gün kliniğimizde izlenmiş iken 1 günlük yatışlarımız da oldu. Yatış sebepleri tablo-1'de özetlendi. Hastaların 86'sı (%33,3'ü) malignite ve maligniteye bağlı komplikasyonlar sebebi ile takip edildi. Bu hastalarının 38'i kemoterapi, 3'ü radyoterapi almak üzere, 45'i ağrı palyasyonu, destek tedavi, enteral ve paranteral nutrisyon almak üzere yatırıldı. 44(%17) hasta genel dahiliye servisinde yatmakta iken pnömoni, idrar yolu enfeksiyonu, pankreatit gibi sebeplerle başlanmış olan antibiyotik tedavisinin tamamlanması amacıyla palyatif dahiliye servisine devir alındı. 44(%17) hasta diyabete bağlı komplikasyonlar sebebi ile izlendi. Diyabetik hastaların hepsine diyabet eğitimi verildi. Bu hastaların 22'sinde diyabetik ayak için kombine geniş spektrumlu antibiyoterapi, günlük yara pansumanı, 3 hastaya hiperbarik oksijen tedavisi uygulandı. Alzheimer, serebrovasküler hastalık, femur kırığı gibi sebeplere bağlı evde yatağa bağımlı olarak izlenen 20 hasta yatak yarası bakımı, nutrisyon desteği sağlanmak üzere yatırıldı. 7 hasta kronik böbrek yetmezliği hemodiyaliz tedavisi, 12 hasta prerenal böbrek yetmezliği, hiponatremi gibi sebeplerle intravenöz hidrasyon tedavisi almak üzere ve 6 hasta dekompanse kalp yetmezliği, 5 hasta karaciğer sirozu, 2 hasta kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi yaşam kalitesini düşüren kronik hastalıkları sebebi ile yatırılarak tedavileri düzenlendi. 8 hastaya kombine immün yetmezlik sebebi ile intravenöz immünglobulin(IVIG) tedavisi uygulandı, 4 hasta kan ürünü replasmanı, 6 hasta kollajen doku hastalığı sebebi ile immünsüpresif tedavi almak üzere yatırıldı. Palyatif dahiliye kliniğimizde açık olduğu süre boyunca 3 hasta exitus oldu; bu hastaların 2'si malignite, 1'si dekompanse karaciğer sirozu hastası idi.

Anahtar Kelimler: palyatif bakım, tepecik, iç hastalıkları

Tablo 1.

Tanı	Hasta sayısı	Tanı	Hasta sayısı
Malignite(nutrisyon, kemoterapi, vs.)	86	Gastrointestinal hemoraji	2
Enfeksiyon tedavisi	44	IVIG tedavisi	8
Diyabet/diyabet komplikasyonları	44	Kan ürünü replasmanı	4
Yaşlı/ bakım hastaları	20	Kollajen doku hastalığı(immün süpresif tedavi)	6
Böbrek yetmezliği	19	İntravenöz demir tedavisi	8
Kalp yetmezliği	6	B12 eksikliğine bağlı nötropeni	2
Karaciğer sirozu	5	Warfarin doz ayarı	1
KOAH	2	Sürrenal adenom tetkik	1

PS-276

GENEL DAHİLİYE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN GERİATRİK BİREYLERDE EL KAVRAMA GÜCÜ İLE NÜTRİSYONEL DURUM İLİŞKİSİ

Tezcan Kaya, Ahmet Nalbant, Ayfer Altaş, Seyyid Bilal Açıkgöz, Mehmet Yıldırım, Ali Tamer

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği

Giriş-Amaç: Dünya ve ülkemizin nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Yaşlı kişilerde fizyolojik değişiklikler, ek hastalıklar gibi nedenlerle genç yaştakilere göre malnütrisyon daha sık görülmektedir. Malnütrisyon varlığı ise morbidite, mortalite ve hastaneye yatış oranlarında artış ile ilişkilidir. El kavrama gücü üst ekstremite kas gücünün ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Orta ve ileri yaşlarda el kavrama gücünün, yaş ve cinsiyete göre beklenenden az olması kardiyovasküler hastalık, metabolik sendrom, kognitif yetersizlik ve hastaneye yatış oranında artış ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca hastanede yatan hastalarda nütrisyonel durumla ilişkili olduğu da gösterilmiştir. Ülkemizde genel dahiliye polikliniğine başvuran yaşlı bireylerde el kavrama gücü ile nütriyonel durum ilişkisi ile ilgili oldukça az veri mevcuttur. Bu çalışmanın amacı genel dahiliye polikliniğine başvuran geriatrik bireylerde el kavrama gücü ile hastaların nütrisyonel durumlarının ilişkisinin araştırılmasıdır.

Metod: Bu kesitsel çalışmaya hastanemiz genel dahiliye polikliniğine başvuran 65 yaş üzeri 67 hasta alındı. Malignite, enfeksiyon ve ciddi kronik hastalığı olanlar alınmadı. Hastaların klinik, demografik ve laboratuar verileri kaydedildi. Beslenme durumu için tarama testi olarak mini nütrisyon değerlendirme formu (MNA) kullanıldı. Bu formda iştah durumu, kullanılan ilaç sayısı, kilo kaybı olup olmadığı, yemek yeme şekli, mobilite durumu, kol çevresi, son üç ay içinde psikolojik stres ya da akut bir hastalıktan şikayetçi olup olmadığı, baldır çevresi, tüketilen sıvı miktarı, demans ve/veya depresyon olup olmadığı, vücut kitle indeksi (VKİ) sorgulanmaktadır. MNA toplam puanına göre 17 puandan düşük olması malnütrisyon, 17-23,5 puan malnütrisyon riski altında, 24-30 puan ise normal beslenme durumu olduğunu gösterir. El kavrama gücü, Jamar hidrolik el dinamometresi kullanılarak yapıldı. Hastanın dominant elinden üç kez ölçüm alınarak en yüksek sonuç kaydedildi. Malnütrisyonu olan ve olmayan hastaların el kavrama gücü ve diğer parametreleri kıyaslandı. Nütrisyonel durum ile el kavrama gücü ilişkisi değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların klinik, demografik ve laboratuar değerleri nütrisyonel durumlarına göre tablo 1'de gösterildi. MNA puanı ile el kavrama gücü arasında anlamlı pozitif korelasyon bulundu ($r = 0,302$, $P = 0,015$).

Tartışma ve Sonuç: Çalışma sonuçlarımız dahiliye polikliniğine başvuran geriatrik bireylerde el kavrama gücü ile hastaların nütrisyonel durumunun ilişkili olduğunu göstermiştir. El kavrama gücü ölçümünün; uygulaması kolay, noninvaziv, basit, zaman almayan, hemen değerlendirilebilen sonuç veren bir yöntem olması nedeniyle, geriatrik hasta bakılan tüm dahiliye polikliniklerinde nütrisyonel durum muayenesinin bir bölümü olarak kullanılması faydalı olabilir.

Anahtar Kelimler: El kavrama gücü, Geriatrik, Malnütrisyon,

Tablo 1. Hastaların nütrisyonel durumuna göre klinik, demografik ve laboratuar verileri.

Değişken	Tüm Hastalar (n: 67)	Malnütrisyon ve/ veya riski (n: 37)	Normal nütrisyon (n: 30)	P değeri
Kadın/Erkek	44/23	26/11	17/13	0,253
Yaş (yıl)	73,7± 6,1	74,9 ± 6	72,2 ± 6	0,068
Diyabet, n (%)	42 (62,6)	11 (29,7)	4 (13,3)	0,114
HT, n (%)	42 (62,6)	25 (67,5)	17 (56,6)	0,368
KAH, n (%)	10 (14,9)	8 (21,6)	2 (6,6)	0,91
MNA puanı	22,8± 2,9	20,6 ± 2	25,5 ± 1,2	<0,001
El sıkma gücü (kg)	20,3 ± 6,4	18,4 ± 5,1	22,4 ± 6,5	0,016
Hemoglobin (gr/dL)	12,7 ± 1,4	12,4 ± 1,4	13,3 ± 1,2	0,024
Kreatinin (mg/dL)	0,8 ± 0,2	0,9 ± 0,3	0,8 ± 0,2	0,162
Albumin (gr/L)	4,2 ± 0,3	4,1 ± 0,3	4,2 ± 0,2	0,188
Total Kolesterol (mg/dL)	207 ± 43	202 ± 42	210 ± 43	0,441
VKİ (kg/m^2)	29,2 ± 5,8	27,9 ± 5,9	30,7 ± 5,5	0,033
Kilo (kg)	70,1 ± 14,4	64,6 ± 13,2	76,5 ± 13,7	0,001
Boy (cm)	155 ± 8,7	152 ± 8,1	158 ± 8,9	0,007

PS-277

İYATROJENİK HİPERKALSEMİ OLGU SUNUMU

Seydahmet Akın, Arzu Cennet Işık, Nihal Yılmaz, Abidin Gündoğdu, Nazire Aladağ, Özcan Keskin, Mehmet Aliustaoğlu

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi iç hastalıkları kliniği

Hiperkalsemi hayatı tehtid eden bir bozukluktur. En sık primer hiperparatiroidizm ve maligniteye bağlı olarak gelişir. Paratiroid hormon yükselmiş ise primer hiperparatiroidizm, baskılanmışsa maligniteye bağlı hiperkalsemi düşünülür. Şiddetli hiperkalsemide tedavisinde intravenöz hidrasyon, kalsitonin, steroid, furasemid, bifosfonadlar ve gerekirse hemodiyaliz uygulanır.D vitamini başta olmak üzere antirezorbtif tedavilerin birlikte veya yüksek doz kullanımının hiperkalsemiye yol açabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Olgu: 66 yaşında bayan hasta başağrısı, kabızlık,halsizlik ve çok su içme yakınmasıyla acil servise başvurmuş.Şuur açık, hafif dehidratasyon bulguları dışında fizik muayene normal bulunan hastanın ilk tetkiklerinde Ca++ 15mg/dl, kreatinin 3mg/dl, Hb:10gr/dl, sedimantasyon 60/saat bulundu. Soygeçmişinde hipertansiyon ve tip 2 diyabet mevcut olan hasta bazal insülin, aspirin ve kanderartan kullanmaktaymış.Malign hiperkalsemi düşünülerek hidrasyon, furasemid ve steroid başlanan hasta ileri tetkik için yatırıldı. Parathormon 10pg/ml (12-95)düşük, D vitamini 34 ng/mml (10-60) bulunarak hiperparatiroidizm ekarte edildi. Hastanın değerlendirilmesinde başta kemik metastazı olmaz üzere malignite bulgusuna rastlanmadı. Multipl myelom saptanmadı.Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde son bir ay içinde oral kalsiyum praperatı almaya başladığı ve hipertansiyon tedavisine indapamid içeren ikinci bir tansiyon ilacı eklendiği öğrenildi. Serum kalsiyum seviyeleri hızla normale dönen hasta nefroloji poliklinik takibiyle taburcu edildi.

Tartışma: Böbrek rezervi sınırlı hastalarda D vitamini ve tiyazid diüretik kullanımının hızlı bir şekilde hiperkalsemi yapabileceği, bu durumun da ciddi medikal sonuçlara yol açabileceği akıllda tutulmalıdır. Geriatrik hastalarda ve nefropatisi olanlarda ilaç kullanımı ve doz ayarlaması çok önemlidir.Hiperkalsemiklerde ileri tetkiklere başlamadan önce ilaç anamnezi alınması gereksiz tetkikleri önleyebilir.

Anahtar Kelimler: hiperkalsemi, d vitamini, intoksikasyon

PS-278

İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARDA ANEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aylia Yeşilova[1], Zehra Kara[2], Hakan Yavuzer[2], Mahir Cengiz[2], Serap Yavuzer[2]

[1]S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Anemi yaşlanmayla birlikte sıklığı artan, morbidite ve mortaliteyi arttıran bir durumdur. Anemi sebebiyle tetkik edilen hastaların çoğunluğunda saptanan demir eksikliği anemisi ileri yaşta da sık görülmektedir. Bu çalışmada anemi nedeniyle takip edilen hastalarda, anemi nedenlerini araştırmayı ve geriatrik yaş grubundaki farklılıkları ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya, Ocak 2013 ile Aralık 2014 arasında Biga Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları servisinde anemi nedeniyle yatırılan, tetkik ve tedavi edilen hastalar alındı. Hastaların komorbiditeleri, kullandığı ilaçları ve anemi etyolojisi açısından klinik ve laboratuvar verileri değerlendirildi. Hastalar 60 yaş üstü (grup 1) ve altı (grup 2) olmak üzere 2 grupta incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 123'ü (%56,9) kadın, 93'ü (%43,1) erkek olmak üzere 216 hasta alındı. Hastaların demografik ve laboratuvar özellikleri Tablo'da gösterildi. Hastaların 150 (%69,4)'si poliklinikten (60y üstü/60y altı, 113/37), 66 (%30,6)'sı acil servisten yatırılmıştı (60y üstü/60y altı, 55/11).

Hastaların 78 (%36,1)'inde kronik hastalık anemisi, 13 (%6)'ünde kemik iliği (Kİ) infiltrasyonuna ve 5 (%2,3)'inde kemoterapiye bağlı Kİ yetersizliği, 7 (%3,2)'sinde besinsel eksiklik, 6 (%2,8)'sında B_{12} eksikliği, 4 (%1,9)'ünde β Talasemi, 1 (%0,5)'inde hemolitik anemi, 1(%0,5)'inde gastrektomi, 2 (%0,9)'sinde çölyak hastalığı saptandı.

Hastaların 47 (%21,8)'sinde kronik kanamaya bağlı demir eksikliği ve 49 (%22,7)'unda aktif gastrointestinal (GİS) kanama saptandı. Aktif kanamalı hastaların 17'si NSAİİ ve 8'i antikoagülan kullanıyordu. 2 (%0,9)'sinde özofagus varisi, 11 (%5)'inde peptik ülser, 2 (%0,9)'sinde divertikül/anjiodisplazi, 1 (%0,5)'inde mezenter iskemi, 4 (%1,9)'ünde malignite, 1 (%0,5)'inde alt GİS kanama saptandı. 3 (%1,4) hastada kanama odağı tespit edilemedi.

Hastaların 32 (%14,8)'sinde malignite; 4'ü akciğer ca, 9'u kolon ca, 1'i meme ca, 1'i prostat ca, 5'i mide ca, 2'i hematolojik malignite, 2'si jinekolojik malignite, 3'ü pankreas ca, 1'i safra kesesi ve yolları ca, 1'i larinks ca, 1'i beyin ca, 2'sinde mesane ca öyküsü mevcuttu. Malignitesi olanların 17'si eski tanılı ve 15'i yeni tanı alan hastalardı. Tüm hastaların sadece 23'ünde (%10,6) anemi nedeni belirlenemedi.

Gruplar arasında GİS kanama nedeni, önceden ve ya yeni tanı malignite açısından, aktif GİS kanama, kemoterapi, malabsorbsiyon durumları, kronik hastalık anemisi, B_{12} eksikliği ve hemolitik anemi açısından fark yoktu. Kronik kanamaya bağlı demir eksikliği anemisi grup 1'de %17,9 iken grup 2'de %35,4'tü (p=0,009) Kemik iliği infiltrasyonuna bağlı Kİ yetersizliği 60 yaş üstünde %7,7 saptanırken 60 yaş altı grupta saptanmadı (p=0,04).

Sonuç: En sık anemi nedeni literatürle uyumlu olarak kronik hastalık anemisi olarak bulundu. Komorbiditelerin sıklığı ve GİS fizyolojisindeki değişiklikler sebebiyle yaşlı populasyonda GİS kanama riski artmasına rağmen çalışmamızda kronik kanamaya bağlı demir eksikliği anemisini, yaşlılar da genç popülasyona göre daha seyrek gördük. Fakat yaşlılarda GİS kanama sebebiyle yatırılanların yatış sürelerinin uzadığını saptadık. Kemik iliği infiltrasyonuna bağlı gelişen anemi gençlere göre yaşlılarda daha sık saptandı. Bu durum yaşa bağlı Kİ'nde yapısal değişiklikler, kök hücrelerinin sayısının azalması ve growth faktörlerdeki azalmaya bağlı rezervin azalmasıyla ilişkilendirildi.

Anahtar Kelimler: Anemi, Yaşlı

Table 1. Grupların demografik ve laboratuvar özellikleri

	Grup 1 (>60 yaş)	Grup 2 (<60 yaş)	p
Hasta Sayısı (n,%)	168 (%22,8)	48 (%77,8)	-
Yaş	76±7,6	42±12	<0,001
Cinsiyet (K/E)	84/84	39/9	-
Yattığı Gün	5,6±4	4,3±2,8	0,03
Hemoglobin (g/dl)	9,3±2	8,9±1,7	0,21
MCV (fl)	85,3±11,6	79,5±12	0,003
Trombosit (10^3 mm^3)	281 ±120	320±133	0,058
Lökosit (mm^3)	6100±3200	8300±4200	0,59
Üre (mg/dl)	58±39	37±25	0,002
Kreatinin (mg/dl)	1,2±0,5	0,9±0,4	0,02
Vitamin B12 (pmol/ l)	306±56	310±45	0,56

PS-279

ALZHEİMER MODELİ GELİŞTİRİLMİŞ SIÇANLARDA ERİTROPOETİNİN KOGNİTİF FONKSİYONLARI DÜZELTİCİ ETKİSİNİN GÖSTERİLMESİ

Oytun Erbaş[1], Volkan Solmaz[1], Gürkan Yiğittürk[1]

[1]Bilim Uni. Tıp Fak.
[2]Turhal Devlet Hastanesi
[3]Ege Uni. Tıp Fak.

Amaç: Alzheimer toplumda en sık görülen dejeneratif beyin hastalığıdır. Özellikle, amiloid plak, inflamasyon, insülin azalması ve nöron ölümüyle gidişat gösterir. Eritropoietin (EPO), özellikle kemik iliğinde etki gösteren ancak farklı dokularda da büyüme faktörü reseptörleri üzerinden etkileri olan bir büyüme hormonudur. Bu çalışmanın amacı Alzheimer modelinde sistemik EPO uygulanmasının beyin üzerindeki etkilerini davranışsal, histolojik, olarak göstermektir.

Materyel Metod: 24 adet erkek Sprague-Dawley erişkin sıçan çalışmaya alındı. 12 sıçana streptozosin (STZ) 3 mg/kg dozunda %0.9'luk NaCl için de çözülüp her iki lateral ventriküle toplam 5 μl olacak şekilde intraserebroventriküler (ICV) uygulandı. 6 sıçan Sham grubu olarak çalışmaya alındı. Her iki lateral ventriküle ICV %0.9 NaCl uygulandı. 6 sıçan normal olarak çalışmaya alındı, herhangi bir cerrahi işlem uygulanmadı. STZ uygulanan Alzheimer modeli geliştirilen sıçanlar iki gruba ayrıldı. Bir gruba tedavi olarak 15 gün süreyle 5000 IU/kg/gün EPO, diğer gruba ise placebo olarak %0.9 NaCl 1ml/kg i.p. uygulandı. Tüm gruplara 16. günde pasif sakınma (PAL) testi yapıldı. Bu test için iki bölmeli kutunun aydınlık bölmesine sıçan yerleştirildi; 10 saniye alışma süresinden sonra aydınlık ve karanlık bölme arasındaki kapı açıldı. Daha sonra kapı kapatılarak karanlık bölmede elektrik şoku uygulandı. 24 saat geçtikten sonra hayvanlar kafeslerine geri koyuldu. 24 saat sonra tekrar aydınlık bölgeye konan hayvanların karanlık bölgeye geçme süreleri (latans) değerlendirildi. Ardından sıçanlar sakrifiye edilerek beyin dokuları çıkarıldı. Nissl boyasıyla boyanarak hipokampus CA1, CA3 nöron sayıları incelendi. Beyinde kolinasetiltransferaz seviyeleri ölçüldü.

Sonuçlar: ICV STZ verilerek Alzheimer modeli geliştirilen ve placebo NaCl alan sıçanlarda latans süresinin normal ve Sham grubuna göre kısaldığı, hipokampus CA1 ve CA3 incelendiğinde nöron sayısının ve kolinasetiltransferaz düzeyinin azaldığı gözlendi. ($p<0.000$). EPO tedavisi alan sıçanlarda placebo gruba göre anlamlı latans uzaması ve hipokampus CA1 ve CA3 nöron sayısında ve kolinasetiltransferaz düzeyinde artma izlendi. ($p<0.05$).

Tartışma: EPO, STZ alan sıçanlarda CA1 ve CA3 nöron sayısında, kolinasetiltransferaz düzeyinde placebo gruba göre artışa ve bellek fonksiyonlarında düzelmeye neden olmuştur. EPO, Alzheimer modelinde nöroprotektif etkiler göstermiştir. EPO'nun muhtemel etkisi büyüme faktörü ve ilişkili hücre içi sinyal yolaklarını etkileyerek oluşuyor olabilir. Çalışmanın devam eden kısmında bu yollar açıklanmaya çalışılacaktır.

Anahtar Kelimler: Alzheimer, ICV STZ, pasif avoiding learning, EPO, CA1, CA3

PS-280

GERİATRİ POLİKLİNİĞİNDEN TAKİPLİ HASTALARDA TİROİD HASTALIKLARININ İNCELENMESİ

Suna Avcı[1], Hakan Yavuzer[1], Mahir Cengiz[2], Filiz Demirdağ[1], Zehra Kara[1], Mehmet Yürüyen[1], Serap Yavuzer[2], Alper Döventaş[1], Deniz Suna Erdinçler[1]

[1]İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Tiroid bezi hastalıkları yaşlılarda en sık görülen endokrinolojik hastalıklardandır. Yaşlılarda hipotiroidi ve hipertiroidi atipik veya nonspesifik semptomlarla ortaya çıkabildiğinden ve yaşlılıkta normalde görülen bazı semptomlarla benzerlik gösterebildiğinden kolaylıkla gözden kaçabilmektedir. Çalışmamızda Geriatri Polikliniğinden takipli hastalarda tiroid hastalıklarının özelliklerini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmada 2009- 2014 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geriatri polikliğinden takipli 1020 hasta dosyası geriye dönük olarak incelendi. Hastaların 196'sında tiroid fonksiyon bozukluğuna rastlandı. Bu hastaların yaş, cinsiyet, tiroid hastalığı tanı zamanı, tiroid fonksiyon testleri, tiroid ile ilgili operasyon durumları ve ek hastalıkları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan olguların 28'i erkek (%14,3), 168'i kadın (%85,7) idi. Tüm hastaların yaşları 50 ile 94 arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması 69,9 ± 8 yıl, erkeklerin 68,1 ± 6,9, kadınların 70 ± 8,2 yıldı.

Hastaların 128'i (%65,3) hipotiroidi, 43'ü (%21,9) multinoduler guatr (MNG), 18'i (%9,2) hipertiroidi, 3'ü (%1,5) ise tiroid kanseri olarak saptandı. Hastaların 173'ü (%88) başvuru anında tanı almış ve 23'üne (%12) takip sırasında tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı konulmuştu. Bütün hastaların 47'si (%24) opere olmuştu. Opere olan hastaların 11'i (% 23,4) 65 yaş altında iken, 36'sı (%76,5) 65 yaş ve üstü hastalardı.

Hastaların başvuru anında TSH ortalaması 6,99 ±18 mIU/L (min/max: 0/123), serbest T4 ortalaması 1,49 ± 1,8 mIU/L (min/max: 0/18), serbest T3 ortalaması 2,49 ± 0,9 mIU/L (min/max:0/5) olarak bulundu.

Hastalar 65 yaş altı ve üstü olarak incelendiğinde başvuru sırasındaki tiroid fonksiyon testleri ve hastalık yılı açısından anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 1). Tiroid hastalıklarının dağılımına bakıldığında 65 yaş altı ve üstü grupta en sık hipotiroidiye rastlandı. Bunu her iki grupta MNG ve hipertiroidi izlemekteydi (Tablo 2).

Herhangi bir tiroid fonksiyon bozukluğu olan hastalığa eşlik eden ek hastalıklar incelendiğinde hastaların %70'inde hipertansiyon, %31'inde tip 2 diyabetes mellitus, %28'inde osteoporoz, %24'ünde dislipidemi, %9'unda iskemik kalp hastalığı, %11'inde depresyon ve % 5'inde Alzheimer Hastalığı tespit edildi.

Sonuç: Yaşlı hastalarda hipotiroidi, tiroid fonksiyon bozuklukları içerisinde en sık görüleni olup her yaş grubunda kadınlarda daha sıktır. Çalışmamızda Geriatri Polikliniğinden takipli hastaların büyük kısmının literatürle uyumlu olarak hipotiroidi (%65,3) olguları ve kadın (%85,7) hastalar olduğu saptandı. Tiroid hastalıklarının, geriatrik yaş grubunda sık görülmesi ve eşlik eden ek komorbit hastalıklarının fazlalığı nedeniyle yaşlı hastalarda tiroid fonksiyon testlerinin yakından ve düzenli takip edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimler: Geriatri, tiroid hastalıkları, hipotiroidi

Tablo 1. Hastaların demografik ve laboratuvar özellikleri

	< 65 yaş (n:50)	> 65 yaş (n:146)	P değeri
Yaş	60,2±3,4	73,3±6,4	<0,001
Cinsiyet (K/E) (n,%)	44/6 (% 88/12)	124/22 (%85/15)	
Hastalık süresi (yıl)	17,2±8,8	17,3±11	0,97
TSH (mIU/L)	7,6±21,7	6,7±16,8	0,82
Serbest T4 (mIU/L)	1,9±3,2	1,3±1	0,21
Serbest T3 (mIU/L)	2,6±0,9	2,4±0,9	2,4±0,9

Tablo 2. Hastaların tiroid hastalıklarının dağılımı

	< 65 yaş (n,%)	>65 yaş (n,%)
Hipotiroidi	35(%70)	93(%63,7)
Hipertiroidi	3(%6)	15(%10)
MNG	9(%18)	34(%23)
Tiroid Malinitesi	2(%4)	1(%7)
Toplam	49	143

PS-281

YENİ KURULAN BİR PALYATİF BAKIM MERKEZİNDE İLK DENEYİMLERİMİZ

Tolgahan Sevimli[1], Hakan Koçoğlu[1], Yıldız Okuturlar[1], Yeliz Tekmen[1], Deniz Yılmaz[1], Serkan Enki[2], Sogol Sadri[2], Mehmet Hurşitoğlu[2], Özlem Harmankaya[2], Abdulbaki Kumbasar[2]

[1]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Palyatif Bakım Merkezi, İstanbul ; Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Palyatif bakım görece yeni bir kavram olması ve bu konuda henüz pek az Türkçe yayın bulunması nedeniyle konuyla ilgilenen pek çok kişi bugün bu konuda yeteri kadar bilgi sahibi olamamaktadır. Tanım olarak palyatif bakım "yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşımdır". Bu çalışmamızda hastanemizde Mayıs ayı içerisinde açılan ve iç hastalıkları kliniğine bağlı Palyatif Bakım Birimimizde oluşan ilk deneyimlerimizi ve verilerimizi paylaştık.

Metod: Çalışmamızda 2015 yılı Mayıs- Ağustos ayları içerisinde palyatif bakım birimimize yatırılan toplam 42 hastanın retrospektif olarak verilerini inceledik. Hastalara ait yaş, cinsiyet, yatış süresi, tanı, beslenme şekli, dekübit yara mevcudiyeti, mobilizasyon durumu, mortalite ve mini nutrisyon değerlendirme (MNA) sonuçları kaydedildi.

Bulgular: Birimimize kabul edilen toplam 42 hastanın %47,6'sı erkek (n=20), %52,4'ü kadın (n=22) idi. Hastaların ortalama yaşı 75,3 yıl, ortalama yatış süresi 8 gün idi. Hastaların tümünde MNA testine göre orta-ağır malnütrisyon saptandı. Hastaların en sık yatış tanısı kanser (%50), en sık beslenme

durumu oral ve parenteral (her ikisi için %38,1) idi. Hastaların %71,4'ünde dekübit yarası mevcut değilken, %85,7'si yatağa bağımlı durumdaydı. Birime kabul edilen hastaların %26,2' si (n=11) eksitus oldu (Tablo 1). Cinsiyete göre mortalite oranı benzer olarak saptandı (erkek=%25, kadın=%27,3). En yüksek mortalite hızı kalp yetmezliği hastalarında saptanırken, en sık mortalitede kanser hastalarında saptandı (%33,3). Nazogastrik-Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) beslenen hastalarda mortalite oranı diğer beslenme şekillerine göre daha fazla idi (%50) (Tablo 2).

Sonuç: Palyatif bakım daha fazla terminal dönem kanser hastaları ile özdeşleşmiş gibi algılansa da kliniğimizde kanser dışında ileri evre kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalık ve demans tanılı hastalarda yatmaktadır. Palyatif bakım kavramının ülkemizde yeni olmasından dolayı sağlık çalışanlarında hangi hastalara palyatif bakım hizmeti verilmesi gerekliliği tam olarak bilinmemektedir. Ayrıca palyatif bakım multi-disipliner ve organize bir yaklaşım gerektirmekte olup hastanemizde bu konuda da eksiklikler mevcuttur. Bizim ve dolayısıyla diğer sağlık çalışanlarının bu konuda bilgi ve deneyimi arttıkça daha organize, daha doğru endikasyonla daha nitelikli palyatif bakım hizmeti verileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimler: palyatif bakım, geriatri, mortalite, malnütrisyon,

Tablo 1.		
	n	**%**
Toplam hasta	42	
Erkek	20	47.6
Kadın	22	52.4
Ortalama Yaş (yıl)	75.3	
Ortalama Yatış Süresi (gün)	8	
TANILAR		
Kanser	21	50.0
Serebrovaskuler Hastalık	9	21.4
Demans (alzheimer, vs)	8	19.0
Kalp Yetmezliği	4	9.5
BESLENME ŞEKLİ		
Oral	16	38.1
Nazogastrik-Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG)	10	23.8
Parenteral	16	38.1
DEKÜBİT YARALARI		
Var	12	28.6
Yok	30	71.4
MOBİLİZASYON DURUMU		
Mobil	6	14.3
Yatağa Bağımlı	36	85.7
TIBBİ SEYİR		
Taburcu	21	50.0
Eksitus	11	26.2
Diğer (yoğun bakım, servis)	10	23.8

Tablo 2. Palyatif Bakım Birimine yatırılan hastaların mortalite oranları

	Toplam Hasta	**Eksitus**	
Ortalama Yaş (yıl)	75.3	75.45	
Ortalama Yatış Süresi (gün)	8	12	
CİNSİYET	n	n	%
Erkek	20	5	25
Kadın	22	6	27,3
TANI			
Kanser	21	7	33,3
Serebrovaskuler Hastalık	9	2	22,2
Demans (alzheimer, vs)	8	0	0
Kalp Yetmezliği	4	2	50
BESLENME ŞEKLİ			
Oral	16	2	12,5
Nazogastrik-Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG)	10	5	50
Parenteral	16	4	25

PS-282

YAŞLI BİR HASTADA ERTAPENEME BAĞLI GELİŞEN EPİLEPTİK NÖBET

Ali Kılınç, Şeref Demirbaş, Adem Aydın, Erol Arslan, Kenan Sağlam

İç Hastalıkları Bilim Dalı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, Türkiye.

Giriş: Antibiyotikler ilaca bağlı nöbetelerde en sık karşılaşılan ajanlardır. Gama amino butirik asitle yapısal benzerlikler gösteren, beta-laktam halkasını içeren beta laktam grubu antibiyotikler yüksek epileptik potansiyele sahiptirler. Bir alt grup olarak karbapenemler daha az olmak üzere benzer etkilere sahiptirler. Literatürde imipenem-cilastatin kombinasyonu kullanımı ile ilişkili olgular bildirilmişse de ertapenem kullanımı sonrası gelişen birkaç vaka tanımlanmıştır. Bu hastaların neredeyse tamamında altta yatan böbrek yetmezliği veya merkezi sinir sistemi bozuklukları bulunmaktadır. Burada demans ile takip edilen yaşlı bir hastada ertapenem ile ilişkili epileptik nöbet tanımlanmıştır.

Olgu: Demans, hipotiroidizm, diyabet, hipertansiyon tanıları ile takip edilen 86 yaşındaki kadın hasta; ateş, şuur durum değişikliği ile hastaneye başvurdu. Fizik muayenede; şuur laterjikti, presakral ve sol topukta evre 2 dekübitis ülseri gözlendi. Laboratuvar incelemesinde; BK: 15,400 mm^3, CRP: 140 mg/dl ve piyüri saptandı. İdrar kültüründe ESBL(+) E.coli üreyen hastaya günlük 1 gr dozunda ertapenem başlandı. Tedaviyle birlikte şuur durumunda iyileşme gözlendi. Enfeksiyon belirteçlerinde düşmeye karşın, tedavinin 3. günde uykuya meyil gerçekleşen hastaya olası SSS patolojilerini dışlamak amacı ile EEG ve beyin BT uygulandı. EEG ile anormal non-konvülziv genaralize epilepsi doğrulandı. Ertapenem amikasin ile değiştirildi. Tedaviye valproik asit eklenen ve 10 günlük takip boyunca nöbet gözlenmeyen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Literatürde ertapenem ilişkili nöbet gözlenen sadece birkaç olgu tanımlanmıştır. Biri hariç, diğer tüm hastalarda altta yatan merkezi sinir sistemi bozuklukları ve böbrek yetmezliği bulunmaktadır. Araştırmamıza göre olgumuz hafif renal yetmezliği (e-GFR:73,4/ml/dk/1,73) olan renal doz ayarı gerekmeyen demanslı bir olguda ertapenem ilişkili tanımlanan ilk vakadır. Hemen hemen normal böbrek fonksiyonu olan hastalarda dahi ertapenem tarafından tetiklenen epileptik nöbetlerin olabileceğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimler: Ertapenem, epileptik nöbet.

PS-283

NSAİ İLAÇLARA BAĞLI ÜST GASTROİNTESTİNAL KANAMA RİSKİNİN ERİŞKİN VE GERİATRİK HASTALARDA KARŞILAŞTIRILMASI

Hakan Koçoğlu[1], Başak Oğuz[2], Yıldız Okuturlar[1], Zeynep Fetullahoğlu[1], Mehmet Hurşitoğlu[1], Özlem Harmankaya[1], Yüksel Altuntaş[3], Abdulbaki Kumbasar[1]

[1]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Florance Nightingale Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[3]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, İstanbul

Giriş: Genel yaş ortalamasının artmasıyla yaşlı sayısının toplam nüfusa oranının arttığı gözlenmektedir. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2014 verilerine göre ülkemizdeki 65 yaş üzeri nüfus %8'dir. Yaşlı nüfusun acil servise başvuru nedenleri arasında kanama önemli bir yer tutmaktadır. Non-steroid antiinflamatuar ilaçların (NSAİİ) üst gastrointestinal kanama (üGİK) riskini genç ve geriatrik popülasyonda artırdığı bilinmektedir. Çalışmamızda genç ve geriatrik hastalarda NSAİİ lara bağlı üGİK riskini karşılaştırdık.

Metod: Bu çalışmada, acil servise 3 yıl içinde başvurup üst GİS kanama tanısı ile yatırılan 524 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara ait dosyalar incelenerek hastaların cinsiyeti, yaşı, mortalite oranları, ek hastalık varlığı ve ek hastalık sayısı, ilaç kullanım öyküsü, yatış süresi, eritrosit transfüzyon sayısı ile ilgili bilgiler kaydedildi. Elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: Genç hastaların %77,1'i erkek, %22,9'u kadın hasta iken; geriatrik hastaların (>65 yaş) %53,6'sı erkek, %46,4'ü kadın hasta idi. Erkek hasta sayısı çalışmamızda anlamlı derecede fazla idi (p=0.0001). Genç hastalarda ortalama yaş 42,83 ± 13,9 yıl iken geriatrik hastalarda 77,59 ± 7,70 yıl idi (p=0.0001). Genç hastalarda ortalama yatış gün süresi 5.59 ± 3.89 iken geriatrik hastalarda 7,8 ± 6,23 saptandı (p=0.0001). Genç hastalara ortalama 1,91 ± 2,17 eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapılmışken geriatrik hastalara 2,72 ± 2,30 ünite transfüzyon yapılmıştı. Genç hastaların %40,7'sinde en az bir veya daha fazla ek hastalık mevcut iken geriatrik hastaların %87,2'sinde ek hastalık mevcuttu. Ortalama ek hastalık sayıları genç hastalarda 0.65 ± 0.95 iken geriatrik hastalarda 1.83 ± 1.30 idi (p=0.0001). Geriatrik hastalarda mortalite anlamlı derecede fazla saptandı (p=0.0001). Yaşlı ve genç hastalar arasında akut NSAİİ kullanımı (%23,5 ve %28,4) ve kronik asetilsalisilik asit (ASA) kullanımı

(%19 ve %13) açısından fark saptanmadı (p=0,225 ve p=0,071). Ayrıca akut NSAİİ kullanan yaşlı ve genç hastalar arasında mortalite oranında ve kronik ASA kullanan yaşlı ve genç hastalar arasında mortalite oranında anlamlı fark saptanmadı (p=0,250 ve p=0,524). Yaşlı ve genç hastalar arasında warfarin kullanımı (%16,2 ve %4,3) açısından anlamlı fark saptandı (p=0,0001) (Tablo 1 ve 2).

Sonuç: NSAİİ kullanan yaşlı ve genç popülasyonda üst gastrointestinal kanama riskinin arttığı bilinmekle birlikte bu ilaçların geriatrik popülasyonda gençlere göre daha fazla kanamaya neden olup olmadığı ile ilgili literatürde veri bulunmamaktadır. Çalışmamıza 3 yıl içinde acile başvuran tüm üGİK tanılı hastalar dahil edilmiş ve çalışma sonucunda NSAİİ ve ASA kullananlarda ileri yaşın üGİK açısından ek bir risk faktörü olmadığını fakat warfarine bağlı anlamlı bir risk artışı olduğu gösterilmiştir. Ayrıca NSAİİ ve ASA kullanan genç ve yaşlı popülasyon açısından üGİK'e bağlı mortalitede de ek bir artışın olmadığını saptadık. Sonuç olarak NSAİİ ve ASA yaşlılarda gençlerde olduğu kadar üGİK'e neden olmaktadır ve bu nedenle üGİK riski göz önüne alındığında bu ilaçların geriatrik hastalarda gençlerde olduğu kadar güvenle kullanılabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimler: geriatri, üst gastrointestinal kanama, non-steroid antiinflamatuar ilaç

Tablo 1.

		Genç Hastalar (n=345)			Yaşlı Hastalar (n=179)		
	Ortalama	Minimum	Maximum	Ortalama	Minimum	Maximum	p
Yaş (yıl)	42,83 ± 13,9	16	64	77,59 ± 7,70	65	97	0.0001
Yatış süresi (gün)	5.59 ± 3.89	1	33	7.8 ± 6.23	1	39	0.0001
Eritrosit Süspansiyonu transfüzyonu (ünite)	1.91 ± 2.17	0	12	2.72 ± 2.30	0	15	0.0001
Ek hastalık sayısı	0.65 ± 0.95	0	4	1.83 ± 1.30	0	6	0.0001

Tablo 2. Erişkin ve Geriatrik Hastaların cinsiyet, tıbbi seyir, mortalite, ek hastalık mevcudiyeti, ASA ve NSAİİ kullanımı açısından karşılaştırılması

	Genç Hasta		Yaşlı Hasta	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Erkek	266	77.1	96	53.6
Kadın	79	22.9	83	46.4
Tıbbi Seyir				
Eksitus	7	2.0	18	10.1
Taburcu	338	98.0	161	89.9
p = 0.0001				
Ek Hastalık Mevcudiyeti				
Var	204	40.7	23	87.2
Yok	140	59.3	156	12.8
p = 0.0001				
ASA kullanımı				
Var	45	13.0	34	19.0
Yok	300	87.0	145	81.0
p = 0.071				
NSAİİ kullanımı				
Var	98	28.4	42	23.5
Yok	247	71.6	137	76.5
p = 0.225				
ASA kullananlarda mortalite oranı				
ASA kullanmayanlarda mortalite	7	100.0	15	83.3
ASA kullananlarda mortalite	0	.0	3	16.7
p = 0.250				
NSAİİ kullananlarda mortalite oranı				
NSAİİ kullanmayanlarda mortalite	7	100.0	17	94.4
NSAİİ kullananlarda mortalite	0	.0	1	5.6
p = 0.524				

PS-284

DARFUR'DA, SAHRA ALTI TROPİK AFRİKA'DAKİ TÜRK HASTANESİ'NDE BİR TÜBERKÜLOZ OLGUSU

Alparslan Merdin[1], Fatma Avcı Merdin[2]

[1]Nyala Sudan-Turkey Training and Research Hospital, Nyala,Darfur,Sudan
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabiliim Dalı, Antalya, Turkiye

Giriş: Dünyada yaklaşık 2 milyar kişinin tüberkülozla enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Özellikle de Sahra-Altı Afrika'da tüberküloz hem aktif enfeksiyon hem de latent tüberküloz anlamında çok daha yaygındır. Tüberküloz etkeni olan Mycobacterium Tuberculosis zorunlu aerop bakteri olduğu için sıklıkla akciğer üst lobları özellikle de apeksi tutar. Primer tüberküloz sıklıkla alt lobları tutarken, sekonder tüberküloz yani reaktiasyon tüberkülozu da üst lobları tutar. Tedavide yeni tan tüberkülozda 2 ay boyunca izoniazid, rifampisin, pirazinamid ile etambutol veya streptomisin tercih edilebilir. Takibin de de 4 ay daha izoniazid ve rifampisine devam edilir.

Olgu: 35 yaşında erkek hasta ateş ve gece terlemeleri şikayeti ile Nyala Sudan-Türkiye Eğitim Araştırma Hastanesi dahiliye polikliniğine başvurdu. Hastanın bazen öksürük şikayeti olduğu mevcuttu. Balgam, idrarda yanma, ishal şikayetleri yoktu. Hastanın hepatit serolojisi negatifti. Brucella rose bengal testi ile negatifti. Hemoglobin:12mg/dL, WBC: 8300 idi. Sıtma yayması negatifti. Hastanın PA akciğer grafisinde konsolidasyon ve hava bronkogramları görülmesi üzerine (Şekil 1) çekilen torkas tomografisinde sağ akciğer üst lobda küçük kaviter alanlar ile konsolide alanlar görülmekteydi. Hasta yerel tüberküloz merkezine tedavi başlanması ve takibi için yönlendirildi.

Tartışma: Vaskülitler de ayrıcı tanıda düşünülebilirdi. Ateş ve gece terlemesi ve akciğerde nodüller. Wegener granülomatozunda ada bu bulgular gözlenebilir. Ama hastada oral-nazal ülserler, üst solunum yolu bulguları, sinüzit, cilt döküntüleri benzeri bulguları mevcut değildi. Yine bir diğer nekrotizan vaskülit etkeni olan Churg-strauss sendromunu ise hastada alerjik astım, hipereozinofili gibi durumlar olmaması nedeni ile dışladık. Hastada ultrasonografide LAP görülmemesi ve fizik muayenenede de LAP olmaması neticesi ile lenfoma gibi maligniteleri dışladık. Son olarak hastanın klinik bulguları ve görüntüleme yöntemleri de Tüberkülozu desteklemesi sonucu ve tüberkülozun bu bölgede yaygın bir hastalık olması nedeni ile hastada Tüberküloz düşünüldü.

Anahtar Kelimler: Sahra altı Afrika, tüberküloz, Darfur



Şekil 1.

PS-285

PULMONER TROMBOEMBOLİ TANILI 27 OLGUNUN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülçin Güngör Olçum, Sami Akbaş, Sema Basat, F.Canan Çelik Yağan, Elif Ergene, Güven Koç, Fatma Keren, Hatice Selcen Biçer

Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Pulmoner embolizm(PE) sık görülen, tanısı konulmadığı zaman kardiyovasküler ölümlere neden olabilen acil bir hastalıktır.Pulmoner Emboli yaşla birlikte artar ve 80 yaşından sonra 45-50 yaşındakine göre yaklaşık 10 katına yükselir .

Cerrahi immobilizasyon,geçirilmiş inme, malign hastalıklar, immunsupresif ya da sitotoksik tedavi alan hastalar, miyokard infarktüsü geçiren hastalar, KOAH akut ataklarında,konjestif kalp yetmezliğinde diabetes mellitusta ve gebelikte artmış risk mevcuttur. Hastanedeki ölümlerin %10 unun sebebi PTE 'dir.

Pulmoner emboli tanısında, Pulmoner anjiografi, Konvansiyel venografi altın standart olarak kabul edilmektedir. Pahalı, invaziv bir yöntem olması ve her merkezde uygulanamaması dez avantajlarıdır.Kardiyopulmoner hastalığı bulunmayan PTE' li hastaların yaklaşık %20'sinde akciğer grafisi normaldir. Ventilasyon /perfüzyon sintigrafisi, alt ekstremite USG, Spiral bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BT-Anjiyografi), Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), Ekokardiyografi PE tanısında kullanılan diğer tanı yöntemleridir. Akciğer Sintigrafisi %30-50 oranında tanısaldır.

Biz bu çalışmamızda 2010-2014 yılları arasında servisimizde takip ve tedavi ettiğimiz pulmoner emboli tanısı almış olguların, tanı anındaki klinik ve laboratuar bulgularını değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde 2010 – 2014 tarihleri arasında PE tanısı ile izlenen 27 (7 erkek, 20 kadın), yaş ortalaması 41 ile 90 yaş arasında olan olguların, tanı anındaki risk faktörleri, semptomlar, radyolojik görüntüsü retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların başvuru anındaki Wells (Canadian) pulmoner tromboemboli klinik tahmin skorlaması yapıldı .

Bulgular: Bu çalışmada 2010-2014 yılları arasında Dahiliye Kliniğinde Pulmoner Emboli tanısı konmuş 27 olguyu semptomları, klinik ve laboratuvar bulguları açısından retrospektif olarak değerlendirdik. Olguların ortalama yaşı 74,56+/-11,63 olup, %25,9'u erkek, %74,1 i kadındı.Olguların %29,6 sı sigara kullanıyordu.Wels skoru ortalama 3,57+/- 1,7, D-dimer 2697,85+/-1648,26 idi. Emboliyi hazırlayıcı faktör olarak cerrahi operasyon/ immobilizasyon (%48,1) ve derin ven trombozu tanısından daha öncelikli alt tanı (%55,6) ilk sıraları aldı. En sık görülen semptomlar sırasıyla dispne (%59,3),çarpıntı (%44,4) iken Fizik muayenede en çok bulunan bulgu takipne (%66,7) ve raldi (%48,1) Oda havasında bakılan kan gazında,%66,6 hipoksik hipokarbik bazik ph mevcuttu. Akciğer grafisinde en çok bulunan bulgu diafram yüksekliğiydi (%51,9).Derin ven Doppler USG olguların 48,1 ine yapılırken, yapılmış olguların %46,15'de DVT bulgusu mevcuttu. Olguların 11(%40,7)sine Ventilasyon perfüzyon sintigrafisi yapılırken, yapılmış olguların %63,63 sında yüksek olasılıklı Pulmoner Emboli mevcuttu.BT anjio yapılan olguların %48,1'inde PTE bulgusu mevcuttu.

Sonuç: PE ileri yaşta sık görülmesi ve ek hastalıkların PE ye zemin hazırlaması tetkik ve bazen klinik değerlendirmede karışıklığa neden olmaktadır. PE tanısı koymada öncelikle risk faktörleri taşıyan hastalarda klinik şüphe duyularak, semptomların ve tetkiklerin buna göre değerlendirilerek, erken tedavi ile morbidite ve mortalitenin azalacağı inancındayız

Anahtar Kelimler: Pulmoner Emboli, Wells skoru, Pulmoner sintigrafi, BT Anjio

Tablo 1. Demografik bilgilerin dağılımı

		n	%
Yaş Grupları	65 yaş altı	4	14,8
Yaş Grupları	65 yaş üzeri	23	85,2
Cinsiyet	erkek	7	25,9
Cinsiyet	kadın	20	74,1
Sigara Kullanımı	Kullanmıyor	19	70,4
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	8	29,6

Tablo 2. Bulgular

		n	%
Vent-Perfüzyon	yapılmamış	16	59,3
Vent-Perfüzyon	Düşük olasılıklı PTE	4	14,8
Vent-Perfüzyon	Orta olasılıklı PTE	0	0
Vent-Perfüzyon	Yüksek olasılıklı PTE	7	25,9
BT-Anjio	Yapılmamış	14	51,9
BT-Anjio	PTE Bulgusu	13	48,1
Kan Gazı	Normal	3	11,1
Kan Gazı	Hipoksik hipokarbik bazik ph	18	66,6
Kan Gazı	Hipoksik hipokarbik normal ph	6	22,2
Derin ven dopler	Dvt bulgusu yok	7	25,9
Derin ven dopler	Dvt bulgusu var	6	22,2
Derin ven dopler	Yapılmamış	14	51,9

Tablo 3. Wells skoru, D-dimer ve Yaş ortalamaları

	Min-Maks	Ort+/- SS
Wells Skoru	1,5-7,5	3,57±1,7
D-Dimer	587-6000	2697,85±1648,26
Yaş	41-90	74,56±11,63

PS-286

AKCİĞER DE HPV KAYNAKLI SQUAMÖZ HÜCRELİ PAPPİLLOM

Murat Çelik, Elif Erat Çelik, Hakan Akbulut

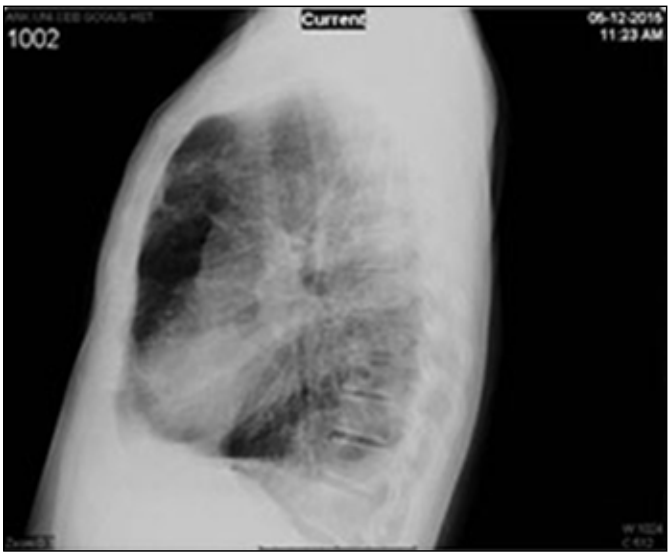
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

6 yıl KOAH tanısı alan hasta 20 gündür olan nefes darlı nedeni ile kabul edildi. paag de kistik değişim gözlendi. toraks bt de: kistik değişim enfeksiyöz nalanlar ve havalanma artışı izlendi . bronkoskopi yapıldı .Sol alt lob girişi beyaz karnabahar gibi sert oluşumla tam obstrükte.Sol alt lobdaki lezyon içinden TBNAyapıldı. patoloji: Düşük ve yüksek riskli hpv + skuamöz papillom. Bu lezyon criyo ve argonun elektrokoteri kullanarak tam ekstrakte edildi kopan parçalar ozofagustan ve altlobun apikalinden toplandı.

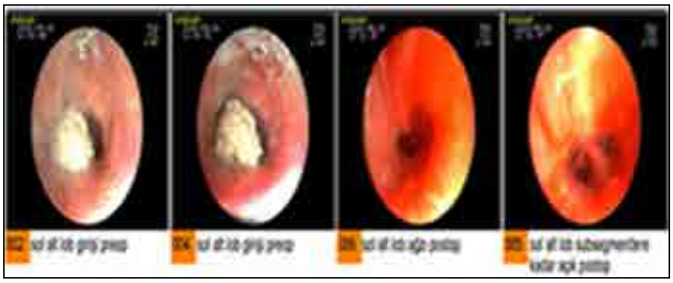
Anahtar Kelimler: HPV, skuamöz papillom. bronkoskopi



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-287

KRONİK OBSTRUKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN VE KORONER ARTER BYPASS CERRAHİSİ YAPILACAK HASTALARDA ARTER KAN GAZI ANALİZİ

Sami İlhan[1], Rafet Günay[2], Sevil Özkan[3], Tolga Sinan Güvenç[4], Nurgül Yurtsever[5]

[1]İstanbul Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]İstanbul Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği
[3]İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[4]İstanbul Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği
[5]İstanbul Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji Kliniği

Amaç: Koroner arter bypass greft (KABG) cerrahisi yapılan hastalarda kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)'ın mortalite ve morbidite üzerine etkisini araştıran çok sayıda çalışma bulunmasına rağmen KABG ameliyatı geçiren KOAH hastalarında arter kan gazı (AKG) analizlerini de inceleyen bir çalışma mevcut değildir. Bu sebeple bu çalışmada KOAH hastalarında AKG analizinin KABG cerrahisi sonrası mortalite ve morbiditeye olan etkisinin araştırılması amaçlandı.

Materyal ve Metod: Hastanemiz Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde Kasım 2008-2011 yılları arasında elektif KABG operasyonu uygulanan ve ameliyat öncesinde yapılan solunum fonksiyon testlerinde (SFT) FEV1(1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm) /FVC (Zorlu vital kapasite) ≤%70 olan 75 KOAH hastası geriye dönük olarak çalışmaya alındı. KOAH grupları Grup 1; FEV1 ≥ %60 ve Grup 2; FEV1 ≤ %59 olarak iki gruba ayrıldı. Her iki grupta operasyonu etkileyecek preoperatif ve perioperatif risk faktörleri belirlenerek gruplar mortalite ve morbidite açısından karşılaştırıldı. Ayrıca, AKG analizlerinin farklı KOAH gruplarında mortalite ve morbiditeye olan etkisinin araştırılması amacı ile cerrahiden hemen önce ve 3-6 saat sonra elde edilen AKG analizleri incelendi

Bulgular: Ameliyat sonrası dönemde uzun süreli entübasyon, yatış süresi, postoperatif akciğer komplikasyonları, miyokard infarktüs (MI), kanama nedenli revizyon, reentübasyon, inme ve renal yetmezlik gelişimi açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Grup 1'de mortalite ve aritmi anlamlı derecede yüksekti ($p<0,05$). Preoperatif parsiyel karbondioksit basıncı ($PaCO_2$)'i yüksek hasta grubu ile $PaCO_2$ normal hasta grubu mortalite ve morbidite yönünden karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı. Preoperatif parsiyel oksijen basıncı (PaO_2) düşük hasta grubu ile PaO_2 normal hasta grubu mortalite yönünden karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamadı. Uzamış yatış ve aritmi PaO_2 normal grupta anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$ ve $p<0,001$). Postoperatif MI gelişimi PaO_2 düşük hasta grubunda istatistiksel olarak daha fazlaydı ($p<0,05$). Bu çalışmada, arter kan gazı analiz değerlerinin solunum fonksiyon testindeki obstruksiyonun ciddiyetinden bağımsız olması dikkat çekmekteydi. $PaCO_2$ yüksek hastaların Grup 1'de (n:7) Grup 2'den (n:3) daha fazla sayıda ve PaO_2 düşük hasta sayıları ise Grup 1'de (n:6) ve Grup 2'de (n:7) yaklaşık eşit sayıda olduğu bulundu.

Sonuç: KABG cerrahisi yapılan KOAH hastalarında, obstruksiyonun ciddiyetinin mortaliteye belirgin bir etkisi yoktur. Bu hastalarda AKG analizinin mortaliteyi öngördürücü bir değeri bulunmamakla beraber, preoperatif PaO_2 değerleri postoperatif MI'ı öngörmede faydalı olabilir.

Anahtar Kelimler: Koroner arter bypass graft cerrahisi, kronik obstruktif akciğer hastalığı, arter kan gazı analizi

PS-288

İDİYOPATİK LENFOSİTİK İNTERTİSYEL PNÖMONİ: CASE REPORT

Sami İlhan[1], Sevil Özkan[2]

[1]İstanbul Dr.Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Amaç: İdiyopatik lenfositik interstisyel pnömoni (LİP), nadir rastlanan ancak ciddi sonuçlara yol açabilen, lenfositler, plazma hücreleri ve diğer lenforetiküler hücrelerin interstisyum ve alveolar septa boyunca infiltrasyonu ile karakterize, bening lenfoproliferatif akciğer hastalıdır. Birçok hastalığa eşlik edebileceği gibi idiyopatik de olabilir. Çalışmamızın amacı; öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile başvuran radyolojik görüntüleme yöntemleri ve akciğer biyopsisi ile literatürde de oldukca az sayıda olan idiyopatik LİP tanısı konulan olgumuzu sunmaktır.

Olgu: Atmışyedi yaşında bayan olgu 6 ay önce başlayan halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, öksürük ve balgam yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenede, her iki akciğer bazalinde inspiryum ortasında başlayan ince raller mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 27000 /mm^3, nötrofil:15400 /mm^3, lenfosit: 10500 /mm^3, monosit: 1400 /mm^3, hemoglobin:10,5 gr/dl, Hct %31.7, trombosit:390000 /mm^3, idi. Periferik yaymasında %55.4 nötrofil, %37.9 lenfosit, %5 monosit görüldü. Rutin biyokimya incelemelerinde; eritrosit sedimentasyon hızı: 117 mm/saat, glukoz 196 mg/dl, BUN:27 mg/dl, AST:27 U/L, ALT:42 U/L, LDH:187 U/L, ALP:88 U/L, bulundu. Viral serolojik markırları negatif olarak bulundu. Balgam kültüründe bakteri ve mantar üremesi olmadı. Balgamda 3 kez bakılan ARB incelemesi negatif saptandı. Extractable nükleer antijens profili negatif, immünglobülin düzeyleri, RF, ANA, antids DNA düzeyleri normal saptandı. Kemik iliği aspirasyonunda; hiperselüler (%70-80) kemik iliği, lenfosit oranı %15 saptandı. Kemik iliğinde yapılan immünfenotipleme incelemesinde; splenik marjinal zon lenfoma ile uyumlu olarak saptandı. Lökositoz nedeniyle yapılan kemik iliği biyosisi normal olarak değerlendirildi. PA akciğer grafisinde her iki akciğerde yaygın mikronodüler infiltrasyon görüldü . Toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral akçiğer parankiminde en büyükleri solda üst lob anterior segmentte 3.5x2.5 cm boyutlarında ve sağ lob superior segmentte 2. cm çaplı olan içlerinde hava bronkogramları içeren çok sayıda nodüler opasiteler izlendi. Pozitron emisyon tomografide çok sayıda, en büyükleri sağ akciğer üst lob inferolateralde 83x32 mm ve sol akciğer alt lob posterobazal segmentte 51x30 mm çapında hipermetabolik kitlesel lezyon saptandı. Akçiğerdeki lezyondan ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı ancak yetersiz materyal olarak raporlandı. Fiberoptik bronkoskopide endobronşiyal bir patoloji görülmedi. Bronkoalveolar lavaj sıvısı flow incelemesinde marjinal zon lenfoma ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya video yardımlı torakoskopik cerrahi ile sol akciğer üst lob wedge rezeksiyon ve plevral biyopsi yapıldı. Histopatolojik ve immünhistokimyasal bulgular lenfoid intertisyel pnömoni ile uyumlu olarak değelendirildi. Hastamızda altta yatan sistemik hastalık klinik ve laboratuar bulgusu olmadığından idiyopatik LİP tanısıyla 1 mg/kg steroid tedavisi başlandı ve azalan dozlarda 1 yıl devam edildi. Takiplerinde solunum fonksiyonlarında ve radyolojide belirgin düzelme görüldü.

Sonuç: Akciğer grafisinde yaygın mikronodüler infiltrasyon saptanan olgularda ayırıcı tanıda idiyopatik LİP düşünülmesi gerektiğini, steroidlere genellikle iyi cevap verdiğini, progressif solunum yetmezliğine neden olabileceğini ve yakın takip edilmesi gerektiğini vurguluyoruz.

Anahtar Kelimler: İdiyopatik,lenfositik intertisyel pnömoni

PS-289

KOAH' DA AKUT ALEVLENMENİN RDW İLE İLİŞKİSİ

Refik Demirtunç, Sultan Kara, Uğur Özensoy, Kadir Kayataş, H. Gizem Güngör, Özge Tekdemir

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Amaç : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) kronik solunum yolu inflamasyonu ile karakterize kompleks multisistem bir hastalıktır. Her akut alevlenme hastalığın inflamasyon yükünü arttırır ve progresyonunu hızlandırır. Diğer taraftan son yıllarda RDW (eritrosit dağılım genişliği), inflamasyon ve hastalık aktivasyonunu gösteren bir belirteç olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmamızda akut alevlenme ile gelen KOAH hastalarında tedavi öncesi ve sonrası RDW değerleri karşılaştırılmıştır.

Gereç – Yöntem : KOAH alevlenmesi ile gelen 30 hasta retrospektrif olarak incelenmiştir. KOAH ve alevlenme tanısı, Türk Torax Derneğinin 2014 yılı KOAH tanı ve tedavi raporuna göre konulmuştur. RDW rutin hemogram incelemesinde olan eritrositlerin büyüklüğünün heterojenite derecesini (anizositoz) gösteren bir parametredir.

Bulgular: Çalışmaya akut alevlenme ile gelen 30 (11 kadın, 19 erkek) KOAH hastası alınmıştır. Yaş ortalaması : 67,73±8,01 yıl olarak saptanmıştır. RDW değeri akut alevlenme sırasında % 17,30±1,93 iken, tedavi sonrası % 17,15±2,17 olarak tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,567$). CRP değeri tedavi öncesi 9,08 ±8,32 mg/dL iken, tedavi sonrası 2,29±3,58 mg/dL bulunmuştur($p<0,001$). KOAH' a en sık eşlik eden hastalıklar: 21 (%70) metabolik sendrom, 18(%60) hipertansiyon, 16 (%53,3) uyku bozukluğu, 14 (%46,7) diabetes mellitus, 14 (%46,7) konjestif kalp yetmezliği, 14 (%46,7) koroner arter hastalığı olarak bulunmuştur.

Sonuç: KOAH' ın akut alevlenme esnasında ve tedavi sonrasında RDW' de bir değişiklik tespit edilememiştir. RDW ile CRP arasında korelasyon saptanamamıştır. KOAH komorbiditesi sık olan bir hastalıktır.

Anahtar Kelimler: KOAH, Akut Alevlenme, RDW

PS-290

KOAH TANISINDA, TEDAVİSİNDE VE TAKİP SÜREÇLERİNDE HEKİM DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK ANKET ÇALIŞMASI-WHY

Aylin Konya[1], Abdullah Sayıner [2], Esra Uzaslan[3], Metin Akgün[4], Oğuz Kılınç[5]

[1]Novartis İlaç, Türkiye
[2]Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir
[3]Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa
[4]Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum
[5]Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Giriş: Ülkemizde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) prevalansı doktor tanısı veya solunum fonksiyon testi (SFT) sonucuna dayanarak %5 olarak bildirilmektedir (Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013). KOAH hastalarına göğüs hastalıkları branşında yaklaşık 2000 hekim (asistan hekimler dahil) hizmet vermektedir. KOAH ile ilgili önceki çalışma sonuçları ülkemizde kılavuzların yeterince takip edilmediği görüşünü desteklemiştir. Buradan hareketle bir anket çalışması ile göğüs hastalıkları hekimlerinin KOAH tanı, tedavi ve takibindeki davranışlarını ve karar verme sürecini değerlendirmek ve karar vermelerinde etkili faktörleri saptamak amaçlanmıştır. Burada çalışma metodu hakkında bilgi verilmektedir.

Gereçler ve Yöntem: Anket çalışmasına Avrupa Birliği Bölgesel Politikaları uyarınca Düzey 2 İstatistiki Bölge Birimlerine (EUROSTAT NUTS 2 bölgeleri) göre belirlenen ve Türkiye'yi temsil edecek 12 şehirden (Adana, Ankara, Samsun, Balıkesir, Trabzon, Bursa, İzmir, Gaziantep, İstanbul, Erzurum, Kayseri, Van) 50 hekimin dahil edilmesi planlanmıştır. Her hekim 7 olguyu değerlendirecektir. Çalışmada gerçek hasta değil fantom hasta kullanılacak ve "uygulama modeli araştırma yöntemi" kullanılacaktır. Çalışmanın değerlendirme kriterleri; istenen medikal testlerin, tarama ve muayene sonuçlarının listesi, tedavi seçimini etkileyen faktörler, tedavi başlangıcından tekrar değerlendirmeye kadar olan süre, tekrar değerlendirme parametreleri, tanı, tedavi, takip ve yolak skorları olarak belirlenmiştir.

Çalışma başlangıcında dört fantom hasta grubu oluşturulacaktır. 1) Daha önce tanı almamış "yeni hasta", 2) Alevlenme olan KOAH hastası, 3) Nefes darlığı yakınması ile başvuran "nefes darlığı olan" KOAH hastası, 4) Halen tedavi gören stabil KOAH hastası.

Her grup için çalışma öncesinde, çalışmanın bilimsel koordinatörleri tarafından (KOAH Uzmanı Göğüs Hastalıkları Hekimleri), KOAH hastalarının izleminde kullanılan SFT, laboratuvar ve görüntüleme testlerinin sonuçları hazırlanacaktır.

Katılımcı hekimler demografik bilgileri yanı sıra, kurumları, hizmet süreleri, kurumlarında SFT'yi kimin yaptığı, rutin SFT sonuçlarında akım-volüm eğrisinin yer alıp almadığı, nefes darlığı ve hastalık düzeyi değerlendirme testlerinin rutin olarak kullanılıp kullanılmadığı gibi soruların yer aldığı "Hekim Anketi"ni dolduracaktır.

Katılımcı hekimlerle yapılacak yüz yüze görüşmede, 7 hastanın tablo halinde verilen tıbbi özgeçmişlerinin incelenmesi istenecektir. Hekimin her hastadan isteyeceği testler "İstek Listesi"ne kaydedilecektir. Hekime istediği tüm testlerin sonuçları verilecek ve hekim karar verene dek gerekirse ek test ve ek süreler ile süreç devam edecektir. Hekimlerin tercihlerine göre alacakları skorlar değerlendirilecektir.

Sonuçta, hekimlerin KOAH'lı hastaların yönetiminde değerlendirdikleri parametreler belirlenecektir.

Anahtar Kelimler: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, anket çalışması, hekim yaklaşımı, solunum fonksiyon testi

PS-291

DAHİLİYE KLİNİKLERİNE BAŞVURAN HASTALARDA KOAH SEMPTOMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN GÖZLEMSEL ANKET ÇALIŞMASI

Serhat Ünal[1], Mahmut Celal Karakoç[2], Nursel Kocamaz[3], Serap Kaya[4], Erdal Güngör[5], Nezih Abdullah Çetin[6], Lale Özışık[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Muğla Fethiye Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Servisi
[3]İstanbul Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Servisi
[4]İstanbul Kağıthane Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Servisi
[5]Samsun Çarşamba Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Servisi
[6]İstanbul Beşiktaş Sait Çiftçi Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Servisi

Amaç:Tüm dünya ülkelerinde önemli bir morbidite ve mortalite sebebi olan kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH); Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre dünyada en sık 4., Türkiye'de ise en sık 3. ölüm nedenidir. 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansı BOLD çalışmasına göre dünyada %20, BOLD Adana pilot çalışması sonucuna göre Türkiye'de %19.1'dir. Buna karşın gerek dünyada, gerekse ülkemizde KOAH yeterince bilinmemekte, yeterince tanı almamakta ve yeterince tedavi edilmemektedir. Epidemiyolojik araştımalar; KOAH hastalarının eksik tanı aldığını, hafif veya orta şiddette KOAH hastalarının %66-73'ünün tanı alamadığını göstermektedir,. Bu duruma sebep olarak; KOAH hastalarının, solunum semptomları kronikleşene ya da alevlenme yaşayana dek tıbbi yardım aramamaları gösterilmektedir. Yine de, hastalarının bu evrenin çok daha öncesinde kronik öksürük ve balgam şikayetleri olduğu bilinmektedir. Bu çalışma ile İç Hastalıkları polikliniklerine başvuran hastaların değerlendirilmesinde hastaların sahip olduğu semptomların KOAH ile ilgili olabileceğinin düşünülmesinin ve KOAH için risk oluşturabilecek parametrelerin belirlenerek, hekimlerin hastalarında bu parametreleri tespit ettiğinde KOAH'a yönelik tanısal işlemlerin başlatılması yönünde farkındalık yaratılmasıdır.

Yöntem: Çok merkezli, girişimsel olmayan anket çalışmasında; dahiliye polikliniklerine başvuran, 40 yaş üzerindeki öksürük, balgam ve sigara öyküsünden en az birine sahip hastaların demografik bilgileri, Solunum Sağlığı Değerlendirmesi anketi ile kaydedilerek KOAH semptomları değerlendirilmiş ve her hastanın KOAH risk puanı değerlendirilmiştir. >24 puan yüksek risk, 19-24 puan orta risk ve 0-18 ise düşük risk grubu olarak belirlenmiştir.

Bulgular: 38 merkezden %78.3'ü erkek (n=855) %21.7'si kadın (n=237) 1092 gönüllünün katıldığı çalışmada; tüm katılımcıların KOAH risk puanı ortalama 25.2±9.3 (3-43 aralığında) idi. Yüksek risk grubunda 609 (%55.8), orta risk grubunda 211 (%19.3) ve düşük risk grubunda 272 (%24.9) hasta mevcuttu. KOAH riski cinsiyete göre değerlendirildiğinde; erkek hastaların %62.3'ünün; kadın hastaların %32.1'inin yüksek risk grubunda yer aldığı saptanmıştır. Erkek hastalar için KOAH risk puanı ortalaması 26.6, kadın hastalar içinse 20.4 olarak bulunmuştur. Hastaların %51.3'ü (n=558) son 3 yıl içerisinde herhangi bir solunum problemi tariflerken; %74.1'i (n=802) öksürük, %69.6'sı (n=799) nefes darlığı, %43.6'sı (n=474) balgam tariflemektedir.Hastaların %69.6'sı (n=757) son bir yıl içerisinde solunum problemi sebebi ile hastaneye başvurmuştur. Solunum şikayeti sebebi ile gerçekleşen hastane başvuruları ile; mevcut semptomlar ve KOAH risk puanı orantılı olarak ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Toplam sigara kullanımın hastaların %24.9'unda >50 paket/yıl, %37.9'unda 25-49 paket yıl, %17.4'ünde 15-24 paket/yıl; %18.1'inde 0-14 paket/yıl olarak tespit edilmiştir. Semptomlar ve toplam sigara öyküsü değerlendirildiğinde; toplam sigara öyküsü arttıkça nefes darlığı ($p<0.006$) ve balgam ($p<0.038$) şikayetlerinin paket/yıl oranı ile doğru orantılı arttığı; öksürük şikayetinde ise doğru orantılı artış görülmüş olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı ($p<0.125$) görülmüştür. Benzer şekilde; toplam sigara öyküsünde artış aktivite kısıtlanması ile anlamlı bulunmuş ($p<0.001$); toplam sigara kullanımı arttıkça solunum şikayeti sebebi ile hastaneye başvuruların da arttığı gözlemlenmiştir ($p<0.001$). Toplam sigara kullanımı ile KOAH risk puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; KOAH risk puanının toplam sigara kullanımındaki artış ile orantılı olarak arttığı görülmektedir(0-14 paket/yıl 17,4; 15-24 paket/yıl 19,5; 25-49 paket/yıl 26,2; >50 paket/yıl 33,1; $p<0.001$.).Polikliniklere başvuran hastaların %51.1'i (n=558) solunuma yardımcı tedavi kullanmaktadır; solunuma yardımcı tedavi kullanımının yaş ile birlikte artış gösterdiği gözlemlenmiştir ($p<0.001$). Solunuma yardımcı tedavi kullanma oranı; KOAH risk puanını ile ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Bölgelerin KOAH risk puanı ortalaması değerlendirildiğinde; Ege, Marmara ve Doğu Akdeniz bölgelerinde risk puan ortalamaları genel risk puan ortalamasının altında kalmıştır. Karadeniz, Akdeniz, İç Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde ise risk puan ortalamaları, genel risk puan ortalamasının üstündedir. Bölgesel olarak değerlendirildiğide; risk puanı ortalaması Karadeniz Bölgesi'nde 27,9 ile en yüksek bulunurken; Ege Bölgesi'nde 23,0 ile en düşük olarak tespit edilmiştir.Lojistik regresyon analizinde yüksek risk grubunda bulunmayı belirleyen faktörler okur-yazar olmamak, kırsal bölgede yaşamak, 50 yaşın üzerinde olmak, >15paket/yıl sigara öyküsü olmak olarak belirlenmiştir.

Tartışma:Dünyada KOAH'lı hastaların ancak %25-40'ı, ülkemizde ise %8.4'ü KOAH tanısı almaktadır. Progresif bir hastalık olan KOAH'ta akciğer fonksiyon kaybının hastalığın erken evresinde en fazla olduğu bilinmektedir,. Hastalar KOAH tanısı aldıklarında akciğer fonksiyonlarının genellikle %50'sini kaybetmiş olmaktadırlar. Toplum bazlı sağlık tarama çalışmaları; KOAH hastalarının erken evrede tanı alabileceğini göstermiştir. Bu sebeple, KOAH ile ilişkilendirilen erken evre semptomlarının belirlenmesine atfedilen önem artmaktadır. KOAH vakalarının tespit edilme stratejilerinin etkinliğini araştıran derlemelerde, erken tanı için yeni yaklaşımlara ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır. Spirometri için seçilecek adayları belirlemede bazı demografik bilgileri ve solunum sistemine ilişkin temel belirtileri sorgulayan tarama anketlerinin yararlı olabileceğini öneren çalışmalar bulunmaktadır.KOAH erken tanısı ve/veya risk faktörlerinin modifikasyonu ile hastalığın önlenmesi bu hastalık ile mücadelede en etkili ve ekonomik yöntemdir. Toplum taramalarının zor ve maliyetli olduğu göz önüne alındığında, herhangi bir nedenle hekime başvuran hastalarda sigara öyküsü ve solunum yoluna ilişkin kronik şikayeti olanların KOAH açısından değerlendirilmesi ve gerekli görülenlerin spirometri testine tabi tutulması hastaların erken evrede tanı alabilmesi için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.Anahtar Kelimler: Daha sonra gönderilecek

PS-292

ANEMİSİ OLAN HASTALARDA MEAN PLATELET VOLUME İLE MALİGNENSİ ÖNGÖRÜLEBİLİR Mİ?

Ercan Gündüz[1], Mehmet Özen[2], Mehmet Gündüz[2], Yılmaz Zengin[1], Mustafa İçer[1], Recep Dursun[1], Hasan Mansur Durgun[1], Sinan Dal[3], Hüseyin Gürbüz[1], Ahmet Gündüzalp[1], Cahfer Güloğlu[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Diyarbakır
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji, Ankara
[3]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji, Diyarbakır

Giriş: Bu çalışmada, anemisi olan malignite hastalar ile klinik ve hematolojik parametrelerin ilişkisini retrospektif olarak araştırmayı amaçladık.

Materyal Method: Acil servisimize Ocak 2012 ile Şubat 2014 arasında kabul edilen 54385 hastadan çalışma kriterlerini karşılayan 1047 hasta çalışmaya alındı. Hematolojik parametreler cihaz (CELL-DYN 3700, Abbott Diagnostics, Abbott Park, IL, USA) ile çalışıldı.

Bulgular: Hastalar kabul edildikleri kliniklerin nihayi tanılarına göre malign ve benign olmak üzere iki guruba ayrıldı. Hastaların 166 (% 15.8) malign, 881 (% 84.2) benign idi. Malign grup benign gruba kıyasla daha yaşlı ve erkek cinsiyet hakimiyetine sahipti. Malign grupta Mean Platelet Volume (MPV) ve Eritrosit Sedimantasyon Hızı (ESH) daha yüksekti (MPV için 9.5±1.8 fl'ye karşı 7.8±1.4 fl, p=0.01). Hemoglobin (Hb), eritrosit (RBC), trombosit (PLT) sayımı malign grupta anlamlı olarak daha düşüktü. Lojistic regresyon analizinde malignensinin bağımsız prediktörleri MPV (odds ratio [OR] = 1.206; 95% confidence interval [CI] = 1.050-1.386; p =0.008), yaş (OR = 1.028; 95% CI = 1.018-1.037; p < 0.001), erkek cinsiyet (OR = 1.835; 95% CI = 1.197-2.814; p = 0.005) ve hematokrit (OR = 0.837; 95% CI = 0.712-0.962; p = 0.004) idi.

Sonuç: Çalışmamız acil servise başvuran anemili hastalarda malignensi öngörmede yaş, erkek cinsiyet, hematokrit düşüklüğü ve MPV yüksekliğinin önemli bağımsız prediktör olduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimler: Anemi, MPV, Malignite

PS-293

NADİR GÖRÜLEN BİR HEMOGLOBİNOPATİ: HB LEPORE BOSTON, OLGU SUNUMU

Ekmel Burak Özşenel[1], Mehmet Yavuz Gürler[1], Emrah Erkan Mazı[1], Şebnem Ciğerli[2], Aslı Yüksel Gökbelen[1], Kübra Habir[1], Yusuf Ulusoy[1], Canan Öz[1], Tanju Kapağan[1], Fatih Borlu[1]

[1]TCSB Şişli Hamidiye Etfal Eğt. ve Arşt. Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]TCSB Şişli Hamidiye Etfal Eğt. ve Arşt. Hastanesi, Klinik Biyokimya Laboratuvarı

Giriş: Kronik anemilerin genetik nedenlerinden biri olan hemoglobinopatiler ülkemizde sıklıkla görülmektedir (1). Birinci basamak sağlık kurumlarından tedaviye yanıtsız anemisi olduğu için gönderilen hastaların bir kısmında beta talasemi taşıyıcılığı saptanmaktadır. Ayrıca son yıllarda yine beta talasemi taşıyıcılığının sıklığı sebebiyle evlilik öncesi rutin olarak hemoglobin (Hb) elektroforezi aile hekimliklerince yapılmakta ve beta talasemi taşıyıcılığı ile birlikte farklı hemoglobinopatiler saptanmaktadır. Biz burada, yine evlilik öncesi tarama amaçlı yapılan Hb elektroforezinde "Hb Lepore Boston" varyasyonu görülen bir hastayı sunduk.

Olgu: 34 yaşında bayan hasta evlilik öncesi yapılan rutin tetkikleri sırasında istenen Hb elektroforezinde; HbA %88,3 - HbA2 %1,9 - Hb Lepore Boston %9,8 saptanması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Ailesinde bilinen talasemi öyküsü olmayan hastadan biyokimya laboratuarı ile konuşularak rutin tetkikleri ile beraber kontrol Hb elektroforezi istendi. Hastanemizde yapılan Hb elektroforezi değerleri; HbA %89,9 -HbA2 %1,8 – Hb Lepore Boston %8,3 olarak görüldü. Anemisi ve demir eksikliği olmayan hastanın tetkikleri Tablo1'de görülmektedir. Bu sonuçlarla hastaya eşi için de Hb elektroforezi yaptırması önerilerek hastalığı anlatıldı.

Sonuç: Hb Lepore ilk defa 1958 yılında İtalyan bir ailede saptanmış olan ve günümüzde kabul edilen üç alt tipi; Lepore Boston, Lepore Hollandia, Lepore Baltimore olarak adlandırılmış bir hemoglobinopatidir (2). Hb lepore iki normal alfa zincir ile beraber iki tanede beta ve delta globin zincirinin füzyonu ile oluşan patolojik zincir içermektedir. Her üç alt tip de hem laboratuar hem de klinik olarak birbirleriyle benzer bir seyir göstermekte ve heterozigot olarak taşındıklarında beta talasemi minör gibi, homozigot olarak taşındıklarında ise beta talasemi majör gibi bir seyir göstermektedirler. Homozigot formunda hayatın ilk iki yılında ciddi anemi görülürken, heterozigot formu genelde 11-13 gr/dl civarında seyreden Hb düzeyleri ve hipokrom-mikrositer bir eritrosit yapısı gösterir (3). Hb Lepore Boston güney İtalya'da daha sık görülür. Lepore Baltimore ise Doğu Avrupa, Balkanlar ve Türkiye'de daha çok görülürken, Lepore Hollandia da Papua Yeni Gine ve Bangladeş'te görülmüştür. Ülkemizde daha önceki yıllarda Hb Lepore Boston taşıyıcılığı olan aileler tanımlanmıştır (4-5). Nadir görülen bir hemoglobinopati olduğu için Türkiye'deki sıklığına dair bir literatür bilgisi bulunamamıştır. Koruyucu hekimlik kapsamında evlilik öncesi yapılan taramaların klasik beta talasemi yada burada sunduğumuz gibi daha nadir hemoglobinopati varyasyonlarını ortaya çıkarmasıyla önümüzdeki yıllarda bu varyantların sıklığına dair bilgi edinmek daha mümkün olacaktır.

Kaynaklar

1. Canatan D. Thalassemias and hemoglobinopathies in Turkey. Hemoglobin. 2014;38(5):305-7. doi: 10.3109/03630269.2014.938163.

2. Gerald P.S., Diamond L.K. A new hereditary hemoglobinopathy (the Lepore trait) and its interaction with thalassemia trait. Blood. 1958 Sep;13(9):835-44.

3. Ricci G, Scutellari PN, Franceschini F, Gualandi G (February 1982). "[A new case of hemoglobin Lepore-beta-thalassemia disease]". Minerva Med. (in Italian) 73 (5): 191–7.

4. Cavdar AO, Arcasoy A. Haemoglobin LeporeBoston in a Turkish family. J Med Genet. 1976 Oct;13(5):363-5.

5. Yağcı M, Özkurt N,Sucak GT, Akar E, Akar N, Haznedar R. Hemoglobin Lepore Boston in a Turkish Family.Turk j Haematol 2001; 1883: 199-201.

Anahtar Kelimler: hemoglobinopati, Hb Lepore Boston, talasemi

Tablo 1. Biyokimya ve hemogram sonuçları

WBC (10^3/uL)	8,48	Glukoz (mg/dL)	83
RBC (10^6/uL)	5,91	Kreatinin (mg/dL)	0,71
Hb (g/dL)	12,1	ALT (U/L)	21
Hct (%)	37,8	AST (U/L)	33
MCV (fL)	64	FT4 (ng/dL)	1,01
MCH (pg)	20,5	TSH (uIU/mL)	1,95
MCHC (g/dL)	32	Demir (ug/dL)	72
PLT (10^3/uL)	337	TDBK (ug/dL)	312
		Ferritin (ng/mL)	44

PS-294

FASİYAL PARALİZİ, PERİORAL VE PERİORBİKÜLAR ÖDEM İLE GELEN ANEMİLİ HASTA OLGU SUNUMU

Aysun Yakut[1], Ahmet Numan Demir[1], Hasan Dermenci[2]

[1]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İstanbul

Melkersson Rosenthal sendromu (MRS) etyolojisi bilinmeyen nöromukokutanöz bir hastalıktır. Tekrarlayan fasiyal paralizi ve dudaklarda gode bırakmayan yumuşak ödem bulguları, çoğunlukla genç erişkinlerde görülür ve kadınlarda daha sıktır. Özellikle üst dudağı tutan, yumuşak veya sert kıvamlı, asemptomatik seyreden ve bazen aşırı büyümeye yol açan makrokeilit oldukça tipiktir. En sık görülen bulgu orofasiyal ödem olup vakaların %80-100'de mevcuttur. Dilde fissür ise olguların %30- 40'ı arasında görülmektedir. Klasik triad vakaların sadece %25'inde görülür. Tanı için semptomlardan bir veya ikisi ile birlikte histopatolojik incelemede granülomatoz keilitin varlığı yeterlidir. Bu vakada fasiyal paralizi geçirmiş ve sonrasında sol perioral ve periorbikülar bölgede gode bırakmayan ödem ile polikliniğe başvuran hasta sunulmak istenmiştir.

41 yaşında kadın hasta dilde yara ve kansızlık nedeniyle dahiliye polikliniğine aile hekimi tarafından yönlendirildi. Hastanın ayrıntılı anamnezinde; 14 yıl önce sol yüz yarımında facial paralizisi olduğu ve tedavi edilmeden kendiliğinden iyileştiği, ağzını tam kapatamaması üzerine 6 yıl önce plastik cerrahi tarafında operen edildiği öğrenildi. 15 gündür sol göz kapağında şişkinlik, sol ağız yarımında şişkinlik ve dilde yara olması üzerine anjiyoödem olarak düşünülüp sistemik kortikosteroid ve anti-histaminik tedavisi aldığı ancak iyileşmesinin olmadığı öğrenildi. Vitalleri stabil olan hastanın fizik muayenesinde;sol periorbikülar bölgede ve sol perioral bölgede gode bırakmayan ödemi, dilde kalın ve geniş fissürler dışında ek bulgusu yoktu. Laboratuvarında; ALT:19 IU/L AST:21 IU/L kreatinin:0.68mg/dL LDH:227 IU/L protein:8.3gr/dL t.bilurubin:1,08mg/dL d.bilurubin:0,3mg/dL WBC:8.5K/uL neu%:69,9 lenf%:21,8 Hbg:10.8gr/dL Hct:31,4% MCV:90 fL plt:218 K/uL demir:95 DBK:214 TDBK:309 ret:%2,49 vit-B12:348 pg/mL folat:5,8 ng/mL saptandı. Çevre kanı yaymasında poikilositoz, anizositoz yer yer hedef hücre, olgun lenfositler ve yeterli sayıda trombosit görüldü. Hastanın daha önceden fasiyal paralizi öyküsü olması nedeniyle kulak burun boğaz konsultasyonu istenildi, MRS açısından dermatoloji konsultasyonu ve histopatolojik örnekleme planlandı. Dermatolojik muayenesinde üst dudakta semptom vermeyen yumuşak ödem ve beraberinde skrotal dil (Şekil-1) ve sol göz kapağı çevresinde gode bırakmayan ödem (Şekil-2) tespit edildi. Hasta onay vermediği için histopatolojik inceleme yapılamadı. Dermatoloji önerisi ile Dapson 50 mg başlandı.

Vakamızda histopatolojik tanı amacıyla örnekleme yapılmadı. Ancak MRS gibi prezente olabilecek diğer hastalıklarla birlikte değerlendirildiğinde; Crohn

hastalığı, sarkoidoz, granülomatöz kelitis ve MRS'de yüzdeki şiş dokuda, histolojik olarak aynı granülomatöz görünümün olması, bunların aynı hastalığın farklı şekilleri olabileceğini, bağışıklık sisteminin bu patogenezde rol oynadığını düşündürmektedir. Sonuç olarak fasiyal paralizisi olan perioral ve periorbikülar bölgede gode bırakmayan ödem ile gelen hastada MRS düşünülmelidir.

Anahtar Kelimler: Skrotal dil, periorbikülar ödem, perioral ödem, fasiyal paralizi



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-295

B12 EKSİKLİĞİNE BAĞLI PANSİTOPENİ İLE GELEN BİR CROHN HASTASI

Ece Yiğit, Rıdvan Sivritepe, Gülçin Güngör Olçum, Sema Uçak Basat

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

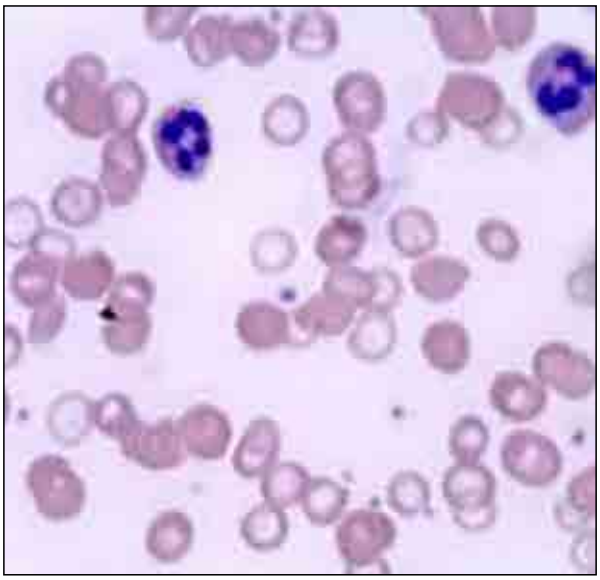
Giriş: Esansiyel bir vitamin olan B12 hücre bölünmesi için gerekli olan DNA sentezinde rol alır. Hematopoetik hücreler hızlı çoğalan ve yenilenme özelliği olan hücrelerdir. B12 eksikliği pansitopeni gibi ciddi tablolara yol açabilir.

Olgu: Kronik hastalık öyküsü olmayan 23 yaşındaki erkek hasta acil servisimize halsizlik, çarpıntı, karın ağrısı ve bulantı şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde solukluk ve batında hassasiyet dışında özellik yoktu. Elektokardiyografide sinüs taşikardisi (115/dk) mevcuttu. Tam kan sayımında WBC: 2.260 K/uL, nötrofil: 1.220 K/uL, Hgb: 4.69 gr/dL, MCV: 103 fL, PLT: 70.400 K/uL saptanması üzerine interne edildi. Anemisi semptomatik olduğundan etiyolojiye yönelik incelenmek üzere kanları alındıktan sonra 3 ünite eritrosit süspansiyonu replase edildi. Yatışının ilk gününde hastanın ateşi 38.6 °C'ye yükseldi. Tekrarlanan tam kan sayımında WBC: 1.900 K/uL, nötrofil: 470 K/uL, Hgb: 7.5 gr/dL, plt: 35.900 K/uL idi. Nötropenik ateş olarak değerlendirilen hastaya kültürleri alındıktan sonra meropenem 3x1 başlandı. Periferik yaymasında makrositer eritrositler ve hipersegmente nötrofiller dikkat çekmekteydi. Biyokimyasında ise LDH: 3150 U/L, Total bilirubin: 1.8 mg/dL, indirekt bilirubin: 1.4 mg/dL, direkt bilirubin: 0.4 mg/dL bulundu. Düzeltilmiş retikülosit sayısı % 0.41, B12 vitamini: 83 pq/mL, coombs negatif, demir, demir bağlama kapasitesi ve folat normaldi. Intramuskuler B12 replasmanına başlandı. Replasmanın 15. gününde hastanın kan tablosu dramatik bir şekilde düzeldi. WBC: 5.750 K/uL, nötrofil: 3.900 K/uL, Hgb: 12 gr/dL, MCV: 88 fL, PLT: 260.000 K/uL bulundu. Diyet ile yetersiz alım tarif etmeyen hastadan pernisyöz anemi ve malabsorpsiyon (Çölyak) düşünülerek istenen anti-pariyetal antikor, anti-endomisyum ve doku transglutaminaz IgA negatif geldi. Gastroskopide pangastrit dışında özellik yoktu. Kolonoskopide ise terminal ileum mukozası hiperemik, ödemli ve nodüler görünümde olup ortası ülsere nodüler lezyonlar mevcuttu. İleal Crohn hastalığı düşünülen hasta gastroenteroloji polikliniğine yönlendirildi.

Tartışma: Esansiyel bir vitamin olan B12'nin ana kaynağı hayvansal gıdalardır. B12 vitamininin en önemli işlevleri hücre bölünmesi ve çoğalması için gerekli olan DNA sentezini ve sinir sistemindeki bazı yapı ve işlevlerin devamlılığını sağlamaktır. B12 eksikliğinin en sık nedeni diyetle yetersiz alımdır. Bunu emilim bozukluğu ve transport bozuklukları takip etmektedir. Emilim bozukluğunun sebepleri arasında konjenital intrensek faktör mutasyonu, pernisyöz anemi, gastrik mukozal hastalıklar, ileal rezeksiyon veya hastalıklar, parazitler, malabsorbsiyon ve kobalamin emilim bozukluğu sayılabilir. B12 eksikliğinin kilnik bulguları hastanın yaşına ve altta yatan nedene bağlı olarak farklılıklar gösterir. Erişkinlerde hızlı proliferasyon gösteren kemik iliği, gastrointestinal sistem ve santral sinir sistemine ait klinik bulgular ön plana çıkar. Laboratuar incelemesinde makrositer anemi, lökopeni, trombositopeni, periferik yaymada makrositer oval şekilli eritrositler, hipersegmente nötrofiller, biyokimyada laktat dehidrogenaz ve indirekt bilirubin düzeyinde artış görülür. B12 eksikliği tanısında standart test B12 düzeyi ölçmektir. Yüksek homosistein ve metilmalonik asit düzeyleri tanıyı destekler.

Sonuç: Pansitopeni ile gelen hastalarda B12 eksikliği düşünülmeli ve tespit edilirse nedeni mutlaka araştırılmalıdır çünkü altta yatan ciddi bir hastalık olabilir.

Anahtar Kelimler: pansitopeni, crohn hastalığı, B12 eksikliği



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-296

YÜZDE HİPERPİGMENTASYONLA SEYREDEN ESANSİYEL TROMBOSİTOZ, OLGU SUNUMU

Pınar Yıldız[1], Işıl Bulur[2], Deniz Arık[3], Havva Üsküdar Teke[4]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.
[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı.
[3]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı.
[4]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Hematoloji Bilim Dalı.

Sistemik hastalıklar ve cilt bulguları birlikteliği önemini günümüzde korumaktadır. Hiperpigmentasyon ile seyreden cilt hastalıkları sistemik hastalıklardan başta adrenal yetmezlik başta olmak üzere, paraneoplastik bir bulgu olma ihtimalinden dolayı ilgi çekici olmuştur. Öncesine ait bilinen hastalık öyküsü olmayan ve iç hastalıkları genel dahiliye polikliniğimize yüzünde cilt renginde koyulaşma yakınması ile başvuran 28 yaşında erkek hasta sunuldu. Hastanın son bir yıldır yüzünde alında belirgin yer yer ciltten kabarık siyah- mor renk değişimi mevcuttu(resim 1.). Hasta ek olarak sağ kolunda ve ellerinde zaman zaman uyuşukluk olduğunu bildirdi. Muayenesinde yüzü dışında sağ kol dış yüzde de benzer renk değişikliği görüldü, traube kapalı ve karaciğer dalak palpabl idi. Hastanın dermatoloji tarafından hiperpigmente alanlardan alınan punch biopsi sonucu; süperfisyel ve derin perivasküler dermatit ile uyumlu idi ayrıca çok sayıda melanin pigmenti yüklü makrofaj mevcuttu(resim 2.). Ek aktif şikayet tariflemeyen, ailesinde hipertansiyon ve diyabet gibi metabolik hastalık yükü olan hastanın hiperpigmentasyon ile birliktelik gösteren dahili hastalıklar açısından değerlendirmesi yapıldı. POEMS sendromu, Addison hastalığı, hemokromatozis ve paraneoplastik hiperpigmentasyon olma ihtimaline yönelik tetkikler yapıldı. Hastada hepatosplenomegali, polisitemi ve trombositoz olmasından dolayı miyeloproliferatif hastalık düşünülüp Janus- kinaz 2 mutasyonu ve kemik iliği biopsisi planlandı. Janus- kinaz 2 mutasyonu heterozigot pozitifti. Hastanın kemik iliği biyopsi sonucunda; megakaryositik hiperplazi mevcuttu. Hasta hematoloji bilim dalı tarafından Esansiyel Trombositoz tanısıyla takibe alındı. Literatürde miyeloproliferatif hastalıklar ve hiperpigmentasyon birlikteliği sunulmamıştır ancak özellikle Janus- kinaz mutasyonlarının sistemik infalamatuvar birçok hastalıkla ilişkisi araştırılmakta ve tedavide inhibitörleri denenmektedir. Dermatolojik hastalıkların yönetiminde ilerleyen günlerde yapılacak çalışmalarla birlikte bu konunun önemli bir yere sahip olacağı kanısındayız.

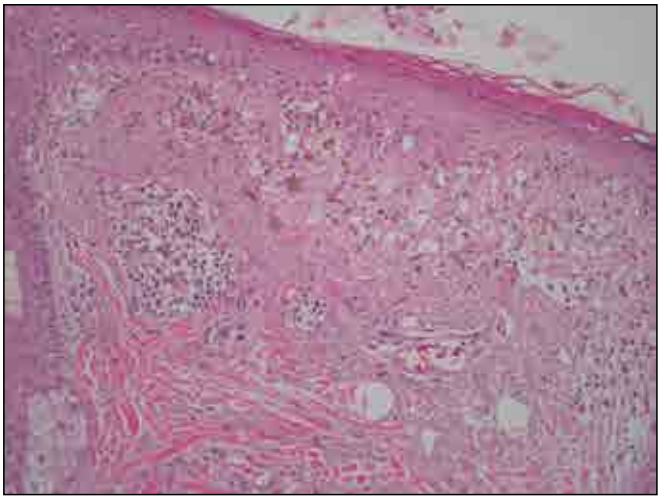
Anahtar Kelimler: Hiperpigmentasyon, Miyeloproliferatif Hastalık, Jak-kinaz mutasyonu



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-297

TALASEMİ MAJORLU HASTALARDA AORTİK STİFFNES İNDEXİ İLE FERRİTİN İLİŞKİSİ

CemŞahin[1], Özcan Başaran[2], Fatih Akın[2], Yaşar Topal[3], Hatice Topal[3], İbrahim Altun[2], Murat Biteker[2], Mehmet Fatih Azık[3]

[1]Mugla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Mugla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı
[3]Mugla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmada ejeksiyon fraksiyonu gibi standart ekokardiyografik parametreleri normal olan asemptomatik beta talasemili hastalarda, kardiyak disfonksiyonun erken tespitinde yardımcı olabilecek miyokardiyal performas indeksi ve elastisite parametreler ile hematolojik parametreler arasında herhangi bir ilişki olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

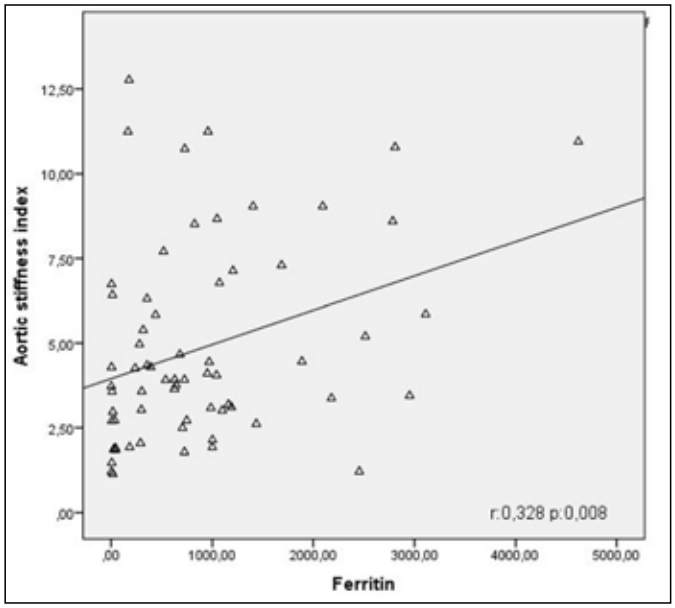
Gereç ve Yöntem: Bilinen kalp hastalık hikayesi olmayan asemptomatik 55 patients [median age 20 (10-48)] ile yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile uyumlu 40 kontrol olgusu çalışmaya dahil edildi. Hasta ve kontrol grubunda Standard two-dimensional and Doppler echocardiography ile miyokardiyal performans ve arteryel elastisite indeksleri değerlendirildi.

Bulgular: Olguların hematolojik ve ekokardiyografik verileri tablo 1 de özetlenmiştir. Buna göre talasemili hastalarda aortik sertlik indexi kontrol grubuna

kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olarak izlenirken aortik distensibilite talasemili hastalarda daha düşük olarak saptanmıştır (p<,001). Ayrıca talasemi hastalarının hemoglobin değerleri kontrol grubuna göre daha düşük olarak izlenirken, ferritin ve trombosit değerleri ise daha yüksek olarak saptandı (p<,001). Aortik stiffness indeksiyle klinik ve hematolojik parametreler arasında yapılan korelasyon analizi sonuçları tablo 2'de özetlenmiştir. Buna göre çalışmamızda aortic stiffness indexi ile talasemi majör hastalığı (r:-0,443, p<,001) ve hemoglobin düzeyleri (r:-0,375, p<,001) arasında negatif yönde bir korelasyon izlenirken trombosit değeri (r:0,235, p=,019) ve ferritin değeri ile pozitif yönde (r:0,328, p=,008) bir korelasyon olduğu tespit edildi (figure 1).

Tartışma: Miyokard parankim hasarının yanı sıra vasküler patolojilerin de talasemili hastalarda kardiyovasküler komplikasyonlara zemin hazırladığı bilinmektedir. Demir birikiminin, miyokardiyal hasarlanmadaki patolojik rolü iyi bir şekilde bilinmesine rağmen aterojenezle ilgili patolojilerin gelişiminde rolü bu kadar açık değildir. Talasemi major hastalarında lipid peroksidasyon ürünlerinin artışının atherojenik vasküler komplikasyonların görülmesi ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Ayrıca demir birikiminin nitrik oksit biyoyararlanımını azaltarak endotel disfonksiyona neden olduğu da gösterilmiştir. Arteryel sertlik (stiffness) terimi, damar duvarının mekaniksel gerilimi ve elastikiyeti gibi viskoelastik özelliklerini tanımlamak için kullanılmaktadır. Genellikle ateroskleroz ile birlikte görülen artmış arteriyal sertlik, azalmış arteriyal elastikiyet (distensibility) ve gerilim, kardiyovasküler komplikasyonlar için bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda aortik stifness ile trombosit değeri ve ferritin ile pozitif yönde bir korelasyon olduğu gösterilmiştir. Talasemili hastalarda ejeksiyon fraksiyonu gibi klasik ekokardiyografi parametrelerinin normal olması durumunda dahi arteryel elastisite indeksleri kardiyovasküler patolojileri erken tespit etmede klinisyene yardımcı olmaktadır. Bu indeksler özellikle asemptomatik beta talasemili hastalarda kardiyovasküler komplikasyonların öngörülmesi ve takibi açısından kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimler: aortik elastisite, beta talasemi, ferritin



Şekil 1.

Tablo 1. Olguların klinik hematolojik ve Eko parametreleri

		Talasemi n (range)	Kontrol	p
Yaş		20(10-48)	20 (10-42)	0,808
Cinsiyet	Erkek % (n)	58.7 (27)	41.3 (19)	0.558
Cinsiyet	Kadın % (n)	52.8 (28)	47.2 (25)	0.558
Hemoglobin		8,4 (6,5-10)	13,2 (12-16,2)	<0,001
Trombosit		398(115-976)	247(132-440)	<0,001
Ferritin		785(13-4020)	25(8-145)	<0,001
Aortik distensibilite		5,797 (2-22,2)	8,333(3,2-20,83)	<0,001
Aortik stiffness index		4,257(1,22-12,77)	2,775 (1,14-6,74)	<0,001

Tablo 2. Aortik Stiffness indeksi ile klinik ve hematolojik parametreler arasındaki korelasyon analizi

Parametreler	Bivariate Analiz	Bivariate Analiz
Parametreler	r	p
Yaş	0,022	0,830
VKI	-0,077	0,447
Cinsiyet	-0,092	0,364
Talasemi	-0,443	<0,001
Hemoglobin	-0,375	<0,001
trombosit	0,235	0,019
Ferritin	0,328	0,008

PS-298

SPLENEKTOMİ AMA NE ZAMAN, NE İÇİN ?

Manolya Gökrem[1], Fatih Mehmet Çilingir[2]

[1]Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları
[2]Tokat Erbaa Devlet Hastanesi İç Hastalıkları

Giriş ve Amaç: Dalağın cerrahi hastalıklarının çoğunluğunu medikal tedaviye dirençli ve şiddetli seyreden hematolojik hastalıklar oluşturur. Bu çalışmada, kliniğimizde hematolojik nedenlerle tanı ve tedavi amaçlı splenektomi yapılan hastalar ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve yöntem: Bu çalışmada Eylül 2005 ile Mayıs 2011 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde splenektomi yapılan 184 hasta retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya, bu hastalardan Hematoloji Bilim Dalına başvuru yapan ve hematolojik hastalığı nedeni ile splenektomi yapılan 54 hasta dahil edildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 43,93±16,9 olup, %63 hasta kadın %37 hasta ise erkek idi. Splenektomi yapılan hematolojik hastalıklar; İmmün trombositopenik purpura (ITP), Herediter sferositoz (HS), Otoimmün hemolitik anemi, Hairy cell lösemi, Hodgkin lenfoma, Kronik lenfositik lösemi idi. En sık splenektomi yapılan hematolojik hastalık İTP (%70,4) idi. ITP hastalarında K:E oranı 2 olarak tespit edildi. Hairy cell lösemi nedeniyle splenektomi yapılan 4 hastanın 3'ü erkek idi. Hastaların %70,4'ünde dalak boyutu normal saptandı. ITP nedeniyle splenektomi yapılan hastaların %92.1'inde dalak boyutu normal idi. Ameliyat sırasında %13 hastada aksesuar dalak tespit edildi. Hastaların hastaneye en sık başvuru semptomu cilt lezyonları (%35,19) ve kanama (%27,78) idi. Hastaların 3'ünde aile öyküsü mevcuttu. 3 hasta da HS hastası idi. HS'lu 2 hastaya safra taşı nedeniyle kolesistektomi de yapıldı. Gebe olan bir ITP hastasına splenektomi ile sezaryan eş zamanlı uygulandı. Hiç bir hastada operasyon sırasında komplikasyon ve ölüm görülmedi.

Sonuç: Sonuç olarak; hematolojik hastalıklarda splenektomi endikasyonlarının günümüzdeki tanı yöntemleri ve teknolojinin gelişmeleri ışığı altında her geçen gün daha fazla önem kazandığı düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimler: Hematolojik hastalık, Splenektomi, Analiz

PS-299

GEÇ YAŞTA İNSİDENTAL OLARAK SAPTANAN HEREDİTER FAKTÖR VII EKSİKLİĞİ: OLGU SUNUMU

Merve Erol Gülseven[1], Emel Bostan[2], Naciye Demirel[3], Gülali Aktaş[1], Rabia Altınordu[1]

[1]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı,Bolu
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği,İstanbul
[3]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği,İstanbul

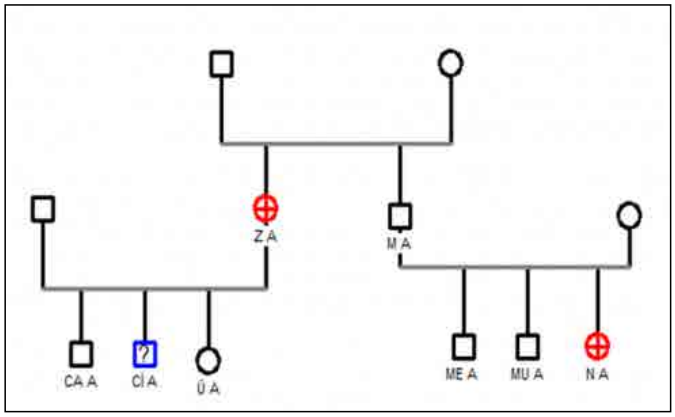
Giriş: Faktör VII (FVII) eksikliği, otozomal resesif geçiş gösteren ve oldukça nadir görülen (1/500.000) doğumsal bir kanama bozukluğudur. Akraba evliliklerinin sık olduğu yerlerde önemi artmaktadır. Konjenital FVII eksiliğinde aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) normal, protrombin zamanı (PT) ise uzamış olarak saptanır. Geç yaşta insidental olarak saptadığımız herediter FVII eksikliği olan olgumuzu sizlerle paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 52 yaşında bayan hasta, ani gelişen nefes darlığı yakınması ile acil servisimize başvurmuş. Acil serviste hipertansif akciğer ödemi tanısı ile ilk müdahalesi yapılan hasta, ileri tetkik ve tedavi amacıyla servisimize interne edildi. Hastanın özgeçmişinde 7 yıldır bilinen diabetes mellitus ve hipertansiyon tanıları vardı. Fizik muayenede tansiyon arteryel:180/100 mmHg, nabız:96/dk, kalp sesleri ritmik, akciğer bazallerinde oskültasyonda bilateral krepitan ralleri ve

bilateral alt extremitede pretibial ödemleri (+/+) mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Hastanın yapılan laboratuar tetkiklerinde İNR:2.2, PT: 21 sn (N: 10-14) uzamış, aPTT: 25 sn (N:19-37) normal olarak saptandı. Hasta oral antikoagülan kullanmıyordu ve karaciğer hastalığı öyküsü yoktu. Karaciğer fonksiyon testleri ve batın ultrasonografisi normal olan hastanın koagülasyon testleri tekrarlandı. 2012 yılına ait tetkiklerinde de protrombin zamanının uzun olduğu görüldü. Hastamızın ailesinde akraba evliliği öyküsü mevcuttu. 3 normal vajinal doğum dışında, daha önce geçirilmiş operasyon öyküsü yoktu. Kanama öyküsü olmayan hasta hematoloji ile konsülte edildi. Ön planda faktör VII eksikliği düşünülerek, hastadan PT-İNR karışım testi ve FVII düzeyi istendi. Ayırıcı tanıda başka inhibitörlerin varlığını dışlamak için ANA, anti-dsDNA, antikardiyolipin IgM ve IgG ile lupus antikoagülanı düzeyi çalışıldı (Tablo 1). Hastamızın karışım testinde sonuçlar faktör eksikliği yönünde değerlendirildi, inhibitör etkisi görülmedi ve FVII düzeyi %0.6 (N: 50-120) düşük olarak saptandı (Tablo 2). Akraba evliliği öyküsü de olması sebebi ile hastaya aile taraması önerildi. İkisi erkek, biri kız olmak üzere 3 çocuk sahibi olan hastamızın, 2 çocuğu ve yakın akrabaları tarandı. Hastamızın (Z.A) aile soy ağacı çıkarıldı (Resim 1). Erkek kardeşinin kızında (N.A) da ağır FVII eksikliği tespit edildi (Tablo 2).

Sonuç: FVII eksikliği, epistaksis, hematüri, gastrointestinal sistem kanaması, santral sinir sistemi kanaması, menoraji, operasyon ve doğum sonrası uzamış kanama bulguları ile prezente olabilir. Üç doğum öyküsü olan hastamız, konjenital FVII eksikliğine göre geç yaşta tanı almış olması sebebi ile önem teşkil etmektedir.

Anahtar Kelimler: herediter faktör VII eksikliği



Şekil 1. Aile soyağacı. Hasta olanlar **kırmızı**. sağlıklı bireyler **siyah**. henüz tanı konulmamış bireyler ise **mavi** ile gösterilmiştir. Kare sembolü erkek cinsiyeti, daire sembolü ise kadın cinsiyeti göstermektedir.

Tablo 1.

Tetkik Adı	Hasta 1 (Z.A)
ANA:	Benekli patternde zayıf pozitif
Anti-ds DNA:	<10 IU/mL (>100 pozitif)
Anti-kardiyolipin IgM:	4.24 PL-U/mL (>12 pozitif)
Anti-kardiyolipin IgG:	<2 PL-U/mL (>12 pozitif)
Lupus antikoagulanı:	Negatif
AST:	24 U/L (N:5-34 U/L)
ALT:	21 U/L (N:0-55 U/L)
GGT:	29 U/L (N:9-36 U/L)
ALP:	80 IU/L (N:40-150 IU/L)
Total Bilirubin:	0.64 mg/dL (N: <1,2 mg/dL)
Direkt Bilirubin:	0.16 mg/dL (N:0.0-0.5 mg/dL)
Total protein:	7.1 mg/dL (N:6,6-8,3 g/dL)
Albümin:	3.9 mg/dL (N:3,5-5,2 g/dL)

Tablo 2.

Tetkik Adı:	Hasta 1 (Z.A):	Hasta 2 (N.A):
PT	21 sn (N: 10-14 sn)	31.2 sn
aPTT	25 sn (N:19-37)	30.8 sn
İNR	2.2 (N:0.8-1.20)	2.84
Karışım testi (hasta+normal 1:1)	12.9 sn, inhibitör etkisi yok	inhibitör etkisi yok
FVII düzeyi	% 0.6 (N:% 50-120)	% 0.4

PS-300

MONOKLONAL GAMMOPATİ İLE BAŞVURAN PRİMER AMİLOİDOZ OLGUSU

Ahmet Emin Öztürk, Mahir Cengiz, Serap Yavuzer, Rabia Hacer Hocaoğlu, Hakan Yavuzer, Mehmet Yürüyen, Adnan Levent Yaldıran

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Monoklonal gammopati genellikle plazma hücre diskrezilerinde karşımıza çıkabilen bir protein elektroforezi bulgusudur. Plazma hücreleri tarafından artmış bir şekilde üretilen protein, diğer gamma proteinlerinin üretimlerini paraliziye uğratır. Bu tablo ile başta Multipl Myelom (MM) olmak üzere, MGUS, Waldenstrom makroglobulinemisi (WM), primer amiloidozis ve Poems sendromu gibi hastalıklarda ortaya çıkabilir. Kliniğe ilk olarak genelde halsizilik kilo kaybı ve iştahsızlık gibi non-spesifik bulgularla gelmesi bu hastalıkların erken tanısını güç kılmaktadır. Bu yazımızda yine nadir bir tanı olan primer amiloidozis tanısı konan bir vakayı sunacağız.

Vaka Sunumu: 49 yaşında kadın hasta iştahsızlık, halsizlik ve kilo kaybı şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Daha önce başka merkezlerde yapılan tetkiklerinde adrenal bezde görülen kitle açısından endokrin cerrahisine sevk edilmiş ve hastanın alınan biyopsilerinde amiloidozis saptanmış. Protein elektroforezinde monoklonal gammopatisi ve anemisi bulunan hasta etiyolojisini araştırmak amacıyla yatırıldı. Fizik muayenesinde; hepatomegali ve batın cildinde ele gelen yaklaşık 3-4 cm boyutlarında cilt altı kitleler palpe edildi. Laboratuvarda anemi, akut faz artışı, D-vitamini eksikliği ve hipoparatirodi; 24 saatlik idrarında proteinüri ve immunfiksasyon testlerinde lambda hafif zincirinde artış görüldü. Protein elektroforezinde monoklonal gammopatisi olan hastada Ig G 2900 (mg/dl) olarak saptandı. Uzun süredir beslenme sıkıntısı olan hastanın, yemek sonrası bulantı-kusma ve ishal şikayeti oluyordu. Yaygın ekstremite ağrısı olan hastanın yapılan EMG'sinde sadece bilateral karpal tünel sendromu tespit edildi. EKO'sunda amiloidoz yönünden kardiomyopatiye rastlanmadı. Periferik yaymasında trombositoz dışında özellik yoktu. Hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı. Aspirattan yapılan incelemede plazma hücre artışına rastlanmadı (%1). Yapılan batın usg'de hastada hepatomegaliye rastlandı. Öncesinde çekilmiş olan PET-CT'de plazmositom veya malignite düşündürecek bulguya rastlanmadı. Kemik iliği biyopsisi sonucunda primer amiloidozis tanısı kondu. Daha önce yağ dokusundan alınan örneklemelerdeki amiloidozis AL tipi olarak konfirme edildi. Mevcut klinik tablolar; ishal, hepatomegali, proteinüri, yaygın ağrı, halsizlik ve akut faz artışı da primer amiloidozise bağlandı. Hastanın yaşının otolog kök hücre tranplantasyonuna uygun olması nedeni ile nakil planlanarak Bortezomib, siklofosfamid ve deksametazondan oluşan kemoterapi protokolü başlandı.

Tartışma: Bu hastada diğer en olası tanılar yukarıda değinildiği gibi Multipl Myelom, MGUS, Waldestrom makroglobulinemisi ve POEMS sendromuydu. Kemik iliğinde plazma hücre artışı görülmeyişi, litik kemik lezyonlarının olmayışı ile MM ekarte edildi. Artan proteinin Ig G olması ve yine kemik iliğinin infiltre olmaması ile WM de ekarte edildi. POEMS sendromu açısından ana kriterler saptanmasada POEMS sendromu dışlanamadı. Sendromda tüm bulgular aynı anda çıkma zorunluluğu olmaması açısından düşünüldüğünde tedavi protokolünün aynı olması sorun teşkil ettirmedi. Nakil yapılamayan hastaların medyan survi 14 ay olup, 3 yıl içerisinde hastaların %75'i kaybedilmektedir. Primer amiloidozda ortalama tanı yaşı 65 olup, genç hastalarda da görülebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimler: Primer amiloidozis, monoklonal gammopati, POEMS sendromu.

PS-301

PARANEOPLASTİK GM-CSF SALINIMI VE SQUAMOZ HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ

Rıza Altunbaş[1], Rabia Altunbaş[2], Mehmet Akif İzgi[1], Emel Yiğit Karakaş[1], Turgay Ulaş[3]

[1]Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa
[2]Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa
[3]Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş: Birçok kanser hastasında tümörün ya da metastazların invazyonu ya da kompresyonundan kaynaklanmayan belirti ve bulgular görülmektedir. Tümörün varlığı ile ilişkili olarak çeşitli organ ve sistemlere ait olabilen bu "uzak" etkilere "paraneoplazi" veya "Paraneoplastik sendrom" denmektedir (1,2). Bu olgu sunumumuzda da GM-CSF salınımına bağlı olabileceği düşünülen yüksek derecede lökositoz tablosu ile prezente olan squamoz hücreli akciğer kanseri vakası sunulacaktır.

Olgu: Halsizlik, güçsüzlük şikâyetiyle dış merkeze başvuran 51 yaşında erkek hastada hiperkalsemi ve lökositoz saptanması üzerine ileri tetkik ve tedavi için tarafımıza yönlendirildi. Halsizlik ve güçsüzlük harici ek bir şikâyeti yok idi.

Özgeçmişinde şizofreni mevcut olan hasta biperiden, klorpromazin ve haloperidol tedavilerini kullanıyordu. Elli paket yıl sigara öyküsü mevcut idi. Fizik muayenesinde genel durumu orta, sol akciğer orta hatta kaba ronküsler harici patolojik bir bulgusu yok idi. Laboratuvarında kalsiyum: 15 mg/dL, albumin: 3,1 gr/dL, paratiroid hormon: 5,6 pg/mL, sedimentasyon: 57 mm/saat, lökosit: 83840/uL, nötrofil: 76500/uL, hemoglobin: 10,5 gr/dL diğer parametreler normal idi. Periferik yaymasında atipik hücresi olmayan hastanın yayması nötrofil hakimiyetinde olduğu görüldü. Akciğer grafisinde sol alt lobta kitlesel lezyona ait görünüm mevcuttu. Tomografisinde akciğer sol alt lob posterobazal segment 5 cm boyutlarında kitlesel lezyon, sağ sürrenalde ve sol iliak kanatta metastatik lezyonlar olarak raporlandı. Bronkoskopisi yapıldı ve sol bronşial sistemde sol alt lob girişinin dıştan basıyla tamamen tıkalı ve hemorojik olduğu görüldü. Buradan transbronşial biyopsi yapıldı ve patolojisinin squamoz hücreli akciğer kanseri ile uyumlu olduğu yönünde değerlendirildi. Yapılan tüm vucut kemik sintigrafisinde iliak bölgedeki lezyonun osteoblastik aktivitesinin artmış olduğu raporlandı. Hasta göğüs cerrahisine konsülte edildi pulmoner rezervinin yetersiz olması nedeniyle inoperabl kabul edildi. Lökositoz durumu enfeksiyon hastalıkları ve hematolojiye danışıldı. Paraneoplastik GM-CSF üretimine bağlı olabileceği yönünde değerlendirildi, hastada hematolojik malignite düşünülmedi.

Tartışma: Paraneoplaziler kanserli hastalarda hastalığın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir ve çok çeşitli belirti ve bulgulara yol açabilir. Paraneoplastik GM-CSF salınımına bağlı lökositoz literaturde sınırlı sayıda mevcuttur (1, 2). Mevcut vakamızda da nötrofil hakimiyetinde lökosit yüksekliği olan hastaların ayırıcı tanısında akciğer kanseri düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. Kato N, Yasukawa K, Onozuka T, Kimura K. Paraneoplastic syndromes of leukocytosis, thrombocytosis, and hypercalcemia associated with squamous cell carcinoma. J Dermatol. 1999 Jun;26(6):352-8.

2. Maione P, Rossi A, Di Maio M, Gridelli C. Tumor-related leucocytosis and chemotherapy-induced neutropenia: linked or independent prognostic factors for advanced non-small cell lung cancer? Lung Cancer. 2009 Oct;66(1):8-14.

Anahtar Kelimler: Akciğer kanseri, hiperlökositoz, paraneoplastik GM-CSF

PS-302

TENOKSİKAMA BAĞLI CİDDİ İMMÜN HEMOLİTİK ANEMİ: OLGU SUNUMU

Aylia Yeşilova[1], Özlem Muratoğlu[1], Demet Aydın[2], Müge Bilge[1], Yusuf Emre Uzun[1], Ayşen Helvacı[1]

[1]S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi,İç Hastalıkları Kliniği,İstanbul
[2]S.B.Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Hematoloji Kliniği,İstanbul

Giriş: İlaç ilişkili immun hemolitik anemi (İİHA) oldukça nadir görülen ciddi bir komplikasyondur. İlaç grupları arasında en sık antimikrobiyal (%42), anti-inflamatuvar (%15) ve antineoplastik (%11) ilaçların İİHA ile ilişki olduğu gösterilmiş olup bu konuda yaklaşık 130 ilaç suçlanmaktadır. Gittikçe artan ilaç kullanımına bağlı olarak İİHA'ya sebep olan ilaç ve metabolitlerin sayısı ve çeşitliliği artmaktadır. Burada parenteral tenoksikam tedavisi sonrası hayatı tehdit eden immün hemolitik anemi gelişen ve multiorgan yetmezliğine giren hastayı sunmayı amaçladık.

Vaka sunumu: 57 yaşında kadın halsizlik, bel ağrısı, baygınlık hissi ve kusma şikayetleriyle acil polikliniğimize başvurdu. Hasta perindoril–indapamid ve metformin kullanmaktaydı. Hastaya bel fıtığına bağlı ağrısı nedeniyle 5 gün önce tenoksikam tedavisi başlandığı öğrenildi. Muayenede kan basıncı 80/50 mmHg, kalp tepe atımı 118/dk, solunum sayısı 32/dk, ateş 38,1° C saptanan hasta soluk ve huzursuz görünümdeydi. Hastada hepatomegali (3 cm) ve ikter saptandı. Beş gün önceki tetkikleri normal olan hastanın yeni laboratuvar incelemesinde ciddi hemolitik anemi, derin hipofosfatemi, transaminaz yüksekliği ve azotemi saptandı (Tablo1). Kan gazı analizinde pH:7,28; pO2:67mmHg; pCO2: 23,76mmHg, HCO3: 10,9mEq/l Sat O2:%93 bulundu.

Hastanın genel durumunun kötü olması, karaciğer ve renal fonksiyonlarının bozukluğu nedeniyle çoklu organ yetmezliği ön tanısıyla yatırıldı. Olası enfeksiyöz sebeplere yönelik ampirik amoksisilin-sulbaktam tedavisine başlandı. Kullanmakta olduğu tenoksikam tedavisi kesildi. Akut böbrek yetmezliği gelişen hastanın tetkiklerinde beklenilenin aksine derin hipofosfateminin eşlik etmesi, primer hipofosfatemiye bağlı rabdomiyoliz ayırıcı tanısını düşündürttü. Hasta fosfatlı diyalize alındı ve ardından intravenöz fosfor replasmanı yapıldı. Tetkiklerinde hemoliz bulguları olması üzerine incelenen periferik yaymasında eritroblast ve yüksek sayıda sferositler görüldü. Direkt Coombs testi 4 (+) ve eritropoetin düzeyi düşüktü. Hastaya 2mg/kg metilprednisolon tedavisi başlandı.

Otoimmun hemolitik aneminin etiyolojisini belirlemek için istenen romatolojik ve enfeksiyöz/viral serolojik testleri, lenfoproliferatif hastalıklar açısından laboratuvar testleri negatif bulundu. Kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Tomografilerinde malinite bulgusu saptanmadı. Hastaya "tenoksikam kullanımına ikincil olarak gelişen ciddi immun hemolitik anemi" ve "intravasküler hemoliz sonucu gelişen akut böbrek yetmezliği" tanısı konuldu. Serum fosfor seviyesinin düşmesi ise kemik iliğinin eritroid hiperplaziye kayması ile fosforun eritroblast yapımında yoğun kullanımına bağlı tüketilmesine bağlandı.

Takiplerinde 4 ünite eritrosit süspansiyonu replasmanı yapıldı. Hastanın hemodiyaliz gereksinimi 4. haftada ortadan kalktı. İzlemin dördüncü haftasında hastanın Coombs testi negatifleşti, hemoglobin düzeyi 10.1 gr/dl'de stabil kaldı ve LDH, kreatinin ve fosfor düzeyleri tamamen normale geldi (Tablo 1).

Sonuç: Ciddi intravasküler hemoliz sonucu şoka giren ve diyaliz gerektiren hastada, hemolizin ilaç kullanımından sonra başlaması ve Coombs testi pozitifliği nedeniyle İİHA tanısı konuldu. Hematolojik parametrelerin normale dönmesi tanımızı güçlendirdi. Literatür bilgisi ışığında, hastamız tenoksikama bağlı intravasküler hemoliz gelişimi için ilk bildirimdir.

Anahtar Kelimler: tenoksikam, immün hemolitik anemi, akut böbrek yetmezliği, hipofosfatemi

Tablo 1.

Parametre	Tenoksikam tedavisi öncesi	Acil polikliniğine başvuruda	1. haftanın sonunda	2. haftanın sonunda	4. haftanın sonunda
WBC (/mm^3)	6 030	16 980	18 750	13 210	11 440
Hb(g/dl)	13.5	8.2	10.6* (replese edilen değer)	8.8	10.1**(replase edilmeyen değer)
Ht(%)	41	24	28	24	30
MCV (fl)	85	99	80	85	87
Plt (/mm^3)	211 000	220 000	267 000	255 000	182 000
Üre (mg/dl)	37	152	195	94	54
Kreatinin (mg/dl)	0.81	4.56	10.18	6.9	1.1
Sodyum (mmol/l) 140 142	138	140	142	140	146
Potasyum (mmol/l)	3.9	4.13	4.3	4.3	3.8
Kalsiyum (mg/dl)	10	10.2	8.4	7.8	8.52
Fosfor(mg/dl)	2.9	0.94	7.75	5.25	2.84
Albumin (g/dl)	4.2	4.1	3.5	3.2	3.87
AST(U/L)	60	192	14	10	14
ALT(U/L)	45	138	28	9	27
Total bilirubin (mg/dl)		8.19	0.7		0.61
Direkt bilirubin(mg/dl)		2.95	0.44		0.34
Kreatin kinaz(U/L)	99	792	182		39
LDH(U/L)(125-220)	188	1546	501	290	223
CPR(mg/L)(n<5)	3.45	118.07	3.61	0.72	2.24
Coombs testi		(++++)		(++)	(-)
Düzeltilmiş retikülosit sayısı		%5,3			

PS-303

BORTEZOMİB İLİŞKİLİ FULMİNAN HEPATİT; HEPATİT B ENDEMİK BÖLGELERDE POTANSİYEL BİR PROBLEM

İlay Berke[1], Gülsan Sucak[2], Kadir Acar[2], Mehmet İbiş[3]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Hematoloji Anabilim Dalı
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Gastroenteroloji ABD

Otolog kök hücre kurtarma tedavisiyle birlikte yüksek doz melfalan tedavisi ve yeni ajanların kullanılmaya başlanmasıyla Multiple Myelom (MM) hastalarının tedaviye cevap ve sağkalım oranlarında belirgin iyileşme izlenmektedir. Fakat MM'i adeta kronik bir hastalığa dönüştüren bu artmış sağkalımın da bir bedeli mevcuttur. Sunulan yeni ajanlar MM'in kazanılmış immun yetmezliğine katkıda bulunabilir ve bu hastalarda karşılaşılan enfeksiyonların spektrumunu değiştirip, enfeksiyonların riskini arttırabilir. Bunlardan özellikle Bortezomib'in nk-kB inhibisyonuna sekonder T hücre fonksiyonunda bozulmaya ilişkili olduğu, MM hastalarında Herpes Zoster ve Hepatit B'yi de içeren bazı enfeksiyonların riskini ve hızını arttırdığı gösterilmiştir.Olgu: 60 yaş, erkek, MM IgG Lambda (Şubat 2012 tanılı), ek komorbidite yok, 4 kür VAD (Vinkristin, Adriamisin, Deksametazon)+4 kür CyBorDex (Siklofosfamid, Bortezomib, Deksametazon) ile indüksiyon tedavisi sonrası tam remisyon; Şubat 2013'te otolog kök hücre transplantasyonu, 2 haftada bir bortezomib idame tedavisi altında, son dozundan 3 gün sonra gelişen halsizlik,sarılık ve koyu renkli idrar şikayetleri+, FM'de sarılık ve hepatomegali+, KCFT'de AST/ALT:1523/1418 U/L, ALP/GGT:102/96 U/L,Total bilirubin/direkt bilirubin:10.8/5.9 mg/dl.İmmunolojik tetkikler:Hbs Ag,Anti Hbc IgM, Anti Hbc total IgG ve Anti Hbe pozitif, Anti Hbs, Hbe Ag,Anti - HDV,Anti - HCV, Anti - HIV negatif. Pre-transplantasyon hepatit serolojisi:izole Anti HBc Ig G pozitif, HBsAg ve anti-HBs negatif. Hb: 7.9 g/dl, Platelet sayısı:47 900/ml, BK:2360/ml, Mutlak nötrofil sayısı:1240/ml, INR:1.74, aPTT: 39.2,PT:

20.4, HBV-DNA:9.7 x 10^6 IU/ml, MELD skoru:13, Child-Pugh: Class B. Abdomen US: Masif asit ve karaciğer parankiminde heterojenite+ Hastaya hızlıca lamivudin tedavisi başlandı,yakın ve monitorize takip edildi. Tam medikal desteğe rağmen, KCFT'si sürekli olarak anormal seyretti, INR uzaması sebat etti. Fulminan yetmezlik nedeniyle canlı donörden acil karaciğer transplantı planlandı.Fakat hastada birkaç gün içerisinde septik şok ve hepatik yetmezlik nedeniyle transplantasyon yapılamadan exitus gelişti. MM tanılı hastaların,özellikle de antiHbC serolojisi pozitif olanların, otolog ve allojeneik kök hücre nakli sonrası reaktivasyon açısından risk altında olduğu daha önce raporlanmıştır.Rituksimab tedavisi alan lenfoma hastalarındaki duruma benzer şekilde MM hastalarında bortezomib tedavisini takiben HBV reaktivasyonu gelişimiyle ilgili raporlar bulunmaktadır. Bortezomib ilişkili lenfopeni ve/veya lenfosit disfonksiyonu, HBV proliferasyonunu kontrol ettiği bilinen sitotoksik T lenfositlerin düzeyinde ve fonksiyonlarında azalmaya neden olabilir. HBV reaktivasyon riskinde artışın asıl nedeninin, MM'in yarattığı kazanılmış immün yetmezlik mi yoksa kemoteropötik ajanların ya da Bortezomib'i içeren yeni ajanların/steroidlerin immunsupresif etkisi mi olduğu net değildir. Konvansiyonel ajanlarla tedavi edilen hastalarda da reaktivasyon raporlandığından,bütün bu faktörlerin kombinasyonu en mantıklı açıklama olacaktır. Yeni ajanlar, öz. bortezomib, mekanizma henüz tam olarak aydınlatılmasa da reaktivasyon için bir risk faktörü olarak görünmektedir. HBV reaktivasyonu açısından riski olan MM hastalarında,en azından endemik bölgelerde standart bir yaklaşım oluşturulması gereklidir. Bortezomib tedavisi alan anti-HBc + hastalarda standart kılavuzlar oluşturulana kadar, serokonversiyon açısından yakın takiple profilaktik ya da preemptif antiviral tedavi verilmesi düşünülmelidir.

Anahtar Kelimler: Bortezomib, multiple myelom, hepatit B

Literatürdeki Bortezomib tedavisine sekonder gelişen HBV reaktivasyon olguları

	Olgu ve raporlandığı yıl	Seroloji	Bortezomib öncesi	Bortezomib sonrası	HBV reaktivasyon zamanı	Sonuç
Goldberg et al., 2013	Talidomid ve lenalidomidle tedaviye yanıtsız, bortezomib e geçilen 72 yaşında erkek hasta	HBsAg HBsAb HBcAb HBVDNA	Negatif Negatif Pozitif Saptanmamış	Pozitif Negatif Bakılmamış 1.7×10^4 IU/mL	Bortezomib den 4 ay sonra	Fatal fulminan hepatik yetmezlik
Tanaka et al., 2012	Melfalan, prednizolon ve thalidomide rezistan, bortezomib verilen 72 yaşında japon anlı erkek hasta	HBsAg HBsAb HBcAb HBVDNA	Negatif Pozitif Negatif Saptanmamış	Belirtilmemiş Belirtilmemiş Geçerli değil 2.7×10^3 kopya/mL	Bortezomib in 10. dozundan sonra	4 haftalık entekavir tedavisi sonrası HBV gerilemiş ve bortezomib e sonrasında devam edilmiş
Beysal et al., 2009	Kombinasyon KT ardından bortezomib verilen hafif ateşli MM tanılı 58 yaşında erkek hasta	HBsAg HBsAb HBcAb HBVDNA	Pozitif Pozitif Geçerli değil Başlangıçta 350,000 kopya/mL lamivudinle saptanamaz hale gelmiş	Belirtilmemiş Belirtilmemiş Geçerli değil 20,000 kopya/mL	Bortezomib den 18 ay sonra	Post reaktivasyon gidişatı bilinmiyor

PS-304

PARAPROTEİNEMİYE SEKONDER PSÖDOHİPONATREMİ OLGUSU

Andaç Komaç, Bengü Erkul, Ercan Ersoy, Bahar Engin, Deniz Yüce Yıldırım, Ahmet Peker, Hasan Çağrı Yıldırım, Cengiz Ceylan

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Hiponatremi kan sodyum düzeyinin 135 mEq/L'den düşük olmasıdır, günlük klinik uygulamada en sık karşılaşılan elektrolit bozukluğu olup psödohiponatremiden ayrımı gereklidir. Bu yazımızda bilinç bozukluğu ile başvuran multiple myelom ve buna bağlı kan protein yüksekliğine sekonder hiponatremi saptanan, bilinç bozukluğu hiperviskositeye bağlı düşünülen hastamızdan bahsetmek istedik.

Olgu: Bir ay önce multipl myelom tanısı, 2 hafta önce 1 kür VAD (vinkristin, adriamisin, deksametazon) kemoterapisi almış olan 61 yaşında kadın hasta acil servise bilinç bozukluğu sebebi ile getirildi. Fizik muayenede kan basıncı: 108/68 mm/hg, nabız:84 atım/dk, saturasyon %95, gözler spontan açık, oryantasyon ve kooperasyon kısıtlı, nörolojik lateralizen defisit yok, diğer sistem muayeneleri olağandı. Yapılan tetkiklerde Wbc:11300 u/L, Hgb:7,7 gr/dl, üre:84 mg/dl, kre:1,7 mg/dl, Na:120 mmol/L, Cl: 98 mmol/L, Ca:5,8 mg/dl saptandı. Nöroloji tarafından değerlendirilen beyin tomografisinde patolojik bulgu olmayan hasta hiponatremi tanısı ile yatırıldı. Hipertonik salin tedavisi başlandı. Yapılan tetkiklerinde total protein:12,1 gr/dl, albumin:1,6 gr/dl, globulin:10,5 gr/dl düzeltilmiş kalsiyum 7,5 mg/dl, IGG:12700 mg/dl, IGA:15,5mg/dl, IGM:16,2 mg/dl, sedimentasyon 140 mm/sa saptandı. Hastada hiperproteinemiye bağlı hiponatremi düşünüldü. Hiperviskosite açısından göz dibi bakısı istenen hastada vasküler yapılarda tortiosite artışı saptandı. Hastaya antikoagülan tedavi ve plazmaferez uygulandı. Plazmaferez sonrası hastanın bilinç durumu, oryantasyon, kooperasyonu düzeldi. IgG düzeyi 4700 mg/dl'ye gerilerken, Na düzeyi 135 mmol/L'ye yükseldi.

Tartışma: Multipl myelom; monoklonal gammopati, hiperviskozite sendromu, tübüler proteinüri ve böbrek yetmezliği ile karakterize bir plazma hücre diskrazisidir. Hiperviskozite hipergammaglobulinemiye sekonder görülebilir. Serum protein düzeyindeki her 0,25 mg/dl'lik artış serum sodyum yoğunluğunda 1 mEq/L' lik bir azalmaya neden olmaktadır. Hastamızın düzeltimiş Na değeri 135 mEq/L olarak hesaplanmıştır. Olgumuzda ilk planda hiponatremiye bağlı bilinç bozukluğu düşünülmüş hipersalin tedavi ile bilinç durumunda iyileşme olmamıştır. Yatışından sonra yapılar tetkiklerinde hiperviskositeye sekonder bilinç değişikliği ve paraproteinemiye sekonder psödohiponatremi olduğu anlaşılmış 5 günlük plazmaferez tedavisi ile klinik düzelme sağlanmıştır.

Anahtar Kelimler: multiple myelom, hipeviskozite, psödohiponatremi

PS-305

AKİT SONRASI NÜKS TEDAVİSİNDE DONÖR LENFOSİT İNFÜZYONU UYGULANAN AKUT LÖSEMİLİ OLGULARDA SAĞKALIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Fatih Kurnaz[1], Cem Şahin[2], Leylagül Kaynar[1], Çiğdem Pala[1], Serdar Şıvgın[1], Fevzi Altuntaş[1], Bülent Eser[1], Mustafa Çetin[1], Ali Ünal[1]

[1]*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı*
[2]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı*

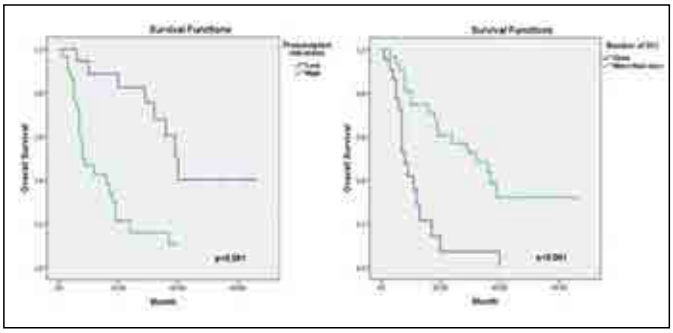
Giriş: Allojenik kök hücre transplantasyonu (AKHT) sonrası lösemi nüksü önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Donör lökosit infüzyonu (DLI) takip eden sitoredüktif kemoterapi nüks hastalarda uygulanan tedavi yöntemlerinden biridir. Bu çalışmada ilk nüks sonrası DLI tedavisi uygulanan AKHT hastalarda genel sağkalımı etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal Metod: Bu retrospektif çalışmada AKHT sonrası nüks nedeniyle, DLI tedavisi ardından fludarabin temelli kemoterapi alan 54 akut lösemili hasta [26 akut myeloid lekemia (AML) ve 28 akut lenfoblastik lösemi (ALL)] değerlendirildi.

Bulgular: Yüksek risk grubunda nakle alınan akut lösemili hastaların (risk oranı: 4,866; %95 CI: 2,029 – 11,670; p<0,001) ve birinci tam remisyondan sonraki remisyon fazlarında yapılan nakillerin (risk oranı: 2,371; %95 CI: 1,154 – 4,872; p=0,019) mortalite göreceli riskinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edildi. Ayrıca uygulanan DLI sayısı (risk oranı: 0,456 ; %95 CI: 0,29 – 0,717; p=0,001) ve non-myeloablatif rejim ile nakile alınan (risk oranı: 0,229; %95 CI: 0,053 – 0,992; p=0,049) akut lösemili olguların mortalite göreceli riski anlamlı derecede daha düşük olarak izlendi.

Sonuç: DLIS sayısını, ayrıca infüzyon hücrelerin sayısını arttırmak AKHT sonrası relaps eden akut lösemili hastalarda daha iyi genel sağkalıma neden olabilir.

Anahtar Kelimler: Akut lösemi, allojenik kök hücre trasnplantasyonu, donör lökosit infüzyonu



Şekil 1. Olgularında herhangi bir nedene bağlı ölümlerin göreceli riskleri

Tablo 1.		
	(95 % CI)	p
Tanı		
AML	1	0.160
ALL	1.642 (0.822 - 3.279)	0.160
Akut lösemilerde risk durumu		
Düşük risk	1	<0.001
Yüksek risk	4.866 (2.029 – 11.670)	<0.001
DLI sayısı	0,456 (0,29 – 0,717)	0.001
Hastalık fazı		
1. Tam remisyon	1	0,019
2. Remisyon ve sonrası	2,371 (1,154 – 4,872)	0,019

PS-306

VERTİGONUN NADİR SEBEPLERİNDEN BİRİ: VİTAMİN B12 EKSİKLİĞİ

Yusuf Hançerli, Veysel Özalper, İbrahim Çetindağlı, Yusuf Abul, Mustafa Kaplan, Yalçın Önem, Emrullah Solmazgül

GATA Haydarapaşa Eğitim Hastanesi, İç Hastalıkları Servisi, İstanbul

Giriş: Vitamin B12 (Vit B12) ilk olarak 1948 yılında tanımlanmış olup, Vit B12 eksikliğine toplumun %3-40'ında rastlanmaktadır. Vit B12 eksikliği, makrositik anemi başta olmak üzere bazı hematolojik bozukluklar ve nöropsikiyatrik hastalıklarla ilişkilendirilmiştir. Eksikliğinde bir çok hematolojik parametre etkilenebilir. Bunlar arasında megaloblastik anemi, makrositoz (MCV>100 pg/ml), artmış bilirubin ve LDH seviyeleri, lökopeni, trombositopeni, makro ovalositler ve hipersegmente nötrofiller sayılabilir. Vit B12 eksikliğinde görülen nöropsikiyatrik bozukluklar dorsal ve spinal kolonların subakut kombine dejenarasyonuna bağlı gelişmektedir. Buna bağlı olarak alt ekstremitelerde daha fazla olmak üzere simetrik parestezi, ataksi, kuvvet kaybı, vibrasyon ve pozisyon duyusunun azalması, spastisite, hafıza kaybı, huzursuzluk, demans görülebilir. Biz burada Vit B12 eksikliğine bağlı vertigo ile müracaat eden bir olguyu sunmayı istedik.

Olgu: 48 yaşında erkek hasta son 6-7 aydır devam eden halsizlik, yorgunluk, vertigo, senkop atakları ve son 2 ay içinde 8-9 kg kilo kaybı şikayeti ile daha önce KBB ve Nöroloji klinikleri tarafından araştırılmış, hafif anemi dışında etyoloji ortaya konamamış. Yapılan tetkikler sonucunda hastanın anemi evaluasyonu amacıyla Hematoloji polikliniğine müracaatı önerilmiş. Hasta mevcut şikayetleri ile İç Hastalıkları polikliniğe geldi. Hastanın ilk başvurusunda cildi limon sarısı renkte idi. Yapılan tetkiklerde Hgb:11 g/dl, Hct%32, MCV:114, Plt:110.000 mm^3, LDH:2252 U/L olarak tespit edildi. Tüm batın ultrasonografisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Mevcut bulgularla hastada megaloblastik anemi düşünülerek serumda folat ve Vit B12 istendi. Folat: 10.8 ng/ml (Normali:4.5-20.5 ng/ml), Vit B12: 102 pg/ml (Normali:187-883 pg/ml) olarak tespit edildi. Yapılan gastroskopi ve mide biyopsi ile kronik atrofik gastrit saptandı. Hastaya Vit B12 eksikliğine bağlı megaloblastik anemi tanısıyla 1000 mcg/gün intramuskuler(IM) siyanokobalamin (Vit B12) tedavisi başlandı. 10 günlük tedavi sonrası hastanın laboratuar ve klinik durumu düzeldi. Sonrasında tedavisine Vit B12 1000 mcg/ay IM olarak devam edildi. Mevcut tedaviyle hastanın şikayetleri tamamen kayboldu ve tekrarlamadı.

Sonuç: Vit B12 eksikliği, etkilenen hematolojik parametrelerin yanında serumdaki eksiklik derecesinden bağımsız olarak vertigo, senkop gibi nörolojik tablolarda da akılda tutulması gereken bir durumdur.

Anahtar Kelimler: Vertigo, Megaloblastik anemi, Vitamin B12

PS-307

STİLL HASTALIĞI KLİNİĞİYLE PREZENTE OLAN AKUT HEPATİT A ENFEKSİYONUNA SEKONDER HEMOFAGOSİTİK SENDROM OLGUSU

Ekin Kırcalı, Pelin Saraçoğlu, Ayşe Hilal Eroğlu Küçükdiler

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.

Giriş: Sekonder hemofagositik sendrom, uzamış ateş ve hepatosplenomegali major bulgularıyla prezente olan; viral, bakteriyel, otoimmün birçok hastalıktan kaynaklanabilen, hiperinflamasyon kontrol altına alınamazsa hayatı tehdit eden bir sendromdur. Literatürde akut hepatit A enfeksiyonuna sekonder hemofagositik lenfohistiositoz bildirileri kısıtlı sayıda bulunmaktadır ve spesifik bir tedavi yoktur. Olgumuz, kliniğiyle erişkin başlangıçlı Still hastalığını taklit eden hemofagositik lenfohistiositoz vakasını konu almaktadır.

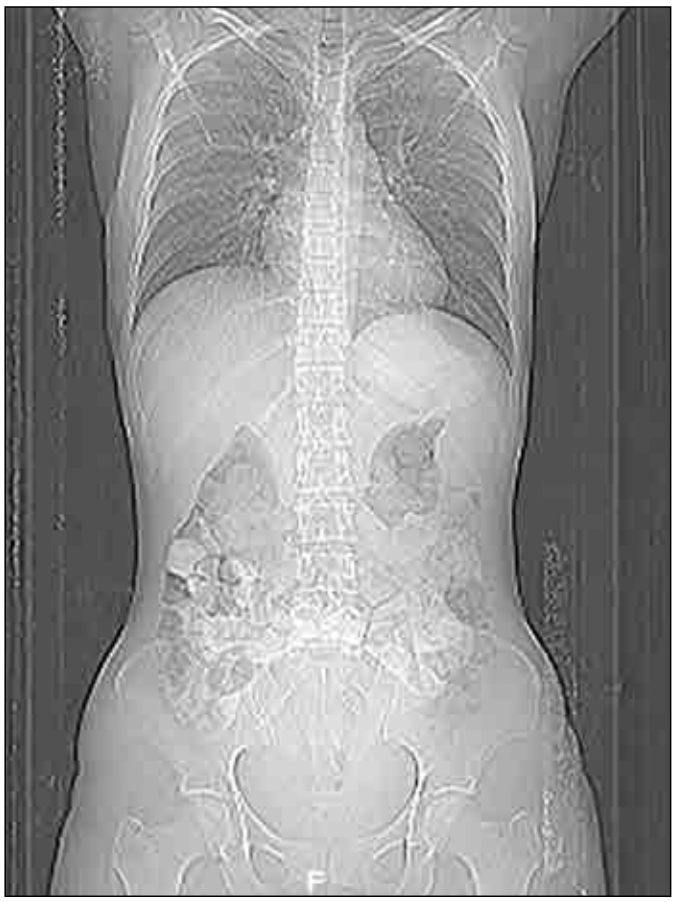
Olgu: Öncesinde bilinen hastalığı olmayan, 31 yaşında kadın hastadır. Hasta el ve ayaklarda başlayan, birleşme eğiliminde olan, parmak uçlarına doğru yoğunlaşan, ciltten hafif kabarık döküntü yakınmasıyla başvurduğunda 7- 10 gün süren ve 39 C› ye ulaşan ondulan ateşi de olmuştu. Bitkinlik, terleme mevcuttu. Bu 2 hafta içinde 7 kg kaybetmişti. Ateşi çıktıktan sonra özellikle dizde artan eklem ağrısı olan hastanın karaciğer enzimlerinde (transaminaz düzeyleri >1000), LDH (>300), ESR (>80) ve ferritin (>1000) değerinde yükselme gözlenmişti. Abdomen ultrasonunda splenomegali (140 mm) dışında bulgu izlenmedi ve hasta erişkin başlangıçlı Still hastalığı öntanısıyla yatırıldı. Soygeçmişinde özelliği, bilinen allerjisi yoktu. Oral- genital aft yok, DVT öyküsü yok, paterji ve eritema nodozum yoktu. Dizüri, öksürük, balgam, ağız içi apse görünümü, anal lezyon, periferik lenfadenopatileri yoktu; kültürlerinde üreme olmadı. Ateş etyolojisi açısından test edilen diğer viral ve bakteriyel ajanlar (Brucella, Borrelia, Bortadella, Leishmania, Parvovirüs, EBV, CMV vb.) de negatifti. İnfektif endokardit dışlanmak üzere ekokardiyografi çekildi, vejetasyon ya da muayenede üfürüm yoktu; hafif perikardiyal effüzyon mevcuttu. 1 mg/kg dozunda metilprednizolon başlandı; hemolitik anemiler panelinde direkt Coombs pozitifti. Periferik yaymasında atipik lenfositleri olan hastanın kemik iliği aspirasyon ve biyopsisinde CD56 negatif sitotoksik T hücresi artışı izlendi ve Primer Hepatosplenik Tip gamma delta T hücreli lenfoma dışlandı. Karaciğer enzim düzeyleri ve ateş yanıtı alınamayan hastaya dirençli hastalık öntanısıyla 250 mg/gün metilprednizolonla pulse steroid uygulandı. Otoimmün hepatit ve metabolik karaciğer hastalıkları panelleri negatifti. Hepatit belirteçlerinden Anti HAV IgM pozitif bulundu. Karaciğer koruyucu destek tedavisine ve transplantasyon hazırlıklarına başlandı. Takibinde bilinç değişikliği gelişen hastaya 4 kez terapötik plazmaferez uygulandı. Hematolojik tutulum (bisitopeni) nedeniyle 5 gün süreyle 400 mg/kg intravenöz immungobulin de verildi. Büyük granüllü T hücreli lenfoma löseminin erken fazından şüphelenildiğinden 3 hafta sonra kemik iliği aspirasyon ve biyopsisi tekrarlandı ve hastaya sekonder hemofagositik sendrom tanısı konarak steroide devam edildi. İzleminde karaciğer fonksiyonları normale dönen ve taburcu olan hasta dokuzuncu ayında, remisyonda izlenmektedir.

Sonuç: Hemofagositik sendromun yönetimi zor ve mortalite potansiyeli yüksektir. Tedavisinde önce hiperinflamasyonun, sonra da altta yatan etkenin kontrolü önemlidir. Akut hepatit A enfeksiyonu erişkin çağda fulminan hepatitle seyredebilecek ciddi bir enfeksiyon olup tedavisinde karaciğer transplantasyonuna kadar gidilebilmektedir. Hem akut hepatit A hem de hemofagositik sendromun başarıyla yönetilebilmesi olgumuzda da olduğu gibi hayat kurtarıcıdır.

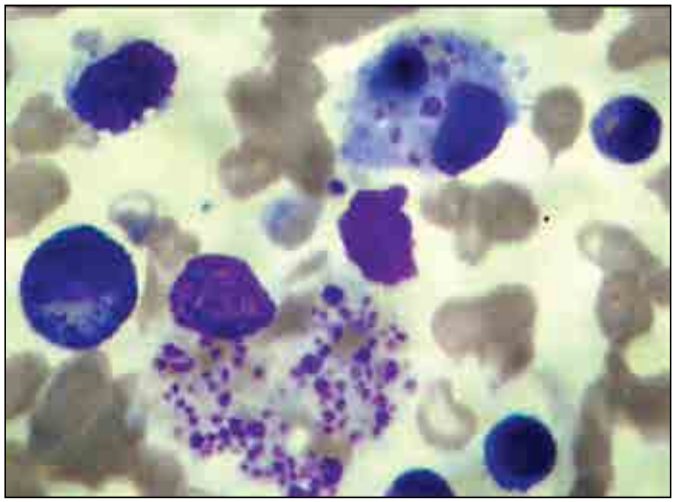
Anahtar Kelimler: hemofagositik sendrom, lenfohistiositoz, hepatit A, erişkin başlangıçlı Still



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-308

OBSTRUKTİF UYKU APNE SENDROMU İLE PREZENTE OLAN DÜŞÜK DERECELİ B HÜCRELİ LENFOMA

Rabia Sevda Yıldız[1], Güven Çetin[2], Şebnem Emegil[1], Ayşe İrem Yasin Çetin[1], İskender Ekinci[1]

[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hematoloji Bilim Dalı

Giriş: Lenfoma, lenf düğümü, dalak, kemik iliği, kan ve diğer organlarda yer alan malign lenfoid hücrelerden kaynaklanan habis tümör grubu olup hodgkin ve non-hodgkin lenfoma diye ikiye ayrılır. Lenfomaları ayrıca düşük, orta ve yüksek dereceli olarak 3 grupta da inceleyebiliriz. Düşük dereceli lenfomalar yavaş ilerler, acil tedavi çoğu kez gerekmez. Hastalar uzun süre iyi bir yaşam kalitesi ile yaşarlar. Obstruktif uyku apne sendromu (OUAS), açıklanamayan ciddi gündüz uykululuğunun ve uyku saati başına en az beş solunum olayının (apne ve hipopne) birlikte bulunması durumudur. Tanısı polisomnografi ile konulur. OUAS'nin predispozisyon faktörleri erkek cinsiyet, orta yaş grubunda olmak, sigara içmek, obezite, hipotiroidizm ve akromegali, çocukluk çağındaki tonsil ya da adenoid büyümesidir.

Olgu Sunumu: 60 yaşında kadın hasta 1,5 yıldır horlama, sürekli uykululuk hali ve apne benzeri şikayetleri nedeniyle polisomnografi ile değerlendirilmiş ve OUAS tanısı konulduktan sonra etyolojik inceleme için kliniğimize yönlendirilmiş. Fizik muayenesinde servikal ve submental LAP, splenomegali saptandı. Tam kan sayımında lökosit sayısı 78.000 10^3/uL tespit edilmesi üzerine yapılan periferik yaymasında atipik hücreler görüldü. Kemik iliği aspirasyon biyopsisi incelemesinde kemik iliği tutulumunun da olduğu düşük dereceli B hücreli lenfoma tanısı konuldu. Bilgisayarlı tomografi incelemelerinde bilateral servikal, bilateral axiller ve mediastende multipl LAP ve splenomegali (200 mm) tespit edildi. PET-CT'de orofarenks ve nazofarenks lojlarında hipermetabolik yumuşak doku kalınlaşmaları ve bilateral servikal bölgede hipermetabolik lenf nodları saptandı. Nazofarenks eksizyonel doku biyopsisi düşük gradeli B hücreli lenfoma ile uyumlu geldi. Solunum yolu obstrüksiyonu ile gelen, düşük dereceli, 4A evreli lenfoması olan hastaya CHOP (Siklofosfamid-Doksorubisin-Vinkristin-Prednizolon) kemoterapisi başlandı. İlk kürden sonra tüm şikayetleri kaybolan hastada, 4. kürden sonra tam remisyon gözlendi.

Sonuç: Düşük dereceli lenfomalarda lenf nodunun büyümesi uzun zamanda olur ve yavaştır. Lenfomaların OUAS ile prezente olması nadir bir durum olmakla beraber, OUAS etyolojisinde özellile lenfoid maligniteler de akılda tutulmalıdır.OUAS ile başvuran hastaların bu bölgelerdeki kalınlaşmaları ve lenf nodları daha dikkatli değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimler: obstruktif uyku apnesi, lenfoma

PS-309

GLİKOPROTEİN IIB/IIIA İNHİBİTÖRÜ TİROFİBAN İLİŞKİLİ TROMBOSİTOPENİ; OLGU SUNUMU

Duygu Bayır[1], Reşit Volkan Atar[1], Emrah Barışan[1], Atakan Tekinalp[2], Kubilay Erselcan[3]

[1]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı
[3]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Klinisyenler günlük pratikte nedeni bilinmeyen trombositopeni ile sıklıkla karşılaşmaktadır. İlaçlar, trombositopeninin önemli ve geri döndürülebilir nedenlerinden biridir. Patogenez, genellikle ilaç ilişkili antikorlar ile trombositlerin direk yıkımı ya da antikor kaplı trombositlerin retiküloendotelyal sistemce fagosite edilmesiyle açıklanır. Ayırıcı tanıda özellikle ilaç anamnezi ve trombositopeni ile seyreden patolojileri ekarte edecek fizik muyane ve laboratuar bulguları önemli yer tutar.

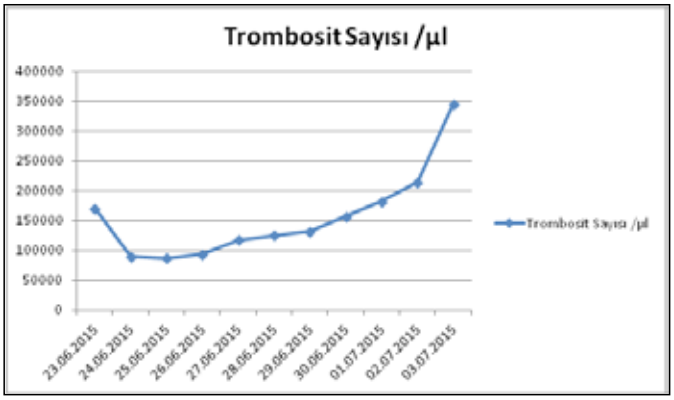
Bu posterde tirofiban kullanımı sonrası trombositopeni gelişen bir olgu sunduk.

Olgu: 46 yaşında kadın hasta göğüs ağrısı, terleme, bulantı şikâyetleri ile ilçe devlet hastanesi acil servisine başvurmuş. Çekilen elektrokardiyografisinde D1, aVL ve V1-V6 derivasyonlarında ST segmentinde yükselme tespit edilen hasta yaygın anterior MI ön tanısı ile hastanemiz kardiyoloji bölümüne sevk edilmiş. Acil olarak koroner angıografisi yapılan hastanın LAD, Circumflex ve Rca damarlarında %90 üzerinde darlık saptanması üzerine koroner arter by-pass greft operasyonu yapılması planlanarak hasta Koroner yoğun bakım ünitesine alınmış. Yatışı sırasında yapılan kontrol tetkiklerinde trombositopeni saptanan hasta tarafımıza konsülte edildi. Sorgulandığında hastanın diyabet nedeniyle insülin kullanımı mevcuttu. Onun dışında düzenli ilaç kullanımı yoktu. Hastanın ilk geliş tetkiklerinde trombosit sayısı normaldi. Koroner yoğun bakım yatışı sonrasında Tirofiban infüzyonu almaktaydı. Heparin verilmemişti. Hastanın fizik muayenesinde özellik yoktu. Hepatosplenomegali, peteşi saptanmadı. Hemogramında eritrosit ve lökosit serilerinde etkilenme olmamıştı. Hastanın sonraki trombosit değerleri tabloda verilmiştir. (Şekil-1) . Periferik yayması incelendiğinde trombosit sayısı laboratuar değerleriyle örtüşmekteydi. Böylece psödotrombositopeni de ekarte edildi. Bu bilgiler ışığında hastada ilaç ilişkili trombositopeni düşündük ve Tirofiban infüzyonunu kestik. Sonrasında trombosit replasmanına gerek olmaksızın hastanın trombosit değerleri tedrici olarak yükseldi ve hastaya başarılı bir şekilde Koroner arter by-pass greft operasyonu uygulandı.

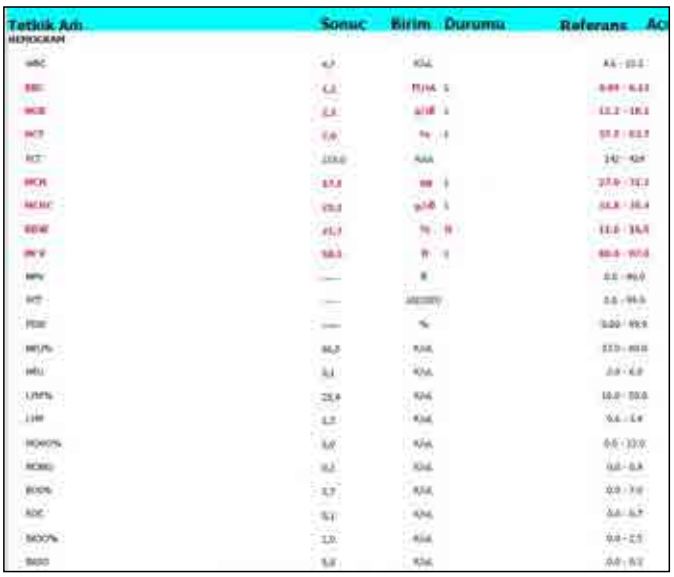
Sonuç-Tartışma: Glikoprotein IIb/IIIa inhibitörleri (Tirofiban, Abciximab, Eptifibatide) iki farklı yolla trombositopeni yapar. İlki psödotrombositopenidir; trombosit agregasyonuna bağlı gelişir ve klinik önemi yoktur. Diğeri ise immun kaynaklı trombositopeni olup dakikalar içerisinde gelişen ve hayatı kanamalara neden olan acil bir tablodur. Literatürde de vaka bazında tirofiban ile ilişkilendirilmiş trombositopeni olguları mevcuttur. Bu olgularda PLT değeri 100.000 /μL'nin altında saptandığında olgumuzda yapıldığı gibi infüzyonun kesilmesi önerilmektedir. Ayrıca hayati kanama riski de göz önünde bulundurularak ge-

rektiğinde trombosit süspansiyonu verilebilir. Bu nedenle glikoprotein IIb/IIIa inhibitörleri uygulanan hastalar ani, derin trompositopeni ve kanama bulguları açısından yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimler: Glikoprotein IIb/IIIa inhibitörleri, ilaç ilişkili trombositopeni



Şekil 1.



PS-310

HEMOGLOBİN DEĞERİ 2 GR/DL OLAN HASTA YAŞAR MI? OLGU SUNUMU

Fatma İnci Can, Tezcan Kaya, Hakan Cinemre

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Anemik hasta iç hastalıkları uzmanlık pratiğinde en sık rastlanılan ve ayırıcı tanısının yapılması gereken önemli klinik durumlardan biridir. Aneminin oluşturduğu başlıca belirtiler doku hipoksisi ve kompensatuar mekanizmaların sonucunda ortaya çıkarak vücutta birçok sistemi etkiler. Hastalarda halsizlik, baş dönmesi ve çarpıntı en sık görülen belirtiler olmakla birlikte soğuğa tahammülsüzlük, güçsüzlük, baş ağrısı, nefes darlığı, sersemlik hissi, uyuma güçlüğü, tat almada değişiklik, baygınlık hissi, konsantrasyon güçlüğü, kulak çınlaması ve kalp hızında artma gibi semptomlar da görülebilir. Fakat anemiye eşlik eden semptomlar aneminin hangi hızla geliştiğine bağlıdır. Kronik, yavaş gelişen hemoglobin (Hgb) düşüşlerinde hasta genellikle anemiye uyum sağlar. Oldukça düşük Hgb değerlerine bile tahammül eder ve beklenenden az semptom görülebilir. Bu bildiride hastanemize halsizlik nedeniyle başvuran, Hgb değeri 2 gr/dl saptanarak yatırılan ve şifa ile taburcu edilen bir olguyu sunduk.

Olgu: 76 yaşında kadın hasta uzun zamandır olan ve son bir aydır artarak devam eden halsizlik şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvurmuş. Özgeçmişinde epilepsi ve tıkayıcı beyin damar hastalığına bağlı sağ hemiplejisi olduğu öğrenilen hasta yaklaşık 5 yıldır yatağa bağımlı halde yaşıyormuş. İştahsızlık, kilo kaybı, kanaması, operasyon öyküsü yoktu. İlaç olarak karbamazepin ve asetil salisilik asit kullanmaktaydı. FM'de şuur açık, oryante, koopere, TA:90/60, Nabız:100/dk, ateş:36,6 ^{0}C, sağ hemiplejik idi. Soluk görünümde olan hasta, ikterik değildi. EKG'de sinüs ritmi vardı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 6390 K/uL, Hgb 2,04 g/dL, htc %7,4 MCV 58,7 fl, MCH 16,1 pg/L, MCHC 27,3g/dl, RDW % 23,3 trombosit 206.000K/uL üre 72 mg/dl, kreatinin 1 mg/dl, AST 18 U/L, ALT 7 U/L, total bilirubin 0,6 mg/dl, direkt bilirubin 0,3 mg/dl, LDH 190 U/L olan hastanın kontrol hemogramı da benzerdi (Resim 1) ve anemi nedeniyle dahiliye servisine yatırıldı. Yatış sonrası yapılan tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 121 mm/sa, CRP 3,45 mg/l, total protein 6,5 g/dl, albümin 3,5 g/dl, demir 7 ug/dl, demir bağlama kapasitesi 408 ug/dL, ferritin 112ng/ml, folat 2,9 ng/mL, ferritin 4,2 ng/mL, b12 vitamini 329 pg/mL idi. Hastanın periferik yaymasında eritrositlerde hipokromi, mikrositoz ve anizositoz mevcuttu; lökosit formülünde ve trombositlerde özellik yoktu; atipik hücre görülmedi. Demir eksikliği ve folat eksikliğine bağlı semptomatik anemisi olan hastaya eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı. Postmenapozal dönemde demir eksikliği saptanan hastaya yapılan üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopisinde özellik görülmedi. Hastaya çekilen batın ve toraks BT'de patoloik bulgu saptanmadı. Transfüzyonlar sonrası hastanın Hgb değeri 8,3 gr/dl olduğu dönemde bakılan kontrol ESH 25 mm/sa olarak bulundu. Hastanın yaşı ve komorbiditeleri nedeniyle demir ve folat eksikliği nedeni ileri tetkik edilmedi. Hasta oral demir ve folat replasman tedavisi ile poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Özellikle yatağa bağımlı olarak takipleri yapılan hastalarda kronik bir süreçte yavaş olarak gelişen anemi, oldukça düşük Hgb seviyelerine gelmeden semptomatik olmayabilir. Fakat aynı hasta grubunda ortaya çıkan anemi belirtileri eşlik eden hastalıklara bağlı düşünülerek anemi göz ardı edilebilir. İleri yaştaki hastalarda hiçbir anemi belirti ve bulgusu olmasa bile periyodik olarak hemogram takiplerinin yapılması faydalı olabilir.

Anahtar Kelimler: Anemi, Demir eksikliği, Folat eksikliği, Geriatri

PS-311

KATASTROFİK GİDİŞLİ MULTİPL MİYELOM OLGU SUNUMU

Seydahmet Akın, Müge Kömürcüoğlu, Nazire Başkurt Aladağ, Nihal Yılmaz, Abidin Gündoğdu, Ozan Ekim, Ünzile Arifoğlu, Güven Yılmaz, Arzu Cennet Işık, Özcan Keskin, Mehmet Aliustaoğlu

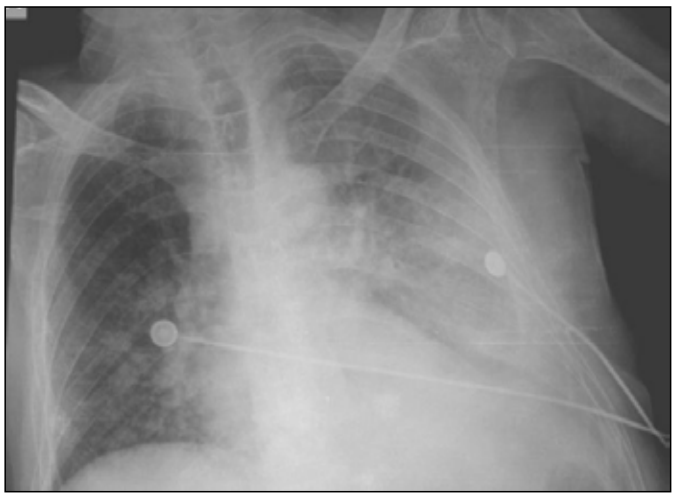
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İç hastalıkları kliniği

Giriş: Multipl miyelom (MM) plazma hücrelerinin habis bir hastalığıdır. Göreceli nadir bir hastalıktır. Tüm kanserlerin %1'ini ve hematolojik malignitelerin %10'unu oluşturur. Tanı anında ortanca yaş 65'tir. Miyelom hastalarının % 35'i 65 yaşın altında, % 28'i 65-74 yaş arasında, % 37'si 75 yaşın üzerindedir. Klinik olarak heterojen bir hastalık olan MM, genellikle tedavi gerektirmeyen sessiz miyelom (Smoldering Multiple Myeloma-SMM) ve tedavi gerektiren ileri evre MM olmak üzere sınıflandırılabilir.MM tanısı için serum ve/veya idrarda monoklonal protein, kemik iliğinde %10'nun üzerinde atipik klonal plazma hücresi ve/veya klonal plazmositom ve bunların yanında kemik lezyonu, anemi, böbrek yetersizliği, hiperkalsemi gibi organ hasarını gösteren bulgulardan herhangi birinin varlığı yeterlidir. Akut böbrek yetmezliği ile başvurup MM tanısı alan ve tedavi sonrası pulmoner emboli gelişen bir olguyu sunuyoruz.

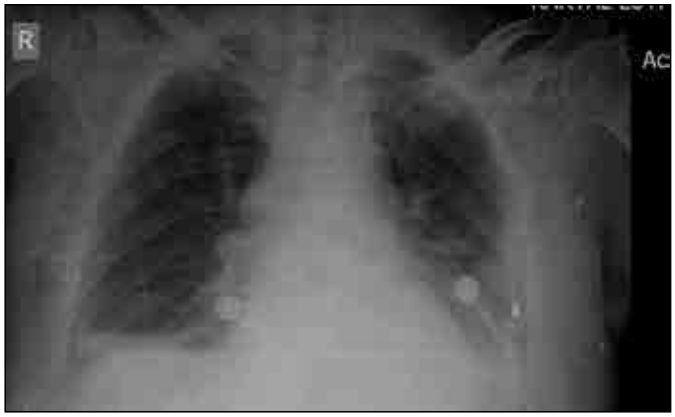
Olgu:2 aydır bel ağrısı ve 10 gündür süren bulantı, kusma, hıçkırık nedeniyle acil servisimize başvuran hastanın yapılan muayene ve tetkiklerinde üre 125mg/dl (17-43), kreatinin 3,3mg/dl(0,50-0,95), kalsiyum 16,31mg/dl(8,5-10,5),potasyum 3,5mEq/l, Hb 11,2mg/dl, sedimantasyon: 90/saat bulunarak akut böbrek yetmezliği tanısıyla servisimize yatırıldı.Hidrasyon, İV furasemid ve steroid tedavisi ile hiperkalsemisi tedavi edilen hastanın bir kez hemodializ ihtiyacı oldu. Üriner USG normal bulunan, NSAİD kullanımayan, diyabet ve hipertansiyonu olmayan hastanın tetkiklerinde immün elektroforezinde İg G 5432mg/dl(700-1600) bulundu, %45(<%10) plazmosit bulunarak MM tanısı konuldu. Kemik ağrısı ve hiperkalsemisinin MM kaynaklı olduğu düşünülerek hematoloji önerisiyle VAD kemoterapisi başlandı. KT sonrası komplikasyon görülmedi. Taburculuğu planlanan hastanın nefes darlığı, taşipnesi ve göğüs ağrısı olması üzerine pulmoner emboli düşünüldü. Göğüs hastalıkları ile konsulte edilen ve heparin başlanan hastanın sonraki gün giderek kliniği bozuldu, taşipne, ateş,hipoksemi ve şuur bulanıklığı gelişmesi üzerine yoğun bakıma alındı.

Tartışma:MM sık görülen ve tedaviye yanıt veren bir hematolojik malignite olmasına rağmen böbrek yetmezliğine yol açabilmesi, enfeksiyona yatkınlık ve tromboza eğilim yaratması nedeniyle klinik gidişi oldukça farklı tablolarda olabilmektedir. Göğüs ağrısı, nörolojik bulgular ve ateş gelişmesi durumunda erken ve agresif yaklaşım olumsuz klinik gidişi durdurabilecektir. İç hastalıkları kliniklerine çok başvurması ve öğretici olması nedeniyle kötü seyirli bu olguyu sunuyoruz

Anahtar Kelimler: Multipl miyelom, böbrek yetmezliği, pulmoner emboli



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-312

REFRAKTER KLL TANISI İLE TAKİPLİ RİTUKSİMAB BENDAMUSTİN TEDAVİSİ İLE SİTOPENİ GELİŞEN OLGU SUNUMU

Belma Gökçen[1], Mehmet Yavuz[2], Gülsüm Akgün Çağlıyan[3], Oktay Bilgir[4]

[1]Çanakkale Yenice Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Çanakkale
[2]İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir
[3]Denizli Devlet Hastanesi, Hemotoloji Kliniği, Denizli
[4]İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Kronik lenfositik lösemi(KLL) küçük morfolojik olarak olgun görünümlü lenfositlerin birikimi ile tanımlanan bir hastalıktır. KLL erişkinde en sık gözlenen lösemi tipidir. Tanı anındaki ortalama yaş 65 olmakla birlikte sıklığı yaşla artmaktadır. Oldukça değişken klinik seyir gösterir ve genellikle uzamış hastalık seyrine sahiptir. Ortalama 70 yaşında tanı alan hastalarda nükleozid temelli rejimlerden daha az toksisiteye sahip yeni tedavi seçenekleri gereklidir. Bendamustin daha yaşlı KLL hastalarında uygun tedavi olarak ortaya çıkmıştır ve daha önce tedavi edilmemiş ve refrakter KLLde klinik etkinlik göstermiştir.

Yöntem: Refrakter KLL tanısıyla aldığı rituksimab bendamustin tedavisi sonrası sitopeni gelişen hastamızı vaka sunumu şeklinde hazırladık.

Olgu: Olgumuz 72 yaşında, erkek hasta, yaklaşık 4 yıl önce ateş, halsizlik yakınmaları ile yaptığı poliklinik başvurusu sonrası evre 3 KLL tanısı almış. 2 kür Fludarabin siklofosfamid (FC) kemoterapisi sonrası hasta takibe gelmemiş. Yaklaşık 4 yıl sonra ateş yüksekliği nedenli tetkik amaçlı enfeksiyon hastalıkları servisinde yatarken hastanın KLL öyküsü olması ve hemogramında wbc: 42800 lenfosit: 31600 hb:8,75 plt: 287000 saptanması nedenli istenen hemotoloji konsültasyonu ile hasta değerlendirildi. Hastanın periferik yaymasında lenfosit hakimiyeti (%75) saptandı. Periferik kandan gönderilen flowsitometrede CD5+ CD19+ CD20+ CD22+ CD23+ saptandı. 17 p delesyonu negatif olduğu görüldü.. Enfeksiyon hastalıkları kliniğinden nakil alınan hastaya başlanan sistemik antibiyotik tedavisi devam edildi. Hastaya 4 kür Rituksimab-Fludarabin siklofosfamid kemoterapisi verildi. Tedavi sonrası değerlendirmede hemogramında wbc:3100 hb:9,2 plt 43000 olan ve ilerleyici kemik iliği yetersizliği düşünülerek refrakter KLL olarak değerlendirilen hastaya rituksimab-bendamustin kemoterapisi planlandı.28 günde bir 375 mg/m^2 rituksimab 1.günde, bendamustin 90 mg/m^2 2. ve 3. gün olarak kemoterapisi planlandı. 2. Kür rituksimab-bendamustin kemoterapisi sonrası değerlendirilen hastanın hemogramında wbc:1740 nötrofil:1300 lenfosit: 330 hb:6.2 plt 8000 olarak saptandı. Rituksimab bendamustin kemoterapisine sekonder sitopeni olarak değerlendirilen hastaya eritrosit ve trombosit replasmanı ve G-CSF desteği verildi. 3.kür tedavisi sitopeniler ertelendi.

Tartışma: 17 p delesyonu olmayan ve nüks olan 70 yaş üzeri olgularda rituksimab bendamustin seçilecek kemoterapi rejimlerindendir. Takibinde gelişen sitopeni akılda tutulması gereken yan etkilerden olup hastaların yakın izlemini ve destek tedaviyi gerektirmektedir.

Anahtar Kelimler: KLL, bendamustin, sitopeni, yan etki

PS-313

MEME KANSERLİ BİR OLGUDA ESANSİYEL TROMBOSİTOZ GELİŞİMİ

Belma Gökçen[1], Gülsüm Akgün Çağlıyan[2], Emine Özay[3], Oktay Bilgir[4]

[1]Çanakkale Yenice Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Çanakkale
[2]Denizli Devlet Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Denizli
[3]İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir
[4]İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Esansiyel trombositoz, kemik iliğinin çok fazla trombosit üretmesiyle karakterize bir myeloproliferatif hastalıktır. Solid organ tümörlerine bağlı ise sekonder trombositoz görülebilmektedir. Solid organ tümörü olan vakalarda esansiyel trombositoz gelişimi oldukça nadir bir durumdur.

Yöntem: Meme kanseri tanılı ve trombosit sayısı yüksekliği nedeniyle yapılan tetkikleri sonrası esansiyel trombositoz tanısı alan bir olgu sunuldu.

Bulgular: 3 yıl önce meme kanseri nedeniyle sağ parsiyel mastektomi olan 72 yaşındaki bayan hasta, postmenopoz dönemde ve hormon reseptörleri pozitif olduğu için kemoterapi almadan endokrin tedavi ile izlenmekteymiş.Parsiyel mastektomi yapıldığı için radyoterapi uygulanmış. Takip edildiği medikal onkolog tarafından izleminde saptanan trombosit sayısı yüksekliği nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Yapılan tekiklerinde wbc:11800 mm^3, hb:11.4 gr/dl, MCV:91, plt:1108000 saptandı. Periferik yaymada normokrom normositer eritrositler, lökosit formülu normal, trombosit sayısı belirgin artmış >1000000 saptandı.Fizik muayene normal bulundu ve batın USG'de dalak boyutu normaldi. Yapılan kemik iliği aspirasyonunda hiperselüler kemik iliği, megakaryositlerde kümelenme ve artış saptandı. Myeloid eritroid oran,myeloid lehine artmış bulundu. Kemik iliği biyopsisi hiperselülerdi. Retiküler lif derecesi: I bulundu. JAK2V617F mutasyonu pozitif ve bcr –abl negatif bulundu. Hastaya asetilsalisilik asit ile eş zamanlı hidroksiüre tedavisi başlandı.Hasta 6 aydır esansiyel trombositoz nedeniyle polikliniğimizde takipli olup kontrol hemogramında wbc:8200 mm^3 hb:12.2 gr/dl mcv:87 plt:468.000 şeklindedir.Hidroksiüre 2x1 ve asetilsalisilik asit 100 mg tedavilerini almaktadır. Aynı zamanda medikal onkolojinin takibinde olan hasta meme kanseri açısından stabil hastalık nedeniyle izlenmektedir.

Sonuç: Esansiyel trombositoz primer trombositozla karakterize bir durumdur. Solid organ tümörleri ise sekonder trombositoz nedenlerinden biridir. Trombositozu olan hastaların %35'inde aynı zamanda solid organ tümörleri görülebilmektedir. Genellikle akciğer, sindirim sistemi, meme, lenfoma ve over maligniteleri gözlenmektedir. Meme kanseri tanılı ve tanıdan 3 yıl sonra gelişen bir (primer) esansiyel trombositoz olgusu sunuldu. Bu nedenle onkolojik hastaların hematolojik problemleri dikkate alınmalı ve önemsenmelidir.

Anahtar Kelimler: meme kanseri, esansiyel trombositoz

PS-314

KRONİK İMMÜN TROMBOSİTOPENİK PURPURA NEDENİYLE SPLENEKTOMİ YAPILAN HASTALARIN TEDAVİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülçin Özalp, Demet Aydın, Cengiz Çakan, Gökhan Şendur, Özlem Basat, Şerife Ayşen Helvacı

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

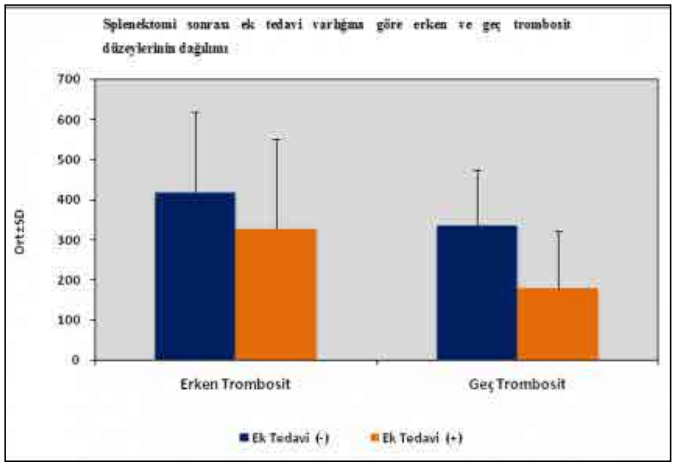
Amaç: Kronik immün trombositopenik purpura tanısıyla splenektomi yapılan hastalarda splenektomiye kadar kullanılan tedavi seçenekleri, splenektomiye yanıt durumu ve splenektomi sonrasında tedavi alanların, tedaviye yanıtlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 01.01.2000- 31.12.2014 tarihleri arasında Okmeydanı E.A.H. hematoloji polikliniğinde takip edilen kronik immün trombositopenik purpura nedeniyle splenektomi yapılan hastalar çalışmaya alındı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, eşlik eden hastalıkları,tanı tarihi, başvuru şikayeti, başvuru sırasındaki trombosit sayısı, splenektomiye kadar aldığı tedavi, splenektomi sonrası erken(ilk 3 ay) ve geç(3 ay ve sonrası) trombosit sayısı, aşı durumu, dalak sintigrafisi yapılıp yapılmadığı, operasyonun tipi, splenektomi sonrası tedavi ihtiyacı ile ilgili veriler hasta dosyaları incelenerek değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmada hastaların yaş ortalaması 44.35±15.30 yıl saptandı. Kadın erkek oranı 2.2 olarak tespit edildi. Başvuru anında 52 hastada (54,2) kutanöz kanama, 8 hastada (%8,33) mukozal kanama, 11 hastada (%11,4) kutanöz ve mukozal kanama birlikte bulunurken, 23 hastada (%23,9) insidental olarak saptanmıştı. Hastaların tümüne ilk basamak tedavide kortikosteroid verilmişti. Kortikosteroide yanıt vermeyen hastalarda çeşitli medikal tedaviler verilmişti. Hastaların tedavi yanıtları değerlendirildiğinde 59 hastada yanıtsız, 26 hastada tam yanıt ve 11 hastada kısmi yanıt tespit edilmişti. Yanıt alınan bu 37 hastada takiplerde nüks gelişti. Tüm hastalara splenektomi yapılmıştı. 26 hastada açık ameliyat yapılırken, 68 hastada laparoskopi yapılmıştı. 2 hastada da kanama nedeniyle laparoskopiden açık ameliyata dönülmüştü. 2 hastada ameliyat sonrası sintigrafide aksesuar dalak saptanmıştı. Tekrar opere edilmişlerdi. Açık ameliyat uygulanma oranının, splenektomi sonrası tedavi ihtiyacı olanlarda, tedavi gerektirmeyenlerden yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştu (p=0.013; p<0.05). Splenektomi sonrası tedavi ihtiyacına göre hastaların splenektomi sonrası erken trombosit (p=0.048) ve geç trombosit (p=0.001) sayıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştı(p<0.05). Ek tedavi gerektiren hastaların erken ve geç trombosit sayıları, ek tedavi gerektirmeyenlerden anlamlı düzeyde düşük saptanmıştı. Bu çalışmada hastaların splenektomiye kadar geçen süreleri ortalama 20.04±29.26 ay olarak bulundu. Hastaların splenektomi sonrası %72,9'u splenektomiye tam yanıt vermişti. %27'si splenektomiye yanıt vermemişti. Splenektomi sonrası ek tedaviyle, hastaların %2.1'i yanıtsızken, %15.6'sı kısmi yanıtlı, %82.3'ü ise splenektomi+ ek tedaviye tam yanıtlı olarak tespit edilmişti.

Sonuç: Splenektomi, immün trombositopenik purpura tedavisinde medikal tedaviye yanıtsız olgularda güvenle uygulanabilen bir cerrahi girişimdir. Splenektomiyle bu hastalarda uzun süreli yanıt elde etmek mümkündür. Nüksü engellemek için aksesuar dalak gözden kaçırılmamalıdır. Kronik refrakter immün trombositopenili hastalarda trombopoez stimule edici ajanlarla tedavi yanıtları ümit vericidir.

Anahtar Kelimler: Aksesuar dalak, İmmün trombositopenik purpura, Splenektomi



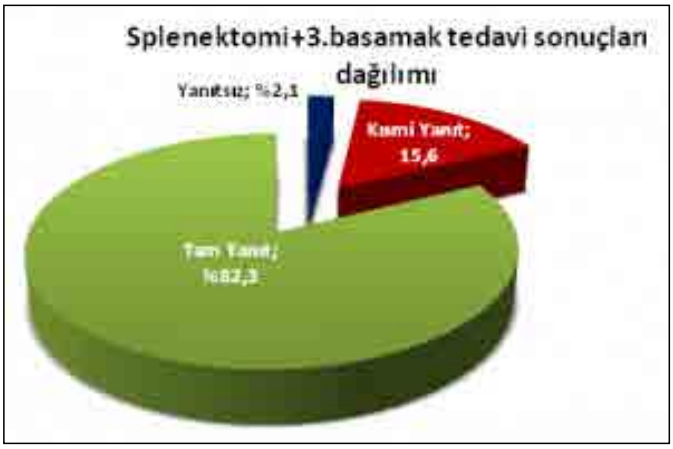
Şekil 1.

Tablo1: Splenektomi sonrası ek tedavi varlığına göre eşlik eden hastalık, splenektomi şekli, birinci basamak tedaviye yanıt durumu, erken ve geç trombosit sayısı değerlendirmeleri

		Ek Tedavi (-) (n=70)	Ek Tedavi (+) (n=26)	P
Eşlik eden hastalık n (%)	Yok	36 (51,4)	14 (53,8)	*1,000
	Var	34 (48,6)	12 (46,2)	
Splenektomi Şekli n (%)	Açık	15 (21,4)	13 (50,0)	*0,013*
	Laparoskopik	55 (78,6)	13 (50,0)	
Birinci basamak tedavi sonrası Nüks/ Yanıtsız n (%)	Yanıtsız	42 (60,0)	17 (65,4)	*0,806
	Nüks	28 (40,0)	9 (34,6)	
Erken Trombosit	Ort±SD	416,36±201,86	325,37±225,39	*0,048*
	Medyan	391	270	
Geç Trombosit	Ort±SD	335,39±138,13	177,65±142,51	*0,001**
	Medyan	342,5	164	

n: vaka sayısı

*Mann Whitney U Test *p<0.05 **Yates's Continuity Correction Test **p<0.05 ***Fisher's Exact Test



Şekil 2.

PS-315

UYGUN DONÖRÜ OLAN REMİSYONDA AKUT MYELOID LÖSEMİ VE EŞ ZAMANLI METASTATİK MEME KANSERİ TANILI HASTADA TEDAVİ YAKLAŞIMI

Nazire Aladağ[1], Güven Yılmaz[1], Tuğba Gamsız[1], Seydahmet Akın[1], Arzu Cennet Işık[1], Abidin Gündoğdu[1], Özcan Keskin[1], Mehmet Aliustaoğlu[1]

[1]*Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İç Hastalıkları Kliniği*

Giriş: Tedavi-ilişkili Akut Myeloid Lösemi (t-AML), tüm AML vakalarının %5-10 civarını oluşturmakta ve sıklığı giderek artmaktadır. Meme kanseri tedavisi sonrasında Myelodisplastik Sendrom (MDS) / AML gelişme insidansı ise %0.3-0.4 arasındadır. Özellikle antrasiklinler ve alkilleyici ajanlar bu riskten sorumlu tutulmaktadır. Radyoterapinin de (RT) AML gelişimine katkı sağladığı gösterilmiştir. RT, genetik etki ile MDS / AML gelişim riskini artırır ve lökomojenik olduğu bilinir. Allojenik kök hücre nakli (AKİT), AML'de tek küratif tedavi seçeneğidir. Eşlik eden malignitesi olan hastalarda (cilt kanseri ve remisyonda meme kanseri dışında) bu tedavinin uygulanması literatürde net olarak belirtilmemiştir.

Biz burada AML'si remisyonda olan fakat meme kanseri aktif olan bir hastayı ve bu hastaya klinik yaklaşımımızı sunduk.

Olgu: 49 yaşında, kadın hasta 2006 yılında meme kanseri tanısı ile siklofosfamid, epirubicin, 5-fluorouracil kemoterapisi almış. Tamoksifen ile tedavisi sürdürülen hastada yaygın kemik metastazı saptanması üzerine dört kür docetaxel verilmiş. Sonrasında radyoterapi yapılan hastada makrositer anemi olması nedeniyle Hematolojiye konsulte edildi. Yapılan kemik iliği incelemesinde MDS-

RCMD (refractory cytopenia with multilineage dysplasia) saptandı. Sitogenetik analizde %76 oranında del 5q ile beraber 2q ve 7q delesyonu; ayrıca 8q11q kazanımları tespit edildi. Hastada izole anemi olması nedeniyle lenalidomide 10 mg / gün başlandı. Basal hemoglobin değeri 7.5 g/dL olan hastada tedavinin birinci kürünün sonunda hemoglobin 9.3 g/dL'ye, ikinci kürün sonunda ise 10.5 g/dL'ye yükseldi.

Dördüncü kürün sonunda nötropeni ve trombositopeni gelişen hastaya kemik iliği biopsisi yapıldı. Biopsi sonucunda %30 blast içeren AML ile uyumlu kemik iliği saptandı. Sitogenetik analizde del5q % 21 pozitif, diğer sitogenetik anomaliler negatif idi.

Hastaya yapılan onkolojik değerlendirmede meme kanserinin relapsı nedeniyle hormonoterapi verildi. Altı aylık hormonoterapi sonrası izole anemi dışında sitopenisi mevcut değildi. Hastaya azasitidin tedavisi başlandı. Dört kür sonunda yapılan kemik iliği biopsisinde blast oranı %5 ve del5q % 8 saptandı. Azasitidin tedavisi 6 küre tamamlandı. Bu dönemde bakılan HLA kardeş donör taramasında 10/10 uyumlu iki tane kardeşinin olduğu tespit edildi. Hasta onkoloji ile ortak konseyde tartışıldı. Hastanın meme kanserinin yavaş gidişli olduğu ve beklenen ömrün iki yıldan fazla olduğunun belirtilmesi üzerine hasta allojenik kök hücre nakli için hazırlanmaktadır. Hastanın halen izole anemi dışında sitopenisi bulunmamaktadır.

Tartışma: Vakamızda olduğu gibi birden fazla malignitesi olan hastalarda tedavi stratejileri net değildir. Yinede AML gibi acil tedavi gerektiren durumlarda tedavi önceliği AML yönünde olmaktadır. Allojenik kök hücre nakli AML'de tek küratif tedavi seçeneğidir. Eşlik eden malignitesi olan hastalarda (cilt kanseri ve remisyonda meme kanseri dışında) bu tedavinin uygulanması literatürde net olarak belirtilmemiştir. EBMT (European Group for Blood and Marrow Transplantation) verilerinde remisyonda olmayan meme kanseri tanılı hastalarda allojenik kök hücre naklinin gerek nakil mortalitesi, gerekse hastalıksız sağ kalım oranlarının düşük olması nedeniyle bu hastalara öncelikli olarak allojenik kök hücre nakli önerilmemektedir. Çoklu medikal sorunları olan hastaların iç hastalıkları kliniğince de takibi gerektiğinden tarafımızca izlenen bu olguyu sunuyoruz.

Anahtar Kelimler: meme kanseri, akut miyeloid lösemi, kemoterapi

PS-316

AKCİĞER KANSERİ VE PRİMER MYELOFIBROSIS: EŞ ZAMANLI BİRLİKTELİK

Nazire Aladağ, Tuğba Gamsız, Güven Yılmaz, Seydahmet Akın, Arzu Işık, Abidin Gündoğdu, Mehmet Aliustaoğlu, Özcan Keskin

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

Giriş: Kanser, hem ülkemizde hem de dünyada giderek artan sıklığıyla önemli bir sağlık sorunudur. Halen Birleşik Devletler'de ölümün ikinci en sık sebebidir. 2013 yılında yaklaşık 1,660,290 kanser vakası tanı almış ve 580,350 kişi kanser sonucunda hayatını kaybetmiştir. Hem kadınlar hem erkeklerde kansere bağlı ölümlerin en sık sebebi akciğer kanseridir; skuamoz hücreli karsinom ise akciğer kanserlerinin yüzde 20'sini oluşturmaktadır. Sıklıkla hemoptizi ile başvuran bu hastalar genellikle balgam sitolojisi ile tanı almaktadırlar. 5-yıllık yaşam beklentisi tanı anındaki evreye göre oldukça değişken olup lokal, bölgesel ve uzak metastazlı hastalarda sırasıyla % 49, % 16 ve % 2'dir.

Primer myelofibrosis ise kemik iliği fibrosisi, splenomegali ve periferik yaymada poikilositoz ile karakterize bir myeloproliferatif hastalıktır. İnsidansı 100,000 kişide 0.4-1.4 arasında değişmektedir. Myelofibrosis zaman zaman diğer myeloproliferatif hastalıklara (polisitemia vera, esansiyel trombositoz gibi) sekonder gelişebilir.

Squamous hücreli akciğer kanseri ile primer myelofibrosis birlikteliğinin çok sık görülmeyen bir kombinasyon olması nedeniyle olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: 63 yaşında erkek hasta, geçmeyen öksürük ve zaman zaman kan içeren balgam yakınmalarıyla başvurduğu göğüs hastalıkları polikliniğinde tetkik edilerek skuamoz hücreli akciğer karsinomu tanısı aldı. Hastaya onkoloji tarafından cisplatin ve vinorelbine ile kemoterapi başlandı. Takiben lökositoz (WBC 90.000/mL), anemi (HGB 10.1 g/dL) ve trombositoz (PLT 813.000/mL) gelişen hasta hematolojiye konsulte edildi. Periferik yaymasında lökoeritroblastik kan tablosu görülmesi üzerine kemik iliği aspirasyonu ve biopsisi yapıldı. JAK-2 ve bcr/abl tetkikleri istendi. JAK-2 pozitif, bcr/abl negatif gelen hastanın biopsisinde grade-3 fibrosis ile karakterize hiperselüler kemik iliği saptandı. Hastaya myelofibrosis tanısı kondu. Dynamic International Prognostic Scoring System Plus'a (DIPSS Plus) göre hasta low-intermediate riskli myelofibrosis olarak sınıflandırıldı. Sitogenetik analizde karyogramı normal olan hastanın dalağı kot altında 10 cm ele gelmekteydi. Hasta onkoloji ile birlikte değerlendirildi. Öncelikle akciğer kanseri için kemoterapinin tamamlanması, bu dönemde yalnızca allopurinol desteği alması planlandı. Sistemik kemoterapisi sona erdiğinde hastaya hidroksiüre tedavisi başlandı. Halen tedavinin 9.ayında olan hastanın dalağı nonpalpable olup WBC 24.000/mL, HGB 8.7 g/dL, PLT 379.000/mL'dir. Asemptomatik olan hastada onkolojik değerlendirme sonrasında anemi açısından kontrol kemik iliği biopsisi planlandı.

Tartışma: Akciğer kanserleri, son yıllarda insidansın artması ve kansere bağlı ölümlerde birinci sırada yer alması nedeniyle önemli bir onkolojik problem halini almıştır. Ancak akciğer kanseri tanısı alan olgularda senkron tumor birlikteliği sık görülen bir durum değildir. Primer Mmyelofibrosis ise insidansı 100,000'de 0.4-1.4 arasında belirtilen bir myeloproliferatif hastalıktır.

Nadir görülen bir hastalık olan primer myelofibrosis'e, bizim olgumuzda olduğu gibi senkron tumor birlikteliği pek beklenmeyen akciğer kanserinin eşlik edebileceği vurgulanmak istenmiştir. Bu grup hastalıkların tanısı genellikle iç hastalıkları polikliniklerince konulduğundan, onkoloji hastalarının takibinde yeni bir onkolojik ya da hematolojik başlangıç olabileceğini vurgulamak amacıyla nadir görülen bu olguyu sunuyoruz.

Anahtar Kelimler: akciğer kanseri, primer miyelofibroz, mortalite

PS-317

CASTLEMAN HASTALIĞI

Halil İbrahim Onmaz, Semih Kalyon, Mehmet Küçük, Tülay Eyüpgiller, Fatma Tezcan, Kübra Altunkalem Seydi, Akif Bayyiğit, Şenay Günaydın, Figen Kahyaoğlu, Fırat Oyman, Abdussamet Çelebi, Başak Can

S.B.Okmeydanı E.A.H

Giriş: Castleman Hastalığı (anjiofoliküler lenfoid hiperplazi) ender görülen sebebi tam olarak bilinmeyen lenfoproliferatif bir hastalıktır. Cinsiyet ayırımı göstermeden sıklıkla genç erişkinlerde görülmektedir. En sık mediastinal lenf nodu tutulumu görülmekle birlikte servikal, retroperitoneal, aksiler ve diğer lenf nodu tutulumları da izlenebilmektedir. Histopatolojik olarak hiyalinvasküler ve plazma hücreli olmak üzere iki tiptir. Kliniğe göre lokalize ve sistemik olmak üzere iki formu bulunmaktadır.

Vaka:16 yasında kadın hasta boyunda 2 yıldır bulunan ve son 2 ayda büyüme eğiliminde olan kitle şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede kan basıncı 120/70 mm/hg, nabız:76 dk idi. Boyun sağ jugulodigastrik alanda 3*4 cm ağrısız, sert, mobil kitle tesbit edildi. Diğer sistem muayeneleri doğal izlendi. Hemoglobin:11.6 mg/dl, hematokrit:%35.5 saptandı. Eritrosit sedimentasyon hızı normal ve CRP değerleri negatifdi. Yapılan batın, boyun, aksiler ve inguinal ultrasonlarda:her iki servikal zincirde genel olarak kısa çapı 1 cm´den küçük hipoekoik solid ovoid lenf nodları izlenmiş olup, demarkasyon veren en büyük lenf nodları sağda jugulodigastrik düzeyde 44x8 mm, solda jugulodigastrik düzeyde 23x9 mm ve anterolateralde 27x8 mm boyutlarında ölçüldü. Yapılan batın ultrasonografi'de splenomegali dışında patoloji izlenmedi. Boyun tomografisinde büyüğü sağda 9 mm çapa ulaşan kısa aksı 1 cm yi aşmayan lenf nodları izlendi. Hastaya antibiyotik tedavisi sonrası yapılan kontrol ultrasonografide sağ jugulodigastrik bölgede sebat eden lenf nodu izlendi. Hastaya lokal anestezi altında lenf bezi eksizyonu yapıldı, patolojik inceleme hiyalin vasküler tip Castleman Hastalığı ile uyumlu geldi.

Sonuç: Bu olgu bize lenfadenopati ile başvuran hastalarda Castleman Hastalığını da düşünmemiz gerektiğini hatırlattı. Sebat eden lenfadenopatilerde patolojik örneklemeler alınmalıdır.

Anahtar Kelimler: Castleman, Lenfadenopati

PS-318

HİPERVİSKOZİTE SEMPTOMLARI İLE PREZENTE OLAN MULTİPL MYELOM VAKA SUNUMU

Ecem Sevim

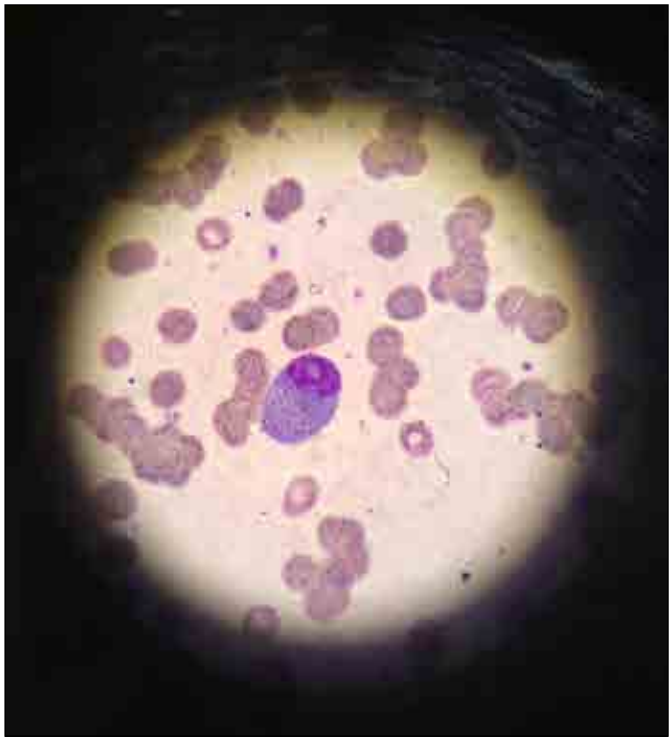
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Multipl miyelom (MM) plazma hücrelerinin habis bir hastalığıdır. Görece-li nadir bir hastalıktır. Tüm kanserlerin %1'ini ve hematolojik malignitelerin %10'unu oluşturur. Tanı anında ortalama yaş 65 iken Miyelom hastalarının % 35'i 65 yaşın altında, % 28'i 65-74 yaş arasında, % 37'si 75 yaşın üzerindedir. IgG alt tipi %52 ile en sık görülen tipi oluşturmaktadır; bunu %20 ile IgA alt tipi, %16 ile hafif zincir hastalığı takip etmektedir. Miyelomda monoklonal protein varlığı yanında, immün paralizi olarak tanımlanan poliklonal immünglobilin azalması söz konusudur. Hastaların yaklaşık %7'sinde hiperviskosite görülmeltedir. Hiperviskosite, cilt ve mukoza kanamalarına, retinada venöz dolgunluk ve kanamalarla karekterli değişiklikler, bulanık görmeye, nörolojik semptomlara, nefes darlığına, plazma volüm artışı ile konjestif kalp yetersizliğine yol açar. Biz burada hiperviskozite semptomları ile prezente olan bir Multipl Myelom olgusunu sunmaktayız.

Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 48 yaşında bayan hasta; ateş, tinnitus, görsel halusinasyonlar ve mukozal kanama şikayetleri ile hastanemiz acil servisine başvuruyor. Yapılan tetkiklerinde renal fonksiyon bozukluğu, hiperkalsemisi, makrositer anemisi izlenen hasta Multipl Myelom ön tanısı ile tetkik amaçlı hastanemiz İç Hastalıkları Kliniğine interne ediliyor. Laboratuarında albumin:1,6 total protein:12 izlenen hastanın protein elektroforezinde yoğun monoklonal band izleniyor. İdrar immunfiksasyon elektroforezinde kappa/lambda oranı 68,3 saptanıyor. Periferik yayma incelemesinde hastada 1-2 adet plazma hücresi izleniyor. Hastanın direkt grafilerinde litik lezyonlar ve vertebral MR görüntülemelerde kemik yapıda destrüksiyon oluşturan litik lezyonlar izleniyor. B2 mikroglobulin:8986 bakılan hastanın Durie Salmon Evreleme Sistemine göre Evre:3; Uluslararsı Evreleme Sistemi(ISS) kriterlerine göre Evre 3; Sağkalım 29 ay hesaplanıyor. Hiperviskozite semptomlarına yönelik yapılan incelemelerde; nörolojik ve kulak burun boğaz klinikleri değerlendirmelerinde ve görüntülemelerinde belirgin patoloji izlenmeyen hastanın bakılan Ig G > 4200. Hastaya hiperviskoziteye yönelik plazmaferez planlanıyor. Hesaplanan plazma volümüne 2 gün ardışık plazmaferez uygulanan hastada işlem sonrası komplikasyon gelişmiyor ve hiperviskozite semptomlarında gerileme izleniyor. Bu esnada alınmış olan ve sonuçları beklenen kemik iliği biyopsisinde popülasyonun %95 ini oluşturan nukleomegali-binükleasyon gibi atipik özellikler taşıyan plazmositik infiltrasyon şeklinde raporlanıyor. Hasta indüksiyon ve ardından otolog kök hücre nakil açısından değerlendirme ve tedavi devamı amaçlı dış merkezde bir Hematoloji Kliniğine sevkediliyor.

Multipl Myelom vakalarında hiperviskozite semptomları %10 altında oranlarda izlenmektedir. Yüksek myelom protein düzeylerine bağlı olarak gelişen hipervizkozite; çürükler, burun kanaması, görmede bulanıklık, baş ağrısı, gastrointestinal kanama, uyku hali ve sinir dokusuna azalmış kan akımı ve oksijen sunumu ile oluşan iskemik nörolojik semptomlara yol açmaktadır. Tedavisinde plazmaferezden fayda görülmektedir. Multipl Myelom ön tanısı düşünülen ya da tanı almış hastalarda benzer semptomlar ve yüksek yoğun monoklonal protein artışı varlığında hiperviskozite olasılığı mutlak düşünülmeli ve kısa zamanda tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimler: multipl myelom, hiperviskozite



Şekil 1.

PS-319

ÖNEMİ BİLİNMEYEN MONOKLONAL GAMMOPATİ (MGUS) İLE İLİŞKİLİ BİR TUBULOİNTERSİTİSYEL NEFRİT OLGU SUNUMU

Tuğba Sevinç Gamsız[1], Seydahmet Akın[1], Bilge İşçi[1], Esra Turan Erkek[1], Arzu Işık[1], Nazire Aladağ[1], Abidin Gündoğdu[1], Nihal Yılmaz[1], Handan Kaya[2], Özcan Keskin[1], Mehmet Aliustaoğlu[1]

[1]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç hastalıkları kliniği
[2]Marmara Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Önemi Bilinmeyen Monoklonal Gamopati (MGUS), yetişkinlerde sık karşılaşılan bir durumdur; sıklığı beşinci dekadda %2 iken, 80 yaşından sonra %6'dan fazla görülmektedir. Düşük düzeyde M komponenti olan ve tetkik edildiğinde Multiple Myelom (MM) kriterlerini karşılamadığı ve altta yatan sekonder gamopati ile ilişkili hastalık tespit edilmediği görülen yaşlı hastalar MGUS olarak değerlendirilmektedir. Bu hastaların ilik plasmasitozu genellikle % 10'dan azdır ve anemi, kemik lezyonu, hiperkalsemi veya renal disfonksiyon beklenmemektedir.

Tubulointerstisyel Nefrit (TİN) ise interstisyumda ödem, fibrosis, atrofi, inflamatuar hücre infiltrasyonu ile karakterize tubul hasarı sonucu oluşan bir klinik tablodur. Etiolojide sıklıkla infeksiyonlar (streptokok, legionella, Epstein-Barr Virus, Mycoplasma, Toxoplasma gibi), ilaçlar (bazı antibiotikler, non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar, tiazid diüretikler, furosemid vs) ve vezikoüreteral reflü gibi çeşitli nedenler suçlanmaktadır.

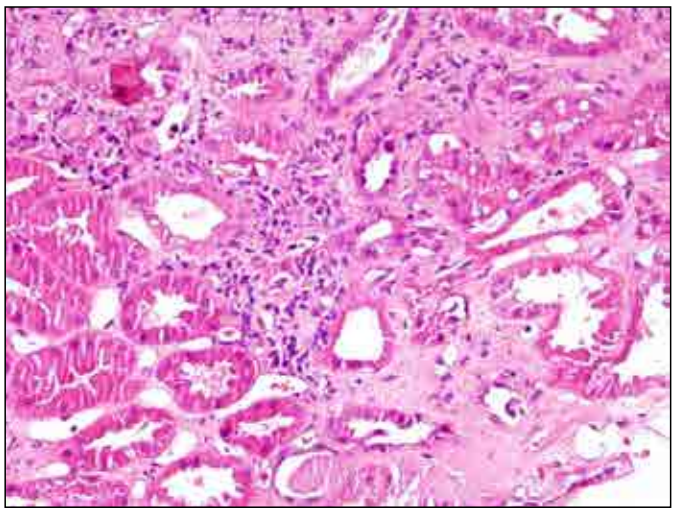
Bu çalışmada, MGUS'a bağlı gelişen bir tubulointerstisyel nefrit vakası sunuldu.

Vaka Sunumu: 73 yaşında erkek hasta, bulantı yakınması ile başvurduğu dış merkezden üre ve kreatinin düzeylerinde yükseklik saptanması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Başvuruda yapılan muayenesinde bilinç açık, vital bulguları stabil, GKS 15 idi. Sistemik muayenesinde yaygın eritemli döküntü dışında olağandışı bir bulguya rastlanmadı. Basal kreatinin düzeyi normal olan hastanın başvurudaki üre 186 mg/dl (17-43 mg/dl), kreatinin 4 mg/dl (0.51-0.95 mg/dl), pH 7.35 (7.35-7.45), HCO3 18 mmol/L (21.8-26.2 mmol/L) idi. Diabetes Mellitus (DM) tanısı olan hastanın iki hafta önce DM tedavisine alternatif olarak taflan (prunus laurocerasus) isimli bitkinin yaprağını kaynatarak içtiği öğrenildi. Döküntüleri nedeni ile dermatoloji konsultasyonu istendi; alerjik reaksiyon tanısı aldı.Üriner ultrason kronik böbrek yetmezliği lehine yorumlandı. PTH 365.1 pg/ml (12-88 pg(ml), fosfor 2.4 mg/dl (2.5-4.5 mg/dl), ENA profili negatif, Ig-G ve Ig-M düzeyleri normal, IgA düzeyi 490 mg/dl (70-400 mg/dl) olduğu görüldü. Protein elektroforezinde M komponenti saptandı. Sedimentasyon 1.saat 55 mm ölçüldü. C3 1.43 g/L (0.75-1.4 g/L), C4 0.21 g/L (0.1-0.34 g/L) idi. 24 saatlik idrarda protein 1478 mg (0-150 mg) idi.

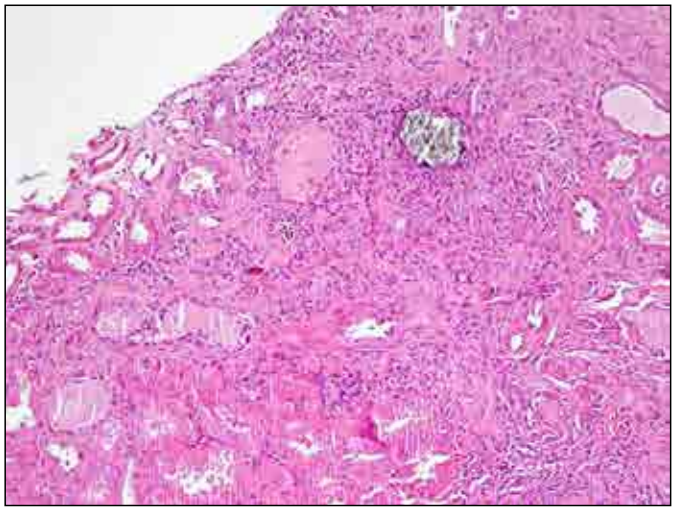
Üre ve kreatinin düzeylerinde gerileme olmaması üzerine böbrek biopsisi yapıldı. Hematoloji tarafından MGUS ön tanısı ile kemik iliği biopsisi yapıldı. Kemik iliği biopsisinde % 7-8 oranında lambda monotipik plasma hücresi içeren hiperselüler kemik iliği; böbrek biopsisinde ise iki glomerulde global sklerosis, tubulointerstisyel alanda polimorfonukleer hücrelerin eşlik ettiği inflamatuar hücre infiltrasyonu; tubul epitelinde reaktif değişiklikler, aktif tubuler nekroz izlendiği raporlandı. Böbrek biopsisinde amiloid benzeri madde birikimi izlenmedi; glomerul direkt immunfloresan incelemede ise IgM 1+ saptanırken IgG, IgA, C!, C3, F, Kappa, Lambda negatif idi. Hastaya yıllık hematoloji takibi ile nefroloji tarafından 1 mg/kg prednisolon başlanarak poliklinik takibi önerildi.

Tartışma: MGUS, geriatrik hastalarda görülme sıklığı giderek artan bir durum olup diğer plasma hücre diskrazilerinin aksine renal disfonksiyona yol açması beklenmemektedir. Bu olgunun sunulmasıyla, TIN'in nadir görülebilen nedenleri arasında sayılan neoplazilerin arasında MGUS'un da düşünülüp araştırılması gerektiğini vurgulamak istedik.

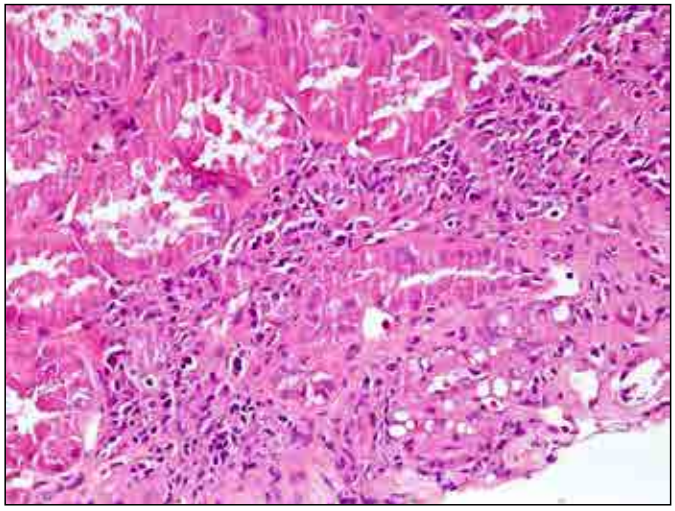
Anahtar Kelimler: monoklonal gammopati, interstisyel nefrit



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-320

ENDER BİR OLGU: PRİMER KEMİK LENFOMASI

Ebru Aykın[1], Dilek Çeliker[1], Orhan Kemal Yücel[2], Erkan Çoban[1], Bahar Akkaya[3]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı
[3]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Lenfomalar genelde lenf nodlarından köken alan malign hematolojik hastalıklardır. Ekstranodal tutulum genelde nadirdir ve özellikle agresif seyirli alt tiplerde yaklaşık %40 oranında gözlenebilir. Ekstranodal tutulum alanları gastrointestinal sistem, santral sinir sistemi, cilt, akciğer, tiroid, testis olarak sıralanabilir. Kemik iliği tutulumu, sistemik lenfomaların yaygın bir tutulum alanı olmasına rağmen primer kemik tutulumu ise son derece enderdir. Kemikte soliter veya multiple destrüktif lezyonlar şeklinde tutulum yapabilir.

Olgu: Ağustos 2015'te 58 yaşında erkek hasta 2 aydır olan bel ağrısı ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Mevcut şikayetlerle dış merkezde çekilen lumbosakral MR'ı tüm kemik yapılarda diffüz kemik iliği metastazı/tutulumu açısından yüksek riskli görülmüştür şeklinde raporlandı. Özgeçmiş ve soygeçmişte özellik yoktu. Fizik muayenede konjuktiva soluktu, diğer bulgular normal olarak saptandı. Tam kan sayımında Hb:8 gr/dl, MCV:76 fL, Lökosit:6930 /mm^3, Nötrofil: 5110 /mm^3, Trombosit: 302000 /mm^3 'di. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, ürik asit düzeyi normaldi. Sedimentasyon:78 mm/saat, LDH:1141 U/L, Ferritin:3601 ng/mL olarak saptandı. Periferik yaymasında hipokromik mikrositer-normositer eritrositler izlendi, lökositer seri ve trombositler normal olarak değerlendirildi. Bel ağrısı, anemi ve sedimentasyon yüksekliği olan hastanın immunglobulin (Ig) düzeyleri ve serbest zincir düzeyleri normaldi. Serum ve idrar immünfiksasyon elektroforezinde monoklonal bant saptanmadı. Kemik iliği biyopsisi CD79a, CD20, bcl-2, Ki 67 pozitif, bcl-2, CD3, Tdt, CD34, Kappa, lambda, Pan CK negatif neoplastik lenfoid hücreler izlenen hipersellüler kemik iliği, bulgular " Yüksek dereceli B hücreli lenfoma infiltrasyonu " ile uyumludur şeklinde raporlandı. PET CT'de kranyumda, vertebral kolonda, bilateral humerus, skapula, klavikulada, sternumda, kotlarda, pelvik kemiklerde bir kısmı litik bir kısmında morfolojik değişiklik izlenmeyen yaygın heterojen kemik iliği infiltrasyonu - kemik metastazını düşündüren hipermetabolik (SUVmax: 13.7) lezyonlar izlendi ve değerlendirme alanına giren diğer bölgelerde patolojik FDG tutulumu izlenmedi. Hasta mevcut bulgularla primer non-hodgkin (NHL) B hücreli kemik lenfoması tanısı aldı ve Hematoloji kliniğine devir edildi.

Tartışma: Primer kemik lenfoması, ilk başvuru sırasında sistemik hastalık bulgusu olmaksızın kemik veya kemik iliğine sınırlı lenfoma tipi olarak tanımlanmaktadır. Primer kemik lenfomalarının büyük kısmını NHL oluşturur ve en sık alt tipi diffüz büyük B hücreli lenfomadır. Olgumuzda olduğu gibi yalnız kemik metastazları veya tutulumları saptanan olgularda solid organ tümörleri yanında lenfoma da mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: primer kemik lenfoması, metastaz

PS-321

GENÇ HASTADA DERİN ANAL ABSE İLE TANI KONULAN SİKLİK NÖTROPENİ

Semih Gülle[1], Emin Taşkıran[1], Mustafa Yıldırım[1], Burak Karakaş[1], Ahmet Peker[1], Sibel Demiral Sezer[1]

[1]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği

Siklik notropeni nadir görülen ve kemik iligi granülositopoez hastalığıdır. Yaklaşık %25 oranında genetik aktarimla ortaya çıkmakla birlikte çoğunlukla çocukluk yaşlarında ortaya çıkar.Sıklıkla hafif ateş, periodontit, mukozal ülserler, impetigo, boğaz ağrısı, lenfadenopati ile seyretmekle birlikte nadiren ciddi fırsatçı enfeksiyonlarla da ortaya çıkar. Erişkin yaşlarda görülen siklik nötropeni ise genellikle edinsel tipte olur ve 3-4 haftada bir tekrarlayan nötropeni ve enfeksiyonlar nedeni ile tanı alırlar.

Bu vaka sunumunda 21 yasinda klinigimize anal abse ve nötropeni nedeni ile izlenen ve siklik nötropeni tanısı alan hastamızı takdim etmek istedik.

21 yaşında bilinen kronik tanımlanmış bir hastalık öyküsü olmayan kadın hasta son 4 gündür olan kanlı dışkılama ve makatta ağrı nedeni ile tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde anal bölge ağrılı şiş ve kızarık olarak izlendi. Anal abse düşünülen hastanın yapilan tetkiklerinde ise derin nötropeni izlendi. Hasta cerrahi servisi ile konsülte edildi ve intersfinkterik derin anal abse saptandı. Hastanın nötropenisinin olması nedeni ile periferik yayması yapıldı ve atipik hücre görülmedi. Diğer kan hücre serileri normal saptandı ve nötropeni düzeyi yayma ile uyumlu saptandı. Hastaya Filgrastim 5 mcg/kg/gün dozunda 3 gün süreyle başlandı. Hastanın anal absesi cerrahi olarak drene edildi ve ardından dahiliye servisinde takibe alındı. Hastanın geçmişinin sorulanmasında son 1,5 yıldır neredeyse her ay boğaz ağrısı, ateş yüksekliği,zaman za-

man dişetlerinde iltihaplanma ve ağız kokusu olduğunu belirtti. Bu nedenle sık sık aile hekimine başvurduğunu ve antibiyotik reçetelendiğini belirtti. Hastanın geçmişe dönük laboratuvar incelemelerinde şikayetlerinin olduğu dönemlerde lökosit düzeylerinin normalin altı değerlerde olduğu ve diğer hücre serilerinin korunduğu görüldü. Hastanın yatışından itibaren filgrastim tedavisine nötrofil yanıtı olduğu görüldü. Hastaya hematoloji kliniği ile birlikte yapılan kemik iliği aspirasyonu değerlendirmesinde farklılaşmanın sıklıkla promyelosit/miyelosit evresinde duraksadığı, ilkel miyeloid prekürsör hücrelerinde hiperplazi olduğu görüldü. Ayrıca kemik iliğinde eozinofilinin de dikkat çekici derecede beligin olduğu izlendi. Hastanın geçmişinin de klinik ile uyumlu olması nedeni ile hastada geçici siklik nötropeni olduğu düşünüldü. Hastanın nötrofil seviyeleri filgrastim tedavisi sonrası normal seviyelere ulaştı ve anal abse kliniği de düzelen hasta şifa ile taburcu edildi.15 gün sonraki kontrollerinde hemogram değerlerinin tamamen normal olduğu izlendi.

Erişkin geçici siklik nötropeni oldukça nadir görülen, genelde 21-28 günlük periyodlar şeklinde nötrofil düzeyinde düşüş ve bu dönemlerde halsizlik, hafif ateş yüksekliği, nzofarenjit, gingivostomatit gibi tablolar ile birlikte görülebilir. Çok nadiren de olsa hayatı tehdit edici klinik tablolarla ortaya çıkabilir. Birçok hasta G-CSF (Filgrastim, Lenograstim vs.) tedavisi ve sefalosporin grubu antibiyoterapiden anlamlı fayda görür. Sunmuş olduğumuz hastada literatürde az az sayıda vaka bildirimi olduğu için ciddi derin anal abse ile geçici siklik nötropeni ilişkisini sunmak istedik.

Anahtar Kelimler: Siklik Nötropeni, Filgrastim, Anal Abse

Tablo 1. Hastanın servis takibi laboratuvar değerleri

Test	Başvuru Sırasındaki Sonuç	Yatış 1. Gün	Yatış 3. Gün	Referans Aralığı
Lökosit	2,4	4,8	9,7	4,5-10
Mutlak Nötrofil Sayısı	0,1	2,5	9,7	2.0-7,5
Mutlak Lenfosit Sayısı	1,3	1,2	3,8	1,5-5
Mutlak Monosit Sayısı	1	1,1	0,8	0,2-0,8
Hemoglobin	11,5	11,4	11,6	13,5-17,5
Hematokrit	40	40,5	40	40%-48%
Trombosit	385	372	390	150-440
Glukoz	76	90	84	65*179 mg/dL
Sodyum	142	138	138	135*145 mmmol/L
Potasyum	4,1	4,1	4	3,5*5,5 mmol/L
Üre	34	30	28	7-21 mg/dL
Kreatinin	1,1	1	1	0,70-1,3 mg/dL
Kalsiyum	8,8	8,5	8,8	8,5-10,2 mg(dL
Klor	108	105	110	98-107 mmol/L

PS-322

KEMİK SİNTİGRAFİSİNDE ARTMIŞ TUTULUM İLE PREZENTE OLAN MULTİPLE MYELOM OLGUSU

Şeref Demirbaş, Adem Aydın, Ali Kılınç, Erol Arslan, Kenan Sağlam

GATA, İç Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Multipl miyeloma (MM), kemik iliğinde, monoklonal immünoglobülin üreten plazma hücrelerinin neoplastik proliferasyonu sonucu, osteopeni, osteolitik lezyonlar ve patolojik kırıklara yol açabilen klinik bir tablodur. MM'un neredeyse tüm semptomlarını taşıyan, direk grafilerde litik lezyonu olmayan, artmış sintigrafik tutulum ile prezente olan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: DM, HT, hiperlipidemi tanıları ile takip edilen, 65 yaşındaki erkek hasta bel ağrısı yakınması ile hastaneye başvurdu. 20 gün buyunca NSAİ kullanan hastanın yapılan fizik muayenesinde hareketleri belirgin kısıtlı idi, her iki paravertebral alanda palpasyonla ağrı ve hassasiyet, uyluk ekstansiyonunda L3-L4 dermatomuna yayılan ağrısı mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde; Normositer anemi, hiperkalsemi, üre, Kr, ESH yüksekliği saptandı. PTH:4,6, vit D: 11 di. Serum magnezyum ve fosfor, ACTH ve kortizol düzeyleri normal sınırlarda idi. Bence-Jones negatif ve Beta-2 microglobülin: 0,975 mg/dl idi. Maligniteye sekonder hiperkalsemi düşünülerek i.v. sıvı replasmanı yapıldı. Ancak tedaviye refrakter olduğundan zolendronik asit uygulandıktan sonra kalsiyum düzeyi normal seviyeye geriledi. Serum protein elektroforezinde poliklonal gamopati gözlendi. 24 saatlik idrar elektroforezinde %100 beta bandı gözlendi. Periferik yaymada normokrom normositer rulo formasyonu, %2 plazma hücresi gözlendi. Direkt grafilerde osteodejeneratif değişiklikler gözlendi, kırık saptanmadı. Ancak tedaviye dirençli sırt ağrısı ve kord basısını düşündürecek bulguların olması daha ile görüntüleme tetkiklerini gerektirdi. Renal hücreli karsinom, prostat ve akciğer kanseri gibi vertebral kemik tutulumu seyreden maligniteleri dışlamak amacı ile sintigrafi ve CT istendi. L3-L4 vertebra korpuslarında fraktür ve yoğun aktivite tutulumları (iyileşme safhası) izlendi. Hastaya yapılan kemik iliği biyopsisinde plazma hücre oranı %21.8 saptandı. Patolojik incelemede kappa ekspresyonu gösteren CD 138 ve CD 56 pozitif % 80 oranında monotipik plazma hücre popülasyonu, sitogenetik analizde inceleme alanlarının % 20 sinde 13q14 delesyonu saptandı. MM tanısı kesinleşen hasta hematoloji ile görülerek tedavi sürecine geçildi.

Sonuç: Özellikle hiperkalsemi, anemi, sırt ağrısı ile prezente olan 6 ve 7.nci on yılda ki hastalarda MM akılda tutulmalıdır. Serum Protein Elektroforezi, idrar Bence-Jones protein gibi laboratuvar tetkikleri menfi neticelense dahi, idrar elektroforezi ve immünfiksasyon yapılmalıdır. Direkt grafilerde klasik litik lezyonların gözlenemediği ancak klinik şüphe yüksek olan olgularda daha ileri tetkikler ve kemik iliği biyopsisi gibi girişimsel işlemlerden kaçınılmamalıdır. MM tanısında klasik olarak kullanımı olmayan sintigrafik incelemelerinde özellikle osteoblastik metastazlar ile setreden malignitelerin ayrıcı tanısında yeri olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimler: Multipl miyeloma, hiperkalsemi, artmış sintigrafik tutulum.

PS-323

SEKONDER MALİGNİTEYE BAĞLI SPONTAN REMİSYON GELİŞEN KRONİK LENFOSİTİK LÖSEMİ

Elif Ece Doğan[1], Güven Çetin[2]

[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı

Giriş: Kronik lenfositik lösemi (KLL) küçük, morfolojik olarak olgun görünümlü B hücrelerinden kaynaklı monokolonal lenfositlerin yavaş ilerleyici birikimi ile tanımlanan bir hastalıktır. Bu hücreler kemik iliği, lenf nodları, karaciğer ve dalağı infiltre eder. KLL erişkinlerde en sık görülen lösemi tipidir. Sıklıkla asemptomatik başlangıçlı olmasına karşın immünsüpresyonun artmasıyla ateş, halsizlik ve tekrarlayıcı enfeksiyonlarla karşımıza çıkabilir. İlk tanı ile prognoz süreci oldukça değişkendir. Evrelemede Binet ya da Rai sistemleri kullanılsa da son zamanlarda prognozu belirlemede farklı biyolojik parametreler (beta2 mikroglobulin, Ig VH mutasyonu, CD38, ZAP 70) tanımlanmıştır. Literatürde KLLnin spontan remisyonu sadece birkaç vakada bildirilmiştir. Bu olguda sekonder bir malignite sonrası spontan remisyon gelişen bir KLL vakası sunulmaktadır.

Olgu: Altmış iki yaşında halsizlik nedeniyle başvuran erkek hastanın yapılan tam kan sayımında lökosit: 22000 /mm^3, nötrofil: 4900/ mm^3, lenfosit: 16000/ mm^3, hemoglobin: 14.4 g/dL, trombosit: 183000/mm^3 olarak saptandı. Periferik yaymasında; olgun görünümlü lenfositler gözlendi. Fizik muayenesinde lenfadenomegali ve organomegalisi saptanmayan hastanın, periferik kandan akım sitometri incelemesi ve kemik iliği biyopsisi KLL ile uyumlu bulundu. Son iki senedir takiplerine gelmeyen hastanın bir yıl önce akciğer adenokarsinom (evre 1 A) nedeniyle opere olduğu öğrenildi. Yapılan kontrollerinde lökosit: 8090 /mm^3, nötrofil: 4770/ mm^3, lenfosit: 2760 / mm^3, hemoglobin: 12.1 g/dL, trombosit: 204000/mm^3 saptandı. Periferik lökositozun normalleşmesine paralel olarak kemik iliği morfolojisi ve immunohistokimyasal analizi de normalleşti. Kemik iliği biyopsi örneğinde moleküler KLL klonları ile ilgili deliller olmasına rağmen, uzun takipleri neticesinde majör moleküler cevapta kemik iliği biyopsisi ve periferik kan örneklerindeki klonlarda kaybolmalar görüldü.

Tartışma: KLL erişkinlerde en sık rastlanılan lenfoid malignitedir. Eskiden tanı anında KLL hastalarının %50 den azı erken evrede iken (Rai evre 0 veya Binet evre A) günümüzde otomatik kan sayaçlarının gelişimi ile birlikte %70-80 olgu erken evrede insidental olarak saptanmaktadır. KLL hastalarında prognoz değişkenlik gösterir. Bazı hastalar uzun süre tedavisiz izlenebilirken, bazılarında tedaviye rağmen hızlı bir ilerleme söz konusudur. Spontan remisyon ise KLL de oldukça nadir rastlanılan bir durumdur. Literatürde az sayıda spontan remisyon gelişen olgu bulunmakla birlikte bunların çoğunluğu erken evre hastalık sürecinde meydana gelmiştir. Bu hastalarda takibin değişik dönemlerinde tedavi almaksızın lenfosit sayısı düşmüş ve lenfadenomegali ve splenomegali gerilemiştir Spontan remisyona yol açan nedenler arasında çiçek aşısı, kalsiyum kanal blokerleri, yeşil çay, sekonder malignite gelişimi bildirilmiştir. Burada da akciğer malignitesi sonrası spontan remisyon gelişen erken evre KLL olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimler: kronik lenfositik lösemi, spontan remisyon, sekonder malignite

PS-324

AKUT MİYELOİD LÖSEMİLİ HASTADA TROMBOSİTOPENİ, TROMBOFLEBİT VE SEREBROVASKÜLER OLAY

Hacer Şen[1], Halil Murat Şen[2], Gökhan Erbağ[1], Ceren Demir[1], Emine Binnetoğlu[1]

[1]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı

Giriş: Akut miyeloid lösemi (AML), kemik iliğinde miyelositer seriye ait hücrelerin kontrolsüz çoğalması, hücrelerde farklılaşmanın ortadan kalkması ile erken döneme ait hücrelerin periferik kanda gözlenmesine bağlı oluşan klinik tablodur. Yüksek lökosit sayısı ile seyreden AML, genellikle lökositoza bağlı olarak artmış mortalite oranı ile ilişkilidir. Periferik kanda aşırı artmış malign hücrelerin, vasküler endotele adezyonu ve doku içine göçü sonucu sonucu Lökositozis Sendromu (LS) gelişmektedir. Burada gelişen blast hücre agregatları; beyinde, akciğerde ve diğer dokulardaki küçük arterleri tıkayarak klinik oluşturmaktadır. Hastaların çoğunda LS hızlı seyirli ve mortaldir. Ölüm, en sık intaserebral kanamalar, solunum yetmezliği ve böbrek yetmezliği nedeniyle görülmektedir.

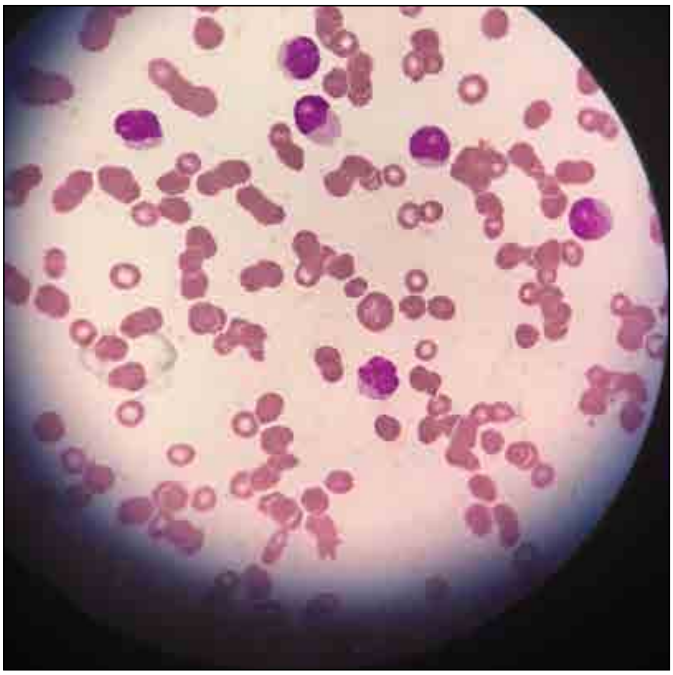
Olgu: 72 yaşında erkek hasta, ateş ve sol bacakta ağrı şikayeti ile polikliniğimizde değerlendi. Tetkiklerinde Hb: 9 gr/dl, WBC: 118600 mcl, PLT: 26000 mcl, CRP:17,98 mg/dl periferik yaymasında yaygın atipik lenfositler izlendi. Hastanın alt ekstremite venöz dopplerinde; sol vena saphena parva cidarı kalın olup, trombofilebitle uyumlu görünüm saptanması üzerine Enoksaparin sodyum 2x0,6 SC tedavisi başlandı. Kemik iliği biyopsisinde; AML-M1 ile uyumlu yaygın blastik hücre infiltrasyonu saptandı. Hastanın tedavisi devam ederken bilinç değişikliği saptanması üzerine çekilen cranial MR incelemesinde; sol lentiform nükleuslar ve kaudat nükleus alanını kapsayan en geniş aksiyal boyutları 5x3 cm olarak ölçülen nispeten keskin sınırlı difüzyon kısıtlaması görüldü.. Hasta iskemik SVO nedeniyle nöroloji servisine devir edildi. Antiödem ve antiagregan tedavi ile takip edilen hasta, hızlı ilerleyen klinik ile yatışının yedinci gününde ex oldu.

Tartışma: AML, yetişkinlerde görülen en sık akut lösemi formudur. Hastalarda kemik iliği yetmezliği bulguları yanısıra lösemi hücrelerinin organlardaki infiltrasyonlarına bağlı semptomlar görülmektedir. Lökosit hücrelerinin oluşturduğu agregatlar doku perfüzyonunu bozmakta, en sık santal sinir sistemi ve respiratuar sistemde iskemik hasarlar gelişmektedir. Santral sinir sistemindeki lökositoz, mental durum değişiklikleri, nöbetler ve ani ölüme yol açabilmektedir. Akut miyeloid lösemide, trombotik komplikasyonlar sık beklenmez iken klinikte kanama komplikasyonları daha sık görülür. Mohren M. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada AML hastalarının %10,8'inde derin ven trombozu saptanmıştır. AML hastalarında trombositopeniye rağmen trombozis çok nadir olarak gelişebilmektedir. Hiperlokositoz, doku faktörünün artmış salınımı ve aktivasyonu trombozise neden olmaktadır. Bazı çalışmalarda da akut lösemilerde protein C düzeyinde anormallikler saptanmıştır. Bizim vakamızda trombositopenisi olmasına rağmen tromboflebit gelişen AML- M1 hastası, antiagregan tedavi altında serebrovasküler olay gelişmiştir. Literatüre baktığımızda AML hastalarında çeşitli doku iskemilerinin klinik bulgularını birlikte görebilmekteyiz. AML hastasında SVO ile birlikte myokard enfarktüsü olgusu bildirilmiştir. Vakamız AML ile birlikte trombositopeni, tromboflebit ve iskemik SVO'nun birlikte görülüdüğü ilk vaka olması nedeniyle sunulmaya uygun görülmüştür.

Anahtar Kelimler: Akut Miyeloid Lösemi, Trombositopeni, Tromboflebit, Serebrovasküler Olay



Şekil 1



Şekil 2.

PS-325

PNÖMONİ SIRASINDA GELİŞEN EDİNSEL FAKTÖR 7 EKSİKLİĞİ: OLGU SUNUMU

Yasemin Ceren Demirel[2], Burak Demirel[1], Elif Gürel[1], Eyüp Çoban[1], Kadriye Bahriye Payzın Bayman[3], Mehmet Sonbahar[1]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji

Giriş: Faktör VII (F7) plazmada çok kısa yarılanma ömrüne sahip bir pıhtılaşma faktörüdür. F7 karaciğerde, Vitamin K'ye bağımlı olarak sentezlenir. Hepatik hasar, K vitamini eksikliği ya da K vitamini antagonisti kullanımı F7 eksikliğine sebep olabilir. Diğer kazanılmış F7 eksikliği sebepleri ise çok nadirdir. Maligni-

teler, AIDS, kemik iliği transplantasyonu sonrası ve sepsis bu sebepler arasında sayılabilir. Burada sepsis sonrasında geliştiği düşünülen F7 eksikliği sunacağız.

Olgu: 66 yaşında kadın hasta acil servise burun kanaması, vajinal kanama nedeniyle başvurdu. Bir hafta kadar önce göğüs hastalıkları servisinde pnömoni nedeniyle yatırılmış, takipleri olağan seyretmesi üzerine oral moxifloksasin ve sefiksim tedavisi ile taburcu edilmiş.Tansiyon 110/70 mm/hg vücut sıcaklığı 36,9 derece, nabız 90/dk saptandı.

Fizik muayenesinde akciğer oskültasyonunda bilateral bazallerde raller ve 1+ gode bırakmayan pretibial ödem dışında olağandı. .

Özgeçmişinde Diyabetes mellitus, diyabetik ayak nedeniyle diz altı ampute,hipertansiyon, kalp yetmezliği, 2009 yılından beri kronik böbrek yetmezliği nedeniyle rutin diyaliz programında idi. Hastanın kanama diyatezi oluşturacak ilaç kullanımı ya da aile öyküsü yoktu.

Toraks BT görüntülemede bilateral minimal plevral efüzyon,sol bazalde pnömonik infiltrasyonla uyumlu görünüm saptanıldı. Hasta koagülopati etyoloji araştırmak ve pnömoni tedavisi amacıyla yatırıldı.(tablo 1-2)

Pnömoni tedavisi amacıyla hastanede yatış öyküsü ve yakın zamanda antibiyoterapi kullanmış olması nedeniyle piperasilin tazobaktam tedavisine başlanıldı. Vajinal kanama açısından jinekoloji görüşü alındı. Kanamanın mesanede şüpheli kitle görünümü olması nedeniyle mesaneden kaynaklandığı düşünüldü. Sistoskopi planlandı. Takiplerinde sızıntı şeklinde burun kanaması başlayan hasta kulak burun boğaz kliniğine konsülte edildi. Submukozal kanama odağı dışında odak tespit edilemeyen hastaya burun tamponu konuldu. Balgam kültüründe enterokok üremesi nedeniyle linezolid eklendi. Kanama kontrolü amacıyla K vitamini, traneksamik asit ve taze donmuş plazma verildi. Tedaviye rağmen koagülasyon testlerinde bozukluk olması nedeniyle faktör düzeyleri istendi. Hastanın F7düzeyi %5.5 saptandı. Miksing testte inhibitör varlığı saptanmadı. Tedavinin 5. gününde F7 replasmanı yapıldı. Hematoloji mevcut durumun sepsis ile ilişkili olduğu, septik durumun düzelmesi sonrasında tekrar değerlendirilmesi önerildi. Replasman sonrasında hastanın PT ve INR düzeyi normale döndü. Verilen antibiyoterapiye yanıt alınması nedeniyle hastada tekrar faktör replasmanı ihtiyacı olmadı.

Hastanın yatışı esnasında akut koroner sendrom gelişmesi nedeniyle koroner yoğun bakıma devir edildi. Yoğun bakım yatışının 3. Gününde hasta kardiyak arrest gelişmesi nedeniyle exitus oldu.

Tartışma: Ndimbie ve ark. AIDS'li bir hastada inhibitöre bağlı meydana gelen F7 eksikliği, White ve ark. akut lösemi hastasında aspergillus enfeksiyonu sonrası gelişen F7 eksikliği, Biron ve ark. 11 hastadan oluşan sepsis sonrasında saptanan izole F7 eksikliği vaka serisi yayınlamışlardır. Literatürde çoğu edinsel faktör eksikliği vakasının reversible olduğu yapılan tedaviler sonrasında hastanın tekrar endojen F7 üretiminin sağlandığı görülmüştür. Hastamızda da tedavi sonrasında 2. haftada yeterli yanıt alınmış olup faktör replasmanı ihtiyacı kalmamıştır. Diyabetin ileri dönem komplikasyonlarının görüldüğü, pnömoni ve ciddi sepsisin eşlik ettiği hastamızda akut koroner sendrom mortal seyretmiştir.

Anahtar Kelimler: sepsis, faktör 7, pnömoni

Tablo 1.Koagülasyon parametreleri.

TARİH	INR	PT (9,4-12,5sn)	APPT (25-36,5 sn)
BAŞVURU	4,65	53	22
4. GÜN	8,65	96	38
12. GÜN	1,21	13,4	27,7

Tablo 2. Geliş değerleri.

WBC	10,860
Hemoglobin	9,5 gr/dL
Trombosit	227,000
AST	18
ALT	6
ALBUMİN	2,8
T. BİLİRUBİN	0,75
D. BİLİRUBİN	0,5
BUN	38
Kreatin	4,96
CRP	8,01

PS-326

GENİŞ EKİMOZ İLE BAŞVURAN YAŞLI BİR HASTADA DABİGATRAN–KLARİTROMİSİN ETKİLEŞİMİ

Erol Arslan, Musa Barış Aykan, Şeref Demirbaş, Kenan Sağlam

İç Hastalıkları Bilim Dalı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara

Giriş: Yeni nesil antikoagülanlar olarak tanımlanan dabigatran, apiksaban ve rivaroksaban atriyal fibrilasyonlu olgularda yaygınca kullanılmaya başlanmıştır. Klinik pratikte yeni sayılabilecek bu ilaçların diğer ilaçlar ile etkileşimleri önemli bir konudur. Burada öncesinde atriyal fibrilasyon nedenli dabigatran kullanan olguda muhtemel pnömoni nedenli klaritromisin başlanması sonrası gelişen kanama diyatezi olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 75 yaşında kadın hasta sol spina iliaca anterior superior (SIAS) ile sol spina iliaca posterior superior (SIPS) arasında uzanan, yaklaşık 5 cm genişliğinde ekimotik lezyon nedeniyle İç Hastalıkları polikliniğine başvurdu. Anamnezine göre, öncesinde KOAH, atriyal fibrilasyon, kalp yetmezliği, obstrüktif uyku apnesi nedenleriyle takip edilen hastaya 2 ay önce atriyal fibrilasyon nedeniyle dabigatran 110 mg tb 2x1 başlanmış. Bu süreçte ek yakınması olmayan hastanın son iki haftadır öksürük, balgam şikayetleri gelişmiş. Bu şikayetleri ile başvurduğu aile hekimi tarafından klaritromisin 500 mg tb 2x1 başlanmış. Klaritromisin tablet tedavisinin 3. Gününde hastada şiddetli öksürük sonrası sol yan ağrısı gelişmiş ve bu bölgede anılan ekimotik alana ait ilk görünümü farkedilmiş. Hasta 3 gün sonra İç Hastalıkları polikliniğine başvurmuş. Fizik muayenesinde akciğer bazalinde ince raller ve sol SIAS ve SIPS üzerinde ekimotik alan saptandı. Laboratuvarda ilk tetkiklerinde Hgb: 11.9 gr/dl, Plt: 206 000/mm^3, ptz: 14.75 sn, INR: 1.29, aptt: 39.57 sn saptandı. Yüzeyel doku ultrasonu ve batın ultrasonunda cilt altında ödemli alan gösterilirken, belirgin sıvı koleksiyonu saptanmadı. Yapılan ilaç etkilişimi araştırmasında klaritromisin tedavisinin dabigatran seviyesinde yükselmeye sebep olabildiği, bu sebeple iki ilacın kullanımı sırasında dabigatran dozunun azaltılması gerektiği bilgisine ulaşıldı. Klaritromisin tedavisi kesilerek levofloksasin tablet tedavisi başlandı. Takiplerinde laboratuvar anormalliği gözlenmezken, ekimotik alan geriledi. Kardiyoloji görüşü alındı ve hastanın dabigatran tedavisine devam edildi. İç hastalıkları poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Yeni nesil antikoagülanların "overdose" durumlarına karşı müdahele ederken elimizde halen güçlü antidotlar bulunmamaktadır. Bu bakımdan, bu ilaçların yaygın kullanımı beraberinde ilaç etkileşimi konusunda dikkatli olunması gerektiği konusunu da gündeme getirmiştir. Birinci basamakta sıklıkla kullanılan ilaçlardan olan klaritromisin kullanımı sonrasında kanama diyatezi ile başvuran dabigatran kullanan olgumuz için yaptığımız literatür taramasında iki ilaç arasındaki etkileşimi saptadık. Birinci basamak hekimleri yaygınlaşan bu tür ilaçları kullanan hastalara yeni başlayacakları ilaçları seçerken bu etkileşimleri göz önünde tutmak durumundadırlar.

Anahtar Kelimler: Kanama diyatezi, dabigatran, klaritromisin.

PS-327

PANSİTOPENİ İLE GELEN NÖROPSİKİYATRİK SEMPTOMLU VİTAMİN B12 EKSİKLİĞİ VAKASI

Fatih Eskin[1], Ferit Kerim Küçükler[2], Ahmet Gürsoy[1], Cihat Çoşgun[1]

[1]Hitit Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, Çorum

[2]Hitit Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji, Çorum

Giriş ve Amaç: B12 vitamini (kobalamin), daha çok hayvansal gıdalarda, özellikle de kırmızı ette bulunan bir vitamindir. Bağırsaktaki bakteriler tarafından da sentezlenebilmektedir. Gastrik sindirim sırasında yiyeceklerdeki vitanin B12 serbestleşir ve gastrik R proteini ile bir kompleks oluturur, duodenumda bu kompleks parçalanır. Serbest kalan vitamin B12, midenin parietal hücrelerinden HCl ile birlikte salgılanan intrensek faktör ile bağlanarak bir kompleks oluşturur. Vitamin B12 -IF kompleksi proteolitik sindirime dirençlidir. Distal ileuma geldiğinde mukoza yüzeyindeki spesifik reseptörlere bağlanan vitamin B12 -IF kompleksi buradan emilir. Vitamin B 12'nin temel fonksiyonu, folik asit ile birlikte hücre bölünmesi veya çoğalması için gerekli olan DNA sentezini desteklemesidir. Eksikliğinde pansitopeni görülebilmektedir. Makrositer anemi ile birlikte nörolojik bulguların birlikteliği vitamin B12 eksikliğine özgüdür ve genellikle pansitopeni ile birlikteliği vardır. Bu olgumuzu, hastanın laboratuvar ve klinik bulgularının demonstratif olması nedeniyle sunduk.

Olgu: 31 yaşında erkek hasta son 3 haftadır halsizlik, yorgunluk, gaitada siyahlaşma, baş dönmesi, ellerde ayaklarda uyuşma, saç dökülmesi ve kilo kaybı şikayetleriyle dahiliye polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde 1 sene öncesinde bipolar kişilik bozukuluğu olan hasta risperidon, alprazolam ve venlafaxin almakta. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, koopere-oryante, TA:120/80

mmHg, Nb: 92/dk. Konjunktivalar soluk, skleralar subikterik, dilde kızarıklığı vardı. Ekstremite muayenesinde bilateral alt ekstremite distal falankslarında ve sağ el 2. falanksta hipoestezi mevcuttu. Bunlar dışında patolojik muayene bulgusu yoktu. Laboratuvar bulguları Tablo 1'de verilmiştir. Hastanın yapılan periferik yaymasında hipersegmente nötrofiller, makroovalositler ve göz yaşı hücreleri görüldü. GİS kanama açısından yapılan gastroskopisinde fundustan ve antrumdan alınan biyopsileri akut gastrit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın yapılan abdominal USG sinde hafif splenomegali saptandı. Hastadan pernisiyöz anemi açısından anti pariyetal antikor, çölyak hastalığı açısından anti transglutaminaz antikorları istenen hastada anti pariyetal antikor pozitif olarak tespit edildi. Hastamıza pernisiyöz anemi tanısı konuldu. Tedavi olarak anemisinin semptomatik ve derin olması nedeniyle 4 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Hastaya siyanokobalamin IM 1000mcg 1 hafta süreyle günlük, sonrasında 4 hafta süreyle haftada bir ve devamında da ayda bir olmak üzere başlandı. Hastanın yapılan poliklinik kontrolünde halsizlik, yorgunluk ve nörolojik yakınmalarında belirgin azalma saptandı ve pansitopenisi düzeldi.

TARTIŞMA VE Sonuç: Pernisiyöz anemi, B12 vitamini eksikliğinin en sık nedenidir. Pansitopeniyle gelen hastalarda, duruma nöropsikiyatrik yakınmalar da eşlik ediyorsa vitamin B12 eksikliği hastanın ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmelidir. Hastamızda yaklaşık 1 yıldır tedavi edilen bir psikiyatrik hastalığın olması ve birlikte nörolojik semptomlarının olması nedeniyle biz bu hastamızda nöropsikiyatrik rahatsızlığın sebebi olarak vitamin B 12 eksikliği olabileceğini düşündük. Bizim önerimiz psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalarda nörolojik semptomlar da eşlik ediyorsa vitamin B 12 eksikliği açısından hastaların daha hassasiyetle değerlendirilmesi ve mutlaka vitamin B 12 düzeyi çalıştırılmasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimler: pernisiyöz anemi, pansitopeni, vitamin B 12

Tablo 1.	
Hgb (12-16 gr/dl)	6,3 gr/dl
MCV (82-98 fl)	125 fl
Plt (100-300 109/lt)	76 109/lt
WBC (4-10 109/lt)	2,7 109/lt
T.Bil (0,3-1,2 mg/dl)	2,04 mg/dl
İ.Bil (0-0,2 mg/dl)	0,39 mg/dl
LDH (85-227 U/lt)	1417 U/lt
B12 vitamini (191-663 pg/ml)	30 pg/ml
Folat (4,6-18,7 ng/ml)	12,97 ng/ml
TSH (0,27-4,2 ulU/ml)	1,8 ulU/ml
FT4 (0,8-2,7 ng/dl)	0,78 ng/dl
Anti-TPO (<34 IU/ml)	207 IU/ml
Anti- TG (<115 IU/ml)	38 IU/ml
Anti pariyetal antikor	(+) (1/100)
Anti transglutaminaz antikorları	(-)

PS-328

İÇ HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN VARFARİN KULLANAN HASTALAR VE ETKİN INR'YE ULAŞMA ORANLARI

Selçuk Yaylacı[1], Altuğ Ösken[2], Ercan Aydın[3], Ahmet Bilal Genç[4], Salih Şahinkuş[5], Yusuf Can[5], Mustafa Volkan Demir[6], İbrahim Kocayiğit[5], Ceyhun Varım[7]

[1]*Fındıklı Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü, Rize*
[2]*Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul*
[3]*Vakfıkebir Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü, Trabzon*
[4]*Kandıra Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü, Kocaeli*
[5]*Sakarya Üniversitesi Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Sakarya*
[6]*Malatya Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü, Malatya*
[7]*Sakarya Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Sakarya*

Giriş ve Amaç: Çalışmamızda iç hastalıkları polikliniğinde takipli varfarin kullanan hastalarda demografik verilerin ve hedef INR düzeyine ulaşma oranına etki eden faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

Gereç Ve Yöntem: İç hastalıkları polikliniğine oral antikoagülan kullanımı nedeniyle başvuran hastalara hazırlanmış takip formu geriye dönük tarandı. Veriler istatistiki olarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya oral antikoagülan kullanan 57 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 71±11 (kadın %59.6) idi. Hedeflenen INR düzeyine ulaşma oranı %52.6 (30 hasta) saptandı. Hastaların %91.2'si ilaç konusunda bilgilendirildiği-ni, %92.9' unu ilacı düzenli aldığını, %82.4'ü düzenli INR kontrolü yaptırdığını, %54.3' ü hedef INR değerini bildiğini, %71.9'u komplikasyonları bildiğini belirtti. Hedef INR düzeyinde ulaşmış olan hasta grubu ile ulaşamamış grup arasında incelenen parametrelerde istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Bulgular Tablo 1 ve Tablo 2'de özetlendi.

Tartışma ve Sonuç: Oral antikoagülan kullanan hastalarda hedef INR düzeyine ulaşma oranının düşüklüğü çalışmamızda da dikkati çekmektedir. Bu nedenle oral antikoagülan tedavi başlanan hastaların bilgi düzeylerinin arttırılması gerektiğini ve yeterli eğitime rağmen hedef INR tutturulamayan hastalarda, anti-koagülan tedavi olarak varfarin yerine yeni nesil oral anti-koagülan ilaçların kullanılabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimler: iç hastalıkları polikliniği, varfarin, etkin INR.

Tablo 1. Varfarin tedavisi endikasyonlarına göre hedef INR'ye ulaşma oranları

Endikasyon (n)	Hedef INR'ye ulaşan n (%)
Atrial fibrilasyon (37)	20 (54)
Opere kapak (8)	4 (50)
Derin ven trombozu (7)	2 (28.5)
Pulmoner emboli (4)	4 (100)
Bilinmeyen (1)	0 (0)
Toplam (57)	30 (52.6)

Tablo 2. Hedef INR düzeyine ulaşmaya göre incelenen parametrelerin analizi

PARAMETRE	Sayı(%)-Ort+-SD	Hedef INR değerinde olan hastalar (n: 30) Sayı(%)-Ort+-SD	Hedef INR değerinde olmayan hastalar (n:27) Sayı(%)-Ort+-SD	P değeri
Yaş (yıl)	71±11	72±11	70±10	0.415
Kadın Erkek	34/23 (59.6/40.4)	16 / 14	18 / 9	0.306
65 yaş üstü alt	42/15 (73.7/26.3)	22 / 8	20 / 7	0.949
Ortalama kullanım süresi (ay)	42	40	44	0.652
Okuma yazma var/yok	35/22 (61.4/38.6)	19 / 11	16 / 11	0.752
İlaç konusunda bilgilendirilmiş	52 (91.2)	29	23	0.126
İlacını düzenli alıyor	53 (92.9)	29	24	0.251
Düzenli INR kontrolü yaptırıyor	47 (82.4)	25	22	0.854
Hedef INR değerini biliyor	31 (54.3)	18	13	0.370
Komplikasyonları biliyor	41 (71.9)	19	22	0.128
Majör kanama geçirmiş	5 (8.7)	1	4	0.126
Minör kanama geçirmiş	10 (17.5)	4	6	0.378

PS-329

TALASEMİ MAJÖR HASTALARINDA MİYOKARDİYAL PERFORMANS İNDEKSİ VE AORTİK ELASTİSİTE PARAMETRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Cem Şahin[1], Özcan Başaran[2], Fatih Akın[2], Yaşar Topal[3], Hatice Topal[3], İbrahim Altun[2], Murat Biteker[2], Mehmet Fatih Azık[3]

[1]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı*
[2]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı*
[3]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı*

Amaç: Bu çalışmada bilinen kalp hastalık hikayesi olmayan ve ejeksiyon fraksiyonu gibi standart ekokardiyografik parametreleri normal olan asemptomatik beta talasemili hastalarda, transtorasik ekokardiyografiyle miyokardiyal performas indeksi, aortik strain, aortik distensibilite, aortik sertlik indeksi ve elastik modulus gibi kardiyak disfonksiyonun erken tespitinde yardımcı olabilecek elastisite parametrelerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bilinen kalp hastalık hikayesi olmayan asemptomatik 55 patients [median age 20 (10-48)] ile yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile uyumlu 40 kontrol olgusu çalışmaya dahil edildi. Hasta ve kontrol grubunda Standard two-dimensional and Doppler echocardiography ile miyokardiyal performans ve arteryel elastisite indeksleri değerlendirildi.

Bulgular: Talasemi ve kontrol gruplarının ana klinik hematolojik ve ekokardiyografik parametreleri tablo 1'de, miyokardiyal performans ve aortik elastisite indeksleri ise tablo 2'de özetlenmiştir. Buna göre talasemili hastalarda sol vent-

rikül mass indexi kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak izlendi (p<,001). Benzer şekilde talasemili hastalarda miyokardiyal performans indexi kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olarak izlendi (p=,006). Aortik elastisite parametreleri açısından gruplar incelendiğinde talasemili hastalarda aortik sertlik indexi ve elastik modulus kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olarak izlenirken aortik strain ve distensibilite değerleri kontrol grubuna kıyasla daha düşük olarak tespit edildi (p<,001).

Tartışma:B-talasemi sendromlarında kardiyovasküler tutulumun derecesi hastalığın prognozunu belirleyen en önemli faktörlerden birisidir. Miyokardial demir depolanmasına sekonder gelişen parankimal hasar ve immuno-inflamatuar süreçler talasemi hastalarında kardiyovasküler patolojilerin önemli nedenleri olarak bilinmektedir. Etkin şelasyon tedavisi alan beta talasemili hastalarda dahi ventrikül miyokard fonksiyonlarında erken anormalliklerin olabileceği bilinmektedir. Günümüzde beta talasemili hastalarda miyokarddaki demir depolanmasının erken yaşlarda başladığı klinik olarak kalp yetmezliği bulguları ortaya çıkmadan önce ventrikül fonksiyonlarında bozukluk olabileceği gösterilmiştir. Bu amaçla günümüzde T2 MR ve ekokardiyografi sıklıkla kullanılan yöntemlerdir. Izovolumetrik kasılma ve gevşeme sürelerinin ejeksiyon süresine oranlanması ile elde edilen ve sol ventrikülün hem sistolik hem de diyastolik fonksiyonlarını birlikte değerlendirebilen bir parametre olan miyokardiyal performans indeksi (MPİ) ve arteryel elastisite indeksleri birçok durumda miyokardiyal fonksiyonların erken tespiti açısından kullanılan bir marker olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda talasemili hastalarda ejeksiyon fraksiyonu gibi klasik ekokardiyografi parametrelerinin normal olması durumunda dahi bu indekslerin kardiyovasküler patolojileri tespit etmede kullanılabileceği gösterilmiştir. Sonuç olarak çalışmamızda talasemili hastalarda klasik ekokardiyografi parametrelerinin normal olması durumunda dahi miyokardiyal performans ve arteryel elastisite indekslerinin kardiyovasküler patolojileri erken tespit etmede klinisyene yardımcı olabileceği gösterilmiştir. Bu indeksler özellikle asemptomatik beta talasemili hastalarda kardiyovasküler komplikasyonların öngörülmesi ve takibi açısından kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimler: aortik elastisite, beta talasemi, miyokardiyal performans indeksi

Tablo 1. Olguların ekokardiyografik ve demografik verileri

		Talasemi n (range)	Kontrol	p
Yaş		20(10-48)	20 (10-42)	0,808
Cinsiyet	Erkek % (n)	58.7 (27)	41.3 (19)	0.558
Cinsiyet	Kadın % (n)	52.8 (28)	47.2 (25)	0.558
Tansiyon/sistolik		100(90-130)	110(120-140)	<0,001
Tansiyon/diyastolik		60 (50-70)	70 (60-90)	<0,001
Nabız basıncı		30 (30-60)	40 (25-60)	0,187
EF (%)		69 (53-79)	68 (60-83)	0,434
E/A oranı		1,957±0,719	1,842±0,666	0,434
E/E' oranı		7,058±2,15	6,076±1,824	0,018
RWT		0,391±0,067	0,372±0,061	0,161
Sol atriyum çapı (cm)		3,129±0,458	2,761±0,521	<0,001
DTE (msn)		184,2±49,261	214,16±49,61	0,004
Mapse		1,6(1,2-1,9)	1,5(1,2-1,8)	0,157

Tablo 2. Beta Talasemili ve kontrol grubundaki miyokardiyal performans indeks ve aortik elastisite indeks sonuçları

	Talasemi	Kontrol	p
Sol ventrikül mass index	83,917(50,62-144)	68,37(41,9-113,3)	<0,001
Miyokardiyal performans index (g/m^2)	0,464 (0,33-0,68)	0,431 (0,31-0,51)	0,006
Aort strain	10,526(3,7-33,3)	14,642(7,69-35,29)	<0,001
Aortik distensibilite	5,797 (2-22,2)	8,333(3,2-20,83)	<0,001
Aort stifnes index	4,257(1,22-12,77)	2,775 (1,14-6,74)	<0,001
Elastik modulus	3,45(0,9-10)	2,4(0,96-6,25)	<0,001

PS-330

MCARDLE HASTALIĞI OLAN BİR OLGUDA AKUT KORONER SENDROM

Altuğ Ösken, Tuğba Kemaloğlu Öz, Regayip Zehir, Şennur Ünal Dayı

Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Miyofosforilaz eksikliği, diğer adıyla McArdle hastalığı primer olarak kasları etkileyen en sık görülen glikojen depo hastalığı (GDH) formudur. GDH tip 5 olarak tanımlanır. Hastalar sıklıkla adölesan ve erken erişkin döneminde egzersiz intoleransı, halsizlik, kas ağrıları, kramplar, miyoglobinüri ile başvururlar. Yaşlı hastalar kramp ve myoglobinüri olmadan sadece ilerleyici kas güçsüzlüğü ile de başvurabilirler. Genetik bir bozukluk olmasından ötürü kesin bir kür yoktur fakat karbonhidrattan zayıf diyetten, oral sükrozdan ve egzersiz intoleransı olanlar düşük doz kreatininden (60 mg/kg/gün) minimal fayda görebilirler. Bu olgumuzda, akut koroner sendrom kliniği ile tarafımıza başvuran McArdle hastalığı tanısı olan farklı bir hastayı sunmak istedik.

70 yaşında kadın hasta son 24 saatte sıklığı ve şiddeti artan retrosternal tipik göğüs ağrısı yakınması ile acil servisimize başvurdu. Geliş EKG'SİNDE normal sinüs ritmi saptanan hasta, hs Troponin I 0.94 saptanması nedeni ile st elevasyonsuz akut koroner sendrom ön tanısı ile kliniğimize yatırıldı. CK:137 IU/L, CK-MB:136 IU/L, LDH: 176 IU/L, Hb:10.7 g/dl, Htc:% 32.80 saptandı, diğer lab parametreleri normaldi. Ekokardiyografide LV sistolik işlevleri normal saptandı, sol ventrikül segmenter duvar hareket bozukluğu gözlenmedi, hafif mitral yetmezliği tespit edildi. Yatışının 2.gününde hastanın öyküsü de gözönünde bulundurularak hastaya koroner anjiografi yapıldı, sol ön inen arterde nonkritik plak dışında anlamlı bulgu saptanmadı. Hastada, troponin yüksekliğine yol açabilecek sekonder etyolojik sebep izlenemediğinden akut koroner sendrom olarak kabul edildi ve antiiskemik tedavisi düzenlendi, 4 günlük yatışı süresince tekrarlayan göğüs ağrısı olmayan hasta taburcu edildi.

McArdle hastalığı, özellikle iskelet kaslarını tutan, kalp kası tutulumunun oldukça seyrek görüldüğü bir hastalıktır, bu olgularda hastalığın seyrinde rastlantısal olarak myokard tutulumu olmadan ve sol ventrikül sistolik işlevleri etkilenmeden akut koroner sendrom kliniği görülebilir.

Anahtar Kelimler: McArdle hastalığı; akut koroner sendrom

PS-331

İLERİ YAŞ VİRAL PERİKARDİT ETİYOLOJİSİNDE NADİR BİR ETKEN: EBV

Bahar Engin, Muhammed Ali Kaypak, Hasan Çağrı Yıldırım, Andaç Komaç, Ahmet Peker, Burak Karakaş, Harun Akar

İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Viral perikardit, yakın zamanda viral enfeksiyon öyküsü olan genç hastalarda pozisyon ile değişen plöretik tarzda göğüs ağrısı ile karakterizedir. Etiyolojide sıklıkla enterovirusler rol almakla birlikte bizim olgumuzda klinik durumu, görüntüleme ve laboratuar tetkikleri sonucunda etiyolojide nadir görülen Epstein- Barr Virus (EBV)'e bağlı viral perikardit saptanmıştır.

Olgu: Bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyon tanıları olan 66 yaşında erkek hasta 1,5 aydır devam eden ateş, halsizlik, göğüs ağrısı yakınmaları ile kardiyoloji ve göğüs hastalıkları polikliniklerine başvurmuş. Bilinen koroner arter hastalık öyküsü olmayan hastada akut faz reaktanları (AFR) ve ateş yüksekliği saptanması üzerine perikardit, tüberküloz, malignite ön tanılarıyla ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Fizik muayenede ateş: 38 C, tansiyon: 110/70 mm/Hg nabız: 80 atım/dk kalp sesleri derinden işitiliyordu. Diğer sistem bakıları olağan saptandı. EKG'de tüm derivasyonlarda voltaj kaybı mevcut idi (şekil 1). Laboratuarda sedimentasyon: 113 mm/sa CRP: 11,3 mg/dl, kardiak enzimler normal, ANA- ANCA RF negatif; C3, C4 ve immun globulinler normal saptandı. Toraks ve batın bilgisayarlı tomografide (BT) plevral effüzyon ve non spesifik nodül dışında patoloji saptanmadı. Hastanın plevral örneklemi transüda vasfında idi. PPD: 8 mm (bcg aşısı mevcut) saptandı. Plevral mayiide tüberküloz yönünden direkt bakı, kültür ve PCR sonuçları negatif saptandı.Batın ultrasonografi normaldi. Anemi ve sedimentasyon yüksekliği olan hastanın periferik yayma degerlendirilmesinde lenfoplazmositer seride ılımlı artış saptandı. Bunun üzerine hastaya kemik iliği aspirasyon ve biyopsisi yapıldı. Kemik iliği aspirasyon ve biyopsi materyali normosellüler olup plazma hücre düzeyi % 4-5 diğer seriler normal saptandı. Anemi nedeni ile gastroenteroloji tarafından yapılan gastrointestinal tarama olağan görüldü. Ekoda perikardial effüzyon ile uyumlu görünüm mevcut idi. Ejeksiyon Fraksiyonu: %65, posteriorda 11mm, lateral duvar çevresinde 13mm, sağ atrium çevresinde 13mm, sol ventrikül çevresinde minimal perikardiyal effüzyon saptandı. Viral etiyolojiler araştırılan hastada EBV VCA IgM pozitif (0,47) EBV VCA IgG pozitif (3,54) EBV EBNA grayzone pozitif saptandı. Enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edilen hastada mevcut klinik ve serolojik bulguları ile ön planda EBV'ye bağlı subakut perikardit düşünüldü. Hastaya indometazin 25 mg 2x1 ve kolşisin 0,5 mg 2x1 başlandı. Takiplerinde ateş yüksekliği olmayan, yakınmaları, AFR gerileyen, EKG bulgularında düzelme saptanan (şekil 2), kontrol Ekoda perikardial effüzyonu azalan hasta önerilerle taburcu edildi.

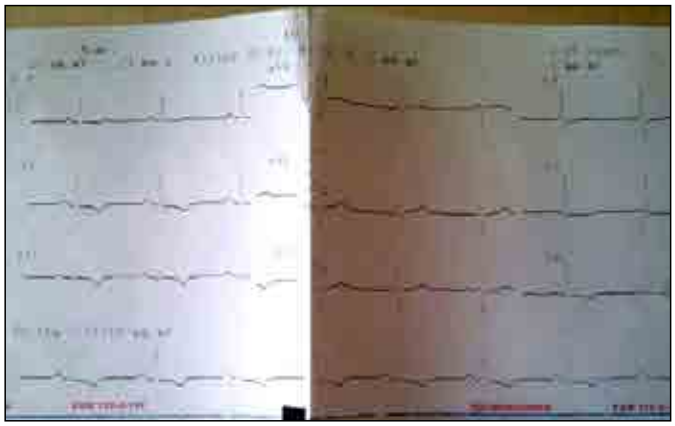
Tartışma: EBV sıklıkla genç hastalarda üst solunum yolu enfesiyonu kliniği ile, nadiren enfeksiyöz mononükleoz tablosu ile seyreder. EBV'ye bağlı perikardit ise nadir ve genellikle kendini sınırlayan karakterdedir. Perikardit; sıklıkla genç, viral enfeksiyon öyküsü bulunan hastalarda görülmekle birlikte ileri yaşta perikardial tamponad sıklığı artmaktadır. Olgumuzda klinik tablo ateş, sedimentasyon yüksekliği ve plöretik tipte göğüs ağrısı ile karakterizedir. Kendi kendini sınırlar niteliktedir. İleri yaşta olması sebebi ile malignite, bağ doku hastalığı,

üremi gibi ileri yaş hastalarda sık görülen sebepler dışlanmıştır. Perikardial mayii örnek alınamayacak kadar az miktarda olmasına karşın klinik tablo, seropozitiflik, semptomatik tedavi ile klinik iyileşme gösteren olgumuzda benign seyirli EBV perikardit tanısı konmuştur.

Anahtar Kelimler: epstein-barr virus, perikardit



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-332

PSEUDOEXFOLİASYON SENDROMUNDA NONİNVAZİV PARAMETRELER İLE VENTRİKÜLER REPOLARİZASYON YETENEĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe Kevser Demir[1], Selim Demir[2], Arif Arısoy[3], Sait Alim[2], Alper Güneş[2], Rabia Pişkin Sağır[1], Fatih Altunkaş[3], Kayıhan Karaman[3]

[1]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat
[2]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat
[3]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Tokat

Amaç: Pseudoexfoliasyon sendromu (PEX) yaşa bağlı fibriler materyalin göz dokularında birikimi ile karakterize bir ekstraselüler matriks düzensizliğidir. Daha önceki çalışmalar göstermektedir ki bu sendrom artmış kardiyak aritmi riski ile ilişkilidir. QT dispersiyonu (QTd), Tpeak-Tend aralığı (Tp-e) ve Tp-e/QT oranı ventriküler repolarizasyonun bir göstergesi kabul edilmektedir. Bu çalışmada biz bu invaziv olmayan parametreleri kullanarak PEX'li bireylerde ventriküler repolarizasyon kapasitesini değerlendirmek istedik.

Yöntemler: Çalışmaya PEX bulgusu olan 32 olgu ile yaş ve cinsiyeti benzer 32 sağlıklı birey alındı. PEX tanısı yarıklı lamba biyomikroskopik muayenesi ile beyaz amiloid benzeri eksfoliasyon materyalinin lens ön kapsülü ya da iris üzerinde görülmesi ile konuldu. QT dispersiyonu (QTd), Tpeak-Tend aralığı (Tp-e) ve Tp-e/QT oranı 12 derivasyonlu EKG'den hesaplandı. Elde edilen veriler SPSS 18 programı kullanılarak istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından belirgin bir farklılık yoktu (p>0.05). EKG'den elde edilen veriler tablo 1'de detaylı olarak sunulmuştur. QTd parametresi PEX'li bireylerde kontrole kıyasla belirgin düzeyde artmıştı (42±17 vs. 25±15 ms, P<0.001, sırası ile). Benzer şekilde Tp-e/QT oranı da PEX'li bireylerde daha yüksek idi (0.22±0.03 vs. 0.20±0.02, P= 0.021, sırası ile). Gruplar arasında Tp-e parametresi açısından istatistiksel anlamlı bir fark yoktu (90±13 ms vs. 85±10 ms, P= 0.119, sırası ile).

Sonuç: PEX sendromu primer olarak göz hekimlerinin karşılaştığı ve tanısını koyduğu bir hastalıktır. Bumateryal birikimi sadece gözle sınırlı olmayıp cilt, akciğer, karaciğer, serebral meningeal yapılar ve damar endotelinde biriktiği gösterilmiştir. Glokom, katarakt ve lens dislokasyonu gibi oküler komplikasyonlar ile ilişkisi iyi bilinen bu hastalığın son yıllarda yapılan çalışmalarda kardiyak tutulum olduğu bildirilmiştir. Doku doppler ekokardiyografi kullanılarak yapılan çalışmalarda sol ventrikül diastolik fonksiyonunda azalma olduğunu gösterilmiştir. Yine yapılan çalışmalarda herhangi bir semptomu olmayan olgularda bile PEX varlığı subklinik myokardiyal iskemi ile ilişkili bulunmuştur. Bizim çalışmamızda noninvaziv yöntem ile kardiyak ventirikül repolarizasyon yeteneği değerlendirilmiş ve PEX olgularında EKG de elde edilen ventrikül repolarizasyon yeteneğinin uzadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda PEX'li bireylerde QTd ve Tp-e/QT oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu nedenle PEX olgularının kardiyak patolojiler açısından da değerlendirilmesinin iyi olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimler: Pseudoeksfoliasyon sendromu, ventriküler repolarizasyon, QT dispersiyonu, Tp-e aralığı, Tp-e/QT oranı, 12 derivasyonlu elektrokardiyografi.

Tablo 1. Elektrokardiyografik bulguların detaylı sunumu

Değişkenler	PEX (-)	PEX (+)	p
HR, atım/min	74±13	75±10	0.603
QT, ms	379±28	373±35	0.502
QTc, ms	423±36	412±35	0.222
QTd, ms	25±15	42±17	<0.001
QTdc, ms	29±16	47±18	0.001
Tp-e, ms	85±10	90±13	0.119
Tpe-ec, ms	95±14	99±16	0.199
Tp-e/QT	0.20±0.02	0.22±0.03	0.021
Tp-e/QTc	0.20±0.03	0.22±0.03	0.024

PS-333

RİVAROXABAN KULLANIMINA BAĞLI SPONTAN RENAL SUBKABSÜLER HEMATOM VE AKUT BÖBREK YETERSİZLİĞİ; OLGU SUNUMU

Müge Bilge[1], Özlem Basat Muratoğlu[1], Aylia Yeşilova[1], Neslihan Özsoy[1], Recep Yılmaz Bayraktarlı[2], Ayşen Helvacı[1]

[1]SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

Tromboembolik hastalıklar sonuçları sıklıkla fatal olabilen ve yüksek prevalansları ile bugün için major endişe verici hastalık grubunu oluşturmaktadır. Rivaroxaban selektif, direkt Faktör Xa inhibisyonu yaparak hen intrensek hem de extrensek koagülasyon kaskadını inhibe eden yeni kuşak oral antikoagülanlardandır. Rivaroksaban derin ven trombozu profilaksisi ve nonvalvüler atriyal fibrilasyonda sistemik embolizasyonun önlenmesi gibi çeşitli tromboembolik endikasyonlarda kullanılmaktadır. Spontan renal subkabsüler hematom malignite, cerrahi girişim ya da antikoagülan tedavi ile ilişkili olabilen, fatal seyredebilen, nadir görülen bir klinik tablodur. Bu sunumda rivaroxaban kullanımı sırasında gelişen spontan subkapsüler renal hematoma bağlı akut böbrek yetersizliği ile prezente olan 79 yaşında erkek hasta paylaşılmıştır.

Olgu Sunumu: 79 yaşında erkek hasta acil ünitemize halsizlik, baş dönmesi, karında huzursuzluk yakınması ile başvurdu. Ateş, hematüri, travma tariflemeyen hastanın başvuru sırasında arter kan basıncı 70/30 mmHg ve 113/dk düzensiz kalp hızı saptandı. Fizik muayenede hafif soluk görünüm, sol böbrek lojunda hafif hassasiyet saptandı. Özgeçmişte ikili kombine antihipertansif kullanımı ile regüle hipertansiyon, KOAH ve iki kez inme (2005 ve 2013) tariflemeyen hastanın (CHA2DS2-VASc score 5) 2014 den itibaren nonvalvüler atriyal fibrilasyon tanısıyla 20 mg/gün (Cockroft–Gault formülü ile kreatinin klirensi 72 ml/dakika) rivaroksaban kullanımı mevcuttu. Kanama eğilimini arttıracak başka ilaç kullanımı bulunmayan hastanın rutin tetkiklerinde lökositoz (24.2 k/uL), üremi (üre 134 mg/dl, kreatinin 4,55 mg/dl) ve hafif anemi (8,6 g/dl) saptandı. Trombosit sayısı, arter kan gazı ve INR normal, batın ultrasonografisinde sol böbrek korteksinden posterolaterale uzanım gösteren ve renal parenkimi komprese eden 5,5X7,3X1,4 cm boyutlarında subkapsüler koleksiyon izlendi. Acil şartlarda uygulanan batın tomografisinde 5,5X7,5 cm boyutlarında, solid komponeneti bulunmayan sol böbrekte subkapsüler hematom görüldü (Şekil 1,2; Sol böbrekte subkapsüler hematom. Sol böbrek (daire içinde) posteriorunda, böbreği anteriora doğru iten subkapsuler alanında (noktalı oklar) ve posteromedialinde psoas kasını da laterale deplase eden hiperdens görünümde hematom alanı (düz ok) izlenmektedir. Gerota fasyası (ok başları) ve perirenal yağlı alan heterojen görünümdedir). Vital bulguları, idrar miktarı ve biyokimyasal testleri monitorize edilen hastaya rivaroksaban spesifik antidotu bulunmadığı için uygun sıvı ve kan ürünü (eritrosit süspansiyonu) replasmanı yapıldı. Takiplerde diyaliz gereksinimi olmayan hasta konservatif tedaviye yanıt verdi. Yakınmaları birkaç gün içinde gerileyen hastanın seri ultrasonografi ve tomografi takiplerin-

de hematom boyutlarında artış izlenmedi. Takibinin 30. gününde stabil durumda 6 hafta sonra kontrol tomografisi planlanarak eve gönderildi.

Sonuç: Tromboembolik hastalıklarda kullanılan rivaroksaban gibi yeni kuşak oral antikoagülanlar güvenilir olmakla birlikte kanama komplikasyonları da giderek artan sıklıkta izlenmektedir. Subkapsüler renal hematom fatal seyredebilir. Rivaroksaban kullanımına bağlı değişik kanama komplikasyonları bildirilmiştir. Spontan subkapsüler renal hematom literatüre tanımlanan ilk bildirimdir.

Anahtar Kelimler: rivaroxaban, spontan renal subkabsüler hematom, akut böbrek yetersizliği



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-334

TİP 2 DİABETES MELLİTUSLU HASTALARDA NABIZ DALGA HIZI VE HBA1C ARASINDAKİ İLİŞKİ

Şeref Demirbaş, Ali Kılınç, Kayıhan Kara, Emre Tekgöz, Erol Arslan, Bayram Koç, Kenan Sağlam

İç Hastalıkları Bilim Dalı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara

Giriş: Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) tip 2 DM hastalarında en sık ölüm nedenidir. İyi glisemik kontrolün hastalık ilişkili ölüm ve diyabetik komplikasyonları azaltmaktadır. HbA1c tip 2 DM hastalarında iyi glisemik kontrolü gösteren en iyi belirteçlerdendir. Arteryel sertlik KVH riskini ve KVH ilişkili ölümleri öngördürmede bağımsız bir belerleyicidir. Biz bu çalışmada NDH ve HbA1c arasındaki ilişkiyi araştırdık.

Materyal ve Metod: Çalışma grubumuz polikliniğimizde Tip 2 DM tanısı ile takip edilen ve bilinen PDH, KDH, dislipidemi, HT, aktif kanser hastalığı olmayan 35'i (%53,8) kadın, 30'u (%46,2) erkek toplam 65 hastadan oluşmaktaydı. Hastaların HbA1c değerleri kaydedildi. Her hastanın NDH ölçümleri yapıldı. NDH ve HbA1c arasında istatistik olarak karşılaştırma yapıldı.

Bulgular: Hastaların son ölçülen HbA1c değerine göre ≤7.0 ile >7.1 grupları NDH, SAB, GiA, GiB parametreleri arasında karşılaştırma yapıldı. HbA1c değeri hedefte olan hasta grubunda NDH anlamlı olarak düşük saptandı (p=0. 025, *p<0.05*). Diğer tüm parametreler arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1).

Sonuç: Daha önce yapılan çalışmalarda Hba1c deki düşüşlerin KVH riskinde belirgin azalmaya yol açtığı görülmüştür. Yine tip 2 hastalarında arteryel sertlik normal popülasyona oranla daha yüksek bulunmuştur. Hba1c düzeyi yüksek olan hastalarda NDH artışı da KVH riskini arttığını göstermektedir. Tip 2 DM hastalarında NDH, KDH riskini erken belirleme de yöntem olarak tercih edilebilir.

Anahtar Kelimler: Kardiyovasküler hastalıklar, Tip 2 DM, Nabız dalga hızı.

Tablo 1. HbA1C'ye göre NDH, SAB, GiA, GiB değerleri

HbA1c	NDH (m/s)	SAB (mmHg)	Glao (%)	Glbr (%)
≤7.0 (n=28)	9.39±1.58	139.65±24.32	33.16±25.43	-11.75±30.58
>7.1 (n=37)	10.35±1.59	133.34±15.75	22.79±14.48	-26.47±27.48
p=	*0. 025(<0.05)*	0. 590	0. 062	0.060

SKB: sistolik kan basıncı, DKB: diyastolik kan basıncı, NDH: nabız dalga hızı, GiA: aortik güçlendirme indeksi, GiB: brakiyal güçlendirm indeksi, SAB: santral aortik basınç

PS-335

İZOLE HİPERTANSİYONLU HASTALARDA AYAK BİLEĞİ-KOL BASINCI İNDEKSİ İLE NABIZ DALGA HIZI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Emre Tekgöz, Kayıhan Kara, Ali Kılınç, Erol Arslan, Şeref Demirbaş, Kenan Sağlam

İç Hastalıkları Bilim Dalı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, Türkiye.

Giriş: Hipertansif hastalarda endotel disfonksiyonunu (ED) gösteren güçlü kanıtlar vardır. Son zamanlarda ayak bileği-kol basıncı indeksi (AKBİ), nabız dalga hızı (NDH), güçlendirme indeksi (Gİ) ve santral aort basıncı (SAB) gibi endotel disfonksiyonunu gösteren yeni parametreler ateroskleroz tahmininde kullanılmaktadır. Bu çalışmada izole hipertansiyon (İHT) tanısı ile takip edilen hastalarda AKBİ ile NDH ilişkisi araştırılmıştır.

Materyal ve Metod: Çalışma grubumuza HT tanısı alan veya HT tanısıyla takip edilen toplam 90 birey (57 kadın, 33 erkek) dahil edildi. Çalışmaya alınan bireylerin yaş, cinsiyet, aile hikayesi, sigara içip içmediği, varsa ek hastalıkları, kullandığı ilaçlar ile son 3 ay içerisinde alınmış olan laboratuvar verileri hasta takip formuna kaydedildi. Tüm hastaların NDH, Gİ ve SAB'ı içeren arteriyel sertlik parametreleri ölçüldü. Aynı gözlemci tarafından her hastada el doppler ultrosonografi cihazı ile 2'şer kez AKBİ ölçümü yapıldı. Her iki taraf AKBİ değeri hesaplanıp düşük olan değer kabul edildi. AKBİ ve arteriyel sertlik belirteçlerinin ölçümleri yapılarak arasındaki ilişki araştırıldı.

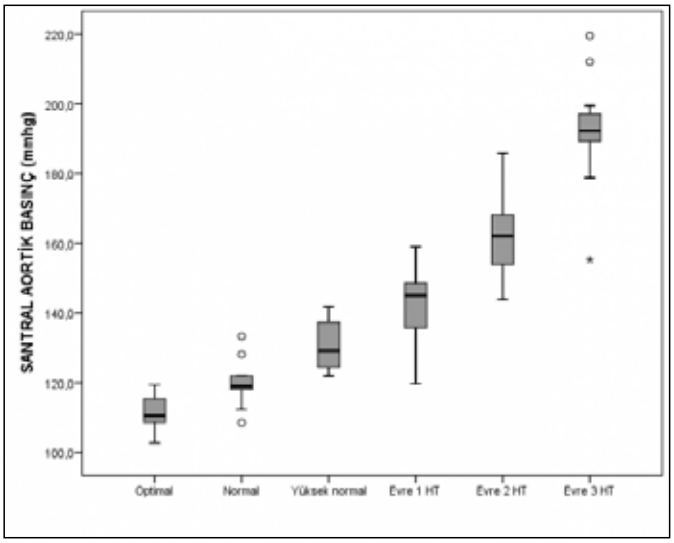
Bulgular: İHT tanısı ile takip edilen hastalarda AKBİ değerleri ile NDH ölçümleri arasında ilişki saptanmadı. Çalışmaya katılan tüm hastalarda HT evrelerindeki SAB değerleri arasında anlamlı fark saptandı (p<0,001) (Tablo 1). Kadın hastalarda da HT evrelerindeki AKBİ değerleri arasında anlamlı fark saptandı (p<0,003). Tüm hasta grubunda ve kadın hasta grubunda sistolik kan basıncı (SKB) düzeyleri ile AKBİ arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon vardı (sırasıyla r= -0,215, p=0,042; r= -0,277, p=0,037) (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamız, İHT tanısı ile takip edilen hastalarda AKBİ ile NDH ölçümlerinin birbiri yerine kullanılamayacağını saptadık. Arteriyel sertlik belirteçlerinden NDH'ın yanında KB düzeyleri ile ilişkili olan SAB'ında takibinin İHT hastalarının tedavi ve takibinde önemli olabileceğini, aynı şekilde HT tanısı ile takip edilen hastalarda AKBİ'nin <0,9'un altındaki değerlerinde periferik arter hastalığı (PAH) açısından ileri tetkik edilmesinin faydalı olabileceğini saptadık.

Anahtar Kelimler: İzole hipertansiyon, Arteriyel sertlik, Ayak bileği-kol basıncı indeksi

Tablo 2: Kadın, erkek ve tüm hasta gruplarında arteriyel sertlik parametreleri ile AKBİ arasındaki ilişki.

	AKBİ					
	Tüm hastalar		Kadın		Erkek	
KORELASYON TABLOSU	r	p	r	p	r	p
SKB (mmhg)	-0,215	0,042	-0,277	0,037	-0,154	0,393
DKB (mmhg)	-0,107	0,313	-0,154	0,253	-0,061	0,734
NDH (m/sn)	-0,142	0,160	-0,071	0,600	-0,229	0,199
SAB (mmhg)	-0,154	0,147	-0,204	0,128	-0,110	0,522
Gibr (-%)	0,090	0,398	0,124	0,359	0,070	0,699
Glao (%)	0,143	0,178	0,218	0,103	0,070	0,700



Şekil 1.

Tablo 1: Tüm hasta grubunda arteriyel hipertansiyon düzeyleri ile arteriyel sertlik parametrelerinin karşılaştırması.

TÜM HASTA GRUBU (p)	NDH (m/sn)	SAB (mmhg)	Gibr (-%)	Glao (%)	AKBİ
Optimal	10,3 [8,1 - 11,9]	110,5 [102,7 - 119,4]	-18 [-31,6 - 1,8]	28,5 [21,6 - 38,5]	1 [1 - 1,28]
Normal	11,1 [7,4 - 12,7]	119 [108,5 - 133,3]	-16,9 [-67,1 - 35,8]	29,1 [3,7 - 55,8]	1,1 [0,87 - 1,23]
Yüksek normal	9,7 [6,9 - 14,6]	129,2 [122 - 141,6]	-26,3 [-40,5 - 14,9]	24,3 [17,1 - 45,2]	1 [0,85 - 1,63]
Evre 1 HT	10,6 [7 - 15,3]	145,1 [119,7 - 169]	-7,8 [-78,5 - 33,3]	34,1 [-2,1 - 96]	1,1 [0,66 - 1,25]
Evre 2 HT	10,5 [8,5 - 14]	162,1 [143,9 - 185,8]	-20,2 [-67,4 - 28,2]	27,4 [3,5 - 51,9]	1 [0,85 - 1,26]
Evre 3 HT	11,6 [8,3 - 16]	192,2 [155,3 - 219,5]	5 [-68,7 - 35,3]	40,2 [2,3 - 55,5]	1 [0,81 - 1,26]
P	0,794	<0,001	0,583	0,563	0,207

PS-336

PİPERASİLİN TAZOBAKTAM SONUCU GELİŞEN AKUT TUBULOİNTERTİSYEL NEFRİT: BİR OLGU

Fatma Keren, Hatice Selcen Biçer, Elif Ergene, Gülçin Güngör Olçum, Ümran Keskin

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Amaç: Akut intertisyel nefrit böbrek interstisyumda inflamasyonla karakterize ve kreatinin klirensinde düşüşle seyreden bir böbrek lezyonudur. Sıklıkla otoimmun ve sistemik hastalıklar, böbreği etkileyen enfeksiyonlar, kullanılan ilaçlar ve tubulointertisyel nefrit ve üveit sendromu sebep olur . Biz bu olgu ile bronkopnömoni tanısı ile piperasilin tazobaktam başladığımız bir olguda gelisen akut tubulointertisyel nefriti (ATİN) tartışmayı amaçladık. Olgu: Yetmiş sekiz yaşında bayan hasta yakınları tarafından ateş, öksürük ve halsizlik şikayeti ile acil servise getirilmiş. Hasta taşipneik, terli ve halsiz görünmekteydi, Şuuru açık oryante ve koopereydi. Ateş: 38,9 derece, tansiyon 110/90 mmhg, nabız: 112/dk, EKG: normal sinüs ritmi, taşikardik, yapılan tetkiklerde kan sekeri 98 mg/dl, karaciger testleri normal, WBC:9,96 K/uL, Hb:13,4 gr/dL, Hct:39,9 %, Plt:311 K/uL, CRP: 7 mg/dl, BUN:36,3 mg/dL, kreatinin 0,79 mg/dl, akciger grafisinde yaygın pronkopnomonik infiltrasyon saptandı. Hasta bronko-pnömoni ön tanısı ile dahiliye servisine yatırıldı. Hastaya piperasilin tazobaktam 3*4.5 ve parasetamol baslandı. İkinci günde atesi olmadı ve antibiyotik ile tedaviye devam edildi. Tedavinin 4. günü hastanın sırtında makulopapüler döküntü, 38 derece ateş ve makroskopik hematüri gelişmesi üzerine bakılan testlerde WBC:27,7K/uL, CRP: 3,7 mg/dl, BUN:49,2mg/dL, kreatinin 2,9 mg/dl tam idrar tetkikinde WBC:33, RBC:167, dansite 1011 saptandı. Hastada ATİN düşünüldü ve antibiyotigi stoplandı. Karacigerden atilan moksifloksasin baslandı. Hastaya hidrasyon verildi, ATİN antibiyotiğe bağlandı ancak ayırıcı tanı için anti- nükleer antikor, P-ANCA, C-ANKA, kompleman 3-4, idrarda lejionella antijeni bakıldı normal saptandı. Renal ultrasonda bilateral böbreklerde büyüğü sağ böbrek alt polde yaklaşık 33x17 mm boyutunda kistik kaliektazi saptandı. Takıbin 3. gününde kreatinin 5,13 mg/dL, BUN 140 mg/dL'ye kadar yukseldı, ATİN piperasilin tazobaktama bağlandı ve hidrasyona devam edildi. hastanın makulopapüler döküntüleri ve hematurisi de ATİN'e bağlandı. Takibin 7. günü hastanın hematürisi düzeldi be BUN, kreatinin bazal degerlere yakın hale geldi. Tartışma: Akut intertisyel nefrit böbrek interstisyumda inflamasyonla karakterize ve kreatinin klirensinde düşüşle seyreden bir böbrek lezyonudur. Sıklıkla otoimmun ve sistemik hastalıklar (sistemik lupus eritematozus, sjögren sendromu...) %10-20, böbreği etkileyen enfeksiyonlar (lejionella, leptosipiroz...) %4-10, kullanılan ilaçlar (beta-laktam antibiyotikler, metisilin ve diger ilaçlar) %70-75 ve tubulointertisyel nefrit ve üveit sendromu %5-10 sebep olur . En sık ATİN sebebi olan ilaçlar nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar, COX2 inhibitörleri, penisilin, sefolasporin, rifampisin, tiazid, luup diüretikleri, trimetoprim-sülfometoksazol, ciprofloksasin, simetidin, allopürinol, proton pompa inhibitörleri, mesalazin gibi ilaçlardır. Bir çok hastada başlangıç non-spesifik semptomlar ve akut böbrek hasası seklinde olur. İlaca bağlı ATİN'de allerjik tip reaksiyonlar, ateş kızarıklık, eozinofili görülebilir. Bizim hastamızda da makülo papüler döküntüler ve ateş görüldü ancak eozinofili saptanmadı. Tedavide şüpeli ajan derhal kesilmelidir, hidrasyon saglanmalı ve 3-7 gün içinde serum kreatininde düsme bekelenmelidir. Sonuç: Akut tubulointerstisyel nefrit sıklıkla kullanılan ilaçlara bağlıdır ve etken ajanın kesilmesiyle geri dönüşü mümkün bir hastalıktır.

Anahtar Kelimler: B-Laktam Antibiyotik, Akut Tubülo-intertisyel Nefrit, Akut Böbrek Yetmezliği

PS-337

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTADA SEFEPİM KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN NÖROTOKSİSİTE

Shahin Mehdiyev[1], Nezih Yalçın[1], Aysun Tekin[2], Azize Tiryakioğlu[3], Burkay Akdağ[3], İzzet Hakkı Arıkan[4]

[1]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi;İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı
[3]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[4]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Sefepim 4. jenerasyon sefalosporin grubunda yer alan, bakteri hücre duvarı sentezini inhibe ederek bakterisid etki gösteren geniş spektrumlu bir antibiyotiktir. Yaklaşık %85 oranında böbreklerden atılmaktadır[1]. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan hastalarda kreatin klerensine göre doz ayarlaması yapılsa dahi sefepime bağlı nörotoksisite bildirilmiştir[2]. KBY tanılı bir hastada sefepim tedavisine sekonder gelişen nörotoksisite sunulacaktır.

Olgu: Bilinen diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), koroner arter hastalığı (KAH), konjestif kalp yetmezliği (KKY) ve KBY tanıları olan 89 yaşındaki erkek hasta nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Eşlik eden öksürük şikayeti vardı. Pulmoner ödem öntanısıyla yatırılan hastanın sıvı kısıtlaması ve diüretik tedavisi sonrası şikayetleri geriledi, oksijen ihtiyacı azaldı. Yatışının 8. gününde öksürük, balgam, üşüme titreme ve nefes darlığı gelişti. Bilateral akciğer alt zonlarda ve sol orta zonda dinlemekle krepitan raller vardı. Ateş 37.2, solunum sayısı 26, Tansiyon Arterial 135/78, oksijen saturasyonu oda havasında %92 olan hastanın WBC 19.4 x10^3/μL, HGB 9.7 g/dl,CRP 118.00 mg/L Prokalsitonin 2.84 ng/mL, BUN 67 mg/dL,Kreatinin 2.58 mg/dl saptandı. GFR (glomerüler filtrasyon hızı) 19 ml/dk idi. Kontrastsız Toraks BT de sol akciger alt lobda genis konsolidasyon alanı izlendi, pnömoni lehine degerlendirildi. Sefepim 1 x 1 gram intravenöz başlandı. Tedavinin 4. gününde pnömoni kliniğinde düzelme olan hastanın giderek artan kekeleme, ellerde titreme, bilinç bulanıklığı ve uykuya meyil şikayetleri gelişti. Nörolojik muayenede konuşma bozukluğu ve tremor dışında patoloji saptanmadı. Hastada elektrolit imbalansı yoktu, kan gazı normal saptandı, böbrek fonksiyonlarında bozulma yoktu. Kranial BT ve MR da patoloji izlenmedi.

Hastanın antibiyotik tedavisi altında başlayan şikayetlerinin ilaç yan etkisi olabileceği düşünüldü ve Sefepim tedavisi piperasilin-tazobaktam olarak değiştirildi. 36 saat sonra hastanın nörolojik semptomlarında gerileme oldu, 3 gün sonra da şikayetleri tamamen düzeldi ve sekelsiz taburcu edildi.

Sonuç: Böbrek yetmezliği olan hastalarda ilaçların, özellikle Sefepim ve seftazidim gibi antibiyotiklerin doz bağımsız olarak nörotoksisite yapabileceği akılda tutulmalı, yakın takiple izlenmelidir.

Anahtar kelimeler: Sefepim, nörotoksisite, böbrek yetmezliği

Kaynaklar

1. Rybak M. The pharmacokinetic profile of a new generation of parenteral cephalosporin. Am J Med.1996;100:39S–44S

2. Sonck J, Laureys G, Verbeelen D. The neurotoxicity and safety of treatment with cefepime in patients with renal failure. Nephrol Dial Transplant. 2008;23:966–970.

Anahtar Kelimler: Sefepim, nörotoksisite, böbrek yetmezliği

PS-338

Akut Böbrek Yetmezliği İle Prezente Olan Mikroskopik Polianjitis Olgusu

Ahmet AYDIN[1], Sabin GÖKTAŞ AYDIN[2]

[1]Bayrampaşa Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, İstanbul [2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Mikroskopik Polianjitis (MPA) sistemik bir vaskülit türüdür. MPA küçük arteriyoller, venüller ve kapillerin nekrotizan inflamasyonu ile seyreden; küçük damarlarda histopatolojik lökositoklastik vaskülit olarak görülen bir hastalıktır. Antinötrofilik sitoplazmik antikor (ANCA) pozitifliği, kresentik glomerulonefrit, pulmoner kapillerit, ve biyopsilerde immun depozitlerin bulunmaması ile kendini gösterir. Alveolar hemoraji şeklinde kendini gösteren akciğer tutulumlu MPA %30-40 olguda gözlenir. Burada akut böbrek yetmezliği ile prezente olan mikroskobik polianjitis olgusu sunmaktayız.

Olgu: Elli sekiz yaşında kadın, bilinen on beş yıldır hipertansiyon ve iki yıldır evre 2 kronik böbrek yetmezliği tanıları ile takipliymiş. Son bir haftadır giderek artan öksürük ve nefes darlığı, idrar çıkışında azalma, ayaklarda şişkinlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede konjunktivalar soluk, pretibial 2+ gode bırakan ödem, akciğer sağda orta zona kadar krepitan raller tespit edildi. Anormal laboratuvar bulguları; Hgb: 7.12 gr/dl, Hct: %21.9 fl, trombosit: 514000/mm^3, sedimantasyon: 148 mm/sa, CRP: 94 mg/L, üre: 212 mg/dl, kreatinin: 8.6 mg/dl, ürik asit: 11.8 mg/dl, protein/kreatinin(spot idrarda): 2.5 gr/gün, p-ANCA pozitif. Çekilen HRCT'de sağda daha belirgin olmak üzere orta zonda infiltre alan; alveolar hemoraji. Yapılan böbrek biyopsisinde: kesitlerde 7 adet glomerul saptandı. İki glomerul global sklerotiktir. İki glomerülde kollabe görünüm ve skleroza gidiş saptanmıştır. Glomerüllerin dördünde Bowman boşluğunu dolduran fibrosellüler özellikle kresent saptandı. Takibinde masif hemoptizi gelişen hastaya üç gün süreyle bir gram metilprednisolone, 250 mg siklofosfomid dokuz kez plazmaferez tedavisi uygulandı. Takibinde akut faz reaktanları geriledi (ESR:24 mm/saat CRP: 4 mg/dl). PA akciğer grafisinde infiltrasyonda gerileme oldu. Kreatinin değeri gerilemeyen ve idrar çıkışı 250cc/gün olan hasta 3/7 hemodiyaliz programına alındı.

Tartışma: Akut böbrek yetmezliği ile prezente olan hastalarda klinik semptom ve bulguların yanısıra ANCA gibi otoantikorlar bakmak, renal biyopsi yapmak ayırt edici tanıda önem kazanmaktadır. Olgumuzda tanının muhtemelen geç dönemde konduğu ve tedavi şeklini, prognozu etkilediği düşünülmüştür. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda etyoloji araştırılmalı ve ayırıcı tanıda vaskulitler akla gelmelidir.

Anahtar Kelimler: Mikroskopik Polianjitis, Akut böbrek yetmezliği, ANCA

PS-339

KARNİTİN PALMİTOİL TRANSFERAZ 2 EKSİKLİĞİNE BAĞLI RABDOMİYOLİZE SEKONDER AKUT RENAL HASAR-OLGU SUNUMU

Rıdvan Sivritepe, Sema Uçak Basat, Ece Yiğit, Kevser Kutlu Tatar, Damla Ersoy

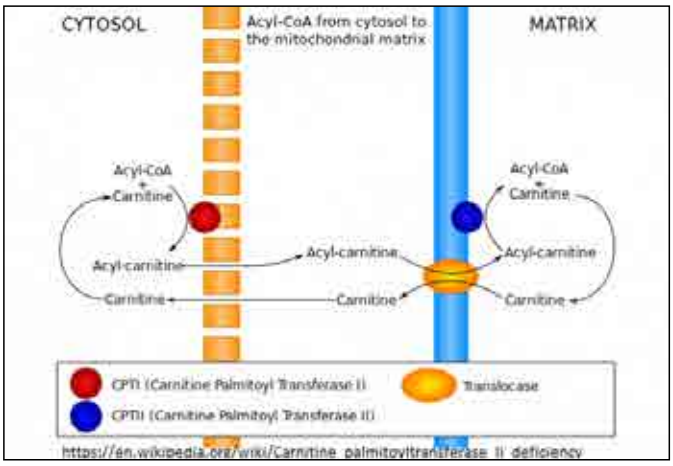
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: rabdomiyoliz iskelet kasının akut nekrozu ve hücre içeriğinin dolaşıma geçmesi ile karakterize bir sendromdur. Travma, egzersiz, ilaçlar, enfeksiyonlar ve bazı genetik metabolik hastalıklara bağlı ortaya çıkabilir. Bu vakada karnitin palmitoil transferaz 2(cpt 2) eksikliğine bağlı rabdomiyolize sekonder gelişen akut renal hasarı(ARH) sunduk.

Olgu: bilinen hastalığı olmayan 58 yaşındaki erkek hasta bulantı, kusma ve koyu renkli idrar şikayeti ile başvurdu. Şikayetleri iki gün önce soğuk ve açlık sonrası ortaya çıkmıştı. Muayenesinde akciğerde bilateral krepitan raller, batında yaygın hafif hassasiyet, ellerde titreme ve chvostek +, pretibial ödem ++/++ mevcuttu. Tahlillerinde aspartat aminotransferaz: 832 U/L, alanin AMİNOTRANSFERAZ: 299 U/L, KALSİYUM: 5.6 MG/DL, KREATİNİN(KR): 13 MG/DL, kan üre düzeyi: 243 MG/DL, sodyum: 128 mEq/L, potasyum: 5.4 mMOL/L, C-reaktif protein(türbidimetrik): 9.3 MG/DL, lökosit(WBC): 7.5 K/uL, hemoglobin: 14.5 GR/DL, kreatinin kinaz(CK): > 42.670 U/L, tam idrar tetkikinde 1 + eritrosit, 1 + lökosit, her sahada WBC: 11,kırmızı kan hücresİ:18, idrar sedimentinde dismorfik eritrositler ve tübüler hücre silendirleri izlendi. Kan gazı: PH: 7.28, bikarbonat:11 mmol/L, karbondioksit basıncı: 20 mmHg, oksijen basıncı: 53 mmHg, laktat: 1.4 mmol/L olan hastada rabdomiyolize bağlı ARH düşünüldü. Hemodiyaliz programına alındı. Etyoloji açısından tetkikleri planlandı. Anamnezinde herhangi bir travma, ateş, bilinç bozukluğu, egzersiz, operasyon, immobilizasyon, alkol/ilaç kullanımı yoktu ancak 17 yaşında egzersiz sonrası koyu renkte idrar yapma öyküsü vardı. Hastada tüm enfeksiyonlar, endokrinopatiler, inflamatuar miyopatiler, vaskülitler, tromboembolizmler, ağır metal zehirlenmeleri, maligniteler ekarte edildi. Metabolik miyopatiler düşünülerek yağ asidi oksidasyon defekti açısından karnitin/açil karnitin ve idrarda organik asit analizi yapıldı. İdrarda organik asitler ve açil-glisin normal, plazma serbest karnitini normal, ester karnitin/serbest karnitin artmış, açil karnitin artmış, C8-C18 serbest yağ asitleri normal geldi. Mitokondriyal enzim eksikliği açısından orta zincirli açil-CoA dehidrogenaz, uzun zincirli 3-hidroksi açil CoA dehidrogenaz, karnitin palmitoil transferaz 1, karnitin palmitoil transferaz 2 mutasyonları araştırıldı. Sonuç CPT 2 eksikliğine sebep olan homozigot s113l gen mutasyonu olarak geldi. Hastaya CPT 2 eksikliği tanısı konuldu.

Tartışma: rabdomiyoliz miyalji, halsizlik ve koyu renkli idrar triadı ile presente olabildiği gibi bir çok hastada asemptomatik seyretmektedir. En ciddi komplikasyonunun başında arh gelmektedir. Nekroz sonrası kas hasarının en duyarlı göstergesi olan ck gibi bir çok hücre iç protein plazmaya karışır. Hastalığın şiddeti ile ck düzeyi arasında net bir ilişki vardır. Tekrarlayan rabdomiyolizin en sık nedeni heretider metabolik hastalıklardır. CPT 2 eksikliği otozomal resesif geçen ve mitokondri iç membranında yer alan bir enzimdir. Hastalar ataklar arasında asemptomatiktir. Egzersiz, enfeksiyonlar, açlık ve soğuk en önemli tetikleyicisidir. Hastamızdaki atak soğuk ve açlıkla tetiklenmişti. Hastanın ilk atağı 17 yaşında ağır egzersiz sonrası ortaya çıkmıştı. Klinik şüphe ve iyi bir anamnez ile bir çok vakada asemptomatik seyredebilen rabdomiyoliz yakalanabilir ve ARH gibi ciddi komplikasyonlar önlenebilir. Vakamız rabdomiyoliz etyolojisinde akla pek gelmeyen bir tanı olan cpt 2 eksikliği olması ve anamnezin bu yönde güçlü bir gösterge olabilmesi nedeniyle ilginçtir.

Anahtar Kelimler: Karnitin palmitoil transferaz 2 eksikliği, Rabdomiyoliz, Akut renal hasar



Şekil 1.

PS-340

AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ İLE PREZENTE OLAN ERİŞKİN TİP MC ARDLE HASTALIĞI

Bayram İnan, İhsan Ateş, Rukiye Kara, Engin Sennaroğlu

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç hastalıkları Kliniği

Giriş: Mc Ardle's hastalığı sıklıkla çocukluk çağda görülen, iskelet kaslarındaki saf miyofosforilaz enzim eksikliğine bağlı ağır egzersizle birlikte kas yıkımı ile giden otozomal resesif genetik bir hastalıktır. Hastalığın kliniği tipik olarak egzersiz sonrası kas ağrıları, kas krampları, yorgunluk, myoglobinüri ve kreatin kinaz yüksekliği ile kendini gösterir. Biz vücut geliştirme için ağırlık egzersizleri

yapan ve sonrasında halsizlik, proksimal kas güçsüzlüğü, kas krapmları yaşayan ve kas yıkımına bağlı olarak tekrarlayan akut böbrek yetmezliği ile başvuran 27 yaşında erkek hastayı olgu sunumu olarak sunacağız.

Olgu sunumu: Yirmi yedi yaşında erkek hasta polikliniğe halsizlik, kırgınlık, kas krampları, ellerde ve ayaklarda şişlik şikayetleri ile başvurdu. Bilinen kronik hastalık ve ilaç kullanımı olmayan hastanın hikayesinde, şikayetlerinin beş gün önce ağır egzersiz sonrası başladığı öğrenildi. Fizik muayenesinde vital bulguları stabil, bilateral 2+ pretibial ödem ve bilateral alt ve üst ekstremitede 4/5 motor duyu kaybı dışında anormal bir bulgu saptanmadı. Laboratuar tetkiklerinde üre 84 mg / dL, kreatinin 3,87 mg / dL, aspartat aminotransferaz 257 IU / L, alanin aminotransferaz 227 IU / L, laktat dehidrojenaz 1560 U / L ve kreatinin kinaz 16270 U / L, diğer rutin tetkikler ise normal saptandı. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerine yüksekliğine yönelik yapılan abdomen ultrasonografi, ANCA, ANA, ENA, immun globulin A, G, M, c3, c4, AMA, ASMA, TORCH ve geniş viral hepatit markırları normal saptandı. Yapılan renal biyopside renal yetmezliğin akut tübülointerstisyel nefrite bağlı olduğu gözlendi. Myopatiye yönelik yapılan EMG normal, kas biyopsisinde ise miyofosforilaz eksikliği saptandı. Hastada ön planda Mc Ardle hastalığı düşünülerek iskemik ön kol testi yapıldı. Testin 0, 1, 3, 4, 5 ve 10. dakikalarında alınan venöz kan örneğinde laktat düzeyleri normal iken amonyak düzeylerinde progresif artış gözlendi. Bu bulgularla hastaya Mc Ardle hastalığı tanısı kondu.

Tartışma: Myofosforilaz kas dokusunda glukojenden glukoz dönüşümünü sağlayarak kasların enerji ihtiyacının karşılanmasına katkıda bulunan bir enzimdir. Mc Ardle hastalığı myofosforilaz eksikliği ile seyreden, ağır egzersiz sonrası myopati ve motor güç kaybı ile prezente olan otozomal resesif bir hastalıktır. Hastalık genellikle çocukluk yaş grubunda ortaya çıkar. Halsizlik ve kırgınlık gibi nonspesifik semptomlarla bilikte, bazı vakaların myoglobunuriye bağlı akut böbrek yetmezliği bulgularıyla da başvurduğu bildirilmiştir.

Bizim sunduğumuz olguda; erişkin yaş grubunda nonspefik semptomlar ve böbrek yetmezliği bulguları ile başvurdu. Yapılan ileri tetkiklerde Mc Ardle hastalığı tanısı kondu. Erişkin yaş grubunda nonspesifik semptomlar, myopati, motor güç kaybı ve karaciğer-böbrek testlerinde bozulma ile başvuran olgularda Mc Ardle hastalığı akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Haller RG. Treatment of McArdle disease. Arch Neurol. 2000;57:923–924. [PubMed]

2. Andreu AL, Nogales-Gadea G, Cassandrini D, Arenas J, Bruno C. McArdle disease: molecular genetic update. Acta Myol. 2007;26(1):53–57. [PMC free article] [PubMed]

3. DiMauro S. Muscle glycogenoses: an overview. Acta Myol. 2007;26(1):35–41. [PMC free article] [PubMed]

Anahtar Kelimler: akut böbrek yetmezliği, glikojen depo hastalığı tip V, myofosforilaz eksikliği, miyopati

PS-341

ARTMIŞ ASYMMETRİC DİMETHYLARGİNİNE DÜZEYLERİ MASKELİ HİPERTANSİYON İLE İLİŞKİLİMİDİR?

Bayram İnan, İhsan Ateş, Engin Sennaroğlu

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Amaç: Asimetrik dimetil arginin (ADMA) metillenmiş bir arginin analoğu olup kardiyovasküler hastalıklar ilişkili bulunan bir oksidatif stress markırıdır. Daha once yapılmış çalışmalarda primer hipertansiyon etyopatogeneziyle ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Fakat maskeli hipertansiyon (MHT) hastalarında ADMA düzeyinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlamadık. Bu çalışmada MHT hastalarında ADMA düzeyini belirlemeyi ve ADMA'nın kan basınçları ile olan ilişkilerini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya erişkin yaşta, MHT tanısı olan 50 hasta ve bilinen herhangi bir hastalığı olmayan 48 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Poliklinikte kan basınçları ortalaması < 140/90 mm Hg, ortalama ev kan basıncı ölçümleri > 135/85 mm Hg olan hastalara MHT tanısı konuldu. ADMA düzeyleri serum ELIZA kiti ile ölçüldü.

Sonuçlar: Maskeli hipertansiyon hastalarında ortalama ADMA ($p<0,001$), düzeyi kontrol grubuna kıyasla daha yüksek saptandı. Sistolik kan basıncı düzeyi ile ADMA (r=0,490, $p<0,001$) düzeyi arasında pozitif bir korelasyon saptandı. Diastolik kan basıncı düzeyi ile ADMA (r=0,477; $p<0,001$) düzeyi arasında pozitif bir korelasyon saptandı. Stepwise multivariable logistic regression analizinde; yaş (OR=1,221; $p=0,003$), BMI (OR=1,512; $p=0,005$), LDL (OR=0,925; $p=0,016$), ve ADMA (OR=1,200; $p=0,002$) düzeylerinin MHT prediktörleri olduğu saptandı. Doğrusal regresyon analizinde sistolik kan basıncı ve diastolic kan basıncının bağımsız risk faktörlerinin ADMA olduğu, ADMA'nın ise sistolik kan basıncı için bağımsız risk faktörü olduğu saptandı.

Tartışma: Çalışmamızda MHT hastalarında ADMA düzeyi kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulundu. ADMA'nin MHT prediktörü olduğu saptandı. Bu sonuçlara göre MHT'nin etyopatogenezinde oksidatif stres ve buna bağlı olarak ADMA düzeyinin de etkilerinin olabileceği düşünülebilir.

Anahtar Kelimler: endotel disfonksiyonu, izole ambulatuar hipertansiyon, nitric oksit sentaz, total antioxidant status, total oxidant status,

PS-342

NADİR BİR BÖBREK YETMEZLİĞİ NEDENİ: AKUT FOSFAT NEFROPATİSİ

Merve Şenay Özçalık, İhsan Ateş, Nisbet Yılmaz

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Fosfat nefropatisi nadir karşılaşılan ve kronik böbrek yetmezliği ile de sonuçlanabilen bir akut böbrek yetmezliği nedenidir. Genellikle barsak temizliği yapılan hastalarda oral sodyum fosfat ve sodyum fosfat içeren enemaların kullanımından sonra ortaya çıkmaktadır. Akut fosfat nefropatisi nadiren sağlıklı bireylerde fosfat alımı sonrasında ortaya çıkabileceği gibi, sıklıkla diyabet, hipertansiyon ve kronik böbrek hastalığı gibi kronik hastalığı olan hastalarda, nefrotoksik ajan kullanan, dehidrate, ileri yaş ve kadın cinsiyette görülmektedir. Yetmiş altı yaşında erkek hasta, nefrolitiazis nedeni ile sağ nefrektomi uygulanmış ve yıllık kontrolleri devam etmektedir. Rutin yapılmakta olan ultrasonografisinde rastlantısal olarak splenik fleksuradan inen kolona uzanan duvar kalınlaşması saptanması üzerine kolonoskopi planlanmış. Kolonoskopiden 12 saat önce hazırlık için iki adet oral sodyum fosfat içeren purgatif kullanılmış. Bir hafta sonra üşüme, titreme ve idrar miktarında azalma şikayetleri olması üzerine genel dahiliye polikliniğine başvuran hastada akut böbrek yetmezliği saptanması üzerine kliniğe yatırıldı. Vital bulguları kan basıncı 150/90 mm Hg, vücut ısısı 36.5 °C, nabız 72 dk idi. Fizik muayenesinde anormal bir bulguya rastlanmadı. Laboratuar tetkiklerinde; creatinine 5.36 mg/dl (bir hafta öncesinde creatinine: 0.99 mg/dl), urea 118 mg/dl, sodyum: 136 mmol/L, potasyum 5.14 mmol/L, kalsiyum 9.26 mg/dl, fosfor 4.9 mg/dl, protein 5.8 g/dl, albumin 3.3g/dl, kan pH'ı 7.34, bikarbonat 18.6 mmol/L saptandı. İdrar sedimentinde normal bulgular mevcuttu, idrar proten atılımı normal düzeydeydi. Üriner sistem ultrasonografisinde sağ böbrek opere, sol böbrekte kompansatris hipertrofi ve kortikal kist mevcuttu. Hastanın öyküsü ve laboratuar bulguları ışığında akut böbrek yetmezliği tablosunun akut fosfat nefropatisine bağlı olabileceği düşünüldü. Hastaya artıda kalacak şekilde paranterel hidrasyon başlandı. Yeterli hidrasyona rağmen creatinine düzeylerinde çok yavaş seyirli düşüş gözlendi. Kreatinin değeri 2.54 mg/dl'ye geriledikten sonra hasta taburcu edildi. Yatışından sonraki 3. Aydaki poliklinik kontrollerinde hastanın creatinine değerlerinin 1.8 mg/dl'de stabilleştiği gözlendi.

Sonuç olarak akut fosfat nefropatisi için yüksek risk faktörlerine sahip olan hastalarda kolonoskopi endikasyonu tekrar gözden geçirilmeli, fosfor solusyonlarının dışında diğer etkili ajanların kullanımı veya fosfor solusyonu kullanımı gerekli ise de yeterli hidrasyon ve nefrotoksik ilaç kullanımına bir süre ara verilmesi açısından hasta değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimler: böbrek yetmezliği, enema, fleet fosfo soda, kolonoskopi,

PS-343

İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARDA HİPONATREMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Esin Beyan, Yasemin Aydoğan, Oktay Ünsal, Güler Kızılca

Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Hiponatremi hastaneye yatırılan olgularda sık karşılaşılan bir elektrolit bozukluğudur. Normal serum sodyum konsantrasyonu 135-145 mEq/l arasındadır ve 135 mEq/l'nin altı hiponatremi olarak kabul edilir. Hiponatremi akut veya kronik oluşuna ve volüm durumuna göre yaklaşım gerektirir. Asemptomatik başlayıp koma ve ölümle sonuçlanabilen ağır klinik seyir gösterebilir. Bu çalışmada kliniğimizde yatan hiponatremi saptanan olguları değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2013-Temmuz 2015 tarihleri arasında hastanemiz İç Hastalıkları kliniğine çeşitli nedenlerle yatırılan ve rutin tetkiklerinde hiponatremi tespit edilen yaklaşık 143 hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, serum sodyum düzeyleri, volüm durumları ve hiponatremiye neden olan faktörler incelendi. Hastalar ekstrasellüler sıvı volümü durumlarına göre hipovolemik, normovolemik ve hipervolemik olarak gruplandırıldı. İstatiksel değerlendirme için SPSS 17.0 programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmada hiponatremi tespit edilen 53 erkek (%37,1) ve 90 kadın (%62,9) değerlendirildi. Yaş ortalaması 70,86 olup, ortalama sodyum düzeyi 123,4 mEq/l ve en düşük sodyum düzeyi 95 mEq/l olarak tespit edildi. 43 hasta (%30,1) normovolemik, 13 hasta (%9,1) hipovolemik ve 87 hasta (%60,8)

ise hipervolemik idi. Normovolemik hastalar değerlendirildiğinde 7 hastada (%4,9) pnömoniye bağlı ve 11 hastada (%7,7) ise çeşitli kanser tiplerine bağlı uygunsuz ADH sendromu tespit edildi. Normovolemik 14 hastada (%9,8) SSRI kullanımına bağlı hiponatremi düşünüldü. 6 hastaya (%4,2) primer adrenal yetmezlik tanısı konulurken, 5 hastada (%3,5) hipofizer yetmezlik saptandı. Hipervolemik hastalardan 38 hastada (%26,6) kalp yetersizliği, 32 hastada (%22,4) akut böbrek yetersizliği, 5 hastada (%3,5) kronik böbrek yetmezliği, 12 hastada (%8,4) karaciğer sirozuna bağlı hiponatremi tespit edildi. Hipovolemik hastalar incelendiğinde 2 hastada (%1,4) hiporeninemik hipoaldosteronizm ve 11 hastada (%7,7) tiyazid diüretiği kullanımına bağlı hiponatremi izlendi.

Tartışma: Hiponatremi toplumda en sık görülen elektrolit bozukluğudur. Literatürde yatan hastalarda hiponatreminin en sık sebebi olarak parenteral sıvı replasmanı görülmektedir. Bizim çalışmamızda en sık sebep olarak dekompanze kalp yetmezliğinin gözlenmesi hastanemizin terminal dönem kalp yetmezliği hastalarına daha sık hizmet vermesiyle açıklanabilir. Ayrıntılı öykü, fizik muayene doğrultusunda ayırıcı tanı ve nedene yönelik tedavi yaklaşımı hiponatremi yönetiminde önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimler: Ekstrasellüler sıvı volümü, hiponatremi, uygunsuz ADH sendromu

Tablo 1. Hiponatremi Nedenlerinin Dağılımı

	n (%)
Hipervolemik hiponatremi	87 (60,8)
Kalp yetersizliği	38 (26,6)
Akut böbrek yetersizliği	32 (22,4)
Karaciğer sirozu	12 (8,4)
Kronik böbrek yetmezliği	5 (3,5)
Normovolemik hiponatremi	43 (30,1)
SSRI kullanımına bağlı	14 (9,8)
Çeşitli kanserlere bağlı uygunsuz ADH sendromu	11 (7,7)
Pnömoniye bağlı uygunsuz ADH sendromu	7 (4,9)
Primer adrenal yetmezlik	6 (4,2)
Hipofizer yetmezlik	5 (3,5)
Hipovolemik hiponatremi	13 (9,1)
Tiyazid diüretiği kullanımı	11 (7,7)
Hiporeninemik hipoaldosteronizm	2 (1,4)

PS-344

PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA HİPERLİPİDEMİ ATEROSKLEROZ İLİŞKİSİ

Fatih Şahpaz[1], Ayhan Doğukan[2], Mustafa Neçati Dağlı[3]

[1]Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Kütahya, Türkiye;
[2]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji bilimdalı, Elazığ, Türkiye;
[3]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi KARDİYOLOJİ bilimdalı, Elazığ, Türkiye

Kardiovasküler hastalıklar, böbrek yetmezlikli hastalarda önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda çeşitli faktörlerin etkisi ile ateroskleroza belirgin yatkınlık söz konusudur. Periton diyalizi hastalarında hem kolesterolden hem de trigliseridden zengin Apo-B içeren lipoprotein seviyelerinin hemodiyaliz hastalarına oranla daha fazla arttığı görülmüştür. Bu lipoproteinlerin aterojenik potansiyelinin iyi bilindiği için hemodiyaliz hastalarında kötü olan lipid profilinin periton diyalizi hastalarında daha da kötü olduğu sonucuna varılabilir.Ateroskleroz, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalıklar ve periferik arter hastalıkları gibi önemli vasküler hastalıklara neden olan kompleks inflamatuvar bir süreçtir. Kardiyovasküler hastalıklar son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda mortalitenin en yaygın sebebidir. Bu hasta populasyonundaki %50'sinden fazlasından sorumludur. Bu çalışmada amacımız hiperlipideminin sürekli ayaktan periton diyalizi(PD) uygulayan kronik böbrek yetmezlikli hastalarda ateroskleroz ve inflamasyon üzerine olan etkilerini incelemektir.

Fırat Üniversitesi Fırat Tıp Merkezi Periton Diyalizi Ünitesi'nde takip edilmekte olan ve bir yıldan daha uzun süredir periton diyalizi uygulayan 20 yaş üstü 56 hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan sağlıklı kontrol grubunda 27 kişi mevcuttu. Tüm hastalar çalışma öncesi bilgilendirilerek yazılı onayları alındı. Ayrıca Fırat Üniversitesi tıp fakültesi etik kurulundan etik kurul onayı alındı. Önceki yıllarda 2 aydan uzun süre hemodiyaliz uygulayan, çalışmanın 1 ay öncesinden daha yakın zamanda peritonit geçiren, geçirilmiş paratiroidektomi operasyonu olan ve karaciğer fonksiyon bozukluğu olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Üç aydan uzun süre alüminyum içeren ilaçlar ve steroid grubu ilaç alan hastalar, enfeksiyon, malign hastalık ve şiddetli hiperparatiroidizm tablosu olanlar, antiinflamatuvar ve antioksidan tedavi alan hastalarda çalışmaya dahil edilmedi. Tüm hastaların total kolesterol, trigliserid, LDL kolesterol, HDL kolesterol, hs-CRP, homosistein, carotis intima media kalınlığı, arteryel stifnes değerleri ölçülerek istatistiksel analizleri yapıldı.

Periton diyalizi uygulayan hastalar kontrol grubuna göre göre total kolesterol, trigliserid, LDL kolesterol, HDL kolesterol, hs-CRP, homosistein, inflamasyon belirteçlerinden biri olan hs-CRP ve carotis intima media kalınlığı, arteryel stifnes değerleri düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla; $p<0.05$, $p<0.001$, $p<0.05$) olarak yüksek saptandı.Hastaların hCRP değeri 6,3±3,5 mg/dl, Homosistein 27,1±16,1 umol/l idi. Karotisden ölçülen intima media kalınlığı 0,83±0,11 mm olarak saptandı. Karotisden yapılan ölçümlerle hesaplanan arteryel stifnes 906,1±130,4 dyne/cm^2 × 10^{-6} idi. Hastaların sistolik kan basıncı 131,8±26,8 mmHg, diyastolik kan basıncı 87,1±18,8 olarak ölçülmüştür.

Sonuç olarak; periton diyalizi uygulayan hastalarda hiperlipidemi ve eşlik eden diğer inflamasyon faktörlerinin katkısıyla carotis intima media kalınlığı, arteryel stifnes değerleri düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptandı. Bu PD hastalarında aterosklerozun daha hızlı ilerleyeceğinin bir göstergesidir. Bu sebeble bu hasta grubunda hiperlipidemiye ve inflamasyona bağlı ateroskleroza karşı daha agresif bir tedavi protokolu uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimler: inflamasyon, periton diyalizi, intima media kalınlığı, arteryel stifnes

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri vE biyokimyasal parametreleri

	PD hastası	Kontrol
Cins (K/E)	56(18/38)	27 (16/11)
Yaş (yıl)	44±12	39±10,5
Periton diyalizi süresi (ay)	36,2±24,6	-
Sistolik KB (mmHg)	131,8±26,8	125,4±25,7
Diastolik KB (mmHg)	87,1±18,8	75,7±19,6
Kolesterol (mg/dl)	220,5±62,8	186,5±42
LDL (mg/dl)	137±43	117±31,6
HDL (mg/dl)	37,7±7,2	52,1±19,5
TG (mg/dl)	228±146	114±62,8
hCRP(mg/dl)	6,31±3,5	4±2,5
Homosistein (umol/l)	27,1±16	27,1±16
İntima media kalınlığı (mm)	0,83±0,11	0,66±0,08
Arteriyel Sitifnes (dyne/cm^2×10-6)	906±130	487,9±223

PS-345

T3 DÜZEYİNİN AKUT BÖBREK HASARINDA EVRESİ İLE İLİŞKİSİ; MORTALİTE VE DİYALİZ PREDİKTÖRÜ OLARAK KULLANILABİLİR Mİ?

Öznur Sadioğlu Çağdaş[1], Funda Müşerref Türkmen[1], Süleyman Baş[1], Can Sevinç[2], Alper Bayrak[3], Mehmet Mustafa Güldü[4], Derya Şenel Yıldız[1], Pınar Zehra Davarcı[1], Melike Günay[1]

[1]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Erzurum
[3]Kargı Ahmet Hamdi Akpınar Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Çorum
[4]Suruç Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa

Amaç: Son yıllarda böbrek hastalıklarında tiroid fonksiyonunda birçok anormallikler tesbit edilmiş olup üremide tiroid hormonlarının plazma düzeylerinde ve biyolojik etkilerindeki değişikliklerle ilgili pek çok çalışma yapılmıştır.Bu çalışmaların çoğu kronik böbrek yetmezliği tanılı hastaları kapsamakta olup,akut böbrek hasarı olan hastalarla ilgili çalışmalar azdır.Bu çalışmamızda ABH tanısı alan tiroid hormon metabolizmasını etkileyecek ilaç kullanımı ve hastalığı olmayan hastalarda TSH,sT3,sT4 düzeyleri ile ABH evresi arasındaki ilişki incelendi.

Gereç-yöntem: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi dahiliye kliniklerinde Ocak – Haziran 2013 tarihleri arasında ABH tanısıyla yatan hastalar retrospektif olarak incelenerek 53 olgu çalışmaya alındı.Sağlıklı 53 kişi ile kontrol grubu oluşturuldu.Kontrol grubu dahiliye polikliniğine başvuran,muayene ve tetkikleri sonucunda bir hastalık saptanmayan bireylerden seçildi.Çalışmaya dahil edilen hastaların ABH episodu esnasındaki BUN,kreatinin,TSH,sT3,sT4 değerleri ile hastaların bazal BUN ve kreatinin değerleri,ABH etyolojileri(prerenal,intrarenal ve postrenal olarak),eşlik eden hastalıkları(Hipertansiyon(HT),diyabetes mellitus(DM),koroner arter hast alığı(KAH),malignite,konjestif kalp yetmezliği(KKY),daha önce geçirdikleri hastalıklar,kullandıkları ilaçlar retrospektif olarak kaydedildi.Bazal ve ABH episodu sırasında ölçülen BUN ve kreatinin değerleri kullanılarak KDIGO›ya göre ABH evreleri hesaplandı.Kontrol grubunun BUN,kreatinin,TSH,sT3,sT4 değerleri retrospektif olarak kaydedildi.

Bulgular: Hasta grubunda yaş ortalaması 65,68±14,372yıl olan 53(29E/24K),kontrol grubunda yaş ortalaması 40,03±12,99yıl olan 53(29E/24K)kişi olup,hasta ve kontrol grubu yaş ortalamaları arasında istatisteksel olarak anlamlı olup(p<0,001) ve cinsiyetleri arasında anlamlı farklılık yoktu(p=0.577).ABH'lı hastaların etyolojilerine göre dağılımı Resim-1'de izlenmektedir.Hasta grubundaki ek hastalıklara bakıldığında 24 hastada HT(%45,3),20 hastada DM(%37,7),14 hastada KAH(%26,4),17 hastada malignite(%32,1),16 hastada KKY(%30,2) ve 2 hastada SVH(3,8) tanısı mevcut idi.ABH evre-1,2,3 olan hastaların BUN,kreatinin değerleri kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulundu(p<0.05).Hasta grubu ve kontrol grubundaki TSH,T3,T4 değerleri karşılaştırmaları Tablo-1'de izlenmektedir. TSH, sT3,sT4, BUN, kreatinin korelasyon analizleri Tablo-2'de izlenmektedir. Çalışmamızda sT3,sT4,TSH değerleri ile ABH hasta grubundaki komorbid hastalıklar,cinsiyet,diyaliz tedavisi alma ve mortalite ile ilişkisine bakıldı.sT3 ve sT4 düzeylerinin diyaliz tedavisi alanlarla almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı.Ayrıca sT3 ile ölen hasta grubu ile ölmeyen hasta grubu arasında da istatistiksel olarak fark saptandı(Tablo-3).

Sonuç: Üremili hastalarda tiroid hormon metabolizmasındaki değişikliklere sekonder olarak tiroid hormonlarının serum seviyelerinde,özellikle sT3 düzeylerinde değişiklikler meydana gelir.Çalışmamızda Evre-3 ABH hastalarının sT3 düzeyleri,Evre-1 ABH hastalarından daha düşük olduğunu,sT3 ile BUN, kreatinin,yaş arasında ters yünde bir korelasyon olduğunu saptadık.Ayrıca sT3 düzeyleri diyalize girenlerin girmeyenlerden,ölen hastalarda yaşayan hastalardan daha düşüktü.Bu sonuçlar ABH'da çok düşük sT3 düzeylerinin,hem olası diyaliz gereksiniminin,hem de mortalitenin prediktörü olabileceğini düşündürdü.Bunun için daha geniş kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimler: akut böbrek hasarı, akut böbrek hasarı evresi, tiroid fonksiyon testleri



Tablo 1. Hasta grubu ile kontrol grubunun TSH, sT3, sT4 değerleri karşılaştırması

	Hasta Grubu n=53	Kontrol Grubu n=53	p
sT3 (ng/dl)	1,8125 ± 0,5985	2,6755 ± 0,5323	p<0,001
sT4 (ng/dl)	1,1125 ± 0,2690	1,1660 ± 0,3990	p=0,419
TSH (mIU/ml)	2,1140 ± 2,7727	1,6490 ± 0,9492	p=0,251

Tablo 2. sT3 ve sT4 ve TSH korelasyon değerleri

		sT4 (ng/dl)	TSH (mIU/ml)	BUN (mg/dl)	Kreatinin (mg/dl)	Yaş (yıl)
sT3 (ng/dl)	Pearson Correlation	0,482	-0,199	-0,530	-0,279	-0,290
p	Sig. (2-tailed)	0,000	0,152	0,000	0,043	0,035
	N	53	53	53	53	53
		sT3 (ng/dl)	TSH (mIU/ml)	BUN (mg/dl)	Kreatinin (mg/dl)	Yaş (yıl)
sT4 (ng/dl)	Pearson Correlation	0,482	-0,257	-0,282	-0,238	0,018
p	Sig. (2-tailed)	0,000	0,063	0,041	0,086	0,898
	N	53	53	53	53	53
		sT3 (ng/dl)	sT4 (ng/dl)	BUN (mg/dl)	Kreatinin (mg/dl)	Yaş (yıl)
TSH (mIU/ml)	Pearson Correlation	-0,199	-0,257	0,095	0,097	0,137
p	Sig. (2-tailed)	0,152	0,063	0,501	0,491	0,327
	N	53	53	53	53	53

Tablo 3. ABH hasta grubunda sT3,sT4 ve TSH değerlerinin ile komorbid hastalıklar, cinsiyet, diyaliz tedavisi alma ve mortalite ile ilişkisi

		T3(ng/dl)	T4(ng/dl)	TSH(mIU/ml)	p
	Evet (n=9)	1,3611 ± 0,4886	0,9500 ± 0,17292	2,5961 ± 2,9238	p1: 0,012
Diyaliz tedavisi					p2: 0,046
	Hayır (n=44)	1,9048 ± 0,5809	1,1457 ± 0,27444	2,0154 ± 2,7655	p3: 0,572
	Erkek (n=29)	1,7776 ± 0,61029	1,0703 ± 0,27331	2,0695 ± 2,4644	p1: 0,646
Cinsiyet					p2: 0,214
	Kadın (n=24)	1,8546 ± 0,59427	1,1633 ± 0,26035	2,1677 ± 3,1594	p3: 0,899
	Evet (n=24)	1,9375 ± 0,67109	1,1542 ± 0,27219	2,4350 ± 3,3465	p1: 0,169
Hipertansiyon					p2: 0,309
	Hayır (n=29)	1,7090 ± 0,52048	1,0779 ± 0,26617	1,8484 ± 2,2173	p3: 0,449
	Evet (n=20)	1,9680 ± 0,5937	1,1600 ± 0,23762	1,8012 ± 2,1088	p1: 0,142
Diyabetes mellitus					p2: 0,321
	Hayır (n=33)	1,7182± 0,5904	1,0836 ± 0,28606	2,3036± 3,1231	p3: 0,528
	Evet (n=14)	1,9379 ± 0,57313	1,2236 ± 0,20224	1,372 ± 1,190	p1: 0,366
Koroner arter hastalığı					p2: 0,071
	Hayır (n=39)	1,7674 ± 0,60827	1,0726 ± 0,28085	2,380 ± 3,124	p3: 0,247
	Evet (n=6)	1,1883 ± 0,4790	1,0433 ± 0,42245	3,5835 ± 5,4272	p1: 0,006
EKSİTUS					p2: 0,509
	Hayır (n=47)	1,8921 ± 0,5681	1,1213 ± 0,24844	1,9264 ± 2,2741	p3: 0,170

p1: sT3 değerlerinin ile komorbid hastalıklar, cinsiyet, diyaliz tedavisi alma ve mortalite ile ilişkisi, **p2:** sT4 değerlerinin ile komorbid hastalıklar, cinsiyet, diyaliz tedavisi alma ve mortalite ile ilişkisi, **p3:** TSH değerlerinin ile komorbid hastalıklar, cinsiyet, diyaliz tedavisi alma ve mortalite ile ilişkisi

PS-346

METFORMİN AŞIRI DOZ ALIMI SONUCU GELİŞEN LAKTİK ASİDOZUN BAŞARILI TEDAVİSİ

Figen Kahyaoğlu[1], Egemen Cebeci[1], Mehmet Küçük[1], Semih Kalyon[1], Tülay Eyüpgiller[1], Akif Bayyiğit[1], Kübra Altunkalem Seydi[1], Şenay Günaydın[1], Halil İbrahim Onmaz[1], Abdussamet Çelebi[1], Fırat Oyman[1], Berk Öngel[2]

[1]*S.B. Okmeydanı E.A.H.*
[2]*S.B. Kanuni Sultan Süleyman E.A.H.*

Giriş: Metforminin seyrek görülen ama ciddi yan etkilerinden birisi olan laktik asidoz, 100.000 hasta yılında yaklaşık 5 vakada gözükmektedir. Metformin ile ilişkili laktik asidoz, hastalarda böbrek ve karaciğer fonksiyon bozukluğu ya da enfeksiyon gibi eşlik eden durumlar yoksa çoğunlukla ilacın yüksek doz alımına bağlıdır. Aşırı doz metformin alan hastalar kliniğe sıklıkla bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayeti ile başvururlar. Ciddi laktik asidozu olan hastalarda taşikardi, hipotansiyon ve takipne gelişebilir. Hem akut hem de kronik metformine bağlı laktik asidoz gelişen hastalarda şiddetli metabolik asidoz ve/veya böbrek yetmezliği gelişmesi durumunda hemodiyaliz başarıyla kullanılabilmektedir. Biz de suisid amaçlı akut metformin intoksikasyonu ile gelen, asidozunun derinleşmesi, uykuya meyilinin ve akut böbrek hasarı olması nedeni ile hemodiyalize alınan 22 yaşında kadın hastayı sunmak istedik.

Olgu: Acil servise yakınları tarafından getirilen 22 yaşındaki kadın hastanın suisid amacı ile iki saat önce babasının ilacı olan metformin tabletten toplam 100 adet (85 gram) içmiş olduğu öğrenildi. Başvuru sırasında şikayeti olma-

yan hastanın fizik muayenesinde bilinci açık, koopere, oryante ve diğer sistem muayeneleri normalmiş. Tansiyon: 90/60 mmHg, kalp tepe atımı: 112/dk olan hastaya nazogastrik lavaj yapılmış ve aktif kömür tedavisi uygulanmış. Acil serviste yapılan tetkiklerinde glukoz: 90 mg/dl, üre: 24 mg/dl, kreatinin: 1,14 mg/dl, venöz kan gazında ph: 7,44, laktat: 8,1 mmol/L, HCO_3: 20,4 mmol/L, pCO_2: 26,5 mmHg ve baz açığı: -6,3 mmol/L olarak saptanmış. Yatışı yapılarak takibe alınan hastaya ıv %5 dextroz replasmanı yapılarak, kan şekeri ve kan gazı takibine başlandı. Takiplerinde ph: 7,15, pCO_2: 24 mmHg, HCO_3: 8,2 mmol/L, laktat: 15,2 mmol/L, $p0_2$: 92 mmHg ve baz açığı: -20 mmol/L, glukoz:65 mg/dl, üre: 24 mg/dl, kreatinin: 1,58 mg/dl olarak geldi. Hastanın uyku halinin gelişmesi, asidozunun derinleşmesi ve akut böbrek hasarı olması nedeni ile tünelsiz sağ femoral diyaliz kateteri takılarak acil bikarbonatlı hemodiyalize alındı. Hemodiyaliz sonrası hastanın uykuya meyili azaldı, diyalizden sonraki tetkiklerinde ph: 7,38, HCO_3: 20 mmol/L, pCO_2: 39,7 mmHg, laktat: 4 mmol/L, glukoz: 79 mg/dl, üre: 17 mg/dl, kreatinin: 0,81 mg/dl olarak geldi. Daha sonraki servis takiplerinde ek patolojisi gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Akut metformin ilişkili laktik asidozun mortalite oranı yaklaşık %50 olup bu durumdaki hastaların yakın takip edilerek asidozun derinleşmesi ve/veya böbrek yetmezliği gelişmesi durumunda hemodiyalizin etkin bir tedavi yöntemi olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Hemodiyaliz, Laktik Asidoz, Metformin

PS-347

HİPERTANSİF RETİNOPATİSİ OLAN HASTALARIN KOGNİTİF FONKSİYONLAR VE DEMANS AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Lokman Balyen[1], Lütfiye Seçil Deniz Balyen[2], Ömer Satıcı[3]

[1]Özel Bağlar Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır
[2]Diyarbakır Selahattin Eyyubi Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır
[3]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada hipertansif retinopati(HTR) hastaların kognitif fonksiyonlar ve demans açısından değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem: Hipertansif retinopatisi ve yaş ortalaması 66.27±5.67 olan, toplam 200 olgu çalışmaya alındı. Çalışma 120 hipertansiyon hasta ve 80 sağlıklı birey ile kontrol grubu oluşturuldu. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet özellikleri açısından fark yoktu. Çalışmaya alınan 65 kadın, 55 erkek ve 80 (38 kadın ve 42 erkek) kontrol grubu ile ilgili klinik ve sosyodemografik özellikler kaydedildi. 30 dakika istirahat sonrası olguların kan basıncı ölçüldü. HTR, funduskopi ile değerlendirildi ve standart yöntemle evre I, II, III ve IV şeklinde sınıflandırıldı. Kognitif fonksiyonlar ve demansı değerlendirmek için hastalara mini-mental durum muayenesi testi uygulandı. 24-30 puan arası normal, 20-23 hafif, 10-19 orta, 0-9 ileri evre demans olarak kabul edildi. Kognitif fonksiyonlarda gruplar arası farklılık Ki-kare testi ve kognitif fonksiyonlar ile retinopati şiddeti ilişkisi Spearman testi ile değerlendirildi.

Bulgular: 120 hastanın, kadın erkek oranı 65(54.16%)/55(45.83%) olarak saptandı. Funduskopik muayeneleri sonrası hastaların 14'ünde(11.66%) evre I, 26'sinde(21.66%) evre II, 65'inde(54.16%) evre III ve 15'inde(12.50%) evre IV HTR saptandı. Cinsiyet ve yaş dağılımları açısından hasta ve kontrol grupları arasında fark saptanmadı. Çalışmada HTR'si olan 120 hastanın 29'ünde(24.16%) kognitif fonksiyonlar normal iken, 44'ünda(36.66%) hafif, 40'ında(33.33%) orta ve 7'sinde(5.83%) ileri demans tespit edildi(p=0.001). HTR ile hafif, orta ve şiddetli demans arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı(p=0.001). HTR'si olan tüm hasta gruplarında HTR hastası olamayan gruba(kontrol grubu) kıyasla hafif, orta ve şiddetli demans oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti(p<0.001). Ayrıca HTR şiddeti arttıkça şiddetli demans sıklığının da arttığı, hastalık şiddeti ile demans sıklığı arasında korelasyon olduğu saptandı(r=0.28, p= 0.001).

Tartışma ve Sonuç: HTR'si olan hastalarda kognitif fonksiyonlar olumsuz yönde etkilenebilir. Dolayısıyla demans gelişebilir. Demans şiddeti, HTR şiddeti ile yakından ilişkili görünmektedir. HTR'si olan hastalar hastalıklarının her aşamasında demans bulgularının gelişimi açısından yakından takip edilmelidir. Hipertansiyon tedavi yönetiminde kognitif fonksiyonların incelenmesi rutin bir işlem olmalıdır.

Anahtar Kelimler: Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Hipertansif Retinopati, Kognitif Fonksiyonlar, Demans

PS-348

HİPERTANSİF RETİNOPATİSİ OLAN HASTALARIN ANKSİYETE VE DEPRESYON AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Lokman Balyen[1], Lütfiye Seçil Deniz Balyen[2], Ömer Satıcı[3]

[1]Özel Bağlar Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır
[2]Diyarbakır Selahattin Eyyubi Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır
[3]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı hipertansif retinopati(HTR) hastaların anksiyete ve depresyon sıklığını değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem: Hipertansif retinopatisi ve yaş ortalaması 66.27±5.67 olan, toplam 200 olgu çalışmaya alındı. Çalışma 120 hipertansiyon hasta ve 80 sağlıklı birey ile kontrol grubu oluşturuldu. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet özellikleri açısından fark yoktu. Çalışmaya alınan 65 kadın, 55 erkek ve 80 (38 kadın ve 42 erkek) kontrol grubu ile ilgili klinik ve sosyodemografik özellikler kaydedildi. 30 dakika istirahat sonrası olguların kan basıncı ölçüldü. HTR, funduskopi ile değerlendirildi ve standart yöntemle evre I, II, III ve IV şeklinde sınıflandırıldı. Beck anksiyete ölçeği ve Beck depresyon ölçeği ile anksiyete ve depresyon değerlendirildi. Gruplar arasında anksiyete ve depresyonu değerlendirmek için Ki-kare testi kullanıldı. Anksiyete ve depresyon ile HTR arasında korelasyonu tespit etmek için Spearman testi uygulandı.

Bulgular: 120 hastanın, kadın erkek oranı 65(54.16%)/55(45.83%) olarak saptandı. Funduskopik muayeneleri sonrası hastaların 14'ünde(11.66%) evre I, 26'sinde(21.66%) evre II, 65'inde(54.16%) evre III ve 15'inde(12.50%) evre IV HTR saptandı. Cinsiyet ve yaş dağılımları açısından hasta ve kontrol grupları arasında fark saptanmadı. Çalışmada HTR'si olan 120 hastanın 27'sinde(22.5%) minimal, 22'sinde(3818.33%) hafif, 40'ında(33.33%) orta, ve 31'inde(25.83%) şiddetli anksiyete tespit edildi(p=0.001). Çalışmada HTR'si olan 120 hastanın 21'inde(17.5%) minimal, 23'ünde(19.16%) hafif, 39'ünde(32.5%) orta, ve 37'sinde(30.83%) şiddetli depresyon tespit edildi(p=0.001). HTR ile anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı(p= 0.001). HTR'si olan tüm hasta gruplarında HTR hastası olamayan gruba(kontrol grubu) kıyasla minimal, hafif, orta ve şiddetli anksiyete ve depresyon oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti(p=0.001). Ayrıca HTR şiddeti arttıkça şiddetli anksiyete ve depresyon sıklığının da arttığı, hastalık şiddeti ile anksiyete ve depresyon sıklığı arasında korelasyon olduğu saptandı(sırasıyla r = 0.30, r=0.27, p= 0.001, p=0.001)).

Tartışma ve Sonuç: HTR hastalarında anksiyete ve depresyon gelişebilmektedir. Anksiyete ve depresyon şiddeti HTR hastalığının şiddeti ile yakından ilişkili görünmektedir. HTR hastalığı olan hastalar hastalıklarının her aşamasında anksiyete ve depresyon bulgularının gelişimi açısından yakından takip edilmelidir. Bu perspektif ile yaşam kalitesinde olası olumsuz etkileri engellenmeye çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimler: Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Hipertansiyon, Hipertansif Retinopati

PS-349

KRONİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA KALSİYUM FOSFOR ÇARPIMININ KARDİYOVASKÜLER RİSK VE HSCRP İLE İLİŞKİ

Bahar Yalçın, Aslan Çelebi, Murat Altay, İsmail Ekizoğlu, Ali Abbas Özdemir, Banu Böyük, Gökalp Kurhan Avlağı, Abidin Gündoğdu

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastalarında mortalitenin en önemli nedeni aterosklerotik vasküler komplikasyonlardır. Biz çalışmamızda kronik hemodiyaliz hastalarında bağımsız risk faktörü olduğu bilinen kalsiyum fosfor çarpımı ile yine kardiyovasküler hastalıklarda risk belirteci olarak kullanılan hsCRP değerleri arasındaki ilişkiyi inceledik. Hastaların yaş ortalaması 63.96±13.34 idi. Cinsiyet dağılımına baktığımızda %52.7'si kadındı. HsCRP ve CaxP arasında pozitif bir korelasyon olduğu gözlendi (Şekil 1 N=91, $r^{spearman}$=0.82, p<0.001) İskemik kalp hastalığı olan hastalarda İKH olmayan hastalara göre CaxP ve HsCRP arasındaki korelasyon ilişkisi daha yüksekti (Şekil 16. N=29, $r^{spearman}$=0.95, p<0.001), (Şekil 3. N=62, $r^{spearman}$=0.70 p<0.02)ronik Böbrek Yetmezliği evre 3-5'e göre CaxP'nın <55mg^2/dl^2 olması önerilmektedir(10). Hastalar 55 mg^2/dl^2kesim noktasına göre iki gruba ayrıldı. Grup A, CaxP≥55, N=59 ve Grup B, CaxP<55, N=32 .Grup A ve Grup B hastalarında HsCRP değerleri karşılaştırıldı.(Şekil4) Grup A ve B hastalarının CaxP ve HsCRP değerleri normal dağıldığı görüldü. Buna göre lineer regresyon modeli Grup A için HsCRP=-0.826+0.07x CaxP olarak tanımlandı (p<0.001) (Şekil 4 Grup A). Grup B için model HsCRP=0.188x CaxP olarak tanımlandı (p<0.05) (Şekil 4 Grup B).Grup B hastalarında,Grup A hastalarına göre HsCRP değerleri daha düşük saptandı. Her iki grup içinde CaxP çarpımı arasında pozitif korelasyon ol-

makla birlikte CaxP≥55'in olan hastalarda (Grup A) hsCRP değerlerinin matematiksel korelasyonun daha fazla yüksek olduğu, her iki grupta istatistiki anlamlı olmasına karşın Grup A'nın istatistiki anlamının daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001) CaxP≥55 olanlarda yani A grubunda İKH ve PDH olma oranı B grubuna göre daha fazlaydı (p<0.001), (Tablo 2).

Çalışmamızda kronik hemodiyalize giren hastalarda CaxP ile HsCRP arasında anlamlı bir ilişki bulduk. CaxP çarpımının artmasının vasküler kalsifikasyonda rol oynadığını ve bununda kardiyovasküler hastalıklar için risk oluşturduğunu bilinmektedir; HsCRP' ninde kardiyovasküler risk için artık bir belirteç olarak kullanılmaktadır) ve yaptığımız çalışmada bu iki parametre arasında da anlamlı bir ilişki saptadık. Bu nedenle CaxP<55 tutmak ile İKH ve HsCRP' nin düşeceği ve mortaliteyi etkileyeceği düşüncesindeyiz

Anahtar Kelimler: hemodiyaliz, kronik böbrek yetersizliği, hscrp

PS-350

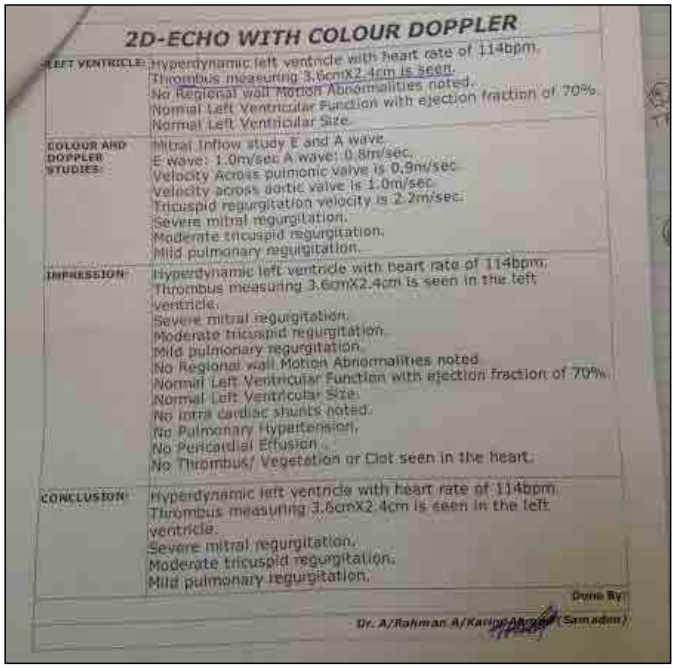
SOL VENTRİKÜL KAYNAKLI EMBOLİYE BAĞLI AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ:SOMALİ'DEN BİR OLGU SUNUMU

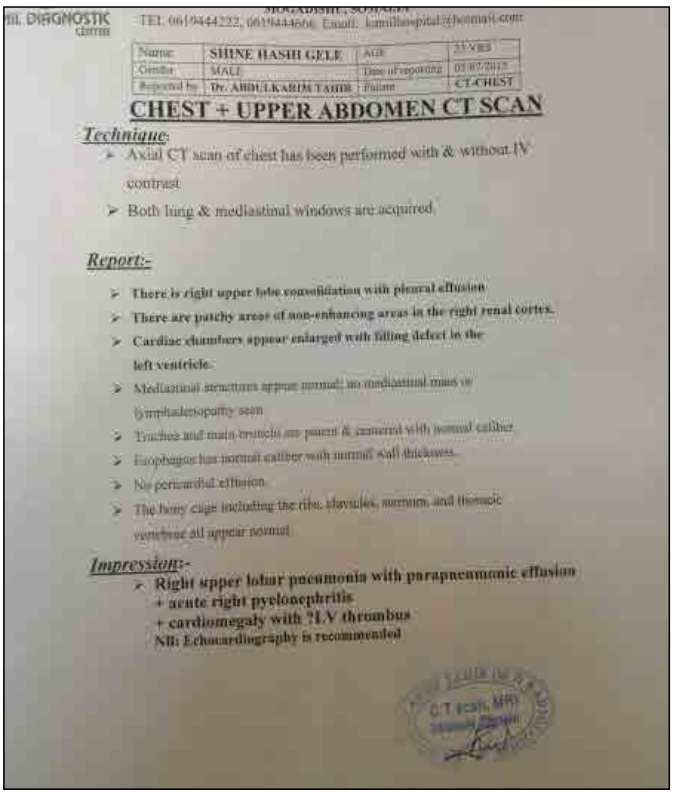
Bayram Yeşil[1], Dilek Üngör[1], Ulugbek Satymbaev[2], Zahra Abdullahi Hassan[3]

[1]*Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği,Antalya/Türkiye*
[2]*Somali Deva Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Mogadişhu/Somali*
[3]*Benadir Üniversitesi Tıp Fakültesi,Mogadişhu/Somali*

25 yaşında erkek hasta 3-4 gündür olan nefes darlığı,göğüs ağrısıve kanlı balgam çıkarma şikayetleri ile İç Hastalıkları polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde; 10 gün önce hastanın göğsünün üzerine tomruk düştüğü ve yaklaşık bir hafta önce göğüs ağrısı şikayeti ile başvurduğu dış merkezde PAAG çekilerek hastaya parenteral antibiyotik ve analjezik başlandığı öğrenildi. Bu tedaviler ile şikayeti gerilemeyen ve nefes darlığı, kanlı balgam çıkarma şikayetleri eklenen hasta bizim çalıştığımız türk hastanesine başvurmuş. Fizik muayenisinde genel durumu orta, anksiyöz ve akciğer sağ üst zon solunum sesleri azalmış saptandı.Yapılan tetkiklerinde WBC:25000 CRP:150 Kreatinin:0.92,D-Dimer:300,PAAG'sinde sağ üst zonda lober infiltrasyon saptandı,hastaya yatış verildi.Yatışın 1. gününde hastada sağ yan ağrısı ve sol ayak parmaklarında ağrı gelişti, kreatinin:2.5 oldu ve sol alt extremite distal nabızlar alınamadı.Çekilen HRCT de sağ üst lober pnömoni,akut sağ piyelonefrit ve sol ventrikülde trombüs saptandı.Hastaya DMAH başlandı.Yapılan Renal ve Alt Ext. Arteryel Doppler USG normal ve ekokardiografide sol ventrikülde 3.6cmx2.4cm lik trombüs saptandı ve tedavisine warfarin eklendi.DMAH+Warfarin tedavisinin 5-6 gününde kreatinin 0.6'ya geriledi ve sağ yan ve sol alt ext. ağrısı tamamen kayboldu. Warfarin tedavisinin 14. gününde yapılan kontrol ekokardiografide sol ventrikül trombüsünün tamamen kaybolduğu ve PAAG'nde sağ üst lob infiltrasyonlarının azaldığı görüldü. Hastadan laboratuar yetersizliği nedeni ile koagülasyona yatkınlık oluşturan genetik nedenlere yönelik tetkikler yapılamadı ve hasta tedavinin 15. gününde oral antibiyoterapi,warfarin 10 mg reçete edilip ve hasta ileri tetkiklerinin yapılabilmesi için Türkiyeye davet edilerek taburcu edildi.Hasta halen Warfarin kullanmakta ve Somali Türk hastanesinde takipleri devam etmektedir.

Anahtar Kelimler: sol ventrikül trombüsü, warfarin,akut böbrek yetmezliği, lober pnömoni







PS-351

DYBÜ'NDE ABY SIKLIĞI, ETYOLOJİK FAKTÖRLER, MORTALİTE VE MORBİDİTE ORANLARI

Sertaç Erarslan[1], Türkan Paşalı Kilit[2], Serdar Üçgün[2]

[1]*Dumlupınar Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği*
[2]*Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı*

Giriş: Akut böbrek yetmezliği(ABY) böbrek fonksiyonlarının saatler veya günler içinde bozulmasına bağlı olarak üre ve diğer azotlu atık ürünlerin vücuttan atılamaması sonucu oluşan klinik tablodur. Genel toplumda %1 altında, hastane de %2-7, yoğun bakımlarda %5-30 oranında görülmektedir. Etyolojisinde prerenal(%55-60), renal(%35-40) ve postrenal(%5) sebepler yer almaktadır. Gelişmiş tedavi yöntemlerine rağmen mortalite oranları komplike olmamış ABY'nde %5-10, yoğun bakımda oligurik ve renal replasman tedavisi(RRT) gerektiren ve böbrek dışı organ yetmezliği olan hastalarda %40-90 arasında değişmektedir.

Materyal-metod: Bu çalışmada 01/07/2014-01/07/2015 tarihleri arasında hastanemiz dahiliye yoğun bakım ünitesine(DYBÜ) yatan hastalarda ilk yatışta ABY sıklığı, etyolojisi ve mortalite oranları, mortalite üzerinde etkili faktörler ret-

rospektif olarak kayıt edilmiş ve değerlendirilmiştir. ABY tanısı anamnez sorgulama, böbrek fonksiyonlarında ani değişikliğin tespiti(kreatin klirensinde düşme, böbrek fonksiyon testlerinde yükselme, idrar çıkışında azalma veya olmaması) ile RİFLE kriterleri kullanılarak konulmuştur. İstatistik verileri SPSS versiyon 13 programı kullanılarak elde edilmiştir.

Bulgular: Beliritlen tarihlerde DYBÜ'ne 201 hasta yatırıldı, 110 hasta da(%54,7) ABY tespit edildi, bu hastalardan 54(%49,1)'ü eksitus oldu, taburcu edilen ve eksitus olan hastalarda yaş ortalaması benzerdi(tablo-1). Etyolojide prerenal sebepler %70,9 (n: 78), renal sebepler %23,6 (n:26), postrenal sebepler %5,5 (n: 6) yer aldığı görüldü(tablo-2).Taburcu olan ve eksitus olan gruplarda cinsiyet, yaş, yatış süresi, riffle kategori açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi(tablo-3). Tüm grupta % 94,5 oranında ek komorbid hastalık olduğu, ayrıca komorbid hastalığı olanlarda %69,1 oranında iki ve daha fazla komorbid hastalık olduğu tespit edildi.

Tartışma: ABY yoğun bakıma gerek duyulan durumlar dışında genellikle iyi klinik seyirli bir tablodur. Son yıllarda gelişen tedavi yöntemlerine rağmen yoğun bakım ihtiyacı olan hastalarda ölüm oranı %30'lara çıkmakta, ek organ yetmezliği olan ileri yaşlı hastalarda ölüm oranı %90'lara yükselmektedir. Hastanemiz DYBÜ'ne kabul ettiğimiz ve ABY tanısı koyduğumuz hastalar geriartrik yaş grubunda ve büyük oranda ek komorbid hastalığı(özellikle diyabet ve hipertansiyon) olduğu görüldü. Çoğunlukla prerenal sebepler, özellikle sistemik enfeksiyonlar ve dehidratasyon ön planda olduğu görüldü. Renal sebeplerde ön planda enfeksiyonlar ve NSAİİ toksisitesi, postrenal sebeplerde ise prostat hipertrofisi ve maligniteler tespit edildi. Mortalite oranı etyolojik sebebe göre değiştiği, özellikle kardiyak patoloji, malignite ve karaciğer yetmezliğine bağlı ABY gelişen hastalarda mortalite daha yüksek saptandı.

Sonuç: Geriartrik yaş grubunda, özellikle kronik hastalığı olanlarda(diyabet, HT, CVO, Kardiyak hastalık vs) muhtemelen böbrek hasarı olduğundan, ABY daha kolay daha sık görülmektedir. En sık sebep enfeksiyonlar olduğu için, enfeksiyon hastalıklarından etkin korunma ABY gelişimini önemli ölçüde azaltacaktır.

Anahtar Kelimler: Akut Böbrek Yetmezliği, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi

Tablo 1. ABY tanılı hasta yüzdesi ve mortalite oranı

	sayı(n)	yüzde(%)	yaş ortalaması(yıl)
yatan hasta	201		
ABY tanılı hastalar	110	54,7	75,55 ± 10,3
taburcu	56	50,9	75,5 ±9,8
eksitus	54	49,1	75,6 ± 10,7

Tablo 2. ABY etyolojisinde yer alan sebepler

	etyoloji	n	%(kendi grubunda)
Pre-renal	dehidratasyon	19	24,3
	enfeksiyon	46	58,9
	AKS	2	2,5
	kalp yetmezliği	2	2,5
	sistemik emboli	2	2,5
	GİS kanama	7	8,9
	KC yetmezliği	3	3,8
	malignite	2	2,5
Renal	enfeksiyon	16	61,5
	NSAİİ toksisitesi	3	11,5
	kontrast nefropati	1	3,8
	metil alkol intoks	1	3,8
Post-renal	prostat hipertrofisi	2	33,3
	malignite	4	66,6

Tablo 3. Grupların karşılaştırılması

	Taburcu	Eksitus	P değeri
erkek(n)	29	25	0.565
kadın(n)	27	29	0.565
yaş(yıl)	75,5 ±9,8	75,6 ± 10,7	0.962
yatış süresi(gün)	10,7 ± 8,6	15,2 ± 18,6	0.107
etyoloji(n/%)			
prerenal	39/69,6	39/72,2	0.732
renal	13/23,2	13/24,1	0.732
postrenal	4/7,1	2/3,7	0.732
riffle sınıf			
risk	7/12,5	3/5,6	0,150
injury	17/30,4	11/20,4	0,150
failure	32/57,1	40/74,07	0,150

PS-352

NEFROTİK SENDROM SEYRİNDE NADİR BİR KOMPLİKASYON: ARTERİYEL TROMBOZ

Esra Fırat[1], Deniz Can Güven[1], Batuhan Başpınar[1], Ezgi Çalışkan[1], Gülay Sain Güven[2], Mine Durusu Tanrıöver[2], Şeref Rahmi Yılmaz[3]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Dahiliye Bilim Dalı
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Nefrotik sendrom seyrinde trombotik komplikasyonlar sıklıkla görülür. Nefrotik sendrom seyrinde görülen trombotik olaylar sıklıkla venöz tromboemboli şeklinde olup arteriyal trombozlar oldukça nadirdir ve literatürde daha çok pediatrik populasyonda bildirilmiştir. Biz burada nefrotik sendrom seyrinde femoral arter trombozu geliştiren 57 yaşında bir erkek hastayı tartışarak nefrotik sendrom seyrinde bu komplikasyonun da akılda tutulması gerektiğini hatırlatmayı amaçlıyoruz.

Olgu Sunumu: Bilinen hipertansiyon dışında dahili hastalığı olmayan 57 yaşında erkek 3 aydır olan bilateral alt ekstremite şişliği ile merkezimize başvurdu. Hipertansiyon için olmesartan ve hidroklortiazid ile takip edilen hastanın ekokardiyografisinde kalp yetmezliği bulguları izlenmedi. Karaciğer fonksiyon testleri normal olan hastanın idrar tetkikinde dört pozitif proteinüri görülmesi üzerine hastadan 24 saatlik idrar toplandı. 24 saatlik idrarda 16 gr proteinüri olan hastaya perkütan renal biyopsi planlandı. Patoloji sonucu AA tipi amiloidoz ile uyumlu olarak değerlendirilen hastanın tedavisine furosemid ve asetilsalisilik asit eklenerek hasta izleme alındı.

Bir ay sonra sol bacakta daha fazla olmak bilateral alt ekstremite şişliği ve sol bacakta ağrı şikayeti olan hasta ileri araştırma planı ile servise yatırıldı. Fizik muayenede bilateral alt ekstremite periferik nabızları alınan, bilateral alt ekstremite venöz doppler incelemesinde derin ven trombozu ile uyumlu bulgu görülmeyen hastaya intravenöz furosemid tedavisi başlandı. Serviste izleminin 3.gününde sol ayakta başlayan siyanotik görünüm ve artan ağrı nedeniyle hastaya arteriyel doppler ve bilgisayarlı tomografi anjiografi (BTA) tetkikleri yapıldı. BTA tetkikinde sol derin femoral arter, peronotibyal traktta, posteriyor tibyal arterde ve peroneal arterde oklüzyon görüldü. Kompartman sendromu geliştiren hastaya fasyotomi yapıldıktan sonra vasküler girişim ile trombektomi uygulandı. İşlem sonrası iliyomedin infüzyonu ile izlenen hastanın izleminde böbrek yetmezliği gelişti. Tekrarlayan hemodiyaliz ihtiyacı olan hastanın izleminde septik şok tablosu geliştirmesi ve yara yerinde üremeleri nedeniyle hastaya sol trans tibial amputasyon yapıldı. İşlem sonrası gün aşırı hemodiyaliz ihtiyacı devam eden hastanın intravenöz antibiyotik tedavisine de yatarak devam edilmektedir. Tromboz etiyolojisi açısından araştırılmasında MTHFR 677 homozigotluğu olan hastanın diğer trombofili mutasyonları ve lupus antikoagülanlarında pozitiflik görülmedi.

Tartışma: Nefrotik sendromun tromboz ile ilişkisi uzun zamandır bilinmektedir. Mekanizması hala tam olarak anlaşılmamış olmakla birlikte nefrotik sendromda hiperkoagülabilite ilişkili bir denge olduğuna dair güçlü kanıtlar mevcuttur. Nefrotik sendrom seyrinde sıklıkla venöz trombozlar bildirilmekle birlikte özellikle pediatrik populasyonda arteriyel trombozların varlığı da bilinmektedir. Erişkinde ise bu komplikasyonun daha az görülmesine ragmen ciddi sonuçları nedeniyle her zaman akılda tutulması gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimler: Arteriyel Tromboz, Nefrotik Sendrom

PS-353

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALARINDA SERUM FİBROBLAST GROWTH FAKTÖR 23 DÜZEYİ İLE ATEROSKLEROZ İLİŞKİSİ

Birol Ocak[1], Gürcan Kısakol[2], Sinem Kıyıcı[1], Serdar Kahvecioğlu[3], Sema Oral[4], İbrahim Doğan[5], Mehmet Şakir Altuner[1], Ayşegül Kapuci[1], Serdar Arıcı[1], Mustafa Ahmet Hünük[1]

[1]Bursa Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]Bursa Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji Kliniği
[3]Bursa Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği
[4]Bursa Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi, Farmakoloji Bölümü
[5]Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü

Amaç: Kardiyovasküler (KV) hastalıklar Otozomal Dominant Polikistik Böbrek Hastalığında (ODPBH) en önemli mortalite nedenidir. ODPBH'ında KV hastalıkların etyolojisi net olarak aydınlatılamamıştır. İleri evre kronik böbrek hastalığı bulunan bireylerde yüksek Fibroblast Growth Factor 23 (FGF23) düzeylerinin KV hastalık riskini arttırdığı gösterilmiştir. Çalışmamızda ODPBH'ında FGF23 düzeyini ve FGF23'ün erken dönem KV anormalliklerle olan ilişkisini araştırmayı amaçladık.

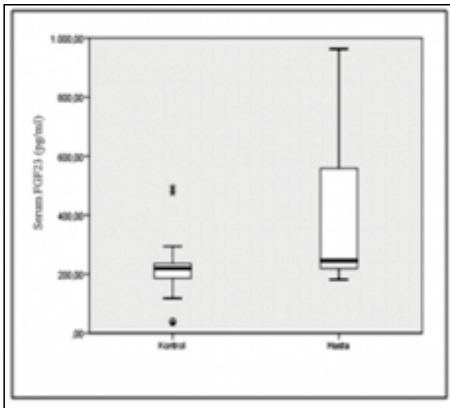
Gereç ve yöntem: Çalışmaya aile hikayesi, klinik bulgular ve görüntüleme yöntemleri ile kesin tanı almış, böbrek fonksiyonları henüz bozulmamış (Evre 1:

eGFR >90 ml/dk/m² ve Evre 2: eGFR 60-89 ml/dk/m²) olup kalsiyum fosfor metabolizması normal olan erken evre ODPBH ile takip edilen 40 hasta ile 40 sağlıklı kontrol grubu alındı. Hasta ve kontrol grubunun açlık serum FGF23 düzeyleri ile karotis arter intima media kalınlığı (KİMK) ve ekokardiyografi bulguları karşılaştırıldı.

Bulgular: Hasta ve kontrol grubunun demografik ve laboratuar sonuçları Tablo 1'de özetlenmiştir. Çalışmamızda ODPBH grubunda median serum FGF23 düzeyi hasta grubunda 244,9 pg/ml (Minumum-Maksimum:181,6-963,0) saptanırken, kontrol grubunda 219,6 pg/ml (Minumum-Maksimum: 34,4-493,7) saptandı (p<0,001) (Şekil-1). Yapılan ekokardiyografik değerlendirme sonucunda kontrol grubuna göre ODPBH grubunda sol ventrikül diyastol sonu çapı (SVDSÇ), sol ventrikül kitlesi (MASS), sol ventrikül kitle indeksi (MASSİ) ve KİMK istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (Tablo-2). Hasta grubunda yapılan korelasyon analizinde serum FGF23 düzeyi ile serum kalsiyum düzeyi arasında negatif (p:0,009 r:-0,409), serum FGF23 düzeyi ile serum fosfor düzeyi (p:0,01 r:0,404) ve kalsiyum×fosfor çarpımı (p:0,032 r:0,340) arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlı korelasyon saptandı. Ancak serum FGF23 düzeyi ile kardiyovasküler risk faktörü olarak belirlenen KİMK, SVDSÇ, MASS, MASSİ, CRP arasında istatistiksel anlamlı korelasyon saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda erken evre ODPBH'ında KİMK'nın ve serum FGF23 düzeyinin yükseldiği saptanmıştır. Bu sonuçlar FGF23'ün ODPBH'ında klasik KV risk faktörleri ile açıklanamayan KV olay sıklığındaki artışta rol alan faktörlerden birisi olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimler: fibroblast growth factor 23, otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı, ateroskleroz.



Şekil-1: Hasta ve kontrol grubunda serum FGF23 düzeyleri (*p<0,001).

Tablo 1: Hasta ve kontrol grubu arasında demografik ve laboratuar bulgularının karşılaştırılması

Parametreler	Kontrol	Hasta	p
Cinsiyet (E/K)	19 / 21	16 / 24	0,652
Yaş (yıl)	43,9±8,6	44,6±9,7	0,752
BKİ (kg/m²)	25,5±2,8	27,1±4,6	0,078
SKB (mmHg)	130 (140-90)	130 (180-90)	0,299
DKB (mmHg)	80 (90-60)	80 (90-60)	0,199
Kreatinin (mg/dl)	0,8±0,1	0,9±0,2	<0,001
Ca (mg/dl)	9,3±0,5	9,3±0,4	0,689
P (mg/dl)	3,2±0,5	3,2±0,5	0,881
Ca×P (mg2/dl2)	30,0±4,9	29,7±4,3	0,751
eGFR (ml/dk/1.73 m²)	99,2±18,7	82,8±15,5	<0,001

Tablo 2: Hasta ve kontrol grubu arasında KİMK ve ekokardiyografik bulguların karşılaştırılması

Parametre	Hasta Grubu	Kontrol Grubu	p
SVDSÇ (cm)	4,95 (5,5-4)	4,6 (5,5-3,9)	0,010
MASS (gr)	215 (326-127)	155 (257-105)	<0,001
MASSİ (gr/m²)	116 (170-71)	92 (159-62)	0,002
KİMK (mm)	0,6 (0,9-0,4)	0,5 (0,8-0,4)	0,037

PS-354

KONTRAST NEFROPATİSİNİN BİR BELİRTECİ; CİLT REAKSİYONU

Kenan Turgutalp[1], Simge Bardak[1], Sezer Çiçekli Turgutalp[2], Serap Demir[1], Ahmet Kıykım[1]

[1]*Mersin Üniversitesi İç Hastalıkları A.D. Nefroloji Bilim Dalı.*
[2]*Mersin Devlet Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Bölümü*

Giriş: Kontrastlı radyolojik tetkikler günümüzde sık kullanılmaktadır. Kontrast maddeye bağlı erken veya geç dönemde hipersensitivite reaksiyonları, kutanöz reaksiyonlar, kontrast nefropatisi gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Hipersensitivite reaksiyonları nispeten daha gürültülü bir tabloya neden olurken, kontrast nefropatisi daha sessiz bulgularla seyredebilir. Kontrast nefropatisinin farkına varılabilmesi için bazı belirteçler önem taşımaktadır. Burada kontrast maruziyeti sonrasında gecikmiş kutanöz reaksiyon ile başvuran ve kontrast nefropatisi tespit edilen bir vakayı sunduk. Kontrast verilen hastalarda gelişebilecek gecikmiş cilt reaksiyonu kontrast nefropatisinin bir belirteci olabilir.

Vaka: 77 yaşında erkek, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kronik böbrek hastalığı tanıları olan hastaya 2 ay önce abdominal aort anevrizması nedeniyle stent takılmış. Girişimden 1-2 gün sonra vücudunda yaygın kızarıklık, döküntü, yüzünde ve ayaklarında şişlik, kaşıntı şikayetleri gelişmiş. Yapılan tetkiklerinde kontrast nefropatisi geliştiği izlenmiş. Takipte hasta serum kreatinin düzeyi 1.3 mg/dL ile taburcu edilmiş. 1 ay sonra, stent kontrolü yapılması amacıyla 90 cc iopromid kullanılarak hastaya BT anjiografi çekilmiş. Çekimden 1 gün sonra bir öncekine benzer şekilde yaygın kızarıklık ve kızarıklığı takiben cilt döküntüsü gelişmesi üzerine hasta acil servise başvurmuş. Nefes darlığı olmamış.

Fizik Muayene: TA: 140/85 mmHg. El sırtında eritem, vücutta yaygın skuamöz döküntü izlendi. (Resim 1-2). PTÖ ++/++. Serum kreatinin 3.2 mg/dL, idrar mikroskopisi: 1 lökosit, 24 saatlik idrarda protein: 190 mg/g. Hasta kontrast nefropatisi tanısı ile nefroloji servisine yatırıldı. Renal ultrasonografi kronik böbrek hastalığı ile uyumluydu. Döküntüleri nedeniyle Dermatoloji Anabilim Dalı tarafından değerlendirilen hastada kontrast maruziyetine bağlı gecikmiş tipte cilt reaksiyon düşünüldü. Metilprednizolon 4 gün 1x60 mg, ebastine pomad 1x1, kızarık yerlere klobetasol propiyon krem 1x1, kuru ve skuamasyonlu yerlere üre+ pomad 2x1 önerildi. Takipte döküntülerinde azalma olan ve kreatinin değeri 1.9'a kadar gerileyen hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Kontrastlı tetkik sırasında verilen kontrast maddeye bağlı gecikmiş tip cilt reaksiyonları nadiren izlenebilmektedir. Bu vakada, gecikmiş tip cilt reaksiyonunun kontrast nefropatisiyle birlikteliği ilgi çekicidir. Kontrastlı tetkik sonrasında cilt döküntüsüyle başvuran hastalarda böbrek fonksiyon testlerinin gözden geçirilmesi eşlik edebilen kontrast nefropatisinin tespiti açısından önem taşıyabilir.

Anahtar Kelimler: kontrast nefropatisi, cilt reaksiyonu



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-355

UYGUNSUZ ADH SENDROMUNUN NADİR BİR NEDENİ: MULTİPLE SKLEROZ

Kenan Turgutalp, Simge Bardak, Mert Koray Özcan, Serap Demir, Ahmet Kıykım

Mersin Üniversitesi Tip Fakültesi İç Hastalıkları A.D. Nefroloji Bilim Dalı.

Giriş: Uygunsuz ADH sendromu maligniteler, pulmoner hastalıklar, ilaçlar ve santral sinir sistemi (SSS) hastalıklarına bağlı gelişebilir. SSS hastalıkları arasında tümör, subaraknoid kanama, ensefalit, menenjit yer almakla birlikte, çok daha nadiren multiple skleroz (MS) da uygunsuz ADH sendromuna neden olabilmektedir. Hipotalamustaki demiyalizan lezyonlar ADH düzeyinde artışa neden olmaktadır. Burada MS nedeniyle takip edilen ve uygunsuz ADH sendromu gelişen nadir bir vaka sunulmuştur.

Vaka: 70 yaşında erkek hasta, 30 yıldır MS tanısı ile takip edilen, başka bilinen kronik hastalığı olmayan hasta bilinç bulanıklığı ile başvurmuş. Günde 1.5 litre kadar sıvı tüketiyormuş, normal tuzlu besleniyormuş. Kusması, ishali olmamış. Lansaprazol, gabapentin, pirasetam ve baklofen kullanmaktaymış. Kullandığı başka bir ilaç veya bitkisel ürün yokmuş. Fizik Muayene: TA:138/90 mmHg. Hasta övolemik görünümdeydi. Kardiyovasküler, solunum sistemi ve batın muayeneleri normaldi. Laboratuvar: Hg: 13 gr/dL sodyum: 119 mEq/L, potasyum: 3.75 mEq/L, kreatinin: 0.17 mg/dL, üre: 9.9 mg/dL, ürik asit: 2.6 mg/dl, açlık kan şekeri: 76 mg/dL idi. İdrar mikroskopisi: 28 eritrosit, 7 lökosit, dansite: 1017. Tiroid fonksiyon testleri normaldi. Serum ozmolalitesi 245 mosm/kg olarak hesaplandı. İdrar sodyumu: 191 mmol/gün idi. Hastada hipovolemik değildi. Santral venöz basınç 10 cmH_2O idi. Serebral salt wasting ekarte edildi. Övolemik hiponatremisi olan hastada hiponatremi yapabilecek tüm nedenler ekarte edildi ve uygunsuz ADH sendromu düşünüldü. Bu sendroma yol açabilecek tek neden MS olabileceği kararına varıldı. Tedavide sıvı alımı 1000 cc ile kısıtlandı. Semptomatik hiponatremi nedeniyle %3 sodyum klorür infüzyonuna başlandı. Yakın sodyum takibi ile kontrollü bir şekilde sodyum düzeyi yükseltildi. Sodyum değeri 128 mEq/L ile hasta taburcu edildi.

Sonuç: MS tanısı ile takipli hastalarda, hiponatremiye bağlı gelişebilen nörolojik semptomların direkt MS ile ilişkilendirilmesi, uygunsuz ADH sendromu tanısının atlanmasına neden olabilir. MS hastalarında hipotalamustaki, demiyalizan lezyonlara bağlı olarak uygunsuz ADH sendromu gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: uygunsuz ADH sendromu, multipl skleroz

PS-356

AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİNİN NADİR BİR NEDENİ: İNFEKTİF ENDOKARDİT

Emine Aşcı, Gamze Ergün, Didem Acarer, Hakan Koçoğlu, Yıldız Okuturlar, Özlem Harmankaya[1]

Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: İnfektif endokardit (İE) tanı aşamasında veya hastalığın seyri esnasında çeşitli renal hastalıklarla prezente olabilir. İmmun kompleks nefriti, akut interstisyel nefrit, akut tübüler nekroz bu durumlardan birkaçıdır. Bu vakamızda akut glomerulonefrit (GN) ile prezente olmuş bir İE olgusunun klinik seyrini sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen hipertansiyon tanılı 65 yaşında erkek hasta, anemi, sedimantasyon ve globulin yüksekliği nedeniyle multiple myelom ön tanısı ile tetkik edilirken, 1 hafta içinde kreatinin değerinin 2,5 mg/dl den 6 mg/dl ye yükselmesi, yapılan tetkiklerinde poliklonal gamopati ve kemik iliği aspirasyon yaymasında plazma hüre oranının %5'in altında saptanması üzerine hastada multiple myelom dışlanmış ve akut böbrek yetmezliği (ABY) tanısı ile servisimize yatışı yapılmıştır. Hastanın son 1 aydır ara ara olan ateş yüksekliği, gece terlemesi ve kilo kaybı şikayeti mevcuttu. Bu şikayetlerle 1 ay önce dış merkezde malignite açısından tetkik edildiği, fakat herhangi bir patolojik bulguya rastlanılmadığı, o dönemdeki kreatinin 0.8mg/dl olup takibinde kreatinin değerinin 2,5 mg/dl'ye yükselmesi üzerine hematoloji polikliniğine yönlendirildiği öğrenildi.

Fizik muayenesinde bilinç açık vital buguları stabildi.Akciğer sesleri doğal, kardiyak muayenesinde S1+, S2+, aort odağında 3/6 sistolik üfürümü mevcuttu.Diğer sistem muayeneleri doğal, idrar çıkışı mevcut, döküntüsü yoktu. Yapılan tetkiklerinde kreatinin 6mg/dl üre 95mg/dl hemoglobin 8.31g/dl trombosit 75000 mm^3 sedimentasyon 96mm/saat tam idrar tetkikinde 161 hpf eritrosit 12 hpf lökosit ++ protein mevcuttu c3 27(76-160mg/dl) c45(10-40mg/dl) idrar kültürü sterildi. Hepatit markerları negatif, akciğer grafisinde özellik yoktu. Hastada akut GN düşünüldü. Kompleman düşüklüğü nedeniyle ayırıcı tanıda membranoproliferatif GN, lupus nefriti, infektif endokardit, kriyoglobulinemi düşünüldü. MPO-ANCA, PR3-ANCA, ANA, anti-dsdna negatif saptandı. Bir ay önce yapılan transtorasik ekokardiyografi(EKO) özellik olmayan hastanın ateşi olması üzerine kan kültürleri alındı ve trans özofagial ekokardiyografi (TEE) yapıldı. Aort kapak ventriküler yüzde 1,7x1,3 cm vejetasyon saptandı. Kan kültüründe ampisilin duyarlı enterococcus fecalis üremesi oldu ve ampisilin 4x1gr IV tedavisine başlandı. Takibinde yüklenme bulguları gelişmesi ve anürik seyretmesi üzerine hemodiyalize başlandı. Renal biyosi hastada sistemik enfeksiyon olması, trombositopeni ve üremik koagulopati nedeniyle kanama riski yüksek olduğu düşünülerek ertelendi. İki hafta antibiyotik tedavisine rağmen ateşinde ve kontrol EKO'sunda vejetasyon boyutunda gerileme olmayan hasta operasyon amacıyla kalp-damar cerrahi servisine nakledildi.

Tartışma: İE tanısı 2000 yılında yayınlanan DUKE kriterlerine göre (1) konulmakta olup akut GN ayırıcı tanısında akla gelmesi gereken bir hastalıktır. Hastaların %57'sinde bir; %26'sında iki; %14'ünde üç veya daha fazla komplikasyon gelişmektedir. Komplikasyonları patojene, tedavi öncesi hastalık süresine ve tedaviye göre değişmektedir (2). En sık komplikasyonu kalp yetmezliği olup, emboli, aritmiler, nörolojik ve renal komplikasyonlar diğerleridir. ABY sık görülen bir komplikasyon olup kötü prognoz göstergesidir. Olgumuz GN'e bağlı ABY ile prezente olan bir infektif endokardit olgusu olup vakamızda da olduğu gibi ateş ile seyreden akut böbrek yetmezliği durumunda transtorasik EKO normal saptansa bile TEE yapılmalıdır.

Anahtar Kelimler: akut glomerulonefrit,infektif endokardit

PS-357

HEMODİYALİZ ERİŞİM YOLU PROBLEMİ OLAN BİR OLGUNUN YÖNETİMİ

Didem Acarer[1], Hakan Koçoğlu[1], Yıldız Okuturlar[1], Ayşegül Kudu[2], Nur Kara[1], Mehmet Hurşitoğlu[1], Özlem Harmankaya[1], Abdulbaki Kumbasar[1]

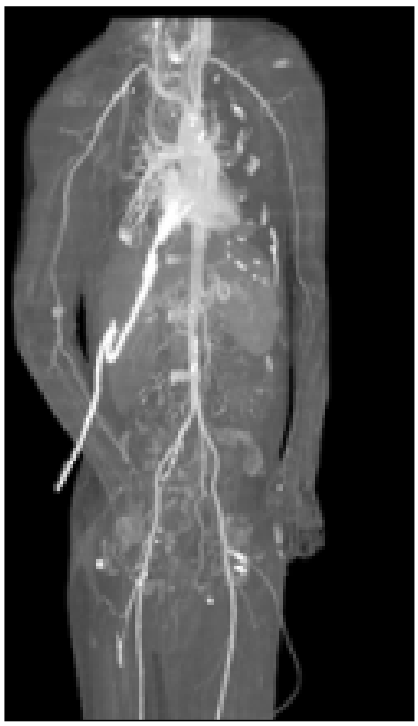
[1]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Son dönem böbrek yetmezliğinde tedavi seçenekleri hemodiyaliz, periton diyalizi ve transplantasyondur. Hemodiyaliz tedavisinde gerekli venöz ulaşım yolları olarak arteriovenöz (AV) fistüller, greftler ve kataterler kullanılmaktadır. Bunlar içerisinde en sık subklavyan ve juguler venler kullanılmakla birlikte tekrarlayan kateterizasyon işlemleri sonucunda bu venlerde tromboz görülebilmektedir. Bu yazımızda ekstremitelerdeki santral venlerin kullanılamadığı ve periton diyalizinin mümkün olmadığı bir olguyu inceledik.

Vaka: 53 yaşında trafik kazasına bağlı nörojen mesaneye sekonder son dönem böbrek yetersizliği olan, 9 yıldır haftada 3 kez hemodiyaliz tedavisi alan hasta acile 39 C ateş şikayeti ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde bilinci açık, koopere ve oryante idi. Akciğerde dinlemekle ral, ronkus yoktu. Kardiyak muayenesinde patoloji saptanmadı. Batın rahat, defans ve rebound yoktu. Her iki alt ekstremitesi plejikti. CRP 30 mg/dl, WBC 19x10^3/uL olan hastanın kan kültüründe MRSA üredi. Vankomisin ve ertapenem antibiyoterapisine başlandı. Juguler ve femoral kataterle hemodiyaliz öyküsü olan ve trombozlar nedeniyle en son sağ pektoral AV damar grefti ile hemodiyalize giren fakat greftin inefektif çalışması nedeniyle dış merkezde geçici sol femoral kateter takılarak hemodiyaliz tedavisine devam eden hastanın yatışında greftinin tromboze olduğu saptandı. Hastada kateter enfeksiyonu düşünüldüğünden mevcut femoral kateteri çekildi. Hastaya yeni juguler ve femoral kateter takılması denendi fakat başarılı olunamadı. Bu nedenle hemodiyaliz tedavisine devam edebilmek için greft trombozuna yönelik tissue plasminogen activator (TPA) tedavisi verildi. TPA tedavisine rağmen damar grefti çalışmayan hastada vena cava inferiora (VCİ) katater takılması planlandı. Hastaya perkütan transhepatik yolla inferior vena kavaya tünelli hemodiyaliz kateteri yerleştirildi (Şekil 1). Hastanın hemodiyaliz tedavisine perkütan VCİ kateter ile devam edildi. Antibiyotik tedavisi sonrası enfeksiyonu gerileyen hasta perkütan VCİ kateter ile taburcu edildi.

Sonuç: Superior vena cava veya diğer santral venlerde stenoz veya tromboz geliştiğinde hemodiyaliz hastalarında alternatif yaklaşımlara ve tekniklere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu durumlarda trombolitik tedaviler denenebileceği gibi translumbar veya transhepatik yolla inferior vena cavaya kateter yerleştirilmesi de denebilir. Vakamızda olduğu gibi vaskuler erişim problemi olan hemodiyaliz hastalarında transhepatik yolla inferior vena kavaya kateter yerleştirilmesi akılda tutulması gereken alternatif bir yöntemdir.

Anahtar Kelimler: hemodiyaliz, transhepatik inferior vena kava kateteri, trombolitik,



Şekil 1. Transhepatik yolla inferior vena kavaya tünelli hemodiyaliz kateteri yerleştirilmesi.

PS-358

BÖBREK NAKLİ SONRASI LENFOSEL GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Mehmet Fethullah Aydın[1], Ahmet Bilgehan Şahin[1], Alparslan Ersoy[2], Emel Işıktaş Sayılar[2], Yavuz Ayar[2], Abdülmecit Yıldız[2], Burhan Coşkun[3], Onur Kaygısız[3], Yakup Kordan[3], Hakan Vuruşkan[3]

[1]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı
[3]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Hedefler: Lenfosel, böbrek nakli sonrası iyi bilinen postoperatif bir komplikasyondur. Literatürde insidans %1 ile %26 arasında değişmektedir. Literatürde alıcı yaşı, akut rejeksiyon, kadeverik böbrek nakli, immunsupresif ilaçlar, çoklu böbrek nakilleri ve koagülasyon bozuklukları yetişkinlerde artmış lenfosel insidansı ile ilişkili risk faktörleridir. Bu çalışmanın hedefi lenfosel insidansını, risk faktörlerini, böbrek nakli sonrası lenfosel gelişimini analiz etmektir.

Metodoloji: Bu gözlemsel, kesitsel çalışmaya merkezimizde Ocak 2007 ile 2014 arasında 184'üne canlıdan, 211'ine kadaverik olmak üzere böbrek nakli yapılan 395 hasta (219 erkek ve 176 kadın) dahil edilmiştir. Lenfosel tanısı; karın ağrısı, batında ele gelen kitle, alt ekstremite ödemi, idrar retansiyonu ve bozulmuş graft fonksiyonu gibi bulgu ve belirtileri olan hastalarda ultrason ile konulmuştur.

Bulgular: Kohort çalışmamızda lenfosel insidansı %31,9 (n=126) olarak bulundu. Lenfosel daha çok operasyondan sonra ilk iki hafta içinde gelişmektedir. Lenfosel gelişen hastalar ile lenfoseli olmayan hastalar karşılaştırıldığında; yaş (38.5±13.6 ve 37.4±13.3), vücut kitle endeksi (23.3±4 ve 23.5±4.6 kg/m^2), donör yaşı (50.8±15.3 ve. 48±15), kadaverik donör oranı (%49.4 ve %50.6), hemoglobin düzeyleri (11.5±1.9 ve 11.4±2 g/dL), abdominal cerrahi öyküsü (%11.1 ve %16.4), akut rejeksiyon (%11.1 ve %10.1), obesite varlığı (VKİ ≥30 kg/m^2) (%28 ve %28.9), diyaliz tipleri ve primer hastalık açısından anlamlı farklılık izlenmedi. Lenfosel gelişen hasta grubunda böbrek nakli öncesi albumin düzeyleri anlamlı olarak düşük saptandı (3.29±0.67 ve 3.48±0.69 g/dL, p=0.009). Lenfosel gelişen hasta grubunda diyabetes mellitus oranı anlamlı olarak yüksek saptandı (%15.9 ve %4.5, p=0.05). Lenfosel saptandığı dönemde kreatinin düzeyleri 2.62±2.49 mg/dL idi. İmmunsupresif tedavide siklosporin kullanılan hastalarda kullanılmayanlara göre lenfosel oranı daha fazla izlendi (%37.5 ve %27.4, p=0.032). Tedavide mTOR inhibitörleri ve mikofenolat mofetil kullanılan hastalar arasında lenfosel gelişimi açısından anlamlı fark saptanmadı. Regresyon analizlerinde, diyabetes mellitus varlığı (OR 2.87, %95 CI:1.286.43, p=0.01), kadaverik donörden böbrek nakli (OR 1.99, %95 CI:1.223.26, p=0.006), donör yaşının yüksek olması (OR 1.01, %95 CI:1.001.03, p=0.04) ve düşük albumin düzeyleri (OR 0.69, %95 CI:0.490.98, p=0.04) böbrek nakli sonrası lenfosel gelişiminde bağımsız risk faktörleri olarak saptandı. Lenfoseli olan hastalardan 73 vaka izlenirken 26 vakada aspirasyon, 17 vakada drenaj ve 10 vakada da fenestrasyon yapılmıştır.

Sonuç: Özet olarak, çalışmamızda lenfosel böbrek nakli sonrası çok sık karşılaşılmayan bir komplikasyondur. İnsidansı cerrahın kullandığı operasyon tekniğiyle değişmektedir. Çalışmamızda, diyabetes mellitus, kadaverik donörden nakil, yaşlı donör ve hipoalbuminemi lenfosel gelişiminde bağımsız risk faktörü olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimler: lenfosel, böbrek nakli, renal transplantasyon, risk faktörleri, nefroloji

PS-359

RENAL TRANSPLANTLI OLGUDA GELİŞEN MONOMORFİK TİPTE, PERİFERİK T HÜCRELİ LENFOMA

Alide Aliyeva[1], Mustafa Duran[1], Aslı Kılavuz[1], Mümtaz Yılmaz[2], Murat Tombuloğlu[3], Mine Hekimgil[4]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Ege Universitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nefroloji Bilim Dal
[3]Ege Universtesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hematoloji Bilima Dalı
[4]Ege Universtesi Tıp Fakültesi Hastanesi Patoloji Bilim Dalı

Amaç: Transplantasyon sonrası lenfoproliferatif hastalık gelişme riski genel populasyona göre 30-50 kat artmış olup, transplantasyon yapılan hastaların %2'sinde görülmektedir. Post-transplant lenfoproliferatif hastalıklar (PTLH), solid organ veya allojenik kök hücre nakli sonrasında uygulanan immünosupressif tedaviye bağlı olarak gelişen poliklonal özellik gösteren selim durumlardan, monoklonal karakterde malign lenfoid proliferasyona kadar değişebilen heterojen bir grup hastalıktır. PTLH daha çok solid organ nakilleri sonrasında görülmektedir .Renal transplantasyon sonrasında görülme oranı %1-dir. Monomorfik PTLH hem B hem de T lenfositlerden kaynaklanmakta, B lenfositlerden köken aldığında sıklıkla difüz büyük B hücreli lenfoma ve daha az sıklıkla da burkitt lenfoma yada plazmoblastik lenfoma gelişimi izlenirken, T veya NK hücrelerden kaynaklanması daha azdır.

Bulgular: 56 yaşında böbrek nakilli (15 sene önce) erkek hasta,transplantasyon sonrası immunsupressif tedavi (steroid+azatioprin+takrolimus) alarak takip edilmiş, mayıs 2015 tarihinde karın ağrısı, karında şişlik şikayetlerile kliniğimize başvurdu, çekilen PET/BT'te her iki supraklavikular alanda,mediastende, prevasküler sol üst mediastinal ve parasternal lokalizasyonlarda ılımlı artmış FDG tutuluşu gösteren multipl lenf nodları,abdomino-pelvik alanda omental ve peritoneal yüzeylerde, bilateral parakolik alanda hipermetabolik nodüller, jejunum proksimalinde treitz ligamana komşu alanda hipermetabolik görünümde tümöral duvar kalınlaşmasına görüntülenmişdir. Omentum biyopsi patoloji sonuçunda monomorfik tipte,periferik T hücreli lenfoma tanısı aldı.Olgumuzda böbrek naklinden 15 sene sonra Hodgkin-dışı lenfomaların (NHL) nadir görülen heterojen bir grubu olan periferik T hücreli lenfoma saptandı.

Sonuç: Renal transplant alıcılarında görülen posttransplant maligniteler (PTM), uzun süren immünosupresif tedavinin en ciddi komplikasyonlarındandır. Bu nedenle, bu hastaların transplant sonrası zaman aralığı uzadıkça mümkün olan en düşük immünsupresif ilaç dozu ile idamesinin sağlanması ve takiplerinde bu risk gözönünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimler: renal transplantasyon, immünosupresif tedavi, lenfoma

PS-360

KONJENİTAL İKTİYOZİS SEYRİNDE GELİŞEN GRANULOMATÖZ TÜBÜLOİNTERTİSYEL NEFRİT OLGUSU

Çiğdem Dinçkal[1], Alide Aliyeva[1], Hüseyin Onat[2], Ferda Özkınay[2], Deniz Nart[3], Sait Şen[3], Abdullah Sayıner[4], Mümtaz Yılmaz[5]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları
[2]Ege Üniveristesi Tıp Fakültesi Tıbbı Genetik
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbı Patoloji
[4]Ege Üniveristesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları
[5]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji

Giriş: İktiyozisler, deride kuruluk ve kepeklenme ile karakterize herediter bir grup deri hastalığıdır. Klinik, histolojik ve genetik kriterlere dayandırılarak sınıflandırılan bu hastalığı en sık İktiyozis Vulgaris,X e bağlı İktiyozis, Epidermolitik Hiperkeratozis ve Otozomal Resesif İktiyozislerler. Iktiyozis Vulgaris; En sık görülen bu form otozomal dominant geçisli olup aynı zamanda en hafif tiptir.

Deri görünümü doğusta normal olup üç ay sonra kepeklenme ve kuruluk görülmeye baslar.İktiyozis tanısı ile izlenmekte iken granulomatöz tübulointertisyel nefriti(GTN) gelişen bir olgumuzu sunmak istiyoruz.

Olgu: 54 yaşında kadın hasta, 2000 yılından itibaren iktiyozis vulgaris tanısıyla retinoik asit türevi ilaçlar verilerek izlenmekteyken kreatinin progresyonu ve akciğer grafisinde parahiler lenfadenopati gelişmesi üzerine nefroloji kliniğimize yönlendirilmiş. Yapılan laboratuvar incelemesinde kreatinin:4,63 mg/dl, üre:140 mg/dl bulunurken, spot idrarında protein ve sedimente rastlanmadı. Ayrıca hastanın diğer laboratuvar bulguları sodyum:139 mEq/l (136-145), potasyum :5 mEq/l (3,5-5), kalsiyum: 8,1 mg/dl (8,6-10,2), sedimantasyon:43 mm (<30), CRP:0,69mg/dl (0-0,5),PTH:502,4 pg/ml (12-88), lökosit:6540 (4500-11,000), hemoglobin:9,2 (11,7-16) gdl, trombosit: 94,000 (150,000-450,000) şeklindeydi. Trombositopeni ve anemi nedeniyle bakılan periferik yaymasında atipik hücreye rastlanmadı. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) tablosunu açıklamak için bakılan viral ve immunulojik markerleri normal bulundu ve serum protein elektroforezinde monoklonal band saptanmadı.Akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk nedeniyle lenfoproliferatif hastalık ön planda düşünülerek çekilen tüm vücut bilgisayarlı tomografisinde parahiler,retroperitoneal ve paraaortik multiple lenfadenopati saptandı. Ön planda sarkoidoz düşünmekle beraber ayırıcı tanıda lenfoproliferatif hastalık, tüberküloz ve diğer granulamatoz hastalık nedenleri düşünülerek yapılan renal biyopsi patolojisi GTN olarak raporlandı. Ayrıca mediastinel lenfadenopatileri nedeniyle tanısal amaçlı göğüs hastalıkları tarafınca EBUS eşliğinde bronkospik biyopsi örneklerinde ARB görülmezken,yaymada lenfoid hücre populasyonu ve epiteloid histiyositler izlendi. Bu bulgularla hasta sarkoidoz olarak değerlendirilip; GTN nedeniyle hastaya 3 gün pulse steroid uygulandı. Hastanın yatışı sırasında kreatinin düzeyleri düşmemekle beraber hemodiyaliz ihtiyacı olmadı. Polikliniğimizden takip edilmek üzere oral steroid tedavisi ile taburcu edildi. 1 ay sonra kontrolde bakılan kreatinin düzeyi 3,17 mg/dl'ye geriledi. Hastanın iktiyozis tanısı olması üzerine TGM1 geni ve NİPAL4 mutasyon analizi yapıldı. Tetkik edilen mutasyonlar saptanmazken bir allelde p.A176D(c.527C>A), diğer allelde p.R153Q (c.458G>A) mutasyonu saptandı. Hastamızda bulunan mutasyon daha önce veri tabanlarında tanımlanmamıştır. Mutasyon modelleme programları ile yapılan analiz bu mutasyonun protein fraksiyonunu bozabileceğini öngörmektedir.

Tartışma: Sarkoidoza bağlı kronik GTN ve buna bağlı KBY oluşumu,nadir görülen bir klinik tablo olup, bu konuda az sayıda olgu sunumu mevcuttur.İktiyozis tanısı ile izlenmekte iken granulomatöz tübulointertisyel nefriti gelişen bir olgumuz bu yönüyle de literatürde daha önce tanımlanmamış bir klinik olarak görülmektedir. Genetik analiz sonucu tesbit edilen mutasyonun protein fraksiyonunu bozabileceği düşünüldüğünden bu durumun hastanın kliniği ile ilişkisini incelemek üzere ileri laboratuvar ve klinik araştırmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimler: iktiyozis,granulamatöz tübülointertisyel nefrit



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-361

İNTRAVİTREAL RANİBİZUMAB UYGULANMASI SONRASI GELİŞEN NEFROTİK SENDROM

Adem Aydın, Ali Kılınç, Şeref Demirbaş, Erol Arslan, Kenan Sağlam

GATA İç Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Son zamanlarda yaşa bağlı makula dejenerasyonu, diyabetik retinopati, retinal ven tıkanıklığı gibi koşullarda intraoküler kullanılmaktadır. Her ne kadar kanser tedavisinde yüksek doz kullanımı ile ortaya çıkan sistemik yan etkiler iyi bilinse de, intravitreal anti-VEGF uygulamalarda neredeyse tamamen lokal yan etkiler tanımlanmıştır. Ancak anti-VEGF ajanlarının hipertansiyon, tromboembolik olaylar gibi sistemik sonuçları olabileceği her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Burada intaraoküler ranibizumab uygulanması sonrası gelişen ilk nefrotik sendrom olgusunu tanımladık.

Olgu: Diyabetes Mellitus tanısı ile takipli 52 yaşındaki kadın hasta, 10 gün önce başlayan her iki bacakta ve kolda şişlik nedeniyle hastaneye başvurdu. Fizik muayenede genaralize ödem gözlendi. Laboratuvar incelemesinde; Akş: 184 mg/dL, Kr: 1.27 mg/dL, LDL: 334 mg/dL, TG:126 mg/dl, T.Kol: 426 mg/dL, total protein: 5.15 gr/dl, albümin: 2.44 gr/dl, ESR: 72mm/saat, HbA1c:% 7,3 saptandı. Nefrotik sendrom etyolojisi açısından 24 saatlik idrar protein, serum, idrar protein elektroforezi, ANA, RF, anti-dsDNA, MPO/PR 3-ANCA, hepatit B/C serolojisi, idrar kültürü yapıldı. Serum protein elektroforezinde poliklonal gamopati gözlendi, 24 saatlik idrar proteini 5,8 gramdı. Anti-HCV ve HCV-RNA pozitif tespit edildi. Nefrotik sendromda görmeye pek alışkın olmadığımız, medikal tedaviye dirençli hipertansiyon nedeniyle böbrek biyopsisi yapılamadı. İnsülin, düşük molekül ağırlıklı heparin ve telmisartan başlandı. Sıvı kısıtlaması ve diüretik tedavi ile hastanın 12 kg kaybı sağlandı. KC biyopsisi ile kronik hepatit tanısı doğrulandı. Ödem ve proteinüri geriledikten sonra antiviral tedavi ile taburcu edildi. Ranibizumab uygulandıktan yaklaşık 8 gün sonra kanda maximum düzeye ulaşmaktadır. Bizim hastamızda tedaviden 10 gün sonra bulgular ortaya çıkmıştır. Bizim ulaşabildiğimiz kadarıyla vakamız, hepatit C zemininde, intraoküler anti-VEGF enjeksiyonundan sonrası gelişen ilk nefrotik sendrom olgusudur.

Sonuç: Anti-VEGF ajanlar, intraoküler uygulamadan sonraki sistemik dolaşıma geçebilir ve glomerüllerdeki VEGF bağımlı yolu antagonize ederek, nefropati ve hipertansiyon gibi yan etkilere neden olabilirler. Genellikle göz hastalıkları pratiğinde yaygın olarak kullanılan anti-VEGF ajanların çok küçük dozlarda dahi olsa ciddi sistemik yan etkiler oluşturabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Nefrotik sendrom, ranibizumab.

PS-362

GELİŞ SEMPTOMLARI İLE AKUT BÖBREK YETERSİZLİĞİ

Berrin Didem Toluç, Aslı Karslı, Günel Musayeva, Hakan Demir, Ahmet Bulut, İrem Bozkurt, Özge Telci Çaklılı, Aytekin Oğuz

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Akut böbrek yetersizliği bazen bilinen kronik böbrek hasarı ile birliktelik gösterirken bazen de hastalığın ilk bulgusu olarak prezente olabilir. Bu olgu serisinde akut böbrek yetersizliği ile başvuran ve farklı şikayet ve bulgulara sahip üç olgu ve altta yatan hastalıkları tartışılacaktır.

Birinci olgu olan 74 yaşında kadın hasta yaygın kemik ağrısı, istemsiz kilo kaybı yakınmaları nedeni ile başvurduğu acil serviste kreatinini 3.39 mg/dL, kalsiyumu 16.5 mg/dL olması üzerine ve diyaliz dışı tedaviden yarar görmemesi nedeni ile diyalize alındı. Hastada anemi ve kafa grafisinde litik lezyon saptanması üzerine yapılan kemik iliği biyopsisi sonucunda multipl myelom tanısı kondu.

İkinci olgu olan 46 yaşında kadın hasta ise acil servise idrarda azalma ve mide bulantısı şikayeti ile başvurdu. Beş yıldır tip 2 diyabeti ve hipertansiyonu olan hastanın 10 gün önce herni operasyonu öyküsü mevcut. Bazal kreatinini 0.9 mg/dL olan hastanın acil serviste saptanan kreatinini mg/dL 9.34, ürik asiti 31.4 mg/dl saptanması üzerine acil diyalize alındı. Hastanın renal ultrasonunda ve idrar tahlilinde patoloji gözlenmemesi üzerine ürat nefropatisi düşünüldü.

Son olgu olan 58 yaşında erkek hasta öksürük, balgam şikayeti ile başvurduğu poliklinikte kreatinini 2,39 mg/dL olarak bulunmuş. Hastanın akciğer filminde pnömoni ile uyumlu bulgular saptanmış. Antibiyoterapiye cevap vermeyen ve hidrasyon ile kreatinin düzeyinde anlamlı gerileme gözlenmeyen hastanın c-ANCA düzeyi 1/10 pozitif olarak bulundu. Wegener öntanısı ile böbrek biyopsisi planlandı.

Bu üç olgunun da şikayetlerinin ve bulgularının farklılığı akut böbrek hasarının klasik semptomlarla prezente olmasa dahi her zaman ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekliliğini göstermektedir.

Anahtar Kelimler: akut böbrek yetersizliği, wegener, multipl myelom

PS-363

PLEVRAL MEZOTELYOMA SONRASINDA GÖRÜLEN GIST VAKASI

Latife Bircan[1], Esra Çataltepe[1], Selman Ünverdi[2], Oktay Bulur[1], Ahmet Bayrak[3]

[1]Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği,Ankara
[2]Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği,Ankara
[3]Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı,Ankara

Giriş: Gastrointestinal stromal tümör sindirim sisteminin nadir görülen tümörüdür.Sıklıkla C-kit mutasyonu ile ilişkilidir.C-kit pozitifliği olan akut miyelositik lösemi,kronik miyelositik lösemi tedavisinde kullanılan İmatinib tedavide etkindir.Plevral mezotelyoma ise sıklıkla asbest maruziyeti ile ilişkili olup başlangıç bulgusu genellikle tek taraflı plevral effüzyondur.Oldukça fatal seyretmekte olup ortalama beklenen sağ kalım 9-12 aydır.Özellikle bcl-2 gen mutasyonu olanlarda mezotelyoma ile beraber diğer stromal tümörler görülebilmektedir.Burada örnek vaka olarak mezotelyoma tanısı olan ve operasyon sonrası radyoterapi,kemoterapi ile kür sağlanan hastanın daha sonra gastrointestinal kanama ile GIST tanısı aldığını sunacağız.

Olgu: 62 yaşında bayan hasta acil servisten gastrointestinal sistem(GİS) kanama tanısı ile dahiliye servisine yatırıldı. Özgeçmişinde; 4 yıl önce plevral effüzyon etyolojisi araştırılan hastanın plevral biyopsi sonucu mezotelyoma olarak raporlanmış.Sağ pnömonektomi operasyonu yapılan hastaya radyoterapi uygulanmış.Sonrasında kemoterapi başlanan hastaya Cisplatin+Alimta(pemekreksat disodyum-antimetabolit) tedavisi verilmiş,takiplerinde kür sağlanarak izlendiği öğrenildi.Hastaya GİS kanama tanısı ile yapılan üst GİS endoskopisinde mide antrumda 9cmlik üzerinde 3cm çaplı malign görünümlü lobüle yapıda ülser olan gastrointestinal stromal tümör (GİST) ile uyumlu lezyon izlenerek biyopsi alındı.Biyopsi sonucu foveolar hiperplazi,orta derecede epitelyal displazi olarak raporlandı. Abdomen tomografi çekildi.Mide küçük kurvaturdan köken alan 85*75mm boyutunda,santralinde hipodens kistik-nekrotik komponenti olan düzgün sınırlı kitle görülmüş olup GİST lehine değerlendirildi.Hastaya genel cerrahi tarafından subtotal gastrektomi yapıldı.Patoloji sonucu ; CD 34(+),CD117(C-kit) (+),S100 (-) özellikte,mikroskopisinde iğsi hücre proliferasyonu ve nekroz alanları görülmüş olup,proliferasyon indeksi %8 (50 büyütmede 19 mitoz) ve tümör boyutuna bakılarak GIST(Yüksek risk grubu-malign) olarak raporlandı.Post op ek problemi olmayan hasta önerilerle taburcu edildi. Takipli olduğu onkoloji kliniğinde tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: Plevral mezotelyoma ve GIST'in birlikte görülme durumu literatürde mevcut olup özellikle bcl-2 gen mutasyonu varlığında görülmüştür.Plevral mezotelyoma tanısı alan hastalarda bcl-2 mutasyonu düşünülerek diğer sarkomlara yönelik takip edilmesi uygun olabilir.Yüksek şüphesi olan hastalarda gerekli durumda genetik analiz yapılabilir.Böylelikle hastaların daha erken tanı ve tedavisi sağlanabilir.

Anahtar Kelimler: Plevral mezotelyoma,Gastrointestinal Stromal Tümör,bcl-2 mutasyonu

PS-364

METASTATİK RENAL HÜCRELİ KARSİNOMDA SUNİTİNİBE BAĞLI HİPOTİROİDİNİN SAĞKALIM ÜZERİNE ETKİSİ

Özcan Kılıç[1], Uğur Alp Göksu[2], Mevlüde İnanç[3], Sema Sezgin Göksu[3]

[1]Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bölümü
[2]Kayseri Memorial Hastanesi
[3]Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Onkoloji Bölümü

Metastatik renal hücreli karsinom(RCC) kemoterapi dirençli bir hastalık olarak bilinmektedir.Hedefe yönelik ajanların kullanıma girmesi ile tedavide önemli gelişmeler kaydedilmiştir.Vasküler endotelyal büyüme faktörü(VEGF) ve mTOR inhibitörleri ile metastatik RCC da yaşam beklentisi uzamıştır.Bu ilaçlar iyi tolere edilebilmelerine rağmen kendilerine özgü yan etkileri bulunmaktadır. Bir tirozinkinaz inhibitörü olan sunitinib metastatikRCC'un 1.basamak tedavisi yanı sıra gastrointestinal stromal tümörler,nöroendokrin tümörlerde de kullanılan bir ajandır.En önemli yan etkileri hipertansiyon,diare,halsizlik,el ayak sendromu ve hipotiroidizmdir.Burada metastatikRCC tanısı ile sunitinib başlanan ve takiplerinde sunitinibe sekonder hipotiroidi gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 2011 yılında RCC tanısı ile sol nefrektomi yapılmış olan 45 yaşında erkek hasta kontrol tetkikleri sırasında akciğer metastazı saptanması üzerine onkoloji polikliniğine başvurdu.Hastaya subkutan interferon tedavisi başlandı.İki ay interferon tedavisi sonrası progresyon gelişmesi üzerine bir tirozinkinaz inhibitörü olan sunitinib tedavisine geçildi.Sunitinib tedavisi ile takip edilen hastanın takibinde RCC açısından belirgin yanıt alındı.Sunitinib tedavisinin dördüncü ayında halsizlik şikayeti ile değerlendirilen hastada hipotiroidi geliştiği tespit edildi.Hastaya levotiroksin sodyum başlandı.Endokrinoloji ile birlikte takip edilen hastanın sonraki takiplerinde hormon replasman ihitiyacı kademeli olarak arttı.Yüksek doz levotiroksin sodyum sonrası TSH baskılandı(Tablo-1).Hasta sunitinib tedavisinin 18.Ayında ve progresyonsuz olarak takip edilmektedir.

Tartışma: Sunitinib başta metastatikRCC olmak üzere yumuşak doku sarkomları,nöroendokrin tümörler ve gastrointestinalstromal tümörlerin tedavisinde kullanılmakta olan bir ajandır.Sunitinib anjiogeneziste sinyal ileti yollarında etkili olan VEGF ve trombosit kaynaklı büyüme faktörü(PDGF) üzerinden etki ederek iletiyi bloklar ve tümör yayılımını engeller.PDGF üzerinden yeni damar yapılanmasını engellerken VEGF üzerinden özellikle vasküler geçirgenliği ve tümör hücre proliferasyonunu azaltıp tümöral hücrenin migrasyonunu önleyerek etkili olur.Sunitinib diğer kemoterapi ajanlarına göre daha iyi tolere edilir. Ancak bu hastalarda özellikle halsizlik,diare,el-ayak sendromu,hipertansiyon ve hipotiroidi gibi istenmeyen etkiler görülebilmektedir.Sunitinib ile tedavi edilen hastalarda tiroid fonksiyon bozuklukları sık görülür.Bu bozukluk tipik olarak hipotiroidi olarak ortaya çıkmakta ise de geçici hipertiroidiler de görülebilir.Hipotiroidi RCC nedeniyle sunitinib alanlarda yaklaşık olarak %25-50 oranında görülmektedir.Hipotiroidinin oluşma mekanizması tam olarak bilinmemektedir. İlacın kullanım süresi arttıkça hipotiroidi gelişme riski artar.Hipotiroidi gelişmesi sunitinib alan hastalarda ilacın kesilmesini yada doz azaltımını gerektirmez. Hipotiroidi gelişiminin tedavi yanıtı ile ilişkili olduğunu düşündüren çalışmalar mevcuttur.MetastatikRCC tanılı 81 hasta üzerinden yapılan bir çalışmada hipotiroidi gelişen hastaların %37 sinde hastalıksız sağkalımın uzadığı ancak genel sağkalım üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.Burada sunulan olguda sunitinib tedavisi altında hipotiroidi 4.ayda gelişmiştir.Hasta sunitinib tedavisinin 18.ayında halen progresyonsuz izlenmektedir.Sunitinib tedavisi alan hastalar hipotiroidi gelişimi açısından dikkatle izlenmeli,hipotiroidi gelişmesi durumunda tiroid hormon replasmanı yapılmalıdır.

Anahtar Kelimler: Sunitinib,Hipotiroidi,Metastatik RCC

Tablo1.Sunitinib tedavisi altındaki hastanın verileri

Tarih	Kullanım süresi	TSH	Levotiroksin dozu*	Hastalığın progresyonu**
05.12.2013	Sunitinib başlama tarihi	<4.8	-	Metastatik
15.04.2014	Sunitinib 5.ay	7.14	175	Regresyon mevcut
19.08.2014	Sunitinib 9.ay	35	350	Progresyon yok(Stabil)
23.12.2014	Sunitinib 12.ay	18	1050	Progresyon yok(Stabil)
17.03.2015	Sunitinib 16.ay	9	1050	Progresyon yok(Stabil)

*Mcg haftalık toplam doz olarak hesaplanmıştır. **Değerlendirme de PET-CT,BT,USG sonuçları baz alınmıştır

PS-365

METASTATIK MALİGN MELANOM TEDAVİSİNDE YENI BİR MOLEKULER AJAN OLAN VEMURAFENIB VE TOKSIK EPİDERMAL NEKOLİZİS YAN ETKİSİ

Deniz Sevindik Günay[2], Hamza Uğur Bozbey[1], Sezai Vatansever[1]

[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Onkoloji Enstütüsü
[2]İstanbul Üiversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[3]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Onkoloji Enstütüsü

Vemurafenib, BRAF V600 mutasyonu pozitif matastatik malign melanomlu hastalarda kullanılan moleküler bir ajandır.Dermatolojik birçok yan etkisi tanımlanmıştır. Ayrıca olgu sunumları şeklinde dünyadan toksik epidermal nekrolızıs ve Steven Johnsons sendromu yan etkileri bildirilmektedir. Bizim vakamız Türkiye'den bildirilen ilk olgu sunumu niteliğindedir. Faz 3 çalışmalarda da belirttilen vemurafenibin bu yan etkisi, klinik pratikte az görülmektedir. Vemurafenib başlanan olgularda dermatolojik yan etkiler iyi takip edilmelidir. Döküntü, fotosensivite, hiperkeratozis, allopesi, makulopapüller döküntü, eritem, papüler döküntü gibi yan etkilerinin dışında Stevens Johnsons, toksik epidermal nekrolizis gibi önemli yan ekileri de vardır.

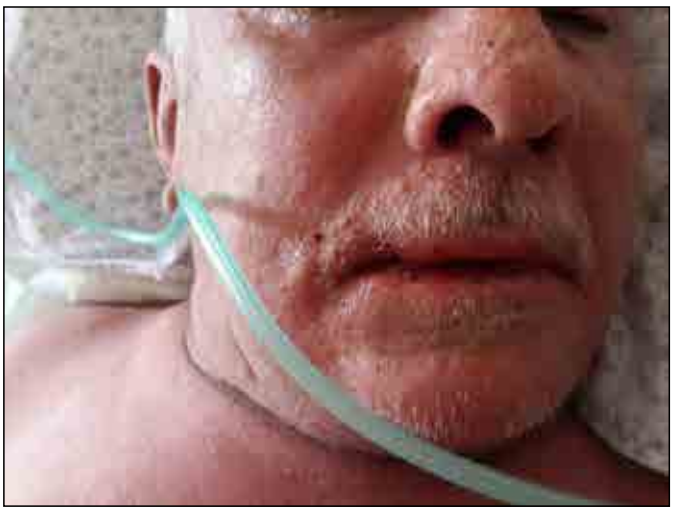
Anahtar Kelimler: malign melanom, vemurafenıb, toksık epidermal nekrolizis



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-366

NÖROFİBROMATOZİS VE KOLONJIOSELÜLER KARSİNOM BİRLİKTELİĞİ : OLGU SUNUMU

Tuba Demirci Yıldırım, Elif Gram

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Nörofibromatozis (NF) ülkemizde nadir gözlenen; deri, sinir sistemi ya da her ikisini beraber tutan, genetik geçişli heterojen bir hastalıktır. NF tip I (Von Recklinghausen hastalığı) 2500-3000 doğumda bir izlenen ve neoplazilere en sık yatkınlık oluşturan genetik nörokutanöz bir hastalıktır. İntrahepatik kolanjiokarsinoma ile NF tip I birlikteliği nadirdir. 36 yaşında intrahepatik kolanjiyokarsinoma tanısı ile takip edilen NF tip 1 tanısı alan vakamızı nadir görülmesi sebebiyle paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 36 yaşında bayan hasta hastanemiz Tıbbi Onkolojisinde NF Tip I ve intrahepatik kolonjıosellüler karsınom tanılarıyla tedavisi planlanıp, takibe alındı. Hastanın özgeçmişi ayrıntılı incelendi, hasta 2 yıl önce 1 aydır mevcut olan yemeklerden sonra kusma, giderek artan kaşıntı,idrar renginde koyulaşma şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvurmuş, kolestaz tetkik ile incelenen hastanın çekilen üst batın BT de sol lobu drene eden safra yollarında genişleme, falsiform ligaman düzeyinde fibrotik görünümde yumuşak doku artışı olarak yorumlanmış, cilt bulguları ile NF düşünülen hastada yapılan göz ön segment muayenesinde bilateral iriste yaygın kabarık pigmente lezyonlar lish nodulleri ile uyumlu, kranıal mrg kranıumda cilt ciltaltı dokularda düzgün konturluoval konfugurasyonlu noduller saptandı,deri eksizyonel biyopsi patoloji sonucu nörofibrom olarak raporlandı.Hasta bu bulgular sonucunda NF1 tanısı aldı.Takibinde sol hepatektomi+ dış safra yolları rezeksiyonu, kolesistektomi,hilus ve sistik lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Materyalin patolojisi intrahepatik kolonjıosellüler karsınom lehine değerlendirildi,Hasta mevcut öyküsü ile medikal onkoloji birimimizde takibe alındı. İntrahepatik kolanjıokarsınom ve NF Tip I birlikteliği nadir görüldüğünden vakamızı paylaşmayı amaçladık.

Tartışma: Nörofibromatozis deri, sinir sistemi, gözde belirtiler oluşturan otozomal dominant geçiş gösteren bir hastalıktır.NF de deri tutulumu geneldir. Hastalığın tip I (NF1) ve tip 2 (NF2) olmak üzere iki alt tipi tanımlanmıştır. NF1, 3000 doğumda bir görülür. NF1 geni 17. kromozom üzerinde bulunur ve nörofibromin olarak adlandırılan bir proteinin sentezlenmesini sağlar. Nörofibromin tümör süpressörü olarak görev görür .NF1 in ana bulguları nörofibromlar, 'cafe au lait' lekeleri, aksiler-inguinal çillenme ve pigmente iris hamartomlarıdır. Olgumuzda üst ektremiteleri ve gövdeyi hemen hemen kaplayan kütanöz nörofibromlar,büyüklükleri değişen en büyüğü yaklaşık 6,5 cm olan 10 dan fazla 'cafe au lait' lekeleri ve gözde lish nodülü mevcuttu. Hastanın ilk başvuru şikayetlerinden biri kaşıntıydı. Nörofibromlarda normal hücreye kıyasla belirgin mast hücre artışı mevcuttur. Generalize pruritis bununlada açıklanabileceği gibi hastamızda mevcut olan safra yolu tıkanıklığıda yaygın kaşıntıya sebep olabilir.

NF 1 hastalığı neoplazilere yatkınlık oluşturan en sık genetik sendromdur. NF1 olgularında nörofibromların yanı sıra lösemi, yumuşak doku tümörleri, beyin tümörleri, nöroblastom gibi malign tümörler de gelişebilmektedir .NF-1'in özellikle de nörölojik kanserlere yatkınlık yarattığı bilinmektedir.Ancak bunların dışındaki kanserler ile NF-1 birlikteliği nadir olarak bildirilmiştir.Vakamızda ki NF1 ve kolonjıookarsınom birlikteliği koinsidental bir durumda olabileceği gibi,36 yaşında olması sebebiyle genetik kolaylaşltırıcı faktörlerinde kanser oluşumunda etiyolojiye katkısı olabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimler: Nörofibromatozis,kolonjıoselüler karsinom,lish nodulleri

PS-367

CERRAHİ SONRASI HIZLA NÜKSEDEN DEV METASTATİK SARKOMA OLGUSU

Derya Akdeniz[1], Ahmet Büber[2], Çiğdem Devir[2], Şeref Seven[3]

[1]Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği
[3]Kütahya Simav Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Amaç: Yumuşak doku sarkomları başlığı altında, birbirinden farklı histolojik tipte ve sağkalım ve tedavi yaklaşımları açısından çeşitli farklılıklar gösteren bir grup malign tümör yer almaktadır. Retroperitoneal, baş-boyun ve viseral sarkomların prognozunun, ekstremite yerleşimli olanlara göre daha kötü olduğu bilinmektedir.[1] Olgumuzda cerrahi sonrası hızla nükseden bir sarkom vakasını sunacağız.

Olgu: 2011 yılında sırtında şişlik farketmesi üzerine Kütahya Devlet Hastanesi'nde opere olan hastanın patoloji raporu dediferansiye liposarkom uyumlu gelmiş. 19 kür radyoterapi ardından opere edilen hastaya tekrar 9 kür radyoterapi planlanmıştı. 2012 de 6 kür adriablastin-ifosfamid verilen hasta 8 ay sonra tekrar nüks etmesi üzerine kosta eksizyonu ile beraber radikal rezeksiyon yapılmış. 2 ay sonra nüks gelişen hasta 2014 ocak- haziran arası tekrar docetaksel-gemsitabin kemoterapi rejimi almıştı. Nüks nedeniyle hastaya trabektadin verilmiş, ancak nüks engellenememişti. Hastanın Eylül 2014te servise sırtında masif kanamalı kitle ile acil servisten yatışı kabul edildi. Albumin ve eritrosit süspansiyonu desteği verilen hasta 1 ay sonra kanama ve solunum yetmezliğine bağlı olarak kaybedildi.

Sonuç: Yumuşak doku sarkomları tüm kanserlerin yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır. En sık yerleşim yerleri ekstremiteler olmakla beraber(%59) diğer başlıca lokalizasyonlar gövde(%20), retroperiton (%15) ve baş-boyun bölgesidir. Tümörün sağkalımı açısından en önemli belirleyicisi histolojik evre olmakla beraber tümör boyutu ve derinliği de önemli prognostik faktörlerdendir. [2]Geniş eksizyon ve radyoterapi temel yaklaşım olmakla beraber kimi histolojik tiplerde kemoterapi de ilave edilmektedir. Ancak tüm bu tedavi protokollerine rağmen hastalar çoğu dönem erken kaybedilmektedir.[3] Vakamız da metastatik sarkom tedavisi sürecinde 3 yıl boyunca takip edilmiş; ancak verilen tedavilere rağmen hasta kaybedilmiştir.

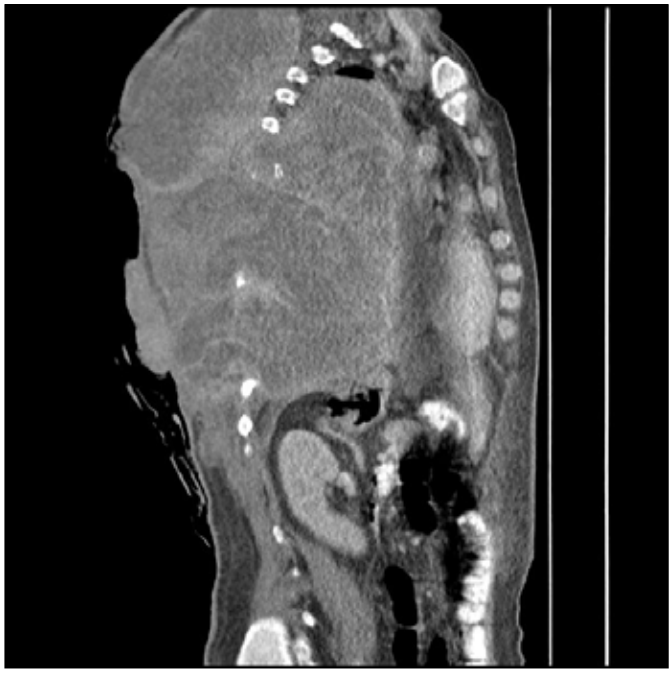
Kaynaklar

1.Brennan MF, Alektiar KM, Maki RG. .6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams &Wilkins; 2001. p. 1841-91.

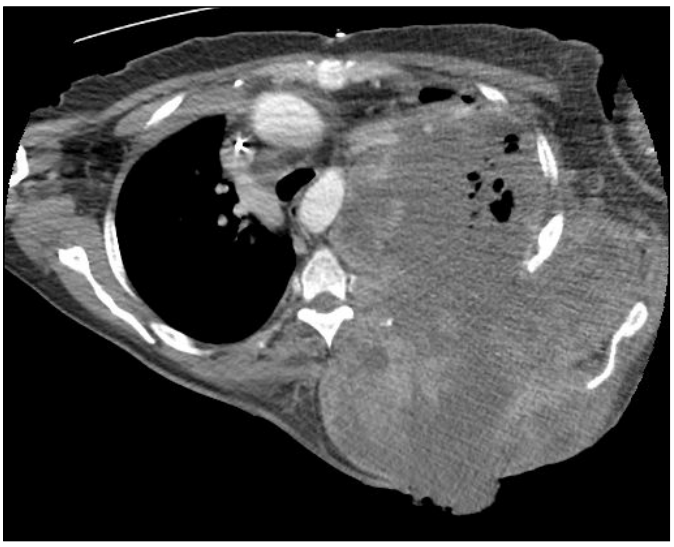
2. Coindre JM, Terrier P et al. Cancer 2001;91(10):1914-26.

3.Aksu G, Ağır H. Türk Onkoloji Dergisi 2007;22(2):95-103

Anahtar Kelimler: sarkom; metastaz; nüks



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-368

BEKLENMEDİK BİR SONUÇ: MİDEYE METASTAZ

Fatma Akdağ Kahvecioğlu[1], Şule Kurt[1], Ümmügül Üyetürk[2], Güray Can[3], Selma Erdoğan Düzcü[4], Fahri Yılmaz[4]

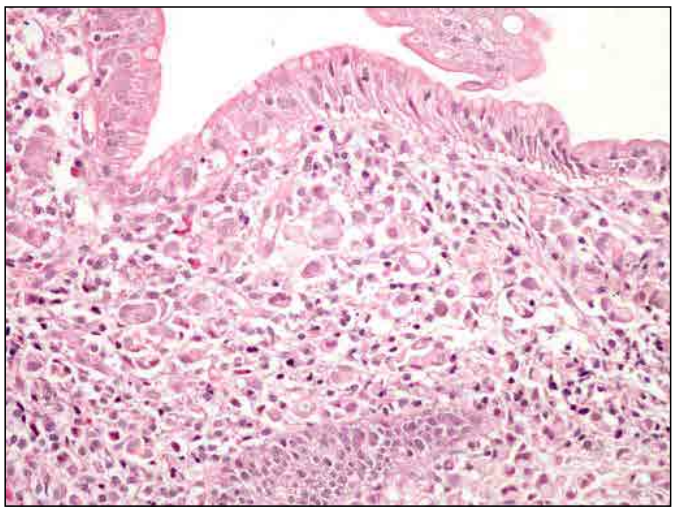
[1]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı,Bolu
[2]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Onkoloji Bilim Dalı,Bolu
[3]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı,Bolu
[4]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı,Bolu

Giriş: Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen kanserdir. Kanserden ölüm nedenleri arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sırada gelmektedir. Sıklıkla akciğer, karaciğer, cilt, kemik, yumuşak doku, sürrenal bezler ve beyne metastaz yapar. Meme kanserinin gastrointestinal sisteme (GİS) metastazı oldukça nadirdir.

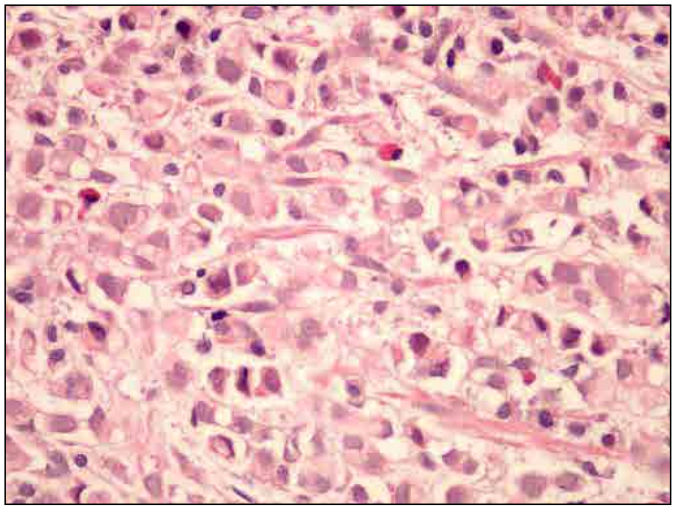
Olgu: Sol memesinde kitle nedeni ile başvuran 45 yaşında kadın hastanın biyopsisi invaziv lobüler karsinom, östrojen reseptör %70, progesteron reseptör %50 ve Cerb B2 skor 0 olarak raporlanınca preoperatif tetkiklerinden tüm vücut kemik sintigrafisinde T3-7-8-11 vertebralarda ve her iki sakroiliak eklemde belirgin olmak üzere aktivite artışları tespit edildi.Pozitron emisyon tomografisinde multiple kemik tutulumu dışında özellik saptanmayan hasta TxNxM1(evre 4) olarak evrelendi.Operasyondan vazgeçilen hastaya Temmuz 2014'de tamoksifen 10 mg 2x1 ve zoledronik asit tedavisi başlandı. Şubat 2015 hastanın bilateral kalça eklemine ve L1-S1 vertebra lokalizasyonuna palyatif radyoterapi uygulandı. Bu tedavi sonrasında dispeptik yakınmaları olan hastaya üst GİS endoskopisi yapıldı. Şiddetli pangastrit, antral iyileşmiş ülser skarları saptandı, biyopsiler alındı. Biyopsi raporu beklenmedik şekilde malign epitelyal tümör(tümör hücrelerinin östrojen ve progesteron reseptörüyle pozitif boyanması ön planda metastatik meme karsinomunu akla getirmektedir) şeklinde raporlandı.(Şekil 1-2) Hastaya kemik ve mide metastatik meme kanseri olarak kemoterapi başlandı.

Sonuç: Memenin invaziv lobüler karsinomu, invaziv duktal karsinomdan sonra ikinci en sık görülen histolojik alt tipidir. İnvaziv lobüler karsinom, GİS'e en sık metastaz yapan alt tip olduğu için hastaların takiplerinde GİS semptomları önemsenip endoskopi yapılmalı, histopatolojik olarak incelenme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimler: meme kanseri, mideye metastaz



Şekil 1.



Şekil 2

PS-369

AKCİĞERİN SARKOMATOİD KARSİNOMU: OLGU SUNUMU

Abdullah Sakin[1], Orçun Can[1], Nurgül Yaşar[1], Hasan Eruzun[2], Çiğdem Çelik[3]

[1]Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
[2]Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye
[3]Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Akciğerin sarkomatoid karsinomları küçük hücreli dışı akciğer karsinomlarının (KHDAK) nadir görülen bir tipidir. Sarkomatoid karsinomlar tüm akciğer tümörlerinin %0.3-1.3 kadarını oluştururlar. Dünya Sağlık Örgütü'nün sarkomatoid karsinomlarını; pleomorfik karsinom, dev hücreli karsinom, iğsi hücreli karsinom, karsinosarkom ve pulmoner blastoma olmak üzere 5 guruba ayrımaktadır. Erkeklerde 4 kat daha sık görülür. Genellikle 6-7. dekatta görülür. Kötü prognozlu olması ve tedavi yaklaşımının farklılık göstermesi nedeniyle sarkomatoid karsinomların tanınması ve akciğerin diğer tümörlerinden ayrılması önemlidir. Biz de burada Akciğer sarkomatoid karsinomu tanısı koyduğumuz olguyu sunduk.

Olgu: 61 yaşında erkek olgu yaklaşık bir yıl önce öksürük şikâyetiyle başvurdu. Olgunun akciğer grafisi ve sonrasında çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sol akciğer üst lopta malign özellikler gösteren 3-2.5 cm çaplı kitle saptandı. Bunun üzerine çekilen PET-BT de sol akciğer üst lop santral kesimde çok yoğun malign karakterde hipermetabolizma gösteren kitlesel lezyon saptandı. Olguda akciğer dışı metastaz saptanmadı. Olguya sol akciğer üst lobektomi uygulandı. Çıkarılan kitlenin patolojik incelemesinde kitle materyali az diferansiye sinovyal sarkom olarak düşünüldü. Olgu rutin takiplerinde 6. ay da çekilen batın BT'sinde pankreas kuyruk kesiminde sol sürrenal bezi loju hizasında yaklaşık 9-10 cm boyutlarında solid kitlesel lezyon saptandı. Yapılan PET BT sinde ise daha öncekilerde olmayan sol adrenal lojda yoğun hipermetabolizma gösteren lezyon saptandı ve metastaz olarak düşünüldü. Olgu sürrenal tümörün çıkarılması amacıyla opere edildi. Operasyon esnasında kitlenin çevre dokuları ve barsakları tuttuğunun görülmesi üzerine olgu inoperabıl kabul edilerek, sürrenal bezdeki kitleden koni şeklinde biyopsi alındı. Sürrenal bezdeki kitleden alınan biyopsi örneği daha önce bakılan akciğer lobektomi materyali ile birlikte değerlendirildi. Morfolojik ve immunohistokimyasal bulgular olgunun kliniği ile bir arada düşünüldüğünde olguya nöroendokrin diferansiyasyon gösteren sarkomatoid karsinom tanısı konuldu. Olguya sisplatin-etoposid kemoterapisi başlandı.

Tartışma: Bronkoskopik ve transtorasik biyopsilerde sarkomatoid karsinomları diğer sarkom ve az diferansiye karsinomlardan ayırmak güçtür. Sarkomatoid karsinomları akciğerin diğer sarkomlardan ayırmak için KHDAK alanlarının varlığı ve immünohistokimyasal olarak epitelyal farklanmanın gösterilmesi önemlidir Sarkomatoid karsinom tanısı hemen daima rezeksiyon materyallerinde konulmaktadır. Sarkomatoid karsinomlar KHDAK'na göre daha kötü prognoza sahiptir. Sarkomatoid karsinomlar tedavi yaklaşımı ve seyri açısından akciğerin küçük hücreli dışı tümörlerinden ayrılan ve oldukça nadir görülen bir tümör grubu olarak akciğerde kitle yapan nedenler arasında mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Sarkomatoid karsinom, akciğer kanseri, kemoterapi

PS-370

KEMİK İLİĞİ METASTAZI OLAN KOLONUN PRİMER TAŞLI YÜZÜK HÜCRELİ KARSİNOMU

Atakan Topçu[1], Nezih Yalçın[1], Gülsen Özen[2], Gonca Zöngür[3], Serap Kaya[4], Hanife Danış[4], Hasan Toper[5], Serap Kaya[6]

[1]Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Marmara Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalı
[3]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
[4]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
[5]Marmara Üniversitesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı
[6]Marmara Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

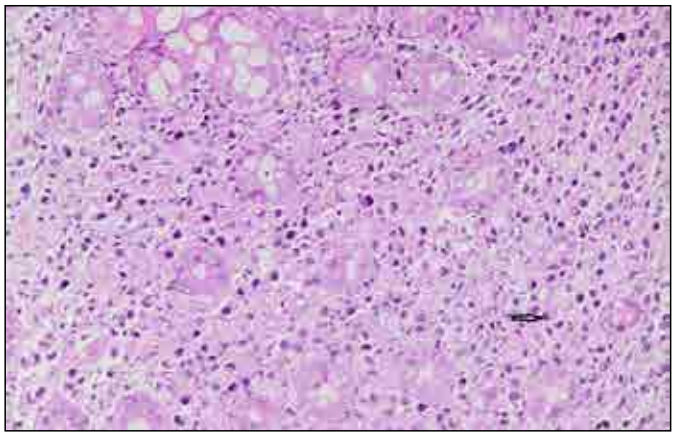
Giriş: Dünyada kansere bağlı ölümlerin en sık 3.nedeni kolorektal kanserler olup bunların da %95'ini adenokanserler (adenokarsinom, müsinöz adenokarsinoma,taşlı yüzük hücreli karsinoma [>%50 taşlı yüzük hücresi içermeli]) oluşturmaktadır. Taşlı yüzük hücreli karsinomlar en sık mideden köken almasına karşın kolondan da köken alabilmekte olup oldukça kötü prognozlu tümörlerdir. Kolonda görüldüğünde sıklıkla metastatik olduğu düşünülmektedir. Tanı öncesi klinik bulgular diğer kolon tümörleriyle benzerdir. Biz burada nadir görülen kolonun primer taşlı yüzük hücreli bir karsinom vakasını ve bu vakanın tedavi ve yönetimindeki zorlukları sunmayı hedefledik.

Olgu Sunumu: Bilinen koroner arter hastalığı bulunan 62 yaşında erkek hasta 3 aydır devam eden halsizlik, iştahsızlık, şişkinlik, karın ağrısı ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Eşlik eden bel ağrısı, burun kanaması ve hematokezyası da bulunan hastanın başvuruda yapılan muayenesinde rektal tuşede taze kan mevcuttu. Bilateral akciğer bazallerinde ralleri, batında yaygın asiti ve bilateral 1+ pretibial ödemi olan hastanın laborauar incelemelerinde anemi(hemoglobin [Hb] 12,0 g/dL), akut faz yüksekliği ve böbrek fonksiyonlarında bozukluk (kr: 1,35 mg/dL) saptandı. Yapılan abdomen bilgisayarlı tomografisi (BT) kolon hepatik fleksura düzeyinde malign karakterde duvar kalinlasmasi ve batında en büyüğü 2,5 cm olan LAP'lar (Lokal ileri evre kolon adenokarsinom?) şeklinde raporlandı. Toraks BT'de ise mediastende tüm lokalizasyonlarda en büyüğü yaklasik 2 cm çapinda çok sayida LAP'lar izlendiği rapor edildi. Başvurusunda aktif gastrointestinal (gis) kanaması devam eden hemoglobin değeri 6 g/dL'ye kadar düşen ve trombositopeni ve dissemine intravasküler koagülasyon (DİK) tablosu gelişen hastaya uygun destek tedavileri verildi. Hastaya üst ve alt gis endoskopi ve kemik iliği aspirasyon biyopsisi (KİAB) yapıldı.Gastroskopide aktif kanama saptanmazken kolonoskopide proksimal transvers kolonda lümeni tama yakın oblitere eden skopun geçişine izin vermeyen kitle görüldü.Kolon kitlesinin biyopsisi incelenirken PET-BT çekildi. Kolonda primer kitle, bilateral humerus ve femurda, sol supraklavikular, mediastinal,paraaortik ve inguinal LAP'larda, bilateral plevral efüzyonlarda, sol akciğer üst lob nodülünde patolojik düzeyde artmış 18-FDG tutulumu saptandı. KİAB'da tümör hücrelerinde morfoloji taşlı yüzük hücreli karsinom ile uyumlu karsinom metastazı izlendi. Kolondan alınan biyopsi de taşlı yüzük hücreli karsinom olarak raporlandı (Şekil 1). Hastaya 5-flurourasil ve sisplatin tedavisi başlandı. Tedaviye rağmen DİK tablosu ve hematokezyası devam etti. Sitopenileri (lökosit: 2900/mcL, Hb: 6,2 g/dL, trombosit: 21 000/mcL) derinleşti. Uygun transfüzyonlara rağmen hematolojik tablosu düzelmeyen ve genel durumu kötüleşen hastanın kemoterapisine ara verildi.Cerrahi için de uygun olmayan hasta destek tedaviler ile izlenirken hemoptizi ve hipoksemi gelişti. Alveolar kanama düşünülen hasta tüm destek tedavilere rağmen tanının 1. ayında kaybedildi.

Tartışma ve Sonuç: Kolonun taşlı yüzük hücreli karsinomu oldukça kötü prognozlu nadir görülen bir kolon adenokarsinom tipidir.Erken dönemde kemik iliği dahil yaygın metastaz yapabileceği,zaten tedavi yanıtı iyi

değilken,metastazlar ve tümörün agresifliği nedeniyle ile ortaya çıkan morbiditelerin tedaviyi daha da zorlaştırabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimler: Taşlı yüzük hücreli karsinom,kolon,kemik iliği



Şekil 1. Kitlenin histopatolojik incelemesi. Çekirdeğin kenara itildiği, sitoplazmik musin boyaması gözlenen taşlı yüzük hücreleri *(ok işareti)*.

PS-371

BÖBREK KANSERLİ HASTALARIN GENEL ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BOLU İLİ VERİSİ

Ümmügül Üyetürk[1], Tuba Taslamacıoğlu Duman[2], Uğur Üyetürk[3], Nadire Küçüköztaş[1]

[1]Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı,
[2]Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
[3]Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Böbrek kanserleri yetişkin kanserlerinin yaklaşık % 3'ünü oluşturmaktadır. Erkekler de kadınlara göre yaklaşık 2 kat daha fazla görülmektedir. En sık görüldüğü dönem 4. ve 6.dekatlardır. Etyolojisinde sigara, obezite, polikistik böbrek hastalığı, diabetes mellitus, kronik diyaliz ve aile öyküsünün rol oynadığı düşünülmektedir.

Materyal ve Metod: Ocak 2012 ile Ocak 2015 tarihleri arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi tıbbi onkoloji polikliniğine başvuran böbrek kanserli hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, sigara öyküleri, yandaş hastalıkları, histolojileri, evreleri, tedavi seçenekleri kaydedildi.

Bulgular: Bu tarihler arasında 986 kanser tanısı almış hastanın 27'sinin(%2.7) böbrek kanseri tanısıyla başvurduğu bulundu. Hastaların median yaşı 64(50-78)yıldı.22'si (%81.5) erkek ve 5'i(%18.5)kadındı. Sigara öyküsü 17'sinde (% 62.9) mevcuttu. Hastaların 7'sinde (%25.9) görülen hipertansiyonun en sık görülen yandaş hastalık olduğu bulundu.Histolojik alt tipleri açısından incelendiği zaman 21'i(%77.8) berrak hücreli karsinom,2'si(%7.4)papiller hücreli karsinom, 2'si(%7.4)transizyonel hücreli karsinom,1'i(%3.7)kromofob hücreli karsinom, 1'i(%3.7) toplayıcı kanal tümörü olduğu görüldü. Evrelerine göre 8'i(%29.6) evre 1, 2'i(%7.4) evre 2, 8'i(%29.6) evre 3, 9'unun(%33.3) evre 4 olduğu bulundu. Metastaz yeri olarak en fazla kemiğe metastaz 6 (%22.2) yaptığı görüldü. Metastatik evrede başvuranların 4'ünün(%14.8) tedaviyi reddettiği diğer hastalara interferon kullanımı sonrası progresyonda hedefe yönelik tedavi başlandığı bulundu.

Sonuç: Böbrek kanserinde cerrahi tedavinin yeri oldukça önemlidir. Erken dönem tanılarda nefrektomi yerine nefron koruyucu cerrahi uygulanabilir. İleri evrelerde bile nefrektomi ve metastezektomi küratif niyetle yapılmalıdır. Radyoterapi ve kemoterapinin erken evrelerde yeri yoktur. Beyin ve kemik metastazı durumlarında palyatif olarak radyoterapi uygulanabilir. Böbrek kanserinin önlemenin ve belki de tedavi etmenin en etkili rolü etyolojide rol oynayan faktörlerden en önemlisi sigaranın bıraktırılması hipertansiyon ve diyabetin kontrol altına alınmasıdır.

Anahtar Kelimler: böbrek kanseri, Bolu

PS-372

TOTAL PARENTERAL NUTRİSYON SIRASINDA WERNİCKE ENSEFALOPATİSİ

Sena Arıcı, Ali Alkan, Didem Şahin, Recep Yılmaz, Cihan Erol

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

50 yaş bayan hasta hipofarenks karsinomu nedeniyle kemoradyoterapi öncesi palyasyon amacıyla tıbbi onkoloji servisine kabul edildi. Takibinde yutma güçlüğü ve solunum sıkıntısı olan hasta KBB'ye konsülte edildi. Fizik muayene sırasında glottik açlık izlenmeyen hastaya acil trakeotomi açılarak operayson sırasında nazogastrik beslenme tüpü yerleştirildi. Enteral beslenme solüsyonları ile beslenmesi sağlanan hastaya haftalık sisplatin tedavisi ve eş zamanlı radyoterapi tedavisi başlandı. Tedavi sırasında kemik iliği baskılanması gerçekleşen ve pansitopenik izlenen hastanın sisplatin tedavisine ara verilerek radyoterapi tedavisine devam edildi. İzleminde hipofarenksteki kitle basısı nedeniyle beslenme tüpü tıkanan hastaya total parenteral nütrisyon başlandı. Bu sırada orogastrik geçiş sağlanamadığı için perkütan endoskopik gastrostomi açılamayan hastaya cerrahi gastrostomi planlandı ancak radyoterapi almakta olduğu ve grade 3-4 mukoziti olduğu için tedavi sonrasına plan yapıldı. Total parenteral nütrisyonun 62. gününde bilinci açık oryantasyon ve kooperesyon olan hastanın sola bakışta hızlı fazı bakış yönüne vuran nistagmusu izlenmesi üzerine nörolojiye konsülte edildi. Nörolojik muayenesinde görme alanı muayenesi normal izlenen, lateralize edici ve seviye veren duyu ve kas gücü defisiti izlenmeyen hastanın bilateral alt ve üst ekstremitelerde dismetri tespit edildi. Destekle ayağa kalkıp yürüyen ve yürüyüşü geniş tabanlı ataksik izlenen hastaya kranial metastaz ve serebrovasküler olay ön tanılarıyla kranial tomografi çekildi. Tomografide kanama bulgusu izlenmedi. Takibinde bilinci kapanan ve sözel uyarana yanıt alınmayan kooperasyon oryantasyonu olmayan hastaya kranial kitle açısından kranial MRG çekildi. Kranial MRG nöroloji tarafından değerlendirilerek hastanın klinik durumu ve MRG bulgularının Wernicke ensefalopatisi ile uyumlu olduğu düşünüldü. Total parenteral nütrisyonu sırasında ek tiamin replasmanı yapılmayan hastadan tiamin düzeyi için örnek alınarak hastaya 200 mg yükleme sonrasında 25 mg/gün idame tiamin replasmanı yapılmaya başlandı. Dış merkezde çalışılan tiamin düzeyi: 52 nmol/L olarak tespit edilen hasta 2 hafta boyunca tiamin replasmanı sırasında progresif düzelme izlenen önce sözel uyarana yanıt vermeye başladı. Takibinde bilinç açık,koopere ve oryante izlenen hastanın yazısında bozulma, konfabulasyonlar ve kognitif fonksiyonlarda bozulma izlenerek Korsakoff sendromu ile takibine devam edildi.

Anahtar Kelimler: TPN, WERNİCKE, ENSEFALOPATİ

PS-373

RS3PE SENDROMU GÖLGESİNDE MALİGNİTE GERÇEĞİ

Şenay Günaydın[1], Merve Canlı[2], Mehmet Küçük[1], Perihan Özkan Gümüşkaya[1], Semih Kalyon[1], Akif Bayyiğit[1], Kübra Altunkalem Seydi[1], Halil İbrahim Onmaz[1], Figen Kahyaoğlu[1], Fırat Oyman[1], Abdussamet Çelebi[1], Uluğ Mutlu Günaydın[3]

[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. İç Hastalıkları Kliniği
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: RS3PE (Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema) ilk kez 1985 yılında seronegatif RA alt gruplarından biri olarak tanımlanmıştır. RS3PE, simetrik olarak ekstremite distalini tutan, erozyona yol açmayan, tekraralayıcı, seronegatif, gode bırakan ödemle seyreden, düşük doz steroide yanıt veren bir sendromdur. Genellikle 60 yaş civarında, erkeklerde kadınlara göre dört kat daha fazla oranda gözlenir. Prognozu genellikle selim seyretmesine rağmen bazı malignitelere eşlik edebilir.

Olgu Sunumu: 80 yaşında erkek hasta, ani başlayan kusma, sol epigastrik bölgeye lokalize ağrı şikayetiyle, pankreatit ön tansıyla servisine yatırıldı. Özgeçmişinde hipertansiyon ve kronik obstruktif akciğer hastalığı tanıları mevcuttu.

Fizik muayenede kardiyovasküler sistem, solunum sistem muayenesi doğal olup gastrointestinal sistem muayenesinde palpasyonda sol epigastrik bölgede hassasiyet izlendi. Hastanın kas iskelet sistem muayenesinde 2 aydır bilateral el ve ayak sırtında gode bırakan ödemi mevcuttu. Her iki el bileği metakarpofalangeal, proksimal interfalangeal eklemlerde hassasiyet, ısı artışı olup eklem haraket açıklığı (EHA) kısıtlıydı. Sol omuzda hassasiyet ve ısı artışı olup EHA sonunda kısıtlılık mevcuttu. Dirsek hareketleri açıktı. Her iki kalça EHA, sakroiliak eklem muayenesi doğaldı. Her iki diz EHA sonunda kıstlı ağrısızdı. Ayak bileklerinde hassasiyet, ısı artışı olup EHA kısıtlıydı. Hepatosplenomegali, lenfadenopati, cilt lezyonu yoktu.

Hastanın yapılan labaratuar tetkiklerinde: Hemoglobin 11.9 g/dl, hematokrit 37.1%, lökosit 6150/mm^3, trombosit 261000/mm^3, eritrosit sedimen-

tasyon hızı 114 mm/h, C-reaktif protein 126 mg/L (normal limit 0-5 mg/L), kan amilaz düzeyi 726 U/L, HbsAg, Anti-HCV negatif saptandı. Romatoid faktör (RF) 10.7 (0-15) IU/ml, Anti-CCP (anti cyclic citrullinated peptide) <0.5U/mL idi. ANA ve anti-dsDNA, ANCA, anti-Ro, anti-La negatif. Tümör belirteçlerinden PSA 11.2 (<4.4 ng/ml), Serbest PSA 0,96ng/ml (0-1) CEA 3,43 ng/dl (0-6,5 ng/ml), CA-19-9 42,96 IU/ml(< 27) saptandı. Radyolojik incelemede elbileği, karpal eklemler, MKF, PIF eklem çevresinde periartikuler osteopeni, falankslarda periost reaksiyonu mevcuttu. Sol el 5. DIF' te dejenerasyon olup erezyon gözlenmedi. Toraks ve batın bilgisayarlı tomografisinde malignite bulgusu saptanmadı. Demir eksikliği nedeniyle üst ve alt gastrointestinal sistem (GİS) endoskopisi yapıldı, patolojik bulguya rastlanmadı. Total PSA yüksekliği gözlenmesi üzerine prostat biyopsisi yapıldı. Prostat biyopsi sonucu prostat adenokarsinomu olarak raporlandı.

Tartışma: RS3PE sebebi kesin olarak bilinmemekle birlikte, HLA doku grubu, malignite, Parvovirus B19 ile ilişkili olduğu düşünülmüştür, diğer otoimmun ve romatolojik hastalıklara eşlik edebileceği raporlanmıştır. Çoğunlukla selim hastalık olarak seyretmesine rağmen her zaman bir maligniteye eşlik etme potansiyeli mevcuttur. Bizim önerimiz sistemik belirti ve bulguların yokluğunda dahi RS3PE sendromu saptanan vakaların olası malignite açısından tetkik edilmesidir.

Anahtar Kelimler: RS3PE, prostat adenokarsinom, gode bırakan ödem,



Şekil 1.

PS-374

TAŞLI YÜZÜK HÜCRELİ MİDE ADENOKARSİNOMU; İKİ AYRI PREZENTASYON (İKİ OLGU SUNUMU)

Fevkiye Nur İpek, Akif Bayyiğit, Tülay Samancı Eyüpgiller, Mehmet Küçük, Semih Kalyon, Perihan Özkan Gümüşkaya, Abdussamet Çelebi, Figen Kahyaoğlu, Şenay Günaydın, Başak Can, Fırat Oyman, Fatma Tezcan

S.B Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Dermatomyozitli hastalarda eş zamanlı malignite rölatif riski 5,5 dir. Kemik iliğinin tümör hücreleri ile tamamen infiltrasyonu ve aplazisi (miyelofitizis) taşlı yüzük hücreli mide kanserlerinde çok nadir rastlanan bir bulgudur. Bu bildiride nadir bulgular ile prezente olan taşlı yüzük hücreli mide adenokanser tanısı konulan iki vakanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu 1 : 54 yaşında, erkek,yaklaşık15 gün önce başlayan ve gittikçe artan, özellikle omuzlarda yaygın kas ağrısı, alında ve göz etrafında kızarıklık ile acil servisimize başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde karaciğer fonksiyon testleri yüksek saptanması üzerine dahiliye servisine yatırıldı. FM de TA:130/80 mmhg, Nbz:78/dk Ateş:36,7 C. Cilt inspeksiyonunda alında, göz etrafında ve nazolabial sulkusta eritemli lezyonlar, her iki el dorsal bölgede papüler lezyonlar saptandı. Lab: Sedim: 38mm/hg,CRP:16 mg/dl, AST: 616, ALT: 151, LDH : 1297, ALP: 100, GGT: 47. Albumin: 2,8l saptandı. Akut Viral Hepatit markerları negatif olan hastanın mantar yeme ya da hepatotoksik ilaç kullanımı yoktu. CK değeri 18210 U/L saptandı. İntramuskuler enjeksiyon ve/veya travma öyküsü yoktu. Dermatomyozit/polimyozit ön tanısı ile EMG si yapıldı. EMG de yaygın miyojen tutulum saptandı. Özellikle alında ve göz etrafında nazolabial sulkusları da içeren eritemli lezyonlar heliotrop raş ile, el sırtındaki birkaç adet papüler lezyonlar gottron papülleri ile uyumlu bulundu. Cilt bulgularından punch biyopsi alındı.Dermatomyozit ile uyumlu saptandı. Dermatomyozit in sık görülen bir paraneoplastik sendrom olması nedeniyle malignite tetkik amacıyla gastroskopi yapıldı. Pilorda malign görünümlü ülser saptandı .Biyopsi ile midenin taşlı yüzük hücreli adekarsinomu tanısı konuldu. Opere edilmek üzere Genel Cerrahi servisine transfer edildi.

Olgu 2: 38 yaşında erkek hasta acile siyah dışkılama şikayeti ile başvurmuş. Hgb:3,5 plt:8200 bulunmuş.8 Ü eritrosit ve 8Ü trombosit suspansiyonu verilmiş. İç hastalıkları servisimize üst gis kanama ön tanısı ile yatırıldı. FM: TA: 90/50 mmhg, NB: 88/dk, ateş:37,2 cildi soğuk ve soluktu. Batın muayenesinde defans, hassiyet, rebound veya organomegali saptanmadı. Transfüzyon sonrası yapılan tetkiklerinde Hgb:11gr/dl, plt: 28900/ul, Wbc:4000, neu:1500 idi. PLT değerleri yaklaşık 2-3 günde bir tranfüzyon gerektirecek kadar düşüyordu. Hematoloji ile konsulte edildi.Transfüzyon almadan önce yapılan periferik yaymalarına bakıldı,Periferde normoblast ve erken myeloid hücreler, eritrositlerde anizositoz polikromazi görüldü. Bu bulgular eşliğinde hastada AML M6?/M3? düşünüldü. Hastanın kemik iliği biyopsisi planlandı. Düzeltilmiş retükilosit sayımı %2,5, direkt coombs testi negatifti.Tümör markerlarından CA125: 242u/ml, CA19-9: 292u/ml, CEA: 10,88:ng/ml geldi.Hastanın kemik iliği biyopsisii gönderildi. PLT düşüklüğü nedeniyle gastroskopisi yapılamayan hasta trombosit süspansiyonu ile transfüze edilerek PLT düzeyi 50000/ul üzerine çıkarıldı Gastroskopi yapıldı. Mide antrumda malign ülser tespit edildi, Hastanın kemik iliği ve gastroskopik biyopsilerinin sonucu midenin taşlı yüzük hücreli adenokarsinomu geldi.Genel Cerrahi servisine opere olmak üzere transfer edildi.

Sonuç: Bu tür polimiyozit dermatomiyozit vakalarında malignitenin mutlaka en az bir kez taranması gerektiğini maligniteye sekonder kemik iliği infiltrasyonlarının hemogram ve periferik yayma bulgularının hematolojik maligniteler ile benzerlik gösterebileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimler: dermatomyozit, taşlı yüzük hücreli mide ca, paraneoplastik sendrom, myelofitizik anemi

PS-375

KARDİYAK TAMPONAD İLE SEYREDEN AKCİĞER ADENOKARSİNOMU

Arzu Cennet Işık[1], Mehmet Emirhan Işık[2], Seydahmet Akın[1], Murat Bülent Rabuş[2], Deniz Günay[2], Nihal Yılmaz[1], Abidin Gündoğdu[1], Nazire Aladağ[1], Erdem Baran[1], Özcan Keskin[1], Mehmet Aliustaoğlu[1]

[1]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Kardiyak tamponad hemodinamik bozukluğa yol açan fizyolojik bir tanıdır. Sebep olan durumlar arasında başta solid organ tümörleri, lenfoma ve lösemi gibi hematolojik maligniteler başta olmak üzere; idiyopatik faktörler, üremi, akut miyokard infarktüsü, kardiyak kateterizasyon işlemleri, kollagen doku hastalıkları, tüberküloz, travmalar ve hipotiroidizm sayılabilir. Akciğer, meme ve özafagus kanserlerinin direk invazyonu veya metastazlarına bağlı olarak gelişebilir. Akciğer kanserlerinde perikardiyal effüzyon sık olmasına karşın; adenokarsinom türlerinde tamponad gelişimi nadir görülmektedir. Sizlere kardiyak tamponad ile seyreden bir adenokarsinom vakası ve yönetimini sunmak istedik.

Olgu: 57 yaşında ve bilinen bir hastalığı olmayan, yoğun sigara kullanımı olan erkek hastamız 2 aydır giderek artan öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan tetkik ve değerlendirme sonucunda akciğerde kitle tespit edildi. Bronkoskopi ile alınan kitle biyopsi sonucu adenokarsinom olarak saptandı. PET CT ile yapılan metastaz taramasında bilateral supraklaviküler, aksiller, mediastinal lenfadenopati ve sol akciğerde üst ana bronş girişini obstrükte eden kitle ile malign karakterli plevral ve perikardiyal effüzyon tespit edildi. Beyin ve diğer sistem metastazı saptanmadı. Hasta mevcut haliyle Evre 4 inopere metastatik Akciğer adenokarsinomu olarak kabul edilerek kemoterapi hazırlığına başlandı. Bu esnada solunum sıkıntısının artması üzerine yatırılarak takibe alındı. fizik muayenesinde Back Triadı (Sistemik venöz basınçta artma, Sistemik kan basıncında düşme, Kalp seslerinin derinden gelmesi) tespit edilmesi üzerine çekilen EKO'sunda kardiyak tamponad geliştiği saptandı. Kardiyoloji tarafından hastaya perikardiyosentez yapıldı. takibinde solunum sıkıntısı tekrar eden hastanın kontrol EKO'su çekildiğinde perikardiyal effüzyonun tekrarladığı görüldü. kardiyovasküler cerrahi ile görüşülerek hastaya perikardiyal pencere açılması planlandı. Başarılı operasyon sonrası tamponad bulguları hızla gerileyen ve genel durumu düzelen hasta kemoterapi programına alınarak Onkoloji poliklinik takibine alınarak taburcu edildi.

Sonuç: Kardiyak tamponad, kardiyojenik şokun bir formu olduğu için nedenlerinin çok erken bir şekilde tespit edilerek tedavisinin hızlı bir şekilde başlanması hayat kurtarıcı olmaktadır. Maligniteler bağlı olarak solunum sıkıntısı ile beraber periferal ödemin varlığı ve Back triadı saptanması kardiyak açıdan değerlendirme gerektirmektedir. Perikardiyal pencere açılması klinik bulguların dramatik olarak iyileşmesini sağlamaktadır.

Anahtar Kelimler: Adenokarsinom, Kardiyak tamponad

PS-376

KOLON KONDUİTTE GELİŞEN ADENOKARSİNOM OLGUSU

Ozan Ekim, Seydahmet Akın, Nazire Başkurt Aladağ, Özcan Keskin, Mehmet Aliustaoğlu

Dr. Lütfi Kırdar Kartal EAH

Giriş: Total sistektomiler sonrasında üriner sistemin devamlılığını sağlamak amacıyla gerçekleştirilen üriner diversiyon yöntemlerinden iri de loop diversiyonlar yani konduitlerdir. Teorik olarak gastrik, jejunal, ileal, transvers kolon ve sigmoid kolon konduitleri uygulanabilmektedir. Biz burada 30 yıl önce ekstrofia vezikalis nedeniyle sistektomi ve ardından tranvers kolon konduit operasyonu uygulanan hastada kolon konduitte gelişen literatürde oldukça nadir görülen bir adenokarsinom olgusunu sunduk.

Olgu: 41 yaşında herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan, ancak ekstrofia vezikalis nedeniyle 4 yaşında iken sistektomi ve 2 taraflı üreterosigmoidostomi operasyonu geçiren ardından 11 yaşında iken kolon konduit operasyonu yapılan hasta hastanemiz üroloji polikliniğine hematüri yakınması ile başvurdu. Operasyon sonrasında aralıklı olarak üroloji takibine devam eden hastanın herhangi bir aktif yakınması yokken 1 ay kadar önce makroskopi hematüri atakları olmaya başlamış. Üroloji tarafından değerlendirilen hastaya yapılan endoskopik incelemede kolon konduitte 3x2 cm boyutlarında bir lezyon saptanmış. Lezyondan gerçekleştirilen eksizyonel biyopsinin histopatolojik incelemesi adenokarsinom olarak saptanması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Senkron tümör ekartasyonu açısından gerçekleştirilen kolonoskopisinde patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya en blok kolon konduit eksizyonu ve ileal konduit üriner diversiyonu uygulandı. Kolon konduit bloğunun patolojik incelemesinde submukozayı invaze eden iyi diferansiye adenokarsinom saptandı. Takip planlandı. Hasta 1 yıldır hastalıksız olarak izlenmektedir.

Sonuç: Total sistektomiler sonrasında üriner sistemin devamlılığını sağlamak amacıyla gerçekleştirilen üriner diversiyon yöntemlerinden iri de loop diversiyonlar yani konduitlerdir. Teorik olarak gastrik, jejunal, ileal, transvers kolon ve sigmoid kolon konduitleri uygulanabilmektedir. Loop diversiyonlar sonrasında metabolik alkaloz, septik tablolar, konduitte ülser gelişimi, stenoz, konduit enfarktı, ileus, idrar kaçağı gibi pek çok komplikasyon gelişebilse de malignite oldukça nadirdir. Literatürde sınırlı sayıda intestinal kondüitten gelişen malignanite bildirimi bulunmaktadır. Hastaların bu yönden yakın takibi ve gelişebilecek problemler bu durumunda akılda bulundurulması önemlidir.

Anahtar Kelimler: Konduit, Loop, Diversiyon, Adenokarsinom



PS-377

MEDULLER REKTUM MALİGN NEOPLAZMI OLGUSU

Ozan Ekim, Seydahmet Akın, Nazire Başkurt Aladağ, Özcan Keskin, Mehmet Aliustaoğlu

Dr. Lütfi Kırdar Kartal EAH İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Kolorektal Meduller karsinom adenokarsinomun görece yeni bir tipidir. Glandular yapılarda azalma ve intraepitelyal lenfositik infiltratlarla karakterizedir. Kolorektal kanserler için oldukça nadir görülen bir durumdur. İnsidansı kolorektal malignitesi olanlarda yaklaşık olarak 5-8/10.000'dir, genel populasyonda ise 3-4/10.000.000'dur. Rektum meduller malign neoplazmı ise çok daha nadir görülen bir klinin antitedir. İleri yaşlarda, kadın hastalarda daha sık görülür. Genellikle erken evrede saptanan, çoğunluğu az diferansiye ve iyi prognozlu tümörlerdir. Biz burada oldukça nadir görülmesi nedeniyle rektum meduller malign neoplazmı tanısı alan bir olguyu sunduk.

Olgu: 57 yaşında bilinen herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan bayan hasta kanlı dışkılama nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde hipotiroidi ve hepatit B taşıyıcılığı dışından ek özellik yoktu. Tiroid hormon replasmanı dışından ilaç kullanımı bulunmamaktaydı. Hastaya rektal kanama nedeniyle yapılan kolonoskopide 5.cm'de kitle lezyonu görülmesi üzerine kolonoskopik biyopsi gerçekleştirildi. Biyopsi sonucunda hastaya az diferansiye adenokarsinom tanısı koyuldu. Ardından hastaya genel cerrahi tarafından laparaskopik low anterior rezeksiyon, kolorektal anastamoz ve loop ileostomi uygulandı. Hastanın operasyon materyalinin histopatolojik değerendirilmesi sonucunda hastada rektum meduller karsinomu tanısı kondu. Görüntülemelerinde ek odak saptanmadı, hastaya R_0 rezeksiyon yapıldığı görüldü. $T_1 N_0 M_0$ olarak değerlendirilen hasta tedavisiz takibe alındı.

Sonuç: Kolorektal Meduller karsinom adenokarsinomun görece yeni bir tipidir. Glandular yapılarda azalma ve intraepitelyal lenfositik infiltratlarla karakterizedir. Kolorektal kanserler için oldukça nadir görülen bir durumdur. İnsidansı kolorektal malignitesi olanlarda yaklaşık olarak 5-8/10.000'dir, genel populasyonda ise 3-4/10.000.000'dur. Rektum meduller malign neoplazmı ise çok daha nadir görülen bir klinin antitedir. Bu durum minimal diferansiyasyon gösteren büyük hücreli adenokarsinom olarak da adlandırılmaktadır. Meduller olarak isimlendirilmesi patolojik değerlendirmede yapısının, gelişen embriyonik organlardaki paterne benzemesinden kaynaklanmatadır. Her ne kadar meme ve tiroidde kullanılan meduller ifadesini akla getirse de klinik ve patofizyolojik olarak tamamen birbirinden farklı durumlardır.

Anahtar Kelimler: Meduller, Rektum, Adenokarsinom

PS-378

BİR ÖMÜR DÖRT KANSER

Erdal Akyer, Alihan Oral

Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Kanser hiç kuşkusuz çağımızın en büyük sağlık problemi olarak gündemini korumaktadır. Kadınlarda en sık karşılaşılan kanserler meme, kolon, akciğer ve endometrium kanseridir. Kadınlarda en sık ölüme sebep olan kanserler ise sırasıyla akciğer, meme ve kolon kanseridir. Burada primer meme, kolon, akciğer ve endometrium adenokarsinomu tanısı alan ve şuan sağlıklı olan bir olgu sunulacaktır.

Olgu: 64 yaşında kadın hasta mide yanması ve kabızlık şikâyeti ile polikliniğe başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sol meme üst kadranda ele gelen 1-2 cm boyutlarında bir kitle saptandı. Ailesinde de kolon kanseri hikâyesi olan hastaya kolonoskopi ve mamografi yapılması planlandı. Yapılan kolonoskopide çıkan kolonda 1,5*3 cm lik kitle saptandı ve biyopsi materyali kolon adenokarsinomu olarak raporlandı. Mamografide ise maligniteyle uyumlu lezyonlar saptanması üzerine yapılan biyopsi ise duktal papiller karsinom olarak geldi. Aynı seansta hem kolektomi hem de sol mastektomi ve aksiler lenfadenektomi yapıldı. Hastanın taramalarında herhangi bir metastaza saptanmadı. Meme kanseri için kemoterapi ve radyoterapi sonrası poliklinikten takip edildi. Sekiz yıl sonra vajinal kanama şikayeti olması üzerine hastaya endometriyal küretaj biyopsi yapıldı ve patolojisinde endometrium adenokarsinomu saptandı. Total histerektomi ve oferektomi yapılan hastaya radyoterapi de verildi. İki yıl sonra yapılan kontrollerinde karsinoembriyonik antijen (CEA) yükselmesi üzerine metastazdan şüphelenilerek yapılan görüntülemelerde sol akciğer üst lobda kitle saptandı. Akciğer transbronşial biyopsi yapıldı ve patolojik olarak primer akciğer adenokarsinomla uyumlu saptandı. Göğüs cerrahisi tarafından akciğer sol lobektomi yapıldı, rezeksiyon materyeli akciğer invazif tip adenokarsinom olarak raporlandı. Dört adet primer organ adenokarsinomu nedeniyle çalışılan tümör genlerinde (BRCA 1-2 ve P53) patoloji saptanmadı. Hasta ilk karsinom tanısını aldıktan 10 yıl geçmesine rağmen herhangi bir sağlık problemi olmadan poliklinik kontrollerine devam etmektedir.

Sonuç: Tüm dünyada ve ülkemizde ölüm nedenlerine bakıldığında en sık dolaşım hastalıkları ikinci sırada ise kanserler yer almaktadır. Erken tanı ve yerinde tedaviyle kansere dur denebilir.

Anahtar Kelimler: Adenokarsinom, erken tanı, kanser

PS-379

KANSER CERAHISI SONRASI TETIKLENEN AKUT DISSEMINE INTRAVASKÜLER KOAGÜLASYON: OLGU SUNUMU

Sibel Ocak Serin[1], İpek Kuseyrioğlu[2], Seçkin Özozan[2], Uğur Boylu[3]

[1]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul
[3]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul

Dissemine intravasküler koagülasyon (DİK), farklı sebeplerle hemostatik dengenin bozulması ve yaygın damar içi pıhtılaşmanın uyarılması ile karakterize bir sendromdur. DİK kendi başına bir hastalık olmayıp her zaman alta yatan bir nedene ikincil ortaya çıkar. Altta yatan hastalıklar temel olarak enfeksiyonlar, hematolojik maligniteler ve solid organ kanserleridir. Biz burada radikal prostatektomi sonrasında postopereatif 3. saatte akut DIK tablosuna giren ve 24. saatte kanama ve multi organ yetmezliği sebebiyle kaybedilen prostat adenokarsinomlu olguyu sunmayı amaçladık.

Daha önceden bilinen bir hastalığı olmayan 71 yaşındaki erkek hasta prostat adenokarsinom sebebiyle robotik prostektomi operasyonuna alınmış. Operasyon süresince kanaması olmayan, vital bulguları stabil seyreden, postoperatif hb değeri; 10 olan hasta operasyon sonrasında sorunsuz olarak servise nakledilmiş. Hasta operasyon sonrası 3. saatte genel durumunun bozulması, şuurunun kapanması (glaskow koma skalası-GKS:6) üzerine entübe edilerek yogun bakım ünitesine (YBÜ) alınmış. YBÜ'e alındıktan hemen sonra kardiak arrest gelişen hastaya kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR) yapılmış. 3 dk CPR sonrası kardiyak ritmi gözlenen hastanın drenlerinden aktif kan gelmesi üzerine acil olarak üroloji tarafından laparatomi amaçlı operasyona alınmış. İnotrop desteği altındaki operasyonda periferik nabızları alınamayan hastanın karotis arterde filiform nabız alınabilmiş. Kalp atımı (KTA) 100/dak, kan basıncı değerleri ölçülemeyecek düzeylerde imiş. Operasyon başlangıcında verilen 2Ü eritrosit süspansiyonu (ES) sonrası hgb:4,1 htc:13,2 olan hastaya operasyon boyunca inotrop desteği altında IV 6Ü ES, 5Ü taze donmuş plazma (TDP), 20 mg K vitamini, 250 mg %5'lik traneksamik asit, 1250cc kolloid ve 2400cc kristalloid IV verilmiş. Toplam 3000 cc operasyon sonrası kanama görülmüş. Yaklaşık 3 saat süren operasyon sonrası TA:110/58 mmHg, KTA:100-120/dk, SpO2:%100 ve hgb:8,1, htc:25,8 olarak YBÜ'e alınmış. Tarafımızca yapılan konsültasyonda hastanın tümör cerrahisinin ardından dren yerlerinden abondan kanamasının ortaya çıkması, kardiyovasküler sistemin kollapsı, derin asidozunun gelişmesi, hızla bozulan renal ve karaciğer fonksiyon testlerinin görülmesi ile birlikte trombositopeni, protrombin ve aktive parsiyel tromboplastin zamanının uzaması, INR'nin hızla yükselmesi D-dimer'in çok yüksek seviyelere ulaşması göz önünde bulundurularak hastanın DIK'da olduğu düşünüldü. ES, TDP, koagulasyon faktör konsatresi, diyaliz ve çoklu inotrop desteği sağlanmasına rağmen hasta postop 1. günde kaybedildi.

DIK sürecinde görülenler; doku faktörü ve kanser prokoagülanı gibi koagülasyon sistemini tetikleyen bazı maddelerin açığa çıkması, dolaşımda fibrin oluşumu, koagülasyon faktörlerinin tüketimi, fibrin yıkımı ve sonuçta da uç organ zedelenmesidir. Akut, subakut veya kronik olabilir. Kanama genellikle, akut vakalarda önemli semptomdur. Kronik veya düşük derecelerdeki DIK'te trombozis predominant olabilir. Olgumuzdakine benzer şekilde özellikle kanser cerahisi sonrası trombojenik maddelerin salınımı ile tetiklenen akut DIK'e bağlı kanamalar genellikle ılımlı seyir gösterse de literatüre bizim olgumuza benzer ciddi postoperatif kanamalarla karşımıza çıkabilen çok az sayıda vaka bildirilmiştir.

Anahtar Kelimler: Dissemine İntravasküler Koagulasyon, Prostat Adenokarsinom

PS-380

NADİR BİR OLGU; PRİMERİ MİDE OLAN ANAPLASTİK LARGE CELL LENFOMA

Yusuf Hançerli, İbrahim Çetindağlı, Veysel Özalper, Mustafa Kaplan, Emrullah Solmazgül

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Anaplastik large cell lenfoma non hodgkin lenfomaların %5-8 ini,T hücreli lenfomaların %30-50 sini olusturur ve yuksek maligniteyle seyreder. %40-54 ekstra nodal tutulum gösterir. En sık ekstranodal tutulum yer deri olmakla beraber nadiren diğer organlarda tutulabilmektedir .Bir cocukluk cağı lenfoması olmakla beraber nadiren yetişkinlerde de görülür. Burada primer tutulum yeri mide olan pek çok organa metastaz yapmış geriatrik yaş grubunda tanı almış olan bir olgu sunulmuştur.

91 yasında erkek hasta oral alım azlığı nedeniyle perkutan enterogastrostomi (PEG) işlemi için hospitalize edilmiş. İşlem sırasında mide korpus küçük kurvaturda makroskopik görünümü malignite düşündüren kitle tespit edilmiş. Kitleden biyopsi alınan hastaya PEG işlemi uygulanmamış. Biyopsi sonucuyla değerlendirilmek üzere hasta taburcu edilmiş. Hasta işlem sonrası gelişen melena ve sonrasında gelişen hematokezya şikayeti nedeniyle hastanemiz yoğun bakıma yatırıldı. Alınan onkoloji konsultasyonu sonucunda hastaya PET CT çekildi. Mide,karaciğer,akciğer,kemik alanlarında malignityeyle uyumlu yaygın tutulum izlendi. Biyopsinin yapıldığı merkezden patoloji blogu hastanemize getirildi. Dış merkez patoloji servisinde net bir tanı konamamış olan blogun değerlendirilmesi sonucunda hastaya anaplastik large cell lenfoma tanısı kondu. Onkoloji kliniği ile tedavi protokolü için konsulte edilen hasta ecog 4 olarak değerlendirildi ve kemoterapi düşünülmedi. Hasta 10 gün sonra ex oldu.

Anaplastik large cell lenfoma genelde cocuk ve genc erişkin yaş grubunda görülmekle beraber nadiren daha ileri yaşlarda da görülebilen nadir rastlanan bir malignitedir. Literaturde değişik kemoterapi rejimleriyle yüz gulduren sonuçlar alındığı bildirilmekle beraber bizim hastamızda genel durumunun kemoterapi için uygun olmamasından dolayı uygun tedavi protokolü denenememiştir.

Anahtar Kelimler: mide, anaplastik large cell lenfoma, geriatri

PS-381

YAŞLI HASTADA KAPESİTABİN-BEVACİZUMAB TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ:OLGU SUNUMU

Abdullah Özçelik, Cemil Bilir, Teslime Ayaz

Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Yeni kanser vakalarının yaklaşık %60'ını kansere bağlı ölümlerin %70'ini 65 yaş üstü hastalar oluşturmaktadır.Yaşlı hastaların genç hastalara oranla standart kemoterapi rejimlerini almaları daha az olasıdır.Komorbid durumlar ve yaşlanmaya bağlı organa özgü gelişen değişiklikler hastanın kemoterapiye tolerebilitesini sınırlandırabilir.Biz bu bildirimizde 81 yaşında metastatik rektum kanseri tanısı ile takip ettiğimiz hastamızı inceledik.

Olgu Sunumu: Anemi nedeniyle tetkik edilen ve rektosigmoid lojda adenokarsinom tanısı alan 81 yaşında erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde kronik hastalığı yada sürekli ilaç kullanım öyküsü yoktu. Hastanın fizik muayenesinde hafif kaşeksi dışında pozitif bulgu saptanmadı. Hesaplanan ECOG performans skoru 2 idi.

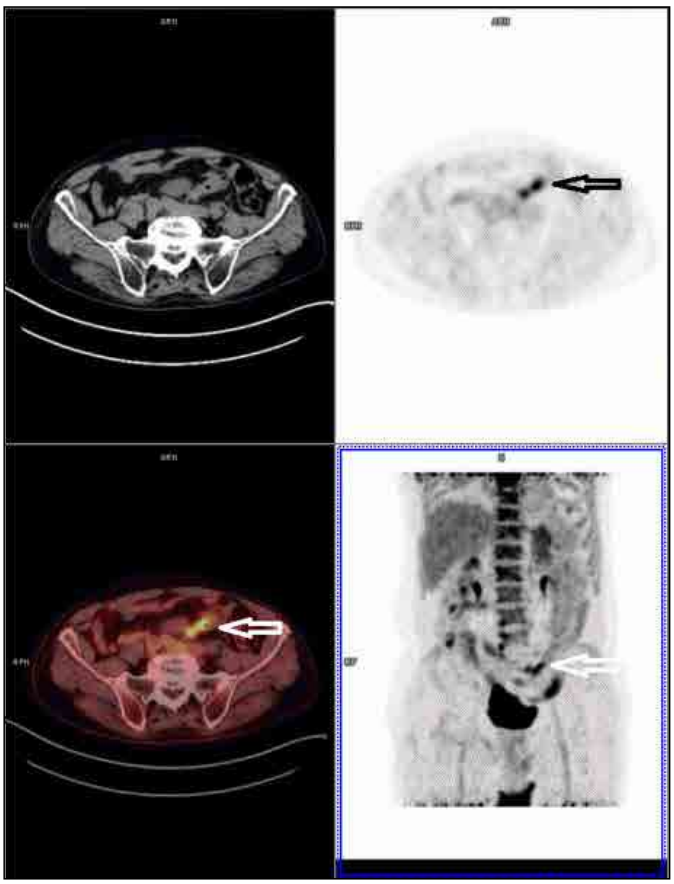
Olgunun başka bir merkezde çekilen PET-BT tetkikinde primeri dışında mezenterik lenf nodlarında ve Akciğer parankiminde metastatik hastalık rapor edildi.

Hastaya Kapesitabin ve Bevacizumab kombinasyonu başlandı ve 5 kür sonrası yanıt amaçlı çekilen PET BT 'de AC metastazlarında tam yanıt, kolon kitlesinde regresyon rapor edildi. Bunun üzerine hastaya mevcut kemoterapisi ile eş zamanlı radyoterapi eklenerek rektuma kemoradyoterapi uygulandı. Kapesitabin- Bevacizumab eş zamanlı radyoterapide ek toksisite gözlenmedi. Kemoradyoterapinin ardından bakılan yanıt amaçlı PET-BT'de de regresyon bildirilen hastaya cerrahi operasyon önerildi, ancak hasta tedaviyi reddetti. Bunun üzerine hastanın Bevacizumab ve Kapesitabin tedavisine idame olarak 7 kür daha devam edildi.

En son bakılan tomografilerde sigmoid kolon lokalizasyonunda primer tümörde regresyon izlendi ve hastada 16 aylık progresyonsuz sağ kalım elde edildi.

Tartışma: Metastatik kolorektal kanserlerin standart tedavisinde kombine rejimler kullanılmaktadır (irinotekan/oksaliplatin bazlı fluroprimidinler ve anjiyogenez inhibitörleri). Ancak bu üçlü tedavi yaşlı ve komorbiditesi olan hastalarda toksik olabilmektedir. Yaşlı hastalarda Kapesitabin tek ajan olarak veya anjiyogenez inhibitörleri ile kombinasyon şeklinde uygulanması iyi sonuçlar verebilmektedir. Bizim metastatik evrede olan ileri yaşlı hastamızda 16 ay progresyonsuz sağkalım bu tedavi ile sağlanmıştı. Kapesitabin/bevacizumab tedavisinin yaşlı hastalarda tolerabl olduğunu gösteren vakamızda aynı zamanda kapesitabin/bevacizumab eş zamanlı rektuma radyoterapide verilmesi literatürde nadir rastlanan bir durumdu. Olguda radyoterapi ek toksisite katmamış hatta lokal yanıtı daha da artırmıştı.Olgumuz Kapesitabin+Bevacizumab tedavisinin yaşlı metastatik hastalarda güvenle kullanılabileceğini göstermiş oldu.

Anahtar Kelimler: kapesitabin,bevacizumab,kolorektal kanser



Şekil 1.

PS-382

FOLİKÜLER LENFOMA TEDAVİSİNDE VERİLEN BENDAMUSTİN SONRASI SOL DAL BLOĞU OLGUSU

Gülseren Tuncay[1], Hatime Arzu Yaşar[2], Bengü Mantı[1], Elif Durak Edipoğlu[1], Betül Gülsüm Yavuz[1], Ender Kalacı[1]

[1]Ankara Üniveritesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Ankara Üniveristesi Tıp Fakültesi Tıbbı Onkoloji Bilim Dalı

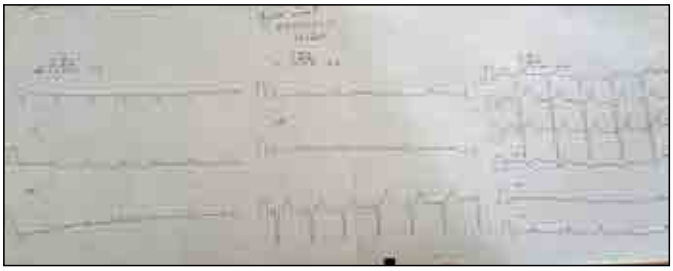
Giriş: Foliküler lenfoma tanılı hastalarda relaps/refrakter hastalıkta bendamustin tedavisi önerilmektedir.Bendamustine bağlı yan etkiler baş ağrısı, göğüs ağrısı, halsizlik, uykuya eğilim ya da uykusuzluk, kabızlık, kilo kaybı olarak tanımlanmaktadır.Literatürde bendamustine bağlı sol dal bloğu olgusu bildirilmemiştir.Olgumuz, Bendamustin öncesi ve sonrası normal ekg bulguları olan ve daha önce tanımlanmış kardiyak patolojisi olmayan ve bendamustin alırken önce göğüs ağrısı tarifleyip eş zamanlı ekg de sol dal bloğu saptanan vakayı konu almaktadır.

Olgu: Bilinen kardiyak öyküsü olmayan, 69 yaşında kadın hasta, Mart 2007 de boyunda şişlik nedeniyle doktora başvurmuş.Hastanın servikal lenfadenopatisinden(LAP) yapılan biyopside grade 2 foliküler lenfoma saptanmış.Nisan 2007 de R-CHOP(rituximab-siklofosfamid, vinkristin,prednizolon) verilmiş.1. kür sonrası rituximab(R) alerjisi gelişen hastaya toplamda 8 kür CHOP verilmiş.Ocak 2010 yılında boyunda ele gelen kitle nedenyle PET BT'de nüks saptanmış, tedavisiz takip edilmiş.B semptomları pozitif olan hastaya ağustos 2010 da PET çekilmiş.LAP artışı ve kemik tutulumu saptanan hastaya ICE planlanmış.3 kür ICE(karboplatin, ifosfamid, etoposit) sonrası yanıt değerlendirmede PET'te yanıt parsiyel olarak saptanmış.2 kür daha ICE sonrası PET'te progresyon olması üzerine ocak 2011 de 4 kür vinerelbin ve gemsitabin verilmiş. Eylül 2011 de interferon 3 milyon ünite (haftada 3 gün/1 ay) verilmiş.Mart 2013 e kadar tedavisiz takip edilmiş.Mart 2013 te nüks olup klorambusil ve prednol başlanmış.Aralık 2013'te 4 kür fludarabin başlanmış.Zona ve febril nötropeni gelişmesi üzerine tedaviye ara verilmiş.Şubat 2015'te PET'te metastaz saptanan hastaya R-bendamustin planlanmış.Ancak daha önce rituximaba karşı alerjisi olan hasta 600mg rituximab ile desensetize edilmiş.180mg/gün olacak şekilde verilmiş.Hastaya 3. kür bendamustin 120mg/gün olacak şekilde 2 gün verildi. Bendamustin 1. günde 1 sa inf sonrası göğüs ağrısı tarifleyen hastada kardiyak enzimler normal saptanmış, ekg de sol dal bloğu tespit edilmiştir.İlaca ara verilmiş olup günde 4 kez kardiyak enzimler takip edilmiş ancak normal aralıkta saptanmış.Kadiyolojiye danışılan hastanın yapılan ekosunda kardiyak fonksiyonlarında patoloji saptanmamış olup hastanın göğüs ağrısı şikayeti de devam etmekte idi.Kontrol ekg de sol dal bloğu kaybolmuştu.Bendamustin infüzyonu tamamlandı.Ancak hastanın aktif şikayeti olmamasına rağmen bendamustin verillirken günde 3 kez çekilen ekg de tekrar sol dal bloğu görüldü.Bendamustin 2. gün öncesi de normal olan ekg sonrası ilaç verilirken şikayeti olmayan hastanın kontrol ekg de sol dal bloğu görüldü.

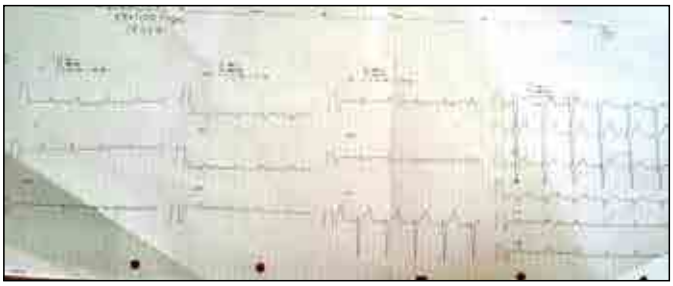
3. kür bendamustin tedavisi tamamlanan hastanın ekg leri tamamen normal saptanmıştır.tedavi öncesinde, tedavi sırasında ve tedavi sonrasında başka ilaç kullanmayan ve elektrolit imbalansı olmayan hastanın sol dal boğu bendamustine bağlı yan etki olarak kabul edildi.Taburculuk öncesi kardiyoljiye danışılan hastaya ek tedavi önerilmedi.

Sonuç: Bendamustin infüzyonu sırasında sol dal bloğu gelişen hastanın performans statusu değişmeyip, hemodinamisi stabil seyretmiştir. Sol dal bloğu intraventriküler ileti bozuklukları içinde en ciddi olanıdır.Uyarılar sol ventriküle sağ dal üzerinden ulaştığından ekg de QRS kompleksi geniştir.(>0.12sn)hastalarda şikayet oluşturmaz.Herhangi bir tedavi gerektirmez.Tanı konulan hastada ileri tetkik açısından eko yeterli olup hastamızın ekokardiyografisi normal saptanmıştır.

Anahtar Kelimler: foliküler lenfoma, bendamustin, sol dal bloğu



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-383

GÜÇ TANI ALAN MİDE TAŞLI YÜZÜK HÜCRELİ ADENOKARSİNOMU; OLGU SUNUMU

İlkim Deniz Kayhan[1], Abdullah Sakin[2], Orçun Can[2], Çağlayan Geredeli[2], Mehmet Ali Ustaoğlu[2]

[1]Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye
[2]Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Mide kanseri erkeklerde 2 kat daha sık görülen, yaşla birlikte sıklığı artan, çevresel ve diyetsel faktörlerden etkilenen ve sıklıkla ağrı, kilo kaybı, kanama ile prezente olan bir hastalıktır. Mide kanserinin küratif tedavisinde cerrahi esastır. Biz burada malignite kliniği olan, endoskopik biyopsilerinde gastrit tanısı gelen ve laparaskopi sonrası mide kanseri tanısı koyduğumuz olguyu sunduk.

Olgu: 25 yaşında erkek olgu mide ağrısı, kilo kaybı, bulantı ve kusma şikâyetiyle başvurdu. 14 paket/yıl sigara kullanım öyküsü olan olgunun yapılan gastroskopisinde mide küçük kurvaturda ülsere lezyon görüldü. Yapılan biyopsisi antral gastrit olarak değerlendirildi. Olgunun yapılan tedaviler ile şikâyetleri gerilememesi üzerine gastroskopisi tekrar edildi. Küçük kurvaturada mukoza eritemli, mozaik görünümünde üzeri eksudalı 5-6 mm lik ülser izlendi. Biyopsi kronik gastrit ile uyumlu bulundu. Olgunun Batın BT' sinde mide küçük kurvatur distal segment antrum seviyesinde, prepilorik mesafeye doğru belirginleşen, en belirgin yerinde antrum posterior duvarda 13 mm'ye ulaşan, nonspesifik, diffüz hafif düzeyli duvar kalınlaşmaları izlendi. Küçük kurvatur komşuluğunda hepatogastrik aralıkta, dansitesi karaciğer parankimine yakın, büyüğü 7-8 mmye ulaşan, yakın komşuluklu birkaç adet lenf nodu dikkati çekti. Bunun üzerine olgunun laparoskopik incelemesinde antrumda küçük kurvatur

boyunca uzanan ve serozaya kadar ulaşan tümöral kitle tespit edildi. Kitlenin antruma yerleşip serozayı aştığı, hepatoduodenal ligamana- küçük kurvatura safra kesesi ve diğer etraf dokulara invaze olduğu görüldü. Patolojik inceleme taşlı yüzük hücre komponenti olan adenokarsinom olarak sonuçlandı. Olgunun PET-BT'sinde mide duvarındaki kalınlaşma alanlarına eşlik eden hafifçe artmış FDG tutulumu izlendi. Sağ ve sol retroklaviküler ve supraklaviküler, sağ alt paratrakeal, subkarinal, her iki hiler alanlarda ve batında gastrohepatik, peripankreatik, interaortakaval, paraaortik,parakaval alanlardaki çok sayıda yoğun hipermetabolik lenf nodları izlendi. Unrezektabl kabul edilen hasta neoadjuvan epirubisin, sisplatin ve 5-fluourasil başlandı.

Sonuç: Günlük pratikte klinik şüphe kuvvetli ise biyopsi tekrarının hayati önem arzettiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimler: Gastrit, Mide kanseri, Kemoterapi, Mide ülseri

PS-384

KRONİK LENFOSİTİK LÖSEMİ, MEME KANSERİ VE PROSTAT KANSERİ BİRLİKTELİĞİ: VAKA SUNUMU

Ömer Kaya[1], Hamza Uğur Bozbey[2], Koray Çelebi[2], Kadri Atay[1], Fatma Şen[2]

[1]İstanbul üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Medikal Onkoloji Anabilim Dalı

Giriş: Küçük lenfositik lösemi (KLL) de ikinci kanser gelişme sıklığı arttığı birçok çalışmada gösterilmiştir. İkincil olarak akciğer, meme, kolon, baş-boyun, böbrek, mesane, prostat, tiroid ve deri kanserleri bildirilmiştir. Erkekte meme kanseri görülme sıklığı %1 civarındadır. Burada 1 yıllık süre zarfında ardışık olarak tespit edilen prostat kanseri, meme kanseri ve KLL olan bir vaka sunduk.

Vaka Sunumu: 67 yaşında erkek, sol meme başı altında ve bilateral aksiler bölgede ele gelen şişlikler ile genel cerrahi polikliniğine başvurmuş. Öz geçmişinde 15 yıldır tip 2 diyabeti mevcuttu ve 1 yıl önce yapılan prostat biyopsisinde az diferansiye glison skoru 4-5 adenokarsinom saptanmış ancak herhangi bir tedavi uygulanmamıştı. Ailesinde meme kanseri öyküsü yoktu. Meme başı altındaki şişlik 1 yıldır varmış ve bu nedenle 6 ay önce hastaneye başvurmuş. İnce iğne aspirasyon biyopsi ile meme kanseri tanısı konmuş. Operasyon hazırlığı yapılırken AV tam blok gelişmesi üzerine kalıcı kalp pili implatasyonu yapıldıktan sonra sol modifiye radikal mastektomi yapılmış ve 51 lenf nodu çıkarılmış. Mastektomi piyesinde invazif duktal ve klasik tipte invazif lobüler karsinom tespit edilmiş. Östrojen resptörü (ER) %80, progesteron resptörü (PR) (-), Her-2/Neu (-) saptanmış. Çıkarılan 51 lenf nodunun hiçbirinde meme kanseri metastazı saptanmadı ancak B hücreli küçük lenfositik lösemi (KLL) infiltrasyonu saptandı. Kemik iliği biyopsiside B hücreli kronik lenfositik lösemi infiltrasyonu tespit edildi. Bu bulgularla evre 1(T1CN0Mx) ER + PR – Her-2/Neu negatif invazif duktal ve lobuler meme karsinomu ile KLL tanısı kondu. Eksternal meme radyoterepisini takiben 6 siklus adriamisin, siklofosfamid ve paklitaksel sonrası tamoksifen verilmesi planlandı.

Sonuç: Malignitesi olan vakalar takip edilirken ikinci, hatta üçüncü solid organ veya hematolojik malignitenin de gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Kronik Lenfositik Lösemi, Meme Kanseri, Prostat Kanseri

PS-385

ERİŞKİN KEMİK TÜMÖRLERİ VE TÜMÖR BENZERİ LEZYONLARIN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

Zeynep Tuğba Özdemir[1], Ceren Canbey Göret[2], Esra Akyüz Özkan[3], Serdar Yanık[4], Meryem Doğan[5], Aylin Gönültaş[6], Ayşe Neslin Akkoca[7]

[1]Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat
[2]Haydarpasa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul
[3]Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat
[4]Iskenderun Devlet Hastanesi, Patoloji Bölümü, Hatay
[5]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Erzurum
[6]Tekirdağ Devlet Hastanesi, Patoloji Bölümü, Tekirdağ,
[7]Iskenderun Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, Hatay,

Amaç: Kemik ve yumuşak doku tümörleri her yaşta görülebilen, jeografik dağılımları değişgenlik gösterebilen; tanı,hasta takibi ve tedavi planı açısından kompleks bir hastalık grubunu oluşturur . Primer kemik tümörleri ve kemik tümör benzeri lezyonların erişkinlerde sıklığı ve dağılım yerlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: İstanbul'da özel bir patoloji laboratuvarında 2009 ve 2015 yılları arasında kayıtlı tüm kemik örneklerinin histopatolojik raporlarının retrospektif incelemesi yapılmıştır..

Bulgular: Çalışma grubundaki toplam 78 hastanın 44' ü erkek (%56) ve 34' ü (%44) kadın hasta idi. Hastaların ortalama yaşı 42,46 yıl olarak saptandı. Erkek hasta grubu 16,79 yaş aralığında olup ortalam yaş 41,79 yıl idi. Kadınlar 16,82 yaş aralığında olup ortalama yaş 43,27 yıl idi. Lezyonların 47'si (%60,25) benign karakterde iken 31'i (%39,75) malign karakterde bulundu. Tümörlerin yerleşim yerleri değerlendirildiğinde ise ; en sık alt ekstremite (33 vaka%42,3),ikinci sıklıkta üst ekstremite(17 vaka%22) tutulumu mevcut idi. Diğer yerleşim alanları vertebra, kosta, skapula, skalp ve maksiller bölge olarak bulundu.

Benign lezyonlarda; birinci sıklıkta osteokondrom (16 vaka,%34), ikinci sıklıkta basit kemik kisti (7 vaka%16) ve üçüncü sıklıkta enkondrom (6 vaka %13) görüldü. Diğer benign lezyonlar ise 1 vakada kondroblastoma, 4 vakada osteoid osteoma, 5 vakada fibröz displazi, 4 vakada dev hücreli kemik tümörü, bir kişide kavernöz hemanjiyom,bir kişide brown tümörü, iki kişide osteokondromatozis olarak saptandı.

31 malign olgudan 21 i metastaz (%68) idi. En sık metastaz %33 oranında akciğer kaynaklı ve ikinci sıklıkta ise %19 oranı ile renal hücreli kanser kaynaklı idi. Metastatik lezyonların % 67si erkek cinsiyette saptandı.En sık metasdaz yeri femur (10 vaka,%48) ve ikinci sıklıkta ise iliak bölge idi.

Anahtar Kelimler: Erişkin, kemik tümörleri, kemik tümörü benzeri lezyonlar

PS-386

PRİMER VULVAR EWİNG SARKOM

Çağatay Çavuşoğlu[1], Emel Yaman Sezer[2]

[1]Mersin üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı
[2]Mersin üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Giriş: Ewing sarkom/Primitif iskelet dışı noroenektodermal tümörler(ES/PNET), nadir görülmekte olup, sıklık sırasına göre göğüs duvarında, alt ekstremitelerde, paravertebral bölgelerde ortaya çıkmaktadır. Çok nadir olarak da kadın genital bölgesinde özellikle de vajen, serviks, uterin korpus, uterin ligament,overlerde ve vulvada olan ES/PNET tümörleri bildirilmiştir.[1] Vulvadan köken alan ES/PNET ile ilgili literatürde yaklaşık 20 vaka bildirilmiştir.[2] Biz de 27 yaşında vulvar ewing sarkom tanısı ile başka bir vaka ile literatüre katkıda bulunmak istedik.

Vaka: 27 yaşında, bayan hasta, yaklaşık 21 ay önce jinekoloji polikliniğine vajinal kaşıntı ve vajinal bölgede kitle nedeniyle başvurdu.Kitlenin son 3 ayda büyüdüğünü ifade etmekteydi. Fizik muayenesinde lezyon yaklaşık 4mm boyutlarında,eritemli,ağrılı, kistik karakterdeydi ve yüzeyinde ülserasyon mevcut değildi.İnguinal lenfadenopati yoktu.Öntanı bartolin kisti olarak düşünüldü. Transvaginal ultrasonografide bilateral overler doğal, endometirum 4.5mm kalınlığında idi. Hastaya eksizyon önerildi ama hasta kabul etmedi. takipten çıkan hasta 1.5 yıl sonra kitlede büyüme ile başvurdu. Aynı zamanda gebe de olan hasta nın fizik muayenesinde kitle yakalaşık 1 cm idi. Hastaya lezyonun eksizyonu önerildi ama hasta sosyal nedenlerden dolayı kabul etmedi. Postpartum şüreçte yeniden başvuran hasta kitlede ağrı ve sarı renkli akıntı ile başvurdu. Hastanın lezyonu eksize edildi. Patolojik incelemede hastanın patolojik tanısı ewing sarkom olarak raporlandı.Doku 3x3x2cm, boyutunda idi. Patoloji de PAS, hematoksilen-eosin boyası ile boyandı. İmmunohistokimyasal olarak CD99, NSE, Bcl 2, vimentin pozitif; LCA, Sitokeratin7, Kromogranin,Desmin,S100 negatifti. Bu şikayeti ile onkoloji polikliniğine başvuran hastaya, metastaz açısından PET-CT(Pozitron Emisyon Tomografi) çekildi.PET -CT de metastaz saptanmayan hasta ilaçsız takibe alındı.

Sonuç: Primitif iskelet dışı nöroektodermal tümorler, çok nadir görülmekle birlikte aynı hücreden köken alması, genetik temelin aynı olması ile Ewing sarkom ailesinden kabul edilirler.[1–3] Küçük yuvarlak hücreli tümörler arasında yer alan ES/PNET, genellikle t(11:22) pozitif olup, yirmili yaşlarda görülme sıklığı artar.[3–4] Oldukça nadir olsalar da vulvar kitle ile başvuran genç bayanlarda PNET 'in akilda tutulmasi ve ayirici tani yapilmasi gereklidir.

Anahtar Kelimler: PRİMER,VULVAR,EWİNG

PS-387

BEHÇET HASTALIĞINDA ENDOTEL DİSFONKSİYONUNDA YENİ BİR MARKIR: YKL-40

Ercan Gündüz[1], Fatih Mehmet Türkçü[2], İbrahim Batmaz[3], Hatice Yüksel[4], Bilal Elbey[5]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı
[2]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
[4]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı
[5]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İmmünoloji Anabilim Dalı

Amaç: Behçet Hastalığında hastalık aktivitesi ile serum YKL-40 arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Materyal ve Method: Çalışma 25 aktif, 26 inaktif behçet hastası ile yaş ve cinsiyet uyumlu 24 sağlıklı bireyden oluşan kontrol gurubu ile oluşturuldu. Serum YKL-40 düzeyleri Immuno Sorbent Assay (ng/mL) olarak ölçüldü. Hastalık aktivitesi Behcet's Disease Current Activity Form (BDCAF) kullanılarak elde edildi.

Bulgular: Serum YKL-40 düzeyleri aktif ve inaktif hastalığı olanlarda kontrol gurubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla $p<0.001$, $p< 0.001$). Ancak aktif ve inaktif hastalığı olan guruplar arasında serum YKL-40 düzeyi açısından anlamlı fark yoktu ($p=0.9$). Pearson analizine gore serum YKL-40 düzeyi ile eritrosit sedimantasyon hızı, C-reactif protein ve BDCAF cilt lezyonu skorları arasında pozitif korelasyon izlendi.

Sonuç: Çalışmamız aktif ve inaktif behçet hastalarında kontrol gurubuna kıyasla anlamlı daha yüksek serum YKL-40 düzeyleri olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bununla birlikte bu anlamlı fark aktif ve inaktif behçet hastalığı olan guruplar arasında gösterilememiştir. İlave olarak serum YKL-40 düzeyi ile eritrosit sedimantasyon hızı, C-reactif protein ve BDCAF cilt lezyonu skorları arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimler: Behçet hastalığı, endotel disfonksiyonu, YKL-40

PS-388

ADALİMUMAB TEDAVİSİ SONRASI RENAL TÜBERKÜLOZ GELİŞEN ROMATOİD ARTRİTLİ BİR OLGU

Yunus Ugan[1], Atalay Doğru[1], Mürüvvet Biçer[2], Şevket Ercan Tunç[1], Mehmet Şahin[1]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi İç hastalıkları Anabilim Dalı., Romatoloji Bilim Dalı
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi İç hastalıkları Anabilim Dalı.

Giriş: Romatoid artrit (RA) etyolojisi tam olarak aydınlatılamamış kronik, inflamatuar, otoimmun bir hastalıktır. Hastalığın tedavisinde son yıllarda biyolojik ajanlar olarak bilinen hedefe yönelik tedaviler kullanılmaktadır. Bunlar özellikle sitokin bazlı tedaviler olup tumor nekrozis faktör alfa (TNF-α) blokerleri bunlardan bir tanesidir. Adalimumab, insan tümör nekroz faktörüne karşı spesifik olan rekombinant insan immünoglobülini (IgGl) bir monoklonal antikordur. Bu tedaviler altında en sık görülen yan etki infeksiyon gelişimidir. Anti-TNF tedavi alanlarda aktif tüberküloz hastalığının gelişmesi özellikle tüberküloz infeksiyonunun yaygın olduğu ülkelerde önemli bir sorundur. Burada RA nedeniyle anti-TNF tedavisi alan ve sonrasında renal tüberküloz saptanan bir olgu sunumu yapılmıştır.

Olgu: 59 yaşında kadın hasta, yaklaşık 8 yıldır RA tanısı ile izlenmekte ve 5 yıldır metotreksat, leflunomid, sulfosalazin ve prednizolon tedavisi kullanmaktaydı. Aldığı tedavilerden yarar görmediği ve hastalık aktivasyon göstergesi olan DAS28 skoru 5,3 saptandığı için anti-TNF tedavi başlanması planlandı. Hastaya tedavi öncesinde PPD testi yapıldı ve 7x8 mm olarak saptandı. Özgeçmişinde tüberküloz hastalığı öyküsü ve tüberkülozlu hasta ile teması yoktu. Hasta göğüs hastalıklarıyla konsulte edildi. Akciğer grafisi normal ve tüberkülin testi >5 mm olması nedeniyle tedavi başlamadan 1 ay öncesinde izoniazid 300 mg / gün tedavisi başlanması ve 9 ay boyunca devam etmesi önerildi. Hasta izoniazid tedavisini tamamladıktan 1 yıl sonra 3 aylık periyodik kontrolleri sırasında bakılan idrar tetkikinde 20 eritrosit, 19 lökosit ve lökosit esteraz pozitif olarak saptandı. Hastanın dizüri şikayeti mevcut değildi. Gönderilen idrar kültüründe üreme olmadı. Hastaya profilaktif olarak ciprofloksasin 500 mg 2x1 tedavi verildi. 2 hafta sonra bakılan idrar tetkikinde 41 eritrosit ve 17 lökosit saptandı. Bakılan idrar sedimentinde dismorfik eritrosite rastlanmadı. Hasta anti-TNF tedavi kullandığı için akciğer dışı tüberküloz olabileceği düşünülerek idrardan 3 kez aside dirençli basil (ARB) incelemesi yapıldı ve 3 kez pozitiflik saptandı. Hasta infeksiyon hastalıkları ile konsülte edilerek 4' lü anti-tüberküloz tedavi başlandı.

Sonuç: Romatizmal hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılan anti-TNF tedaviler aktif tüberküloz gelişimi açısından büyük risk taşımaktadır. Bu tedaviyi kullanan hastalarda tbc aktivasyonu genellikle akciğer dışı organlarda görülmektedir. Hastaların izoniazid proflaksisi almaları tüberküloz gelişimini büyük oranda azaltsa da tamamen ortadan kaldırmamaktadır. Ülkemizin tüberküloz açısından riskli olması ve bu tedavilerin yaygın olarak kullanılması nedeniyle farkındalık yaratmak için bu vaka sunumu yapılmıştır.

Anahtar Kelimler: Adalimumab; Anti TNF; Tüberküloz

PS-389

GEÇ TANI ALMIŞ WEGENER GRANÜLOMATOZLU BİR OLGU

Yunus Ugan[1], Atalay Doğru[1], Bora Torus[2], Şevket Ercan Tunç[1], Mehmet Şahin[1]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

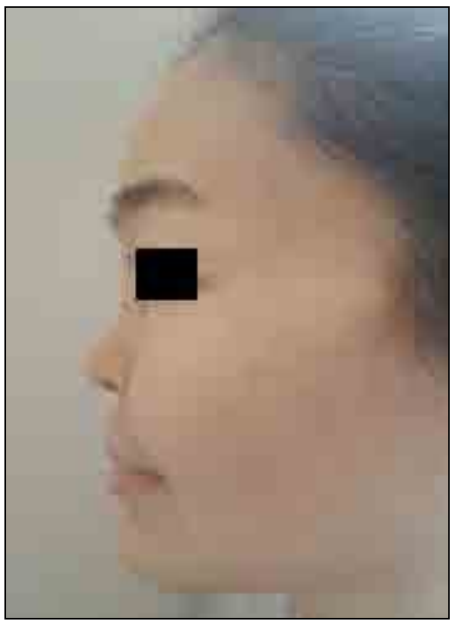
Giriş: Wegener Granülomatozu (WG), küçük ve orta çap arterleri tutan, başlıca üst ve alt solunum yollarını ve böbreği etkileyen, ANCA ilişkili, sistemik nekrotizan granülomatöz bir vaskülit tipidir. Genellikle kadın ve erkek eşit oranda etkilenir ve tanı sırasında ortalama yaş 40 civarındadır. Hastalar genellikle sık tekrarlayan üst solunum yolu infeksiyonlarıyla başvurur. Burada yaklaşık 4 yıl sinüzit ve otit tedavisi gören, daha sonra semer burun ortaya çıkan WG'lu bir olgu sunumu yapılmıştır.

Olgu: 39 yaşında kadın hasta; halsizlik, kilo kaybı, ses kısıklığı ve burun tıkanıklığı nedeniyle romatoloji polikliniğine başvurdu. Yaklaşık 4 yıldır sürekli sinüzit ve otit atakları geçiren hasta son zamanlarda gözyaşı kanallarında tıkanıklık olduğu ve sürekli gözlerinin çapaklandığını ifade etti. Hastanın bu dönemde zaman zaman ateş şikayeti olmuş ve yaklaşık 1 yılda 10 kg kadar zayıflamış. Bilateral el bileği ve dizlerde ağrı tarifleyen hastanın vücudunda döküntü hiç olmamış. Son 2 aydır da sesinde kısılma meydana gelmiş. Hastaya bu şikayetlerle birçok defa antibiyotik reçete edilmiş ve antibiyotik kullanmasına rağmen şikayetlerinde gerileme olmamış. Hastanın bu 4 yıllık zaman zarfında 3-4 kez hemoptizisi olmuş. Son 1 yıldır burun kemiğinde çökme meydana gelmiş (Resim 1). Fizik muayenede; TA: 130/80, nabız:82, vücut ısısı: 36,7 °C olarak ölçüldü. Solunum sisteminde bilateral bazallerde ince ralleri mevcuttu. Herhangi bir organomegali ve lenfadenopati saptanmadı. Hastanın nazal septumunda çökmesi mevcuttu. Cilt muayenesinde herhangi bir döküntü saptanmadı. Göz muayenesinde sağ gözde episklerit mevcuttu. Laboratuar değerleri; WBC: 9,8 $10^3\mu$/L, Hb: 9,5 gr/dl, plt: 519.000 $10^3\mu$/L, Kreatin: 0,69 mg/dl, AST: 17 U/L (0-31), ALT: 33 U/L (0-34), Ferritin: 31,57 ng/mL, Fe: 12 mg/dL, SDBK: 269 ug/dL, ANCA: +4 pozitif, PR3: +4 pozitif, idrarda 4 eritrosit ve 1 lökosit saptandı. İdrar sedimentinde dismorfik eritrosit ve silendirlere rastlanmadı. Akciğer grafisinde sol akciğer orta zonda düzgün sınırlı nodüler görünüm izlendi. Toraks tomoğrafisinde sağ akciğer orta ve üst lobta büyüğünün çapı 4 x 2,5 cm olarak ölçülen 3-4 adet, büyükleri birleşme eğiliminde çevresinde buzlu cam atenüasyon artış alanlarının eşlik ettiği yamalı infiltratif görünümler izlendi. Sol akciğer üst lob linguler segmentte subplevral alanda da aynı bulgular saptandı.

Sol akciğer üst lob linguler segmentte tariflenen lezyon içerisinde milimetrik hava dansitesi izlendi. Hastanın mevcut kliniği, laboratuar bulguları ve radyolojik görüntüleme eşliğinde WG tanısı konularak metilprednizolon 1000 mg / gün, 3 gün ve eş zamanlı olarak siklofosfamid 750 mg / m^2 aylık pulse tedavisi başlandı. Tedaviye başlamadan önce nazal biyopsi yapıldı ve patoloji sonucu WG ile uyumlu olarak geldi. Tedavinin 3. gününde hastadaki ses kısıklığı düzeldi. Klinik ve laboratuar olarak düzelem saptanan hasta poliklinik takiplerine devam etmektedir.

Sonuç: Wegener granülomatozu mortalitesi yüksek, progresif seyredebilen nekrotizan bir vaskülittir. Bu hastalıkta erken tanı ve tedavi prognoz açısından çok önemlidir. Hastalar genellikle üst solunum yolu enfeksiyonu şikayetiyle başvurduğu için tanı kolaylıkla gözden kaçabilmektedir. Bu olgu sunumu sık tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonu geçiren ve tedaviden herhangi bir fayda görmeyen hastalarda WG' nun akılda bulundurulması ve eşlik edebilecek diğer semptomların irdelenmesi hususunda dikkatli olunmasını vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

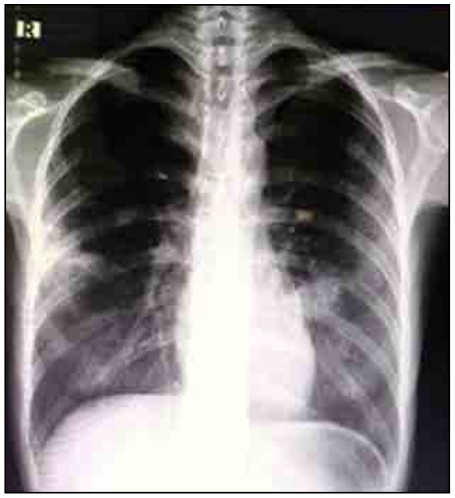
Anahtar Kelimler: ANCA, Wegener Granülomatozu, vaskülit



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-390

YAYGIN CİLT DÖKÜNTÜSÜ İLE TANI ALAN SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUSLU BİR OLGU

Atalay Doğru[1], Yunus Ugan[1], Bora Torus[2], Şevket Ercan Tunç[1], Mehmet Şahin[1]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Romatoloji Bilim Dalı.
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Sistemik lupus eritematozus (SLE) birçok organı etkileyen, klinik gidişi değişkenlik gösteren, sistemik, kronik inflamatuar bir hastalıktır. Remisyon ve alevlenmelerle seyretmektedir. Cilt ve/veya mukus membranlarda %80 civarında tutulum görülmektedir. Klasik kelebek şeklindeki döküntüden skar ve atrofiye neden olan lezyonlara kadar çeşitli cilt tutulumları mevcuttur. Kutanöz bül, skatrisyel ve non skatrisyel alopesi, vaskülitik cilt değişiklikleri SLE hastalarda görülen diğer cilt tutulum şekilleridir. Cilt bulguları SLE klasifikasyon kriterlerinde ve hastalık aktivite indekslerinde yer almaktadır. Fotosensitivite cilt lezyonları için en bilinen ortak nedendir. Burada güneş maruziyeti sonrası ciltte çok yaygın döküntü ile başvuran, SLE tanısı konulan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu sunumu: 38 yaşında bayan hasta saç dökülmesi, yüzde kırmızı yaralar nedeniyle Dermatoloji bölümüne başvurmuş (Resim 1). Daha önceden bilinen hastalığı veya ilaç kullanım hikayesi olmayan hastanın güneş maruziyeti sonrası burun üstü ve yanaklarda, boyunda, alında kırmızı, ciltten kabarık lezyonları başlamış. Birkaç gün içersinde tüm yüzüne yayılmış. Saçlı deride de döküntüler oluşmuş. Son 1 aydır yoğun bir şekilde saç dökülmesi olan hastanın döküntüler ile birlikte saç dökülmesi artmış. Dermatoloji tarafından değerlendirilen hastaya SLE bağlı alopesi ve malar rash tanısı konulup Romatoloji bölümüne yönlendirilmiş. Hastanın romatolojik sistem sorgusunda 2-3 ayda bir olan oral aft, bilateral ellerde ve dizde artralji dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Fizik muayenede yaygın skatrisyel alopesi, burun üzerinde, yanaklarda, alında malar rash ile uyumlu döküntü saptandı. Hastanın laboratuar incelemelerinde lenfopeni, ANA homojenöz 3+, Anti dsDNA pozitif, C3 düşüklü saptandı. Organ tutulumu açısından akciğer grafisi, ekokardiyografi, spot idrarda protein/kreatinin incelemelerinde patoloji saptanmadı. Antifosfalipid antikorları negatif olarak tespit edildi. Hastaya metilprednizolon 40 mg/gün, hidroksiklorokin 400 mg/gün tedavisi başlandı. Güneş maruziyetinden kaçınılması ve güneş kremi kullanımı önerildi. Cilt döküntüleri için lokal tedaviler düzenlendi. Hastanın 1.ay kontrolünde cilt lezyonlarının krutlandığı, lenfopenin düzeldiği görüldü (Resim2). Steroid azaltma şeması verildi. Hasta halen Romatoloji polikliniğinde hidroksiklorokin 400 mg/gün, metilprednizolon 4 mg/gün tedavisi ile takip edilmektedir.

Sonuç: SLE multiorgan tutulumu ile seyreden bir otoimmun hastalıktır. Cilt, eklem sonrası ikinci sıklıkla etkilenen organdır. SLE‘ nin gelişmesinde ve alevlenmesinde güneş ışığı önemli bir çevresel faktördür. SLE’ li hastaların yaklaşık %50-60’ ı fotosensitivite tanımlamaktadır. Güneş ışığı ile keratinositlerde IL-1, IL-3, IL-6, TNF-alfa üretimi artmakta ve otoimmun kaskadın tetiklenmesine neden olmaktadır. SLE’ ye özgü deri bulguları hastalık tanısı koymakta ve aktivasyon tayininde yardımcı olmaktadır. Bu nedenle cilt bulguları ile gelen hastalarda SLE akılda bulundurulmalı, takipli hastalarda aktivasyon açısından dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimler: Malar rash, Sistemik Lupus eritematozus



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-391

TEKRARLAYAN PERİKARDİT İLE BAŞVURAN AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ OLGUSU

Atalay Doğru[1], Yunus Ugan[1], Hüseyin Şencan[2], Şevket Ercan Tunç[1], Mehmet Şahin[1]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Romatoloji Bilim Dalı.
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.

Giriş: Ailesel Akdeniz ateşi (AAA) otozomal resesif geçiş gösteren, tekrarlayan serozit atakları ile karakterize otoinflamatuar bir hastalıktır. Periton, plevra ve eklem en çok etkilenen yapılardır. Karın ağrısı %90 sıklıkla rastlanmaktadır. Perikardit atak seyrinde görülebilmektedir fakat diğer seröz zarlar tutulmadan, izole perikart tutulumu nadir görülmektedir. AAA seyrinde perikardit sıklığı literatürde değişik oranlarda bildirilmektedir. Türk FMF çalışma grubunun yaptığı bir kohort çalışmasında perikardit insidansı %1,4 saptanmıştır. Ekokardiyografi kullanılarak yapılan bir çalışmada atak döneminde AAA hastalarında %27 oranında perikardit olduğu gösterilmiştir. Bu değişkenlik birçok AAA hastasının asemptomatik perikardit geçirmesi ve kullanılan metot ile bağlantılı olabilir. Bu olguda göğüs ağrısı nedeniyle başvuran ve AAA tanısı konulan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: 24 yaşında erkek hasta, yaklaşık 9 yıldır, 1-2 ayda bir olan, 2-3 gün süren 38 C derece ateşin eşlik ettiği göğüs ağrısı şikayeti ile Romatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın ateş, göğüs ağrısı şikayeti ile defalarca Acil servis başvurusu mevcuttu. Daha çok üst solunum yolu enfeksiyonu düşünüp antibiyotik ve antipiretik tedavi verilmiş. 2-3 gün içersinde şikayetleri geçmesi nedeniyle ÜSYE tedavisi ile hastanın düzeldiği düşülmüş. Atak döneminde yapılan PA akciğer grafisinde ve EKG de patolojik bulgu saptanmamış. Akut faz göstergeleri her seferde yüksek olarak değerlendirilmiş. Bir Acil Servis başvurusunda şiddetli göğüs ağrısı olması, EKG ve kardiyak enzim profili normal olması üzerine pulmoner emboli protokolü tomografi çekilmiş. Emboli saptanmamış. Hasta tekrarlayan ateş atakları, göğüs ağrısı nedeniyle Romatoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Hastanın göğüs ağrısı olması nedeniyle akciğer grafisi çekildi. Patolojik bulguya rastlanmadı. Labaratuar bulgularında artmış akut faz yanıtı saptandı. Ekokardiyografi ile değerlendirilen hastada perikart kalınlığı ve ekojenitesi artmış, perikardit ile uyumlu görüntü olarak rapor edildi. Muayene ve laboratuar olarak diğer perikardit nedenlerini düşündürecek bulguya rastlanmadı. Tekrarlayan ateş, perikardit atakları ile AAA ön tanısı düşünülerek kolşisin 1,5 gr/gün tedavisi başlandı. FMF mutasyon geni gönderildi. FMF mutasyon geni M680I homozigot olarak saptandı. Kolşisin tedavisi ile takibe alındı. 1 yıllık takiplerde hastanın ateş, perikardit atağı tekrar etmedi.

Tartışma: Perikardit, AAA hastalığında görülen seröz zar tutulumlarından biridir. Genellikle diğer bulgulara eşlik etmektedir ve asemptomatik seyretmektedir. AAA hastalığının ilk ve tek belirtisi olması nadir olarak görülmektedir. Tekrarlayan perikardit olgularında AAA hastalığı ayrıcı tanıda akılda bulundurulmalı, hastalar bu yönden detaylı sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimler: Ailesel Akdeniz Ateşi, Perikardit, Kolşisin

PS-392

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTADA ROSUVASTATİN KULLANIMINA BAĞLI YAYGIN KAS VE EKLEM AĞRISI: OLGU SUNUMU

Zerrin Şahin[1], Sevilay Çüçen[1], Sevil Özkan[2], Duygu Gelen Külcü[1]

[1]İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği
[2]İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Statinler hiperlipidemi tedavisinde sık kullanılan ilaçlardır. Bu ilaçların istenmeyen bazı yan etkileride bulunmaktadır. Bu yan etkiler çoğunlukla çizgili kaslar, böbrek ve karaciğer ile ilgilidir. İlaca bağlı miyopati, kas güçsüzlüğü ve miyalji gibi hafif semptomlardan, ciddi kas güçsüzlüğü ile birlikte olan kronik miyopati gelişebilmektedir. Bu olguda romatoid artrit nedeniyle takip edilen hastamızda rosuvastatin kullanımına bağlı gelişen yaygın kas ağrıları olan hastamız sunulacaktır.

Olgu: 61 yaşında olan bayan hastanın yaklaşık 12 yıl kadar önce el ve ayak parmaklarında şişlik ve ağrılar gelişmiş. Romatoid artrit(RA) tanısı ile methotreksat(15mg/hft) ve salazopirin (2x100 mg) kullanmaya başlanmış ve medikal tedaviyle ağrıları azalmış. Ancak son 3 yıldır yaygın kas ve eklem ağrıları oluyormuş. Özgeçmişinde; hipertansiyon, hiperlipidemi mevcut olup vertigo, seftalji nedeniyle sertralin, ginkgo glikozidleri, alfa lipoik asit, essitalopram, pirasetam, betahistin dihidroklorür, gabapentin, pregabalin gibi ilaçları farklı zamanlarda kullanıyordu. Hastanın yaygın vucut ve eklem ağrılarına yanıt alınamadığından pregabalin, alfa lipoik asit, essitalopramı, amitriptilin aynı anda kullandığı da olmuş. Hastanın 6 yıldır rosuvastatin kullanımı mevcut. Üç yıl kadar önce yaygın kas ve eklem ağrıları başlayan hastanın el ve ayak eklemleri presyonla ağrılı, akut fazları normaldi. Rutin laboratuar tetkiklerinde özellik yoktu. RF, anti-CCP negatif saptandı. Tedaviye yeterli yanıt alınamadığı düşünülerek kullandığı Hastalığı modifiye eden antiromatizmal ilaçlarda dozaj, kombinasyon şeklinde değişiklikler yapıldı ama klinik şikayetlerinde değişiklik olmadı. Rosuvastatine bağlı kas ağrıları olabileceği düşünülerek rosuvastatini kesildi. Bir ay kadar sonra kontrole gelen hastanın kas ve eklem ağrı şikayeti yoktu.

Sonuç: Rosuvastatininin klinik pratikte kullanılırken yan etkilerinin olması halinde ilacın kesilmesi gerektiği ve kreatin kinaz yüksekliği yapmadan da kas hücrelerinde histopatolojik değişimlere yol açarak miyopati oluşturabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Miyalji, romatoid artrit, rosuvastatin

PS-393

PREMENAPOZAL KADINDA AKUT GUT ARTRİTİN NADİR BİR NEDENİ: BİLİNÇSİZ YAPILAN DÜŞÜK KALORİLİ DİYET

Sevil Özkan[1], Özlem Tuğba Demir[2], Samet Öktem[2], Refik Demirtunç[1]

[1]İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Giriş: Gut; monosodyum ürat kristallerinin sinovyumda ve yumuşak dokularda birikimi ile karakterize, tipik olarak ayak baş parmağını tutan inflamatuar bir artrit tablosudur. Gut, genellikle orta-ileri yaşlarda görülmekle birlikte nadiren gençlerde de ortaya çıkabilmektedir. Çalışmamızın amacı bilinçsiz şekilde yapılan çok düşük kalorili diyetin premenapozal dönemde akut gut artritin nadir bir sebebi olabileceğini vurgulamaktır.

Olgu: 38 yaşında kadın hasta Dahiliye Polikliniğine, sağ ayak baş parmak şişliği ve ısı artışı şikayetiyle başvurdu. Şikayetleri yaklaşık 10 gün önce aniden başlamış. İlk gün ağrı çok şiddetli devam ettikten sonra biraz azalmış, ancak hala devam ediyormuş. Anamnezinde ilaç kullanım öyküsü, bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan hastanın daha önce buna benzer şikayetinin olmadığı öğrenildi. Muayenesinde vital bulguları stabil, TA: 110/60 mmHg, nabız: 70 /dakika, ateş: 36.6 C, olarak ölçüldü. Vücut kitle indeksi: 30 kg/m ve sistemik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Laboratuar bulgularında; sedimentasyon hızı : 24mm/saat, lökosit: 8500 kU/L, Hgb:14 gr/dl, Plt: 250000 K/uL, AKŞ: 108 mg/dl, C Reaktif protein:10 mg/dL, ürik asit: 8 mg/dL, total serum kalsiyum:10 mg/dl (normal: 8,8-10 mg/dl), alkalen fosfataz: 192 UI/L (normal: 30-120 UI/L), kreatinin: 1 mg/dl, elekrolitler, karaciğer fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testleri normal olarak saptanırken, lipid profilinde total kolesterol: 210 mg/dl, trigliserid: 150 mg/dl, LDLk: 130 mg/dl, olduğu görüldü. Tam idrar tetkikinde PH:5, dansite: 1025, protein ve glukoz negatif ve idrar mikroskopisinde 2 lökosit görüldü. Hastanın ailesinde romatolojik hastalık öyküsü yoktu. Beslenme alışkanlığı sorgulandığında 1,5 aydır karbonhidrattan fakir çok düşük kalorili sıkı diyet uyguladığını söyleyen hastanın, alkol ve sigara kullanmadığı öğrenildi. Hastanın hikayesi ve fizik muayenesinden mevcut

şikayetlerinin gut atağı ile uyumlu olduğu düşünüldü. Hastalığın beslenmeyle yakından ilişkili olduğu anlatılarak hem kilo vermesi için, hem de gut hastalığına özgü diyet önerilerinde bulunuldu. Nonsteroid antienflamatuar ilaç ve kolşisin 2x1 tablet /gün başlanarak takibe alındı. Bu tedavi altında yeni atak gelişmedi ve en son ölçülen ürik asit düzeyi 7.6 mg/dl saptandı.

Sonuç: Çağımızın büyük problemi olan obezite ve bilinçsizce yapılan diyetlerden dolayı birçok insan sağlık problemi yaşamaktadır. Erken dönemde tespit ettiğimiz bu vakada gerekli diyet önerileri yapılıp medikal tedavisi düzenlenerek ilerleyen yıllarda tofüs gelişimi, artrit, kardiyovasküler hastalık gelişimi gibi birçok patolojinin önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimler: Artrit, diyet, gut

PS-394

DERMATOMİYOZİT KLİNİĞİ İLE PREZENTE OLAN BİR OVER TM OLGUSU

Yeşim Özdem İnan , Emine Aşçı, Yıldız Okuturlar, Özlem Kaptanoğulları

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

Giriş: Dermatomiyozit, proksimal kas güçsüzlüğü ve karakteristik deri bulguları olan bir idyopatik inflamatuar miyopati türüdür. Hastalık tek başına olabileceği gibi altta yatan bir maligniteye sekonder olarak da ortaya çıkabilir. Burada, dermatomiyozit kliniği ile prezente olan ve malignite taraması sonrası Over tm tanısı konan bir olgu sunuyoruz.

Olgu: 56 yaşında kadın hasta, kollarda ve bacaklarda güçsüzlük, göz çevresi ve ekstremitelerde cilt lezyonları ve yutma zorluğu şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde, şikayetlerinin 3 ay önce başladığı ve zamanla şiddetlendiği öğrenildi. Fizik muayenesinde hastanın göz çevresinde heliotrop rash, saçlı deride eriteli plaklar, boyun ve uyluk bölgesinde eritem vardı. Lokomotor sistem muayenesinde bilateral üst ve alt ekstremite kas gücü azalmış bulundu (2/5, 2/5). Laboratuar tetkiklerinde kreatinin kinaz (CK) 554 U/L (N: 10-171), AST 52U/L (N. 0-32) tespit edildi. Cilt lezyonlarından biyopsi alındı. EMG'de proksimal kaslarda belirgin olmak üzere kısa süreli, düşük amplitüdlü, erken katılım gösteren MUP konfigürasyonları izlendi (inflamatuar miyopati ile uyumlu). Hastaya yeni koroner stent takılmış olduğu için Radyoloji kliniğince Kas MR çekilmesi uygun görülmedi. Bulgular eşliğinde hastaya Dermatomiyozit tanısı kondu ve 1mg/kg/gün dozunda prednisolon tedavisi başlandı. Altta yatan olası bir malignite yönünden tetkik edildi. Boyun-Toraks-Batın BT çekildi. Batın BT'de sağ over loju düzeyinden çekuma doğru uzanan 53x38 mm boyutunda sınırı overden ayırt edilemeyen kitlesel lezyon izlendi. CA-125: 389 U/ml (N: 0-35) CA-15-3: 150 U/ml (N: 0-25) saptandı. Hasta Kadın Doğum Kliniği ile konsulte edildi. Hasta over tm ilişkili Dertmatomiyozit olarak değerlendirildi ve over tm'e yönelik operasyon yapılmak üzere Kadın Hast. Ve Doğum Kliniğine devredildi.

Tartışma: Dermatomiyozit nadir görülen ve malignitelere eşlik edebileceği bilinen bir hastalıktır. En sık eşlik ettiği maligniteler arasında over, akciğer, GİS tm ve lenfoma yer alır. Spesifik malignite bulgusu olmayan hastalarda tanı zordur. Ancak dermatomiyozitli her hastanın tanı zamanında ve tanıdan sonraki ilk 2-3 yıl malignite yönünden taranması son derece önemlidir. Bu sayede altta yatan malignitelere erken tanı konabilir. Malignite ilişkili dermatomiyozitin tedavisinin temelini de primer malign hastalığın tedavisi oluşturur.

Anahtar Kelimler: Dermatomiyozit, over tm.

PS-395

RHUPUS SENDROMLU BİR VAKA ÖRNEĞİ

İlkim Deniz Toprak[1], Gülden Yürüyen[1], Zeki Toprak[1], Yücel Arman[1], Murat Akarsu[1], Mustafa Özcan[1], Şengül Aydın Yoldemir[1], Yasin Kutlu[1], Mine İşçimen[1], Hasan Eruzun[1], Tufan Tükek[2]

[1]SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

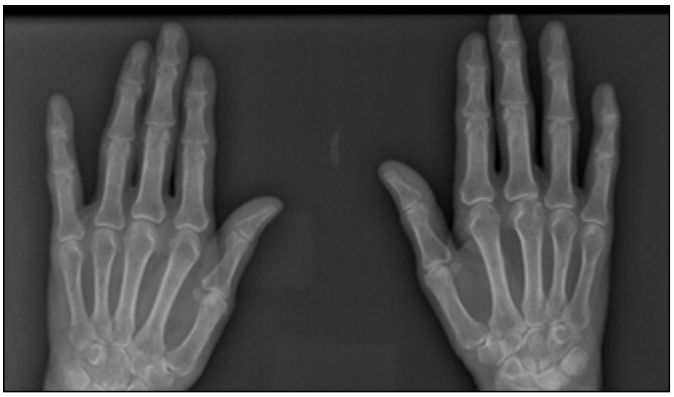
Giriş: Romatoid Artrit(RA), kronik, etyolojisi tam olarak bilinmeyen, sistemik ve inflamatuar bir hastalıktır.Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) de sistemik bir hastalık olup remisyon ve alevlenmeler ile seyreder. Literatürde SLE nin en sık RA ile karıştırıldığı bildirilmiştir. Bununla birlikte bu iki hastalık Overlap Sendromlarından olan Rhupus Sendromu olarak birlikte de görülebilir.

Olgu:67 yaşında kadın hasta yaklaşık 2 aydır artan halsizlik, eklem ağrıları, tutukluk ve 10 kilograma ulaşan kilo kaybı ile kliniğimize başvurdu. Dış merkezde bronşit nedeniyle tedavi ve takip edilirken bakılan tetkiklerinde lenfopeni ile sedimentasyon yüksekliği saptanmış ve tedaviye rağmen düzelme olmamış. Romatoid artrit(RA) ve Diabetes Mellitus nedeniyle 1 yıldır takipli; hipotiroidi nedeniyle 15 yıldır takipliymiş. Metotreksat 10 mg haftada bir im, levotiroksin sodyum 50 mcg 1x1 po, akarboz 100 mg 2x1 po kullanıyormuş. Hastanın akut-subakut-kronik deri lupusunu düşündürecek lezyonu yoktu. Oral ülseri yoktu, alopesisi yoktu. 2. saat sedimentasyon değeri:79 mm/h, CRP:151 mg/L olan hastanın lenfopenisi (0.27 10^3/uL) ve lökopenisi (3.48 10^3/uL) mevcuttu; trombositopenisi yoktu (154 10^3/uL). Normokrom normositer bir anemisi mevcuttu. Hemolitik anemi açısından bakılan LDH:252 U/L, total bilirubin:0,53 mg/dL, indirekt bilirubin:0,31 mg/dL, haptoglobulin:213 mg/dL olarak görüldü. Hemolitik anemi dışlanan hastanın direkt coombs testi pozitif olarak sonuçlandı. Ana +++ pozitif, antids-DNA :>800 IU/mL, RF:44,7 IU/mL, Anti-CCP IgG: 18,6 U/mL olarak sonuçlandı. Spot idrarda bakılan protein/kreatinin oranı:0,267 olarak hesaplandı. C3-C4 düzeyleri referans aralıktaydı.

Klinik ve laboratuar sonuçlarına göre Romatoid Artrit ve Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) tanıları konulan hasta için Rhupus Sendromu düşünüldü. Görme alanı muayenesi normal olan hastanın tedavisine, hidroksiklorokin 200 mg, prednisolon 10 mg eklendi. Tedavi ile eklem ağrıları, tutukluğu ve halsizliği azalan hasta hala polikliniğimizden takiplidir.

Sonuç: Bizim vakamız Rhupus Sendromunun güzel bir örneğidir. RA tanısı ile bir süre takip ve tedavi edilmiş ancak yeterli yanıt alınamamıştır.Yaklaşık 1 yıl sonra tanısı netleşmiştir. Pratikte bu tür birlikteliklerin her zaman akılda tutulması, gerektiğinde hastalara ileri incelemelerin yapılması ve buna göre tedavinin modifiye edilmesi gerekir.

Anahtar Kelimler: Rhupus Sendromu, Sistemik Lupus Eritematozus, Romatoid Artrit



Şekil 1.

PS-396

PNÖMONİ KLİNİĞİ İLE PREZENTE OLAN ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI STİLL HASTALIĞI OLGUSU

Yeşim Özdem İnan[1], Sevtap Gürsoy[2], Nilüfer Alpa Kanıtez[1], Tuğrul Burak Genç[1], Mehmet Orman[1], Habip Gedik[2]

[1]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları
[2]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları

Giriş: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, etyolojisi bilinmeyen, yüksek ateş, döküntü, eklem yakınması, boğaz ağrısı gibi nonspesifik yakınmalarla prezente olan bir hastalıktır. Birçok farklı hastalık ile benzer klinik bulgulara yol açması nedeni ile çoğu kez akla gelmez ya da geç tanınır. Biz burada pnömoni kliniği ile prezente olan bir erişkin başlangıçlı Still hastalığı olgusu sunuyoruz.

Olgu: 50 yaşında kadın hasta, 20 gün önce başlayan göğüs ağrısı, ateş, halsizlik, kilo kaybı ve döküntü şikayetleri ile başvurdu. Hastanın günde 1-2 kez olan, 39 dereceyi geçen ve döküntünün eşlik ettiği ateşleri oluyordu. Toraakoabdominal BT'de mediastende bilateral büyüğü 18x11.5 mm çaplı yaygın lenfadenopati, bilateral plevral efüzyon, para-aortik milimetrik çok sayıda lenfadenopati izlendi. Plevral mayi incelemesi eksuda ile uyumluydu. Laboratuar tetkiklerinde sedimentasyon 110mm/h, CRP 22mg/dl, lökosit sayısı 12.560 bulundu. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine rağmen ateş yüksekliği devam etti. Brucella, EBV, ANA, RF, Quantiferon ve plevral mayi örneğinden gönderilen mikobakteri PCR testleri negatif olarak geldi. Ateş şikayeti devam eden hastanın takipleri sırasında AST, ALT değerlerinde yükselme, sitopeni gelişmesi ve ferritin değeri >2000 olması üzerine lenfoma, hemofagositik sendrom ön tanısı ile yapılan kemik iliği biyopsisinde reaktif değişiklikler görüldü. Mediastinoskopik mediastinal lenf nodu biyopsilerinin EZN boyamasında aside dirençli bakteri görülmedi. Patolojik incelemesinde antrakozis, fibrozis ve reaktif hiperplazi olarak raporlandı. 39 dereceyi geçen yüksek ateş ve buna eşlik eden maküler döküntü olması, AST-ALT-sedimentasyon-CRP yüksekliği, nötrofilik lökositoz, yagın lenfadenopatisi ve ferritin>2000 olması ve bu tabloya yol açabilecek enfektif veya hematolojik hastalıkların ekarte edilmesi üzerine hastaya erişkin başlangıçlı Still Hastalığı tanısı kondu. 1mg/kg dozunda prednizolon tedavisi başlandı. Bu te-

davi ile hastanın ateşi normale geriledi, diğer şikayetleri de kayboldu. Hastanın tedavi sonrası ateşi olmaması üzerine tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

Tartışma: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere kollajen doku hastalığı, malignite dahil birçok hastalık ile karışabilir. Hastalar sıklıkla yüksek ateş yakınması nedeni ile enfeksiyon kliniklerine başvurur ve yoğun antibiyotik tedavisi alırlar. Yüksek ateş dışında serozit de bu hastalığın bulgularından biridir. Plevral efüzyon etyolojisi araştırılırken olası nedenler dışlandıktan sonra erişkin başlangıçlı Still hastalığı akla gelmelidir.

Anahtar Kelimler: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, pnömoni, yüksek ateş.

PS-397

NEFROTİK SENDROM İLE KLİNİĞE BAŞVURAN HASTA

Ahmet Emin Öztürk, Mahir Cengiz, Serap Yavuzer, Hakan Yavuzer, Mehmet Yürüyen, Adnan Levent Yaldıran

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Nefrotik sendrom; >3 gr/gün proteinüriye; hipoalbuminemi, ödem ve hiperlipideminin eşlik ettiği etiyolojisinde bir çok renal ve sistemik hastalığın yattığı bir klinik tablodur. Bu hastalıklardan bazıları nefrotik ve nefritik sendromun özelliklerini (glomerüler hematüri, hipertansiyon, ödem ve kreatinin artışı) bir arada bulundurabilmektedir. Bu yazımızda nefrotik sendrom ile kliniğe başvuran bir hastamızın klinik seyrinden bahsedeceğiz.

Vaka Sunumu: 22 yaşında erkek hasta ciddi halsizlik ve burun kanaması ile başvurduğu merkezde anazarka tarzında ödem nedeniyle tetkik edilmiş. Yapılan tetkiklerinde trombositopeni ve kreatinin artışı ve 24 saatlik idrarında >20 gr/gün proteinüri saptanmış. Diğer testlerinde ANA ve Anti-ds-DNA pozitif, C3 ve C4'te düşüklük saptanması üzerine Sistemik Lupu Eritematozus (SLE) tanısı konulup; mevcut tablo SLE nefriti olarak değerlendirilmiş. Trombositopeniden dolayı renal biyopsisi yapılamayan hastaya kreatinin 4,5 mg/dl'ye yükselmesi üzerine 5 kez plazmaferez yapılmış. Uygulanan plazmaferezler sonrası kreatinin seviyesi 4,5 mg/dl'den 2,5 mg/dl'ye gerilemiş. Sonrasında pulse steroid (500 mg/gün, 3 kez) yapılıp, haftada bir olacak şekilde siklofosfamid (500 mg/gün, 3 kez) uygulanmasına rağmen proteinürisinde düzelme saptanmayan hasta tarafımıza yönlendirildi. Hastanın fizik muayenesinde anazarka tarzı ödem ve buna bağlı olarak assit, bilateral plevral sıvı (aynı saatlerde yapılan EKO'da perikardiyal effüzyon) mevcuttu. Malar rash bulunan hastanın fotosensivitesi yoktu. 24 saatlik idrarında 22 gr/gün proteinüri ve kreatinin 2,6 mg/dl saptanan hastaya renal biopsi yapıldı. Patolojik incelemede glomerüllerin yaklaşık yarısında hücreden zengin kresentler bulunduğu ve immunkompleks birikimi saptandı. Hastaya günaşırı 1 gr/gün metilprednizolon 5 kez ve plazmaferez 4 kez yapıldı. Tromboemboli profilaksisi açısından enoksaparin (6000 IU/gün) ile antikoagülasyon başlandı. İmmunglobulin düzeyleri düşük olması ve nefritin tedavisi için IVIG (0,4 mg/kg/gün, 5 gün) yapıldı. Bu tedaviler sonrası kreatinin 1,2 mg/dl'ye geriledi. Tedavinin 15. gününde çift görme şikayeti başlayan hastanın 2 saat sonrasında jeneralize tonik-klonik tarzda yaklaşık 1 dk süren epileptik atak geçirdi. Kranial BT'de kanama saptanmaz iken Kranial MR'da yaygın korteks tutulumu gösteren hiperintens alanlar saptandı. Öncelikle Lupus cerebriti düşünüldü. BOS örneklemelerinde özellik saptanmayan hastaya; olası enfeksiyon etkenleri açısından Asiklovir ve Amfoterisin-B'de eklendi. 3 gün sonrasında hastanın genel durumu hızlı bir şekilde düzeldi. Fenitoin altında nöbetleri tekrar etmedi. 10 gün sonra çekilen Kontrol MR'ında lezyonlarında gerileme saptandı. Tedavinin 6. haftası sonrasında; kreatinin 0,6 mg/dl, 24 saatlik idrarında proteinüri 4,5 gr/gün'e geriledi. Hastanın prednizolon dozu 30mg/gün'e inildi ve aylık siklofosfamid tedavisi planlanarak taburcu edildi.

Tartışma: SLE 15-45 yaş arasında ağırlıklı olarak kadın cinsi tutan bir hastalıktır. Kadın erkek oranı yaklaşık 10:1'dir. Erkek cinsinde hastalığın daha agresif seyrettiği iyi bilinmektedir. Lupus nefriti SLE'li hastaların %40-70'inde görülmektedir. Lupus nefritinde steroid, azotiopürin, siklofosfamid, siklosporin A, Mikofenolat Mofetil ve Rituksimab gibi birçok tedavi seçeneği bulunmaktadır. Tedavi öncelikle hastanın yaşı, komorbiditesi ve hastalığın ağırlığına göre planlanmalıdır. Lupus nefritli erkek hastaların daha ağır seyrettiği unutulmamalı ve agresif şekilde tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimler: Sistemik Lupus Eritematozus, Lupus nefriti, nefrotik sendrom, Lupus cerebriti

PS-398

DİSFERLİNOPATİ: OLGU SUNUMU

Orkide Kutlu[1], Can Ebru Bekircan Kurt[2], Bilge Renkliyıldız[3], İbrahim Ünsal[3], Zeynep Arıbaş[4], Ayşe Duran Karagülmez[5], Hasan Eruzun[1], Sevim Erdem Özdamar[2]

[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Hacettepe Üniversitesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara
[3]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Konya
[4]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardioloji Kliniği, Konya
[5]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Konya

Giriş: Disferlinopati, disferlin proteinini kodlayan gende mutasyon sebebi ile disferlin eksikliği/yokluğu sonucu oluşan, otozomal resesif kalıtılan nadir görülen bir myopatidir. Disferlin; Ca aracılı sarkolemma hasarı tamirinde rol oynayan bir membran proteini olup, membran bütünlüğünün bozulması durumunda intraselüler veziküllerin ekzositozu ile yırtık olan membran bölgesine ''yama '' yapılmasını sağlar. Bu sayede, akut membran tamir sistemi ile hem hasarlı lifler nekrozdan korunmuş; hem de ''danger'' sinyalleri ile immun sistemin uyarılıp ağır doku zedelenmesi oluşması engellenmiş olur. Disferlin geninde (DYSF, 2p13) 400 üzerinde mutasyon disferlinopati oluşturabilmektedir. Vakalar daha çok Japonyadan bildirilmiş olup, sıklığı 1/100-200 bindir. Başlıca iki tipi: 1) Myoshi myopatisi; erken erişkin başlangıçlı, alt ekstremite bacak arka kompartman kaslarında güçsüzlük/atrofi ile, geç dönemde proksimal kasları da etkileyebilen, yavaş ilerleyen tip, 2) Limg Girdle Musculer Dystrophy (LGMD) tip 2B; juvenil başlangıçlı, proksimal kas tutulumu belirgin olup, geç dönemde alt ekstremite anterior, üst ekstremite distal/skapuler kaslarda atrofi yapabilen tipdir. Burada 1 yaşından itibaren CK yüksekliği sebebi ile takipli, Suriye de 7 yıl önce yapılan kas biopsisi sonucu polimyozit tanısı ile 3 yıl boyunca steroid/azotioprin tedavileri almış hastada disferlinopati tanısı koyduğumuzu birdirmek istedik.

Olgu Sunumu: 26 yaşında bayan, bekar, Suriyeli olgu merdiven çıkmada zorlanma şikayeti ile başvurdu. 1 yaşından itibaren kas güçsüzlüğü/halsizlik şikayeti olan olgunun Suriye de 7 yıl önce kas biopsisinde saptanan %5-10 nekroz ve T hücre ağırlıklı imflamasyonu, polimyozit ile uyumlu olarak değerlendirilmiş. TA 130 /70. Ateş 36.5 C. Solunum/kardiak/batın muayeneleri doğaldı. Nörolojik muayenede proksimal kaslarda belirgin 3/5 düzeyinde kas güçsüzlüğü mevcuttu; myotoni, patolojik refleks, kranial bulgular yoktu. Hemogram, kre, Ca, P, ferritin, TSH, B12 vit, ANA ve ENA profil (HI, RIB, JO1, CB, SCL70, Ro-52, SM, SMRNP, SSA,SSB, dsDNA; NUC) normal olan hastanın CK 4193 U/l (0-145), LDH 482U/L (0-248), AST 69U/L(0-35), ALT44 U/L (0-35), Sedim 7 mm/sa (0-25), CRP 3 mg/l (0-5) saptandı. EMG de myopatik tutulum, yoğun myotonik boşalımlar, istemli kaslarda polifazik kısa süreli amplitüdü düşük erken interfere MUP lar izlendi; sinir ileti çalışmaları normal, denervasyon saptanmadı. EKO normaldi.

Tartışma: Klinik görünüm diğer muskuler distrofilere göre oldukça selim olup, zeka normaldir. Serum CK düzeyi preklinik dönemde dahi çok ciddi yüksektir. Disferlinopatilerde diğer musküler distrofilerden farklı olarak T lenfosit ağırlıklı inflamasyon dikkati çeker, bu sebeple polimyozit ile ayırıcı tanısı son derece önemlidir. Her iki hastalıkta da çok belirgin CK yüksekliği olmakta, biopsisinde tipik distrofik patern yanında kasta yoğun imflamasyonu olan hastalarda patolog da klinisyen gibi şüphede kalabilmektedir. Disferlinin kas liflerinde immunhistokimya ile azlığı/yokluğu doğru tanı koymada önemlidir. Moleküler analiz cost efektif değildir; genetik danışma ve gelecekteki tedavi stratejilerinin şekillendirilebilmesi için yapılabilir. Disferlinopati klinik görünümün çeşitliliği dikkate alınırsa gereksiz ve potansiyel tehlikeli (uzun süreli oral steroid/immun supresan tedaviler) girişimlerden kaçınmak için disferlinopatinin polimyozitlerin ayırıcı tanısında düşünülmesi önemlidir.

Anahtar Kelimler: Disferlin, CK yüksekliği, polimyozit.

PS-399

HER İKİ ELDE ŞİŞLİK ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN OLGUDA NADİR RASTLANILAN BİR SENDROM: RS3PE

Ayça Özbek Özütemiz[1], Gökçe Kenar[2], Handan Yarkan Tuğsal[2], Gerçek Can[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Tekrarlayıcı, seronegatif, gode bırakan ödemle giden simetrik sinovit sendromu (RS3PE); ani ortaya çıkan, simetrik, el veya ayak eklemlerini tutan sinovit ve dorsal yüzünde ödem, parmaklarda fleksör tendinit ile seyreden bir sendromdur. Polikliniğimizde bu tablo ile görülen olguda, bu sendroma ve ayırıcı tanılarına dikkat çekmeyi amaçladık.

Yakınma: ellerde şişlik, ağrı ve tutukluk

Öykü ve Fizik muayene: 76 yaşında erkek hasta, 1 hafta içinde ani başlayan her iki elde ağrı ve şişlik ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Hastaya indometazin 3x50mg başlandığı ve tedaviye rağmen yakınmalarının geçmediği öğrenildi. Yarım saati geçen ellerde sabah tutukluğu mevcuttu. FM'de bilateral el bileği, metakarpofalengeal(MKF) ve proksimal interfalengeal(PİF) eklemlerde şişlik ve hassasiyeti vardı. Her iki el dorsal yüzde gode bırakan ödemi dikkat çekmekteydi(Resim 1). Periferik LAP, organomegalisi yoktu. Diğer eklemleri ve sistemik muayenesi normaldi.

Ön tanılar: Polimiyaljiya romatika(PMR), romatoid artrit(RA), paraneoplastik sendrom, RS3PE, geç başlangıçlı periferik spondiloartrit(Spa), Sjögren sendromu ve bağ doku hastalıkları, kristal artropatiler

Laboratuar/Görüntüleme : Hastanın rutin tetkiklerinde kreatinin yüksekliği dışında özellik izlenmedi(Tablo 2). Akut faz yanıtı(AFR) yüksek bulundu. Anemi-lökositozu mevcut değildi, periferik yayması olağandı. PA akciğer grafisinde sekel fibrotik bant görülmesi nedeniyle çekilen Toraks BTsi olağan saptandı. Batın USG normaldi. El grafisinde eroziv değişiklikler saptanmadı, her iki elde yumuşak doku ödemi mevcuttu(Resim 2). Ayırıcı tanı açısından istenen RF<10 IU/mL, CCP ve ANA negatif tespit edildi. Pelvis grafisinde sakroiliak eklemler açık izlendi, skleroz artışı veya ankiloz görülmedi.

Klinik Seyir: Bilateral el dorsumunda gode bırakan ödemin eşlik ettiği sinovitin izlenmesi ile hastaya RS3PE ön tanısı konularak metilprednizolon 12 mg/gün başlandı. 1 hafta sonraki kontrolünde ellerdeki şişlik, ağrı ve tutukluk şikayetlerinin tamamen gerilediği ve AFR'nin normale geldiği gözlenerek steroid dozu azaltılmaya başlandı.

El küçük eklemlerini tutan simetrik poliartritli hastada ilk akla gelen hastalık RA'dır. RF-CCP negatifliği, eklem destrüksiyonu ve subkutan nodül bulunmaması, gode bırakan ödemin olması, steroid dozu azaltılırken remisyonun devam etmesi, bizi RA'dan uzaklaştırmıştır. Yaş grubu uyumlu ve benzer klinik gösterse de, omuz-kalça kuşağı ağrısı ve sistemik yakınmaların bulunmayışı, akut başlangıç göstermesi PMR düşündürmedi. Bel ağrısının olmayışı, simetrik ve el küçük eklemleri ön planda tutan artrit ile seyretmesi, NSAİİ yanıtsızlığı nedeni ile Spa'dan uzaklaşıldı. Grafilerinde kristal artropati bulgusu ve tofüsü yoktu. Bu sendroma malignite eşlik etme olasılığı ile yapılan tetkiklerinde (toraks BT, batın USG, ürolojik muayene, PSA, LAP taraması) malignite lehine bulguya rastlanmadı.

Diğer tanıların ekartasyonu da sağlanması sonrası RS3PE tanısı ile romatoloji polikliniğinde izlemine devam edilmektedir.

Tartışma: RS3PE, ilk kez 1985 yılında McCarty tarafından tanımlanmış ve kriterleri belirlenmiştir(1) (tablo 1). Genellikle yaşlı popülasyonu ve erkekleri etkiler, nadir görülür(3). RF negatifliği, grafilerde erozyon saptanmaması, steroide iyi yanıt vermesi ve sekelsiz iyileşmesi tipiktir(1,2). Önemli bir nokta, solid ve hematolojik malignitelerle ilişkisi bildirilmiş olduğundan, hastaların olası malignite nedeniyle taranması ve uzun dönem izlenmesidir(4,5).

Kaynaklar:

1. McCarty DJ, et al., Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. RS3PE syndrome. JAMA 1985.

2. Olivieri I, et al., RS3PE syndrome: an overview. Clin Exp Rheumatol 2000.

3. Okumura T, et al., The rate of polymyalgia rheumatica (PMR) and remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE) syndrome in a clinic where primary care physicians are working in Japan. Rheumatol Int. 2012;32: 1695–9.

4. Queiro R, et al., RS3PE syndrome: bad or good prognosis? J Rheumatol 2007.

5. Russell EB,et al. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema syndrome: follow up for neoplasia. J Rheumatol 2005.

Anahtar Kelimler: RS3PE, gode bırakan ödem, seronegatif, sinovit, PMR, RA



Şekil 1.



Şekil 2.

Tablo 1. RS3PE Kriterleri (1)

1) Her iki elde bilateral gode bırakan ödem
2) Akut başlayan poliartrit
3) 50 yaş ve üzerinde olma
4) Romatoid faktör (RF) negatifliği

Tablo 1. Laboratuar (2)

Hb / Htc	13.5g/dL / 41.2%
lökosit/nötrofil/lenfosit (103 µL)	8.3/5.9/1.6
Plt	245. 103 µL
ALT	13U/L
Kreatinin	1.68mg/dL
CRP	10.5mg/L
ESH	47mm/saat
RF (IU/mL)	<10, negatif
Anti CCP (RU/mL)	negatif
ANA	negatif
TİT	protein negatif, lökosit:130 eritrosit:5

PS-400

NADİR BİR PERİKARDİT NEDENİ; ERİŞKİN STİLL HASTALIĞI

Seyit Uyar, Furkan Bertuğ Çetin, Hakan Özer, Ayşe akarsu, Zahide Taş, Süheyla Ayça Gülenay Sümer, Ayhan Hilmi Çekin

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Erişkin Still Hastalığı (ESH) etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, ateş, geçici deri döküntüsü, boğaz ağrısı, artrit ve birçok organ tutulumu yapabilen nadir görülen bir sistemik inflamatuar hastalıktır. Tanı klinik bulgulara ve diğer etiyolojik nedenlerin ekartasyonuna dayanan Yamaguchi ve Fautrel kriterleri ile, %90'ın üzerinde sensitivite ve spesifisite ile konulabilmektedir. Hastalık değişik klinik seyirler (bazı araştırmacılar 4 farklı klinik seyir tanımlamıştır) ve ciddi organ tutulumları ile karşımıza çıkabilir. Bu durum ayırıcı tanı ve tedavide zorluklara neden olabilir.

Olgu: Perikardit tanısıyla hastanemiz kardiyoloji kliniğine yatırılan hastaya istenen dahiliye konsultasyonu neticesinde; hastanın yaklaşık 1 aydan beri, 2 ya da 3 gün arayla yükselen ve 4-5 saat süren ateşi olduğu, göğüsde ve kollarda ateş ile ortaya çıkan kırmızı-pembe renkli yaygın döküntüleri olduğu öğrenildi. Servisimize tetkik ve tedavi amaçlı devir alınan hastanın fizik muayenesinde farenksde hiperemi dışında patolojik bulgu yoktu. Ateşli dönemde 3 kez gönderilen kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. ESR, CRP ve lökosit değerleri yüksek olan hastanın PPD anerjik, RF, ANA, Anti-CCP ve sıtma için bakılan kalın yayma negatif bulundu. Prokalsitonin düşük risk, ferritin değeri 798 ng/dL ölçüldü. Brusella, salmonella,EBV, CMV, HSV, toksoplazma, rubella negatifdi. Yapılan transözofageal EKO'da vejetasyon tespit edilmedi. Hastada enfeksiyöz ve inflamatuar patolojiler ekarte edildi. Malignite-paraneoplastik sendrom açısından çekilen toraks ve batın BT'de mediastenal milimetrik lenf nodları ve

hepatosplenomegali tespit edildi. Boyun ve aksiller USG'desubmandibular milimetrik reaktif lenf nodu, sol aksillar 15 mm ve sağ aksillar 17 mm lenf nodu tespit edildi. Periferik yaymada nötrofilik lökositoz ve toksik granülasyon görüldü, atipik hücre görülmedi. LAP'lar reaktif kabul edildi, hastada malignite düşünülmedi. Romatoloji tarafından da konsulte edilen hastaya ESH tansı ile 60 mg metilprednizolon IV başlandı. 2 gün ateşsiz dönemden sonra tekrar 40 dereceye varan ve 6 saat süren, döküntünün eşlik ettiği ateşi oldu. Yapılan tekrar değerlendirme sonrasında enfeksiyöz ve malign bir patoloji tespit edilmemesi üzerine tedavisine aynen devam edildi. Takibinde tekrar ateşi olmayan ve genel durumu toparlayan hastanın steroid dozu 40 mg metilprednizolon orala geçildi ve hasta poliklinik kontrolü önerilerek ile taburcu edildi.

Tartışma:ESH bir ekartasyon tanısıdır ve enfeksiyon, maligniteler ve diğer inflamatuar hastalıklar tanı için ekarte edilmelidir. Ateş ile ortaya çıkan tipik deri döküntülerine yüksek ferritin düzeyi (1000 ng/ml) eşlik etmesi hastalığı öncelikli olarak düşündürür. Artralji, lökositoz, farenjit, boğaz ağrısı, lenfadenopati, splenomegali, aminotransferaz yüksekliği olması, RF ve ANA negatifliği diğer tanı kriterleridir. Bu hastaların %25'inde kardiyak tutulum olabilir ve sıklıkla perikarditle seyreder ancak nadiren tamponada ilerler. Myokardit ve endokardit ise daha nadir görülür. ESH'de daha az oranda akciğer, santral sinir sistemi, göz ve renal tutulum olabilir. Bizim hastamızda tipik ateş ve döküntü şikayetleri önce başlamış ve perikardit gelişince hastanemize yönlendirilmiştir. ESH'de tipik, sık görülen sistem tutulumları yanında daha az sıklıkla görülen ve hayati organları da etkileyebilen tutulumlar olabilir.

Anahtar Kelimler: Erişkin Still Hastalığı, perikardit, ateş, döküntü

PS-401

NEDENİ BİLİNMEYEN ATEŞ ETYOLOJİSİNDE NADİR GÖRÜLEN BİR TANI OLARAK TAKAYASU ARTERİTİ

Yeşim Erez[1], Gökçe Kenar[2], Handan Yarkan[2], Aytaç Gülcü[3], Mustafa Oktay Tarhan[1], Gerçek Can[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilimdalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Anabilimdalı, Romatoloji Bilimdalı, İzmir
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilimdalı, İzmir

Giriş: Takayasu arteriti (TA) aort ve dallarını etkileyen bir büyük damar vaskülitidir. Hastalığın erken evresinde ateş (%27), kilo kaybı (%25), halsizlik (%56) gibi konstitusyonel semptomlar ve vasküler ağrı gibi inflamasyon bulguları ön plandayken (1,2), geç evrede arterial oklüzyonlara bağlı iskemik semptomlar daha sık görülmektedir (3). Henüz vasküler bulgular ortaya çıkmadan görülen akut dönem semptomları diğer sistemik hastalıklar ile karışabilir. Takayasu arteriti nedeni bilinmeyen ateş etyolojisinde ayırıcı tanılar arasında yer almaktadır (2,4).

Başvuru yakınması: Ateş, kilo kaybı, halsizlik, boyun ağrısı

Öykü ve Fizik muayene: 19 yaşında kadın hasta, bir ayı aşkın süredir hemen hergün olan ve 40 dereceyi bulan ateş yüksekliği nedeni ile başvurdu. Ateş etyolojisi araştırılmak üzere Genel Dahiliye servisine yatırıldı. Kilo kaybı (6 kg/ 1ay), gece terlemesi, başağrısı, çarpıntı ve boynun yan bölgesine lokalize ağrı şikayetleri mevcuttu. Detaylı sistem sorgulamasında ve öyküsünde enfeksiyon lehine bulgu saptanmadı. Daha önce başka merkezde tetkik edilen hastada enfeksiyon odağı tespit edilememiş, ampirik antibiyotik tedavisine yanıt alınamamıştı. Hastanın fizik muayenesinde vücut sıcaklığı 39 derece saptandı. Kan basıncı sağ kolda: 125/80 mmHg, sol kolda: 130/80 mmHg, nabız: 110/dk olarak ölçüldü. Sistemik muayenesinde sol karotis lojunda minimal üfürüm dışında patolojik bulgu saptanmadı.

Laboratuar / Görüntüleme: Akut faz reaktanlarından (AFR) sedimentasyon (ESR) ve C reaktif protein (CRP) çok yüksek olan hastanın anemi, trombositoz ve nötrofil hakimiyetinde ılımlı lökositozu mevcuttu. Gönderilen seri kan, idrar ve balgam kültürlerinde üreme tespit edilmedi. Viral serolojik testleri ve Brucella paneli negatif saptandı (Tablo 1). Tüberküloz açısından yapılan ppd testi 0 mm, toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) olağan bulundu. İnfektif endokardit öntanısıyla yapılan EKO'da 6 mm'lik perikardiyal sıvı saptanması üzerine sistemik lupus eritematozus (SLE) yönünden istenen otoimmun tetkikleri negatif saptandı (Tablo 2). Fizik muayenede belirgin lenfadenopati (LAP) palpe edilmedi ancak boyun ağrısı sebebiyle istenen boyun ultrasonografisinde (USG) büyük arteriyel yapılarda Takayasu arteriti ile uyumlu olabilecek diffüz konsantrik duvar kalınlık artışı tespit edildi. Hasta vaskülit öntanısıyla Romatoloji servisine devredildi.TA öntanısıyla yapılan tüm vücut Doppler USG ve Magnetik Rezonans Anjiografi(MRA) tetkiklerinde: karotis, subklavyen ve brakiosefalik arterlerde TA ile uyumlu duvar kalınlık artışı ve desenden torasik aorta proksimalde anevrizmatik dilatasyon (Resim 1.b), bilateral ana karotis arter duvar kalınlaşması ve minimal lüminal kalibrasyonda daralma olduğu saptandı (Resim 1.a).

Klinik Seyir: Klinik ve radyolojik bulgular ile TA tanısı konulan hastaya 1 mg/kg/gün (48 mg/gün) dozunda oral metilprednisolon, oral metotreksat 15 mg/hafta, folik asit 5 mg/hafta ve asetilsalisilik asit 100 mg tedavileri başlandı. Hastanın tedavi sonrası ateşi düzeldi ve AFR yanıtı normal sınırlara geriledi.

Tartışma: TA akut evresinde, belirgin vasküler etkilenme olmaksızın konstitusyonel semptomlar görülebilmektedir (4,5,6). Hastalığın erken dönemde tanınması standart tedaviler ile hastalığın kontrol edilmesini sağlayabilir ve irreversible komplikasyonlar önlenebilir (4,6). Ateş yüksekliği,konstitusyonel semptomlar ve karotidini ile uyumlu boyun ağrısı tarifleyen genç hastalarda TA tanısı akla getirilmelidir (6).

Anahtar Kelimler: Takayasu arteriti, Nedeni bilinmeyen ateş, boyun ağrısı



Resim 1.a: Sağ ana karotis arter duvarındaki kalınlaşma ve minimal luminal kalibrasyonda daralma
Resim 1.b: Asenden aorta ve torasik desenden aorta düzeyindeki anevrizmatik dilatasyon

Kaynaklar:

1.Bıçakçıgil M, Clin Exp Rheumatol, 2009.

2. Souza AWS de,et al., Diagnostic and classification criteria of Takayasu arteritis, J Autoimmun 2014.

3. Tann OR, et al., Takayasu's disease: a review. Cardiol Young ,2008.

4. Reitblat O, et al., Early Diagnosis in an Unusual Presentation of Takayasu's Arteritis. IMAJ, March 2015.

5. Isobe M., Takayasu arteritis revisited: currentdiagnosis and treatment , Int J Cardiol , 2013.

6. Nazareth R, et al., Takayasu arteritis: severeconsequences of delayed diagnosis, Q J Med, 2011.

Tablo 1. Laboratuar

Hb/Htc/MCV	8.3 g/dL/25.8%/78.5 fL
Plt	680 (103/µL)
WBC/neu/lenf	11.7/7.6/2.9 (103/µL)
ALT/AST	11/11 (U/L)
Albumin	3.14 g/dl
Kreatinin	0.53 mg/dl
Ferritin	231 ng/mL
Demir/TDBK/%saturasyonu	15 µ/dL /248 µ/dL /6%
ESH	>110 mm/h
CRP	234 mg/L
TİT	Normal, protein neg,eritrosit neg, lökosit neg
Prokalsitonin	0.17 ng/mL (lokal enfeksiyon)
Brucella aglutinasyon	Negatif
Hepatit serolojisi	Negatif
Anti Toxoplasma IgM	Negatif
Anti Rubella IgM	Negatif
Anti CMV IgM/G	Negatif/Negatif
Anti EBV VCA IgG	Pozitif
Monospot testi	Negatif
EBV VCA IgM/G	Negatif/Pozitif

Tablo 2. Laboratuar	
ANA	**Negatif**
Anti Histon Antikor	Negatif
Anti ribozomal P proteini	Negatif
Anti-SM (Immunoblotting)	Negatif
Anti Sentromer (IFA)	Negatif
Anti-J01 (Immunoblotting)	Negatif
Anti-SCL 70 (Immunoblotting)	Negatif
Nükleosom	Negatif
Anti-SM/RNP (Immunoblotting)	Negatif
Anti-SSA (Immunoblotting)	Negatif
Anti-SSB (Immunoblotting)	Negatif
Anti ds-dna	Negatif (11.9)
C3/C4	203/65 mg/dL

PS-402

NEDENİ BİLİNMEYEN ATEŞ OLGUSUNDA STİLL HASTALIĞI TANISI

Melis Dilbil[1], Samet Karahan[2], Ali Berkant Avcı[2], Veli Yazısız[2]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Nedeni bilinmeyen ateş (NBA) birden fazla ölçümde 38,3 °C'yi geçen, 3 haftadan uzun süredir devam eden ve bir hafta hastanede yatarak araştırılmasına rağmen tanı konamayan ateş şeklinde tanımlanır. NBA'ın en sık nedenleri enfeksiyöz nedenlerden apse, tüberküloz, infektif endokardit ve brusellozdur. Enfeksiyon dışı inflamatuar hastalıklardan en sık erişkin still hastalığı ve malignitelerden en sık lenfomalar bildirilmiştir. Bu olguda ateş etyolojisi aydınlatılamayan hastanda tanı sürecinin aktarılması amaçlanmıştır.

Olgu: Son bir aydır evde ölçülen vücut sıcaklığı 39.2 °C'ye kadar yükselen 27 yaşında erkek hasta acil servise göğüs ağrısı ve ateş yüksekliği ile başvurdu. Yapılan tetkiklerinde elektrokardiyografisinde ST segment yüksekliğinin olmamasına rağmen troponin I düzey yüksekliği ve amplitüd düşüklüğü saptanması üzerine hasta myokardit olarak değerlendirildi. Transtorasik ekokardiyografisinde perikardiyal mayisinin de saptanması üzerine hasta yoğun bakım ünitesinde takip edildi.

Hastanın son 3 ay öncesinde herhangi şüpheli hayvan teması, cinsel teması ve seyahat öyküsü olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde traubesi kapalı, farenks hiperemik ve ekstermitelerinde eritomatöz lezyonlar haricinde bulgu yoktu. Hastanın enfeksiyoz hastalıklar (brucella, CMV, EBV, toxoplasma, rubella) açısından yapılan tetkikleri negatif olarak sonuçlandı. Tüberküloz açısından yapılan PPD anerjik, ateş yüksekliği olduğu dönemde alınan periferik kan kültürü ve idrar kültürü steril olarak sonuçlandı. Hastanın trans özefagial ekosunda vejetasyon görülmedi. Akciğer grafisinde patolojik bulgu yoktu. Malarya açısından yapılan kalın yaymada trofozoit görülmedi.

Hastanın hematolojik malignensiler açısından yapılan taramalarında splenomegali ve bilateral servikal zincirde boyutu 1cm aşmayan lenf nodları tespit edildi. Pozitron Emisyon Tomografisinde kemik iliğinde diffüz tutulum tutulum tariflenen hastadan lenfoma ekartasyonu amacıyla kemik iliği biopsisi yapıldı. Biopsi sonucu hipersellüler kemik iliği olarak sonuçlandı. İnfiltrasyon görülmedi. Bağ doku hastalıkları tetkiki amacıyla istenen ANA, RF ve Anti-CCP negatif olarak sonuçlandı.

Anamnezinde özellikle öğleden sonraları olan 39 °C'yi bulan ateşlerinin, el bileklerini içeren eklem rahatsızlığının ateşli dönemde artması ve cildin özellikle boyun bölgesi ve üst ekstremite proksimalinde pembe-maküler döküntülerinin de ateş yüksekliği olduğu dönemde agreve olması sebebiyle diğer tanıların da dışlanması üzerine hasta Erişkin Still Hastalığı (ESH) olarak değerlendirildi. 3 gün Pulse steroid (1 gr/gün Metilprednizolon) ve sonrasında idame 1 mg/kg metilprednizolon ve metotreksat 15 mg/hafta tedavisi sonrasında hastanın aktif şikayetleri geriledi.

Sonuç: ESH özellikle el eklemelerini tutan artrit, 39 °C'yi geçebilen ateş ve özellikle ateş yüksekliğine eşlik eden ve üst ekstremite proksimali ile boyun bölgesinde kendine has renkte döküntüler ile karakterize inflamatuar bir hastalıktır.

ESH semptomları çok çeşitli olabilmekte. Hastalarda perikardit ve perikardiyal efüzyon sık olarak gözükmesine rağmen myokardit nadir görülen bir prezentasyon şeklidir. Söz konusu olguda miyokardit ile prezente olan ESH hastası olması ve ateş etyolojisi araştırılan hastada romatolojik hastalıklar açısından ESH sık görülmesi sebebiyle klinisyenlerin akılda tutması gereken bir hastalık olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimler: still, hastalığı, nedeni, bilinmeyen, ateş, ateş, döküntü, artralji, myokardit, perikardit

PS-403

DÜŞÜK DOZDA METOTREKSAT KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN PANSİTOPENİ VE STOMATİT OLGUSU

Aslan Çelebi, Arif Özgür, Murat Altay, Banu Böyük, İsmail Ekizoğlu, Pınar İçsel, Bahar Yalçın

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Romatoid artrit (RA), tipik olarak sinovyal eklemleri tutan, simetrik, progresif, erozif poliartrit ile seyreden, sebebi bilinmeyen kronik, otoimmün bir hastalıktır (1). RA tedavisinde ajanlar için altın standart karşılaştırma ilacı metotreksat›tır (MTX) ve aktivitesi yüksek hastalarda, MTX yaygın bir şekilde ilk tercih hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaç (DMARD) olarak kullanılmaktadır (2). Servisimizde pansitopeni sebebiyle takip ettiğimiz hastamızdan bu vaka sunumunda bahsedeceğiz. P.A. 72 yaşında kadın hasta. 20 gün önce başlayan ağızda yara, yemek yiyememe, ağızdan kan gelmesi ve ishal şikayetiyle hastanemize başvurdu. Özgeçmişinde: HT, KBY, atrial fibrilasyon, romatoid artrit tanıları mevcuttu. Fizik muayenesinde kan basıncı: 100/80 mmHg, nabız: 100/dk, vücut ısısı: 38.0 °C, solunum sayısı:14/dk idi. Deri ve konjuktivalar soluk görünümde, damak üstünde kanaması durmuş taze mukozal yaralar ve fungal plaklar mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre 600/mm ^ 3, nötrofil 90/mm ^ 3, hemoglobin 7.36 g/dL, MCV:106, Hct: %22 trombosit: 57000, sedimentasyon hızı:62mm/h, CRP:106 mg/L, Üre 148mg/dL,kreatinin:1.75mg/dL,AST:27,5U/L,ALT:24U/L,total protein:5,01g/dL albümin:2,46g/dL, vitamin B12:613pg/mL, folik asit: >24.30ng/mL, PT:13.7sn, APTT:22,7 sn. İdrar kültüründe E.coli üredi. Kan kültüründe üreme olmadı, gaita mikrokopisinde özellik saptanmadı. Periferik kan yayması hipokromik normositer anemi, az sayıda parçalı saptanırken, atipik hücre ve trombosit kümeleri tespit edilmedi.Kemik iliği aspirasyonu yağlı doku artışı ve aselüler olarak değerlendirildi. Batın ultrasonografisinde organomegali saptanmadı.

Hasta MTX'a bağlı pansitopeni olarak değerlendirildi. Hastanın MTX'ı stoplandı. Hastaya filgrastim(neupogen) 48 milyon ünite SC, kalsiyum folinat IV, metilprednizolon IV ve hidrasyon başlandı. Enfeksiyon hastalıklarının piperasilin-tazobaktam 3x4.5 mg/gün iv ve oral candidiyazisi nedeniyle flukanazol 2x100 mg/gün İV önerisi doğrultusunda antibiyoterapisi başlandı. Bir hafta sonra tedaviye yanıt alındı ve 2.hafta sonrasında kan tablosu tamamen düzeldi. Kliniği düzelen, tedavisi tamamlanan hasta kontrole gelmek üzere taburcu edildi. MTX kullanımı için hasta seçimi iyi yapılmalı, hastanın düzenli kontrollere geleceğinden emin olunmalı, ilacı günlük değil haftalık alacağı konusunda bilgilendirilmelidir. Bizim vakamız vaka seçimi iyi yapılmadığı taktirde, hastanın düzenli kontrollere gelmemesi durumunda hayatı tehdit eden ciddi bir tablonun oratya çıkabileceğini göstemiştir.

Anahtar Kelimler: Pansitopeni, metotreksat

PS-404

EOZİNOFİLİK GRANÜLOMATOSİS VE POLİANGİTİS OLGUSUNDA VZV PNÖMONİSİ

Miray Yaman[1], Abdullah Sayıner[2], Gökhan Keser[3]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Eozinofilik Granülomatosis ve Polianjiitis (EGPA); daha önce Churg Strauss Sendromu olarak bilinen astım,ateş,periferik kanda eozinofili, eozinofilik doku infiltrasyonu ve küçük/orta çaplı damarların nekrotizan granülomatöz inflamasyonu ile karakterize sistemik bir hastalıktır. Astım, nazal polipozis, pansinüzit ve periferik eozinofili bulgularıyla EGPA tanısı alan ve izlem sürecinde hastalık aktivitasyonunu taklit edecek şekilde varisella zoster virüs pnömonisi geliştiren bir olgu sunulmaktadır.59 yaşında erkek hasta,bilinen diabetes mellitus, hipertansiyon,nazal polipozis tanıları mevcut.Yaklaşık 1 ay önce başlayan öksürük,nefes darlığı şikayetleri ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu.1993 yılında astım tanısı alan astım tedavisine yeterli yanıt alınamayan ve periferik kanda hipereozinofilisi saptanan hasta 1994'de ANCA profili (-),AC tutulumu ön planda olan EGPA tanısı almış.2002 yılından sonra takipten çıkan hasta uzun etkili β-2 agonist + inhale kortikosteroid ve antikolinerjik inhalasyon tedavileri almış.Haziran 2014'de C2 dermatom alanı ile uyumlu zona zoster tanısı alarak semptomatik tedavisi düzenlenmiş.Döküntülerin ortaya çıkmasından yaklaşık 1 hafta sonra,sol periferik fasiyal paralizi gelişen hastaya Temmuz 2014'de 10 gün boyunca toplam 544 mg metilprednizolon verilmiş. Steroid kullanımından 1 hafta sonra başlayan nefes darlığı, öksürük şikayetleri olan hasta 27.08.2014'de EÜTF göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu.Vitalleri stabil olan hastanın fizik muayenesinde bilateral AC üst zonlarda solunum sesleri azalmış.SFT'si normal olan hastanın PA AC grafisinde bilateral üst zon-

larda buzlu cam niteliğinde infiltrasyonlar olması üzerine EGPA aktivasyonu?,tüberküloz?,pnömoni? öntanıları ile hospitalize edildi.Hemogramında lökositoz, anemi, eozinofili, CRP:3.61 mg/dl saptandı.PPD:18 mm olan hastanın balgam bakteriyolojik incelemesinde flora bakterileri(+),mikobakteriyolojik incelemede TBC PCR(-), ARB(-),CMV-DNA(-) saptandı.Hastanın 30.08.2014'de çekilen HRCT'si EGPA aktivasyonu ile uyumlu olabilir şeklinde değerlendirildi.Hastaya 01.09.2014'de tanısal amaçlı FOB ile bronkoskopik aspirasyon ve bronkoalveolar lavaj uygulandı.BAL hücre dağılımı makrofaj: %95 lenfosit: %3 nötrofil: %2,mikobakteriyolojik değerlendirmede ARB(-) ve M. tuberculosis PCR(-), bakteriyolojik üreme(-) saptandı.Viral serolojik değerlendirmesinde VZV IgM (+), VZV IgG (+) saptandı.Hastaya 9 gün iv asiklovir tedavisi verildi.Tedavinin 5. gününde çekilen kontrol PA AC grafisinde bilateral üst ve orta zonlardaki infiltratif görünümün gerilediği görüldü.Klinik ve radyolojik düzelme sağlanan hastanın tedavisi p.o asiklovir ile 14 güne tamamlanarak taburcu edildi.Erişkinlerde VZV pnömonisi görülme sıklığı %0.25-%1.8 dir. Erişkin çağdaki VZV pnömonisinin %75'ten fazlası 30-50 yaş arasındadır.Bu olgularda takipne, öksürük, ateş ve dispne en sık rastlanan semptomlardır.Erişkin dönemdeki Varisella olgularının yaklaşık %20'sinde akciğer tutulumu,bu olguların %17sinde mortalite vardır. Erişkin yaştaki VZV pnömonisi için risk faktörleri hamilelik,erkek cinsiyet,sigara kullanımı,ileri yaş,KOAH ve immünsupresyon olarak sıralanabilir.Pulmoner semptomlar genellikle Varisella zoster enfeksiyonunun başlamasından 1-6 gün sonra ortaya çıkar. Bu olguda ön planda EGPA aktivasyonu düşünülmesine rağmen,iyi bir ayırıcı tanı yapılarak steroid ve diğer immünsupresif tedavilerin verilmesi önlenmiş ve doğru tanı sonrasında tedavi planlanmıştır.

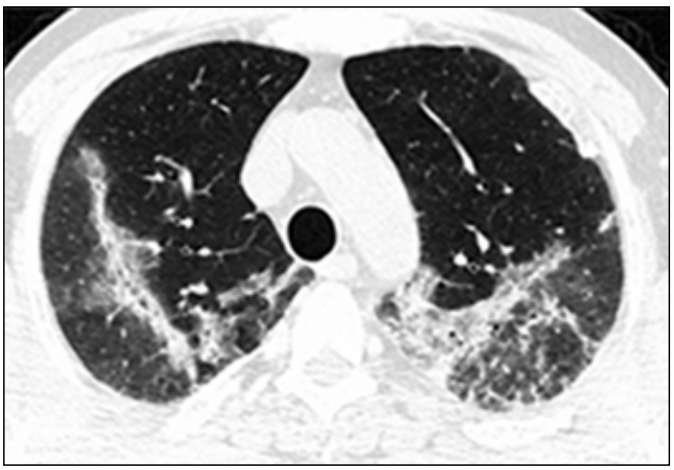
Anahtar Kelimler: Eozinofilik granülomatosis ve poliangitis, Varicella zoster virüs, pnömoni



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3

PS-405

TEKRARLAYAN POLİKONDRİT: İKİ OLGU SUNUMU

Ramazan Coşar[1], Kemal Üreten[2]

[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kırıkkale

Giriş: Tekrarlayan polikondrit kıkırdak yapıların tekrarlayıcı inflamasyonu ile seyreden nadir kronik otoimmün bir hastalıktır. Özellikle kulak, burun, eklem ve solunum yolları etkilenmektedir. Tanısı klinik, patolojik ve radyolojik olarak konmaktadır.

Olgu Sunumu: Olgu 1: 37 yaşında bayan hasta 3 yıldır her iki kulak kepçesinde tekrarlayıcı kızarıklık, şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Kulak akıntısı ve işitme kaybı yoktu. Çeşitli antibiyotikler ve topikal tedavi kullanan hasta fayda görmemiş. Daha önce 3 kez üveit atağı geçiren hastanın fizik muayenesinde sol kulağının kızarık, kulak kıkırdağının normal sertliğini kaybetmiş ve yumuşak olduğu görüldü (Resim 1). Laboratuar incelemesinde anti nükleer antikor negatif, romatoid faktör negatif, C3 ve C4 normal sınırlarda, eritrosit sedimantasyon hızı 7 mm/saat, CRP 2 mg/l (0,15-5), diğer laboratuar bulguları normal saptandı. Göz konsultasyonunda geçirilmiş üveit bulguları saptandı. Hastaya metilprednizolon 32 mg/gün, metotreksat 10 mg/hafta, hidroksiklorokin sülfat 200 mg/gün başlandı. Birinci haftanın sonunda aurikulalardaki eritem ve ödemde belirgin gerileme izlendi ve steroid dozu kademeli olarak azaltıldı.

Olgu 2: 51 yaşında erkek hasta 2 aydır kulaklarda şekil bozukluğu ve kızarıklık şikayetiyle başvurdu. Aynı zamanda gözlerde kızarıklık ve el bileğinde ağrı şikayeti vardı. Fizik muayenesinde kulak kıkırdağının sertliğini kaybettiği, şekil bozukluğu (Resim 2) ve sol bileğinde ağrı ile hassasiyet tespit edildi. Laboratuar incelemesinde eritrosit sedimantasyon hızı 35 mm/saat, CRP 15 mg/l (0,15-5), RF negatif, C3 ve C4 normal sınırlarda, ANA negatif ve diğer laboratuar bulguları normal bulundu. Göz konsultasyonu sonucu üveit tespit edilmedi. Metilprednizolon 48 mg/gün, metotreksat 10 mg/hafta başlandı. Birinci haftanın sonunda eklem ve kulak şikayetlerinde gerileme izlenen hastada steroid dozu kademeli olarak azaltıldı.

Tartışma: Tekrarlayan polikondrit her iki cinste eşit oranda görülmektedir. Daha çok 40-50 yaşlar arası ortaya çıkmaktadır. Yıllık insidansı milyonda 3,5 olarak saptanmıştır. Hastalığın seyrinde en sık tutulan bölge kulak kıkırdağıdır. Kulak memesinin tutulmaması tipiktir, dış kulak kıkırdağında tek ya da iki taraflı olarak ani gelişen kızarıklık, ödem ve hassasiyet vardır. Her iki olgumuzda da kulak kıkırdağı tutulumu mevcuttu.

Tekrarlayan polikondrit için spesifik bir laboratuar testi yoktur. Klinik, muayene bulguları ve radyolojik görüntüleme tanı koymada yardımcı olmaktadır. Kesin tanı patoloji ile konulur. Tanı için kullanılan Mc Adam kriterleri (Tablo 1) 1986 da modifiye edilmiştir. Biz hastalarımıza modifiye Mc Adam kriterlerini (Tablo 2) kullanarak tanı koyduk.

Tekrarlayan polikondrit için günümüzde standart bir tedavi rejimi yoktur. Glukokortikoidler ve immünsupresifler tedavide ilk seçenektir. İki hastamıza da steroid ve metotreksat başlandı ve yanıt alındı.

Tekrarlayan polikodrit nadir görülen bir hastalık olmakla beraber birden çok sistemi etkilediği için ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimler: tekrarlayan polikondrit, aurikula, otoimmün hastalık



Şekil 1.



Şekil 2.

Tablo 1. Mc Adam tanı kriterleri
1- Her iki aurikulada tekrarlayan kondrit
2- Non-eroziv inflamatuar artrit
3- Burun kıkırdaklarında kondrit
4- Konjonktivit, keratit, sklerit, episklerit ve/veya üveitin olduğu göz inflamasyonu
5- Laringeal ve/veya trakeal kıkırdakların tutulduğu üst solunum yolunda kondrit
6- Kohlear veya vestibüler disfonksiyon

Tablo 2. Modifiye Mc Adam tanı kriterleri
1- En az üç ya da daha fazla Mc Adam kriterleri bulunması veya
2- En az bir ya da daha fazla Mc Adam kriteri ve pozitif histopatoloji veya
3- En az iki farklı bölgede kondrit bulunması ve düşük doz steroidlere veya dapsona yanıt vermesi

PS-406

VENA KAVA SÜPERİOR SENDROMU İLE BASVURAN BEHÇET OLGUSU

Halil İbrahim Onmaz, Perihan Özkan Gümüşkaya, Semih Kalyon, Mehmet Küçük, Tülay Eyüpgiller, Kübra Altunkalem Seydi, Akif Bayyiğit, Şenay Günaydın, Figen Kahyaoğlu, Fırat Oyman, Abdussamet Çelebi, Başak Can

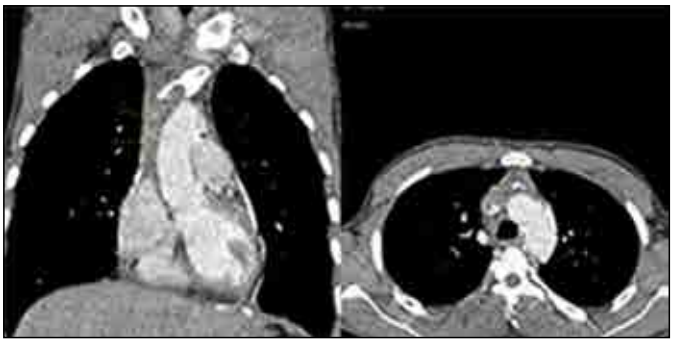
S.B.Okmeydanı E.A.H

Giriş: Behçet hastalığı (BH) ilk defa 1937 yılında Hulusi Behçet tarafından tanımlanmıştır. Nedeni bilinmeyen kronik sistemik bir vaskülit formudur. Klasik triadı oral vegenital ülserler ile üveittir. Behçet olgularının yaklaşık %7-37'sinde, hastalığın bir döneminde vasküler lezyonlara bağlı yakınmalar ortaya çıkmaktadır. Kardiyovasküler tutulum hem arterleri hem de venleri içermekte, arteriyel oklüzyondan anevrizmaya, yüzeyel trombozdan süperiror vena kava oklüzyonuna kadar uzanan geniş bir spektrumu almaktadır.

Olgu: 27 yaşında erkek hasta 1.5 ay önce başlayan yüzde, boyunda ve kollarda şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede;ateş 36.5 C, nabız:76/dk ritmik, tansiyon arteryel:110/60 mmHg, solunum sayısı:16/dk ölçüldü. Boyun, her iki kolda, elde ödem izlendi. Göğüs duvarı ön yüzde venöz kollateraller izlendi. Her iki ön kol ekstansör yüzde eritema nodozum gözlendi. Oral aftların 6-7 yıldır 2 haftada bir çıktığı, son bir aydır olmadığı öğrenildi. Genital ülser tariflemedi. Hastada sağ D4 daktilit izlendi. Sağ servikal bölgede ağrılı lenfadenopati saptandı. Sağ gözde bulanık görmesi olan hastanın göz muayenesinde üveit saptandı. Paterji testi yapıldı negatif geldi. Hemoglobin 11.9 gr/dl, hematokrit %35, eritrosit sedimentasyon hızı 52 mm/saat, CRP 77 mg/L, D-dimer 1680 ug/L saptandı. Yapılan periferik yaymada eritrosit morfolojisi normokrom normositer, trombosit sayımı yeterliydi. Torch paneli, vaskulit markerları, trombofili paneli negatif idi. Çekilen intravenöz konstrastlı boyun ve toraks tomografisinde vena kava süperiorda atrium çıkımından itibaren dolum izlenmedi (VCS trombozu). Lümen içerisinde izlenen trombüs materyali vena azgyosa kısa bir segmentte ve vena brachiocephalika sinistra proksimal kısmına uzanım göstermekteydi. Multiple lenfadenopatileri olan hastaya malignite ekartasyonu amacıyla PET-CT'de çekildi, mevcut lenfadenopatiler enflamatuar hastalık lehine değerlendirilmesi üzerine hastaya pulse steroid, endoksan ve antikoagulan tedavisi başlandı. Tedaviye klinik yanıt alınan hasta romotoloji poliklinik takibine alındı.

Sonuç: Tromboz ile basvuran hastalarda Behçet Hastalığı olabileceği hatırlanmalı, anamnez detaylı alınmalı ve gerekli testler istenmelidir.

Anahtar Kelimler: Behçet hastalığı, vena kava süperior sendromu, tromboz



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

şeklinde görülür. Sistemik semptomları olan, derin ven trombozu kliniği ile gelen genç erkek hastada vasküler tutulumlu BH akla gelmelidir.

Anahtar Kelimler: Behçet Hastalığı, Vasküler tutulum, Tromboz



Şekil 1

PS-407

VASKÜLER TUTULUMLU BEHÇET HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

Sibel Ocak Serin[1], Özlem Pehlivan[2], Gül Karagöz[3], Sami Akbaş[1], Sema Ucak Basat[1]

[1]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, İstanbul
[3]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları, İstanbul

Behçet hastalığı (BH) tekrarlayan oral aft ve genital ülser, göz hastalığı, nörolojik hastalık, deri lezyonları, gastrointestinal tutulum, artrit ve vasküler tutulum gibi sistemik belirtiler ile karakterize bir hastalıktır. BH her çaptaki arter ve venleri etkileyebilir. Hastalığın en sık semptomu tekrarlayan oral afttır (%97-99). Derin ven trombozu sıklığı ise %5-20'dir. Vasküler tutulum mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir ve erkeklerde daha yaygındır. Biz burada sistemik semptomlar ile prezente olan vasküler tutulumlu BH tanısı konan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Otuz yedi yaşında erkek hasta ateş, öksürük, balgam ve şiddetli sağ üst kadran ağrısı şikayetleri ile göğüs hastalıkları polikiniğine başvurmuş. Burada pnömoni tanısı konarak ayaktan klaritromisin ve seftriakson tedavisi başlanmış. Bir hafta sonra sol bacakta şişlik şikayetiyle dış merkeze başvuran hastanın D-dimer; 4095 ng/ml saptanmış ve venöz dopler ultrasonografisinde; akut derin ven trombozu (DVT) tespit edilerek tedavisine enoksaparin ve varfarin eklenmiş. Göğüs hastalıkları poliklinik kontrolünde ateş şikayetinin devam etmesi ve DVT geliştiğinin görülmesi üzerine kontrastlı toraks BT anjiyosu çekilmiş. BT' de sol akciğer subplevral alanda süre gelen bazal bronkopnömonik tutulum ve sekellerine ait dansiteler gözlemlenmiş. Hasta 15 gündür devam eden ateş etyolojisi araştırılmak üzere enfeksiyon servisine yatırılmış. Antibiyoterapisi piperasilin tazobaktam ile değiştirilip varfarin tedavisine devam edilmiş. Burada enfektif nedenleri ekarte edilen ve 3. hafta sonunda ateşi devam eden hasta kliniğimizce devir alındı. Hastanın kliniğe alınışının 2. gününde, ağız içinde yemek yerken yanma hissi ve yutkunmada zorluk ifade etmesi üzerine bukkal mukozada 1 cm'den küçük 3 adet aftöz ülserleri tespit edildi. Anamnezde ise oral aftlarının ayda bir olduğu öğrenildi. Genital ülseri/skarı olmayan hasta oral aftları ve derin ven trombozu olması nedeniyle ön tanılar arasında BH düşünülerek yatışının 3. gününde paterji testi yapıldı ve 48. saatte papülopüstüler lezyonlar tespit edildi (Resim). Organ tutulumu açısından değerlendirilen hastada, göz muayenesi ve nörolojik muayene normaldi. Çekilen toraks BT anjiografisinde pulmoner anevrizma saptanmadı. Hastanın bu dönemde ESH; 44 mm/h ve CRP;13,8 mg/dl idi. Sistemik semptomlarının olması, erkek olması ve vasküler tutulumunun olması nedeni ile hastaya 3 gün 1 gr IV pulse steroid tedavisi verildi, ardından 1 mg /kg/gün'den steroid tedavisine devam edildi. Steroid tedavisinin 6.gününde siklofosfamid 1 gr IV uygulandı. Hasta takipte ateşinin düşmesi ve şikâyetlerinin gerilemesi ve akut faz değerlerinin düşmesi üzerine aylık siklofosfamid tedavisine devam etmek üzere taburcu edildi.

BH'da, vasküler tutulum özellikle genç erkeklerde gözlenen ve prognostik önemi olan bir bulgudur. Vasküler tutulum her boy arter ve venleri etkileyen sistemik bir vaskülit şeklindedir. BH'daki vaskülitin akciğerdeki prezentasyonu pulmoner arter anevrizmaları, arteriyel ve venöz tromboz, pulmoner infarkt, tekrarlayan pnömoni, bronşiolitis obliterans organize pnömoni şeklinde olabilir. Venöz sisteme ait tutulum daha çok alt ekstremitede trombofilebit veya DVT

PS-408

NADİR BİR ERİTROSİT SEDİMANTASYON YÜKSEKLİĞİ NEDENİ: RETROPERİTONEAL FİBROZİS

Şeref Demirbaş, Erol Arslan, Musa Barış Aykan, Kenan Sağlam

GATA İç Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), klinik pratiğimizde sıklıkla istediğimiz bir testtir. ESH'nın aşırı yükselmesi (>100 mm/saat) ciddi hastalıkların işaretçisi olabilir. Yüksek sedimentasyon hızı araştırılırken öncelikle enfeksiyöz, romatolojik ve malign süreçler gözden geçirilmelidir. Araştırma sırasında laboratuvar ve radyolojik yöntemlerle sonuca ulaşılamadığı durumlarda genellikle PET tetkiki kullanılmaktadır. Burada PET'de yüksek SUVmax değerleri (SUVmax 21.4) saptanan ve maligniteden şüphelenilen olguda retroperitoneal fibrozis tanısı konan olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 40 yaşında kadın hasta halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı, bel ağrısı, ateş yakınmaları ile İç Hastalıkları kliniğine kabul edildi. Anamnezinde, yakınmalarının bir ay önce başladığını ifade eden hasta, öncelikle beyin cerrahisi polikliniğine başvurmuş ve bir ay boyunca NSAİİ tedavi görmesine rağmen şikayetleri gerilememiş. Bunun üzerine yapılan tetkiklerinde ESH:140 mm/saat saptanan hasta hematolojik maligniteler, brucella ve muhtemel diğer enfeksiyon nedenleri açısından araştırıldıktan sonra kliniğimize yönlendirilmişti. Fizik muayenesinde düz bacak kaldırma testi sağda pozitif olan hastanın diğer muayene bulguları haricen normaldi. Laboratuvarda Bk: 7.9500/mm^3, hgb: 9.9 gr/dl, plt: 450 000/mm^3, sedim: 140 mm/saat, CRP: 120 mg/l, albümin 3.24 g/dl iken diğer laboratuvar tetkikleri normaldi. Abdomen ultrasonografisinde dalak boyutu 145 mm ile artmış saptandı. 3 defa alınan kan ve idrar kültüründe üreme olmadı. Kardiyolojik muayenesinde enfektif endokardit saptanmadı. 3 defa alınan balgam ARB ve Quantiferon testlerinde tüberküloz saptanmadı. Kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografisinde L3 vertebra seviyesinden başlayan, inferiorda aortik bifurkasyon sonrasında L5–S1 seviyesinde sonlanan retroaortik bölgeyi doldururan, aorta ve vena cavayı yaklaşık 180 derece çevreleyen, lateralde psoas kası içerisine uzanan yumuşak doku dansitesi saptandı. PET ilgili bölgede SUVmax: 21.4 olarak saptandı ve malign patolojilerin araştırılması önerildi. Girişimsel Radyoloji Servisi tarafından iki defa yapılan örneklemelerin patoloji sonuçları tanısal gelmedi. 3 hafta sonra çekilen abdomen mr tetkikinde; abdomen tomografide saptanan bulgulara ek olarak sağ böbrekte grade 2 hidroüreteronefroz izlendi, sağ üreterde proksimal 7 cm.lik segment sonrasında daralma saptandı. Hasta genel cerrahi servisine nakledildi. Üreteral stent uygulaması sonrasında cerrahi biyopsi ve üreterin serbestleştirilmesi operasyonu yapıldı. Patoloji sonucu Retroperitoneal Fibrozis olarak geldi. Tanı sonrası Ig G4 düzeyine bakıldı ve düzeyi normal sınırlarda tespit edildi. Hastaya takiplerinde steroid tedavisi başlandı ve kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Bir ay sonraki kontrol muayenesinde fizik muayene bulguları gerilemiş olarak saptandı. Laboratuvarda ESH: 8 mm/saat olarak saptandı. Hasta steroid tedavisi altında düzenli olarak takibe alındı.

Sonuç: Ateş, kilo kaybı, gece terlemesi gibi şikayetlerle başvuran olguların değerlendirilmesinde ESH yüksekliği önemli bir laboratuvar belirteçtir. ESH yüksekliği ile seyreden hastalıkların ayırıcı tanısında görüntüleme yöntemleri önemli yer tutmaktadır. PET ile değerlendirilen ve yüksek SUVmax değerleri olan olgu-

larda cerrahi biyopsi ile Retroperitoneal Fibrozis hastalığı tanısı konabilir. Retroperitoneal fibrozis oldukça nadir olarak gözlenen sistemik fibrozis nedenlerinden birisidir ve ayırıcı tanıda Ig G4 ile ilişkili olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimler: Eritrosit sedimentasyon hızı yüksekliği, retroperitoneal fibrozis.

PS-409

İÇ HASTALIKLARI YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE GERİATRİK HASTA PROFİLİ

Mutlu Şahin[1], Zümrüt Akgün Şahin[2]

[1]Kars Devlet Hastanesi
[2]Kafkas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Giriş: Bu çalışmanın amacı, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesindeki geriatrik hasta profilinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma retrospektif olarak 1 Ocak 2014 ile 31 Aralık 2014 tarihleri arasında yoğun bakım ünitesinde yatan yaşlı hastaların dosya taraması yapılarak gerçekleştirildi. İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesine bir yıl içinde yatan 65 yaş ve üstü 70'i bayan, 95'i erkek olmak üzere toplam 165 yaşlı hastanın bilgisayardaki epikriz raporlarında yer alan verileri değerlendirildi. Yaşlı hastaların yatış süreleri, yatış nedenleri ve mortalite durumları değerlendirildi

Bulgular: Yaşlıların yaş ortalamasının 76.22±4.15 yıl, %61.1'inin 65-74 yaş grubunda olduğu, %72.7'sinin ise erkek hastaların oluşturduğu belirlendi. Yatış nedenlerine göre hastaların %22.17'si Akut böbrek yetmezliği tanısı ile en büyük grubu oluşturdu. Yatış tanılarından bazılarının ise; %17.1'inin Akut karaciğer yetmezliği, %14.2'sinin Solunum yetmezliği, %12.3'ünün Gastrointestinal sistem kanaması olduğu belirlendi. Hastaların ortalama yoğun bakım ünitesinde kalış süreleri 13.22±8.45 gündü. Hastaların %88.5'inin yoğun bakım ünitesinden sonra İç hastalıkları servislerinde takip edildikleri ve taburcu oldukları belirlendi.

Sonuç: Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesinde genel mortalite değerlerinin oldukça düşük olduğunu ve prognozun iyi olduğunu gösterdi. Yoğun bakım ünitesinde yatan yaşlı hastalarda yaşlılık nedeni ile görülebilecek fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin dikkate alınarak gerekli tıbbi tedavinin ve hemşirelik bakımının sistemli bir ekip yaklaşımı ile verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimler: Yaşlı, yoğun bakım ünitesi, profil

PS-410

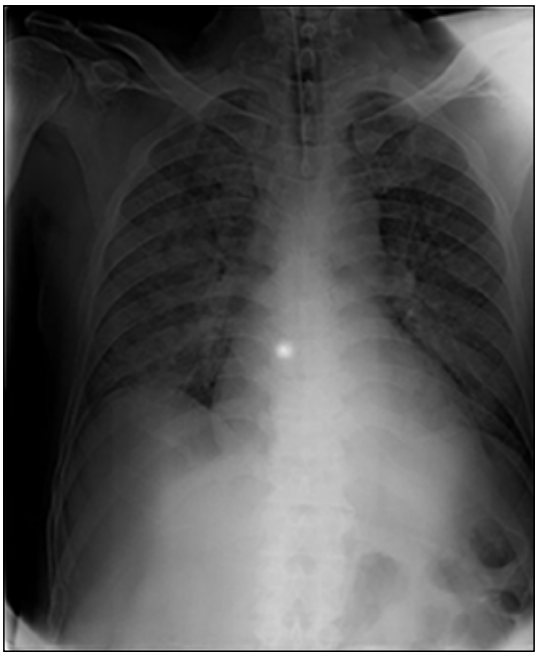
SİGARA İÇMEYE BAĞLI AKUT SOLUNUM SIKINTISI SENDROMU (ARDS)

Erhan Önalan[1], Nevzat Gözel[2], Faruk Kılınç[3], Fatih Demircan[4], Ramazan Ulu[5], Yusuf Selçuk Şener[6], Emir Dönder[7]

[1]Erciş Devlet Hastanesi/Van
[2]F.ü. İç Hastalıkları Anabilim Dalı/Elazığ
[3]Dicle Ü. Endokrinoloji Bilim Dalı/Diyarbakır
[4]Özel Etik Life Tıp Merkezi /İstanbul
[5]F.ü. İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı /Elazığ
[6]Fırat Ü. Endokrinoloji Bilim Dalı/ Elazığ
[7]F.ü. İç Hastalıkları Anabilim Dalı/Elazığ

Olgumuzda ileri yaş ve sigara kullanımı; ortaya çıkan akut solunum sıkıntısı sendromu'nda (ARDS) mortalite ve morbiditeyi belirleyen en önemli etyolojik nedendir. Bu olgu sunumunda sigara kullanımı hikayesi olup ARDS gelişen 83 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur. Sigara içiminden sonra nonprodüktif öksürük, progresif nefes darlığı ve ortopne şikayetiyle acil servise başvuran hastanın çekilen PA akciğer grafisinde iki taraflı yaygın infiltrasyon vardı. Solunum sayısı 38/dakika idi. Her iki hemitoraksta inspiratuar ince raller duyuluyordu. Maske ile %60 oksijen verilirken, arteryel kan gazında pH: 7,06 PaCO2: 40,6 mmHg, PaO2: 32 mmHg, HCO3: 11,3 mmol/L, SaO2: %68, Laktat: 5.8 mmol/L idi. Hastada ARDS düşünülerek bifazik pozitif hava yolu basıncı (BİPAP) uygulandı (IPAP 15 cm H2O, EPAP 5 cm H2O), tedaviye cevap alınamayan hasta entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Solunum sayısının yüksek olması ve ajitasyonundan dolayı hastaya derin sedasyon başlanıldı. Cevap alınamayınca kas gevşetici uygulandı. Pozitif sonlu eskpiratuar basıncı (PEEP) 5 cmH2O ve %100 O2 ile satürasyon %82 idi, PEEP kademeli olarak 8 cmH2O'ya yükseltildi ve satürasyon sırasıyla %86 ve %94 oldu. Vital bulguları ve ventilatör parametreleri düzelince hasta ventilatörden ayrıldı ve genel durumu iyi olarak taburcu edildi. Bu olgu sunumunda 65 yaşın üstünde sigara içme hikayesi olan kişilerde ARDS gelişebileceğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimler: Anahtar Kelimeler: Sigara kullanımı, ARDS, BİPAP, Mekanik ventilasyon.



Şekil 1.

Tablo 1. Sigara dumanındaki bazı maddeler [2]

Partikül fazı	Başlıca Etki	Gaz fazı	Başlıca Etki
Tar (katran)	Mutajenik/karsinojenik	Carbon monoxide	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Doza-bağımlı uyarıcı veya parasempatik N-kolinerjik reseptörler üzerine depresör	Nitrojen oksidler	Irritan, pro-inflamatuvar, siliotoksik
Aromatik hidrokarbonlar	Mutajenik/karsinojenik	Aldehydes	Irritan, pro-inflamatuvar, siliotoksik
Fenol	İrritan, Mutajenik/karsinojenik	Hydrocyanic acid	Irritan, pro-inflamatuvar, siliotoksik
Kresol	İrritan, Mutajenik/karsinojenik	Acrolein	Irritan, pro-inflamatuvar, siliotoksik
Benzo(a)pyrene	Mutajenik/karsinojenik	Nitrosaminler Mutajenik/karsinojenik Sigara içimi akciğerlerde merkezi ve periferik havayollarını, alveolleri, kapillerleri ve akciğerin immün sistemini etkiler. Ayrıca birçok çalışmada yalancı çok katlı silialı epitelin	Mutajenik/karsinojenik

Tablo 2. ALI ve ARDS'nın tanımı

Solunum sıkıntısının akut olması
Hipoksemi; ALI için PaO2 / FiO2 < 300 mmHg ARDS için PaO2 / FiO2 < 200 mmHg
Standart akciğer grafisinde bilateral konsolidasyon
Sol ventrikül yetmezliğinin klinik bulguları veya PCWP< 18 mmHg
ALI = akut akciğer zedelenmesi; ARDS = akut solunum sıkıntısı sendromu; PCWP= pulmoner kapiller basınç;

PS-411

AKREP ISIRIĞINA BAĞLI KARDİYOMYOPATİ PULMONER ÖDEM OLGUSU

Ahmet Demirtaş[1], Süheyla Uzun Kaya[1], Ayşe Kevser Demir[1], Doğukan Gümüşsoy[1], Metin Karayakalı[2], Zafer Özmen[3], Şafak Şahin[1]

[1]Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı
[3]Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Akrep sokmaları sıcak iklimi olan bölgelerde sıklıkla karşılaşılan bir sağlık problemidir. Ülkemizde yaz aylarında birçok böcek sokması

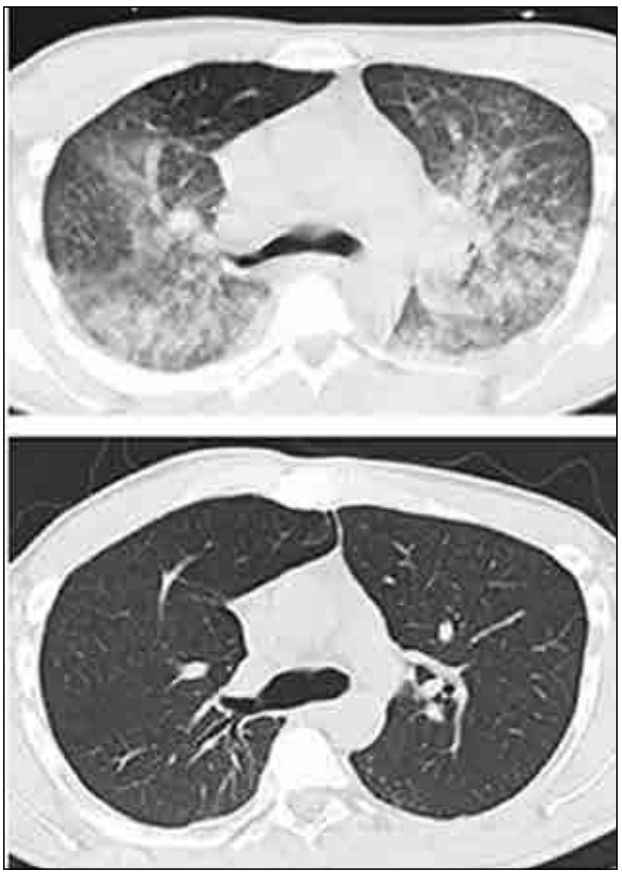
olgusu görülmekte, lokal bulgulara neden olabilirken nadiren ciddi kardiyopulmoner semptomlar görülmektedir.Akrep ısırıklarında kalp ve dolaşım yetersizliği sonucu pulmoner ödem tablosu gelişebilir.

Olgu: Öyküde 2 yıl önce geçirilmiş pektus excavatum nedeniyle operasyon öyküsü olan,, aktif çalışan,23 yaşında erkek hasta sol el bileğinden muhtemel akrep sokmasını takiben başlayan ve giderek artan nefes darlığı şikayeti ile dış merkeze başvurmuş, akrep ısırığı için anti-venom, steroid ve antihistaminik uygulanmış ve hastanemiz acil servise gönderilmişti. Acil serviste ellerde ve ayaklarda kasılmalar, sol kol ve belde ağrı şikayeti mevcuttu. Gözlemde iken 24 saat sonra nefes darlığı arttı. Genel durumu orta- kötü, bilinç uykuya meyilli, kan basıncı: 90/ 60 mmHg, kalp hızı: 110/ dk, solunum sayısı: 42/dk, oksijen satürasyonu % 85 (6L /dk oksijen desteğiyle) idi. Sol kolunda ısırığa bağlı kızarıklık, şişlik, göz kapaklarında bilateral ödem ve her iki akciğerde yaygın krepitan raller vardı. Kan gazında pH: 7.24, pCO_2: 49.8 mmHg, HCO_3: 20.9 mmol/L olup BUN ve kreatinin düzeyleri normaldi. Yeni EKG de V_1- V_3' te R dalgalarında progresif kayıp ve sinüs taşikardisi vardı. Ekokardiyografide sol ventrikül sistolik fonksiyonlarında global hipokinezi, ejeksiyon fraksiyonu % 25 olarak bulundu. PAB: 30 mmHg ve LVDD: 6.1 cm. idi. PA Akciğer grafide her iki akciğerde yaygın infiltrasyon, toraks BT de geçirilmiş operasyon materyali, plevral efüzyon ve ARDS ile uyumlu görünüm ve konsolüdasyon alanları izlendi, kalp boyutları normalin üst sınırında idi. Akrep sokmasına bağlı kardiyomyopati ve ARDS ön tanılarıyla kardiyoloji tarafından konsülte edilen hastada non-iskemik kardiyomyopati ve dekompanze kalp yetmezliği düşünüldü. Hastaya dahiliye yoğun bakıma yatırılarak medikal olarak IV furosemid, ACEİ ve betabloker yanısıra non-invaziv mekanik ventilasyon uygulandı. Ayrıca nonspesifik antibiyoterapi desteği verildi. Yatışının takip eden günlerinde genel durumu, kan gazı ve PA akciğer bulguları düzelen hastanın kontrol toraks BTsinde tariflenen lezyonların gerilediği gözlendi (Resim 1 ve 2). Yükselen Troponin düzeyleri normale döndü. Kontrol EKO' da sol ventrikül çap ve sistolik fonksiyonları normal sınırlarda, hareket kusuru yok, LVDD: 4.6 cm, EF: % 55 olarak bulundu. Hasta poliklinik kontrolüne çağrılarak taburcu edildi.

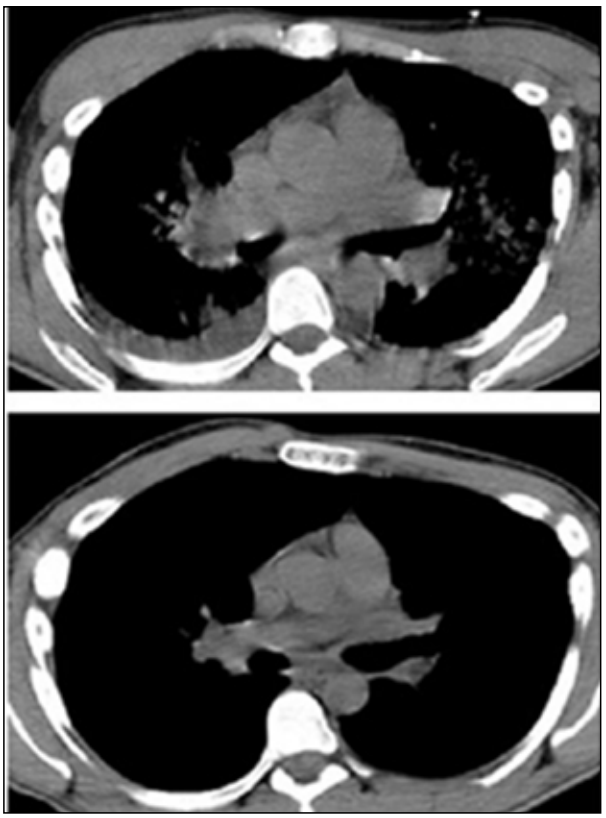
Tartışma: Akrep sokmalarında lokal deri bulguları, istemsiz hareketler, kas koordinasyonu güçlükleri, bulantı, kusma, kardiyak ve solunum sistemi semptomları gelişebilir. Akrep sokmaları sonucunda gelişen sol ventrikül sistolik disfonksiyonu ve akciğer ödemi hayatı tehdit edebilir. Pulmoner ödem akut sol ventrikül yetmezliğine katkıda bulunup, kardiyak yetmezlik, katekolaminlerin aşırı salınımına bağlı myokardiyal iskemiye sekonder ya da venoma bağlı olarak gelişebilir. Takipne, ajitasyon, terleme görülebilir. Tedavi antivenom uygulanması ve destek tedavi ile sağlanabilir. Bazı bölgelerde prazosin ya da dobutamin kullanılabilmekte, antivenom uygulanmayan ciddi vakalarda mekanik ventilasyon gerekebilmektedir.

Sonuç: Akrep sokmalarında EKG, kalp kası enzim takibi, ekokardiyografik değerlendirme önemli olup ciddi olgular yoğun bakımda izlenmelidir. Antivenom uygulansa da bu vakadaki gibi 24 saat sonrasında da kardiyak ve solunum problemleri olabileceği göz ardı edilmemelidir

Anahtar Kelimler: Akrep ısırığı, Kardiyomyopati, Pulmoner Ödem



Şekil 1. a) Prankim penceresinde elde edilen Toraks BT'de hir iki akciğerde bilateral, yaygın, yamalı patern gösteren konsolidasyon alanları ve buzlu cam densiteleri b) Tedavi sonrası 8. günde aynı düzlemden geçen Toraks BT'de her iki akciğer parankimi normal olarak görülmekte.



Şekil 2. a) Mediasten penceresinde elde edilen Toraks BT'de; sağ akciğer alt lob komşuluğunda plevral effüzyon b) Tedavi sonrası 8. günde ayın düzlemden geçen Toraks BT'de; plevral effüzyon görülmekte.

PS-412

BLEOMİSİN TOKSİSİTESİNE BAĞLI CİDDİ SOLUNUM YETERSİZLİĞİNDE ILA MEMBRAN VENTİLATÖR KULLANILMASI

Yusuf İlhan[1], Ayça Gümüş[2], Sabır Alkan[3], Umut Köksel[3], Ozan Salim[4], Melike Cengiz[2], Atilla Ramazanoğlu[2]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Antalya
[3]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya
[4]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı, Antalya

Giriş: Bleomisin baş-boyun, serviks ve özofagus squamöz hücreli karsinomları,germ hücreli tümörler, lenfomalarda sıklıkla kullanılan bir kemoterapi ajanıdır.Bleomisin ilişkili pnomoni veya %2- 10 oranlarında ölümle sonuçlanabilecek pulmoner fibrozis görülebildiği için kullanımı sınırlıdır.Tedavide steroidler dışında kabul görmüş başka bir ajan yoktur. Bu olgu sunumunda Bleomisin'e bağlı akciğer toksisitesi nedeniyle yoğun bakımda izlenen ve koruyucu akciğer ventilasyon tedavilerine rağmen şiddetli respiratuar asidoz gelişen hastada solunum desteği için ILA (Interventional Lung Asist) cihazı kullanılmasının sonuçları bildirilmektedir.

Olgu: Otuzsekiz yaşında erkek hastaya erken evre nodüler sklerozan tip Hodgkin lenfoma tanısı nedeniyle 2 siklus ABVD (Adriamisin,Bleomisin,Vinblastin, Dakarbazin) tedavisi uygulanmış ve ara değerlendirmede tam yanıt izlenmiştir. 4. siklus 10.günde ani gelişen nefes darlığı ve ateş nedeni ile yoğun bakım ünitesine alındı.Pnomoni ve bleomisin toksisitesi ön tanıları ile ampirik antibiyoterapi başlandı. Akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda retikülonodüler dansite artışı belirgindi. Hastanın hipoksisinin devam etmesi üzerine nasal yüksek akışlı oksijen cihazı ile solunum desteği sağlandı.Takiplerinde takipnesi artan ve hipoksisi derinleşen olgunun yüksek rezolusyonlu akciğer tomografisinde bleomisin akciğer toksisitesi ile uyumlu olarak akciğer üst ve orta zonlarda daha belirgin olmak üzere yaygın interlobüler septa kalınlaşmaları ve yaygın zayıf buzlu cam sahaları izlendi (Şekil 1). Metilprednisolon (1mg/kg/gün) IV başlandı. Ateşi düşen ve CRP'si gerileyen ancak hipoksisi derinleşen, siyanozu belirginleşen hasta yoğun bakıma yatışının 9. Gününde entübe edildi.Akciğer koruyucu ventilasyon, derin sedasyon ve kas gevşetici infüzyonu eşliğinde %100 oksijen ile ventile olurken arteriyel kan gazında Ph:6.87, pCO_2:145,2mmHg, pO_2:59,6mmHg olması üzerine femoral arteriyovenöz ILA membran ventilatör cihazı takıldı. Hasta heparinize edilierek takip süresince ACT(Activated Clotting Time) > 200 sn olması sağlandı. Takiplerinde günler içinde kan gazında ve siyanozunda belirgin düzelme izlendi. ILA membran ventilatör uygulaması sonrası 24. Saatte FiO2: 0.8 iken arteriyel kan gazında Ph:7,35, pCO_2:34,8 mmHg ve pO2: 69,7 mmHg tespit edildi. Ancak solunum yetersizliğine eşlik eden akut böbrek yetersizliği ve kardiyopulmoner kollaps nedeniyle hasta yoğun bakıma yatışının 15, ILA membran ventilatör uygulamasının 6. gününde kaybedildi.

Tartışma:ILA basit difüzyon prensipleri ile polimetilpenten yapısındaki membranlar aracılığıyla oksijen ve karbondioksit değişimine olanak sağlayan bir membran ventilatördür.Tercihen femoral arter ve femoral vene kanülasyonun ardından ILA cihazı kateterler aracılığı ile sistemik dolaşıma bağlanmakta ve ekstrakorporal gaz değişimi için kalp debisinin 1-2 lt/dak. bölümünü almaktadır (Şekil 2). Bu sistem ARDS, inhalasyon hasarı, ciddi pnomoni, yabancı cisim aspirasyonu ve torasik cerrahi girişimler sonrası gelişen akut akciğer hasarında kullanılmıştır. Literatürde bleomisin toksisitesine bağlı ciddi solunum yetersizliğinin tedavisinde ILA membran ventilatör kullanımı bildirilmemiştir. ILA kullanılması sonrasında hastanın metabolik durumu ve kan gazı değerlerinde hızlı iyileşme kaydedilmiş ancak eşlik eden organ yetersizlikleri nedeniyle olgu kaybedilmiştir. Yeni olgu bildirimleri ve çalışmalar ile bleomisin toksisitesinde ILA kullanımı konusunda gelişmeler sağlanacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimler: Lenfoma, Bleomisin Toksisitesi, ILA (Interventional Lung Asist)



Şekil 1



Şekil 2.

PS-413

YOĞUNBAKIM KLİNİĞİNDE AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİLİ HASTALARINDA PROGNOZU VE DİYALİZİ ÖNGÖRMEDE SOFA VE APACHE SOKURUNUN YERİ

Mithat Eser[1], Murat Eser[2], Esin Beyan[2], Fahrettin Güven Oysul[3]

[1]Gata İç Hastalıkları Bilim Dalı.
[2]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bilim Dalı.
[3]Gata Halk Sağlığı Bilim Dalı.

Giriş: Yoğunbakım ünitelerinde (YBÜ) sepsis, mortalite hızı ve organ disfonksiyonu belirlenmesinde en sık kullanılan sistemler; Acute Physiology and Chronic Health Evaluation 2 (APACHE II) ve Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA) skorlarıdır. Akut böbrek hasarı (ABH) ayrıca yaygın ve ciddi yoğun bakım ünitesi (YBÜ) hastalarda komplikasyon ve çoklu organ yetmezliği sendromunun genellikle bir parçasıdır. Bazı çalışmalarda APACHE II skoru ve SOFA skoru septik ABY hastalarında mortalite için bağımsız risk faktörleri olduğu gösterilmiştir.

Amaç: Bu çalışma akut böbrek yetmezliği ile YBÜ hastalarında SOFA ve Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (APACHE) II skorunun prognozu değerlendirmede ve diyalizi öngörmedeki rolünü belirlemeyi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntemler: Ocak 2014 ve Mayıs 2014 tarihleri arasında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Yoğunbakım kliniğinde yatıralarak daha öncesinden böbrek yetmezliği öyküsü olmayan ve RİFLE akut böbrek hasarı sokuruna göre ABY tanısı konanarak tedavi edilmiş 50 hasta çalışmaya dahil edildi ve hastaların başvuru esnasındaki hesaplanan SOFA skoru APACHE II skoru retrospektif olarak taranarak kaydedildi. Kaydedilen 50 ABY olan hasta diyalize girenler ve diyalize girmeyenler olarak iki gruba ayrıldı. Yoğunbakım kliniğinde ABY tanısı ile yatan ve diyalize giren hastaların prognozu, SOFA skoru ve APACHE II skoru ile diyalize girmeyen ABY olan hastaların grubuna göre karşılaştırıldı.

Bulgular: ABY tanısı konarak diyalize girmeyen grupta (n=46), APACHE II skoru ortalaması 27,36 ± 16,95 ve SOFA skoru ortalaması 12,90 ± 18,49 saptandı. ABY tanısı konarak diyalize giren (n=4) grupta APACHE II skoru ortalaması 52,00 ± 15,68 ve SOFA skoru ortalaması 20,27 ± 17,19 saptandı. ABY tansıyla takip edilen ve diyalize giren ve girmeyen iki hasta grubunda prognoz açısından APACHE II ve SOFA skorlarına göre karşılaştırıldığında; APACHE II skoru, diyaliz alan grupta diyalize alınmayan gruba göre anlamlı düzeyde (p=0,007) yüksek saptanırken, SOFA skoru diyaliz alan grup ile diyaliz almayan gruba göre karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (p=0,445).

Tartışma: Akut böbrek hasarı (ABH) ayrıca yaygın ve ciddi yoğun bakım ünitesi (YBÜ) hastalarda komplikasyon ve çoklu organ yetmezliği sendromunun genellikle bir parçasıdır. SOFA skoru ve APACHE II skoru kritik hastalarda organ disfonksiyonu ölçüde değerlendirmek için mükemmel bir araçtır. Literatüelerde APACHE II skoru ve SOFA skoru septik ABY hastalarında mortalite için bağımsız risk faktörleri olduğu gösterilmiştir. Fakat literatürlerde ABY hastalarında diyalizi öngörme ile ilgili bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda YBÜ'de RİFLE akut böbrek yetmezliği skoruna göre ABY tanısı konan hastalarda diyaliz alan grupta APACHE II skoru diyaliz almayan gruba göre anlamlı olarak yüksek saptanırken, SOFA skoru açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Literatürlerde APACHEII skoru, SOFA skoru ve RRT septik AKI hastalarının mortalite için bağımsız risk faktörü olduğu gösterilmiş ve ABY tansıyla takip edilen hastalarda, YBÜ mortalitesi değerlendirmek için hekimler tarafından pratik ve düşük maliyetli olması nedeniyle SOFA uygulanmasını önerilmiştir. Bizim çalışmamız kritik hastalarda ABY prognozunu değerlendirmede ve takiplerinde diyalizi öngörmede SOFA skorundan ziyede APACHE II sokurunun daha kullanışlı ve daha iyi bir yaklaşım olacağını gösterilmiştir.

Anahtar Kelimler: akut böbrek hasarı, apache 2 skoru, sofa skoru

PS-414

YOĞUNBAKIM HASTALARINDA MORTALİTEYİ ÖNGÖRMEDE APACHE2 SKORUNUN ENFEKSİYON PARAMETRELERİ VE ORANLARIYLA KARŞILAŞTIRILMASI

Murat Eser[2], Mithat Eser[1], Esin Beyan[2], Fahrettin Güven Oysul[3]

[1]Gata İç Hastalıkları Bilim Dalı.
[2]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bilim Dalı.
[3]Gata Halk Sağlığı Bilim Dalı.

Giriş: Sepsis, kontrolsüz jeneralize inflamatuvar yanıt olarak, aynı zamanda hemostatik mekanizmaları içerir. "Acute Physiology and Chronic Health Evaluation 2 (APACHE II)" skorlaması yoğun bakım üniteleri (YBÜ)'nde mortalite hızının belirlenmesi ve tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılan sistemlerden biridir. APACHE II için 12 fizyolojik değişkenin yoğun bakımdaki ilk 24 saate ait en kötü değerleri ile yaş ve kronik sağlık değerlendirmesi kullanılır. Bu sistem, kısa zamanda yoğun bakıma kabulde, planlamada, kaliteyi değerlendirmede ve üniteler arası karşılaştırmada kullanılan skorlama sistemi haline gelmiştir. Bazı çalışmalarda yoğunbakım hastalarında MPV (ortalama trombosit hacmi), NLR (nötrofil lenfosit oranı), CRP, WBC (beyaz küre), PCT ve nötrofil sayısı gibi enfeksiyon paremetrelerin mortalite gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Amaç: Bu çalışma ile yoğunbakım hastalarında mortalite gelişme açısından APACHE II skoru ile nötrofil, lökosit, lenfosit, trombosit, ortalama trombosit hacmi (MPV), trombosit crit (PCT), nötrofil lenfosit oranı (NLR), nötrofil beyaz küre oranı (NWBCR), trombosit lenfosit oranı (PLTLR) değerleri arasındaki ilişkiyi inceledik.

Gereç ve yöntemler: Ocak 2014 ve Mayıs 2014 tarihleri arasında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Yoğunbakım kliniğinde yatıralarak tedavi edilmiş 64 hasta çalışmaya dahil edildi ve hastaların başvuru esnasındaki nötrofil, lökosit, lenfosit, trombosit, MPV, PCT, WBC değerleri ve hesaplanan APACHE II skoru retrospektif olarak taranarak kaydedildi. Ayrıca herhangi bir hastalığı olmayan ve düzenli ilaç tedavisi almayan 40 hasta kontrol grubu olarak alındı. Yoğunbakım kliniğinde yatan hastalarda APACHE II skoru ile enfeksiyon paremetreleri ve oranları kontrol grubuna göre karşılaştırıldı.

Bulgular: Hasta grupta kontrol grubuna göre başvuru esnasındaki nötrofil sayısı, lökosit sayısı, lenfosit sayısı, ortalama trombosit hacmi (MPV), trombosit crit (PCT), nötrofil lenfosit oranı (NLR), nötrofil beyaz küre oranı (NWBCR), trombosit lenfosit oranı (PLTLR) değerleri anlamlı olarak yüksek saptandı. Hasta grupta ortalama APACHE II skoru (31,03 ± 17.54) idi. Ayrıca hasta grupta kontrol grubuna göre APACHE II skoru ile karşılaştırıldığında NWBCR (r=-0.25, p=0.045) ve CRPMPVR (r= -0.30, p= 0,014) anlamlı olarak orta derecede pozitif korelasyon saptandı.

Tartışma:CRP, NLR, CRP/MPV, PLTLR, PCT kronik hastalıklar ve sistemik enfeksiyonlarda inflamasyonun güvenilir göstergeleri olarak kullanılmaktadır. Literatüelerde PCT, NLR, CRP, WBC, nötrofil sayısı ve MPV ile ilgili mortalite çalışmaları mevcut iken CRP/MPV, PLTLR, NWBCR değerleriyle yoğunbakım hastalarında organ disfonsiyonu açısından APACHE II skoru ile korolasyon çalışması literatürde bulunmamaktadır. Çalışmamızda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında WBC, LENFOSİT, MPV, PCT, NLR, NWBCR VE PLTLR değerlerinde anlamlı olarak yüksek saptandı. Ayrıca kontrol grubuna göre APACHE II skoru ile karşılaştırıldığında NWBCR ve CRPMPVR anlamlı pozitif korelasyon gösterildi. Sonuç olarak NWBCR ve CRPMPVR yüksek değerleri yoğunbakımda tedavi altına alınan hastaların takipleri süresince prognozu belirlemede, mortalite gelişme ihtimalini ve tedavi etkinliğini değerlendirmek adına bize yol göstermekte yararlı olabilir.

Anahtar Kelimler: apache 2 skoru, yoğunbakım, enfeksiyon parametreleri

PS-415

YBÜ HASTALARINDA ORGAN DİSFONKSİYONUNU ÖNGÖRMEDE SOFA SKORUNUN ENFEKSİYON PARAMETRELERİ VE ORANLARIYLA KARŞILAŞTIRILMASI

Murat Eser[2], Mithat Eser[1], Esin Beyan[2], Fahrettin Güven Oysul[3]

[1]Gata İç Hastalıkları Bilim Dalı.
[2]Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bilim Dalı.
[3]Gata Halk Sağlığı Bilim Dalı.

Giriş: Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA) Skoru, sepsis olan ve olmayan hastalarda öncelikle organ disfonksiyonunu saptama amacıyla geliştirilmiş olmasına rağmen mortalite tahmini için de kullanılmış ve ölen hastalarda yüksek skorlar elde edilmiştir. SOFA solunum, adrenaljik ilaç infüzyonun da değerlendirildiği kardiyo-vasküler, bilirubin düzeyinin skorlandığı karaciğer, plateletlerin değerlendirildiği koagulasyon, GCS (glascoe koma skalası), kreatin ve idrar çıktısının değerlendirildiği böbrek olmak üzere toplam altı organ sistemi puanlanarak, günlük olarak en kötü değer kaydedilerek elde edilerek oluşturulmuş bir skorlamadır. Bazı çalışmalarda yoğunbakım hastalarında MPV (ortalama trombosit hacmi), NLR (nötrofil lenfosit oranı) gibi enfeksiyon paremetrelerin multipl organ yetmezliği gelişimi ve mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Amaç: Bu çalışma ile yoğunbakım hastalarında MODS (multipl organ disfonksiyonu) gelişimi ve şiddeti açısından SOFA skoru ile nötrofil, lökosit, lenfosit, trombosit, ortalama trombosit hacmi (MPV), trombosit crit (PCT), nötrofil lenfosit oranı (NLR), nötrofil beyaz küre oranı (NWBCR), trombosit lenfosit oranı (PLTLR) değerleri arasındaki ilişkiyi inceledik.

Gereç ve yöntemler: Ocak 2014 ve Mayıs 2014 tarihleri arasında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Yoğunbakım kliniğinde yatıralarak tedavi edilmiş 64 hasta çalışmaya dahil edildi ve hastaların başvuru esnasındaki nötrofil, lökosit, lenfosit, trombosit, MPV, PCT, WBC değerleri hesaplanan SOFA skoru retrospektif olarak taranarak kaydedildi. Ayrıca herhangi bir hastalığı olmayan ve düzenli ilaç tedavisi almayan 40 hasta kontrol grubu olarak alındı. Yoğunbakım kliniğinde yatan hastalarda SOFA skoru ile enfeksiyon paremetreleri ve oranları kontrol grubuna göre karşılaştırıldı.

Bulgular: Hasta grupta kontrol grubuna göre başvuru esnasındaki nötrofil sayısı, lökosit sayısı, lenfosit sayısı, trombosit sayısı, ortalama trombosit hacmi (MPV), trombosit crit (PCT), nötrofil lenfosit oranı (NLR), nötrofil beyaz küre oranı (NWBCR), trombosit lenfosit oranı (PLTLR) değerleri anlamlı olarak yüksek saptandı. Hasta grupta ortalama SOFA Skoru 15,06 ± 19.84 idi. Ayrıca hasta grupta kontrol grubuna göre SOFA skoru ile karşılaştırıldığında PLT (r=-0.29, p=0.017) ve PCT (r= -0.27, p= 0,027) anlamlı olarak orta derecede negatif korelasyon, ayrıca CRP/MPV (r= 0.28, p= 0.023) anlamlı olarak orta düzeyde pozitif korelasyon saptandı.

Tartışma:CRP, NLR, CRP/MPV, PLTLR, PCT kronik hastalıklar ve sistemik enfeksiyonlarda inflamasyonun güvenilir göstergeleri olarak kullanılmaktadır. Literatüelerde NLR ve MPV ile ilgili mortalite ve organ disfonsiyonu çalışmaları mevcut iken CRP/MPV, PLTLR, NWBCR, PCT değerleriyle yoğunbakım hastalarında organ disfonsiyonu açısından SOFA skoru ile korolasyon çalışması literatürde bulunmamaktadır. Çalışmamızda kontrol grubu ile karşılaştırıldığın-

da WBC, PLT, LENFOSİT, MPV, PCT, NLR, NWBCR VE PLTLR değerlerinde anlamlı olarak yüksek saptandı. Ayrıca kontrol grubuna göre SOFA skoru ile karşılaştırıldığında PLT ve PCT anlamlı negatif korelasyon gösterirken, CRP/MPV anlamlı olarak pozitif korelasyon gösterdi. Sonuç olarak PLT, PCT yüksekliklikleri ve CRP/MPV düşük değerleri yoğunbakımda tedavi altına alınan hastaların takipleri süresince prognozu belirlemde, multipl organ disfonksiyonu gelişme ihtimalini ve tedavi etkinliğini değerlendirmekte bize yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimler: yoğunbakım, sofa skoru, enfeksiyon parametreleri

PS-416

PİLONİDAL SİNÜS APSE DRENAJI SONRASINDA GELİŞEN DİYABETİK KETOASİDOZ OLGUSU

Şeref Demirbaş, Erol Arslan, Musa Barış Aykan, Kenan Sağlam

GATA İç Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara, Türkiye.

Giriş: Diyabetik ketoasidoz (DKA), diyabetin akut komplikasyonlarından birisidir. DKA, hiperglisemi, ketonemi ve asidoz ile giden klinik bir tablodur. DKA'nın en sık sebebi enfeksiyonlardır. Öncesinde diyabet tanısı olmayan hastalar, DKA ile kliniğe başvurabilirler. Burada, nadiren DKA tablosunu presipite eden pilonidal sinüs apsesi ile kliniğe başvuran bir olguyu sunacağız.

Olgu: 53 yaşında erkek hasta pilonidal sinüs apse drenajı sonrasında gözlenen diyabetik ketoasidoz nedeniyle İç Hastalıkları kliniğine kabul edildi. Anamnezinde öncesinde diyabet tanısı bulunmuyordu. Aynı gün öğlen saatlerinde Genel Cerrahi kliniğinde pilonidal sinüs apse drenajı yapılan hasta antibiyoterapi ve önerilerle evine taburcu edilmiş. Aynı günün akşamı halsizlik, yorgunluk ve ağız kuruması şikayetleri gelişen hasta acil servise başvurmuş. Fizik muayenesinde vitalleri stabil, dili kuru ve pilonidal sinüs bölgesinde mevcut olan akıntı dışında pozitif bulgu saptanmamış. Laboratuvarda Bk: 17000/mm^3, Hgb: 16 Gr/Dl, Plt: 338 000/mm^3, glisemi 670 mg/dl, kreatinin: 1.6 mg/dl, üre: 70 mg/dl, ph: 7.29, HCO_3: 22.8, pco2 48.8, TİT: Keton ++ olarak saptanmıştı. Diyabetik Ketoasidoz tedavisi başlanan hasta İç Hastalıkları kliniğine nakledildi. Kliniğimizdeki takiplerinde glisemisi regüle edilen, metabolik tablosu düzelen hastanın antibiyoterapisine devam edildi. Yeni tanı diyabetes mellitus olarak kabul edilen olguda Hba1c % 16 olarak saptandı. Hastaya bazal + bolus rejiminde insülin tedavisi ve metformin başlandı. Komplikasyon taramalarında diyabetik retinopati saptandı; 24 saatlik idrar proteininde 368 mg/gün protein saptandı; emg tetkikinde sensorimotor aksonal polinöropati ile uyumlu bulgular saptandı ve diyabetik nöropati olarak değerlendirildi. Komplikasyonlara yönelik takip ve tedavileri düzenlenen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Orta ileri yaşlarda görülen enfeksiyon, apse ile gelen olgularda basitçe diyabetin aile öyküsünü ve belirtilerini sorgulamak veya kan şekeri kontrolü yapmakla, erken önlem alarak gelişebilecek DKA'u önleyebilecektir. Enfeksiyon saptandıktan sonra uygun antibiyoterapi ile enfeksiyon tedavisi düzenlenmelidir. Diyabet saptanmış olgular komplikasyonları açısından mutlaka değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimler: Diyabetik ketoasidoz, pilonidal sinüs apsesi.

Hemşirelik Programı

Konuşma Metinleri ve Bildiri Özetleri

17. ULUSAL İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI - DÜZENLEME KOMİTESİ

DÜZENLEME KURULU

Onursal Başkan	Dr. Leman BİROL
Başkan	Dr. Nuran AKDEMİR
Başkan Yardımcıları	Dr. Nuran TOSUN Dr. Leyla ÖZDEMİR Dr. Sevgisun KAPUCU
Genel Sekreterler	Dr. Hatice ÇİÇEK Uzm. Hem. Ayşe ARIKAN DÖNMEZ Uzm. Hem. Nurten KALENDER
Üyeler	Dr. Sultan KAV Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN Dr. Burcu BAYRAK KAHRAMAN Hem. Tekmile KÖSE Uzm. Hem. Nevin DOĞAN Hem. Berna ÇOLAKOĞLU

BİLİMSEL KURUL

Dr. Asiye DURMAZ AKYOL
Dr. Ayfer KARADAKOVAN
Dr. Aynur ESEN
Dr. Aysel BADIR
Dr. Bilge BAL ÖZKAPTAN
Dr. Birsen YÜRÜGEN
Dr. Belgüzar KARA
Dr. Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ
Dr. Çiçek FADILOĞLU
Dr. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN
Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Dr. Elif ÜNSAL AVDAL
Dr. Emine KIYAK
Dr. Esra OKSEL
Dr. Ezgi KARADAĞ
Dr. Fatma ARIKAN
Dr. Fatma ÖZKAN TUNCAY
Dr. Feray GÖKDOĞAN
Dr. Figen OKÇİN
Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR
Dr. Fügen ÖZCANARSLAN
Dr. Gülbeyaz CAN
Dr. Güler BALCI ALPARSLAN
Dr. Güler DURU AŞİRET
Dr. Gülsüm Nihal GÜLESER
Dr. Gülümser ARGON
Dr. Hatice BOSTANOĞLU
Dr. Hatice ÇİÇEK
Dr. Hatice MERT
Dr. Hatice POLAT
Dr. Hatice TEL AYDIN
Dr. Arzu AKMAN YILMAZ
Dr. Hilal UYSAL
Dr. Hicran BEKTAŞ
Dr. Hicran YILDIZ
Dr. İmatullah AKYAR
Dr. Leyla ÖZDEMİR
Dr. Medet KORKMAZ
Dr. Mehtap KAVURMACI
Dr. Mehtap TAN
Dr. Mukadder MOLLAOĞLU
Dr. Naile ALANKAYA
Dr. Nalan AKBAYRAK
Dr. Nazan KILIÇ AKÇA
Dr. Nermin OLGUN
Dr. Nesrin NURAL
Dr. Neşe ERDEM
Dr. Nimet OVAYOLU
Dr. Nuran AKDEMİR
Dr. Nuran TOSUN
Dr. Nuray DAYAPOĞLU
Dr. Nuray ENÇ
Dr. Özden DEDELİ
Dr. Özgül EROL
Dr. Özlem CEYHAN
Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
Dr. Özlem OVAYOLU
Dr. Özlem TEKİR
Dr. Öznur USTA YEŞİLBALKAN
Dr. Pınar TEKİNSOY KARTIN
Dr. Rabiye ÇIRPAN
Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL
Dr. Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ
Dr. Sabire YURTSEVER
Dr. Sakine MEMİŞ
Dr. Seher ERGÜNEY
Dr. Semiha AKIN
Dr. Serap ÖZER
Dr. Serap PARLAR
Dr. Serap ÜNSAR
Dr. Sevgi KIZILCI
Dr. Sevgin SAMANCIOĞLU
Dr. Sevgisun KAPUCU
Dr. Sevilay HİNTİSTAN
Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN
Dr. Sezgi ÇINAR
Dr. Sıdıka OĞUZ
Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA
Dr. Sibel SEVİNÇ
Dr. Songül GÖRİŞ
Dr. Sultan KAV
Dr. Sultan TAŞÇI
Dr. Şefika Dilek GÜVEN
Dr. Şeyda ÖZCAN
Dr. Tülay FERTELLİ
Dr. Ülkü GÖRGÜLÜ POLAT
Dr. Vesile ÜNVER
Dr. Yasemin TOKEM
Dr. Yasemin YILDIRIM
Dr. Yeliz AKKUŞ
Dr. Zeliha TÜLEK
Dr. Zehra DURNA
Dr. Zeynep TOSUN
Dr. Zeynep ÖZER
Dr. Zöhre IRMAK

14 Ekim, Çarşamba

SALON E

ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİNDE TAMAMLAYICI VE DESTEKLEYİCİ UYGULAMALAR KURSU

KURS KORDİNATÖRLERİ : *Dr. Sultan TAŞCI, Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN*

KURS SEKRETERLERİ : *Dr. Burcu BAYRAK KAHRAMAN, Uzm. Hem. Nur İZGÜ*

08:30 – 09:00 **AÇILIŞ VE KURSUN TANITIMI**
Dr. Sultan TAŞÇI, Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN

09:00 – 10:00 **TAMAMLAYICI VE DESTEKLEYİCİ UYGULAMALARIN DÜNYADAKİ VE ÜLKEMİZDEKİ MEVCUT DURUMU**

09:00 – 09:25 **İntegratif Hemşirelik Uygulamalarındaki Tarihsel Gelişim**
Dr. Sebahat GÖZÜM

09:25 – 09:50 **Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavilerin Kullanımı; Dünyadaki ve Ülkemizdeki Durum-İlgili Mevzuat, Yasa ve Getirdiği Cezai Yükümlülükler**
Dr. Özlem CEYHAN

09:50 – 10:00 **Tartışma**

10:00 – 10:40 **TAMAMLAYICI VE DESTEKLEYİCİ UYGULAMALARIN SINIFLANDIRILMASI**

10:00 – 10:20 **Zihin ve Beden Temelli Tedaviler (Meditasyon, Yoga, Gevşeme Teknikleri, Hipnoz, Müzik ve Sanatla Terapi)**
Dr. Pınar TEKİNSOY KARTIN

10:20 – 10:40 **Manüplatif ve Beden Temelli Uygulamalar (Masaj, Aromaterapi, Refleksoloji, Egzersiz)**
Dr. Songül GÖRİŞ

10:40 – 11:00 **KAHVE ARASI**

11:00 – 12:30 **TAMAMLAYICI VE DESTEKLEYİCİ UYGULAMALARIN SINIFLANDIRILMASI**

11:00 – 11:20 **Enerji Temelli Tedaviler (Terapötik Dokunma, Reiki, Biyoenerji, Biyofeedback)**
Dr. G. Nihal GÜLESER

11:20 – 11:40 **Biyolojik Temelli Tedaviler (Fitoterapi, Bitkisel Tedaviler, Homeopati)**
Dr. Müzeyyen ARSLAN

11:40 – 12:00 **Eski Tıp Sistemleri (Akupunktur, Akupres, Ayurveda)**
Dr. Özlem CEYHAN

12:00 – 12:20 **Anadolu'daki Geleneksel Uygulamalar (Kupa, Sülük, Apikoterapi vb)**
Dr. Bilge BAL ÖZKAPTAN

12:20 – 12:30 **Tartışma**

12:30 – 13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**

17. ULUSAL İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ
HEMŞİRELİK OTURUMU - *KURS PROGRAMI*

14 Ekim, Çarşamba

SALON E

13:30 – 15:00 **ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİNDE SIK GÖRÜLEN SEMPTOMLARIN YÖNETİMİNDE TAMAMLAYICI VE DESTEKLEYİCİ UYGULAMALAR**

13:30 – 13:50 **Onkolojide Semptom Yönetiminde Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamaların Kullanımı**
Dr. Gülbeyaz CAN

13:50 – 14:10 **Ağrı Yönetiminde Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar**
Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN

14:10 - 14:30 **Bulantı/Kusma Yönetiminde Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar**
Uzm. Hem. Elif SÖZERİ

14:30 – 14:50 **Mukozit** Yönetiminde Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar
Uzm. Hem. Nur İZGÜ

14:50 – 15:00 **Tartışma**

15:00 – 15:30 **KAHVE ARASI**

15:30 – 17:00 **GENEL SEMPTOMLARIN YÖNETİMİNDE TAMAMLAYICI VE DESTEKLEYİCİ UYGULAMALAR VE YAŞANAN SORUNLAR**

15:30 – 15:50 **Yorgunluk ve Uyku Bozukluklarında Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar**
Uzm. Hem. Ülkü ÖZDEMİR

15:50 – 16:10 **Stres, Anksiyete ve Depresyon Yönetiminde Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar**
Hem. Derya TÜLÜCE

16:10 – 16:30 **Tamamlayıcı ve Destekleyici Bakım Uygulamalarında İstenmeyen Durumlar**
Dr. Songül GÖRİŞ

16:30 – 16:50 **Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulama Araştırmalarında Yaşanan Sorunlar (Yöntem ve Etik Sorunlar-Klinik Uygulanabilirlik)**
Dr. Sultan TAŞCI

16:50 – 17:00 **Tartışma**

17:00 – 17:30 **KURS DEĞERLENDİRMESİ VE KAPANIŞ**
Dr. Sultan TAŞÇI, Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN

17. ULUSAL İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ
HEMŞİRELİK OTURUMU - *BİLİMSEL PROGRAMI*

15 Ekim, Perşembe

SALON E

09:00 - 09:30 **AÇILIŞ KONUŞMALARI**

09:30 - 10:00 **KONFERANS:** KOAH'TA PULMONER REHABİLİTASYON VE HASTA EĞİTİMİ
Oturum Başkanları: *Dr. Nuran AKDEMİR, Dr. Sultan TAŞCI*
Konuşmacı: *Uzm. Hem. Betülay KILIÇ*

10:00 - 10:30 **KAHVE ARASI**

10:30 - 11:00 **KONFERANS:** PALYATİF VE DESTEKLEYİCİ BAKIM: GÜNCEL LİTERATÜR
Oturum Başkanları: *Dr. Fügen ÖZCANARSLAN, Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR*
Konuşmacı: *Dr. İmatullah AKYAR*

11:00 – 12:00 **SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI**
Oturum Başkanları: *Dr. Asiye DURMAZ AKYOL, Dr. Hicran YILDIZ*

12:00 – 12:30 **POSTER TARTIŞMASI**

12:30 - 13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**

13:30 - 15:00 **PANEL:** YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÖNCELİKLİ SORUNLAR
Oturum Başkanları: *Dr. Nuray ENÇ, Dr. Nuran TOSUN*

Yoğun Bakım Ünitesinde İlaç Uygulamaları: Nasıl Yapıyoruz?
Dr. Havva ÖZ ALKAN

Hastaları Yeterli Besliyor Muyuz, Aç Mı Bırakıyoruz?
Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA

Yaşam Sonu Bakım Yoğun Bakımın Neresinde?
Dr. Hatice MERT

15:00 – 15:30 **KAHVE ARASI**

15:30 - 16:30 **PANEL:** BÖBREK HASTALARINDA DAMAR YOLU SORUNU VE ÇÖZÜM YOLLARI
Oturum Başkanları: *Dr. Birsen YÜRÜGEN, Dr. Nimet OVAYOLU*

Nefrolog Gözüyle Böbrek Hastalarında Damar Yolu Sorunu ve Çözüm **Yolları**
Dr. Gültekin SÜLEYMANLAR

Damar Yolu Cerrahı Gözüyle Böbrek Hastalarında Damar Yolu Sorunu ve Çözüm Yolları
Dr. Barış AKİN

Diyaliz Hemşiresi Gözüyle Böbrek Hastalarında Damar Yolu Sorunu ve Çözüm Yolları
Uzm. Hem. Nurten ÖZEN

17. ULUSAL İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ
HEMŞİRELİK OTURUMU - *BİLİMSEL PROGRAMI*

16 Ekim, Cuma

SALON E

09:00 - 09:30 **KONFERANS:** İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİNDE GÜNCEL KILAVUZ ÖRNEKLERİ VE KILAVUZLARIN ÖNEMİ
Oturum Başkanları: *Dr. Aynur ESEN, Dr. Zeynep CANLI ÖZER*
Konuşmacı: *Dr. Vesile ÜNVER*

09:30 - 10:00 **KONFERANS:** ACİL SERVİSTE TRİYAJ HEMŞİRELİĞİ
Oturum Başkanları: *Dr. Sabire YURTSEVER, Dr. Özlem OVAYOLU*
Konuşmacı: *Hem. Hülya KARABULUT*

10:00 – 10:30 **KAHVE ARASI**

10:30 - 11.00 **KONFERANS:** KARACİĞER FONKSİYON BOZUKLUĞUNDA SEMPTOM YÖNETİMİ
Oturum Başkanları: *Dr. Hatice TEL AYDIN, Dr. Hatice SÜTÇÜ ÇİÇEK*
Konuşmacı: *Dr. Yasemin YILDIRIM*

11:00 – 12:00 **SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI**
Oturum Başkanları: *Dr. Nesrin NURAL, Dr. Özgül EROL*

12:00 – 12:30 **POSTER TARTIŞMASI**

12:30 – 13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**

13:30 – 15:00 **PANEL:** KRONİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİNDE HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI
Oturum Başkanları: *Dr. Gülümser ARGON, Dr. Şeyda ÖZCAN*

İyileştiricilik (Healing)
Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR

Uyum
Dr. Ayla DEMİRTAŞ

Sağlık Okur-Yazarlığı
Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ

15:00 - 15:30 **KAHVE ARASI**

15:30 - 16:30 **PANEL:** İNMELİ HASTA VE AİLESİNE YAKLAŞIM
Oturum Başkanı: Dr. Mukadder MOLLAOĞLU, Dr. Sevgisun KAPUCU

Erken Rehabilitasyon ve Beslenme
Dr. Sakine BOYRAZ

Bakım Verenin Yükü: Dünya'da ve Ülkemizdeki Durum
Dr. Ülkü GÖRGÜLÜ POLAT

17. ULUSAL İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ
HEMŞİRELİK OTURUMU - *BİLİMSEL PROGRAMI*

17 Ekim, Cumartesi

SALON E

09.00 - 10.15 **PANEL:** ENFEKSİYON HASTALIKLARINDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR VE KANITA DAYALI UYGULAMALAR
Oturum Başkanları: *Dr. Serhat ÜNAL, Dr. Yasemin TOKEM*

Mikroorganizmaların Değişimi ve Antibiyotik Kullanımı
Dr. Nursel ÇALIK BAŞARAN

Üriner Kateter Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Uygulamalar
Dr. Nalan AKBAYRAK

Periferik/Santral Kateter İlişkili Enfeksiyonları Önlemeye Yönelik Uygulamalar
Hem. Burcu ÇINAR

Ventilatör İlişkili Enfeksiyonları Önlemeye Yönelik Uygulamalar
Dr. Burcu BAYRAK KAHRAMAN

10:15 - 10:30 **KAHVE ARASI**

10:30 – 11:00 **KONFERANS:** İÇ HASTALIKLARI KLİNİKLERİNDE KARŞILAŞILAN ETİK İKİLEMLER
Oturum Başkanları: *Dr. Ayfer KARADAKOVAN, Dr. Sevilay HİNTİSTAN*
Konuşmacı: *Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL*

11:00 - 12:00 **SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI**
Oturum Başkanları: *Dr. Hatice BOSTANOĞLU, Dr. Sakine BOYRAZ*

12:00 – 12:30 **POSTER TARTIŞMASI**

12:30 – 13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**

13:30 - 14:00 **KONFERANS :** ONKOLOJİDE HEDEFLENMİŞ TEDAVİLER VE YAN ETKİLERİNİN KONTROLÜ
Oturum Başkanları: *Dr. Gülbeyaz CAN, Dr. Hicran BEKTAŞ*
Konuşmacı: *Hem. Figen BAY*

14:00 – 14:30 **KONFERANS:** DİYABETLİ YAŞLININ BAKIM VE İZLEMİ
Oturum Başkanı: *Dr. Nermin OLGUN, Dr. Sevgi KIZILCI*
Konuşmacı: *Dr. Feray GÖKDOĞAN*

14:30-15:00 **KONFERANS :** HASTA GÜVENLİĞİNDE HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI
Oturum Başkanı: *Dr. Aysel BADIR, Dr. Sezgi ÇINAR*
Konuşmacı: *Uzm. Hem. Nilgün DEVREZ*

15:00 - 15:30 **KAHVE ARASI**

15:30 – 16:30 **PANEL:** ÜLKEMİZDE HEMŞİRELİK MESLEĞİNİN GÜNCEL DURUMU
Oturum Başkanları: *Dr. Çiçek FADILOĞLU, Dr. Nalan AKBAYRAK*

Dünden Bugüne Hemşirelik Eğitimi
Dr. Nuran AKDEMİR

Sağlık Sisteminde Hemşirelik Mesleğinin Güncel Durumu
Dr. Hülya OKUMUŞ

16.30 **Kapanış ve Değerlendirme** Dr. Nuran AKDEMİR

Hemşirelik Programı

Konuşma Metinleri

ANTİBİYOTİK KULLANIMI VE DİRENÇ GELİŞİMİ

Dr. Nursel ÇALIK BAŞARAN
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Günümüzde infeksiyon hastalıkları pratiğinde en önemli sorun antibiyotiklere karşı hızlı direnç gelişimidir. Mikroorganizmalarda antibiyotiklere karşı "yapısal" ve "edinsel" direnç mevcuttur. Yapısal direnç dendiğinde bir mikroorganizmanın tüm üyelerinin yapı nedeniyle bir antibiyotiğe karşı dirençli olmasıdır. Örnek olarak gram negatif mikroorganizmaların vankomisine karşı dirençli olması verilebilir. Edinsel direnç ise normalde antibiyotiklerin etkisinin olduğu mikroorganizmalarda antibiyotikle karşılaşma sonucu yapısal veya düzenleyici genlerde mutasyon oluşması veya yeni bir DNA kazanması veya bu iki mekanizmanın bir arada oluşmasıyla gelişen dirençtir. Bu yazıda, edinsel antibiyotik direnci mekanizmaları ve direnç gelişimini kolaylaştıran faktörler özetlenmiştir.

Antibiyotik kullanırken infeksiyonları önlemek veya tedavi etmenin yanında ortaya çıkan istenmeyen etki mikroorganizmaların kullanılan antibiyotiklere karşı çeşitli mekanizmalarla direnç geliştirmesi olmaktadır. Direnç gelişme süresi kullanılan antibiyotiğin etki mekanizmasına, kullanılma sıklığına ve mikroorganizmanın yapısında ve kabiliyetine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir.

Tarihsel olarak bakıldığında antibiyotiklerin ilk kullanıma girmesiyle değişen sürelerde antibiyotik dirençleri tespit edilmiştir. Örnek olarak, penisilinlerin kullanıma girmesinden üç yıl sonra penisiline direnç geliştiği görülürken sulfonamidlere karşı direnç 10 yıldan sonra gelişmiştir. Bazı antibiyotiklere karşı daha geç direnç geliştiği gösterilmişse de sonunda tüm antibiyotiklere karşı direnç gelişimi kaçınılmazdır. Antibiyotikler ne kadar yoğun kullanılırsa direnç gelişme süresi o kadar hızlı olmaktadır.

Antibiyotik direncinin gelişmesi ve yayılması hem sağlık ilişkili uygulamalar hem de modern dünyanın yaşam şartlarıyla bir arada hızlanmaktadır. Dünya çapında yaygın ve hızlı seyahat ağı, kalabalık şehirler, iç içe yaşam ve kötü alt yapıların varlığı antibiyotik dirençli patojenlerin geçişini daha kolay hale getirmektedir. Tarım ve hayvancılıkta bazı antibiyotiklerin sektörel kullanımı ve gıda aracılı infeksiyonların da artmasıyla antibiyotik kullanımındaki artış direnç gelişiminde önemli bir basamak olmaktadır. Direnç gelişimini hızlandıran önemli bir durum da antibiyotiklerin yaygın olarak kullanıldığı immünkompromize hasta popülasyonunun artmasıdır. *Bartonella, Vibrio cholerae O139, Erlichia chaffeensis, Helicobacter pylori,* toksin üreten *Staphylococcus aureus* türleri gibi yeni ortaya çıkan ya da tedavilere direnci yeniden ortaya çıkan bakterilere bağlı infeksiyonlar da de antibiyotiklerin yoğun kullanılmasında ve direnç gelişiminde önemli nedenlerdir.

Yaygın kullanımın ötesinde gereksiz ve uygun olmayan şekilde antibiyotik kullanılması da direnç gelişimini hızlandırmaktadır. Toplumlarda ve hekimlerde yaygın olarak bilgilendirmeye rağmen virüs nedenli hastalıklarda antibiyotik kullanımları halen oldukça yaygındır. Hastaların antibiyotik reçete beklentisi, iyileştikleri anda antibiyotik kullanmayı yarıda kesmeleri, gerekli veya etkili olmayan tablolarda akılcı olmayan antibiyotik kullanımı direnç gelişimine katkı sağlamaktadır.

Hastane ortamları da antibiyotik direncinin hızla geliştiği önemli alanlardır. Yaygın olarak immunkompromize hastaların bulunduğu, patojen mikroorganizma konsantrasyonunun yüksek olduğu ve çeşitli antibiyotiklerin yaygın olarak kullanıldığı ortamlardır. Bu ortamlarda bakteriler arasında dirençli gen transferi kolaylaşır. Özellikle infeksiyon kontrol önlemlerini uygulamayan hastane personeli direncin yayılmasına ve artışına katkı sağlamaktadır.

Bakteriler bir veya birden çok mekanizma ile bir antibiyotiğe karşı direnç geliştirebilirler: 1) hücre içinde antibiyotik miktarının azalması; mikroorganizmalar membran geçirgenliğini azaltarak, iç membrandan geçişi engelleyerek veya aktif atım pompası ile hücre dışına çıkararak antibiyotiğin hücre içinde birikmesi engeller, 2) antibiyotik hedefinde mutasyon veya enzimatik yolla değişiklik olması, 3) sentezlenen bir enzimle antibiyotiğin inaktif hale getirilmesi, 4) antibiyotikten etkilenmeyen farklı bir metabolik yolağın kullanılması.

Bakteriler, antibiyotikle karşılaştığında kromozomda spontan mutasyon geliştirerek direnç mekanizması oluşturur. Antibiyotik baskısı altında yukarıdaki mekanizmaların yer aldığı dirençli mutantlar seçilir ve çoğalarak dirençli bir popülasyon ortaya çıkar. Buna "dikey evrim" adı verilir. Bakterilerin dirençli suşlardan genetik madde alarak direnç kazanması ise "yatay evrim" olarak adlandırılmıştır. Bu genetik madde geçişi konjugasyon (plazmid, transpozon, integron ve kaset denilen genetik yapıların geçişi), transdüksiyon (bakteriyofaj aracılığıyla direnç geninin geçişi) ve transformasyon (bakteri parçalandığında ortamda kalan DNA parçacıklarının diğer bakteriler tarafından alınması) yoluyla oluşmaktadır.

Antibiyotiklerin enzimatik inaktivasyonu için en iyi örnek beta-laktamaz gelişimidir. Beta laktamaz bakteriyel periplazmik boşluğa salınır, antibiyotik hedefe yaklaştığında antibiyotik moleküllerini parçalayarak inaktive eder. *S.aureus, Escherischia coli* gibi birçok mikroorganizma örnek verilebilir.

Atım pompaları bakterilerin plazma membranında bulunan özelleşmiş membran proteinleridir ve ATP gerektiren aktif transport mekanizmalarıdır. Aktifleştiklerinde antibiyotiği sürekli hücre dışına çıkarır ve bu şekilde antibiyotik hücre içinde etkin seviyelerin altında bulunur. *Pseudomonas aeruginosa* suşlarında çoklu ilaç direncinden sorumlu birden çok atım pompası tanımlanmıştır.

Bazı bakterilerde membran geçirgenliklerini azaltarak antibiyotiğin hücre içine girişini engeller. Bunu sağlanmak için porin ve dış membran kanal proteinlerinin üretimlerini azaltırlar. Streptomisin, tetrasiklin ve sulfa ilaçlarına karşı direnç bu yolla gelişir.

Bakteriler antibiyotik etkisinden kaçmak için antibiyotiğin hedeflerinde değişiklik oluştururlar. Hedef proteini kodlayan genin mutasyonu veya modifiye hedefi kodlayan bir geni oluşturarak mekanizmayı değiştirebilir. Bunun için örnek; *S. aureus* suşu mecA geni sayesinde farklı bir penisilin bağlayıcı protein (PBP) üretir ve bu değişmiş yapıdaki PBP'e penisilinler bağlanamaz ve metisiline dirençli *S.aureus* suşları ortaya çıkar. MRSA penisiline, sefalosporinlere ve karbapenemelere yani tüm beta laktam antibiyotiklere karşı dirençlidir. *Streptococcus pneumoniae* de benzer şekilde PBP'leri modifiye ederek penisilin direnci geliştirir.

Farklı antibiyotiklerin farklı yönde hedefi olan bakteri ribozomlarında RNA modifikasyonu yoluyla da direnç gelişimi sağlanır. Bazı mikroorganizmalarda hedef değişikliği ile atım pompaları bir arada gelişir ve direnç daha etkili bir şekilde görülür.

Bazı antibiyotikleri etki mekanizmaları metabolik yolakların tamamen inhibe edilmesi yoluyla olur. Bu durumda bakteriler alternatif yolak kullanarak direnç geliştirirler.

Bakterileri doğası da direnç gelişimi açısından farklılık gösterir. MRSA genomunun %7'si antibiyotik direncinden sorumlu gene sahipken patojen olmayan *Bacillus subtilis* hiç direnç geni içermez. MRSA farklı direnç mekanizmaları geliştirebilir: Beta-laktamaz direnci, eritromisin direnci, aminoglikozid üretimi, efflü pompa gelişimi gibi.

Günümüzde metisilin direçli ve vankomisin dirençli *S.aureus* ve vankomisin dirençli enterokoklar oldukça tehlikeli patojenlerdir ve profesyonel patojen olarak adlandırılmışlardır. Kromozom üzerinde 3-4 direnç adası bulunur.

Sonuçta antibiyotik direnç gerçeğinin altında yatanlar akılcı olmayan antibiyotik kullanımı, hastane infeksiyon kontrol protokollerine uyumsuzluk ve dünya çapında seyahat kolaylığıdır. Yeni antibiyotik geliştirilmesindeki güçlükler de göz ününe alındığında mevcut antibiyotiklere direnç gelişiminin önlenmesi toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir. Bir antibiyotiğin kullanım ömrünü uzatmak için yapılması gerekenler antibakteriyel ilaçların akılcı kullanımı; antibakteriyel ilaçların seçici olarak kontrolü veya kısıtlaması; antibakteriyel ilaçların döngüsel veya periyodik olarak kullanılması; direnç yollarının değerlendirilmesi; global değişikliklerin ve hastane ortamlarında infeksiyon kontrol önlemlerinin etkin şekilde uygulanması şeklinde özetlenebilir.

Kaynaklar

1. Tenover FC. Mechanisms of antibacterial resistance in bacteria. Am J Infec Control. 2006; 34(5 Suppl 1):S3-10.
2. Murray BE. New aspects of antimicrobial resistance and the resulting therapeutic dilemmas. J Infect Dis 1991; 163: 1185-1194.
3. Livermoore DM. Bacterial resistance: Origins, epidemiology and impact. CID 2003:36(Suppl 1):11-23.

PERİFERİK/SANTRAL KATETER İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLARI ÖNLEMEYE YÖNELİK UYGULAMALAR

Burcu ÇINAR
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

Sağlık hizmeti ile ilişkili infeksiyonlar dünya çapında milyonlarca insanı etkilemekte ve hasta güvenliği için önemli bir küresel bir sorun oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yatan hastaların %5 ila %10'unda hastane infeksiyonu görülürken, gelişmekte olan ülkelerde, risk 2-20 kat daha yüksektir ve genellikle %25'in üzerindedir. Bu infeksiyonların %75'inden fazlası üriner sistem infeksiyonları, kan dolaşımı infeksiyonu, pnömoni, ve cerrahi alan infeksiyonları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Santral venöz yol; kalbe direkt katılan bir vene kateter yerleştirilmesidir. Santral venöz kateterizasyon için temel endikasyonlar şunlardır:

- Santral venöz basınç ölçümü, hemodinamik izlem
- Uzun süreli tedavi: haftalar, aylar veya yıllar
- Yüksek konsantrasyonlu sıvı ve ilaçların verilmesi
  - Total parenteral beslenme
  - İrritan ilaçlarla kemoterapi
  - Yüksek konsantrasyonlu antibiyotik solüsyonları
- Tekrarlayan kan ve kan ürünleri kullanımı
- Hemodiyaliz, plazmaferez
- Tekrarlayan venotomiler
- Daha önceki yoğun tedavi, cerrahi ve doku hasarına bağlı periferal venöz yolların yokluğu
- 0_2 ölçümü
- Sıvı replasmanı

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 15 milyon damar içi kateter kullanılması, bu kateterlerin 5 milyondan fazlasının santral venöz katater olduğunun bildirilmesi, yöntemin tüm dünyada ne kadar sık kullanıldığının bir göstergesidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde erişkin hasta grubunda KBKDİ sıklığını belirlemek için 1996-2008 yılları arasında 12 yıllık çalışma yapılmış, toplam 250.000 KBKDİ geliştiği görülmüştür. 1996 yılında KBKDİ hızı 4.3/1000 kateter günü iken; 2003 yılında 7.0/1000 kateter günü olarak tespit edilmiş, çalışma sonunda 2008 yılında hız 5.9/1000 gününe gerilemiştir. Mortalite hızı ise %7.6'dan %5.9 'a gerilemiştir. El hijyeni kurallarına uyum, maksimum bariyer önlemlerine uyum, klorheksidin ile cilt antisepsisi ve gereksiz kateter kullanımından kaçınılması ile KBKDİ hızlarının azaldığı görülmüştür.

Kateterler boylarına göre uzun, orta, kısa; uygulama süresine göre uzun süreli, kısa süreli; uygulama yerine göre periferik veya santral olarak alt gruplara ayrılır. Hastaneye yatan hastaların %6'sında santral venöz kateter (SVK) kullanım gereksinimi olduğu belirtilmektedir Santral venöz kanülasyon amacıyla sıklıkla internal juguler ven ve subklavyan ven kullanılmaktadır. Femoral ven, eksternal juguler ven, basilik ve sefalik ven gibi diğer periferik venler daha az sıklıkla kullanılır. Santral venöz kanülasyon yapılırken en sık Seldinger yöntemi kullanılmaktadır.

Hangi kateterizasyon yerinin daha yüksek infeksiyon riski taşıdığı hala tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda femoral ve bazı çalışmalarda da juguler giriş yeri daha riskli olarak belirtilmektedir. Menteş ve ark. çalışmalarında subklavyen kateterizasyonun diğer yerlere göre daha az infeksiyon insidansı ile ilişkili olduğu ve kateter kaynaklı bakteriyemi açısından jugulere göre 2,5 kat daha az infeksiyon riski taşıdığını saptamıştır. Kateter kaynaklı infeksiyonları en aza indirmek için subklavyen kateterin, diğer kateter giriş yerlerine göre öncelikle tercih edilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Katetere bağlı kan dolaşımı infeksiyonu

Damar içi kateteri olan bir hastada; en az bir periferik kan kültürü pozitifliği ile tanı konan bakteremi/fungemi ve eşlik eden klinik infeksiyon bulgularının (ateş, titreme ve/veya hipotansiyon) saptanması ve kateter dışında başka bir infeksiyon kaynağının bulunmamasıdır. DİK İnfeksiyonları; subkutan tünel infeksiyonları, tromboflebit, bakteremi, sepsis, enfektif endokardit, metastatik infeksiyonlar (yaygın apseler, osteomyelit, septik artrit) şeklinde karşımıza çıkar. Mikroorganizmaların DİK giriş yerleri ise; hastanın cilt mikroflorası, hematojen yayılım, sağlık çalışanlarının elleri, birleşme yeri kolonizasyonu, ve kontamine sıvılarla olabilir.

Venöz kateterizasyonda kullanılabilecek venler şunlardır:

- İnternal juguler ven
- Eksternal juguler ven
- Subklaviyan ven
- Kol venleri (antekübital, sefalik, bazilik)
- Femoral ven
- Nadir kullanılan diğer yollar: portal ven, inferior vena kava, hepatik venler, internal mammarian venler, skalp venleri, pudendal ven, gonadal venler, inferior epigastrik ven, interkostal venler ve azigos veni.

Tablo 1'de ise bu yolların avantaj ve dezavantajları özetlenmiştir.

Kısaltmalar

SVK: Santral Venöz Kateter
PVK: Periferik Venöz Kateter
DİK: Damar İçi Kateter
KDİ: Kan Dolaşımı İnfeksiyonu
CDC: Centers for Disease Control and Prevention
HICPAC: The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee
KBKDİ: Katetere Bağlı Kan Dolaşımı İnfeksiyonları
KİKDİ: Katetere İlişkili Kan Dolaşımı İnfeksiyonları
YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi
PVK: Periferik Venöz Kateter

Tablo 1. Santral venöz kateterizasyonda kullanılan değişik venöz yolların avantaj ve dezavantajları

	Avantajları	Dezavantajları
Kol venleri	Girişim basit, ven görülür ve palpe edilir, yakın vital organ yok, hasta konforu iyi	Santral venlere ulaşmada yetersizlik Yüksek tromboz insidansı Maksimum infüzyon hızı düşük
İnternal juguler ven	Kateterizasyon basit Santral venlere doğrudan katılım Yüksek akım hızı, düşük tromboz riski Düşük pnömotoraks riski	Hasta konforu az Geç komplikasyon oranında (özellikle infeksiyon) yükseklik Göğüs duvarında tünel açma daha zor
Subklavian ven	Hasta konforu daha iyi Düşük uzun dönem komplikasyonları	Giriş yolu kıvrımlı Kanulasyon daha zor Akut komplikasyonlar daha sık(pnömotoraks, hemotoraks, sinir hasarı)
Femoral ven	Yüksek akım hızı, diyaliz için uygun Kolay yerleştirme	İnfeksiyon ve tromboz oranı yüksek Obez hastalarda yerleştirme zor

Santral venöz kateterler

Tünelsiz santral kateterler: Poliürethan ve polivinilden yapılmışlardır. Tel üzerinden yerleştirilirler. Bir aydan kısa süreli kullanım için uygundur. Subklavian, eksternal ve internal juguler ve femoral venlerden yerleştirilir. Kateter ucu SVK 1/3 alt kısmına ve femoral yoldan ise inferior vena kavaya yerleştirilir. Diyaliz kateterleri için juguler ven yolu tercih edilmelidir.

Tünelli santral kateterler: (Hickmann, Broviac, Groshong tip kateterler) silikon ve poliürethan yapıdaki bu kateter aylarca kullanılabilir. Vene giriş yeri ile deriye giriş yeri arasında yaklaşık deri altında yaklaşık 10 cm'lik bir tünel bulunur. Genellikle SKV ve internal juguler ven yoluyla SVK 1/3 alt kısmına yerleştirilir. Kateter çıkış yeri göğüs üst dış kesiminde yeralır. Çıkışa 2-3 cm mesafede Dakron keçe (cuff) yer alır. Bu keçe, çevresinde fibröz doku oluşturarak mikroorganizmalar karşı bir bariyer oluşturur. Aynı zamanda kateterin çıkmasını da engeller.

İmplante edilen portlar: Kalış süresi aylar ve yıllarca olabilir ve genellikle tedavi süresince kalabilirler. Silikon elastomerlerinden yapılmış kateter ve titanyum, paslanmaz çelik veya plastikten yapılmış rezervuar bulunur. Rezervuarın üstünde iğne girişinin yapıldığı kalın bir membran bulunur. Cerrahi olarak göğüs üst kesimi veya kolda subkutan dokuda bir cep oluşturularak rezervuar yerleştirilir. Santral bir vene yerleştirilen kateter subkutan bir tünel yoluyla rezervuara bağlanır. Kateter genellikle SVK distalinde yer alır. Özel bir iğne ile rezervuara girilir ve tedavi bitiminde iğne çıkarılır. Rezervuar deri altında olduğu için dışardan görülmez.

WHO gelişmekte olan ülkelerde hastane infeksiyonlarının %40'ından fazlasının önlenebildiğini bildirmektedir. Sağlık Bakımı İyileştirme Entitüsü (The Institute for Healthcare Improvement ; IHI) hastane infeksiyonlarının önlenmesi ve ,sağlık hizmeti sunumunda arzu edilen sonuçlara ulaşmak amacıyla paket (bundle) yaklaşımını ileri sürmüştür. Sağlık Bakımı İyileştirme Entitüsü ilk hedef olarak 2006 yılında 100.000 hayat kurtarma kampanyası başlatmış, bu kampanyaya katılan çok sayıda hastanede (>3000) kateter ilişkili kan dolaşımı infeksiyonu, ventilatörle ilişkili pnömoni (VİP) ve CAİ'lerin önlenmesine yönelik önlem paketleri uygulamaya konulmuştur. Kanıta dayalı bundle uygulamalarının teker teker uygulamanın yeterli olmadığı, hepsine birlikte uyum gerçekleştiğinde multidisipliner takım çalışması ile hastane infeksiyonlarının önlenebileceğini bildirmiştir. Paketlerin takibi ya hep ya hiç mantığıyla yapılır. Bileşenlerden birine uyumsuzluk saptanması durumunda diğer bileşenlere de uyulmamış olduğu varsayılır. Paketlerin içinde etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış 4-5 bileşenin bulunması önerilmektedir.

Paket yaklaşımının dünyada ilk örneği santral kateter ilişkili kan dolaşımı infeksiyonlarının (SVK-KDİ) önlenmesi konusunda olmuştur. Johns Hopkins Hastanesinde Ocak 1998- Aralık 2002 tarihleri arasında 16 yataklı bir cerrahi yoğun bakım ünitesinde santral kateter önlem paketi uygulanmış, kılavuzlarca desteklenen parametreler takip edilmiştir. El hijyeni, klorheksidin glukonat ile cilt hazırlığı, santral kateter takarken maksimum bariyer önlemlerine uyulması, günlük olarak kateterin gerekliliği sorgulanması ile SVK-KDİ hızının 11.3/1000 kateter gününden 0/1000 kateter gününe çekilmesinin mümkün olduğu gösterilmiştir.

"Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), enjektör ve iğne kullanımında değişikliğe gidilmesinin, hastalıkları tedavi etmekten daha ucuza mal olacağını belirtmiştir. Ayrıca tek doz ilaçların yeniden kullanılması veya çoklu doz ilaçların yanlış kullanımı nedeniyle birçok salgın olduğunu bildirmiş ve çok önemli bir kampanya başlatmıştır.:"One needle, One syringe, Only one time"

Damar içi kateterler modern tıbbın vazgeçilmez araçlarından biri haline gelmiştir.Rutinde çeşitli uygulama alanları olan kateterler aynı zamanda çeşitli infeksiyonların kaynağı olarak da karşımıza çıkmaktadır. Kateter ilişkili kan dolaşımı infeksiyonları hastane infeksiyonları arasında önemli bir yer tutmaktadır. Bu infeksiyonları önlemek amacıyla etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış infeksiyon kontrol önlem paketlerinin uygulanması, güvenli ilaç uygulamaları, standart önlemlere, el hijyenine ve izolasyon kurallarına uyum; kateterin gereksinim ortadan kalkar kalkmaz en kısa sürede çekilmesi ; güvenli sağlık hizmetinin multidisipliner bir yaklaşımla sunulmasına olanak sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Pittet D, Allegranzi B, Storr J, Bagheri Nejad S, Dziekan G, Leotsakos A, Donaldson L. Infection control as a major World Health Organization priority for developing countries. J Hosp Infect. 2008 Apr;68(4):285-92
2. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Healthcare, 2005
3. Jarvis William R. The United States approach to strategies in the battle against healthcare-associated infections, 2006: transitioning from benchmarking to zerotolerance and clinician accountability Journal of Hospital Infection (2007) 65(S2) 3–9
4. Sean M. Berenholtz, MD, MHS; Peter J. Pronovost, MD, PhD; Pamela A. Lipsett, MD;Deborah Hobson, BSN; Karen Earsing, RN, MS; Jason E. Farley, MSN, MPH, CRNP;Shelley Milanovich, RN, MSN, ACNP; Elizabeth Garrett-Mayer, PhD; Bradford D. Winters, MD, PhD;Haya R. Rubin, MD, PhD; Todd Dorman, MD; Trish M. Perl, MD, MSc Eliminating catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit.Crit Care Med 2004;32:2014-20
5. Monaca E, Trojan S, Lynch J, Doehn M, Wappler F. Broken guide wire - a fault of design? Can J Anesth 2005; 52:801-4.
6. David LR, David MM, Kaplan JA. Hemodynamic Monitoring. In: Kaplan JA, Reich DL, Konstadt NS, eds. Cardiac Anesthesia. Philadelphia:W.B. Saunders, 1999; 321-58.
7. Doğan N, Becit N, Kızılkaya M, Ünlü Y. Santral venöz kanülasyonuna bağlı nadir bir komplikasyon. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2004; 12:135-7.
8. O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter related infections. MMWR 2002;51/RR-10:1-29.
9. Boyce JM, Pittet D. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/ IDSA Hand Hygiene Task Force. Infect Control Hosp Epidemiol 2002;23(12 Suppl):3-40.
10. Damar İçi Kateter İnfeksiyonlarının Önlenmesi Kılavuzu , Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği 2005
11. Tercan F. Venöz Kateterizasyon için girim yolları ve Kateter Tipleri, Türk Hematoloji Derneği, Hematoloji pratiğinde uygulamalı kateterizasyon kursu, 2006
12. Maki DG, Kluger DM, Crnich CJ. The risk of bloodstream infection in adults with different intravascular devices: a systematic review of 200 published prospective studies. Mayo Clin Proc 2006; 81:1159-71. http://dx.doi.org/10.4065/81.9.1159 PMid:16970212
13. Menteş Ö, Yiğit T, Harlak A ve ark. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde kateter kaynaklı infeksiyonlar. Gülhane Tıp Derg 2008; 50:158-63.
14. Kelly R. Daniels, PharmD , Christopher R. Frei , PharmD, MS "The United States'progress toward eliminating catheter-related bloodstream infections: Incidence, mortality, and hospital length of stay from 1996 to 2008" American Journal of İnfection Control. Volume 41, Issue 2, February 2013, Pages 118–121
15. Duygu ÖCAL, İştar DOLAPÇI Santral Venöz Kateter ile İlişkili Enfeksiyonlar Türk Mikrobiyol Cem Derg 42(1):1-9, 2012
16. http://www.oneandonlycampaign.org

VENTİLATÖR İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLARI ÖNLEMEYE YÖNELİK UYGULAMALAR

Burcu BAYRAK KAHRAMAN
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

Ventilatör ilişkili olarak karşımıza çıkan en önemli enfeksiyon pnömonidir. Ventilatör İlişkili Pnömoni (VİP), önemli hastane enfeksiyonlarından biridir (1). Bu enfeksiyonu önlemeye yönelik günümüzde literatürde çok sayıda strateji öne sürülmüştür. Bu stratejiler genellikle nonfarmakolojik ve farmakolojik olarak sınıflandırılmaktadır. (2-5)

- Farmakolojik Stratejiler;
  1. Stres ülser proflaksisinin gereksiz yere kullanımından kaçınmak
  2. Selektif sindirim sistemi dekontaminasyonu
  3. Klorheksidin ile ağız bakımı
- Nonfarmakolojik Stratejiler;
  1. Mekanik Ventilasyon süresi, noninvaziv mekanik ventilasyon ve nazotrakeal entübasyon yerine orotrakeal entübasyon
  2. Kaf basıncı izlemi
  3. Subglotik aspirasyon
  4. Aspirasyon şekli
  5. Planlanmamış ekstübasyonlar ve erken trakeostomi
  6. Ventilatör devreleri, solunum filtreleri ve ısı nem değiştiriciler
  7. Hasta pozisyonu
  8. Ağız bakımı
  9. El hijyeni
  10. Aşırı abdominal distansiyonun engellenmesi

Farmakolojik stratejiler

1. Stres ülser proflaksisinin gereksiz yere kullanımından kaçınmak

Stres ülser profilaksisi için sıklıkla H_2 reseptör antagonistleri, proton pompa inhibitörleri ve sukralfat kullanılmaktadır (6). Profilaksi amacıyla kullanılan H_2 reseptör blokörleri ve antiasitler, gastrik asiditeyi baskılayarak stres ülser gelişmesi olasılığını azaltmaktadır. Ancak diğer yandan gastrik kolonizasyon olasılığını artırarak, VİP gelişme riskini de artırmaktadır. Sukralfatın ise mide asidini etkilememesi nedeniyle pnömoni gelişme olasılığını azaltacağı düşünülmektedir.

2. Selektif sindirim sistemi dekontaminasyonu

Selektif sindirim sistemi dekontaminasyonu (SDD) kolonizasyon rezistansı kavramı üzerine kurulan bir yöntemdir. Selektif sindirim sistemi dekontaminasyonuna göre bağırsaklardaki olağan anaerobik flora, aerobik gram-negatif bakterilerin kolonizasyonunu önlemektedir. Ancak anaerobik flora ortadan kalktığında aerobik bakterilerin kolonizasyonu gelişmekte ve bu bakteriler ile oluşan enfeksiyonlar artmaktadır. Selektif sindirim sistemi dekontaminasyonunun temel amacı bağırsaklardaki anaerobik floraya zarar vermeden sindirim sistemindeki gram-negatif bakterileri ve mantarları yok etmektir (7).

3. Klorheksidin ile ağız bakımı

Literatürde son yıllarda klorheksidin ile ağız bakımı ön plana çıkmaktadır (8-10). Klorheksidin ile ağız bakımının VİP gelişme insidansını azalttığına ilişkin sonuçlar daha çok cerrahi hasta grubunu içeriyor gibi görünse de (2,5) yoğun bakım ünitelerinde son yıllarda yapılan çalışmalarda da klorheksidinle ağız bakımının VİP gelişimini azalttığına ilişkin sonuçlar elde edilmiştir (8-10).

Nonfarmakolojik stratejiler

Ventilatör ilişkili pnömoniyi önleme kapsamında ele alınması gereken nonfarmakolojik stratejileri şu şekilde açıklamak mümkündür.

1. Mekanik ventilasyon süresi, noninvaziv mekanik ventilasyon ve nazotrakeal entübasyon yerine orotrakeal entübasyon

Ventilatör ilişkili pnömoninin gelişimi için en önemli risk faktörü endotrakeal tüp varlığıdır. Bu nedenle mümkün olduğu kadar endotrakeal entübasyondan kaçınmak, akut solunum yetersizliği olan hastalarda, hastanın klinik durumuna göre noninvazif mekanik ventilasyon (NIMV) uygulamak ve invaziv mekanik ventilasyon uygulanmış ise uygun olan en kısa sürede sonlandırmak gerekmektedir (2). Entübasyonun gerekli olduğu durumlarda ise nazotrakeal entübasyon yerine orotrakeal entübasyon tercih edilmelidir. (3,11).

2. Kaf basıncı izlemi

Entübe hastalarda endotrakeal tüpün kaf balonu belirli bir basınçta şişirilerek takip edilmelidir. Bu sayede alt solunum yollarından gaz kaçağı engellenmektedir. Ayrıca şişirilen kaf balonu etrafından alt solunum yollarına bakteriyel patojenlerin girişi de önlenmektedir (2). Ventilatör ilişkili pnömoni önlem rehberlerinde endotrakeal tüp balonunun 20-30 cmH_2O basınçta tutulması önerilmektedir (2,5).

3. Subglotik aspirasyon

Subglotik aspirasyon özelliği bulunan endotrakeal tüplerin kullanılması VİP gelişim riskini azaltmaktadır. Entübasyon ihtiyacı olan hastalarda bu tüpler tercih edilerek subglotik bölgenin aspirasyonu sağlanmalıdır (12,13).

4. Aspirasyon şekli

Aspirasyon açık ve kapalı yöntem aspirasyon olmak üzere iki şekilde gerçekleştirilmektedir. Ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesine ilişkin kılavuzlarda açık aspirasyon ile kapalı aspirasyon arasında pnömoni gelişimi açısından fark olmadığı belirtilmektedir (2,5).

5. Planlanmamış ekstübasyonlar ve erken trakeostomi

Plansız gerçekleştirilen ekstübasyonlar VİP gelişim riskini artırmaktadır. Çünkü bu tür ekstübasyonlar genellikle tekrarlayan entübasyon ile sonuçlanmaktadır. De Lassence ve ark. (2002) tarafından yapılan çalışmada hastane kökenli pnömoni oranının planlanmamış ekstübasyon ve tekrarlayan entübasyon durumunda önemli derecede arttığı belirlenmiştir (14). Ekstübasyonun güç olduğu, uzun süre mekanik ventilatör ile izleneceği düşünülen hastalarda ise erken dönemde trakeostominin açılması önerilmektedir (2,5).

6. Ventilatör devreleri, solunum filtreleri ve ısı nem değiştiriciler

Literatürde ventilatör devrelerinin değişim sıklığının VİP insidansını etkilemediği belirtilmektedir (15,16). Bu konuda yapılan bir çalışmada, Lorente ve ark. (2004) 48 saatte bir ventilatör devrelerinin değiştirilmesi ile hiç değiştirilmemesi arasında VİP gelişme oranı açısından anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşmışlardır (17).

Solunum filtreleri ventilatörlerin kontaminasyonu nedeniyle VİP gelişimini engellemek amacıyla solunum devresi içerisine yerleştirilerek kullanılmaktadır. Ancak solunum filtrelerinin VİP gelişimini engellediğine ilişkin yeterli kanıt günümüzde hala mevcut değildir (2,5). Hastalık kontrol ve önleme merkezinin önerisine göre, şüpheli veya tanılanmış basilli akciğer tüberkülozu olan ve mekanik ventilatörde izlenen hastalarda solunum filtresinin kesin olarak kullanılması gerekmektedir (18).

Yapay hava yolu desteği sağlanan hastalarda verilen havanın ısıtılması ve nemlendirilmesi gerekmektedir (19). Nemlendirme işlemi ya aktif olarak ısıtıcılı nemlendirme sistemleriyle ya da pasif olarak ısı nem değiştirici filtreler ile yapılmaktadır. Bu iki yöntem arasında VİP gelişimi açısından fark olup olmadığı konusunda netlik söz konusu değildir. Ancak solunum devrelerinde sıvı birikimi VİP gelişme riskini artırmaktadır. Bu nedenle VİP önlem kılavuzlarında pasif ısıtıcıların kullanılması önerilmektedir (2,5).

7. Hasta pozisyonu

Hasta pozisyonu VİP gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır (20). Enteral beslenen hastalarla yapılan bir çalışmada supin pozisyonun, yarı oturur pozisyona göre VİP gelişimini 3 kat artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (21).

8. Ağız bakımı

Mekanik ventilatörde izlenen hastalarda oral alamama, endotrakeal tüp ve ilaçlar gibi nedenlerle ağız bütünlüğünün bozulma riski çok yüksektir. Ağız bütünlüğündeki bozulma ve flora değişiklikleri VİP gelişme riskini de artırmaktadır (22). Bu nedenle mekanik ventilatörde izlenen hastalarda VİP gelişiminin önlenmesinde ağız bakımı ayrı bir önem taşımaktadır.

9. El hijyeni

El hijyenin sağlanması enfeksiyon kontrolünde standart önlemler içerisinde yer almaktadır (5). Diğer tüm enfeksiyonlarda olduğu gibi VİP gelişiminin önlenmesinde de el hijyeni önemli bir yer tutmaktadır (2,5). Koff ve ark. (2011) yoğun bakım ünitelerinde el hijyeni uyumunu artırmak amacıyla yapmış oldukları çalışmada, el hijyeni uyumunda artma sağlayarak VİP gelişme oranında da anlamlı bir azalma sağlamışlardır (23).

10. Aşırı abdominal distansiyonun engellenmesi

Literatürde b**a**zı çalışmalarda mide içeriğinin aspirasyonu ile VİP gelişimi arasında ilişki gösterilerek, distansiyondan kaçınmanın bu sorunu azaltabileceği belirtilmiştir (24-26).

Kaynaklar

1. Kapucu S, Özden G. (2014). Ventilatör İlişkili Pnömoni ve Hemşirelik Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 99–110.
2. Yelken, B., Memiş, D., Durmaz, G., Yosunkaya, A., Aygün, G. (2011). Türk Yoğun Bakım Derneği Ventilatörle İlişkili Pnömonide Tanı ve Tedavi Rehberi. In F. Kahveci (Ed.), Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi. İstanbul: Özgün Ofset.
3. Yosunkaya, A. (2010). Ventilatör İlişkili Pnömoniden Korunma. Selçuk Ünv,versitesi Tıp Dergisi, 26(4), 160-166.
4. Akalın, H. (2004b). Ventilatörle İlişkili Pnömoni ve Önlenmesi. Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 8(2), 112-115.
5. Arman, D., Arda, B., Çetinkaya Şardan, Y., Bal Kayacan, Ç., Esen, F., Topeli İskit, A. ve diğ. (2008). Sağlık Hizmeti ile İlişkili Pnömoninin Önlenmesi Kılavuzu Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 12(2), 3-13.
6. Sarıbeyoğlu, K., Pekmezci, S. (2008). Yoğun Bakımda Gastrointestinal Hemorajiler ve Profilaksi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 6(2), 63-67.
7. Ünal, N. (2002). Selektif Digestif Dekontaminasyonun Günümüzdeki Yeri. Yoğun Bakım Dergisi, 2(Ek 1), 116-124.
8. Munro, C. L., Grap, M. J., Jones, D. J., McClish, D. K., Sessler, C. N. (2009). Chlorhexidine, toothbrushing, and preventing ventilator-associated pneumonia in critically ill adults. American Journal of Critical Care, 18(5), 428-437.
9. Ozcaka, O., Basoglu, O. K., Buduneli, N., Tasbakan, M. S., Bacakoglu, F., Kinane, D. F. (2012). Chlorhexidine decreases the risk of ventilator-associated pneumonia in intensive care unit patients: a randomized clinical trial. Journal of Periodontal Research, 47(5), 584-592.
10. Tantipong, H., Morkchareonpong, C., Jaiyindee, S., Thamlikitkul, V. (2008). Randomized controlled trial and meta-analysis of oral decontamination with 2% chlorhexidine solution for the prevention of ventilator-associated pneumonia. Infection Control and Hospital Epidemiology, 29(2), 131-136.
11. Akalın, H. (2004). Nozokomiyal Pnömoni-I: Epidemiyoloji-Patogenez-Etyoloji-Tanı. Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 8(1), 11-20.
12. Smulders, K., van der Hoeven, H., Weers-Pothoff, I., Vandenbroucke-Grauls, C. (2002). A randomized clinical trial of intermittent subglottic secretion drainage in patients receiving mechanical ventilation. Chest, 121(3), 858-862.
13. Dezfulian, C., Shojania, K., Collard, H. R., Kim, H. M., Matthay, M. A., Saint, S. (2005). Subglottic secretion drainage for preventing ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis. American Journal of Medicine, 118(1), 11-18.
14. de Lassence, A., Alberti, C., Azoulay, E., Le Miere, E., Cheval, C., Vincent, F.ve diğ. (2002). Impact of unplanned extubation and reintubation after weaning on nosocomial pneumonia risk in the intensive care unit: a prospective multicenter study. Anesthesiology, 97(1), 148-156.
15. Diaz, L. A., Llaurado, M., Rello, J., Restrepo, M. I. (2010). Non-pharmacological prevention of ventilator-associated pneumonia. Archivos de Bronconeumología, 46(4), 188-195.
16. Lorente, L., Blot, S., Rello, J. (2007). Evidence on measures for the prevention of ventilator-associated pneumonia. European Respiratory Journal, 30(6), 1193-1207.
17. Lorente, L., Lecuona, M., Galvan, R., Ramos, M. J., Mora, M. L., Sierra, A. (2004). Periodically changing ventilator circuits is not necessary to prevent ventilator-associated pneumonia when a heat and moisture exchanger is used. Infection Control and Hospital Epidemiology, 25(12), 1077-1082.

18. Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care facilities, 1994. Centers for Disease Control and Prevention. (1994). Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports, 43(RR-13), 1-132.
19. Stacy, K. M. (2002). Pulmonary Therapeutic Management. In L. D. Urden, K. M. Stacy, M. E. Lough (Eds.), Critical Care Nursing (Fourth Edition ed., pp. 587-613). St. Louis, Missouri: Mobys.
20. Li Bassi, G., Torres, A. (2011). Ventilator-associated pneumonia: role of positioning. Current Opinion in Critical Care, 17(1), 57-63.
21. Drakulovic, M. B., Torres, A., Bauer, T. T., Nicolas, J. M., Nogue, S., Ferrer, M. (1999). Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomised trial. Lancet, 354(9193), 1851-1858.
22. Özveren, H. (2010). Mekanik Ventilatöre Bağlı Hastalarda Ağız Bakımı. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 17(2), 92-99.
23. Koff, M. D., Corwin, H. L., Beach, M. L., Surgenor, S. D., Loftus, R. W. (2011). Reduction in ventilator associated pneumonia in a mixed intensive care unit after initiation of a novel hand hygiene program. Journal of Critical Care, 26(5), 489-495.
24. Mentec, H., Dupont, H., Bocchetti, M., Cani, P., Ponche, F., Bleichner, G. (2001). Upper digestive intolerance during enteral nutrition in critically ill patients: frequency, risk factors, and complications. Critical Care Medicine, 29(10), 1955-1961.
25. Yosunkaya, A. (2010). Ventilatör İlişkili Pnömoniden Korunma. Selçuk Ünv,versitesi Tıp Dergisi, 26(4), 160-166.
26. McClave, S. A., DeMeo, M. T., DeLegge, M. H., DiSario, J. A., Heyland, D. K., Maloney, J. P. ve diğ. (2002). North American Summit on Aspiration in the Critically Ill Patient: consensus statement. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 26(6 Suppl), S80-85.

ACİL SERVİSLERDE TRİAJ HEMŞİRELİĞİ

Hülya KARABULUT
Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

Acil servislerde yapılan triaj, hasta ve yaralıların, yaralanma tiplerine, o andaki aciliyet durumlarına göre sınıflandırma yaparak, hastaların etkili ve doğru acil sağlık hizmeti alabilmesi için, doğru hastanın, doğru zamanda, aciliyet önceliğine göre sıralanarak tedavi almasını sağlayan dinamik bir süreçtir (1,2,3,4). Acil servis triajı, hastanın acil servise giriş yapması ile başlar hastanın gönderileceği bölüm ya da serviste devam eder (1).

Acil servislerde her türlü şikayet çerçevesinde dahili, cerrahi ve travma vakalarının görülmesi mümkündür. Acil servislere eşzamanlı olan hasta başvurularında yığılmalar yaşanmakta ve gün geçtikçe acil hasta sayılarında yoğun artış görülmektedir. Bu artışın nedeni acil olmayan hastaların da acil servise başvurması, asıl tedavi ve bakım birimlerine yeterince ulaşılamaması ya da ulaşılmasının uzun sürmesi gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Acil servislerin iş yükünü arttıran bu tür başvurularda en etkili yöntem triaj sistemidir (5,6,7).

Triaj sisteminin acilde kullanılmasıyla, ciddi ve yaşamı tehlikede olan hastaya zaman geçirmeden acil girişim sağlama, hastaların aciliyet seviyelerinin, ve sıralamasının belirlenmesi, etkin personel hizmeti, hastaların korku ve endişelerini giderme, sağlık bakım ekibinin anksiyetesini azaltma, hasta akışını hızlandırma ve hasta memnuniyetinin arttırılması gibi yararları olduğu bilinmektedir (1,3,8,9,10).

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı, 16 Ekim 2009 tarih 27378 sayılı resmi gazetede yayınladığı "***Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ***" ile acil servislerde triaj uygulamasını zorunlu kılmış ve triaj uygulamasına yönelik hastanın aciliyet durumunu gösteren renk kodlaması tablosunu yayınlamıştır.

Ülkemizde, triaj uygulamasının, hekim, hemşire, acil tıp teknisyeni ve paramedik tarafından yapıldığı görülmektedir (11,12,13,14). Literatürde triaj hemşireliğinin 1960'larda başladığı, triaj görevini en iyi acil hemşirelerinin yapabileceği bildirilmektedir (2,15). Amerika Birleşik Devletleri'nde ise birçok hastanede triaj, hemşireler tarafından uygulanmaktadır. Özel eğitim alan hemşirelerin triaj sistemlerinde daha başarılı oldukları gösterilmiştir (16).

Triaj hemşiresinin acil hasta bakımındaki rolleri ilk değerlendirme, fizik değerlendirme, tanı ve tedavi planını başlatma, kayıt ve hastanın uygun birime gönderilmesi şeklinde sıralanabilir (4). Triaj hemşiresinin hızla ve doğru şekilde hastanın anamnezini alabilme, fiziksel değerlendirme yapabilme ve hastanın klinik olarak aciliyetini değerlendirebilme becerisi güvenli ve etkin acil bakım hazırlığı için hayati öneme sahiptir. Örn: İnme geçiren bir hastada saatler çok önemlidir. Bilinç bulanıklığı, konuşma bozukluğu, yüzde, kol ve bacaklarda ani his kaybı, karıncalanma belirtileri ile acil servise getirilen bir hastayı karşılayan triaj hemşiresi iyi bir anamnez almalı, hasta veya yakınlarına belirtilerin ne zaman başladığını, geçirilmiş SerebroVasküler Olayı(SVO) olup olmadığını, sistemik hastalıklarını, kullandığı ilaçları sorgulayıp, hızlıca vital bulgularını almalı, kan şekerine bakmalı ve edinilen bilgileri doktora iletip hastanın muayene edilmesini sağlamalıdır. Bu hastaların belirtiler görüldükten sonra ki 3 saat içinde tanılanıp tedaviye başlanması, iskemik kalmış beyin dokusunu kurtarmada başarı sağlar. Bu nedenle, triaj hemşiresinin dahiliye, cerrahi, psikososyal durumlara ilişkin geniş bir bilgiye sahip olması gerekir (2,7).

Tanı konmamış ya da bir travma sonrası acil servise başvuran stresli, endişeli hasta ve yakınlarını ilk karşılayan triaj hemşireleridir. Triaj hemşiresi hasta ve ailelerinin kriz anında gösterebilecekleri tepkileri bilerek yaklaşmalı, hızlı bir şekilde veri toplayıp, hızlı bir şekilde triaj kararını verebilmeli ve bu kararın yaşamsal belirleyici olduğunun farkında olmalıdır. Kritik düşünme ve sorun çözme becerisine sahip olmalı ve tüm sağlık ekibi ile iyi bir iletişimi olmalıdır (1,6).

Triajın en önemli bölümü karar vermedir. Hastaları olmaları gereken sınıftan bir alt sınıfa yerleştirme, hastaların güvenliğini tehlikeye sokarken; olmaları gereken sınıftan bir üst sınıfa alınmaları da kaynakların erken tükenmesine neden olabilir. Öyleyse triaj hemşirelerinin belirli niteliklere sahip olması gerekir Acil Hemşireler Birliği(Emergency Nurses Association=ENA) triaj hemşiresinin en az altı ay acil deneyimi olmasına, temel yaşam desteği, ileri yaşam desteği, travma hemşireliği, pediatric acil kurslarını başarı ile tamamlamış olmasını ve acil hemşireliği sertifikasına sahip olmasını önermektedir (1).

Sonuç olarak, bilgi ve deneyim, doğru triaj kararı vermeyi etkilediğinden kurumlar, triajdan sorumlu olan kişilerin eğitimine ve bu alanda gelişmelerine önem vermeli, onları desteklemelidir.

Kaynaklar

1. Karaçay P, Sevinç S. "Acil Servislerde Triaj Uygulaması". Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi. 2007;4(2):9-15
2. Gerdtz MF, Bucknall TK. Influence of task properties and subjectivity on consistency of triage: a simulation study. Journal of Advanced Nursing 2007; 58(2): 180-190.
3. Wetta-Hall R, Berg-Copas GM, Dismuke AE. Help on the line Telephone-triage use, outcomes, and satisfaction within uninsured population. Evaluation & The Health Professionals 2005;28(4):414-427.
4. Chung JYM. An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. Accident and Emergency Nursing 2005; 13: 206-213.
5. Aşıcıoğlu C. "İkinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Acil servislerin Güncel Durumu" www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/ash/belge/acil servis sunum. Son erişim tarihi: 5.01.2015
6. Akyolcu N.2007. "Acil Birimlerde Triaj", İ.Ü.F.N.Hem derg, 15,7-17
7. Eray,O. "Türkiyede Acil Servise Başvuran Hastaların Profilleri". Kardiyovasküler Akademi Der .http://cardiovascularacademy.com/KPDdata/userfiles/file/oktayBulten14.pdf. 5.01.2015

8. Munro J, Mason S, Nicholl J. Effectiveness of measures to reduce emergency department waiting times: a natural experiment. Emerg Med J 2006; 23: 35-39.
9. Chan JNH, Chau J. Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. Journal of Advanced Nursing 2005; 50(5): 498-507.
10. Elshove-Bolk J, Mend F, von Rijswijck BTF, Simons MP, von Vugt AB. Validation of the Emergency Severity Index (ESI) in self-referred patients in a European emergency department. Emerg Med J 2007;34: 170-174.
11. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi. "Acil Tıp ABD". http://acil.hastane.akdeniz.edu.tr/tr. Son Erişim Tarihi: 24.02.2015
12. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi. "Acil Tıp Yeni Acil Servis Bilgilerimiz" http://www.egehastane.ege.edu.tr/index.php?option=com Son Erişim Tarihi: 24.02.2015
13. T.C Sağlık Bakanlığı Denizli Devlet Hastanesi. "Acil Serviste Triaj Uygulaması" http://www.denizlidh.gov.tr/habersiv.asp?id=726 Son Erişim Tarihi: 24.02.2015
14. "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Görev Tanımları, triaj Hemşiresi". http://aciltip.medicine.ankara.edu.tr/files/2014/11/09 triajhemşire.pdf. 24.02.2015
15. Emergency Nurses Association Position Statement: Advanced Practice in Emergency Nursing. Emergency Nurses Association 2007:1-5
16. Çelik, E. "Triaj" www.acibademhemsirelik.com/e.../triyaj%20en%20son%20hali.pdf 24.02.2015

İÇ HASTALIKLARI KLİKLERİNDE YAŞANAN ETİK İKİLEMLER

Rahşan ÇEVİK AKYIL
Adnan Menderes Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Aydın

Bireyin yetiştiği toplumun değer yargıları ve inançları ile gelişen yaşamsal deneyimler ile kişinin bireysel değerleri oluşmaktadır. Değerler bireyin kararlarını, seçimlerini, davranışlarını dolayısıyla yaşam biçimini etkilediği için önemlidir. Bir değer ilk kez bireyin değer sistemine girdiğinde güdüleyici bir etkiye sahip olabileceğinden bireyin karar vermesini etkiler. Bu nedenle etik karar verme sürecinde ilk adımda öncelikle bireyin kendi değerlerini tanıması ikinci adımda ise hangi değerlerin diğer bireyler için önemli olduğunu ve bunun nedenin bilinmesi yer almalıdır.

Ahlak ve etik teriminin her ikisi de insan davranışlarının doğru ve yanlışlar alanı ile ilgili olduğundan, çoğu kez birbiri yerine kullanılabilmektedir. Etik ve ahlak felsefesinin konusu insan eylemleridir. Ahlak bireyin vicdanı, belirli davranışları ve olaylar "doğru "ve "iyi" olarak nitelendirilirken kullandığı kuralların bütünüdür. Ahlak normlarının kontrol aracı vicdandır.

Her sosyal grup ve topluluğun kendine özgü değer yargıları ve hareket dizilerini açıklayan kuralların yanı sıra, bu kuralların bir bölümü her dönem ve toplumda geçerli olma niteliğini taşır. Bu tür kurallar, evrensel ahlak kurallarıdır. Bu kurallara en güzel örnek, E. Kant'ın "Kendine yapılmasını istemediğini başkasına yapma" ilkesidir. Etik, farklı sorularla neyin doğru olduğu ve neyin yapılması gerektiğini, kişinin karakteri veya ahlaki doğru ya da yanlış hareketlerini de birleştirerek saptamaya çalışır. Etiği ahlaktan ayıran en önemli özellik, ahlakın davranışsal ve pratik yaşama dahil olan özelliğinin bulunmasıdır.

Etik; mesleklerin amaçlarının, kurallarının belirlenmesinde önemli rol üstenmektedir. Çünkü etik ve etik ilkeler "neyi, nasıl ve en iyi doğruyu nasıl yapabilirim?" gibi soruların yanıtlanmasında her meslekte olduğu gibi sağlık bakımı profesyonellerine rehber olabilecek bir bilim alanıdır.

Mesleğin ilk etik kodları olarak kabul edilen FlorenceNightingale Andı, "Şahit olduğum sırları saklayacağım", "yararlı olmak için bilgimi zorlayacağım", "tehlikeli olandan kaçınacağım", "zararlı olan ilacı vermeyeceğim" gibi hemşireler için önemli rehber kuralları içermektedir.

Modern anlamda ilk olarak 1950 yılında Amerikan Hemşireler Birliği–AmericanNursesAssociation (ANA), 1953'te International Council ofNurses/Uluslar arası Hemşireler Konseyi(ICN) tarafından etik kodlar yazılmış ve daha sonraki yıllarda çeşitli düzenlemelerden geçirerek, son olarak 2005 yılında yayınlamıştır. Ülkemizde de hemşirelerin etik yükümlülüklerine rehberlik sağlanması amacıylaTürk Hemşireler Derneği(THD) tarafından "Hemşirelerin Etik İlke ve Sorumlulukları" başlıklı bir metin hazırlanmış olup, derneğin internet sitesinde sunulmuştur.THD tarafından belirlenen etik kodlar ise şu şekilde yayınlanmıştır; Zarar Vermeme-Yararlılık İlkesi, Özerklik/Bireye Saygı İlkesi, Adalet ve Eşitlik İlkesi, Mahremiyet ve Sır Saklama

Zarar vermeme-yararlılık ilkesi

"Mutlak yararlı olmak" ve "yarar ve zararın dengelenmesi" olarak ifade edebilinen iki ayrı ilkeyi kapsamaktadır. Sağlık bakım profesyonellerinin hastaya mümkün olan en az zararı hedeflemelerinde bakımı planlarlarken fayda ve riskleri çok iyi tartılmalıdır. "Tedavinin kısıtlanması", "çift etki", "kardiyopulmonerresüsitasyon (KPR) yapmama kararı" gibi verilmesi gereken kararlarda yarar sağlama ve zarar vermeme ilkeleri çoğu zaman birbiriyle çatışır duruma gelebilmektedir. Yarar ve zararın dengelenmesinde planlanan eylemin beklenen yararları, olası zararlardan daha ağır basacak veyaen azından belli bir dengede tutacak şekilde olmalıdır.

Özerklik/bireye saygı ilkesi

Özerklik bireyin bağımsız karar verme ve seçim yapma kapasitesidir ve bu temel bir insan hakkıdır ve bilgilendirme gerektirir. Özerkliğe saygı ilkesi sağlık alanında klinik uygulamaya aydınlatılmış onam süreci ile girer. Bilgilendirilmiş onam; hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi, anlaşılır kılınarak açıklanması ve zorlama olmaksızın bireye yapılacak uygulamanın kabul veya ret edilmesi şeklinde gerçekleşmektedir. Karar verme yeterliliği olmayan hastalarda yasal temsilcilerinin onamı alınırken, yaşarken vasiyet kavramı ülkemizde yaygın olmamakla birlikte yurt dışında karar vermede oldukça etkin kullanılmaktadır.

Adalet ve eşitlik ilkesi

Adalet/adil olmak sağlıkta eşitliği temsil eder. Eşitlik; sağlık hizmetlerine ulaşım ve kullanımı sınırlı kaynakların paylaşımı konusunda rehberlik eden ve sağlık hizmeti sunumunun adil olmayı gerektiren temel bir etik ilkedir. Özellikle yoğun bakım ortamları gibi yüksek teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, sürekli izlem ve gözlemlerinin yapıldığı, hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan birim olma gibi özelliği bulunan ortamların kısıtlı yer ve kapasiteye sahip olabilme özellikleri ile adalet ve eşitlik etik ilkesi daha bir önem kazanmaktadır. Adalet ve eşitlik ilkesinin etkinliği için de hastane politikalarının, hasta seçimi ve taburculukta net çizgilerle belirlenmiş olması önemlidir.

Mahremiyet ve sır saklama ilkesi

Mahremiyetin korunması bireyin özerkliğinin bir ifadesi olmamakla birlikte saygınlığımız ve yaşam kontrolü açısından çok önemlidir. Sağlık bakımı alıcıları yasal olarak gizliliğin garantisi altındadır ve buda bireyin, fiziksel ruhsal ve sosyal açılardan mahremiyetinin korunmasını gerektirmektedir. Sağlık personeli-hasta ilişkisinin çağlar boyunca güven temeline dayalı bir ilişki olma özelliği kişinin fiziksel ve bilgi mahremiyetine özen göstermeden temel alır.

Etik karar verme süreci

Hastanelerde özelliklede durumu stabil olmayan hastaların bulunduğu kliniklerde, yüksek düzeyde stres altında olan çalışma ortamları ekip üyelerinin, etik ikilemlerle karşılaşmaları durumu karar verme sürecini zorlaştırmaktadır. Bu ikilemler hızla verilmesi gereken kararlar arasında görünmezliği, farkındalığı yüksek sağlık çalışanları için zorlayıcı olabilmektedir. Üstelik karar vermeyi sağlayacak bilgi ve kaynakların sınırlılığı durumu iyice zorlu bir hale sokabilmektedir. Karar vermede yararın ne olduğu ve kime göre belirleneceği temelde değer yüklü bir sorudur. Başka deyişle birbiri ile çatışan seçeneklerin olduğu bir durumda sistemik bir düşünme biçimi ile ahlaki açıdan en doğru eylem için mantıksal bir değerlendirmenin yapılması gerekmektedir. Sağlık çalışanları karşılaştıkları her etik durumu profesyonel etik değerler ve mesleki sorumluklar doğrultusunda ele alarak değerlendirmeli ve etik kurallarla açıklanabilir çözüm seçeneklerini geliştirmelidir.

Kaynaklar

1. Terakye, G. ve Ocakçı, A.F. (2013). Etik Konulardan Seçmeler (1. Baskı). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi. 27-127
2. Babadağ K.(2010) Hemşirelik ve Değerler .Alter yayıncılık.1.baskı
3. Altun, İ. (2013). Etik ve Değerler. Türkinaz, A., Karadağ, A. (Ed.). Hemşirelik Esasları ve Hemşirelik Bilimi. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık. 113-122
4. Tosun, H. (2008). Sağlık Uygulamalarında Etik ve Değerler. Akça Ay, F. (Ed.). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar (2. Baskı). İstanbul: Medikal Yayıncılık. 59-70.
5. Ersoy,N.HemşireliğeEtikYaklaşımlar.tip.kocaeli.edu.tr/docs/ders.../n_ersoy/Hemsirelige_etik_yaklasimlar.doc.
6. Dinç, L. (2009). Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. Hacettepe Tıp Dergisi, 40, 113-119.
7. Er, A.R. (2014). Yoğun Bakıma ilişkin etik sorunlar. Çelik, S. (Ed.).Erişkin Yoğun Bakımı Hastalarında Temel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.213-228
8. Öztürk, H. (2010). Yoğun bakım hemşirelik hizmetlerinde etik. Türkiye Klinikleri Journal of MedicalEthics-LawandHistory, 18(3), 183-91.
9. Tel, H. (2012). Yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılan etik sorunlar. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 1, 30-38.
10. Er, A.R. (2014). Yoğun Bakıma ilişkin etik sorunlar. Çelik, S. (Ed.).Erişkin Yoğun Bakımı Hastalarında Temel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.213-228
11. Burkhardt, A.M. ve Nathaniel, A.K. (2013). Çağdaş Hemşirelikte Etik. (Alpar, Ş.E., Bahçecik, N., Karabacak,Ü., Çev.). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.230-299
12. Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 74–82.

BİYOLOJİK TEMELLİ TEDAVİLER

Müzeyyen ARSLAN
Turgut Özal Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Ankara

Tamamlayıcı terapi, bireylerin sağlığını kazanmak için modern tıbbın paralelinde uygulanan yöntemlerin tümüne verilen isimdir. Amerikan Kanser Birliği ve Ulusal Kanser Enstitüsü tamamlayıcı terapileri, modern tıp ile birlikte kullanılan terapiler olarak tanımlamaktadır. Hastalıkların tanı, bakım ve tedavilerinde gözlenen hızlı gelişmelere paralel olarak 20. yüzyıldan itibaren tamamlayıcı terapilerin kullanımında bir artış meydana gelmiştir (1).

Avrupa, Kuzey Amerika ve endüstrileşmiş diğer bölgelerde toplumun %50'den fazlası tamamlayıcı ya da alternatif tıp yöntemlerinden en az birini kullanmaktadır (2). TAT uygulamaları tüm dünyada giderek artmaktadır ve genel popülasyon da alternatif tıbba başvuru sıklığı %9-65'tir (3,4).Türkiye'de ise %12.6 ile 76 arasında TAT kullanımı olduğu bildirilmiştir (4-7).

İnsanların tamamlayıcı terapileri kullanmalarının; daha uzun ve sağlıklı yasama isteği, ilaçların yan etkilerini azaltma, immun sistemi güçlendirme, umutsuzluk duygusundan kurtulma, sağlıklı davranışları güçlendirme, gerginlik ve kontrol kaybından kaçınma gibi çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Ayrıca insanların dini, siyasi, sağlık vb. konulardaki değer ve inançları tamamlayıcı terapilerin kullanılmasını etkileyen önemli faktörlerdir.

Dünya Sağlık Örgütü (2003), tamamlayıcı terapilerin doğru, güvenli, etkili, akılcı ve yasalara uygun şekilde kullanımı ile ilgili bir bildiri yayınlamıştır

Son dönemde özellikle medyanın da etkisiyle toplumlarda tamamlayıcı terapilere yönelik ilgilerinin artması sonucu, sağlık profesyoneli olmayan kişi ve kuruluşlar, toplumun bu gereksinimini karşılamaya çalışmışlardır (7,8). Bu durumun sonucunda sağlık bakım profesyonellerinin ve sağlık ekibi üyesi olarak hemşirelerin, tamamlayıcı terapilerde rol alması son derece önemli hale gelmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerden tamamlayıcı terapilerin kullanımına ilişkin hemşirelik uygulamalarını geliştirmeleri, etkin stratejiler belirlemeleri ve sağlıklı/hasta bireyleri tamamlayıcı terapileri etkin ve doğru şekilde kullanmaları konusunda yönlendirilmeleri beklenmektedir (1).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri ile ilgili birçok sınıflandırma bulunmaktadır. Amerika Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine-NCCAM), tamamlayıcı ve alternatif tedavileri beş başlık altında toplayarak gruplandırmıştır (9). Bu merkezin kuruluş amacı; tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının güvenilirlik ve etkisini incelemek ve etkisi ispatlanmış uygulamaların geleneksel tedavilere katılımını sağlamaktır.

1. Alternatif ve medikal sistemler (homeopati, naturopati, geleneksel Çin tıbbı ve ayurveda gibi kültürel kökenli sistemler),
2. Beden-Zihin müdahaleleri (müzik terapi, spiritual iyileşme, psikolojik görüşmeler, dua)
3. Biyolojik temelli tedaviler (bitkiler, diyet destek ürünleri, tıbbi bitki çayları ya da hayvan parçaları köpek balığı kıkırdağı gibi),
4. Manipülatif ve beden temelli tedaviler (masaj, kiropatik manipülasyon, osteopati)
5. Enerji tedavileri (reiki, qigong, elektromagnetik terapiler).

Biyolojik temelli tedaviler

Doğal vitamin, mineral ve gıdaların tedavide kullanılmasıdır. Bu grupta vitamin preparatları, doğal bitkisel (herbal) ürünler ve bilimsel kanıtı olmayan bazı ürünler yer alır. Örneğin kanser tedavisinde köpek balığı iskeletinin kullanılması gibi.

Hemşireler tarafından kullanılan tamamlayıcı terapilerin üç gruba ayrıldığı belirtilmektedir. Birinci grupta, hemşirelerin doğrudan uygulama yaptığı terapiler (Masaj, Refleksoloji, Aromaterapi, Shiatsu Terapötik dokunma); ikinci grupta hemşirelik uygulamalarına kısmen dahil edilen terapiler (Homeopati, Bitkisel terapiler, Beslenme terapileri, Hipnoterapi); üçüncü grupta hemşirelik uygulamalarına kolaylıkla dahil edilemeyen ancak hemşirelerin öneride bulunabilecekleri terapiler (Akupunktur, Şiropraksi) yer almaktadır (10).

Günümüzde gelişmiş ülkelerde, Türkiye ve Asya tıbbında hastalıkların tedavisinde tek başına ya da karma olarak bitkiler kullanılmaktadır (11). Ülkemizde yapılan çalışmalarda hastaların sıklıkla başvurduğu TAT yönteminin bitkisel ürünler olduğu ve bu ürünleri genellikle tedaviye ek yarar sağlamak amacıyla tercih ettikleri belirtilmektedir (11-13). Ancak bu yöntemlerin amacına ulaşabilmesi, hastaların zarar görmemesi ve suistimale uğramasının engellenmesi için, hemşirelerin bu uygulamalar hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden bazıları özel eğitim gerektirmektedir.

Homeopati: Sağlıklı/hasta bireye belirli bir bitkisel madde çok az miktarlarda verilerek immun sistemin uyarılması sağlanmakta, böylece iyileşme hızlandırılmaktadır. Homeopati, benzerler kuralı ile çalışır, benzer tedavilerin sonuçları benzerdir. Cassileth ve arkadaşlarının (2007) belirttiğine göre, Hahnemann ve arkadaşları bazı maddelerin sağlıklı insanlarda hastalık semptomlarına yol açtığını, ama aynı maddenin dilue formunun hasta bireylere uygulandığında, hastalık semptomlarının hafiflediğini gözlediler (14). Homeopatik karışımların, vücudun temel iyileşme yanıtını uyarma etkileri vardır ve yüksek oranda dilüe edilen karışımlardır. Bu terapötik yönteme göre hastalık, sağlıklı bireydeki hastalık semptomlarını üreten maddeler ile ortadan kaldırılacaktır. Homeopati, artrit, astım, soğuk algınlığı,

grip alerji, gibi kronik ya da geçici hastalıkların büyük bir kısmında kullanılabilmektedir.

Bitkisel terapiler: Hastalıkların bakım ve tedavisinde, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde bitki ve bitki özlerinin kullanılmasıdır (15). Tamamlayıcı tıp uygulamalarında kullanımı en fazla olan 'bitkilerle tedavi'(herbalizm, fitoterapi), biyolojik tedaviler içerisinde tanımlanmaktadır Uygarlığın başından beri dünyadaki her kültür bitkileri ilaç olarak kullanmıştır. Örneğin Amerikan yerlilerinin şifa yöntemleri, Hint Ayurveda sistemi ve geleneksel Çin Tıbbını içine alan geleneksel ilaç sistemlerinin hepsi tedavi yaklaşımlarına bitkileri de dahil etmişlerdir. Günümüzde ise çoğu hasta birey herhangi bir profesyonel rehbere danışmadan hastalık tedavisine ek olarak bitkisel ürünleri kullanmaktadır (14,16). Geleneksel bitki tedavileri hemen her kültürde yer almıştır. Çin tıbbında daha çok karışımlar tercih edilirken, Batı herbalizminde bitkiler sıklıkla tek tek kullanılır. Sarımsak, ıhlamur ve ısırgan en sık kullanılan bitkisel ürünler olarak bildirilir. Bitkisel ürünler genellikle meme kanseri(%2), karaciğer hastalıkları(%21), HIV(%22), astım(%24) ve romatolojik bozuklukları(%26) da içeren kronik tıbbi durumları olan hastalar tarafından kullanılmaktadır (17).

Beslenme terapileri: Sağlığın sürdürülmesi, hastalığın önlenmesi, yaşam süresinin uzatılması, enerjinin arttırılması, kilo kontrolü ya da özel sağlık sorunlarının ortadan kaldırılması amacıyla çeşitli diyetlerin kullanılmasıdır (15).

Bitkisel tıbbın modern tıp ile entegre olabilmesi ve bitkisel ürünlerin ilaç olarak kullanılabilmeleri için konunun kalite, etkililik ve güvenlilik açısından değerlendirilmesi gerekir. Kullanılan bitkisel ürünlerin etkililiğini ve güvenliliğini direkt olarak etkileyebileceği için aslında en önemli konu "kalitedir". Şu anda bütün dünyada kullanılan ürünlerin kaliteleri arasında en alt sınırdan en üst sınıra kadar değişen basamaklarda neredeyse bir uçurum bulunmaktadır. WHO 2004 yılında yayınladığı raporunda bitkisel ilaç ticareti yapılan birçok ülkede yasal düzenlemelerin yeterli olmadığını, bu ürünlerin kalite 2 kontrol, etkililik ve güvenlilik çalışmalarının yapılmadığını ve bunun da halk sağlığı için büyük bir tehdit oluşturabileceğini ifade etmektedir. Ayrıca ürünün etkin bileşiklerinin belirlenmesi ve standardize edilmesi, klinik ve toksikolojik çalışmaları da kapsayacak şekilde uzun aşamalardan geçmesi gerekmektedir. Piyasada bulunan birçok bitkisel ürünün etkinlikleri, akut ve kronik toksisiteleri, stabilite, standardizasyon ve kaliteleri ile ilgili olarak yeterli miktarda kanıta dayalı bilimsel veriler bulunmamaktadır. Bu tür ürünlerin tedavi edici etkilerinden bahsedilen yayınların büyük çoğunluğunun hipotetik olarak yazıldığı, sonuçların randomize-kontrollü olarak yapılmış klinik çalışmalardan elde edilen bulgulara dayandırılmadığı görülmektedir.

Hemşirelerin, toplumda tamamlayıcı terapilerin kullanımının yaygınlığına ilişkin farkındalıklarının artması ve yapılan bu uygulamalar konusunda birey ve ailesi ile sağlık çalışanları arasında iletişimi sağlamaları önemli ve gereklidir. Bu nedenlerden dolayı tamamlayıcı terapiler ve kullanımına ilişkin bilgiler, hemşirelik müfredatına konmalı, ayrıca hizmet içi eğitim programları kapsamında, tamamlayıcı terapiler konusunda hemşirelerin bilgi birikimleri güncellenmelidir. Dolayısı ile hemşireler, tamamlayıcı terapiler konusunda bilimsel çalışmalar yapmalı, bu yöntemlerin yararları ve olası yan etkilerini araştırmalı, sağlıklı/hasta birey ve/veya ailesini ve toplumu bu konularda bilgilendirmelidir (16,18). Ayrıca tamamlayıcı terapiler ve kullanımına ilişkin bilgiler, hemşirelik müfradatına konmalı, ayrıca hizmet içi eğitim programları kapsamında, tamamlayıcı terapiler konusunda hemşirelerin bilgi birikimleri güncellenmelidir.

Kaynaklar

1. Turan, N., A. Öztürk, and N. Kaya, Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: Tamamlayıcı terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010. 3(1): p. 93-8.
2. Hocking, C.M. and G. Kichenadasse, Olanzapine for chemotherapy-induced nausea and vomiting: a systematic review. Supportive Care in Cancer, 2014. 22(4): p. 1143-1151.
3. Chen, Y.F. and J.S. Chang, Complementary and alternative medicine use among patients attending a hospital dermatology clinic in Taiwan. International journal of dermatology, 2003. 42(8): p. 616-621.
4. Bülbül, S.H., M. Turgut, and S. Köylüoğlu, Çocuklarda tıp dışı alternatif uygulamalar konusunda ailelerin görüşleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2009. 52: p. 195-202.
5. AKÇAY, F. and Z. AKTÜRK, Gastrointestinal sistem hastalıklarında tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics, 2010. 1(3): p. 68-75.
6. KUTLU, S., et al., Dermatoloji polikliniğine başvuran olgularda tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2009. 29(6): p. 1496-1502.
7. ÖZVEREN, Y.D.D.H., Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2011. 18(1): p. 083-092.
8. Tokem, Y., Astımlı hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 2006. 54(2): p. 189-196.
9. Yildirim, Y., C. Fadiloğlu, and M. Uyar, [Complementary therapies in palliative cancer care]. Agri: Agri (Algoloji) Dernegi'nin Yayin organidir= The journal of the Turkish Society of Algology, 2006. 18(1): p. 26-32.
10. Cole, A. and E. Shanley, Complementary therapies as a means of developing the scope of professional nursing practice. Journal of advanced nursing, 1998. 27(6): p. 1171-1176.
11. Gözüm, S., A. Tezel, and M. Koc, Complementary alternative treatments used by patients with cancer in eastern Turkey. Cancer Nursing, 2003. 26(3): p. 230-236.
12. Kav, S., et al., Use of complementary and alternative medicine in patients with gynecologic cancer: Is this usage more prevalent? The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2008. 14(4): p. 347-349.
13. Malak, A.T., et al., Complementary and alternative medicine in cancer patients-analysis of influencing factors in Turkey. Asian Pac J Cancer Prev, 2009. 10(6): p. 1083-7.
14. Cassileth, B.R., et al., Complementary therapies and integrative oncology in lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. CHEST Journal, 2007. 132(3_suppl): p. 340S-354S.
15. Nazlıkul, H. and E. Eraltan, Tamamlayıcı tıp. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002: p. 4-51.
16. Tuna, S., O. Dizdar, and M. Calis, The prevalence of usage of herbal medicines among cancer patients. J BUON, 2013. 18(October–December (4)): p. 1048-1051.
17. Bent, S. and R. Ko, Commonly used herbal medicines in the United States: a review. The American journal of medicine, 2004. 116(7): p. 478-485.
18. Can, G., et al., Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. European Journal of Oncology Nursing, 2009. 13(4): p. 287-294.

ANADOLU'DAKİ GELENEKSEL UYGULAMALAR

Dr. Bilge BAL ÖZKAPTAN
Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Sinop

Anadolu geçmişten günümüze kadar birçok uygarlığa ev sahipliği yaparak değişik kültürlerin kaynağı olmuştur. Bu kültürlerden birisi toplumun sağlık ve hastalıkla ilgili alışkanlıkları, inanışları ve uygulamalarıdır. Hastalıklardan korunma, hastalıkların iyileştirilmesinde geçmişte yaşanan olaylar ve bunların sonucunda kazanılan tecrübeler, dinsel büyüsel yorumlamalar ve bunların birikimli olarak kuşaktan kuşağa aktarılmaları, halk hekimliği ve geleneksel tıp kavramının gelişmesine neden olmuştur (1).

Günümüzde alternatif tıp ya da tamamlayıcı ve destekleyici tıp olarak kullanılan farklı isimlendirmeler aslında geleneksel tıbbın ticari amaçlarla ve yeni bir form kazanarak yeniden üretilmesidir. Sağlık ve iyileştirme ile ilgili geleneksel düşünce sisteminin, yeni teknolojilere başvurularak yeniden sunulması tamamlayıcı ve alternatif tıp olarak ifade edilmektedir (2).

Anadolu'daki geleneksel tıp uygulamaları toplumun tecrübe, deneyim ve kültürüne göre değişiklik göstermektedir. Hastalıklardan korunmak ve sağlığı geliştirmek amacıyla şifalı bitkiler, dinsel-büyüsel pratikler, bedensel/fiziksel uygulamalar sık kullanılan yöntemlerdir. Doğum eylemi, çocuk bakımı, ağrı, kaşıntı, cilt hastalıkları ve infertilite gibi birçok durumda kullanılan farklı sağlık uygulamaları vardır (2). Bu bölümde 2014 yılında çıkan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nde yer alan ve Anadolu'da da kullanılan geleneksel uygulamalardan olan Kupa Tedavisi (Hacamat), Hirudoterapi (Sülük Tedavisi) ve Apiterapi (Arı Ürünleriyle Tedavi) konuları ele alınmıştır.

Kupa tedavisi

Hastalıkları tedavi etmek ya da daha sağlıklı olmak amacıyla vücudun belli bölgelerine vakumlu bardak ya da şişe uygulayarak yapılan tedaviye kupa tedavisi denir (3).

Kupa tedavisi çeşitleri

Literatürde kupa tedavisinin birçok türünden söz edilmektedir. Bunlar; kuru kupa tedavisi, ıslak kupa tedavisi (hacamat), hareketli kupa tedavisi, sulu kupa tedavisi, boş kupa tedavisi, iğneli kupa tedavisi ve herbal kupa tedavisidir (4).

Kupa tedavisinin tarihçesi

Kupa tedavisi ile ilgili en eski belgeler Mısır papirüslerinde yer almaktadır. Yaklaşık 5000 yıldan fazla geçmişi olan bu tedavi yöntemini ilk olarak eski Mısır kullanmıştır. Mısırlılardan Yunanlılara ve Romalılara aktarılan bu tedavi yönteminden Hipokrat'ta bahsetmiş olup Galen'in yazıtlarında da bu yönteme dair bilgiler yer almaktadır. 18. ve 19. yüzyıllarda batı toplumlarında da kullanılmaya başlayan bu yönteme Amerika Birleşik Devletleri'de ilgi duymuştur. Araplarda islamiyet öncesi dönemlerde de bir tedavi yöntemi olarak kullanılan hacamat uygulamasında Yunan tıbbından Uzakdoğu tıbbına kadar birçok geleneksel tıbbi sistemlerde kirli kanın vücuttan çıkarılması ile hastanın iyileşeceğine inanılmaktadır (3). Ülkemizde de kupa terapisi (hacamat) müslümanlığın sünneti olmasından yola çıkılarak geleneksel tıbbın bir parçası olarak kullanılmaktadır. Kupa terapisi derneği ve diğer bazı kuruluşlar tarafından kurslar düzenlenerek kupa terapisi sertifikası verilmektedir (5).

Kupa tedavisinin kullanıldığı durumlar

1959-2003 yılları arasında yapılan 550 klinik çalışmanın incelendiği sistematik derlemede kupa tedavisinin aşağıdaki durumlarda uygulandığı ifade edilmektedir (6);

Ağrı durumları, herpes zoster, öksürük, astım, soğuk algınlığı, ürtiker, lateral femoral nörit, servikal spondilozis, lumbal hastalıklar, skapulohumeral periartirit, mastit, fasiyal paralizi, baş ağrısı, yumuşak doku yaralanmaları, artirit, nörodermatit, yara ve sinüs, siyatalji, myofascitis.

Hirudoterapi

Hirudoterapi sülüklerin çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılması olup bu amaçla en sık kullanılan sülük türü Hirudo medicinalis olması nedeniyle bu isimle anılmaktadır (7).

Sülükler, çok eski çağlardan itibaren kan emici özelliklerinden dolayı flebotomi amacıyla kullanılmaktadır. Mısır, Pers, Avrupa, Çin, Avrupa ve Anadolu'da sülükle tedavi uygulamalarına rastlanmaktadır. Hastalıkların tedavisinde en sık kullanılan sülük türleri Hirudo Medicinalis ve Hirudo Verbanadır (8).

Sülükler ağrı oluşturmadan deriyi dişleriyle insize ederek kan emerler ve salyasında bulunan lokal anestezik, histamin benzeri vazodilatatörler, antikoagülan maddeler, yayılma faktörleri, antibiyotikler gibi çeşitli mediatörleri kan emdikleri dokuya salgılarlar (8). Sülük salyasında birbirinden farklı etkileri bulunan 100'ün üstünde biyoaktif madde (vazodilatatörler, antikoagulan moleküller, bakteriyostatikler, analjezikler, antiinflamatuarlar, lokal anestezikler, prostaglandinler, protienazlar vb.) izole edilmiş olup, bunlardan hirudin en iyi bilinen çok güçlü bir antikoagulan moleküldür. Gelişmiş ülkelerde dahil olamk üzere birçok ülkede mikro cerrahi alanında ve damar hastalıklarında, dolaşımın düzenlenmesinde, kanın akışkanlığının arttırılmasında modern tedaviye yardımcı olarak hirudoterapi kullanımı artmaktadır. Özellikle, dolaşımın düzenlenmesi amacıyla rekonstrüktif cerrahide post-operatif sülük kullanımı yaygın bir tedavi yaklaşımıdır (7).

Apiterapi

Arılardan elde edilen bal, bal mumu, polen, propolis, arı sütü ve arı zehiri gibi ürünlerin tedavi amacıyla kullanılmasına Apiterapi denir. Çin ve bazı doğu Avrupa ülkelerinde

arı ürünlerinin hastalıkların tedavisinde kullanılması amacıyla hazırlayan ve uygulayan ve arı ürünlerinin tıp alanında kullanımı ile ilgili çalışmalar yapa apiterapi merkezleri bulunmaktadır (9).

Balla tedavi

Bal genel olarak su, glikoz ve früktoz bileşiminden oluşmaktadır. Ayrıca bileşiminde sakkaroz, enzimler, sodyum, bakır, çinko, magnezyum gibi elementler, B ve C vitaminleri ve aminoasitlerde bulunur. Protein ve aminoasitler açısından oldukça zengin bir besin olan bal, hiç yağ içermemektedir. Enerji değeri oldukça yüksek olan balın sindirimi kolaydır (9,10).

Balın doğasında bulunan glukoz oksidaz tarafından üretilen hidrojen peroksit, fenolik bileşikler ve yüksek osmotik basınç nedeniyle antimikrobiyal aktiviteye sahip bir besindir. Antibiyotik etkisinden dolayı doğal besin koruyucusu olarak kullanılmaktadır (9).

Bal binlerce yıldan bu yana yara ve yanıkların tedavisinde, cilt ve mide hastalıklarında yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Yapılan birçok çalışmada balın yara tedavisinde antimikrobiyal etkisi nedeniyle başarılı sonuçlar sağladığı gösterilmiştir. Yara iyileşmesinde antimikrobiyal etkisinin yanı sıra yeni damar oluşumunu desteklediği, inflamasyonu baskılayarak granulasyonu hızlandırdığı belirtilmektedir. Ayrıca balın mide ve barsak hastalıklarında gastrik koruma sağladığı bilinmektedir (9).

Balın oral mukozayı güçlendirdiği, diş plağını önlediği ve oral kavitede antifungal etki gösterdiği için diş hekimliği alanında ve ağız mukozasının bütünlüğünün bozulduğu durumlarda ve immün direnci düşük hastalarda kullanılması önerilmektedir. Yanık tedavisinde, akne ve dermatit gibi cilt hastalıklarında, genital ve dudak herpeste ve cilt bütünlüğünün bozulduğu diğer durumlarda balın topikal kullanımı önerilmektedir. Balın antibakteriyel, antifungal, antiviral, antiinflamatuar ve antitümör özellikleri nedeniyle yara iyileşmesi başta olmak üzere kanser ve birçok hastalıkta apiterapi ürünü olarak kullanılması önerilmektedir (9,10).

Arı zehiri

Arı zehiri yapısında bulunan biyokimyasal bileşikler nedeniyle birçok hastalığın tedavisinde kullanılan bir arı ürünüdür. Bal arısı zehri açık renkte, kokusuz, sıvı formda ve acımtıraktır. Farmakolojik olarak arı zehri dolaşımı arttırıcı, antikoagülan, antibakteriyel, radyasyona karşı koruyucu, kan basıncını düşürücü, multiple sklerozis, AIDS, kanser, romatoid artrit, epilepsi, iritis, bursit, migren, rinosinuzit, kolesterol yüksekliği ve astım gibi birçok durumda tedavi amacıyla kullanılmaktadır. Arı zehiri merhem ya da solüsyon olarak topikal uygulanabileceği gibi tablet şeklinde, enjeksiyon olarak ya da akupunktur iğnesinin arı zehiri ile teması sağlanarak akupuntur tedavisinde de kullanılmaktadır (11).

Polen

Polen çiçekli bitkilerde bulunan ve bal arısı tarafından toplanan çiçek tozlarıdır. Arı poleni arıların büyüme ve gelişmeleri ve salgı bezlerinin fonksiyonlarını sürdürmesinde önemli bir role sahiptir. Proteinden zengin bir yapıya sahip olan arı poleninden besin desteği olarak yararlanılmaktadır. Arı poleni besin desteği olarak birçok hastalıkta tablet şeklinde, saf olarak ya da balla karıştırılarak tedavi edici olarak kullanılmaktadır. Antimikrobiyal, antifungal, antioksidant, antiradyasyon, hepatoprotektif, kemoprotektif/kemopreventif ve antiinflamatuar aktiviteye sahip olan arı poleni karaciğer hastalıklarında, prostat hastalıklarını önlemede, kardiyovasküler ve sindirim sistemini güçlendirmede, allerjik duyarlılığı azaltmada aterosklerozis, gastorenterit, solunum sistemi hastalıklarında ve immün sistemi güçlendirmede yararlı etkileri vardır (12).

Propolis

Propolis, bitkilerden işçi arılar tarafından toplanan, suda erimeyen, reçineli ve mum kıvamında olan, güzel kokulu, oda sıcaklığında yarı katı halde bulunan bir maddedir. Propolis arılar tarafından peteklerin yapılandırılmasında, kovanın yarık ve çatlaklarını kapatmakta, petek gözeneklerinin temizlenmesinde kullanmaktadır. Propolis, antibakteriyel, antifungal, antiviral, lokalanestetik, antienflamatuar, antioksidan, hepatoprotektif, immunostimulating, antitümoral ve sitostatik aktiviteye sahiptir. Bu özellikleri nedeniyle propolis, enfeksiyonların tedavisinde ve enfeksiyonları önlemede topikal olarak merhem/solüsyon şeklinde ya da oral alıma uygun formda, diyabet ve kanser gibi hastalıkların önlenmesi için gıda ve içeceklerde kullanılmaktadır (13).

Arı sütü

Genç işçi arılar tarafından üretilen arı sütü protein, lipit ve karbonhidrat, vitamin ve minarelerden zengin bir besin maddesidir. Arı sütü hücre yenilenmesini destekleyici ve bağışıklığı güçlendirici özelliklerinden dolayı kozmetik ve diyet desteği olarak kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalar arı sütünün vazodilatatör, antihipertansif etkileri nedeniyle kalp damar hastalıklarında, antitümör etkisi nedeniyle kanserden korunmada, antiviral, antibakteriyel ve antiinflamatuar etkileri nedeniyle enfeksiyonlarda, kullanılmasının etkili olduğunu göstermektedir. İmmün sistemi güçlendirici etkisi nedeniyle birçok hastalıkta başvurulan bir besin takviyesidir. Kolesterolü düşürücü, sinir sistemini uyarıcı ve yorgunluğu giderici etkisinin yanı sıra büyüme ve gelişmeyi hızlandırıcı ve hormonal düzeni dengeleyici özelliklerid bulunmaktadır. Saf halde ya da diğer arı ürünleri ile karıştırılarak kapsül ya da draje şeklinde tüketime sunulan arı sütü kanser başta olmak üzere birçok durumda apiterapi ürünü olarak kullanılmaktadır (14).

Kaynaklar

1. Şar, S. Anadolu'da Rastlanan Halk Hekimliği Uygulamalarına Genel Bir Bakış, 1163-1177. Erişim Tarihi: 13.08.2015 www.ayk.gov.tr/.../ŞAR-Sevgi-Anadolu'da-Rastlanan-Halk- Hekimliği-Uygulamalarına-Genel-Bir-Bakış.pdf
2. Kaplan, M. (2010). Geleneksel Tıbbın Yeniden Üretim Sürecinde Kadın -Ankara Kent Örneğinde Kuşaklar Arası Çalışma- Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Yayınları : 257, Ankara.
3. Işık, M., Aksoy, F.N. (2012). Tıbbî sülük tedavisi (hirudoterapi) ve Hacamat. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültür Dergisi, 22:80-82.
4. El Sayed, S.M., Mahmoud, H.S., Nabo, M.M.H. (2013). Methods of Wet Cupping Therapy (Al-Hijamah): In Light of Modern Medicine and Prophetic Medicine Alternative and Integrative Medicine. 2(3): 2-16.
5. Kupa Terapisi, Erişim Tarihi: 10.07.2015 http://kupaterapisidernegi.com/

6. Cao, H., Han, M., Li, X., Dong, S., Shang, Y., Wang, Q., Xu, S., Liu, J. (2010). Clinical research evidence of cupping therapy in China: a systematic literature review. Complementary and Alternative Medicine, 10(70):1-10.
7. Arusan, S., Bayar, B., Gödekmerdan, A., Sağlam, N. (2013) Olgu Sunumu: Mikro Cerrahiye Yardımcı Bir Metot, Hirudoterapi. Turkiye Parazitoloji Dergisi, 37: 154-156.
8. Gödekmerdan, A., Arusan, S., Bayar, B., Sağlam, N. (2011). Tıbbi Sülükler ve Hirudoterapi. Türkiye Parazitoloji Dergisi, 35: 234-239.
9. Ulusoy E. (2012). Bal ve Apiterapi Uludağ Arıcılık Dergisi, 12(3): 89-97.
10. Yücel, B (2004). Apiterapi; Arı Ürünlerinin İnsan Sağlığı Üzerindeki Önemi, Ege Üniversitesi Tarımsal Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Çiftçi Broşürü.
11. Selçuk, M., Dinç, H., Karabağ, K. (2010). Bal Arısı Zehirinin Biyokimyasal Yapısı Ve Tıptaki Yeri MYO-Ös 2010- Ulusal Meslek Yüksekokulları Öğrenci Sempozyumu, Düzce.
12. Pascoal, A., Rodrigues, S., Teixeira, A., Feas, X., Estevinho, L.M. (2014) Biological activities of commercial bee pollens: Antimicrobial, antimutagenic, antioxidant and anti-inflammatory Food and Chemical Toxicology 63 (2014) 233–239.
13. Albayrak, S., Albayrak, S. (2008). Propolis: Doğal Antimikrobiyal Madde Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi, 37(3): 201-215.
14. Karabağ, K., Hakan Dinç, H., Selcuk, M. (2010). Arı Sütünün İnsan Sağlığı İçin Önemi, MYO-Ös 2010- Ulusal Meslek Yüksekokulları Öğrenci Sempozyumu, Düzce.

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE İLAÇ UYGULAMALARI: NASIL YAPIYORUZ?

Havva ÖZ ALKAN
İstanbul Üniversitesi Florence Nigthtingale Hastanesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Yoğun bakımda yatan hastaların tedavilerinin önemli bir bölümünü parenteral ilaç ve sıvı uygulamaları oluşturmaktadır. Uygulanan ilaç, elekrolit ve sıvılar hastaların fonksiyonlarını düzeltmeye ya da sürdürmeye yöneliktir. Aynı anda birden fazla ilaç ve sıvının hastaya verilemesi gerekebilir. İlaçların dozu ve veriliş hızları hastadan alınan yanıta göre hızlı bir şekilde değiştirilebilir. Yoğun bakım hemşirelerinin ilaçların hazırlanması, hastaya uygun şekilde doz hesaplarının yapılması, uygulanması, beklenen etki ve yan etkilerinin gözlenmesi, kaydedilmesi ve uygun koşullarda saklanması konularında önemli sorumlulukları vardır.

İlaç uygulamaları hakkında hemşirenin rol ve sorumlulukları 8 Mart 2010 tarih ve 27515 sayılı Resmi Gazete'de T.C. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği'nin 6. Maddesinin c,ç,d,e bölümlerinde şu şekilde açıklanmıştır.

c) Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygular, hastada beklenmeyen veya ani gelişen durumlar ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında müdavi hekimin şifahi tıbbi istemini kabul eder. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır.

ç) Hastaya lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbî talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir.

d) Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalanana zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, müdavi hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular.

e) Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.

İlaç uygulama hataları, ilacı yanlış zamanda uygulama, yanlış dozda verme, ilacı uygulamayı unutma, reçete edilmemiş ilacı uygulama, ilacı uygun tekniklerle hazırlamama, etkileşime giren ilaçları aynı anda uygulama, ilacı uygun koşullarda saklamama, uygulamayı kaydetmeme ve ilacın etkilerini gözlememe şeklinde özetlenebilir. Bu hatalar özellikle yoğun bakım gibi karmaşık tıbbi tedavilerin uygulandığı bölümlerde meydana gelmektedir. Hatalı ilaç uygulamalarını önlemek ve güvenli ilaç uygulamalarını sağlamak için konuyla ilgili bilgilerin güncel tutulması önem arz eder.

İlaç uygulamalarında temel kavramlar

Enjeksiyon yolu ile ilaç uygulamalarında genel olarak ilaçların yan etkileri, alerjik reaksiyonlar, toksik etkiler enteral yola göre daha hızlı ve şiddetli olmaktadır. Bu etkiler ilacın dozuna, etki mekanizmasına ve hastanın durumuna göre değişmektedir. Bu nedenle enjeksiyon yolu ile ilaç uygulamadan önce sağlık hikayesi alınmalı, kullanmakta olduğu ilaçlar, ilaç alerjileri öğrenilmelidir.

İntravenöz yol dışında intradermal, subkutan, intramusküler yollar kullanılarak yapılan uygulamalarda ilaç doğrudan kullanılan yoldan hastaya verilir. İntravenöz yoldan yapılan uygulamalarda ise ilacın özelliğine bağlı olarak doğrudan damar içine verilebildiği gibi seyreltilerek infüzyon pompaları, perfüzörler ya da uygun serum içerisine katılarak serum setleri aracılığı ile de hastaya verilebilir. İlacın istemi, dozu, veriliş yolu ve süresi kontrol edilerek, uygun şekilde hazırlanarak hastaya verilmelidir.

İlaç uygulamalarına ilişkin klinik protokol ve standart prosedürler sağlık personeli arasında ortak bir dil oluşturur, zaman kazandırır ve uygulamanın basamaklarını gösterdiği için hatalı uygulamaların azalmasını sağlar. Ancak hastanın bireyselliği göz ardı edilebilir. Örneğin diyaliz uygulanan bir hasta ile diyabetli bir hastaya aynı protokolle Glikoz-İnsülin-Potasyum (GİK) verilmesi gibi.

İntravenöz periferik kateterler genellikle aralıklı ya da sürekli ilaç ve sıvı infüzyonu amacıyla kullanılır. Yüksek yoğunluklu infüzyon gerektiren sıvılar, enfeksiyon ve flebit riskini arttırabilecek protein ve lipit içerikli solüsyonlar periferik kateterlerden verilmemelidir.

İntravenöz bolus yöntemi ile ilacı direkt olarak uygulamada, damar dışına uygulama riski açısından hastanın yakından izlenmesi gerekir. Sürekli ya da aralıklı intravenöz infüzyonlar, infüzyon pompaları kullanılarak, konsantre bir ilacın uygun sıvı ile seyreltilerek daha uzun zamanda verilmesine olanak sağlar. Sulandırıcı olarak kullanılacak sıvı, ilacın kimyasal özelliğini ve hastanın fizyolojik dengelerini bozmayacak nitelikte olmalıdır. İntravasküler alandan ekstravasküler/interstisiyel alana sıvı kaçışına neden olabileceği için distile su yüksek volümle sulandırılması gereken ilaçlarda sulandırıcı olarak seçilmemelidir. Sulandırmada en sık kullanılan solüsyonlar %09 Sodyum klorür ve %5 Dextroz'dur. Hastanın sodyum değeri ve kan şekeri takip edilmelidir. Konsantre ya da yarılanma ömürleri kısa olan ilaçların, hastaların kilo/doz ayarlamasına göre verilecek ilaç miktarı belirlenerek perfüzörlerle uygulanması, gerekli dozun doğru ve güvenli bir şekilde uygulanmasını sağlar. Hastanın arteriyel kan basıncı ve nabzına göre ilacın dozu yeniden hesaplanır (titre edilir). Titrasyon yönteminde ilacın dozu hemodinamik göstergelere bağlıdır.

Santral venöz kateterler, santral venöz basıncı ölçümü yapılması gereken, uzun süreli sıvı-ilaç gereksimi olan, periferik damar yolunun bulunamadığı, kan ve kan ürünleri verilmesi gereken, ototransfüzyon için kan alınacak, laboraratuvar testleri için sık kan alınacak, total parenteral nutrisyon uygulanacak hastalara yerleştirilir.

Hasta kontrollü analjezi cihazları, hastanın kararlaştırılmış limitler içerisinde küçük dozlarda ve genellikle opioid analjezik alımını hastanın düzenlemesine izin veren sistemdir. Daha az dozda ilaç ile daha az yan etki ve etkin analjezi oluşur. Bu cihazların kullanımı sırasında hastanın ağrı düzeyi, sedasyon durumu, solunum sayısı ve diğer yaşamsal bulguları, idrar miktarı ve oksijen satürasyonu takip edilmelidir.

İlaçların uygun koşullarda saklanması önemli bir konudur. Soğuk zincir ile saklanması gereken ilaçlar eczaneden buz kalıplarının içerisinde getirilmelidir. İlaçlar fazla ısıya ve ışığa maruz kalmamalıdır. İlaçlar yerleştirilirken aynı tür ilaçlar bir arada bulundurulmalı veya alfabetik sıraya göre yerleştirilmelidir. İlaçlar eczane dışındaki birimlerde depolanmamalıdır. Son kullanma tarihleri kontrol edilmeli, narkotik ilaçlar çift kilitli dolapta saklanmalıdır. Narkotik ilaçların devir teslimi ve ilacın uygulandığı kimlik bilgileri narkotik defterine kayıt edilmelidir.

İlaç uygulama prensipleri ve önerileri

- İlaçlar uygulanmadan önce hastaya ilaç alerjisi olup olmadığı sorgulanmalıdır. İlaç ilk kez uygulanacaksa, hastanın alerji durumu bilinmiyorsa ilaç reaksiyonunu belirlemek ve erken müdahale edebilmek için ilaç uygulaması boyunca hasta gözlenmelidir.
- Hastanın yanında getirdiği ilaçlar hastanın yanından alınmalıdır.
- İlaçların içerikleri ve etkileri bilinmiyorsa prospektüsten ve ilgili kaynaklardan bilgi edinilmelidir.
- İlaç uygulamaları tıbbi müdahale olduğundan hasta ve ailesinden yazılı onamları alınmalıdır.
- Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri bilinmelidir. Akılcı ilaç kullanımı Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1985 yılında "kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri" olarak tanımlanmıştır.
- İlaçların hazırlanması ve uygulanmasında sekiz doğru ilkesine uyulmalıdır.
  - Doğru ilaç,
  - Doğru hasta,
  - Doğru uygulama yolu,
  - Doğru ilaç dozu,
  - Doğru uygulama zamanı,
  - Doğru ilaç şekli,
  - Doğru yanıt,
  - Doğru kayıt.
- Uzun süre kullanılmadığında trombüs oluşumunu önlemek için, kataterler heparinli sıvı ile flaşlanmalıdır. Kataterı flaşlamak için otomotik flaşlama sistemi seçilmeli veya küçük enjektörler ile düşük bir volümde flaşlama yapılmalıdır. Yüksek volümle yapılan flaşlamada kateter ucundaki trombüs santral dolaşıma ilerletilebilir.
- Hastaya hem ilaç uygulaması hem de kan ürünü transfüzyonu yapılacaksa periferik kataterlerden kan transfüzyonu, santral kateterden ilaç uygulaması yapılmalıdır.
- İnfüzyon veya perfüzyon yöntemi ile ilaç uygulanan yoldan başka ilaç uygulanmamalıdır. Dopamin, adrenalin, nitrogliserin, sodyum nitroprussid gibi etkisi hızla gerçekleşen, kanda yarılanma süresi kısa olan ilaçların verildiği yoldan hastaya başka bir ilaç veya serum verilirse ilacın etkisi 1-3 dk içinde pik yapar, kateterin içinden yeniden ilaç hastaya ulaşana kadar ilacın yoksunluğu görülür. Ani kan basıncı değişiklikleri görülmesi ile hastanın stabilitesi bozulur.
- Kateter içerisinde bulunan kan önce çekilerek, ilaç temizlenmeli daha sonra yıkama ve flaşlama yapılmalıdır.
- İnfüzyon ve perfüzyon yöntemi ile ilaç uygulanan yoldan serum da verilecekse ilacın flaşlanmaması için, serum hastaya yakın öndeki musluktan, ilaç hastaya uzak olan arkadaki musluktan verilmelidir.
- Perfüzyon yöntemi ile ilaç uygulamalarında soğuk zincir gerektirmeyen ilaçlar için en geç 24 saatte bitecek şekilde hazırlanmalıdır.
- Hastaya verilmesi gereken çok fazla ilaç varsa ve aynı yol kullanılmak zorundaysa ilaç etkileşimlerinin bilinmesi önemlidir.
  - Kalsiyum ve dekstroz ile kan bir arada verilmemelidir, hemolize neden olur.
  - Pozitif iyon içeren elektrolitlerle, negatif iyon içeren elektrolitler bir arada verilmemelidir.
  - Kalsiyum, potasyum, magnezyumla sodyum bikarbonat, amonyum klorür bir arada verilmemelidir.
- Kateterin tıkanmasını ve trombüs oluşumu engellemek amacıyla koagülan ilaçlar santral kataterden değil, periferik kateterden verilmeli, ilaç uygulandıktan sonra bol serum verilerek kateterin içindeki ilaç temizlenmelidir.
- Enjektörün ajutaj kısmında kalan ilaç ihmal edilmemelidir, ihmal edilirse yaklaşık 5 Ü ilaç hastaya fazladan ya da az uygulanmış olur.
- Acil durumlarda kullanılacak ilaçlar enjektöre çekilmiş şekilde acil arabası ya da acil tepsisinde hazır bekletilmelidir. Acil durumlarda karışıklığa neden olmamak için ilaçların aynı formları bulunmalıdır. Acil arabasında bulundurulması gereken ilaçlar; adrenalin, atropin, bikarbonat, antihistaminik, prednol, dekort, kalsiyum, aritmal ve antiemetiktir.
- Parenteral beslenme ile birlikte aynı setten ilaç uygulaması yapmadan önce çeşitli bilgi kaynaklarından yararlanılarak geçimsizlik kontrolü yapılmalıdır. Aksi taktirde "şüphen varsa yapma" kuralı unutulmamalıdır. İlaç uygulanırken öncesinde ve sonrasında nazogastrik tüpe ılık su verilmelidir. Enteral beslenmeler, beslenme tüpünden uygulanan fenitoin, kinolonlar gibi bazı ilaçların absorpsiyonunu azalttıklarından, bu ilaçlar ile enteral beslenme aynı anda kullanılmamalıdır. İlaç alındıktan en az bir saat önce veya iki saat sonra enteral beslenme uygulanabilir. Eğer hasta nazogastrik tüp ile sürekli enteral beslenme alıyorsa, etkileşim söz konusu olan ilaç verilmeden en az bir saat önce enteral beslenme kesilmeli ve ilaç verildikten sonra da minimum iki saat beklendikten sonra tekrar enteral beslenmeye başlanmalıdır. Enteral beslenme belirli bir süre kesileceğinden, hastanın günlük ihtiyacını karşılayabilmek için enteral beslenmenin veriliş hızı uygun şekilde hesaplanarak artırılmalıdır.

Yoğun bakımda sık kullanılan ilaçlar ve uygulamada dikkat edilecek noktalar

1. Antikuagülanlar: Venöz tromboemboli tedavisinde kullanılan başlıca antikuagulan ilaçlar heparin ve oral antikuagülanlardır.

a) Standart heparin: Kısa etkilidir, kanda yarılanma süresi 4 saat kadardır. İntravenöz bolus ve infüzyon şeklinde uygulanır. Aktive edilmiş Parsiyel Tromboplastin Zamanı; (aPTT) 6 saatte bir kontrol edilmelidir. Kanama riskinden dolayı mide koruyucu ilaçlarla birlikte kullanılmalıdır. Antidotu protamin sülfat hazır bulundurulmalıdır. Asetilsalisilik asit, dekstran, fenilbutazon, ibuprofen, indometasin, dipridamol, hidroksikloroquin gibi trombosit agregasyon reaksiyonunu engelleyen ilaçlar kanama oluşturabileceklerinden heparin uygulanmakta olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Dijitaller, tetrasiklinler, nikotin ya da antihistaminikler heparinin antikoagülan etkisini kısmen azaltabilirler. Hasta kanama açısından takip edilmeli, gereksiz invazif girişimlerden mümkün olduğuca kaçınılmalıdır.

b) Düşük molekül ağırlıklı heparin: Uzun etkilidir, kanda yarılanma süresi 12 saattir. Subkutan olarak göbek çevresine (daha az kılcal damar içerdiği için), umblikustan 5 cm uzağa uygulanmalıdır. Enjeksiyon bölgesi abse ve hematom açısından kontrol edilmelidir. Ciltte kanama ve morarmayı önlemek için hava kilidi tekniği ile uygulanmalı, ilaç verildikten sonra 0,5 cc hava verilmelidir. Cilt altı kanamayı azaltmak için uygulama yerine masaj yapılmamalıdır, sadece bir dakika basınç uygulanmalıdır. Hasta kanama açısından takip edilmeli ve pıhtılaşma testleri her gün yapılmalıdır.

2. Vazodilatörler, Vazopressörler, Adrenerjikler

Nitrogliserin: Koroner damarlarda vazodilatasyon etkisi ile angina ağrısını azaltır. Düşük dozlarda venodilatasyon, yüksek dozlarda arterial dilatasyon yapar. Kalbe dönen kan miktarı azalır. Kalp atım hacmi azalır. Pulmoner konjesyon ve sol ventrikül iş yükünü azaltır. İskemik alanda kanlanmayı artırır. Kan basıncı ve kalp ritmi yakından izlenmelidir. Vazodilatasyon etkisi olduğundan aşırı baş ağrısı, yüzde kızarma, bulantı, kusma, hipotansiyon, taşikardi, ciltte kızarıklık olabilir. Hasta yan etkileri yönünden takip edilmelidir. Ciddi bradikardisi (50/dk altında) ve sinüs taşikardisi (100/dk üstünde) olan hastalarda da çok dikkatli olunmalıdır. Uzun süreli kullanımda tolerans gelişebilir, refleks taşikardi yapabilir. Serum cam şişelerde hazırlanmalıdır.

Sodyum nitroprussid: Arteriolar ve venöz düz kasları gevşeterek ön ve art yükü azaltır. Pulmoner ödemle birlikte olan hipertansif krizlerde kullanılır. 1-3 dk sonra etkisi başlar, kesildikten 3 dk sonra etkisi biter. Miyokardın bölgesel kan akımında azalmaya yol açacağından miyokart iskemisi olan hastalarda dikkat edilmelidir. Kan basıncı takibi sık aralıklarla yapılmalıdır (mümkünse intraateriyal). İnfüzyon hazırlandıktan sonra ışıktan korumak için özel setlerle ya da alüminyum folyo ile sarılmalıdır. İlacın seyreltilmesinde sadece %5 Dextroz kullanılmalıdır. İnfüzyon çözeltisi hafif sarımtırak renktedir, renk koyu ise kullanılmamalıdır. Hipotansiyon, bulantı, kusma, baş ağrısı, taşikardi, uzun süren yüksek dozlarda ve böbrek yetersizliği olan hastalarda tiyosiyanat zehirlenmesi (kulak çınlaması, bulanık görme, kramplar, deliryum hali) görülebilir. Toksisitede 150 mcg/kg ve ya 12,5 gr sodyum thiosulfat IV bolus uygulanır.

Adrenalin: Kalp atım sayısını arttırır. Pozitif inotropik etki sağlar, vazokonstüksiyon etkisi ile kan basıncını yükseltir. İlacın damar dışına kaçması, lokal iskemiye bağlı doku hasarı ve ülserlere yol açar. Bu nedenle güvenli bir damar yolundan verilmelidir. Alkalen solüsyonlar içinde inaktive olduğundan sodyum bikarbonat gibi alkali solüsyonlarla birlikte aynı damardan verilmemelidir. İnravenöz uygulamada 0,5 – 1mg Adrenalin 10 ml steril distile su ile sulandırılarak yavaş verili. 3-5 dakikada bir tekrarlanabilir. Şokta 1-3 mg/h olacak şekilde perfüzyon hızı ayarlanır. Miyokart iskemisi sırasında ventriküler duyarlılığı arttırabilir. Adrenalin infüzyonu esnasında kan basıncı, nabız ve kalp ritmi yakından takip edilmelidir. Pupillada dilatasyona neden olabilmektedir, ışık refleksi yakından izlenmelidir.

Noradrenalin: Adrenalin ve noradrenalin perfüzyonu yüksek doz dopamine rağmen hipotansif hastalarda kullanılır. Uygulama için daha önce girişim yapılmamış bir ven tercih edilmelidir. Doku nekrozuna yol açabileceği için ilacın damar dışına çıkmamasına dikkat edilmelidir. Mutlaka tek başına perfüzyon yapılmalıdır. Ciddi ventriküler disritmilere yol açabilir. Hastanın ritmi, kan basıncı yakından takip edilmelidir.

Dobutamine: Hipoperfüzyonlu hastalarda inotropik destek sağlamak amacıyla kullanılır. 2,5-10 mcg dozlarında başlanır, 20-40 mcg'a kadar çıkarılabilir. Sentetik bir sempatomimetiktir, norepinefrin salınımına yol açmaz. Miyokard oksijen tüketimini en az artıran ilaçtır. Düşük kalp debisi ile beraber ciddi hipotansiyon varsa dopamin başlanmalı yeterli kan basıncı sağlandıktan sonra debiyi artırmak için dobutamin eklenmeli (iyi bir pozitif inotropik etki sağlar ve dopaminle böbrek kan akımı artar). Kalp hızı ve kan basıncı sıkı takip edilmelidir. Alkali solusyonlarla karıştırılmamalı, infüzyon 24 saat kullanılmalıdır. Çözelti pembe renk gösterip koyulaşabilir, ilaç oksidasyonu ile ilgilidir, aktivitesinde rol oynamaz. Tolerans gelişmesi nedeniyle 48-72 saatten fazla kullanılmaması önerilir.

Dopamine: Alfa ve beta reseptörleri uyarır, kalp verimini ve kan basıncını arttırır. Doza bağlı etki (5-10 dk sonra) görülür.

≤2mcg/kg/dk → Renal perfüzyonu düzenler, diürezi sağlar.

2-5 mcg/kg/dk → Kalp debisini ve kontraktiliteyi arttırır.

5-10mcg/kg/dk → Vazokonstriktör etkisiyle kan basıncı ve kalp hızı artar.

Kardiyojenik şokta ve diğer hemodinamik bozukluklarda kullanılır. İnfüzyon sırasında kan basıncı, ritim, santral venöz basıncı, mümkünse swangaz kateteri ile pulmoner arter basınçları, aldığı çıkardığı sıvı miktarı takip edilmelidir. İnfüzyon pompası ile, santral venöz kateterden uygulanmalıdır.

3. Anti aritmik ajanlar

Amiodaron: Atriyal Fibrilasyon, atriyal flatter, supraventriküler ve ventriküler ritim bozukluklarında kullanılır. Betablokerler ve kalsiyum kanal blokerleri ile kullanıldığında dikkatli olunmalı, digoksin ile birlikte kullanılmamalıdır. Bradikardi ve atrioventriküler blokta kullanılmamalıdır. Cordorone tedavisi alan hastalarda Q-T mesafesinin uzaması, fotosensivite, troid hormon bozuklukları, karaciğer enzimlerinde yükselme gibi yan etkiler olabilir. Uygulama öncesi tiroid ve karaciğer fonksiyon testleri gönderilmelidir. Hastada ritm ve kan basıncı takibi yapılmalıdır. Büyük bir

venden mümkünse santral yoldan gönderilmelidir (flebite yol açar). Elektrolit bozuklukları proaritmik etki açısından uygulama öncesi düzeltilmelidir (özellikle hipokalemi). İlacın seyreltilmesinde sadece %5 Dextroz kullanılmalıdır.

4. Diüretikler: Böbrekten sodyum atılımını artırır ve vücutta sıvı birikimini azaltır. Anürik böbrek yetersizliğinde, hipopotasemi, ağır hiponatremi, hipovolemide kullanılmamalıdır. Diüretikler 50 mg'ı aşan dozlarda infüzyon pompası ile uygulanmalıdır. En önemli yan etkileri; elektrolit bozuklukları, hipotansiyon, işitme bozuklukları (yüksek dozlarda hızlı enjeksiyon ile görülür). Diyabeti olanlarda kan glikoz düzeyi kötüye gidebilir, takip edilmelidir. Tedaviye başlanmadan önce hiponatreminin düzeltilmesi gerekir. BUN, kreatinin seviyesi, elektrolit düzeyleri ve saatlik idrar miktarı takip edilmelidir. İnfüzyon sırasında ve ilaç kesildikten sonra dehidratasyon ve elektrolit kaybı için dikkatli olunmalı, gerekli elektrolit desteği sağlanmalıdır.

5. Sedatif ve analjezikler: Yoğun bakımda kullanılan sedatifler: Antihistaminikler, anestezikler (propofol, tiyopental, etomidat, ketamin, volatil anestezikler), nöroleptikler (haloperidol, droperidol, klorpromazin), benzodiazepinler (midazolam, lorazepam, diazepam), opioidler (morfin, fentanil, alfentanil, remifentanil), alfa agonistler (klonidin, deksmetedomidin)'dir.

Propofol: Yoğun bakımda sürekli infüzyon şeklinde istenilen sedasyon düzeyini sağlar. Koroner arter hastaları dışında güvenle kullanılabilir. Bolus veya sürekli infüzyon şeklinde uygulanabilir. Kan basıncını düşürür, uygulama sırasında yanmaya neden olur.

Barbitüratlar (tiyopental, metoheksital): Sedatif ve hipnotik etkilidir. Yaşlı ve hipovolemik hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Anestezi indüksiyonunda ideal ilaçlar olan barbitüratların kardiyovasküler yan etkileri ve sınırlı sedasyon etkileri nedeniyle yoğun bakımda kullanımları sınırlıdır. Tiyopental gibi kısa etkili barbitüratlar yoğun bakım hastalarında artmış intrakranial basıncı akut olarak azaltmak için kullanılabilir. Genellikle yoğun bakım hastalarının entübasyonu sırasında bolus olarak kullanılırlar. Tiyopental yağ dokusunda toplandığı için uzun süre infüzyon halinde kullanılırsa uyanma haftalarca sürebilir.

Benzodiazepinler (midazolam, diazepam, lorazepam, vb.): *Sedatif* ve hipnotiktirler. Sedasyon amacıyla tek başlarına, ağrılı durumlarda opioidlerlekombine olarak kullanılırlar. İntravenöz enjeksiyonu daha az ağrılıdır. Serebral kan akımını azaltırlar, ketaminin oluşturduğu taşikardi ve hipertansiyonu önlerler, psikotik reaksiyonları tedavi ederler. Belirgin solunum depresyonu yaparlar, küçük dozlarda kalp hızını ve sistemik vasküler direnci artırırlar. Benzodiazepinler içinde bilinen en eski ilaç diazepam olmasına rağmen, kısa etkili olması, etkinin hızlı başlaması, dozunun titre edilebilmesi gibi nedenlerle midazolam yoğun bakım için daha uygun bir ilaçtır. Midazolam yarı ömrü kısa olması nedeniyle yoğun bakımda en çok tercih edilen ilaçtır. Kas gevşetici ihtiyacını azaltır, antagonisti olan flumazenil ile etkilerinin pek çoğu geri döndürülebilir. Sepsis ve karaciğer bozukluğu olan hastalarda uyanma gecikebilir.

Opioidler (morfin, alfentanil, fentanil, remifentanil, vb): Analjezik etkileri belirgin olduğundan hipnotiklerle kombine edilerek kullanılırlar. Bu dozlarda da bulantı, kusma, solunum depresyonu, kaşıntı, rijidite gibi yan etkileri belirgin olarak görülür. Opioidler, bolus ve sürekli infüzyon şeklinde kullanılırken dozu kolay titre edilebilir. Kısa etkili sedatiflerle kombine edilebilirler. Sürekli ağrının önlenmesinde aralıklı gelen ağrıya göre daha etkilidirler. En olumlu özellikleri bilinci etkilememeleridir. Morfinde daha çok olmak üzere bulantı, kusma, kabızlık, hipotansiyon, bradikardi ve santral solunum depresyonu görülebilir. Solunum depresyonu olursa 0,4 mg Naloxan 2-5 dk.da bir IV uygulanır. Etki hızı ve komplikasyonlar açısından diğer opioidlere göre yoğun bakım hastalarında en uygunu alfentanildir.

Kaynaklar

1. Kane-Gill SL, Jacobi J, Rothschild JM. Adverse drug events in intensive care units: risk factors, impact, and the role of team care. Crit Care Med. 2010 Jun;38(6 Suppl):S83-9.
2. Demirkan K. İlaç Uygulamaları. Yoğun Bakım Dergisi 2007;7(3):343-346.
3. Melli M. Akılcı İlaç kullanımı. Anestezi Dergisi 2010; 18 (3): 131 – 134.
4. Sarıhasan B., Üstün YB. Yoğun bakımda sedasyon ve analjezi ihtiyacı. J. Exp. Clin. Med., 2013; 30: S25-S31.
5. WHO best practices for injections and related procedures toolkit. http://www.who.int/injection_safety/9789241599252/en/ Erişim tarihi: 10.07.2015.
6. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011. http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf Erişim tarihi: 10.07.2015. See comment in PubMed Commons below
7. Buckley MS, Leblanc JM, Cawley MJ. Electrolyte disturbances associated with commonly prescribed medications in the intensive care unit. Crit Care Med. 2010 Jun;38(6 Suppl):S253-64.
8. Aygin D, Cengiz H. İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2011;45(3):110-114.
9. Yava A., Koyuncu A. Yoğun Bakımda Parenteral İlaç Uygulama Rehberi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2014.
10. Enar R. Akut Miyokart İnfarktüsü Teşhis ve Tedavi Kılavuzu. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2006.
11. Kruer RM, Jarrell AS, Latif A. Reducing medication errors in critical care: a multimodal approach. Clin Pharmacol. 2014;6:117-26.
12. Sarıhasan B, Üstün YB. Yoğun bakımda sedasyon ve analjezi ihtiyacı. J. Exp. Clin. Med., 2013; 30: S25-S31.

ONKOLOJİDE SEMPTOM YÖNETİMİNDE TAMAMLAYICI VE DESTEKLEYİCİ UYGULAMALARIN KULLANIMI

Dr. Gülbeyaz CAN
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Son yıllarda kanser hastalarının ve bu alanda çalışan sağlık uzmanlarının kanser ve tedavisi ile ilişkili semptomların yönetiminde tamamlayıcı ve destekleyici yaklaşımların kullanımına ilgisi artmıştır. Bazı hastalar / sağlık uzmanları bu yaklaşımların etkinliğine inandığını ifade etse de, pek çoğu etkinliğine kuşku ile bakmaktadır (1). Bilişsel-davranışsal terapilerin duygu-durum bozukluklarının yönetiminde, müzik terapinin algılanan ağrı şiddetinin azaltılmasında, egzersizin yorgunluğun yönetiminde etkili yaklaşımlar olduğu çalışma sonuçları ile gösterilmiş olsa da, özellikle hastalığa veya tedaviye bağlı semptomların kontrolünde kullanılan pek çok bitkisel yaklaşımın etkinliğinin hala tartışmalı olduğu pek çok çalışmada bildirilmiştir (2). Peki, negatif çalışma sonuçları tamamlayıcı ve alternatif yaklaşımların kullanımını etkiledi mi? Maalesef, hayır. Çünkü, bazı insanlar inanmak istediğine inanıyor ve çalışma sonuçlarının ne gösterdiği onlar için önemli olmadığını; onlar neyin işe yaradığını bildiğini savunuyorlar (3).

Bu bakış açısı ile Dünyada ve ülkemizde, kanser tanısının konması ile bazen bilinçli, bazen de bilinçsizce hastalar tarafından tamamlayıcı ve destekleyici yaklaşımların kullanımı hızla artmaktadır (2). Ülkemizde son 10 yıl içinde yapılan çalışmalarda özellikle kanser hastalarında (3) bu yaklaşımlarının kullanım sıklığının %17-85 ile oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmalarda en sık kullanılan yaklaşımların dini uygulamalar ve bitki karışımları olduğu da gösterilmiştir. Bitkisel yaklaşımları tanı konduktan sonra yakınlarının, arkadaşlarının ve diğer hastaların tavsiyesi üzerine, bilimsel etkinliğini araştırmadan kullanmaya başlayan çoğu hasta, bu yaklaşımların yararlı olduğunu ve zarar vermediğini düşünmektedir. Çoğu hasta da, bu yaklaşımların immün sistemini güçlendirdiğini, hastalığın ilerlemesini önlediğini ve tedaviyi desteklediğini ifade etmekte ve sadece 1/10 gibi az sayıda hasta hekim veya hemşiresine danışarak bu yaklaşımların tedavisi ile etkileşimini incelemektedir (3). Bu nedenle, hastalık tanısının konması ile birlikte tüm hastaların tamamlayıcı ve destekleyici yaklaşımların kullanımı konusunda sorgulanması önemlidir. Ayrıca, bu yaklaşımlarının tedavisi/hastalığı ile etkileşimi konusunda en doğru bilgiyi sağlık uzmanlarından alacağından, iyi bir tedavi sürecinin tamamlanmasında bu konuda hastalarımıza rehberlik etmek öncelikli görevlerimizden biridir (2).

Kaynaklar

1. Frass, M., Strassl, R.P., Friehs, H., Müllner, M., Kundi, M., Kaye, A.D. (2012) Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. *The Ochsner Journal. 12*(1):45-56.
2. Deng, G.E., Frenkel, M., Cohen, L., Cassileth, B.R., Abrams, D.I., Capodice, J.L., Courneya, K.S., Dryden, T., Hanser, S., Kumar, N., Labriola, D., Wardell, D.W., Sagar, S.; Society for Integrative Oncology. (2009). Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology: complementary therapies and botanicals. Journal of the Society for Integrative Oncology, 7(3):85–120.
3. Offit, P.A. (2012). Studying Complementary and Alternative Therapies. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 307(17):1803-1804.
4. Can, G., Erol, O., Topuz, E., Aydiner, A. (2009). Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. European Journal of Oncology Nursing, 13:287-294.

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir

Sağlık sistemi hızla değişmekte ve daha kompleks hale gelmektedir. Bireyler bu sistem içerisinde koruyucu ve tedavi edici uygulamalar konusunda daha kompleks hale gelmiş bilgiyi kendileri ile ilgili kararları doğru bir şekilde verebilme ve akut ve kronik durumları evde yönetme konusunda daha iyi anlamak ve bu bilgiyi uygulamaya aktarmak zorunluluğu ile karşı karşıya kalmışlardır. Bu karmaşık yapı içerisinde yönlerini bulmaya çalışmaktadırlar. Sağlık sistemi içinde kullanılan terminoloji, araçlar, verilen talimatlar hastalar için baş etmesi zor olabilmektedir. Tüm bu kompleks yapı içerisinde ek olarak bireyin okuryazarlığı da yeteli değilse sağlık sorunlarını yönetmesi daha da zor hale gelmektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık sonuçlarıyla ilişkisi ortaya konulmuş olduğu halde çoğu sağlık çalışanı hastalarının sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin farkında değildirler ve bu tür hastalar için uygun girişimlerin neler olduğunu bilmemektedirler. Sağlık hizmetleri alanların sağlık okur yazarlığı günümüzde şimdiye kadar olmadığı kadar önemli bir kavram haline gelmiştir. Sağlık çalışanları olarak hastanın sağlık okuryazarlığı düzeyinin farkında olmak, yetersizliklerini belirlemek ve uygun girişimlerde bulunmak önemlidir. Çünkü, sağlık okuryazarlığının artması bireyin sağlıklı geçirdiği yaşam yılını yaşanan yılların kalitesini arttırır ve sağlık eşitsizliklerini giderir. Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlık hizmetleri ve talimatlarını doğru okuma ve anlama yeteneğini geliştirir bu da bireyin doğru bilgiye ulaşma becerilerini ve bu hizmetleri kullanma yeteneklerini arttırır. Sağlık okuryazarlığı ayrıca kaynakların doğru kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını bireyin hem kendi hem de toplumun sağlığı üzerinde yetkin olmasını sağlar

Sağlık sistemi içerisinde düşük sağlık okuryazarlığı önemli bir problemdir. Yapılan araştırmalar halkın büyük bir kısmının günlük hayatın karmaşık gereksinimlerini karşılayacak sağlık okur yazarlığı düzeyinde olmadıklarını göstermektedir. Tüm popülasyonda sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşük olmakla birlikte ayrıca yaşlılar gibi, genel eğitim düzeyi düşük gruplar gibi, farklı dilleri konuşan gruplar gibi belirli gruplarda bu sorunun daha da fazla olduğu görülmektedir. Fiziksel ve psikolojik stresörler bireylerin anlama ve hatırlama yeteneklerini olumsuz etkilediği için hastalık nedeniyle stresli, yorgun, korku yaşayan bireyler için tanıdık olmayan kelimeler, bilgiler, içerikler, sorunu daha da güçleştirmektedir.

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez 1974'de Simonds tarafından literatüre girmiş bir kavramdır. 1992 yılına kadar bu kavram ile ilgili az sayıda literatür bulunmaktadır. Halk sağlığı alanında geliştirilen bu terim sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi, primer önleme kavramlarından ortaya çıkmıştır. Sağlık alanında oldukça geç konuşulmaya başlanmış olan bu kavramın hemşirelik literatürüne de girişi yenidir.

Altı tip okuryazarlık vardır:
Geleneksel (genel) sağlık okuryazarlığı
Medya okuryazarlığı
Bilgi okuryazarlığı
Bilgisayar okuryazarlığı
Bilimsel okuryazarlık
Sağlık okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığım genel okuryazarlık ve sağlık bakımı ile bağlantılıdır ancak farklı derecelerde diğer tip okuryazarlıkla da ilişkisi bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı kavramı kişilerin sağlık ve sağlık sistemi ile ilgili konuları yönetebilmesi için genel okuryazarlıktan daha fazlasına gereksinim duydukları fark edildiğinde ortaya çıkmış bir kavramdır. Genel okuryazarlık ile sağlık okuryazarlığı birbiri ile direkt ilişkilidir ve ancak sağlık okuryazarlığı çok daha fazlasını gerektirmektedir.

Sağlık okuryazarlığı bireyin günlük hayatta sağlık bakımı, hastalıkların önlenmesi, sağlığın sürdürülmesi konusuna karar verebilmek için sağlık bilgilerini anlama değerlendirme ve kullanma konusundaki bilgi motivasyon ve yeteneği olarak tanımlanabilir.

Sağlık okuryazarlığı bir dizi beceriyi tanımlamaktadır. Bunlar: yazılı bilgiyi okuma ve anlama, sayıları kullanma ve anlama, etkili bir şekilde konuşma ve dinleme, öz etkililik, ve navigasyondur. Sağlık okuryazarlığı okuma, dinleme, analiz etme, karara katılma, karar verme, hayata uyarlama aşamalarını kapsar. Sağlık okuryazarlığı için temel olan bazı kavramlar tanımlanmıştır.

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı: temel düzeyde okuma yazma ve bu becerileri günlük hayata aktarmayı tanımlar.

İnteraktif sağlık okuryazarlığı: daha ileri bilgileri toplayabilme konusunda daha ileri bir beceriyi, bu bilgileri yorumla, bilgiyi değişen durumlara uyarlayabilmeyi kapsar.

Kritik sağlık okuryazarlığı: en üst düzey bilişsel ve okuryazarlık durumunu tanımlar. Bilginin eleştirel analizi ve bu bilgiyi yaşama geçirme ve adapte etme aşamalarını kapsar.

Sağlık okuryazarlığı ile sağlık sistemi içerisinde fonksiyon görebilmesi, reçete edilen önerileri anlayabilmesi, tanıyı anlayabilmesi, kronik hastalıkları yönetebilmesi, bilgilendirilmiş onam sürecinin kolaylaşması arasında önemli bir ilişki vardır ve yapılan çalışmalar bu ilişkiyi doğrulamıştır. Düşük sağlık okuryazarlığının ortaya çıkardığı sorunlar:

- Genel sağlık durumunda kötüleşme
- Hastaneye yatma, hastanede kalma ve ölüm oranlarında artış
- Taburcu olduktan sonraki 30 gün içerisinde tekrar hastaneye yatış oranlarında artış
- Kronik hastalıkları yönetebilme kapasitelerinde azalma

- Doktor muayenesinden den sonra hatırlanan bilgi miktarında azalma
- Tedaviyi sürdürürken daha fazla hata yapma
- Hastalığın yönetimi konusunda daha az bilgi sahibi olma
- Koruyucu ve önleyici hizmetleri daha az sıklıkta kullanma
- Randevularını daha az oranda takip etme (gelmeme-geç gelme).

Bir bireyin sağlığında sağlık okuryazarlığının önemi sosyoekonomik düzeyinin öneminden daha fazladır. Yani bireyin sağlığının belirlenmesinde en önemli kriterlerden birisi sağlık okuryazarlığı düzeyidir. Sağlık okuryazarlığı birey merkezli bakımda, kültürel bakımda ve dile uygun bakımda önemli konulardan birisidir.

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi sadece bireyler ve toplum için sorun değildir aynı zamanda sağlık çalışanlarının da sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşüklüğünden bahsedilmektedir. Örneğin sağlık çalışanları hasta ile bilgileri açık, net ve anlaşılır bir şekilde paylaşamamaktadırlar. Hastanın anlama becerileri ile sağlık çalışanının iletişim becerilerindeki yetersizlikler olumsuz sonuçların artmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar hemşirelerin hastalardan sağlık okuryazarlığı konusundaki beklentilerinin hastaların gerçek kapasitelerinden fazla olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin sağlık okuryazarlığı ve bu kavramın hasta sonuçlarına etkisinin önemi konusunda bilgileri yetersizdir. Hemşirelerin çok büyük bir kısmı formal eğitim süreçlerinde sağlık okuryazarlığı konusunda hiçbir eğitim almamaktadırlar. Hemşirelerin büyük bir kısmı hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ya da durumunun hastaların diğer sorunlarından daha öncelikli olmadığını düşünmektedirler. Amerika'da sık kullanılan hemşirelik kitaplarının ve lisans/lisans üstü eğitim programlarının içeriklerini incelemiş, bu konuya verilen yerin yetersiz olduğu bulunmuştur.

Ancak hemşireler için bu konunun öğrenilmesi bilginin arttırılması ve düşük sağlık okuryazarlığı düzeylerinin hasta sonuçlarına etkilerinin farkında olunması önemlidir. Sağlık okuryazarlığı sağlık sonuçlarına olan önemli etkileri nedeniyle hemşireler tarafından tamamen anlaşılması ve öğrenilmesi gereken yaşamsal bir konudur. Bu önemli konunun hemşirelik öğrencilerinin eğitiminde de mutlak yer alması gereken bir konudur. Sağlık okuryazarlığının öneminin hemşireler tarafından anlaşılması sağlık sonuçlarının iyileşmesine ve sağlık giderlerinin azalmasına katkıda bulunacaktır.

Kaynaklar

1. Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V, Pitkin, K., Parikh, N. S., Coates, W., & Imara, M. (1996). The health care experience of patients with low literacy. Arch Fam Med, 5, 329–334. http://doi.org/10.1001/archfami.1996.01850430019010
2. Cafiero, M. (2013). Nurse practitioners'knowledge, experience, and intention to use health literacy strategies in clinical practice. Journal of Health Communication, 18 Suppl 1(2012), 70–81. http://doi.org/10.1080/10810730.2013.825665
3. Dickens, C., Lambert, B. L., Cromwell, T., & Piano, M. R. (2013). Nurse overestimation of patients'health literacy. Journal of Health Communication, 18 Suppl 1(August 2015), 62–9. http://doi.org/10.1080/10810730.2013.825670
4. Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. International Journal of Public Health, 54(5), 313–324. http://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2
5. Gazmararian, J. a., Williams, M. V., Peel, J., & Baker, D. W. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. Patient Education and Counseling, 51(3), 267–275. http://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00239-2
6. Johnson, A. (2014). Health literacy, does it make a difference? Australian Journal of Advanced Nursing, 31(3), 39–45. Retrieved from http://www.ajan.com.au/index.html
7. Mitchell, S. E., Sadikova, E., Jack, B. W., & Paasche-Orlow, M. K. (2012). Health Literacy and 30-Day Postdischarge Hospital Utilization. Journal of Health Communication, 17(sup3), 325–338. http://doi.org/10.1080/10810730.2012.715233
8. Sand-Jecklin, K., Murray, B., Summers, B., Watsom, J. (2010). Educating Nursing Students about Helath Literacy: From the Classroom to the Patient Bedside. The Online Journal of Issues in Nursing, 15(3) http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No3-Sept-2010/Articles-Previously-Topic/Educating-Nursing-Students-about-Health-Literacy.html
9. Saunders, M. H., & Peerson, A. (2010). Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. Comment. The Medical Journal of Australia, 192(8), 478–479.
10. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Consortium, H. B. and E. H. L. P. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12(1), 80.

ONKOLOJİDE HEDEFLENMİŞ TEDAVİLER VE YAN ETKİLERİN KONTROLÜ

Figen BAY
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

Standart kemoterapi kanser hücresinin yanı sıra vücutta hızlı bölünen diğer hücreleri de olumsuz etkilediğinden buna paralel yan etkiler (bulantı, kusma, mukozit, hematolojik toksisiteler vb.) ortaya çıkar. Hedeflenmiş tedavilerin sadece hastalıklı hücreye odaklanması sayesinde hasta, bu yan etkilerden korunmuş olur.

Hedeflenen terapiler, hastalık ilerleyinceye kadar veya kanserin ileri bir düzeyine kadar sürekli olarak uygulandığından, ileri evre kansere sahip bir insanın bakımı da burada hemşirelik yönetimine ihtiyaç duyulan en önemli noktadır.

Geliştirilmekte olan hedeflenen bazı terapiler şunlardır:

Anjiogenez inhibitörler (anjiogenez sürecine karşı koymak için) ve dolayısıyla tümörler oksijensiz ve gıdasız bırakıldıklarından ölürler;

Anti VEGF reseptör ajanları; antikorlar; anjiostatin, endostatin; küçük molekül tirozin kinaz inhibitörleri; büyüme faktörü inhibitörleri (büyüme sinyalinin fazla çalışmasını engellemek için);

Küçük molekül tirozin kinaz inhibitörleri; apoptoz agonistler (apoptozu attırmak ve/ya apoptoza karşı mukavemeti durdurmak amacıyla);

Telomerase inhibitörler (telomerin tekrar oluşmasını engellemek için) ve böylece hücreler bölünmeye devam etmek yerine yaşlanırlar;

Metalloproteinaz inhibitörler (kanser hücrelerinin vücudun başka taraflarına sıçramasını sağlayan metallopproteinaz faaliyetlerini durdurmak için) ve böylece metastaz engellenir;

Kollajenaz (kollajeni düşürür); stromelisin (stromal hücreleri parçalamak için);

Antisens nükleotidler (çekirdekteki gen ekspresyonu engellemek için) nükleer DNA'ya bağlanır ve transkripsiyonunu engeller;

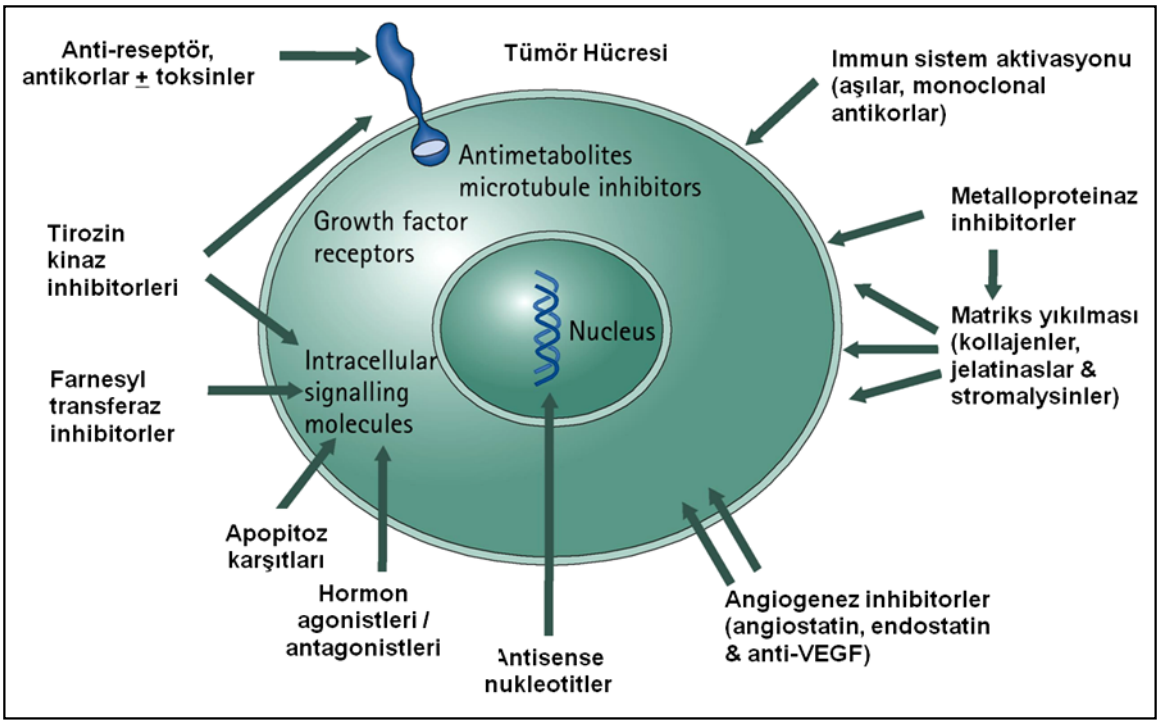
Aşılar (antikor üretimini arttırmak için);

Antises nükleotidler (çekirdekteki gen ekspresyonu engellemek için) nükleer DNA'ya bağlanır ve transkripsiyonunu engeller;

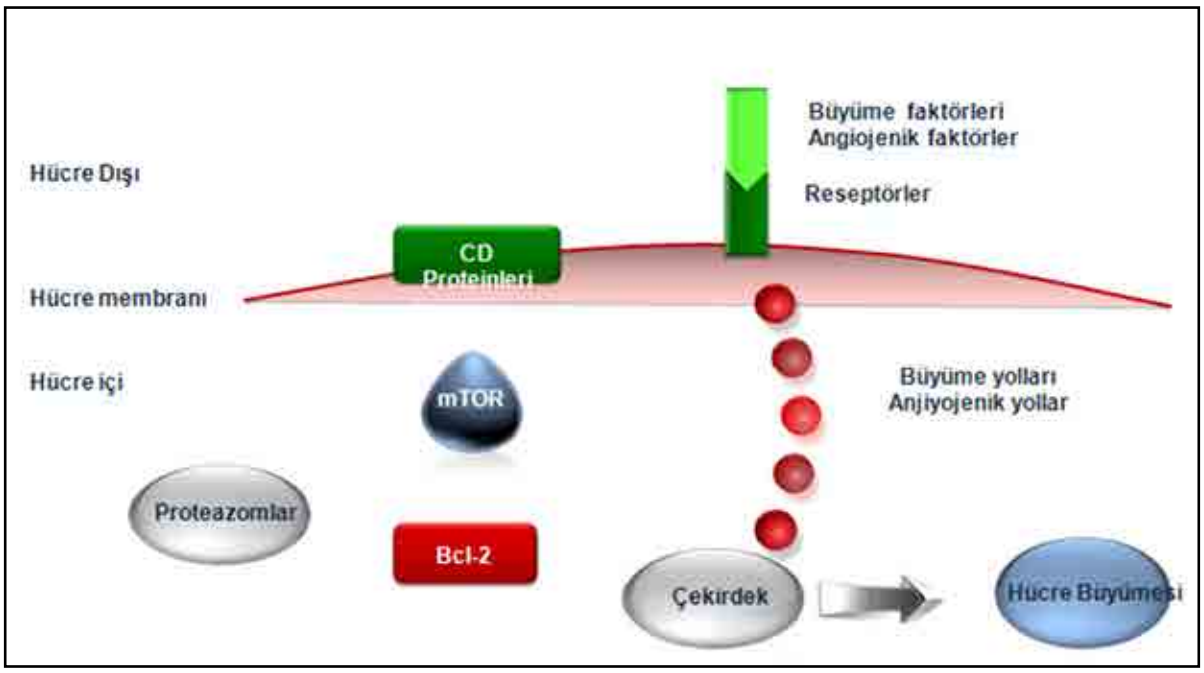
Hormonlara bağımlı tümörlerde hormon agonistleri/antagonistleri (hormonal faaliyetleri arttırmak veya engellemek için).

Sitotoksik ilaçlar, kanser hücreleri ile normal hücreler arasındaki farkı gözetlemeden, hücre bölünmesinin belli bir evresinde hücreleri öldürürler. Tümör azalabilir ancak diğer hücreler de etkilenebilir. (Sito = Hücre; toksik = zehir veya öldürür)

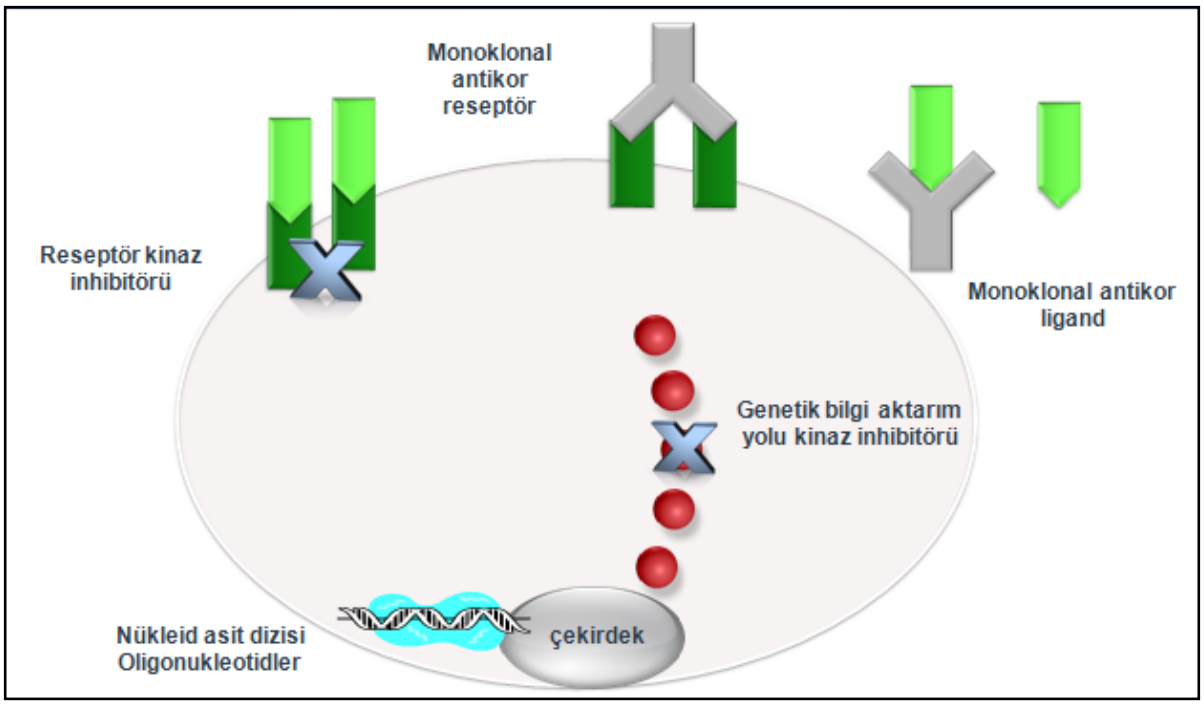
Hedeflenmiş tedaviler, he zaman kanser hücrelerinin büyümeye ve bölünmeye devam etmelerini engelleyemeyebilir, yani kanser hücrelerini her zaman öldürmezler. Bu duruma sitostatik (sito: hücre, statik= durgun) denir.



Şekil 1. Hedeflenen terapiler



Şekil 2. Hedeflenmiş Tedaviler Hücre içinde ve Dışında Etki Eder



Şekil 3. Sinyal iletimi çeşitli yollarla baskılanır

Böylece, hücre kontrol altında tutulur ancak yok olmaz. Bu yüzden hedeflenen terapiyle tümörün azalmadığını görebiliriz.

Monoklonal antikorlar ve küçük moleküller

Reseptörleri engellemenin bu iki yolu arasındaki temel fark, antikorların hücrenin dışında yer alması küçük moleküllerin ise hücreye girebilmeleridir.

Hücre yüzeyindeki hedefler

Büyüme faktörlerin birçoğu membrana bağlı reseptör olarak rol oynar (yapılarının bir parçası olarak tirozin kinaza sahiptirler).

Kinaz reseptörünün aktivasyonu hücre büyümesini uyaran reseptör fosforilasyonuna neden olur.

En yaygın olanlar:
EGFR
HER2/neu
VEGF PDGF
C-kit (CD117) Flt-3 (CD135)

Protein kinazlar, hücrenin sinyal almasında merkezi anahtar mekanizmasını oluşturan enzimlerdir.

Hücre çoğalması, metabolizması, hücrenin sağkalımı ve apoptoz gibi hücre ile ilgili olan birçok süreçte yer alırlar

Bazı protein kinazlar, kanser hücrelerini aktif hale geçirmek ve tümörlerin büyümesini ve gelişmesini sağlamakla bilinirler

Bundan dolayı kinaz aktivitelerini engellemek kanser tedavisi için uygun bir yaklaşımdır

Kinazlar, sinyal iletim yollarının içinde de anahtar olarak yer alırlar.

Reseptör aktivitelerini engellemenin başka bir yolu da reseptörün kinaz kısmını engelleyen küçük molekülleri kullanmaktır. Reseptör kinazı ATP'ye (Adenozin Trifosfat) bağlanır ve böylece ATP'den reseptöre aktarılan bir fosfat grubu, reseptörü fosforlaşmış ve böylece aktif hale getirir. Küçük moleküller ATP'ye bağlı olan alanın üzerinde duracak ve böylece işlemin oluşmasını engelleyecek şekilde tasarlanmışlardır.

mTOR

mTOR, sinyal transdüksiyon yollarında birkaç farklı ajan tarafından aktive edilen önemli bir moleküldür.

Kanser hücrelerinde mTOR yolu mutasyonlarla serbestleşir

Normal hücre büyümesi, hücre bölünmesi ve anjiyogenezi düzenlemede mTOR'un rolü, bunun aktivasyonu veya inhibisyonunda yer alan birkaç proteni ile açığa çıkarılır.

Normal büyüme hücresi, proliferasyon ve metabolizma birkaç mTOR regülator tarafından gerçekleştirilir. mTOR'un deregülasyonu büyüme kontrolü ve metabolizmanın kaybı ile sonuçlanabilir.

mTOR aktivite artışı,selüler yanıtta yer alan100 den fazla gen ve proteinin sentezinde artışa yol açar. mTOR tarafından düzenlenen çok sayıda protein kanser hücrelerinin büyümesi, metabolik gereksinim ve canlılığı destekler.

mTor bağlı yolların kontrolün kalkması kanser gelişim riskini artırır ve pek çok kanserde tanımlanmıştır.

mTOR İnhibisyonu, anjiyogenezi bloke etmede yeni bir yaklaşımdır

Anjiyogenez inhibitörleri günümüzde kanser tedavisinde onaylanmış terapilerdir

mTOR inhibtörleri kanser hücrelerini inhibe etmede ikili mekanizmaya sahiptir.

- mTOR inhibitörleri önemli büyüme bağlı proteinlerin protein sentezini düşürerek direkt olarak kanser hücrelerinin büyümesini suprese eder.
- mTOR inhibitörleri VEGF ve PDGF gibi proanjiyogenik faktörlerin sentezini ve sekresyonunu bloke ederek vasküler hücrelere direkt olarak etki eder.

mTOR inhibitörleri VEGF monoklonal antikor (mAb) ya da tiraozin kinaz (TKI) inhibitörlerle kombine bir şekilde etkiyi artırabilir.

Monoklonal antikorlar kullanım ve uygulama

Depolama: Buzdolabında saklanır, dondurulmaz

Aseptik şekilde sulandırma

Sulandırdıktan sonra stabilite süreleri

Uygulama

- Çalkalanmamalıdır (Çünkü bunlar proteindir)
- İlaca uygun materyal seçimi: IV set tipi – filtre kullanımı
- Premedikasyon: İnfüzyon reaksiyonu riski veya hipersensitivite reaksiyonu
- Uygulama zamanı dikkat edilmesi gereken noktalardır.

Monoklonal Antikorların İnfüzyon ve Hipersensitivite Reaksiyonları(HSR)

İnfüzyon reaksiyonları: Bazı kemoterapi veya biyoterapi ajanlarında infüzyonu takiben sitokin salımı ve buna bağlı olarak lokalize alerjik tepkiler, ateş ve grip benzeri semptomlara yol açar. Reaksiyon genellikle infüzyonun başlangıcında görülür. 24 saat içinde ortadan kalkar.

Hipersensitivite Reaksiyonu: IgE yoluyla, antijene ilk maruz kalmadan sonra bir yanıt oluşur, Antijene (ilaç)ilk maruziyette bir antikor oluşur. Gerçek bir HSR genellikle, kemoterapi ya da biyoterapi ile hastanın ilaca ilk maruz kalması ile ortaya çıkmaz.

Akne-benzeri Rash: EGFR inhibitörleri yan etkileri

Hastaların %50-100'de görünen akne benzeri döküntü, tüm EGFR inhibitörlerinin bir etkisi olarak görünmektedir.

Birkaç gün sonra görünür ve 2-3 haftada maksimum düzeye erişir

Akne-benzeri olarak adlandırılsa da akne değildir.

Eritematöz foliküller papül olarak görünür ve püstüllerde gelişebilir

Kaşıntılı olabilir

Şiddetli durumlarda bitişik, ağrılı, ülserli lezyonlar

Hastaların 5-18%'de 3.derece

MAb alan hastalarda daha şiddetli olma eğilimindedir.

Bazı ilaçlar için, belden üstte sebaköz bezlerce zengin alanlarda döküntü olabilir

Yüz, boyun, omuzlar, kulak arkası, üst taraf (V şeklinde), saçlı deride,

Daha az sıklıkla sırt, karın,kalça, ekstremitelerde görülür.

Döküntü vücudun herhangi bir bölgesinde de ortaya çıkabilir.

EGFR inhibitörlerinin diğer ciltle ilgili yan etkileri

Hastalar kuru ve/veya kaşıntılı cilde sahip olabilir

Parmaklarda veya topuklarda fissürler ortaya çıkabilir

Tırnak lezyonları da ortaya çıkabilir (EGFR inhibitörlerinde 10-15%)

Terapi başladıktan genellikle 4-8 hafta sonra geç olarak ortaya çıkar

Tırnak lezyonları, (özellikle baş parmakta) tırnak yatağının iltihaplanmasıyla paronişya olarak görülür

Saç değişiklikleri.

Oftalmik yan etkiler

Gözde yaşarma ya da kuruluk, yanma hissi

Korneal erozyon

Konjonktivit

Blefarit, Keratit

Cilt yan etkilerin önlenmesi ve azaltılması: yapılmaması gerekenler

Güneş ışığı, sert rüzgar,nem

Sert deterjanlar
Keskin parfümler
Kalitesiz makyaj malzemeleri
Alkol içeren cilt ürünleri
Çok sıkı giysiler ya da döküntü bölgesine sürtünen giysiler
Kendi kendine akne tedavisi.

Cilt yan etkilerinin önlenmesi ve azaltılması: yapılacaklar

Tedaviye parfümsüz nemlendirici ile başlama
Hafif , su bazlı, parfümsüz duş jelleri ya da duş yağları tercih edilmeli
Güneş koruyucular
Su bazlı kapatıcılar (arzu edilirse) dermatoloji önerisine göre
Sıvı makyaj çıkarıcılar,
Aşırı kuruluk varsa güçlü nemlendiriciler kullanılabilir.

Hipomagnezemi

Semptomlar
Yorgunluk,mental değişimler, nöbetler, uyku hali
EKG değişiklikleri, (uzamış Q-T)
Sekonder hipokalsemi Grade 2 ,kas krampları, tetani
IV/oral tedavi
IV: her 36s
Oral: yüksek doz magnezyum glukonat (dikkat: diyare)
EGFR inhibitörleri kesildikten sonra hızla iyileşme görülür.

EGFR inhibitörleri ve mTOR-inhibitor (Temsirolimus) nedenli interstisyel akciğer hastalığı

Zayıf performans durumu,
Pulmoner fibroz öyküsü
Daha önce radyoterapi alan hastalarda görülme sıklığı diğerlerinden fazladır.
Dispne, öksürük ve ateş gibi solunum semptomlarında kötüleşme görülür.

Hemşireler solunum semptomları ile ilgili olarak hastaların şikayetleri konusunda dikkatli olmalı ve sağlık çalışanlarını bilgilendirme konusunda hastaları eğitmelidirler.

Eğer İLD doğrulanırsa, ilaç hemen kesilmelidir ve inceleme başlatılmalıdır.İlaca ara verilmeli ve hasta uygun bir şekilde tedavi edilmelidir.

Yüksek doz kortikosteroidler ve oksijen desteği gerekebilir.

Kardiotoksisite

Kardiyotoksisite Trastuzumab kullanımına bağlıdır.
Tüm hastalarda, trastuzumab tedavisi öncesi temel kardiyak değerlendirme yapılmalıdır.
Tedavi (örn: 3 ayda bir) süresince, kardiyak fonksiyon izlenmelidir.
Erken evre meme kanseri olan hastalarda tedavi süresince üç ayda bir, tedavi bittikten sonra 6,12 ve 24. aylarda kardiyak değerlendirme yapılmalıdır.
Asemptomatik kardiyak disfonksiyonu olan hastalar daha sık izlenmelidir. (örn: her 6-8 haftada bir)

VEGF spesifik inhibitörler ve multikinaz inhibitörleri yan etkiler

Hipertansiyon
Proteinüri
Arterial tromboembolik olaylar
Kanama: minör mukozal (epistaksis) ve major hemoraji (non-small cell akciğer kanseri)
Gastrointestinal (GI) perforasyon
Yara iyileşmesi/postoperatif kanama
Ses kısıklığı/boğaz ağrısı
Hipotiroidizm
Hastada görülebilecek yan etkilerdir.

m-TOR inhibitörleri: Spesifik yan etkiler

Diyare
Hipersensitivite reaksiyonları
Hiperglisemi
Hiperlipidemi
ILD
Yara iyileşmesi komplikasyonları

Multikinaz inhibitörleri: yan etkiler

El-ayak cilt reaksiyonu
Karıncalanma ve yanma
Kızarıklık
Cilt kalınlaşması
Avuç içi veya ayak uçlarında küçük ağrılı kabartılar
Travma ve friksiyon alanlarında lezyonlar daha yaygındır.
Yaşam kalitesini negatif etkiler
Tedavi süresinin uzamasıyla şiddeti artar.
Elleri ve ayakları eleve etme
Açık yaralara antibiotikli kremler
Az miktarda nemlendirici uygulama
Sıkan giysilerden kaçınma

Son olarak

Hedeflenen terapilerin kullanımı ve uygulanması ilaca özgüdür ve eğitim gerektirir
Hedeflenen terapilerin yan etkileri genelde hafif ve ortadır ve zamanla çözülür
Yan etkilerin hemen tanılanması ve ele alınması önemlidir
Risk altındaki hastaları belirlemek ve yan etkilerin boyutunu tarif etmek için değerlendirme önemlidir

Yan etkilerin önlenmesi ve yan etkilerin tayininde hasta eğitimi önemli bir rol oynar.

Spesifik yan etkilerin tedavisi ve önlenmesi ile ilgili çalışmalar her gün gelişmektedir. Bu nedenle hemşirelerin literatürü yakın takip etmeleri önemlidir.

Kaynaklar

1. Wood L et al. Kanserde Moleküler ve Hedeflenen Terapiler:Chairside konseptinden. ONS Monograph, 2003;Cilt 1; Sayı 1.
2. Perez-Soler R. The Oncologist 2004;9:58-67 (http://theoncologist.alphamedpress.org/cgi/reprint/9/1/58)
3. Averous and Proud. Oncogene. 2006 Oct 16;25(48):6423-6435. Ellisen. Cell Cycle. 2005;4(11):1500-1502.
4. Kaper et al. Kanser Res. 2006;66(3):1561-1569
5. Lane and Lebwohl. Semin Oncol. 2006;33:S18-S25.
6. Wan et al. Neoplasia. 2006;8:394-401.
7. Yu et al. World J Gastroenterol. 2006;12:4660-4664.

DİYABETLİ YAŞLININ BAKIM VE İZLEMİ

Dr. Feray GÖKDOĞAN
British University of Nicosia, Hemşirelik Bölümü, Girne/K.K.T.C

Diyabetes Mellitus (DM), insulin sekresyonu ya/yada insulin etkisinde kısmı ya da tam eksiklik ile ilişkili karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasında bozukluklar ve kronik hiperglisemi ile karakterize bir sendromdur. Yaşam süresinin uzamasıyla yaşlı diyabetli nüfus da giderek artmaktadır. Amerika'da yaşlıların yaklaşık 1/5'inde tip 2 DM olmasına karşın, benzer oranda diyabet tanısı konmamış yaşlıların da olduğu bildirilmektedir. Başka bir yönüyle diyabetli bireylerin %40'ını yaşlı diyabetliler oluşturmaktadır. Tip 2 DM, yaşlılarda morbidite ve mortalite artışı ile ilişkilidir. Diyabet tedavisi gören yaşlı hastaların yaklaşık yarısında yeterli glisemik kontrol başarılamamaktadır. Glisemik kontrol önemli olmasına karşın, diyabetli yaşlı hastalar hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklara bağlı tedaviler de görmektedir. Genç kişilerle karşılaştırıldığında yaşlı diyabetliler düşmelere bağlı yaralanmalar, bilişsel bozulma, depresyon gibi durumları kapsayan geriatrik sendroma sahiptir. Bu durumlar, diyabet yönetimini daha karmaşık hale getirmekte ve hipoglisemi, konfüzyon ve demansa eğilimi arttırmaktadır.

Diyabetes mellitus, basit bir hastalık değildir, etkili bir bakım verilmesini engelleyen önemli zorluklarla karşılaşılır. Yaşlı toplumda diyabetin ekonomik, sosyal ve sağlık yüküne ilişkin kanıtlar vardır. Bu kanıta karşın, yaşlı kişilerin diyabet bakımı tıbbi literatürde kısmen göz ardı edilmekte ve yaşlılarayönelik yalnızca birkaç randomize kontrollü çalışma bulunmaktadır. Ayrıca ulusal düzeyde yapılandırılmış diyabet bakımına ilişkin çalışmalar yeterli olmayıp, var olan diyabet bakım sistemi evde ve kurumda bakılan yaşlılara özgü değildir. Diyabetli yaşlıların etkili yönetiminde güvenlik, diyabetten korunma, vasküler hastalıkların erken tanısı, sakatlık /yetersizliklerin (ekstremite sorunları, göz hastalığı, inmeye bağlı) fonksiyonel tanılamanın önemi vurgulanmalıdır. Bunun yanısıra diyabetle ilgili diğer komplikasyonlar ile ilişkili durumların (bilişsel bozulma, fonksiyonel bağımlılık, depresyon,vb) önlenmesi ve yönetimi gerekir. Klinik uygulamalarda özellikle yaşlı hastaların diyabet bakımında eşitsizliklere ilişkin çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Diyabetli yaşlıların yönetiminde hasta güvenli öncelikli konu olmasına karşın, sıklıkla uygun olmayan tedavi seçeneği, uzman olmayan kişiler tarafından izlem ile bilişsel bozukluğu ya da depresif hastalığı olanların hasta merkezli bakımında yetersiz kalınmaktadır. Bunlar yaşlı kişilerde daha sık görülmektedir ve direkt olarak diyabetin varlığı ile ilişkili olabilir. Genellikle depresyon tanımlanamamakta ve yeterince tedavi edilememektedir. Özellikle yakın akrabaları yoksa ve mental sorunları varsa diyabetli yaşlıların çoğunda Sosyal izolasyon görülebilir. Bu nedenle iyi bir sosyal destek ağının kurulması önemlidir.

Diyabeti yönetmek için yaşlılara özgü dinamikleri anlamak gerekir. Yaşla ilgili birçok değişiklik, diyabetin klinik seyrini etkiler. Bu değişiklikler, diyabetin tanı ve tedavisinde sorun yaratabilmektedir. Diyabetli yaşlıların yaklaşık yarısı diyabetli olduğunu bilmediği belirtilmektedir. Sorunun önemli bir kısmı, yaşla ilişkili normal fizyolojik değişiklikler nedeniyle yaşlı diyabetik hastalar nadiren hipergliseminin tipik semptomlarını gösterir. İlerleyen yaşla birlikte glukoz böbrek eşiği yükselerek beklenen düzeyde glukozüri görülmez. İleri yaşta susama hissinin azalmasıyla genellikle polidipsi yoktur. Yaşlı hastalarda susama hissinin azalması ve sıvı desteğinin yeterince yerine konulmamasına bağlı olarak hiperglisemi ile birlikte dehidratasyon daha sık görülür. Genellikle konfüzyon, inkontinans ya da diyabete bağlı komplikasyonlar daha sık görülen semptomlardır.

Yaşlılarda karbonhidrat metabolizmasındak değişikliklere bağlı olarak insulin salınımının ilk fazı kaybolur. Tüm yaşlı diyabetli hastalarda postprandiyal insülinin başlangıç dalgası oluşmaz. Zayıf yaşlı ve genç yetişkin diyabetlilerin aksine, glukoza bağlı insulin salınımında bozulma yoktur ve obez yaşlı hastalarda ikinci faz insulin salınımı normal olarak görülür. Bu sonuç, obez yaşlı hastalarda primer bozukluğun insulin direnci olduğu düşünülürken, zayıf yaşlı hastalarda ise glukoza bağlı insulin salınımında bozukluk olduğunu düşündürür. Zayıf yaşlı diyabetli hastalarda normalde genç tip 1 diyabetli hastalara atfedilen otoimmun değişiklikler görülebilir. Zayıf yaşlı diyabetli hastalarda adacık hücre antikorları ve belirgin şekilde insulin eksikliği görülür. Böylece yaşlılarda hem tip 1 hem de tip 2 DM görüleceğini bilmek önemlidir.

Hipoglisemi, yaşlıların diyabet tedavisinde sık karşılaşılan bir risktir. Sağlıklı yaşlı hastalarla yapılan çalışmalarda hipoglisemiye karşı glukagon, epinefrin ve büyüme hormonu gibi kontrregülatör hormonların yanıtlarının azaldığı ve otonom uyarı semptomlarında azalmaya yardımcı olduğu gösterilmiştir. Hipogliseminin klasik aşikar semptomları görülmemesine karşın, bilişsel bozulma semptomları ile demansa ilişkin uzun süreli göstergelerin araştırılması gerekir. Diyabetli yaşlılarda epinefrin yanıtı gerçekten fazladır. Bu nedenle ciddi hipoglisemi (kan glukoz düzeyi <50 mg/dl) durumlarında semptomlar görülürken, orta düzeydeki hipoglisemide semptomlar görülmez.

Yaşlanma fizyolojisinin diğer komplike yönleri, insulin ve oral ilaçların farmakokinetik değişiklikleridir. Yaşlıların herhangi bir durumu tedavi edilirken ilaçların emilim, dağılım, metabolizma ve atılmasında değişiklikler dikkate alınmalıdır. Bu değişiklikler ilaç seçimi ve doz belirlenmesini etkiler.

Yaşlı kişiler diyabetle ilişkili komplikasyonların gelişimine yatkınlığı fazladır. Özellikle yaşlılarda komplikasyonlar daha kısa sürede ve görme, alt ekstremite komplikasyonları- diyabetik ayak enfeksiyonları, periferik nöropati,vb- gibi önemli bozukluklara yol açması nedeniyle değerlendirilmelidir. Yetişkinlere göre yaşlılarda diyabet tedavisine bağlı komplikasyonlar daha sorunlu olabilir. örneğin hipoglisemi, yaşlı

hastada demansı tetikleyebilir ve düşme riskini arttırabilir. Gençlere göre yaşlılar depresyon gibi komorbid durumlar açısından daha büyük risk altındadır. Depresyon, apatiye ve ilaç etkinliğinin azalmasına yol açabilir.

Diyabetin tedavi amaçları; yaşlı hastanın tıbbi, fonksiyonel, sosyal ve finansal durumuna uygun şekilde geliştirilmeli ve gerçekleştirilmelidir. Uzun süreli diyabet tedavisini belirlemeden önce tam bir geriatrik tanılama yapılması, uygulanan tedavini başarısını önemli ölçüde bozabilecek potansiyel sorunları tanımlamaya yardımcı olabilir. Yaşlı hastalarda sıklıkla bilişsel bozulmalar, günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılık, tanı konmamış depresyon, sosyal konularda güçlük gibi sorunlara sahip olup olmadığı saptanmalıdır. Sağlıklı yaşlıların çoğunda erken ölümleri ve morbiditeyi azaltmak, yaşam kalitesini iyileştirmek ve sağlık bakım maliyetini azaltmak için agresif tedavi uygun olabilir. Bu hastalar beslenme ve egzersiz düzeyi ile uyumlu dozajı ayarlanmış insülinden yarar görebilir. Ancak, hastanın yaşının ilerlemesi nedeniyle tedavi kararları daha karmaşık hale gelir, komplike tedavi biçimleri ve yan etkileri ile baş etme kapasiteleri azalır. Hipoglisemi riskini ve ilişkili komplikasyonları (düşmeler, konfüzyon,vb) en aza indirmek için kırılgan yaşlı hastalarda (son bir yılda istemeden 5 kilo kaybetme, kronik tükenmişlik, düşük kavrama gücü, yürüme hızında ve fiziksel aktivitelerinde yavaşlama) açlık glukoz hedefleri daha yüksek tutulması gerekebilir. Kırılgan yaşlı hastalar için tedavi seçiminde metformin ya da incretin mimetikleri gibi hipoglisemi riski tedaviler yer almalıdır; hipoglisemi riski yüksek ilaçlardan (uzun etkili sulfonilurealar-chlorpropamide ya da glyburide,vb- kaçınılmalıdır.

Yaşlılarda ideal HbA1c hedefi olan <%7 başarmak güç olabilir, ancak tüm yetişkinler için önerilir. Çok yaşlı hastalarda (>80 yaş) sıkı kontrolün yararına ilişkin araştırmalar bulunmamaktadır. Geniş kapsamlı prospektif çalışmalarda yaşlı gruplar için sıkı kan glukoz kontrolü ve vasküler sonuçlarının iyileştiğine ilişkin veriler içermemektedir. Diyabet, bilişsel işlevlerde düşme ile ilişkilidir ve yaşlı hastalarda bilişsel fonksiyonlarda azalma daha fazladır. Prospektif çalışmalar sıkı glukoz kontrolü ile bilişsel işlevlerde iyileşme göstermezken; gözlemsel çalışmalarda düşük HbA1c ile bilişsel işlevlerde iyileşme olduğu bildirilmektedir. Diyabetle ilişkili bilişsel bozulmaların mekanizması halen açıklanamamıştır. Demans ya da psikiyatrik hastalıklar gibi diğer sağlık sorunları varsa, diyabet bakımının basitleştirilmesi gerekir. Bilişsel bozukluğu olan hastalarda hipoglisemi riski yüksektir. Yaşlı hastalar hipogliseminin otonom uyarı semptomları konusunda eğitim alsalar da farkındalıkları bozulmuştur. Aynı zamanda hipoglisemiyi düzeltmek için psikomotor tepkileri de gecikmiştir. Bu nedenle her hastanın hipoglisemi açısından risk taşıdığı düşünülmeli ve tedavilerde buna göre bireyselleştirilmelidir.

Diyabetik hastalarda olduğu gibi kardiyovasküler risk faktörlerinin azaltılmasında; sigaranın bırakılması, egzersizlerin arttırılması, obezitenin düzeltilmesi, hipertansiyonun kontrol altına alınması amaçları kurulmalıdır. Kırılgan yaşlı hastalarda bağımsızlığın kaybı ya da hastaneye yatırılmaya yol açabilen tedavilerden kaçınılması için özel bir dikkat gereklidir.

Amerikan Diyabet Derneği tarafından diyet ve egzersiz tedavileri de önerilir. Egzersiz insüline duyarlılığı arttırabilir ve güvenlik değerlendirmeleri yapıldıktan sonra egzersiz yapmaları desteklenmelidir. Egzersiz yaşlı hastanın tolere edebileceği düzeyde olmalıdır. Tercihen, bu hastalar kas durumunu sürdürmek için günde 30 dakika yürümeli ya da yüzmelidir. Ayak ve göz bakımı hasta ile görüşülmelidir. Yaşam biçimi değişikliği gibi nonfarmakolojik tedaviler gözden geçirilmelidir. Günlük ayak bakımı, pedal nabızlar gibi temel ayak muayenesi yapılmalı, anatomik yapısı ve duyudaki değişiklikler izlenmelidir.

Enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde güçlük yaşayan yaşlıların yemeklerini hazırlayamamaları nedeniyle sıklıkla diyete uyum sorunları yaşanabilmektedir. Uzun süreli bakımda kalori kısıtlaması dikkatle yapılmalıdır. Çünkü çoğu yaşlının konfüzyon, disfaji, diş kaybı, yeme alışkanlıklarını değiştirmek istememeleri ve iştahsızlık nedeniyle kalori alımı yetersiz hale gelir. Diyet değişiklikleri yaşlılarda glisemik kontrole orta derecede yardımcı olabilir. Yaşlıların glisemik kontrolüne yardımcı olması ve dengeli bir diyet oluşturulması için bir beslenme uzmanına başvurulmalıdır.

Sonuç olarak ideal bir geriatrik bakım, multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Yaşlılıkta diyabet bakımının başarısı, yaşlanma fizyolojisini anlamayı ve sağlık bakım ekibinin etkili bir iletişimine dayalıdır. Diyabetli yaşlı için insulin ya da oral ilaçlar reçete edildiğinde ilaç etkileşimleri ve olası yan etkilerinin izlenmesi önemlidir. Ayrıca yaşlılarda diyabetin etkilerini anlamaya ve bakımı belirlemeye katkı sağlayacak daha fazla bilimsel araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

BULANTI/KUSMA YÖNETİMİNDE TAMAMLAYICI VE DESTEKLEYİCİ UYGULAMALAR

Arş. Gör. Elif SÖZERİ
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

Bulantı ve kusma kanser ve tedavilerine bağlı olarak ortaya çıkan semptomlardan biridir. Özellikle kemoterapi alan hastalarda sıklıkla görülen bulantı/kusma, akut, gecikmiş ya da beklenti şeklinde ortaya çıkmaktadır. Kemoterapiye bağlı bulantı kusmanın akut olarak görülme oranı %38 iken gecikmiş olarak görülme oranı %64'tür (1). Hastalarınn bu semptomdan minimum şekilde etkilenmesini sağlanması amacıyla farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Yetişkinlerde kemoterapiye bağlı bulantı-kusmanın yönetiminde bu yöntemlerin etkinliklerine göre sınıflandırılması Onkoloji Hemşireler Birliği (Oncology Nursing Society (ONS)) tarafından şu şekilde yapılmıştır;

Uygulama için önerilen; Cannabis/Cannabinoids, Nörokinin 1 Reseptör Antagonisti (NK1), Serotonin 5HT3 Reseptör Antagonistleri (5HT3), Transdermal Granisetron, Üçlü İlaç Rejimi

Etkin olabilecek; Gabapentin, Beklenti Bulantı/Kusması için Hipnoz, Hasta Beklentilerini Yönetme, Netupitant-Palonosetron Kombinasyonu (NEPA), Olanzapin, Progestinler, Progresif Kas Gevşeme Egzersizi ve Hayal Kurma, Tek Ajan olarak Deksametazon

Yarar ve zararı dengeli olan; Sanal Gerçeklik

Etkinliği kanıtlanmamış; Akupresür, Akupunktur, Acustimulation, Ativan Bendryl ve Haldol Jel (ABH jel), Karbamazepin, Elektroakupunktur, Egzersiz, Zencefil, Üzüm suyu, Hayal kurma, Haloperidol, Bitkisel ilaç, Masaj/Aromaterapi Masajı, Metoklopramid (profilaktik), Mirtazapin, Olanzapin, Kurtarıcı İlaç olarak Ondansetron, Proklorperazin, Progresif Kas Gevşeme Egzeresizi, Psikoeğitim / Psikoeğitsel Müdahaleler, Thalidomide, Yoga

Etkinliği olmayan; Cocculine

Uygulamada önerilmeyen; Metopimazin

Uzman görüşü; Lorazepam

Yukarıda da görüldüğü gibi kemoterapiye bağlı bulantı kusmanın tedavisinde pek çok tamamlayıcı ve destekleyici uygulama kullanılmaktadır (2). Ülkemizde bu yöntemlerin kullanımına ilişkin Sağlık Bakanlığı tarafından 27 Ekim 2014 tarihli 29158 sayılı "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" yayınlanmıştır. Bu yönetmelikle birlikte bazı uygulamaların uygulanmasına ve uygulama yapacak yetkili personele ilişkin bilgiler verilmiştir (3). Bu doğrultuda bakıldığında kemoterapiye bağlı bulantı bulantı kusmanın yönetiminde kullanılacak yöntemler; hipnoz, hasta eğitimi, progresif kas gevşeme egzersizi ve hayal kurma, sanal gerçeklik, akupresür, akupunktur/ elektroakupunktur, egzersiz, zencefil, üzüm suyu, masaj/aromaterapi masajı, ve yogadır.

Beklenti bulantı/kusması için hipnoz

Marchioro ve ark. (2000) yaptıkları çalışmada hipnozun örnekleme alınan 16 hastada beklenti bulantı kusmasının oluşmasını tamamen önlediği belirlenmiştir (4). Ancak akut/gecikmiş bulantı-kusmada da kullanımına ilişkin daha fazla çalışma yapılması gerekliliği bulunmaktadır (5).

Hasta beklentilerinin yönetimi/hasta eğitimi

Hastaların hastalık ve tedavi hakkındaki bilgi eksiklikleri, yanlış bilinen doğruların düzeltilmesi gerekir. Hastalar böylece bazı semptomları daha az sıklıkta ve şiddette yaşayabilir. Bu semptomlardan biride kemoterapiye bağlı bulantı kusmadır. Roscoe ve ark. (2010) yılında yaptıkları 74 hasta ile yaptıkları çalışmada bilgilendirilen hastaların bilgilendirilmeyen hastalara göre daha az antiemetik ihtiyaçlarının olduğuna ve beklenti bulantı kusmasını da daha az yaşadıkları belirlenmiştir (6). Mollaoğlu ve ark.'ları (2014) yaptıkları çalışmada, hastalara planlı verilen eğitimin kemoterapiye bağlı semptom yaşama durumlarını azaltmadaki etkisini değerlendirmiştir. Araştırmacılar, ihtiyaçları doğrultusunda deney grubuna (n=60) düzenli aralıklar ile 3 kez eğitim vermiştir. Bu çalışmada kontrol grubuna kıyasla, deney grubunda hem bulantı hem de kusma sıklığı ve şiddetinin azaldığı belirlenmiştir (7). Yapılan çalışma sonuçları hastaların ihtiyaçları göz önüne alınarak hasta eğitimi verilmesi ve hastaların yanlış bildikleri bilgilerin değerlendirilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Progresif kas gevşeme egzersizi ve hayal kurma

Progresif kas gevşeme egzersizi ve hayal kurma yöntemlerinin birlikte kullanımları kemoterapiye bağlı bulantı kusmanın yönetiminde ayrı ayrı kullanılmalarından daha etkindir. Molassiotis ve ark. (2002) kemoterapi öncesi progresif gevşeme egzersizleri (25 dk) ve hayal kurma (5 dk) yaklaşımların kullanılarak yapılan randomize kontrollü çalışmada (n=38 deney, n=33 kontrol) progresif kas gevşeme egzersizi ve hayal kurma yöntemlerinin tek başına antiemetik tedavi kullanımına göre akut ve gecikmiş bulantı-kusmanın yönetiminde daha etkin olduğunu bildirmiştir (8). Yapılan metaanaliz çalışmaları da daha geniş örneklemde çalışmaların gerekliliğini bildirmiştir.

Sanal gerçeklik

Bilgisayar ortamında hastanın görsel ve işitsel uyarılarla uyarılarla psikolojik olarak daha iyi hissetmesini sağlayan bir yöntemdir. Oyama ve ark. (2000) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada (n:30) yaklaşık 20 dakika olacak şekilde hastalar göl, orman ve kasaba gibi üç sanal dünyada hissettirilmiştir. Müdahale uzunluğu kemoterapi uzunluğuna bağlı olarak belirlenmiştir. Kemoterapi süresi uzun ise, hastalar dinlendirilip ve müdahale yeniden başlatılmıştır. Kemoterapi sonrası 3-5 günde hastaların yorgunluk ve kusma puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmıştır. Ölçüm aracı olarak; Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Kanser Yorgunluk Ölçeği, Yüz Görsel

Analog Skala (VAS). Kusma deneyiminden sonra VAS kullanılmıştır (9).

Akupresür

Kemoterapi alan hastalarda akupresürün etkinliğine yönelik yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır. Chaoi ve ark. (2009) tarafından yapılan metaanaliz çalışmasında 26 araştırma makalesi incelenmiş ve 11 çalışmada P6 ve ST36 noktalarına akupresür uygulanışının kemoterapiye bağlı bulantı-kusma üzerine etkinliği değerlendirilmiştir. Bu çalışmalardan 10 tanesinde meme kanseri tedavisine bağlı olarak gelişen kusmanın yönetiminde akupresürün etkin olduğu belirlenmiştir (10). Adjuvan kemoterapi alan ve 1. kürde hafif düzeyden fazla bulantısı olan hastalarla yapılan başka bir çalışmada (n: 120); 1. grup kontrol grubu, 2. grup danışmanlık alan, 3. grup plasebo akupressure uygulanan ve 4. grup P6 noktasına akupressüre uygulanan ve hemşire tarafından danışmanlık sağlanan olmak üzere randomize kontrollü olarak yapılandırılmıştır. Hemşire tarafından sağlanan danışmanlık ve P6 noktasına yapılan akupresürün sinerjik etki göstererek meme kanserli hastalarda kemoterapiye bağlı bulantı kusmanın azaltılmasında etkili olduğu ortaya çıkmıştır. (11). İdarubisin+sitarabin uygulanan, 90 akut myeloblastik lösemili hasta ile yapılan çalışmada (30 kontrol, 30 bant ve 30 bası ile akupresür grubu) 4 gün süre ile bant grubundaki hastaların her iki bileğinde bulunan P6 akupunktur noktasına bilek bandı ile, bası grubundaki hastalara ise parmak basısı ile akupresür uygulanmıştır. Çalışma sonucuna göre bası ile yapılan aküpresür uygulamasının bulantı ve kusmanın sayısını ve şiddetini değiştirmediği ancak bant grubunda azalma olduğu saptanmıştır (12).

Akupunktur/ elektroakupunktur

Ezzo ve ark. (2005) tarafından yapılan metaanaliz sonucuna göre 14 çalışma incelenmiştir. Bu çalışmaların 9'unda akupunkturun akut kusmanın yönetiminde etkili olduğu ancak akut bulantı da olmadığı, bu çalışmalardan 5'inde ise gecikmiş kusmayı azaltmadığı belirlenmiştir (13). 2010 yılında yapılan farklı bir metaanaliz çalışmasında elektroakupunktur, manuel akupunktur, akupressure ve cilt üzerine elektriksel uyarı verilerek yapılan akupunkturun bulantı kusmaya etkisi incelenmiştir. Elektroakupunkturun manuel akupunktura göre ilk gün bulantı kusmasını azaltmada daha etkili olduğu, cilt üzerine elektiriksel uyarı verilerek yapılan akupunkturun bulantı kusma üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur (14). Choo ve ark. (2006) tarafından yapılan farklı çalışmada elektroakupunkturun kemoterapiye bağlı bulantı kusmanın yönetiminde antiemetik tedavi ile birlikte kullanılabileceği bildirilmiştir (15).

Egzersiz

Kemoterapi alan kanser hastalarında (n: 54) yarı-yapılandırılmış günlükler kullanılarak, hastaların iştahsızlık, bulantı ve kusma, ishal, parestezi, kabızlık, fiziksel yorgunluk, tedaviye bağlı yorgunluk, kas ağrısı, eklem ağrısı ve diğer ağrı gibi semptomları yaşama durumlarına çok boyutlu egzersiz programının etkinliği değerlendirilmiştir. Özellikle ağrı semptomunda istatistiksel olarak anlamlı azalma bulunurken bulantı ve kusma semptomlarında anlamlı azalma bulunmamıştır (16).

Zencefil

Lee&Oh (2013) yaptıkları metaanalizde kemoterapiye bağlı bulantı-kusma yönetiminde zencefil kullanımı değerlendirilmiştir. Yapılan çalışma sonuçlarının kemoterapiye bağlı bulantı-kusma yönetiminde antiemetik etkisinin olmadığı bildirilmiştir (17). Farklı olarak meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada, antiemetik tedavi ile eşzamanlı uygulanan zencefilin bulantının puan ve derecesinde azalma sağladığı belirlenmiştir (18). Yine farklı bir çalışmada deney grubuna (n: 15) sabah-akşam olmak üzere günde 2 tablet (2x400 mg) zencefil verilirken, kontrol grubuna (n: 15) ise zencefil tableti verilmemiş, 3 mg IV ondansetron antiemetik olarak verilmiştir. Deney grubu ile kontrol grubu arasında bulantı kusma görülme oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuş ve zencefilin bulantı-kusmayı önlemede etkili olduğu bildirilmiştir (19). Marx ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları metaanaliz çalışmasında zencefilin kemoterapiye bağlı bulantı kusmanın yönetiminde kullanımına ilişkin 7 çalışma incelenmiştir. Bu çalışmalardan 4'ü zencefil kullanımının pozitif sonuçlarının bildirirken 3 çalışmada yara sağlamadığı bildirilmiştir. Bu çalışmalarda farklı zencefil dozları kullanılmış ve farklı karşılaştırmalar yapılmıştır. Kullanılan zencefil dozlarının 1-2 gr arasında değiştiği, 4-8 kapsüle bölündüğü ve zencefil kullanım süresinin 1-10 gün arasında olduğu saptanmıştır. Çalışmaların çoğunda kapsül ya da toz şeklinde zencefil kullanılmıştır (20).

Üzüm suyu

Üzüm suyu, antioksidan özelliklere sahip ve serbest radikallerin temizleme özelliklerinden dolayı önemlidir. Antiemetiklere yardımcı olarak üzüm suyunun kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmanın yönetiminde etkinliğini değerlendirmek üzere kanserli hastalarda çalışılmıştır. Ingersol ve ark. (2010) yılında yaptıkları çift-kör ve randomize kontrollü çalışmada (n: 77) yüksek ematojenik kemoterapi alan hastalardan deney grubuna tedavinin başladığı akşamdan itibaren 7 gün yemekten yarım saat önce yarım su bardağı (4 oz) üzüm suyu tüketmeleri (4 kemoterapi kürünün her birinde) sağlanırken, kontrol grubuna da tatlandırıcı, gıda asidi doğal üzüm özü ve gıda boyası (ancak meyve suyu içermeyen) oluşan bir plasebo verildi. Çalışma sonucunda üzüm suyunun kemoterapiye bağlı bulantı kusmanın yönetiminde yararlı olmadığı belirlenmiştir (21).

Hayal kurma

Hayal kurma bireyi mental olarak rahatlatırken kanser hastalarında semptom yönetiminde farklı tekniklerle birlikte kullanılabilmektedir. Karagozoglu ve ark. (2013) tarafından yapılan müzik terapi ve hayal kurmanın birlikte kullanılarak kemoterapiye bağlı bulantı kusmanın yönetiminde etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada bulantı- kusmanın şiddeti ve süresinde azalma sağlandığı bulunmuştur (22). Miller ve ark. (2004) yaptıkları metaanalizde bu yöntemlerin etkinliğine yönelik daha fazla çalışma yapılması gerekliliği olduğunu bildirmiştir (23).

Masaj/aromaterapi masajı

Bilhult ve ark.ları tarafından meme kanserli 3. kür kemoterapi alan hastalarla (n=39) yaptıkları çalışmada bulantı-kusmanın yönetiminde masajın etkinliği araştırılmış

ve deney grubuna (5 kez, 20 dk) masaj uygulaması yapılmıştır. Bu çalışmada masaj yapılan grupta bulantının daha az oranda yaşandığı belirlenmiştir (24). Otolog kemik iliği nakli planlanan hastalarla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada da kontrol grubuna göre bulantı deneyimi daha az yaşandığı belirlenmiştir (25).

Yoga

Raghavendra ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada meme kanserli hastalarda yoganın bulantı-kusma üzerine etkinliği incelenmiştir. Randomize kontrollü çalışmada 28 hastaya günlük 60 dk yoga programına alınırken kontrol grubundaki 34 hastaya da danışmanlık verilmiştir. Tüm hastalara standart antiemetik tedaviler uygulanmaya devam edilmiştir. 4 kür sonra Morrow Bulantı-Kusma ölçeği ile yapılan değerlendirmede yoga yapan grupta kontrol grubuna göre kemoterapi sonrası bulantı sıklığında, yoğunluğunda ve beklenti bulantı-kusma yoğunluğunda anlamlı şekilde azalmaya neden olduğu belirlenmiştir (26).

Yukarı da verilen çalışma sonuçlarından da anlaşılacağı üzere kemoterapiye bağlı bulantı-kusmanın yönetiminde pek çok tamamlayıcı v destekleyici uygulamaya yönelik pek çok çalışma yapılmıştır. Ancak yapılan bu uygulamalara yönelik çalışmalarda örneklem sayısının yetersiz olması, yöntemin iyi kurgulanmaması ve kullanılan ölçüm araçları vb. nedenleriyle bu çalışmaların sonuçları genellenememektedir. Bu nedenle yapılan çalışmaların nitelikli çalışmalarla bu yöntemlerin kullanımına ilşkin daha fazla çalışma yapılması gerekliliği söz konusu olmaktadır.

Kaynaklar

1. Management of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting (2011). http://www.oncolink.org/includes/print_article.cfm?Page=2&id=1004&section=cancer_resources
2. Oncology Nursing Society.https://www.ons.org/practice-resources/pep/chemotherapy-induced-nausea-and-vomiting/chemotherapy-induced-nausea-and
3. Resmî Gazete (27 Ekim 2014 PAZARTESİ, Sayı: 29158) . http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm
4. Marchioro, G., Azzarello, G., Viviani, F., Barbato, F., Pavanetto, M., Rosetti, F., … Vinante, O. (2000). Hypnosis in the treatment of anticipatory nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. Oncology, 59, 100–104.
5. Silva, D.R.F., dos Reis, P.E.D., Gomes, I.P., Funghetto, S.S., & Ponce de Leon, C.G.R.M. (2009). Non pharmacological interventions for chemotherapy induced nausea and vomits: Integrative review. Online Brazilian Journal of Nursing, 8(1).
6. Roscoe, J.A., O'Neill, M., Jean-Pierre, P., Heckler, C.E., Kaptchuk, T.J., Bushunow, P., … Smith, B. (2010). An exploratory study on the effects of an expectancy manipulation on chemotherapy-related nausea. Journal of Pain and Symptom Management, 40, 379–390.
7. Mollaoğlu M, Erdoğan G. Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. Eur J Oncol Nurs 2014; 18(1):78-84
8. Molassiotis A, Yung HP, Yam BM, et al. The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients: a randomized controlled trial. Support Care Cancer 2002; 10(3):237-246.
9. Oyama, H., Kaneda, M., Katsumata, N., Akechi, T., & Ohsuga, M. (2000). Using the bedside wellness system during chemotherapy decreases fatigue and emesis in cancer patients. Journal of Medical Systems, 24 (3), 173-182.
10. Chao, L.F., Zhang, A.L., Liu, H.E., Cheng, M.H., Lam, H.B., & Lo, S.K. (2009). The efficacy of acupoint stimulation for the management of therapy-related adverse events in patients with breast cancer: A systematic review. Breast Cancer Research and Treatment, 118,255–267.
11. Suh EE. The effects of P6 acupressure and nurse-provided counseling on chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with breast cancer Oncol Nurs Forum 2012; 39(1):1-9.
12. Avcı HS. Kemoterapi alan akut myeloblastik lösemili hastalarda akupresürün bulantı-kusma üzerine etkisinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, 2012.
13. Ezzo, J., Vickers, A., Richardson, M.A., Allen, C., Dibble, S.L., Issell, B., … Zhang, G. (2005). Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea and vomiting. Journal of Clinical Oncology, 23, 7188-7198.
14. Ezzo JM, Richardson MA, Vickers A, et al. Cochrane review summary for cancer nursing:acupuncture-point stimulation for chemotherapy induced nauseaor vomiting. Cancer Nurs 2010; 33(6):479-480.
15. Choo, S.P., Kong, K.H., Lim, W.T., Gao, F., Chua, K., & Leong, S.S. (2006). Electroacupuncture for refractory acute emesis caused by chemotherapy. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 12, 963-969.
16. Andersen, C., Adamsen, L., Moeller, T., Midtgaard, J., Quist, M., Tveteraas, A., & Rorth, M. (2006). The effect of a multidimensional exercise programme on symptoms and side-effects in cancer patients undergoing chemotherapy—The use of semi-structured diaries. European Journal of Oncology Nursing, 10(4), 247-262.
17. Lee, J., & Oh, H. (2013). Ginger as an antiemetic modality for chemotherapy-induced nausea and vomiting: a systematic review and meta-analysis. Oncology Nursing Forum, 40, 163-170.
18. Panahi Y, Saadat A, Sahebkar A, et al. Effect of ginger on acute and delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting: a pilot, randomized, open-label clinical trial. Integr Cancer Ther 2012;11(3):204-211.
19. Balci AC, Ozkarman A, Eskin N, et al. Effect of ginger on chemotherapy-induced nausea and/or vomiting in cancer patients. Journal of the Australian Traditional-Medicine Society 2012; 18(1): 15-18
20. Marx WM, Teleni L, McCarthy AL, et al. Ginger (Zingiber officinale) and chemotherapy-induced nausea and vomiting: a systematic literature review. Nutr Rev. 2013; 71(4):245-54.
21. Ingersoll, G.L., Wasilewski, A., Haller, M., Pandya, K., Bennett, J., He, H., … Berry, C. (2010). Effect of Concord grape juice on chemotherapy-induced nausea and vomiting: Results of a pilot study. Oncology Nursing Forum, 37, 213–221.
22. Karagozoglu, S., Tekyasar, F., & Yilmaz, F.A. (2013). Effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy-induced anxiety and nausea-vomiting. Journal of Clinical Nursing, 22, 39–50.
23. Miller, M., & Kearney, N. (2004). Chemotherapy-related nausea and vomiting—Past reflections, present practice and future management. European Journal of Cancer Care, 13(1), 71-81.
24. Billhult, A., Bergbom, I., & Stener-Victorin, E. (2007). Massage relieves nausea in women with breast cancer who are undergoing chemotherapy. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 13(1), 53-57.
25. Ahles, T.A., Tope, D.M., Pinkson, B., Walch, S., Hann, D., Whedon, M., … Silberfarb, P.M. (1999). Massage therapy for patients undergoing autologous bone marrow transplantation. Journal of Pain and Symptom Management, 18, 157-163.
26. Raghavendra, R.M., Nagarathna, R., Nagendra, H.R., Gopinath, KS, Srinath, B.S., Ravi, B.D., … Nalini, R. (2007). Effects of an integrated yoga programme on chemotherapy-induced nausea and emesis in breast cancer patients. European Journal of Cancer Care, 16, 462-474.

MUKOZİT YÖNETİMİNDE TAMAMLAYICI VE DESTEKLEYİCİ UYGULAMALAR

Uzm. Hmşr. Nur İZGÜ
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

Kanser tedavisine bağlı gelişen oral mukozit; oral mukoza epitelinde eritem, ödem ve atrofi ile karakterize, ülserasyona kadar ilerleyebilen bir inflamasyon süreci olarak bilinmektedir (Fall-Dickson ve Berger, 2008). Oral mukozit insidansı, tedavinin özelliklerine ve hastanın taşıdığı risk faktörlerine bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Literatürde standart doz kemoterapi uygulanan hastaların yaklaşık %5-15'inin oral mukozit deneyimlediği belirtilmektedir (Rubenstein ve diğ. 2004). 5-Fluouracil (5-FU) gibi yüksek riskli ilaç içeren kemoterapi rejimlerinde ise bu oran artış gösterdiği (%40) belirtilmiştir (Popescu ve diğ 1999). Hematopoietik kök hücre nakli (HSCT) uygulanan hastalarda ise mukozitin %70 gibi yüksek oranlarda görüldüğü, baş boyun radyoterapisi alan hastalarda mukozit görülme insidansının %100'e ulaştığı belirtilmektedir (Köstler ve diğ. 2001).

Kanser hastalarının sıklıkla deneyimlediği oral mukozit ağızda rahatsızlık hissi, ağrı, beslenmede yetersizlik, kilo kaybı ve tedavinin ertelenmesi gibi birçok soruna yol açarak; hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Ebstein ve Schubert, 2003; Redding, 2005; Lalla ve diğ. 2008). Ayrıca bakteriyemi ve sepsis gibi yaşamı tehdit eden diğer enfeksiyonlar için de risk oluşturarak hastanede kalış süresini uzatmakta ve maliyetin artmasına neden olmaktadır (Clarkson ve diğl. 2010; Mengxue, 2011). Bu nedenle, bu sorunun çözümünde klinik açıdan etkili yöntemler geliştirilmelidir. Bu kapsamda, oral mukoziti önlemeye yönelik geliştirilmiş birçok yaklaşım mevcuttur. (Can 2007). Ancak, mevcut ağız bakımı yaklaşımlarına rağmen kanser tedavisine bağlı gelişen oral mukozit değişen oranlarda görülmeye devam etmekte (Panahi ve diğ., 2010; Çubukçu ve Çınar, 2012; Katrancı ve diğ., 2012) ve bu sorun güncelliğini korumaktadır. Bu nedenle temel ağız bakımına ek olarak farklı yöntemlerin etkinliği araştırılmaktadır.

Tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar kanser hastaları tarafından semptom yönetiminde sıklıkla tercih edilmekle birlikte; sağlık profesyonellerinin de semptom yönetimine ilişkin kanıt düzeyi oluşturmak için araştırma yaptığı alanlardan biri haline gelmiştir. Literatürde oral mukozit yönetiminde kullanılan çok sayıda tamamlayıcı ve destekleyici uygulama bulunmaktadır. Kriyoterapi, papatya, alooe vera, antioksidan vitaminler, bal, karadut, esansiyel yağlar, bilişsel davranışçı yaklaşımlar bu uygulamalara örnek olarak verilebilir. Aşağıda kanser tedavisine bağlı gelişen oral mukozitte etkinliği araştırılmış tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar araştırma örnekleri ile birlikte incelenmiştir (Tablo 1).

Kriyoterapi

Kemoterapi ajanlarının oral mukozaya dağılımını engellemek amacı ile oral kavitenin soğutulmasını içeren, kolay uygulanabilen ve maliyeti düşük bir uygulamadır. Uygulamanın oral mukozada vazokonstruksiyona neden olarak, bölgeye olan kan akımını yavaşlattığı ve bu şekilde kemoterapi ilaçlarının oral mukozaya etkisini azalttığı bildirilmektedir. Yapılan araştırma sonuçları özellikle yarılanma ömrü kısa olan 5-Fluouracil tedavisi alan hastalarda kriyoterapinin oral mukoziti önlediği ve oral mukozit şiddetini azalttığı yönündedir (Katrancı ve diğ. 2012) Hematopoietik kök hücre nakli (HKHN) tedavisi uygulanan hastalarla yapılan klinik araştırmalar da kriyoterapinin oral mukozit insidansını azalttığını, hastanede yatış süresini kısalttığını ve beslenme sorunlarının daha az görüldüğünü göstermiştir (Vokurka ve diğ. 2011, Svenberg ve diğ. 2010) Oral mukozit yönetimi için hazırlanan klinik rehberlerde de 5-FU uygulanan kanser hastalarında, ve yüksek doz melfalan tedavisi alan hematopoietik kök hücre nakli uygulanan hastalarda oral mukozitin önlenmesinde kriyoterapi kullanımı önerilmektedir (Lalla ve diğ. 2014)

Kefir

Fermante edilmiş bir süt ürünü olan kefir çok sayıda probiyotik bakteri içemektedir. Literatürde kefirin antibakteriyel ve antifungal etkiye sahip olduğu, immün sistemi uyardığı belirtilmiştir. Yapılan literatür taramasında kefirin oral mukozit yönetiminde kullanımı ile ilgili bir çalışmaya rastlanmıştır. Araştırma sonucu kefirin oral mukoziti önlemede etkili olmadığı yönündedir (Topuz ve diğ. 2008)

Esansiyel yağlar

Esansiyel yağların antienflamatuar, antiseptik, antibakteriyal ve antifungal etkileri olduğu bilinmektedir. Literatürde esansiyel yağların cilt ve mukoza enfeksiyonlarının tedavisinde kullanıldığı belirtilmekle birlikte oral mukozit yönetiminde kullanımı ile ilgili az sayıda araştırma mevcuttur ve örneklem büyüklükleri sınırlıdır. Melaleuca alternifolia (çay ağacı), citrus bergamia (bergamot), ve pelargonium graveolens (ıtır çiçeği) esansiyel yağ karışımının etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada karışımın radyoterapi ilişkili oral mukoziti önlemede etkili olmadığı bulunmuştur (Gravet, 2000). Yapılan bir diğer çalışmada; mentha piperita (nane) esansiyel yağının oral mukozit insidansını azalttığı belirtilmiştir (Ashktorab ve diğ. 2010). Leptospermum scoparium (manuka) ve Kunzea ericoides (kanuka) esansiyel yağının etkinliğinin araştırıldığı bir başka çalışmanın sonuçları ise uygulanan esansiyel yağ karışımının oral mukoziti önlemede etkisinin olmadığı, ancak mukozit gelişmesini geciktirdiği yönündedir (Maddocks-Jennings ve diğ. 2009).

Papatya

Papatya uzun yıllardır geleneksel olarak kullanılan tıbbi bir bitkidir. İçerdiği bileşiklerin antienflamatuar, antibakteriyel, spazmolitik, sedatif, ve antifungal özelliğe sahip

Tablo 1. Mukozit yönetiminde tamamlayıcı ve destekleyici uygulamaların kullanıldığı araştırma örnekleri

Yazar-Yıl	Araştırma Türü	Hasta Sayısı	Kanser Türü	Tedavi Protokolü	Uygulama	Sonuç
Topuz ve diğ. 2008	Randomize kontrollü çalışma	40	Kolorektal kanser	5-FU içeren kemoterapi rejimi	Kefir	Oral mukoziti önlemede etkinliği yok
Katrancı ve diğ. 2012	Randomize kontrollü çalışma	60	Gastrointestinal kanser	5-FU içeren kemoterapi rejimi	Kriyoterapi	Oral mukozit insidansı ve şiddetinde azalma sağlıyor
Vokurka ve diğ. 2011	Gözlemsel çalışma	126	Hematolojik kanser	BEAM	Kriyoterapi	Oral mukozit insidansında azalma sağlıyor
Svenberg ve diğ. 2010	Randomize kontrollü çalışma	78	Hematolojik kanser	Myeloablatif hazırlama rejimi	Kriyoterapi	Oral mukozit insidansında azalma, hastanede yatış süresinde azalma, parenteral nutrisyon ihtiyacında azalma sağlıyor
Gravet, 2000	Gözlemsel çalışma	80	Meme kanseri	Myeloablatif hazırlama rejimi	Melaleuca alternifolia (çay ağacı) Citrus bergamia (bergamot) ve Pelargonium graveolens (ıtır çiçeği) esansiyel yağ karışımı	Oral mukoziti önlemede etkinliği yok
Ashktorab ve diğ. 2010	Çift kör plasebo kontrollü araştırma	40	Kolorektal kanser	5-FU içeren kemoterapi rejimi	Mentha piperita (nane) esansiyel yağı	Oral mukozit insidansında azalma sağlıyor.
Maddocks-Jennings ve diğ. 2009	Randomize plasebo kontrollü çalışma	19	Baş boyun kanseri	Radyoterapi	Leptospermum scoparium (manuka) ve Kunzea ericoides (kanuka) esansiyel yağı	Oral mukoziti önlemede etkinliği yok. Oral mukozit gelişmesini geciktiriyor. Kilo kaybını azaltıyor
Fidler ve diğ. 1996	Faz III randomize kontrollü	164	-	5-FU içeren kemoterapi rejimi	Papatya	Oral mukoziti önlemede etkinliği yok
Carl ve Emrich, 1991	Gözlemsel çalışma	94	Baş boyun kanseri	Kemoradyoterapi	Papatya	Oral mukozit insidansında azalma sağlıyor
Babae ve diğ. 2013	Plasebo konrollü randomize çalışma	40	Baş boyun kanseri	Kemoradyoterapi	Kalendula officinalis	Oral mukozit şiddetini azaltıyor.
Raeessi ve diğ. 2014	Çift kör randomize kontrollü çalışma	75	-	-	Bal+kahve	Sadece bal uygulanan ve steroid uygulanan gruba göre oral mukozit tedavisinde daha etkili bulunmuş.
Bardy ve diğ.	Sistematik derleme	-	-	-	Bal	Radyoterapi ilişkili oral mukozit tedavisinde kullanılabilir
Maiti ve diğ. 2012	Randomize kontrollü çalışma	55	Baş boyun kanseri	Kemoradyoterapi	Bal	Oral mukozit şiddetinde azalma sağlıyor
Khanal ve diğ. 2010	Tek kör randomize kontrollü çalışma	40	Oral karsinom	Radyoterapi	Bal	Oral mukozit şiddetinde azalma sağlıyor
Demir ve diğ. 2014	Randomize kontrollü çalışma		Baş boyun kanseri	Kemoradyoterapi	Karadut	Oral mukozit insidansı ve şiddetinde azalma sağlıyor.
Çubukçu ve Çınar 2012	Yarı deneysel araştırma	90	-	Oral mukozit riski bulunan farklı kemoterapi protokolleri	Karadut	Oral mukozit insidansını ve oral mukozite bağlı gelişen ağrıyı azaltıyor.

olduğu bilinmektedir. Literatürde papatyanın oral mukozada granulasyon ve epitelizasyonu hızlandırdığı belirtimştir (Aghamohamamdi ve Hosseinimehr, 2015). Papatyanın kemoterapi ve radyoterapi ilişkili oral mukozitte etkisinin değerlendirildiği araştırma sonuçları birbiriyle çelişmektedir (Fidler ve diğ. 1996, Carl ve Emrich, 1991). Baş boyun kombine kemoradyoterapi alan 68 hasta ile yapılan bir araştırmada papatyanın radyoterapi ve kemoterepi ilişkili oral mukozit başlangıcını geciktirdiği ve oral mukozit şiddetini azalttığı belirtilmiştir (Carl ve Emrich, 1991).. Faz III, çift kör, plasebo kontrollü bir klinik araştırma sonucu ise papatyanın oral mukozit şiddetini azaltmadığı yönüdedir (Fidler ve diğ. 1996).

Kalendula officinalis

Kalendula officinalis geleneksel olarak kullanılan bakterisidal, antiseptik, anti-enflamatuar ve antioksidan etkileri olduğu bilinen tıbbi bir bitkidir. Yapılan araştırmalar kalendula officinalis ekstresinin radyoterapiye bağlı gelişen cilt reaksiyonlarının şiddetini azalttığını belirtmiştir (Salvo ve diğ. 2010, Chandran ve Kuttan, 2008). Hayvan deneylerinde kalendula Officinalis ekstresinin 5-FU ilişkili oral mukozit iyileşmesini hızlandırdığı belirtilmiştir (Tanideh ve diğ. 2013). Klinik bir araştırmada %2'lik kalendula officinalis ekstresinin radyoterapi ilişkili oral mukozit şiddetinin azalttığı belirtilmiştir Babaee ve diğ. 2013) Kalandulanın antioksidan özelliği göz önünde bulundurulduğunda, serbest oksijen radikallerini azalttığı ve oral mukozitin başlangıç fazını önlediği ya da geciktirdiği düşünülebilir.

Bal

Balın antibakteriyel, analjezik ve epitelizasyonu uyarıcı etkilerinden dolayı yanık, cerrahi yaralar ve oral enfeksiyonların tedavisinde kullanıldığı bilinmektedir. Kemoterapi

ve radyoterapi ilişkili oral mukozitte balın etkinliğini inceleyen çok sayıda araştırma mevcuttur. Araştırma sonuçları balın radyoterapi ilişkili oral mukozit şiddetini azalttığı yönündedir (Maiti ve diğ. 2012, Khanal ve diğ. 2010) Yapılan bir araştırmada bal ve kahvenin kombine kullanımının radyoterapi ilişkili oral mukozit tedavisinde sadece bal uygulanan gruba göre daha etkili olduğu bulunmuştur (Raeessi ve diğ. 2014).

Karadut

Literatürde karadut bitkisinin antioksidan, antibakteriyel ve antifungal özelliği olduğu belirtilmiştir. Literatür incelendiğinde karadutun etkinliğini araştıran iki çalışmaya rastlanmıştır. Araştırma sonuçları karadutun oral mukoziti önlemede etkili olduğu, oral mukozit şiddetini ve ağrıyı azalttığı yönündedir. (Çubukçu ve Çınar, 2012; Demir ve diğ. 2014)

E vitamini

Literatürde konvansiyonel tedavinin klinik sonuçlarını iyileştirme ve yan etkilerini azaltma umuduyla kanser hastalarının vitamin ve mineralleri yaygın olarak kullandıkları belirtilmiştir (Bairati ve diğ. 2005). Antioksidatif etkisi bulunan vitaminlerin kanser tedavisinin semptomlarını hafifletmede kullanımı tartışmalı olmakla birlikte bu konuyla ilgili çok sayıda araştırma mevcuttur. Araştırma sonuçları E vitamininin oral mukoza üzerinde radyoprotektif etkilerinin olduğu ve oral mukozit şiddetini azalttığını göstermiştir. Ancak E vitamininin oral mukozit üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını belirten araştırmalar da bulunmaktadır. (Cuba ve diğ. 2015)

Relaksasyon, hipnoz ve bilişsel davranışçı yaklaşımlar

Literatürde bilişsel davranışçı yaklaşımlar, hipnoz ve relaksasyon tekniklerinin kanser ağrısında fayda sağladığı belirtilmekle birlikte bu yöntemlerin kemoterapi ve radyoterapi ilişkili oral mukozite bağlı gelişen ağrıdaki etkisini inceleyen araştırmalar sınırlı sayıdadır. Yapılan bir sistematik derlemede hipnoz ve relaksasyon tekniklerinin oral mukozit ağrısını hafifletmede anlamlı bir etkisi olmadığı belirtilmiştir (Clarkson ve diğ. 2010)

Kaynaklar

1. Aghamohamamdi A, Hosseinimehr SJ. (2015). Natural Products for Management of Oral Mucositis Induced by Radiotherapy and Chemotherapy. Integrative Cancer Therapies 1 –9
2. Ashktorab T, Yazdani Z, Mojab F, Majd H, Madani H. Preventive effects of an oral rinse peppermint essence on chemotherapy-induced oral mucosistis. Koomesh. 2010;12:8-13.
3. Babaee N, Moslemi D, Khalilpour M, et al. Antioxidant capacity of Calendula officinalis flowers extract and prevention of radiation induced oropharyngeal mucositis in patients with head and neck cancers: a randomized controlled clinical study. Daru. 2013;21:18.
4. Bairati I., Meyer F, Gélinas M, ve diğ. (2005). Randomized Trial of Antioxidant Vitamins to Prevent
5. Acute Adverse Effects of Radiation Therapy in Head and Neck Cancer Patients. J C lin Oncol 23:5805-5813
6. Bardy J, Molassiotis A, Ryder WD, et al. A double-blind, placebo-controlled, randomised trial of active manuka honey and standard oral care for radiation-induced oral mucositis. Br J Oral Maxillofac Surg. 2012;50:221-226.
7. Cuba LF, Salum,F, Cherubini, K, Zancanaro de Figueiredo MA. (2015). Antioxidant Agents: A Future Alternative Approach in the Prevention and Treatment of Radiation-induced Oral Mucositis? Altern Thr Health Med.; 21(2):36-41.
8. Can, G. (2007). Gastrointestinal Sorunlar İçinde: Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi, İstanbul, 3P-Pharma Publication Planning. 81-101.
9. Carl W, Emrich LS. Management of oral mucositis during local radiation and systemic chemotherapy: a study of 98 patients. J Prosthet Dent 1991;66:361-369.
10. Chandran PK, Kuttan R. Effect of Calendula officinalis flower extract on acute phase proteins, antioxidant defense mechanism and granuloma formation during thermal burns. J Clin Biochem Nutr. 2008;43(2):58-64.
11. Clarkson, JE., Worthington, H.V., Furness, S., McCabe, M., Khalid T., Meyer, S. (2010). Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment (Review). The Cochrane Library, 8: 1-80
12. Çubukçu, N.Ü., Çınar, S., 2012. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Oral Mukozitler Önlenebilir mi? Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2 (4): 155-163.
13. Epstein, JB., Schubert, M.M. (2003). Oropharyngeal mucositis in cancer therapy. Review of pathogenesis, diagnosis, and management. Oncology, 17 (12): 1767-1776.
14. Fall-Dickson, J.M., Berger, A.M., 2008. Oral complications. managements of adverse effects of treatment. In: DeVita, V.T., Lawrence, S.T., Rosenberg, S.A., Eds. Cancer Principles & Practice of Oncology. 8th Ed., USA: Williams & Wilkins, 2655-2668.
15. Fidler P, Loprinzi CL, O'Fallon JR, Leitch JM, Lee JK, Hayes DL, Novotny P, Clemens-Schutjer D, Bartel J, Michalak JC. Prospective evaluation of chamomile mouthwash for prevention of 5-FU-induced oral mucositis. Cancer. 1996;77:522–525.
16. Gravett P. Aromatherapy treatment of severe oral mucositis. Int J Aromather. 2000;10:52-53.
17. Katrancı, N., Ovayolu, N., Ovayolu, Ö., Sevinç, A. (2012). Evaluation of the effect of cryotherapy in preventing oral mucositis associated with chemotherapy e A randomized controlled trial, European Journal of Oncology Nursing, 16: 339-344.
18. Khanal B1, Baliga M, Uppal N. Effect of topical honey on limitation of radiation-induced oral mucositis: an intervention study. Int J Oral Maxillofac Surg. 2010;39(12):1181-1185
19. Köstler WJ, Hejna M, Wenzel C, Zielinski CC. (2001). Oral Mucositis Complicating Chemotherapy and/or Radiotherapy: Options for Prevention and Treatment. CA Cancer J Clin 51: 290-315.
20. Lalla, RV., Bowen, J., Barasch, A., Elting, L., Epstein, J., Keefe, DM., McGuire, DB., PhD, RN6; Migliorati, C., Nicolatou-Galitis, O., Peterson, DE., Raber-Durlacher, JE., Sonis, ST., Elad, S. (2014). The Mucositis Guidelines Leadership Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society of Oral Oncology (MASCC=ISOO). Cancer, 1453-1461
21. Maddocks-Jennings W, Wilkinson JM, Cavanagh HM, Shillington D. Evaluating the effects of the essential oils Leptospermum scoparium (manuka) and Kunzea ericoides (kanuka) on radiotherapy induced mucositis: A randomized, placebo controlled feasibility study, Eur J of Oncol Nurs 13 (2009) 87–93.
22. Maiti PK, Ray A, Mitra TN, Jana U, Bhattacharya J, Ganguly S. The effect of honey on mucositis induced by chemoradiation in head and neck cancer. J Indian Med Assoc. 2012; 110(7):453-456.
23. Mengxue, H. (2011). Interventions for Preventing Oral Mucositis in Patients With Cancer Receiving Treatment. Clinical Nurse Specialist Journal, 284-285.
24. Panahi, Y., Ala, S., Safedi, M., Okhovatian, A., Bazzaz, N. & Naghizadeh, M.M. (2010). Allopurinol mouth rinse for prophylaxis of fluorouracil-induced mucositis. European Journal of Cancer Care, 19, 308-312.
25. Popescu RA Norman A, Ross PJ, Parikh B, Cunningham, D. (1999). Adjuvant or palliative chemotherapy for colorectal cancer in patients 70 years or older. J Clin Oncol, 17: 2412–2418.
26. Redding, S.W. (2005). Cancer therapy-related oral mucositis. Journal of Dental Education. 69 (8): 919-929.
27. Rubenstein, E.B., Peterson, D.E., Schubert, M., Keefe, D., McGuire, D., Epstein J et al.(2004). Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. Cancer, 100: 2026–2046.

28. Salvo N, Barnes E, van Draanen J, ve diğ.. Prophylaxis and management of acute radiation-induced skin reactions: a systematic review of the literature. Curr Oncol. 2010;17:94-112.44.
29. Svanberg A, Ohrn K, Birgegard G. Oral cryotherapy reduces mucositis and improves nutrition - a randomised controlled trial. J Clin Nurs. 2010; 19(15-16): 2146-51.
30. Tanideh N, Tavakoli P, Saghiri MA, et al. Healing acceleration in hamsters of oral mucositis induced by 5-fluorouracil with topical Calendula officinalis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013;115:332-338.
31. Topuz E, Derin D, Can G ve diğ. (2008). Effect of oral administratio n of kefi r on serum proinflamm atory cytokines on 5-FU induced oral mucositis in patients with colorectal cancer. Invest New Drugs, 26:567–572.
32. Vokurka S, Bystricka E, Scudlova J, ve diğ. The risk factors for oral mucositis and the effect of cryotherapy in patients after the BEAM and HD-l-PAM 200 mg/m(2) autologous hematopoietic stem cell transplantation. Eur J Oncol Nurs 2011; 15(5): 508- 511

YORGUNLUK VE UYKU BOZUKLUKLARINDA TAMAMLAYICI VE DESTEKLEYİCİ UYGULAMALAR

Ülkü ÖZDEMİR
Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kayseri

Yorgunluk ve uyku bozuklukları kanser tedavisi ve tedavi sonrası yaşam kalitesini derinden etkileyen en yaygın ve kalıcı olarak devam eden semptomlardan biridir. Kanserle ilgili yorgunlukla yaşam kalitesinde azalma, uyku kalitesinde azalma, anksiyete, depresyon ve bozulmuş biliş arasında yakın ilişki vardır.

Kanserle ilgili yorgunluk tedavi süresince ve tedavinin bitiminden sonra devam edebilen, hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerini etkileyen sıkıntı verici bir semptomdur. Tipik yorgunlukla kıyaslandığında kanserle ilgili yorgunluk daha hızlı ortaya çıkan, daha çok enerji tüketen, daha yoğun, daha uzun, daha şiddetli ve daha acımasızdır.

Kanserle ilgili yorgunluk sıkıntı verici, kalıcı subjektif bir duygudur. Kanser ve ya kanser tedavisi ile ilgili olan, son aktivite ile ilgili olmayan ve normal fonksiyonları kesintiye uğratan fiziksel, duygusal ve/ veya bilişsel yorgunluk ya da bitkinlik olarak tanımlanır. İlerlemiş kanserde yorgunluk sıklığı %70-90'dır. Yorgunluk fiziksel, zihinsel, sosyal ve sipiritüel fonksiyonlara ve birçok hasta ve ailesinin yaşam kalitesine oldukça etkilidir

Kanserle ilgili yorgunluğun gelişiminde altta yatan biyolojik mekanizmanın artmış proinflamatuar sitokinler olduğu düşünülmektedir. İnterlökin 1(IL1), Tümör Nekrozis Faktör-alfa (TNF-α) gibi proinflamatuar sitokinler yorgunluk, motivasyonda azalma ve günden güne aktivite isteğinde azalma, aktivite düzeyinde azalma, güçsüzlük ve konsantrasyon problemlerine neden olabilirler.

Tedavisi süresi ve tedaviyi takiben yaşanan yaygın ve yıpratıcı bir klinik problem olan yorgunluğun farmakolojik faydaları sınırlıdır. Birçok kanser hastası tamamlayıcı ve destekleyici girişimler kullanmaktadır ve bu yöntemler yorgunluğu rahatlatabilir. Bir meta analizde kanserde Tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) kullanımı 1970-1980'lerde %25, 1990'lı yıllarda %32'den fazla, 2000'den sonra %49 arttığı bildirilmektedir.

İntegratif Onkoloji Derneği (Societyfor Integrative Oncology/ SIO) kanser hastalarının başlangıç değerlendirmesinin rutin bir parçası olarak TAT kullanımının sorgulanmasını ve tüm kanserli hastaların TAT'ın avantajları ve sınırlamaları hakkında sağlık profesyonelince kanıta dayalı, açık ve hasta-merkezli rehberlik almalarını önermektedir.

15'i randomize kontrollü olan yirmi çalışmanın sistematik incelemesinde yorgunluk için uygulanan girişimler olarak; akupunktur, masaj, yoga ve relaksasyon eğitimi yer almaktadır. Ginseng ve hipnoz için kanıtlar sınırlı, tedaviyi takiben oluşan kanserle ilgili yorgunluğu azaltmada akupunktur ve iyileştirici biyoalanın etkili olduğu belirtilmekte olup çalışmaların kalitelerinde büyük farklılık olduğu vurgulanmaktadır. Multivitaminlerin kanserle ilgili yorgunluğu azaltmada etkili olmadığı, çalışmaların çoğunun metadolojisinin zayıf olduğu ve bias riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir.

Amerikan klinik onkoloji derneğinin klinik pratik klavuzunda kanserle ilgili yorgunluk için tedavi ve bakım haritasında yer alan tamamlayıcı ve destekleyici tedaviler olarak girişimler içinde fiziksel aktivite ve zihin beden girişimleri önerilmektedir. Fiziksel aktivite için öneriler aşağıda sıralanmaktadır:

- Yeterli düzeyde fiziksel aktivitenin başlanması ve sürdürülmesi tedavi sonrası sağ kalanlarda kanserle ilgili yorgunluğu azaltır.
- Kanser tedavisi sonrası bütün hastalar herhangi bir kontrendikasyonu yoksa orta düzeyde fizik aktivite yapması için cesaretlendirilmeli (Ör. Her hafta 150 dakika Hızlı yürüme, bisiklete binme, yüzme gibi orta dereceli aerobik egzersiz ve buna ek olarak 2-3 kez ağırlık kaldırma gibi kuvvet çalışması)
- Yürüme programları kanserden sağ kalan çoğu hasta için genellikle güvenli olmasına rağmen Ameriken spor hekimliği koleji (the American College of Sports Medicine) hastaların doktorlarının kontrolleri sonrası başlayabileceklerini belirtiyor.
- Nöropati, kardiyomiyopati ve ya diğer eşlik eden hastalıklara bağlı etkiler gibi yüksek riskli durumlarda uzman bir fizyoterapistin kontrolünde egzersiz yapmalı. Lenfödem gelişen meme kanserli hastalarda üst vücut kuvvet çalışmasına başlamadan önce bir egzersiz uzmanı ile görüşülmeli.

Klavuzun önerdiği zihin beden girişimleri olarak farkındalık temelli yaklaşımların, yoganın ve akupunkturun kanserle ilgili yorgunluğu azalttığı, biyoalan tedavilerinin (dokunma tedavileri), masajın, müzik tadavisinin, gevşeme, reiki ve Qigongun ise kanserle ilgili yorgunluğa faydası olabilen ama daha fazla araştırmaya gereksinim olan girişimler olduğu belirtilmektedir. Klavuzda bunların dışında psikososyal ve farmakolojik girişimler önerilmektedir.

İntegratif Onkoloji Derneği (Society for Integrative Oncology)/ (SIO) tarafından meme kanserli bireyler için hazırlanmış klavuzda yorgunluk için önerilen tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar ve kanıt gücü olarak; enerji koruma danışmanlığı (kanıt gücü B), Amerikan ginsengi (kanıt gücü C), akupunktur (kanıt gücü C), modifiye Qi gong (kanıt gücü C). kanıt gücü B yüksek yada orta dereceli kesinlik, orta dereceli faydayı, kanıt gücü C ise mesleki kanaatlere yada hasta tercihlerine göre seçili öneriler, orta dereceli kesinlik, az faydayı temsil etmektedir.

Uyku bozuklukları kanser hastalarında yaygındır ve bazı sitokinlerle ilişkili olduğu gibi kanser hastalarında psikolojik stres, fiziksel inaktivite gibi davranışsal faktörler sitokin düzeyinde artmaya katkı sağlayabilir. Kanser hastaları kanserin etkisi, stres, cerrahi, kemoterapinin başlamasıyla ilgili

anksiyeteye bağlı uyku bozuklukları yaşayabilirler. Ayrıca kemoterapi, hormon tedavisi, tanıdan sonra geçen süre, kanserin tekrarı, kanser evresi, tedavi çeşidi, kanser tanı ve tedavisi süresinceki ruhsal tepki, yorgunluk, çevre, yaş, eğitim, evlilik durumu, uyku bozukluklarına neden olabilir.

Kanserli bireylerde uykusuzluk %25 ile %59 arasında değişir. Uykusuzluk genellikle uykuya başlamada veya sürdürmede geçici bir yetersizlik olarak görülür. Uykusuzluk sendromu ise haftada 3 günden fazla süren ve en az bir ay boyunca günlük fonksiyonlarda yetersizlikle ve önemli psikolojik distresle ilişkilidir. Uykusuzluk sendromu kanserli hastaların önemli bir bölümünü etkilemektedir.

Kanserli hastalarda uykusuzluk için risk faktörleri kanserin kendisi (tümörle artmış steroid üretimi, ağrıyla sonuçlanan tümör invazyonunun semptomları, dispne, bulantı, kaşıntı gibi), tedaviler (kortikosteroidler, hormonal dalgalanmalar), kanserle ilgili ilaçlar (opiatlar, kemoterapi, nöroleptikler, sempatomimetikler, steroidler, sedatif hipnotikler) gibi multifaktöriyel nedenlerle ilgilidir. Diğer biyolojik (baş ağrısı), psikolojik ve sosyal faktörler, kanser tanısı ve tedavisi ile ilgili stres, negatif uyku davranışları, bilişsel çarpıtmalar uyku bozukluğunu alevlendirebilir ve uykusuzluk sendromuna yol açabilirler. Uyku bozukluğu yorgunluk ağrı, depresyon gibi eş zamanlı semptomların düzelmesiyle her zaman düzelmeyebilir.

Uyku bozukluklarının tedavisi için genel popülasyonda genellikle psikolokik (blişsel yaklaşım) ve farmakolojik yaklaşımlar önerilirken kanserli bireylerde non farmakolojik yaklaşımlar önerilebilmektedir.

Klinik pratik klavuzlar ve randomize kontrollü çalışmalar sonucuna göre uyku bozukluklarına yönelik yapılan girişimlerin çoğu uyku eğitimi, uyku kısıtlama tedavisi, uyku hijyeni danışmanlığı, uyarı kontrolü gibi girişim stratejilerini içeren bilişsel davranışçı yaklaşımları içermekte. Bunların dışında egzersiz girişimleri ve Tibet yoga gibi yaklaşımlar yer almaktadır yer almaktadır.

İntegratif Onkoloji Derneği (Society for Integrative Oncology)/ (SIO) tarafından meme kanserli bireyler için hazırlanmış klavuzda uyku bozukluğu için önerilen tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar ve kanıt gücü olarak stres yönetim teknikleri (kanıt gücü C), nazik yoga (kanıt gücü C) önerilmektedir.

Avrupada ulusal sağlık sistemi içinde integratif onkoloji alanında faaliyet gösteren 32 Avrupa ülkesinde kanser bakımında kullanılan tamamlayıcı ve destekleyici bakım uygulamalarının incelendiği bir çalışmada yorgunluk için en çok kullanılan yöntemin akupunktur (%8), bitkisel tedaviler (%3), homeopaty (%3) olduğu, uyku bozuklukları için ise akupunktur (%2), homeopayt (%2), bitkisel tedaviler (%1) olduğu belirtilmektedir.

Sonuç olarak bütün sağlık bakım çalışanları tanının konulmasının başlangıcından itibaren primer tedavinin tamamlanmasından sonrayı içeren süreçte rutin olarak yorgunluk ve uyku durumunu değerlendirmeli ve bireylerin tamamlayıcı ve destekleyici uygulama kullanım durumunu sorgulamalıdır. Kanserle ilgili yorgunluk ve uyku bozukluklarının azaltılmasında tamamlayıcı ve destekleyici uygulamaların etkinliği için kanıt düzeyi yeterli çalışma planlayıp yürütmeliler.

Kaynaklar

1. Goldstein D, Bennett B, Friedlander M, Davenport T, Hickie I and Lloyd A. Fatigue states after cancer treatment occur both in association with, and independent of, mood disorder: a longitudinal study. BMC Cancer 2006, 6:240 .
2. Zick SM, Zwickey H, Wood L, Foerster B, Khabir T, Wright B, Ichesco E, Sen A, Harris RE. Preliminary differences in peripheral immune markers and brain metabolites between fatigued and non-fatigued breast cancer survivors: a pilot study. Brain Imaging Behav. 2014 ;8(4):506-16.
3. Pert MM, Hevey D , Boyle NT , Hughes MM , Collier S, O'Dwyer AM, Harkin A, Kennedy M. J, Connor T J. C-reactive protein predicts fatigue independently of depression in breast cancer patients prior to chemotherapy. Brain, Behavior, and Immunity 2013;34: 108–119
4. Wanchai A, Armer JM, Stewart BR. Nonpharmacologic Supportive Strategies to Promote Quality of Life in Patients Experiencing Cancer-Related Fatigue: A Systemtaic Review. Clinical Journal of Oncology Nursing, 2010;15(2):203-214
5. Senior HEJ, Mitchell GK, Nikles J, Carmont SA, Schluter FJ, Currow DC, Vora R, Yelland MJ, Agar M, Good PD and Hardy JR. Using aggregated single patient (N-of-1) trials to determine the effectiveness of psychostimulants to reduce fatigue in advanced cancer patients: a rationale and protocol. BMC Palliative Care 2013, 12:17-23.
6. Finnegan-John J, Molassiotis A, Richardson A, and Ream E. A Systematic Review of Complementaryand Alternative Medicine Interventions for the Management of Cancer-Related Fatigue. Integrative Cancer Therapies. 2013; 12(4) 276–290
7. Horneber M, Bueschel G, Dennert G et al (2012) How many cacer patients use complementary and alternative medicine: A systematic review and meta-analysis. Integr Cancer Ther 11: 187–203
8. Deng GE, Frenkel M, Cohen L, Cassileth BR, Abrams DI, Capodice JL et al. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Integrative Oncology: Complementary Therapies and Botanicals. Journal of the Society for Integrative Oncology 2009;7(3): 85-120.
9. Greenlee H, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen M, Deng G, Hershman D et al. Debu Tripathy; for the Society for Integrative Oncology Guidelines Working Group Clinical Practice Guidelines on the Use of Integrative Therapies as Supportive Care in Patients Treated for Breast Cancer. Journal of the National Cancer Institute Monographs, No. 50, 2014
10. Beck SL, Berger AM, Barsevick AM, Wong B, Stewart KA, Dudley WN. Sleep quality after initial chemotherapy for breast cancer. Support Care Cancer. 2010;18:679–89.
11. Savard J, Simard S, Blanchet J, Ivers H, Morin CM. Prevalence, Clinical Characteristics, and Risk Factors for Insomnia in the Context of Breast Cancer. Sleep. 2001;24:583–90.
12. Kuo HH, Chiu MJ, Liao WC, Hwang SL. Quality of Sleep and Related Factors During Chemotherapy in Patients with Stage I/II Breast Cancer. J Formos Med Assoc. 2006;105:64–9.
13. Howell D, Oliver TK, Keller-Olaman S, Davidson J, Garland S, Samuels C, Savard J, Harris C, Aubin M, Olson K, Sussman J, Macfarlane J, Taylor C. A Pan-Canadian practice guideline: prevention, screening, assessment, and treatment of sleep disturbances in adults with cancer. Support Care Cancer. 2013 Oct;21(10):2695-706
14. Elio Rossi & Alessandra Vita & Sonia Baccetti &Mariella Di Stefano & Fabio Voller & Alberto Zanobini. Complementary and alternative medicine for cancer patients:results of the EPAAC survey on integrative oncology centres in Europe. Support Care Cancer. 2015 Jun;23(6):1795-806

DİYALİZ HEMŞİRESİ GÖZÜYLE BÖBREK HASTALARINDA DAMAR YOLU SORUNU VE ÇÖZÜM YOLLARI

Nurten ÖZEN
G.A.T.A Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Ankara

Vasküler yol hemodiyaliz (HD) hastaları için tedavinin aşil tendonunu oluşturur. Hastalar arteriovenöz fistül (AVF), arteriovenöz greft (AVG) ve santral venöz kateter (SVK) aracılığıyla HD tedavisi görmektedirler. Türkiye'de 2013 yılı sonu itibariyle kronik HD tedavisi gören 52.675 hasta mevcuttur. Bu hastaların 43.675'i AVF, 954'ü AVG ve 8046'i ise SVK ile HD tedavisine alınmıştır.

The Kidney Disease: Improving Global Outcomes tarafından 2001 yılında yayınlanan rehberde ideal damar yolunun, (1) yeterli kan akımını sağlaması (2) uzun ömürlü olması ve (3) komplikasyon görülme oranının az olması gerektiği belirtilmektedir. The National Kidney Foundation–Dialysis Outcomes Quality Initiative (NKF-DOQI) ise, HD tedavisi uygulanan hastalarda AVF'nin ilk tercih edilmesi gereken vasküler yol olduğunu ifade etmektedir.

Türk Nefroloji Derneği 2013 yılı raporunda, "HD hastalarında yüksek oranda AVF kullanımının HD tedavisi açısından olumlu ve istenilen bir bulgu olduğu, ancak geçen yıllara göre kateter kullanım oranında artış varlığı dikkat çekmektedir" ifadesi yer almaktadır. Bu durumun nedenleri: (1) diyabetik hastaların sayısındaki artış (2) damar yolunun sağlık personeli tarafından yanlış kullanımı (3) damar yolu bakımının hasta tarafından doğru olarak yapılmamasıdır. European Best Practice Guidelines and NKF-K/DOQI tarafından yayınlanan rehberlerde damar yolu açıklığının iyi bir hemşirelik bakımı ve hasta eğitimiyle sürdürülebileceği belirtilmektedir. Hastayla beraber aynı zamanda aileye de damar yoluna ilişkin eğitim verilmelidir.

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerde sık görülen damar yolu sorunları ve çözümlerini aşağıdaki başlıklar altında inceleyebiliriz.

Enfeksiyon: AVF, AVG ve SVK kullanımına ilişkin en sık görülen damar yolu problemlerinden biridir. Hastada bakteriyemi, septik şok ve hatta ölüme neden olabilir. Bakteriyel enfeksiyonlar, HD hastalarında en sık görülen ikinci ölüm nedenidir. Özellikle SVK'lar enfeksiyonun en çok görüldüğü damar yoludur.

Arteriyovenöz fistül AVG'si bulunan hastalarda bölgenin temizliği su ve sabunla yapılmalı ve kanülasyon öncesi hemşire tarafından eldiven giyilerek, damar yoluna girişimde bulunulmalıdır. SVK'sı bulunan hastalarda sağlık personeli maske kullanarak hastaya yaklaşmalı ve bütün girişimlerde aseptik tekniği uygulamalıdır.

Stenoz: Stenoz, HD'nin etkinliğini azaltan ve damarlarda tıkanıklığa neden olan önemli bir sorundur. SVK kullanımı, arter ve venin birleşme yerinde skar dokusu oluşumu, vasküler yolun bulunduğu koldan tansiyon ölçülmesi, intravenöz (IV) girişimlerin yapılması kaynaklı gelişir. Stenoz gelişimini önlemek için mümkün olduğunca brakiyal veya sefalik venden IV girişimler yapılmamalı, bunun yerine el üstü damarların kullanımı tercih edilmelidir.

Anevrizma: Kanülasyon için sürekli aynı bölgenin kullanımına bağlı olarak anevrizma gelişebilir. AVF'lerde anevrizma gelişimi, AVG'lere göre daha azdır. Kullanılan suni malzemeler nedeniyle AVG'lerde anevrizma daha sık görülür. AVG'nin kanülasyonunda ip merdiven tekniği, AVF'nin kanülasyonunda ise düğme iliği yöntemi kullanılmalıdır.

Tıkanıklık (Pıhtılaşma): Stenoz, hipotansiyon, sıvı volüm fazlalığı ve damar yolunun bulunduğu koldan uygulanan invaziv/noninvaziv işlemler nedeniyle tıkanıklık gelişebilir. Hastada emboli gelişimine neden olabilir. Hasta eğitimi bu sorunun çözümlenmesinde en önemli yoldur.

Kaynaklar

1. Allon M, Robbin ML. Increasing arteriovenous fistulas in hemodialysis patients: Problems and solutions. Kidney Int. 2002;62(4):1109–1124.
2. Rayner HC, Pisoni RL, Bommer J, Canaud B, Hecking E, Locatelli F, Piera L, Bragg-Gresham JL, Feldman HI, Goodkin DA, Gillespie B, Wolfe RA, Held PJ, Port FK. Mortality and hospitalization in haemodialysis patients in five European countries: Results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). Nephrol Dial Transplant. 2004;19(1):108–120.
3. Dilek M, Kaya C, Karatas A, Ozer I, Arık N, Gulel O. Catheter-related atrial thrombus: tip of the iceberg?. Ren Fail. 2015;37(4):567-571.
4. Registry of Nephrology, Dialysis and Transplantation in Turkey: The Turkish Society of Nephrology. 2013.
5. NKF-K/DOQI clinical practice guidelines for vascular access: Update 2000. Am J Kidney Dis. 2001;37(1 Suppl 1):S137–S181.
6. National Kidney Foundation. NKF-K/DOQI clinical practice guidelines for vascular access: Update 2006. Am J Kidney Dis. 2006;48(Suppl 1):S176–S276.
7. Lee A, Gudex C, Povlsen JV, Bonnevie B, Nielsen CP. Patients' views regarding choice of dialysis modality. Nephrol Dial Transplant. 2008;23(12):3953–3959.
8. Cavanaugh KL, Wingard RL, Hakim RM, Elasy TA, Ikizler TA. Patient dialysis knowledge is associated with permanent arteriovenous access use in chronic hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol. 2009;4(5):950–956.
9. UK Renal Association Guidelines. Available online at http://www.renal.org/guidelines/print/HDfinal050207.pdf
10. Tordoir J, Canaud B, Haage P,Konner K, Basci A, Fouque D, Kooman J, Martin-Malo A, Pedrini L, Pizzarelli F, Tattersall J, Vennegoor M, Wanner C, Wee P, Vanholder R. EBPG (European Best Practice Guidelines) on vascular access. Nephrol Dial Transplant. 2007; 22(Suppl 2):ii88–ii117.
11. Manual of Nursing Policies and Procedures. (Nursing Policies and Procedures' Committee 2011). Ministry of Health, General Directorate of Nursing. 2nd Edition. pp 105-108.
12. Rushing J. Caring for a patient's vascular access for hemodialysis. Nurs Manage. 2010;41(10):47.
13. Faratro R, Jeffries J, Nesrallah GE, MacRae JM. The care and keeping of vascular for home hemodialysis patients. Hemodial Int. 2015;19(Suppl 1):S80-S92.

BAKIM VERENİN YÜKÜ: DÜNYA'DA VE ÜLKEMİZDEKİ DURUM

Dr. Ülkü GÖRGÜLÜ POLAT
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara

İnme dünyada en sık görülen nörolojik hastalık olup, yetişkin popülasyonundaki sakatlıkların önde gelen nedenlerinden biridir (1). Dünya Sağlık Örgütü 2012 yılı verilerine göre; inme ölüme neden olan ilk 10 sağlık sorunlarından biridir ve iskemik kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (2). Amerika'da 2015 yılı istatistiklerine göre her 20 ölümden birinin inmeye bağlı geliştiği bildirilmektedir. Türkiye'de inme görülme sıklığının 100 binde 175 olduğu ve her yıl ortalama 125 bin yeni inme vakası olduğu bildirilmektedir (3). Ülkemizde inme epidemiyolojisine ait yeterli veriler bulunmamakla birlikle, Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet- Etkililik Raporu'na (2007) göre; Türkiye'de toplam hastalık yükünün yüzde 8'i Koroner kalp hastalığı (KKH)'na, yüzde 5'i ise serebrovasküler hastalığa (SVH) bağlıdır (4). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 verilerine göre ise ülkemizde ölüme sebep olan hastalık grupları içinde dolaşım sistemi hastalıklarının (%40,4)) ilk sırada olduğu ve dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %39,6'sı iskemik kalp hastalığından, %24,7'si ise serebrovasküler hastalıktan kaynaklandığı bildirilmektedir (5). Ayrıca, Nöroloji kliniklerinde yatan hastalıkların ilk sırasında inme yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri 2012 yılı raporuna göre nörolojik hastalıklar %37 ile en fazla hizmet sunulan hastalık grubunu oluşturmuştur (6). İnme sonrasında hayatta kalan bireylerin birçoğunda tam olarak iyileşme sağlanamamakta ve bu bireyler kalıcı bilişsel ve fonksiyonel sekeller ile yaşamak zorunda kalmaktadır. İnmeli hastalarda davranışsal, bilişsel, iletişim ve bellek bozukluğu sıklıkla karşılaşılan problemlerdendir. İnmeli hastalar sıklıkla fiziksel yetersizlik, ikincil ekstremite deformiteleri, kas spastitesi ve ağrıya bağlı olarak hareket, kişisel hijyen, giyinme gibi temel günlük yaşam aktivitelerini yapmakta güçlük yaşarlar. Bu durum, hastalarda günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için başkalarına bağımlılık ve uzun dönemli bakımı gerektirebilir (6,7,8). İnme sonrası hastanın bakımı genellikle aile bireyleri tarafından üstlenilmektedir. Bu nedenle bu hastaların bakım ve tedavilerinin, rehabilitasyonun sağlanmasında bakım verenlere önemli sorumluluklar düşmektedir (6,8). Bakım verenlerin, hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerinin yanı sıra emosyonel ve sosyal destek sağlamada da önemli rolleri bulunmaktadır (7). Bakım vermenin gerektirdiği zaman ve yaşam biçiminde olan değişiklikler nedeni ile bakım veren yükünün ortaya çıktığı belirtilmektedir (9). Birçok çalışmada inme geçiren hastaların taburculuk sonrası fiziksel yetersizliklerle karşı karşıya kaldıkları ve aile bireylerinde hasta bakımında yardıma ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir (7,8,10). Literatürde inmeli hastaların bakım verenlerin eğitim ihtiyaçları dört grupta belirtilmektedir: Bunlar; bilgi, iletişim, destek ve sağlık profesyonellerine ulaşılabilirliktir. Bu kategorilerin içeriğini temel olarak inme semptom ve komplikasyonları, semptom yönetimi (fiziksel, bilişsel, ruhsal sorunlar vb.), yeterli beslenmenin sağlanması, düşmenin önlenmesi, sekonder inmenin önlenmesi, psikolojik, emosyonel ve davranışsal problemlerle ile mücadele, stres yönetimi, tedaviye uyum ve gelişen iletişim sorunlarında yardım gibi konular oluşturmaktadır (10).

İnmenin uzun dönemli bakım gerektirmesi hasta ve bakım verenin yaşamında birçok mücadelelerle uğraşmasını gerektirir. Bu durum hem hasta hem de bakım verenin yaşamında sürekli davranışsal, bilişsel, emosyonel ve fiziksel değişikliklere neden olur. İnmeli hastaya bakım vermek bakım vericilerin yükünü arttırmaktadır. Literatürde inmeli hastaların bakım verenlerinde bakım verme yükünü etkileyen faktörlerini değerlendirmeye yönelik çalışmalar incelendiğinde; toplum ve kültür farklılığına bağlı farklı sonuçların olduğu görülmüştür. Birçok çalışmada inmeli hastaların bakım verenlerinde bakım yükünün yüksek düzeyde olduğu ve hastayla ilgili olarak cinsiyet, inmenin şiddeti, inme sonucu gelişen yetersizlik derecesi ve bakım verenle ilgili olarak ise yaş, bakım verme süresi ve hastayla olan kişilerarası ilişki bakım verenin yükünü etkileyen ilişkili faktörler olarak belirtilmektedir. İnmeli hastalarda bakım verme yükünün şiddetinin ise hastanın (fiziksel ve bilişsel bozulma) ve bakım verenin klinik özellikleri (depresyon varlığı, sosyal yaşamı, sağlık durumu, sağlık durumunda kötüleşme) ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (11-13). Bakım verme yükü, yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Bakım verenlerle ilgili yapılan çalışmalarda; bakım verenlerin bakım verme görevlerinden dolayı kendilerine ayıracak zamanları olmadığı, kendilerini yorgun hissettikleri, sosyal aktivitelere katılımlarında azalma olduğu, iletişim sorunları ve ekonomik güçlükler yaşadığı ve yaşam kalitelerinin etkilendiği gösterilmiştir (12,13). İnmeli hastalara bakım veren yükü ve yaşam kalitesiyle ilişkisinin incelendiği çalışmalarda, bakım verme yükünün yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu, bakım yükü arttıkça, yaşam kalitesinin anlamlı olarak düştüğü belirtilmektedir (12-17). Yapılan çalışmalarda inme sonrası ilk yılda bakım verenlerinde mortalite ve morbiditede artış olduğu hem fiziksel hem de mental sağlığın etkilendiği belirtilmektedir. İnmeli hastaların bakım verenlerinde hastaya bakım vermeye başladıktan sonra yaşanılan başlıca sağlık sorunları olarak; kas iskelet sistemi, deri, kardiyovasküler, sindirim sistemi ile ilgili hastalıklar, enfeksiyon, uyku sorunları ve yorgunluk olarak belirtilmektedir (14,18). İnmeli hastaların bakım verenlerinde yaşanılan emosyenel sorunlar olarak ise anksiyete, depresyon, korku, hayal kırıklığı, kızgınlık, sabırsızlık ve suçluluk olarak belirtilmektedir (18). Bazı çalışmalarda bakım verende depresyon durumunun hem hastada var olan depresyonu daha da kötüleştirdiği ve hastanın rehabilitasyona cevabını, inmenin prognozunu olumsuz etkilediği bildirilmektedir (16,19). Literatürde inmeli hasta bakım verenlerinde bakım yüküne bağlı depresyon görülme sıklığının %34-52 arasında değiştiği ve bakım vermeyenlere

göre daha fazla depresyon görüldüğü belirtilmektedir. Bunun nedeni olarak da hastanın fiziksel yetersizliği, başkalarına bağımlı olması, yaşanılan güçlüğe bağlı gerektirdiği zamandan daha fazla sürede bakım verme ve sosyal yaşamda azalmaya bağlı olduğu belirtilmektedir (7,14,20). Türkiye'de inmeli hastaların bakım verenlerinde yapılan çalışmalar yeterli sayıda değildir. Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmasında ise; 55 yaş ve üstü yaş grubundaki bakım verenlerin, sosyal güvencesi olmayanların, bakım vermeyle ilgili eğitim almak isteyenlerin bakım yükünün daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada türk toplumunda ailede bakım gereksinimi olan kişiye bakım vermenin bir görev ve sorumluluk olarak algılandığı ve bununla paralel olarak bakım verenlerin bakım verme sürecinde yaşadığı yükün farkında olmadığı ve yaşadıkları güçlükleri ifade etmekte zorlandıkları sonucuna varılmıştır (1). Aşiret ve arkadaşları çalışmalarında; hastasının mobilitede yeti yitimi fazla olan, beslenme, boşaltım, tedavi ve hareket ihtiyaçlarının karşılanmasına yardım eden, bakım verme süresi fazla olan (>4 saat) inmeli hastaların bakım verenlerin daha fazla bakım verme yükü yaşadığını belirlemişlerdir. Ayrıca aynı çalışmada, bakım verme nedeniyle güçlük yaşayan ve günlük yaşamı etkilenen bakıcıların bakım verme yükünün yüksek olduğu bulunmuştur (21).

Son yıllarda inmeli hastaların bakım verenleri ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; hemşirelerin hastanın hastaneye yatışından itibaren bakım verenin ihtiyaçlarını ve bakım yükünü değerlendirmesi gerektiğine odaklanıldığı görülmüştür. İnme hem hastanın olduğu gibi bakım vereninin de yaşamını önemli derecede etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Bu nedenle hasta yakınlarında bakım yükünü azaltmaya yönelik girişimler yapılması önemlidir. İnmeli hastaların bakım verenlerinin yükünü azaltmada hem hastaya hem de bakım verenin gereksinimlerine yönelik taburculuk eğitiminin etkinliğinin artırılması, eğitim ve danışmanlık yapılması gereklidir. Özellikle hemşirelerin bakım vericilerde bakım yükünü etkileyen faktörleri göz önünde bulundurarak sürekli eğitim programları ve etkili danışmanlık ile klinikten evde bakıma kadar olan hemşirelik hizmetlerini planlaması ve uygulaması önemlidir. İnmeli hastaların bakım verenlerinde bakım yükünü azaltmaya yönelik çalışmalarda; evde bakım hizmeti, telefon, web hizmeti gibi farklı hizmet tipleri ile eğitim ve danışmanlık hizmetinin bakım veren ve hastalarda depresyon riskini azaltma, yaşam kalitesini ve memnuniyeti artırma, bakım yükünü azaltma, hastanın bakımına teşvik etme ve bakımına katma, bakım için gerekli bireysel bilgiyi sağlama, destek ve tavsiye alma gibi yararları olduğu bildirilmektedir (21,22). Sonuç olarak inmeli hastaların uzun dönem bakıma ihtiyacı olabilir ve bu görevde genellikle hasta bireyin ailesine düşmektedir. Bu süreçte profesyonel sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirelerin bakım verenlere ve hastalar taburculuk eğitimi vermesi, bakım verenin hasta ile iletişimini, hastalık ve bakım verme ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını gözlemesi, bakım verenlerin yeteneklerine odaklanarak bakım verenin olumlu tutum geliştirmelerine yardım etmesi son derece önemlidir (21,22). Hemşirenin yapacağı bu girişimler bakım verenlerin yaşadığı bakım yükünü azaltabilir ve hastanın ve bakım verenin yaşam kalitesini de artırabilir.

Kaynaklar

1. Yıldırım S, Engin E, Başkaya VA . İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yükü ve Yükü Etkileyen Faktörler. Nöropsikiyatri Arşivi 2013;50:169-174.
2. The 10 leading causes of death in the world, 2000 and 2012. http://www.who.int/ mediacentre/factsheets/ fs310/en/. Erişim Tarihi: 12 Haziran 2015.
3. Boyraz S. İnmede Akut Dönem Bakımı ve Komplikasyonların Önlenmesi. Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Hemşireliği Dergisi 2015;1(1):13-21.
4. National Burden of Disease and Cost Effectiveness Studies Reports: Ministry of Health, Turkey, 2007.
5. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014. http://http://www.tuik.gov.tr/ PreHaberBultenleri. do?id=18855.
6. Bilgili N, Gözüm S. İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin Rehber. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014,7(2):128-150.
7. Denno MS1, Gillard PJ, Graham GD, DiBonaventura MD, Goren A, Varon SF, Zorowitz R. Anxiety and depression associated with caregiver burden in caregivers of stroke survivors with spasticity. Arch Phys Med Rehabil. 2013 ; 94(9):1731-6.
8. Jung BC, Kim HJ. The effect of rehabilitation education program on family caregivers of stroke patients. Science Journal of Public Health 2014; 2(4): 337-341.
9. İnci FHi, Erdem M. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 4.
10. Hafsteinsdóttir TB1, Vergunst M, Lindeman E, Schuurmans M. Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. Patient Educ Couns. 2011;85(1):14-25.
11. Tiegs TJ, Heesacher M, Ketterson TU, Pekich DG, Rittman MR, et al. Coping by stroke caregivers: sex similarities and differences. Topics StrokeRehabil 2006;13:52-62.
12. Rombough RE, Howse EL, Bagg SD, Barfay WJ. A comparison of quality of life of primary caregivers of stroke survivors: a systematic review of the literature. Topics Stroke Rehabil 2007; 14: 69-79.
13. Akosile CO, Okoye EC, Odunowo OK. Carers'Burden in Stroke and Some Associated Factors in a South-Eastern Nigerian Population. African J Neuro Sci 2009; 28(2):22-28.
14. Rittman M, Hinojosa MS, Findley K. Subjective sleep, burden,depression, and general health among caregivers of veterans poststroke. J Neurosci Nurs 2009; 41: 39-52.
15. Bhattacharjee M, Vairale J, Gawali K, Dalal PM. Factors affecting burden on care givers of stroke survivors: Population based study in Mumbai (India). Ann Indian Acad Neurol. 2012; 15(2):113-9.
16. Tsouna-Hadjis E, Vemnos KN, Zakopoulos N et al. First stroke recovery process: the role of family social support. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81: 881 -887
17. Camak DJ. Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review J Clin Nurs. 2015 Jun 10. [Epub ahead of print]
18. Nir Z, Greenberger C, Bachner Y G . Profile, burden, and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study. J Neurosci Nurs 2009; 41:92-105.
19. Van Heugten C, Visser-Meily A, Post M et al. Care for carers of stroke patients: evidence-based clinical practice guidelines. J Rehabil Med 2006; 38(3):153-158.
20. Chumbler NR, Rittman M, Van Puymbroek M, Vogel WB, Qin H. Thesense of coherence, burden and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke. Int J Geriatr Psychiatry 2004; 19: 944-53.
21. Pierce LL, Steiner V, de Dios AM, Vollmer M, Govoni AL, Thompson TL. Qualitative analysis of a nurse's responses to stroke caregivers on a web-based supportive intervention. Top Stroke Rehabil. 2015; 22(2):152-9.
22. Aşiret GD, Kapucu S. İnmeli Hastaların Bakıcılarındaki Bakım Yükü. Türk Nöroloji Dergisi 2013; 19(1): 5-10.

İNMELİ HASTALARDA ERKEN REHABİLİTASYON VE BESLENME

Dr. Sakine BOYRAZ
Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın

İskemik ve hemorajik olarak iki ana gruba ayrılan inme; aniden gelişen, ölümcül olabilen veya ağır sekel bırakan ancak önlenebilen bir kardiyovasküler sistem hastalığıdır(1,2). 2015 yılı istatistilerine göre, Amerika'da her 20 ölümden birinin inmeye bağlı geliştiği rapor edilmektedir(3). Türkiye'de inme görülme sıklığının 100 binde 175 olduğu, her yıl ortalama 125 bin yeni inme vakası geliştiği ve bu olguların %75'inin 65 yaşından büyük olduğu bildirilmektedir (2).

İnmeli hastaların yaklaşık %25'i inmeden 24-48 saat sonra nörolojik olarak kötüleşmektedir. Bu nedenle, nörolojik ve medikal komplikasyonların önlenebilmesi için, inmeli hastaların hastaneye yatırılması gerekmektedir (4). Hastaneye yatırıldıktan sonraki tedavi ve bakımın amaçları:

1. Gerektiğinde medikal veya cerrahi girişimlere başlayabilmek için, hastanın nörolojik durumundaki değişikliklerin sürekli izlenmesi,
2. İntra venöz trombolitik ajan uygulandıktan sonra, kanama komplikasyonunu önlemek için sık aralıklarla takip ve gerektiğinde tedavinin başlanması,
3. İnme sonrası çıktıları iyileştirmek amacıyla, cerrahi ve medikal yöntemlerin değerlendirilmesine olanak sağlanması,
4. Subakut komplikasyonların gelişmemesi için gerekli önlemlerin başlatılması,
5. İnme tekrarını önlemek için uzun-dönem tedavilerin başlatılması,
6. *Rehabilitasyon ve destekleyici bakım sağlayarak, nörolojik fonksiyonları iyileştirmeye yönelik girişimlerin başlatılması olarak özetlenebilir* (4).

Bu makalede inmeli hastada erken rehabilitasyon ve beslenme konuları ele alınacaktır.

İnmeli hastada erken rehabilitasyon

İnme sonrası hastaneden taburculuk ve evde rehabilitasyonun hızla başlatılması hasta ve bakım vericilerin yaşam kalitesini arttırma, maliyeti azlatma yönünden gerekliliktir. Bu yaklaşımda; tedaviye uyum geliştirme, engelliliğe rağmen optimum toplum entegrasyonunu ve yaşam kalitesini arttırma amacıyla, hasta ve bakım vericileri sürecin merkezinde bulunmaktadır.

İnme sonrası erken dönemde, hastalar özellikle inme ile ilişkili kayıplar nedeniyle üzüntü ve duygusal değişim içinde olurlar. Hasta ve ailenin hissettiği üzüntü ve yetersizlik duygusu, duruma uyumu ve rehabilitasyona başlamayı geciktirmektedir. Bu nedenle, bu duygularla baş etme konusu öncelik arz etmektedir. İnmeye bağlı ortaya çıkan motor ve duyusal kayıplar nedeniyle yas yaşayan hastalarda fiziksel rehabilitasyon programına başlamadan önce yeterli zaman tanınmalı ve hasta kendini hazır hissettiğinde programa başlanmalıdır. Bu aşamada hastanın ve ailenin endişelerini ifade etmelerine fırsat verilmeli, soruları yanıtlanmalı ve endişeleri giderilmelidir (5,6,7).

Hastanın rehabilitasyona hazır olduğunun göstergeleri;

- Mevcut kayıplarının kendi kendine çözülemeyeceğini fark etmesi,
- Kendini yeterli düzeyde enerjik hissetmesi,
- Bu süreçte yeterli sosyal ve profesyonel desteğin olduğunu hissetmesi ve
- Stresle baş etme gücünü kendinde bulmasıdır (7).

Fiziksel açıdan hastanın öncelikle motor fonksiyonlarının değerlendirilmesi önemlidir. Motor fonksiyonlar içinde üst ve alt ekstremite motor sorunları, disfaji, mesane ve barsak sorunları tanılanmalıdır.

Üst ve alt ekstremite sorunları

İnme hastalarında sağ kalım oranlarının ve rehabilitasyon hizmetlerinin artmasına rağmen, üst ve alt ekstremite motor kayıpları görülmeye devam etmektedir. Bu kayıplar; denge bozuklukları, duruş bozuklukları, hemiparezi ve nöromüsküler korordinasyonda bozulma olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorunlar; hastanın düşmesine, travma yaşamasına, enerji harcamasının artmasına, beceri kayıplarına bağlı bağımsızlığını yitirmesine ve yürüme bozukluklarına yol açmaktadır (5,7).

Terapötik pozisyonlama ve erken mobilizasyon; İnmenin akut döneminde (ilk 72 saat) hastalara verilecek terapötik pozisyon konusu (fawler ya da düz yatırma) netlik kazanmamakla birlikte, inme sonrasında hareketsizliğe (immobilizasyon) bağlı gelişebilecek olası komplikasyonların önlenmesi amacıyla, hastaya doğru pozisyon verilmesi oldukça önemlidir. Hastanın yatak başının 15º-30º yatırılması genel kabul görmektedir. İnmeden sonra en iyi baş pozisyonunu gösteren geniş çaplı araştırma verileri henüz yoktur. Büyük damar iskemik inmeleride başa düz pozisyon (Oº) verildiği zaman kan akışının arttığını destekleyen kanıtlar azdır (***Klas IIb; Kanıt düzeyi C***), bununla birlikte, erken mobilize edilebilen minör semptomlu küçük damar tıkanıklığı bulunan hastalarda bu pozisyon uygulanmayabilir; kafaiçi basıncı artma riski olan intra kranial hemorajili hastalarda yatak başının 30º kaldırılması faydalı olabilir (***Kanıt; İyi Klinik Uygulama***) (1,8).

Diğer yandan hastaneye yatırılan inme hastalarının nörolojik durumu stabil hale gelir gelmez, olabildiğince (48 saat içinde) erken mobilize edilmesi önerilmektedir. Erken mobilizasyon ile ilgili standart bir tanımlama olmamakla birlikte, ***mobilizasyon kavramı***; hastanın dik şekilde oturtulması, 24 saat içinde yataktan dışarıya çıkarılması, 24 ile 72 saatleri arasında dik oturtulması ve yürütülmesi gibi etkinlikleri kapsamaktadır. İnmenin akut döneminde, hastaların erken mobilizasyonu, alanında uzman hemşire ve fizyoterapistler tarafından gerçekleştirilmelidir.

Akut dönemin ardından, hastaya verilecek pozisyonla; kas tonüsünün sürdürülmesi, duyuların uygun şekilde beyine iletilmesinin sağlanması, mekana ait farkındalığın arttırılması, cilt bütünlüğünde bozulma, kas spastisitesi, üriner sistem enfeksiyonlarının, akciğer enfeksiyonlarının önlemesi ve yemek yemeye yardım edilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla önerilen beş ana pozisyon; sırt üstü yatırma, etkilenmemiş tarafa yatırma, etkilenmiş tarafa yatırma, yatakta oturtma ve sandalyede oturtmadır (7,9).

Üst ve alt ekstremitede kısıtılılığı olan hastaya doğru pozisyonlama ve erken mobilizasyonun yanı sıra çeşitli rehabilitasyon girişimleri (elektrostimülasyon, biyofeedback vb) planlanmalıdır. Ayrıca pasif rom egzersizleri yaptırılarak ekstremite (özellikle omuz bölgesi için) hareketliliğini sağlama ve ağrıyı dindirmede yararlı olabilir (5,7).

Yutma bozukluğu, beslenme desteği ve sıvı alımı

İnme sonrası hastaların %30-64'ünde yutma bozukluğu (disfaji) ortaya çıkmaktadır. Yutma güçlüğü hastalarda, dehidratasyon, malnütrisyon ve aspirasyon pnömonisi riskini arttırmaktadır. Yutma güçlüğüne bağlı gelişen aspirasyon pnömonisi ise inme sonrası mortalitenin artışına neden olmaktadır. Yutma güçlüğünün değerlendirilmesi, bu konuda eğitim almış kişi veya konuşma ve yutma terapisti tarafından, hastaneye yatıştan sonraki ilk 4-24 saat içinde, geçerli, güvenilir ve kolay uygulanabilen araçlarla, yiyecek- içecek veya oral yolla ilaç verilmeden önce değerlendirilmelidir ***(Klas I; Kanıt düzeyi B)***. Öğürme refleksinin bulunması, yutma güçlüğü taramasında yeterli bir gösterge değildir (5,10,11).

Yatak başı yutma testleri: Normal bireyler 20 mL civarındaki suyu bir kerede yutarlar. Yutma bozukluğu olan hasta bunu yapamaz ve 8 saniyelik bir süre içinde 20 mL veya daha az miktarlardaki suyu iki veya daha fazla kerede yutma ihtiyacı duyar. Normal bireyler 20 mL'den fazla su hacimlerinde iki veya daha çok yutma gösterirlerken, nörojenik disfajide 20 mL'den daha az su hacimlerinde bile iki ya da daha çok yutma olayı gözükür (1).

Toronto Yatak Başı Yutma Testi güvenirlik ve geçerliği açısından kanıta dayalı araç olarak kabul edilmektedir(12). Bir diğer test ise, Gugging Swallowing Screen (GUSS) testi, akut inme hastalarında kullanımı kolay, disfaji derecesini aşamalı değerlendiren, değerlendirme sonrası hastaya diyet önerileri yapabilmeye imkan sağlayan maliyeti düşük ve hastaya az rahatsızlık veren bir yöntemdir (2,6,10,13,14,15,16).

Hastane ortamında Videofloroskopi veya Fiberoptik endoskopik değerlendirme en geçerli yöntemdir. Ancak bunların kullanılamadığı durumlarda "yatak başı yutma testi" ile hastanın disfajisi değerlendirilir. Yatak başı yutma testi uygulanacak hastanın şuuru tam açık ve koopere olmalı ve dik oturur pozisyonda >15 dakika durabilmelidir. Hasta uygunsa bir kaşık su ya da kar haline getirilmiş buz verilir. Hasta bunu yutarken, hemşire bir eli ile hastanın larengeal elevasyonunun olup olmadığını değerlendirir. Aynı anda hastada Disfaji belirtilerinin olup olmadığını (3dk içinde öksürük, ıslak ses, yutmada gecikme, ağzın tam boşalmaması, ağızdan/burundan sızması ve nabız oksimetre ile hipoksinin belirlenmesi gibi) gözlemlemelidir. Sonra püre/yoğurt kıvamı, muz/puding kıvamı ve normal besin kıvamları denenmeli ve her aşamada, hasta disfaji belirtileri yönünden gözlenmelidir. Yutma bozukluğu varlığında, hasta için en uygun beslenme yolu (nazogastrik veya perkutan endoskopik gastrostomi) belirlenmelidir. Yutma bozukluğu saptanan hastalarda konunun uzmanı fizyoterapistler tarafından yutma egzersizleri/manevraları ve havayolunu koruyucu girişimler planlanmalıdır ***(Klas IIA, Kanıt B)***.

Oral yolla beslenmesi planlanan hastalarda, hastanın aspire etmeden yutabildiği besin kıvamları (likit, püre, katı besin) değerlendirilmiş olmalıdır. Disfaji diyetleri;

- Blenderize diyet; tüm yiyecekler yoğurt kıvamında blenderize edilmiş ve tüm sıvılar kıvam koyulaştırıcı ile koyulaştırılmış olmalıdır.
- Yumuşak diyet; haşlanmış sebze ve makarna gibi kolayca çiğnenen yiyecekleri içermektedir.
- Pütürlü yumuşak diyet; Biraz daha fazla çiğneme gerektiren pütür içeren yiyeceklerdir.
- Normal diyet; tüm yiyecekleri içerir.
- İçecekler: kıvamsız, nektar kıvamı, bal kıvamı ve puding kıvamı olarak değişmektedir.

Beslenme sırasında aspirasyon riskini azaltmak için; hasta dik oturtulmalı, dikkat dağıtan uyaranlar en aza indirilmeli ve kendi kendine beslenemeyen hastalara yardım edilmelidir. Oral beslenmeden önce ve sonra ağız bakımı mutlaka yapılmalıdır. Böylece aspirasyon pnömonisi riski azaltılmış olmaktadır. Hasta sadece likit/su içerken disfaji yaşıyorsa, suya "kıvam arttırıcılar" ilave edilerek içirilmesi önerilmelidir.

Disfaji komplikasyonlarını önlemek için hemşirelik girişimleri;

- Hasta dik oturtulmalı ve etkilenen taraf desteklenmeli,
- Erken dönemde pipet kullanmaktan kaçınılmalı,
- Kıvamların birbirine karıştırılmamalı (yiyecekler içecekler ile birlikte verilmemeli)
- Bir lokma bitmeden diğerinin verilmemesi
- Dikkati dağıtmayacak bir ortam sağlanmalı (konuşma ve gülme aspirasyon riskini artırır)
- Yemek zamanları kaçırılmamalı (çok acıkan hasta hızlı yemek isteyebilir)
- Fizyoterapistlerin önerdiği, yutma manevralarını doğru yapması için hasta teşvik edilmeli,
- Hasta kendi kendine beslenmeye teşvik edilmeli ve cesaretlendirilmeli,
- Diyet ve kıvam konusunda belirlenmiş beslenme stratejilerine uyum sağlaması için hasta desteklenmeli,
- Hastanın durumuna uygun bardak, tabak ve kaşık kullanması sağlanmalıdır.

Yatak başı yutma testi normal olan hastalarda; yüksek ateş, taşikardi, solunum değişiklikleri (solunum hızında artma, hava açlığı vb), lökosit artışı ve Akciğer filmdeki anormallikler "sessiz disfaji"ye bağlı aspirasyon pnömonisi gelişebildiğinin göstergeleridir. İnmeli hastalar düzenli aralıklarla kilo takibi yapılarak malnütrisyon açısından sürekli izlenmeli ve oral alım yeterli değilse beslenme destek ürünleri ilave edilmelidir.

İnmeli hastalarda beslenme

Disfaji saptanmayan hastalarda oral alıma izin verilmeli ancak hasta dikkatle gözlenmelidir. Güvenli yutma teknikleri uygulanmalıdır. Bunlar;

- Yemek zamanları atlamamalı,
- Dikkati dağıtmayacak bir ortam olmalı,
- Hastaya acele ettirilmemeli,
- Kendi kendine beslenmeye cesaretlendirilmelidir (4).

Beslenme sırasında

- 90° oturma pozisyonu (yatak ve tekerlekli sandalyede pelvis, gövde, baş ve çenenin stabilitesini sağlama) verilmeli,
- Boyun, gövde ve karnı sıkan dar giysiler giydirilmemeli,
- Hasta ile aynı seviyede oturulmalı,
- Kaşık ya da çatal ağız seviyesinden yukarıda tutulmamalı,
- Beslenme öncesi hasta kullanıyor ise gözlük, işitme cihazı, takma dişi takılmalı,
- Baş fleksiyonu çok önemlidir. Bunun için bardağın burun kısmı kesilerek fleksiyon sağlanabilir.
- Uygun kıvamda beslenmeli,
- Gerekliyse sıvılar koyulaştırılmalı,
- Sıvı uygun şekilde (kaşık, bardak) verilmeli,
- Erken dönemde pipet kullanmaktan kaçınılmalı,
- Küçük lokmalar halinde yeme (apraksi varsa büyük) sağlanmalı,
- Bir lokma bitmeden diğeri verilmemeli,
- Kıvamlar birbirine karıştırılmamalı,
- Ağız içini temizlemek için yemek sonrası sıvı verilmeli,
- Ağız bakımı sağlanmalıdır (4,12).

NG ile besleme

Oral yolla katı gıda ve sıvıları alamayan inmeli hastalara, özellikle ilk 2-3 hafta yutma bozukluğu iyileşinceye kadar sıvı ve beslenmenin sürdürülmesi için NG, nazoduedonal veya PEG takılmalıdır ***(Klas I; Kanıt düzeyi B)*** (11,17), Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) tüpü; NG tüpü tolere edemeyen veya uzun süre NG tüp kullanılması gereken ciddi disfajili hastalar için değerlendirilebilir (4). PEG daha iyi beslenme sağlayabilir, hastalar ve hemşireler tarafından da tercih edilebilir. Ancak invaziv bir işlemdir peritonik veya tüpün yerinden çıkarılması gibi komplikasyonlara neden olmaktadır. Aspirasyon pnömonisi riski NG veya PEG kullanımı ile önlenememektedir. NG veya PEG ile beslemede osmotik diyare meydana gelebileceği akılda tutulmalıdır (4,18).

NG ile beslemede;

- Beslemeden önce NGTüpün yerinde olunduğundan emin olunmalı,
- GİS'in çalıştığından emin olmak için barsak sesleri dinlenmeli,
- Hastanın başı > 30° yükseltilmeli ve sağ yan pozisyon verilmeli,
- Rezidü kontrolü yapılmalı,

Sürekli beslemede; >50-100ml /4 st. bir kontrol ve hızın azaltılması,

Aralıklı beslemede; önceki besleme saatinde verilenin yarısından fazlası geri geliyorsa beslemenin 1 st. ertelenmesi ve tekrar kontrolü gerekir.

- Besledikten sonra hastanın başı 30-45o yükseklikte /45 dk bekletilmelidir.

Kaynaklar

1.Summers D, Leonard A, Wentworth D, Saver JL, Simpson J, Spilker JA, et al. Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Care of the Acute Ischemic Stroke Patient A Scientific Statement From the American Heart Association, Stroke. 2009;40:2911-2944

2.Giray S. Akut inmenin değerlendirilmesi, Karataş M. editör, Nörolojide Acil ve Yoğun Bakım. 1. baskı, Nobel Kitabevi yayın dağıtım ve Pazarlama Ltd.Şti. Adana, 2010; p.85-117.

3.Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics—2015 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2015;131:e29-e322. doi: 10.1161/CIR.0000000000000152

4.Jauch EC, Saver JL, Adams HP, Bruno A, Connors JJ. Demaerschalk BM, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association . Stroke. 2013;44: 1-88.

5.Miller, EL., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, RD., Bakas, T., Clark, P., Billinger, SA. (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient A Scientific Statement From the American Heart Association. Stroke, 41:2402-2448.

6.Teasell, R., Foley, N., Richardson, M., Allen, L., Speechley, M.(2013). Outpatient Stroke Rehabilitation (Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation). 1-4. http://www.ebrsr.com/evidence-review/7-outpatient-stroke-rehabilitation (Erişim tarihi 19.05.2015).

7.SIGN118 (June 2010): Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning A national clinical guideline, Scottish Intercollegiate Guidelines Network,1-108.

8.Middleton S, Grimley R, Alexandrov A.W. Triage, Treatment, and Transfer Evidence-Based Clinical Practice Recommendations and Models of Nursing Care for the First 72 Hours of Admission to Hospital for Acute Stroke, Stroke. 2015;46:e18-e25. DOI: 10.1161/STROKEAHA.114.006139.

9.Eyigör, S., Kirazlı, Y., (2005). İnme Rehabilitasyonu. Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 3(1),s:30-38.

10. Bilgili, N., Gözüm, S., (2014). İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin Rehber. DEUHYO ED,7 (2), 128-150.

11. Woodward, S., Mestecky. A., (2014). Nörolojik Bilimler Hemşireliği (Topçuoğlu MA,Durna Z, Karadakovan A.) İstanbul: Nobel Matbaacılık

12. Casaubon LK, Suddes M. Acute Inpatient Stroke Care. (İn) Canadian Best Practice Recommendations For
Stroke Care. Lindsay Mp, Gubitz G, Bayley M, Phillips S (Editors), Update 2012 - 2013, Fourth Edition.

13. Langhorne P. Organized Inpatient (Stroke Unit) Care for Stroke, Stroke. 2014;45:e14-e15

14. Silver B, Wulf Silver R. Stroke: Subacute/İnpatient Management of Acute İschemic Stroke. FP Essent. 2014;420:23-7.

15. Middleton S, McElduff P, Ward J, Grimshaw JM, Dale S, D'Este C. et al. Implementation Of Evidence-Based Treatment Protocols To Manage Fever, Hyperglycaemia, And Swallowing Dysfunction İn Acute Stroke (QASC): A Cluster Randomised Controlled Trial. Lancet. 2011; 378 (9804): 1699 – 1706 .

16. Torbey MT, Bo¨sel J, Rhoney DH, Rincon F, Staykov D, Amar AP, et al. Evidence-Based Guidelines for the Management of Large Hemispheric Infarction A Statement for Health Care Professionals from the Neurocritical Care Society and the German Society for Neuro-Intensive Care and Emergency Medicine, Neurocrit Care, 2015; 22:146–164

17. Middleton S, Grimley R, Alexandrov A.W. Triage, Treatment, and Transfer Evidence-Based Clinical Practice Recommendations and Models of Nursing Care for the First 72 Hours of Admission to Hospital for Acute Stroke, Stroke. 2015;46:e18-e25. DOI: 10.1161/STROKEAHA.114.006139.

18. Dundas J, Chappell K, (Çev.) Memiş S. Konuşma ve Yutma Bozukluğunun Değerlendirilmesi, Yorumlanması ve Bakımı, Topcuoğlu MA, Durna Z, Karadakovan A. Çev.Editörleri, Nörolojik Bilimler Hemşireliği: Kanıta Dayalı Uygulamalar, Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti. 1. baskı, İstanbul, 2014, p. 176-192.

STRES, ANKSİYETE VE DEPRESYON YÖNETİMİNDE TAMAMLAYICI VE DESTEKLEYİCİ UYGULAMALAR

Arş. Gör. Derya TÜLÜCE
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara

Kronik hastalıklar Dünya'da önemli ölüm nedenleri arasındadır. Dünya Sağlık Örgütü 2012 verilerine göre 56 milyon ölümün 38 milyonu kronik hastalıklar nedeni ile meydana gelmekte ve bu ölümlerin %22'sine (8.2 milyon) kanser neden olmaktadır (1)

Kanser hastaları tanı aşamasından itibaren cerrahi tedavi, radyoterapi, kemoterapi veya kombine tedavi almaktadır. Hastalar hem hastalığın tanısı hem de bu yoğun tedavilerin yan etkisi olarak yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, uykusuzluk, anksiyete ve depresyon gibi ciddi semptomlar yaşamaktadırlar (2). Bu semptomlardan anksiyete ve depresyon kanser hastalarında sık görülmekte ve hastalığın psikolojik faktörleri ya da medikal tedaviler nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Kanser hastalarının %30-40'ında psikolojik hastalıklar, %80'inde hastalığın erken evresinde stres ve anksiyete görülmektedir (3).

Kanser hastaları yaşadıkları semptomları azaltmak için medikal tedavinin yanı sıra tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalara başvurmaktadırlar. Ülkemizin de içinde olduğu 14 Avrupa ülkesinde yürütülen bir çalışmada; kanserli hastalarda tamamlayıcı ve destekleyici uygulamayı tercih edenlerin oranı %36 (%15-73)'dır (4). Yapılan bir çalışmada 245 kanser hastanın yarısında fazlasının (%68.6) tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullandığı ve hastaların %12'sinin anksiyete ve depresyon semptomları yaşadığı belirtilmektedir (5). Kanser hastalarında stres, anksiyete ve depresyon semptomları azaltmaya yönelik en sık kullanılan tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar; zihin ve beden temelli tedaviler (meditasyon, yoga, gevşeme teknikleri, hipnoz, müzik ve sanatla terapi), manüplatif ve beden temelli uygulamalar (masaj, aromaterapi, refleksoloji, egzersiz), enerji temelli tedaviler (terapötik dokunma, reiki, biyoenerji, biyofeedback), biyolojik temelli tedaviler (fitoterapi, bitkisel tedaviler, homeopati) ve eski tıp sistemleri (akupunktur, akupres, ayurveda)'dir.

Stres ve stres'te tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar

Kanser tanısı, hastalar için stres verici bir durumdur. Hastalık ve stres arasında iki taraflı bir ilişki vardır. Hem fiziksel hem de psikolojik bileşenler kişide stres düzeyini yükseltmektedir. Stres düzeyi arttıkça hastalarda stres, kızgınlık ve depresyon görülmektedir (6). Kanser hastalarında stres düzeyini azaltmak amacıyla masaj, müzik terapi, meditasyon, farkındalık tabanlı stres azaltma ve gevşeme egzersizleri önerilmektedir (7).

İntegratif Onkoloji Topluluğu 2014 yılında yayınladığı kılavuzda meme kanserli hastalarda stresi azaltmak, duygudurum bozukluklarını iyileştirmek amacıyla destekleyici uygulamaları önermektedir (Grade A). Uygulamada dikkat edilecek noktalar: Meditasyon sağlıklı insanlar için güvenli olduğu düşünülür, ancak fiziksel kısıtlılığı olan kişiler katılmayabilirler. Nadir olarak belirtilse de, meditasyon; anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi psikiyatrik durumu olan insanlarda semptomlara neden olabilir ya da daha da kötüleştirebilir (7).

Kutner ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ilerlemiş kanseri olan palyatif bakım hastasına iki hafta boyunca masaj ya da basit dokunma terapisi uygulanmış ve çalışma sonucunda uygulamaların hastaların stres düzeylerini azalttığı görülmüştür (8). Kang ve arkadaşlarının çalışmasında dua, meditasyon ve müzik terapinin hastaların stres, duygudurum ve yaşam kaliteleri üzerine etkili olduğu bulunmuştur (6). Randomize kontrollü bir çalışmada farkındalık tabanlı stres azaltma yönteminin stresi azalttığı belirtilmiştir (9).

Anksiyete ve anksiyete'de tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar

Anksiyete kanser hastalarında sık görülen bir semptomdur. Hastalar ölüm korkusu, ağrı, görünümlerinin değişmesi, yeteneklerinde azalma, ilişkilerinde bozulma gibi durumlar yaşamaktadırlar (10). Aynı zamanda hastane ortamında bulunmak, tedaviye bağlı komplikasyonlar, hastanın iyileşme umudunu kaybetmesi de anksiyete ve depresyonun (psikolojik distres) ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Önceki psikolojik tedavi, genç yaş, kanser olmadan önceki stres düzeyi hastalık süresince anksiyete düzeyini etkilemektedir (11,12).

Anksiyete düzeyini azaltmak amacıyla masaj-aromaterapi terapi, farkındalık tabanlı stres azaltma, gevşeme egzersizleri, müzik terapi, reiki ve yoga tercih edilen uygulamalardır. Masaj terapi kanser hastalarında tek başına uygulanabildiği gibi, farklı bitki türlerinin yağları kullanılarak aromaterapötik masajlarda sıklıkla uygulanmaktadır. Aromaterapötik masajlarda en sık kullanılan yağlar; Lavanta, biberiye, okaliptüs, papatya, mercanköşk, yasemin, nane, limon, ylang ylang ve sardunyadır (13).

İntegratif Onkoloji Topluluğu'nun 2009 ve 2014 yıllarında yayınladığı klinik uygulama kılavuzunda anksiyete ve ağrı için masaj terapi önerilmektedir (Grade A). Masaj yaparken dikkat edilmesi gereken özel durumlar; olası yan etkilerden kaçınmak, tümör bölgesine ya da radyoterapi uygulanan hassas deri alanına fazla basınç uygulamamaktır. Aynı zamanda uygulama yapmadan önce sağlık personelinden onay alınmalıdır. Gevşeme egzersizleri tedavi boyunca anksiyeteyi kısa dönem rahatlattığı düşünülmektedir (Grade C). Müzik terapi; radyoterapi ve kemoterapi boyunca anksiyeteyi kısa süre azaltmakta ve yeni tanılı hastalarda genel duygu durum ve depresyon semptomlarını da etkilemektedir (Grade B) (7).

Kanser hastalarına 30-45 dakika arasında dinletilen müziğin anksiyete semptomları azalttığı saptanmıştır (14). Taş ve arkadaşlarının çalışmasında kemoterapi tedavisi olan kanser hastalarına uygulanan akupunktur (15), Lin ve arkadaşlarının çalışmasında yoga (16), Demir ve arkadaşlarının çalışmasında reiki hastaların anksiyete düzeylerini azaltmıştır (17)

Depresyon ve depresyon'da tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar

Anksiyete ile birlikte sık görülen bir semptomdur. İleri evre kanser hastalarında depresyon prevelansı %3-69 olarak bildirilmektedir (18). Kanser hastalarında psikolojik problemlerin sıklığını ve tipini belirlemek için 215 hasta ile yapılan randomize kontrollü çalışmada; depresyon sıklığı yüksek olan kanser türleri orafarengial (22%–57%), pankreas (33%–50%), meme (1.5%–46%) ve akciğer kanseri (11%–44%)'dir. Depresyon sıklığı düşük olarak belirlenen kanser türleri ise kolon (13%–25%), jinekolojik (12%–23%) ve lenfoma (8%–19%)'dır (19). Hastalığın ilerlemesi ile birlikte stres ve anksiyete ile birlikte görülür. Masaj-aromaterapi terapi, gevşeme egzersizleri, müzik terapi ve yoganın depresyonu azalttığı bilinmektedir. Gevşeme egzersizleri yorgunlukta, kemoterapi ve radyoterapi boyunca duygu durum ve depresyon semptomları üzerine etkilidir (Grade A) (7). Farkındalık tabanlı stres azaltma yönteminin anksiyete, depresyon ve stres üzerine etkili olduğu yapılan çalışmalar ile desteklenmektedir (20,21).

Yapılan bir çalışmada kanserle ilişkili semptomları azaltmaya yönelik hastalara günde iki defa ve üç gün arka arkaya 15 dakika karın masajı uygulanmış ve hastalarda depresyon, anksiyete, duygudurum üzerine etkili olduğu belirtilmiştir (22). Yapılan bir review çalışmasında 17 makale incelenmiş ve aromaterapinin anksiyete ve depresyonu azalttığı ve duygu durumu geliştirdiği görülmüştür (13). Yapılan başka bir çalışmada tatlı badem yağı içerisine bergamot, lavanta ve frankincense (akgünlük otu) yağı katılarak yedi gün boyunca beş dakika masaj yapılmış ve çalışma sonucunda hastaların depresyon düzeyi azalmıştır (23). Mahedran ve arkadaşlarının çalışmasında yeni tanı almış hastalar ile ilk iki ay ayda bir, sonraki dört ayda iki ayda bir 30 dakikalık yüz yüze görüşme ile gevşeme egzersizleri yapılmış ve altı ay sonra hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinde ciddi azalma görülmüştür (24). Postoperatif meme kanserli hastalarla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada hastalara sabah saat 6-8 arası öğleden sonra saat 9-11 arası müzik terapi ile gevşeme egzersizleri yaptırılmış ve hastaların anksiyete ve depresyon semptomlarını azalttığı belirtilmiştir (25). Akciğer kanserli hastalar ve aileleri yapılan randomize kontrollü çalışmada farkındalık tabanlı stres azaltma yönteminin anksiyete ve depresyon üzerine etkili olduğu bulunmuştur (26).

Stres, anksiyete ve depresyonu azaltmak amacıyla akupresur ve akupunktur uygulamaları da yapılmaktadır (27,28). Klafke ve arkadaşlarının randomize kontrollü çalışmasında 590 hastada aromoterapi, masaj, akupunktur gibi tamamlayıcı ve destekleyici uygulamaların hastaların yaşam kalitesine ve bulantı, yorgunluk, ağrı, anksiyete, depresyon, sosyal destek, öz etkililik, spirituel iyi hissetme, hasta memnuniyeti gibi semptom ve duygular üzerine etkileri araştırılmıştır. Bu uygulamalar kemoterapiye başlamadan bir iki hafta önce, kemoterapiye başlandığı zaman, kemoterapinin ilk yarısından sonra (12 hafta sonra), kemoterapi bittikten sonra (24 hafta sonra) ve kemoterapi tamamlandıktan 6 ay sonra (48 hafta sonra) izlem yapılmış ve tüm izlemlerde hastaların anksiyete ve depresyon semptomlarını yaşadığı ve uygulamalar sonucunda semptomlarda azalma görülmüştür (29).

Sonuç olarak, stres, anksiyete ve depresyon kanser hastalarının tedavi yan etkileri nedeniyle çoğunlukla deneyimlediği semptomlardır. Semptomların şiddetini azaltmak amacıyla kanser hastaları medikal tedavi dışında tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalara başvurmaktadır. Hemşireler, hastalarla etkili iletişim kurarak tamamlayıcı ve destekleyici uygulamaları neden tercih ettiğini belirlemeli, hastaları doğru yönlendirmeli ve olumsuz sonuçları engellemelidir.

Kaynaklar

1. http://who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer/en/ Erişim Tarihi:28/06/2015
2. Gonella S, Garrino L, Dimonte V.Biofield Therapies and Cancer-Related Symptoms: A Review. Clin J Oncol Nurs 2014 Oct;18(5):568-76. doi: 10.1188/14.CJON.568-576
3. Kashani F, Kashani P, Moghimian M, Shakour M. Effect of stress inoculation training on the levels of stress, anxiety, and depression in cancer patients. Iran J Nurs Midwifery Res. 2015 May-Jun;20(3):359-64
4. Yarar F, Yarış F, Dikici MF. Birinci Basamakta Kanser Hastaları ile Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Konuşabiliyor muyuz?. Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(4)
5. Gan GG, Leong YC, Bee PC, Chin E, Teh AKH. Complementary and alternative medicine use in patients with hematological cancers in Malaysia Support Care Cancer. 2015 Aug;23(8):2399-406. doi: 10.1007/s00520-015-2614-z
6. Kang DH, McArdle T, Suh Y Changes in complementary and alternative medicine use across cancer treatment and relationship to stress, mood, and quality of life. J Altern Complement Med. 2014 Nov;20(11):853-9. doi: 10.1089/acm.2014.0216. Epub 2014 Oct 24.
7. https://nccih.nih.gov/health/providers/digest/cancer-science Erişim Tarihi: 25/06/2015
8. Kutner J, Smith M, Corbin L, et al. Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized trial. Annals of Internal Medicine. 2008; 149(6):369–379.
9. Bower JE, Crosswell AD, Stanton AL, Crespi CM, Winston D, Arevalo J, Ma J, Cole SW, Ganz PA. Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: a randomized controlled trial. Cancer. 2015 Apr 15;121(8):1231-40. doi: 10.1002/cncr.29194.
10. Deng G, Cassileth BR. Integrative Oncology: Complementary Therapies for Pain, Anxiety, and Mood Disturbance CA Cancer J Clin 2005;55:109–116.
11. Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğullar S, Doğan S. Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. Klinik Psikiyatri 2009;12:90-98
12. Gold M, Dunn LB, Phoenix B, Paul SM, Hamolsky D, Levine JD, Miaskowski C. Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. Eur J Oncol Nurs. 2015 Jul 15. pii: S1462-3889(15)30003-X. doi: 10.1016/j.ejon.2015.06.003.
13. Boehm K, Büssing A, Ostermann T. Aromatherapy as an adjuvant treatment in cancer care--a descriptive systematic review. Afr J Tradit Complement Altern Med. 2012 Jul 1;9(4):503-18.
14. Bradt J, Potvin N, Kesslick A, Shim M, Radl D, Schriver E, Gracely EJ, Komarnicky-Kocher LT. The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study. Support Care Cancer. 2015 May;23(5):1261-71. doi: 10.1007/s00520-014-2478-7.
15. Tas D, Uncu D, Şendur MA, Koca N, Zengin N. Acupuncture as a complementary treatment for cancer patients receiving chemotherapy. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(7):3139-44.

16. Lin KY, Hu YT, Chang KJ, Lin HF, Tsauo JY. Effects of yoga on psychological health, quality of life, and physical health of patients with cancer: a meta-analysis. Evid Based Complement Alternat Med. 2011;2011:659876. doi: 10.1155/2011/659876
17. Demir M, Can G, Kelam A, Aydiner A. Effects of Distant Reiki On Pain, Anxiety and Fatigue in Oncology Patients in Turkey: A Pilot Study. Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(12):4859-62.
18. Bužgová R, Jarošová D, Hajnová E. Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care. Eur J Oncol Nurs. 2015 May 22. pii: S1462-3889(15)00072-1. doi: 10.1016/j.ejon.2015.04.006.
19. Massie MJ. Prevalence of Depression in Patients With Cancer. J Natl Cancer Inst Monogr 2004;32:57–71
20. Huang HP, He M, Wang HY, Zhou M. A meta-analysis of the benefits of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on psychological function among breast cancer (BC) survivors. Breast Cancer. 2015 Mar 28.
21. Garland SN, Stainken C, Ahluwalia K, Vapiwala N, Mao JJ. Cancer-related search for meaning increases willingness to participate in mindfulness-based stress reduction. Integr Cancer Ther. 2015 May;14(3):231-9. doi: 10.1177/1534735415580682.
22. Hendrix CC, Bailey DE Jr, Steinhauser KE, Olsen MK, Stechuchak KM, Lowman SG, Schwartz AJ, Riedel RF, Keefe FJ, Porter LS, Tulsky JA. Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregiver's self-efficacy, preparedness, and psychological well-being. Support Care Cancer. 2015 Jun 12.
23. Chang SY. Effects of aroma hand massage on pain, state anxiety and depression in hospice patients with terminal cancer. Taehan Kanho Hakhoe Chi. 2008 Aug;38(4):493-502.
24. Mahendran R, Lim HA, Tan JY, Chua J, Lim SE, Ang EN, Kua EH. Efficacy of a brief nurse-led pilot psychosocial intervention for newly diagnosed Asian cancer patients. Support Care Cancer 2015 Aug;23(8):2203-6. doi: 10.1007/s00520-015-2771-0.
25. Zhou K, Li X, Li J, Liu M, Dang S, Wang D, Xin X. A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: results on depression, anxiety and length of hospital stay. Eur J Oncol Nurs. 2015 Feb;19(1):54-9. doi: 10.1016/j.ejon.2014.07.010..
26. Schellekens MP, van den Hurk DG, Prins JB, Molema J, Donders AR, Woertman WH, van der Drift MA, Speckens AE. Study protocol of a randomized controlled trial comparing Mindfulness-Based Stress Reduction with treatment as usual in reducing psychological distress in patients with lung cancer and their partners: the MILON study. BMC Cancer. 2014 Jan 3;14:3. doi: 10.1186/1471-2407-14-3.
27. Genç F, Tan M. The effect of acupressure application on chemotherapy-induced nausea, vomiting, and anxiety in patients with breast cancer. Palliat Support Care. 2015 Apr;13(2):275-84. doi: 10.1017/S1478951514000248.
28. Toms R. Reiki therapy: a nursing intervention for critical care. Crit Care Nurs Q. 2011 Jul-Sep;34(3):213-7. doi: 10.1097/CNQ.0b013e31821c684d.
29. Klafke N, Mahler C, von Hagens C, Rochon J, Schneeweiss A, Müller A et al. A complex nursing intervention of complementary and alternative medicine (CAM) to increase quality of life in patients with breast and gynecologic cancer undergoing chemotherapy: study protocol for a partially randomized patient preference trial Trials. 2015 Feb 15;16(1):51. doi: 10.1186/s13063-014-0538-4.

HS-001

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYİN BAKIMVERENLERİNE UYGULANAN DESTEK GRUP GİRİŞİMİNİN HASTA VE BAKIMVEREN SONUÇLARINA ETKİSİ

Canan Demir Barutcu[1], Hatice Mert[2]

[1]Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Giriş: Kalp yetersizliği; temel gereksinimlerin karşılanamaması, beden imgesinin değişmesi, günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği, kronik yorgunluk gibi durumlar nedeniyle düşük yaşam kalitesine ve sık hastane yatışlarına neden olan bir hastalıktır. Hastalığın evreleri ilerledikçe hastalar gereksinimlerini karşılamak için bir başkasının yardımına ihtiyaç duyar hale gelmektedir ve hastaların bakımının çoğunluğu aile üyeleri tarafından karşılanmaktadır. Bu bakım süreci hastalar kadar bakım veren ailelerini de fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve manevi olarak etkilemektedir ancak bu olumsuz etki göz ardı edilmektedir.

Amaç: Kalp yetersizliği olan bireyin bakım verenlerine uygulanan destek grup girişiminin bakım verenlerin *bakım veren yükü ve depresyon belirtileri* ile bakım verdiği kalp yetersizliği hastalarının *yaşam kalitesi ve hastaneye tekrar yatma durumu* üzerine etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma yarı deneysel olarak etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra bir üniversite hastanesi kardiyoloji polikliniğinde Mart 2013-Ocak 2015 tarihleri arasında kontrol (n:35) ve girişim grubu (n:34) olmak üzere 69 bakım veren ile yapılmıştır. Girişim grubu Neuman Sistemler Modeli'ne göre yapılandırılmış destek grup toplantılarına katılmış olup veriler girişim ve kontrol grubundan girişim öncesi, 3. ay ve 6. ayda toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak bakım verene yönelik; Sosyo-demografik Özellikler Formu, Bakım Veren Yükü Envanteri (Hollanda Objektif Yük Envanteri- Envanterin objektif bölümü bakım verenlerin hastalarına ne kadar destek verdiklerini, subjektif bölümü ise bu desteği verirken ne kadar yük algıladıklarını ölçmektedir), Beck Depresyon Ölçeği, hastaya yönelik; Sosyo-demografik Özellikler Formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği (LVD-36) kullanılmıştır. Veriler $\chi 2$ analizi, t testi, tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılarak grup, grup-zaman ve zaman faktörü açısından analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmanın başlangıcında grupların sosyo-demografik özelliklerinin ve ölçek puan ortalamalarının homojen olduğu saptanmıştır. Girişim grubu bakım verenlerin objektif kişisel bakım boyutu dışındaki alt boyutlarda yük puanı kontrol grubuna göre grup*zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin depresyon belirtileri puanı benzer bulunmasına rağmen girişim grubundaki bakım verenlerin depresyon belirtileri puanı izlem süresince anlamlı bir azalma göstermiştir. Bakım verenlerin baktığı kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitesi ve tekrarlı yatma durumu girişim ve kontrol grubunda benzer bulunmasına rağmen girişim grubundaki hastaların yaşam kalitesi üçüncü ayda anlamlı bir artış göstermiştir ve girişim grubundaki bakım verenlerin bakım verdiği hastaların daha az sayıda hastane yatışları olduğu bulunmuştur.

Tartışma ve Sonuç: Kalp yetersizliği hastasına bakım verenlere yönelik destek grup çalışmalarının yaygınlaştırılması ve destek grup girişimlerinin daha uzun sürede etkili olabilmesi için uzun süreli yürütülmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: Bakım Veren, Destek Grup, Kalp Yetersizliği, Neuman Sistemler Modeli

Tablo 1. Hollanda objektif yük envanteri objektif alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması ve ileri analizleri

	Pretest M ± SD	Post test 1 M ± SD	Post test 2 M ± SD	Grup *zaman
Kişisel bakım				F P
Girişim grubu	1.87±0.63	1.64±0.38	1.74±0.44	
Kontrol grubu	1.93±0.73	1.90±0.72	1.95±0.74	
t p	0.366 0.715	-1.882 0.065	1.407 0.165	1.731 0.181
Uygulanabilir destek				
Girişim grubu	1.89±0.46	1.82±0.40	1.86±0.43	
Kontrol grubu	2.20±0.37	2.16±0.16	2.22±0.22	
t p	-1.141 0.259	3.631 0.001*	3.129 0.003*	9.441 0.000*
Motivasyonel destek				
Girişim grubu 2.46±0.56 2.03±0.36 2.05±0.36 24.871 0.000*	2.46±0.56	2.03±0.36	2.05±0.36	
Kontrol grubu	2.62±0.29	2.70±0.17	2.68±0.18	
t p	1.496 0.141	9.641 0.000*	8.942 0.000*	24.871 0.000*
Emosyonel destek				
Girişim grubu	2.70±0.46	2.15±0.36	2.23±0.34	
Kontrol grubu	2.82±0.60	2.77±0.15	2.80±0.07	
t p	0.943 0.349	9.222 0.000*	9.469 0.000*	10.731 0.000*

*p < 0.05

Tablo 2. Hollanda objektif yük envanteri subjektif alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması ve ileri analizleri

	Pretest M ± SD	Post test 1 M ± SD	Post test 2 M ± SD	Grup *zaman
Kişisel bakım				F P
Girişim grubu	1.81±0.62	1.61±0.36	1.65±0.38	
Kontrol grubu	1.84±0.72	1.85±0.70	1.86±0.70	
t p	0.193 0.848	1.747 0.087	1.549 0.127	10.351 0.000*
Uygulanabilir destek				
Girişim grubu	2.34±0.63	1.91±0.36	1.98±0.40	
Kontrol grubu	2.09±0.58	2.08±0.53	2.13±0.53	
t p	1.595 0.115	2.300 0.025*	2.310 0.024*	0.042 0.959
Motivasyonel destek				
Girişim grubu	2.12±0.52	1.87±0.29	1.90±0.31	
Kontrol grubu	2.22±0.48	2.23±0.48	2.24±0.47	
t p	0.793 0.431	3.722 0.000*	3.569 0.001*	3.506 0.033*
Emosyonel destek				
Girişim grubu	2.62±0.58	2.10±0.45	2.17±0.45	
Kontrol grubu	2.73±0.48	2.67±0.47	2.70±0.50	
t p	0.855 0.396	5.089 0.000*	4.632 0.000*	19.070 0.000*

*p < 0.05

Tablo 3. Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması ve ileri analizleri

	Pretest M ± SD	Post test 1 M ± SD	Post test 2 M ± SD	Grup *zaman
Beck Depresyon Ölçeği				F P
Girişim grubu	15.58±10.24	12.79±6.26	13.67±6.40	
Kontrol grubu	13.02±8.12	12.51±7.50	12.62±7.64	
t p	-1.152 0.253	-0.168 0.867	-0.616 0.540	6.208 0.003*

*p < 0.05

HS-002

AMPUL FORMU İLAÇLARDAKİ TEHLİKE; HASTALARA CAM KIYMIK MI ENJEKTE EDİYORUZ?

Arzu Erkoç[1], Yasin Bayır[2]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Rize
[2]Atatürk Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Tek dozluk kullanımlara yönelik ilaç ampulü, cam kalınlığı daha ince yapıda olan boyun kısmından uygun biçimde kırılarak açılır ve ilaç enjektöre çekilerek hastaya genellikle parenteral veya diğer yollarla uygulanır. İlaç ampullerinin birçoğunda ampulün baş kısmında yer alan ve açılma yönlerini gösteren nokta ya da çizgisel işaretin bu yönlendirmesi ile ampul boynunda camın düzgün kırılması beklenir. Ancak bu kırma işlemi yapılırken cam hattının parçalı kırıldığına da rastlanılmaktadır. Aynı zamanda ampul boynun kırılması esnasında mikro düzeyde cam partiküllerin ilaç içine dökülerek kontaminasyon oluşturması da olasıdır. İlaç ampullerinden enjeksiyon yapılması ilaçla birlikte cam partiküllerin de verilmesi neticesinde hastanın sağlığı için önemli bir tehdit oluşturabilir.

Amaç: Bu çalışma; açılan ilaç ampulü içine mikro boyutta cam parçacıkların ilaçla birlikte enjektöre çekilebilme durumunun belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tek dozluk, kahve rengi camlı, açılma yönü nokta işaretli ve rasgele seçilmiş bir firmanın ilaç ampulü kullanılarak gerçekleştirilen pilot bir çalışma çalışmadır. İki farklı ilaç ampulü açılarak içerikleri ayrı enjektörlere 22 gauge iğne ucu ile çekildi. Birinci enjektörün ajutajına 0.20μm disk filtre birimi yerleştirilerek steril hücre kültürü pleytinin üç kuyucuğuna her birine yaklaşık 2 cm yükseklikten saniyede 1 damla düşecek yavaşlıkta toplam 5 damla ilaç aktarıldı. İkinci enjektöre çekilen ampul içeriği ise iğne çıkarılmadan pleytin diğer üç kuyucuğuna aynı yöntemle aktarıldı. Preparatlar mikroskopi uzmanı iki kişi tarafından mikroskop altında incelenerek resimlendi.

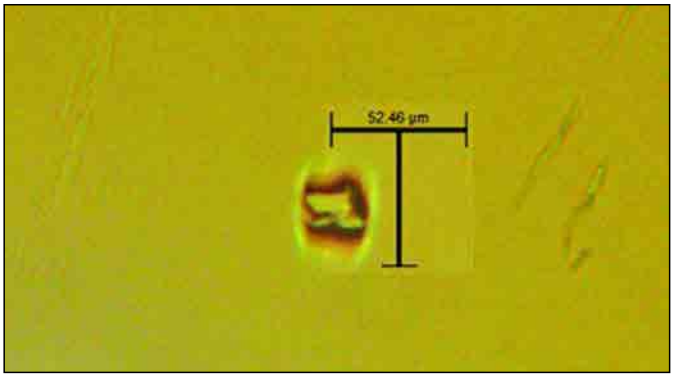
Bulgular: İki adet ilaç ampulünü klinik uygulama prosedürüne uygun olarak açılan iki adet ilaç ampulü boyun kısmından düzgün biçimde kırılarak açıldı ve gözle görülür bir partikül oluşmadı. Her iki ampulün de dibinde herhangi bir cam partikülü birikimi gözlemlenmedi. İnvert mikroskop altında yapılan alan taramasında enjektör ucuna disk filtre yerleştirilerek steril hücre kültürü pleytine aktarılan 3 alanın birinde çeşitli boylarda, kıymık şeklinde 6 adet cam parçası tespit edildi (Resim 1). Enjektörün iğne ucu çıkarıldıktan sonra disk filtre yerleştirilmeden steril hücre kültürü pleyt alanlarına aktarılan ilaç incelendiğinde her 3 kuyucukta da farklı şekil ve büyüklüklerde bir çok cam partikül tespit edildi (Resim 2).

Sonuç: 22 gauge iğne ucu kullanarak çekilen ampul formu ilaçlarda mikroskobik boyutta cam parçalarının ve cam kıymıklarının mevcut olabildiği ve bu camların parenteral yolla hastalara aktarılabileceği riski kanıtlanmıştır. Literatür taramamızda kıymık şeklinde cam parçaların varlığını gösteren herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu sonuçlar araştırmanın ön çalışma bilgilerinden oluşmuştur, araştırma süreci halen devam etmektedir.

Anahtar Kelimler: Ampul, cam, ilaç, kıymık, partikül



Şekil 1.



Şekil 2.

HS-003

İNHALER LAVANTA HEMODİYALİZ HASTALARINDA DAMARA ULAŞIM SIRASINDA OLUŞAN AĞRIYI ETKİLER Mİ?

Emel Taşan, Özlem Ovayolu, Nimet Ovayolu

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Amaç: Çalışma inhaler lavantanın hemodiyaliz hastalarında damara ulaşım sırasında oluşan ağrıya etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma Mart-Nisan 2015 tarihleri arasında Gaziantep ilinde bulunan bir Kamu hastanesinin diyaliz ünitesinde tedavi alan hastalar ile randomize, kontrollü ve deneysel olarak yapıldı. Araştırma öncesi Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan, çalışmanın yapılacağı kurumdan yazılı, hastalardan sözlü-yazılı izin alındı. Araştırmanın evrenini belirtilen tarihlerde üniteye başvuran tüm hastalar, örneklemini ise iletişim problemi olmayan, 18 yaş ve üzeri olan, düzenli olarak hemodiyalize gelen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar oluşturdu. Solunum sistemi hastalığı, alerjisi, koku alma problemi olan, son üç saat içinde analjezik kullandığını belirten ve çalışmaya katılmayı rededen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Örneklem sayısı, inhaler lavanta uygulaması öncesi ve sonrası Visuel Analog Skala (VAS) skorlamaları arasında 1,5 birimlik farkın istatistiksel olarak anlamlı çıkması beklentisi için her grupta 17 olarak hesaplandı. Çalışma kriterlerine uygun olan hastalar basit rastgele örneklem yöntemi ile randomize edilerek, müdahale (30) ve kontrol (30) grubuna ayrıldı. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda ve uzman görüşü alınarak hazırlanan soru formu ve VAS ile toplandı. Hastaların ağrı düzeylerini belirlemek için VAS kullanıldı. Bu skalada 0; ağrının olmadığını, 10; ise şiddetli ağrı olduğunu belirtmektedir. İnhaler lavanta uygulaması için; literatür bilgileri ve uzman görüşü doğrultusunda 1:10 oranında lavanta ve tatlı badem yağı içeren karışım hazırlandı. Müdahale grubunda yer alan hastaların; hazırlanan bu karışımdan üç damla steril spanç üzerine dökülüp, 10 cm uzağında bulundurularak bir seansı üç-beş dakika süren, toplam üç seans şeklinde inhale etmesi sağlandı. Müdahale grubunda bu uygulama tamamlandıktan sonra klinik hemşireleri tarafından fistüle iğne girişi gerçekleştirildi ve uygulama sonrası ağrı düzeyleri VAS ile yeniden değerlendirildi. Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında ki-kare, Student t, One way anova, Mann whitney U, Kruskal wallis, paired t testi ve korelasyon analizi ile değerlendirildi. $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun 45-64 yaş grubunda olduğu, okur-yazar olmadığı, herhangi bir işte çalışmadığı, diyalize giriş nedeninin diyabet olduğu, 1-5 yıl arasında diyaliz tedavisi aldıkları, hemodiyaliz ve fistül bakımı ile ilgili eğitim verildiği, tamamlayıcı ve destekleyici yöntemler ile ilgili eğitim almadıkları tespit edildi ($p>0.05$). Diyalize girme süresi kısa olanların damara ulaşım sırasında daha şiddetli ağrı yaşadıkları belirlendi ($p>0.05$). Müdahale grubunun inhaler lavanta uygulaması öncesi 3.8±0.3 olan ağrı puan ortalamasının uygulama sonrası 3.0±0.2'ye düştüğü ($p<0.05$), kontrol grubunun ise ağrı puan ortalamasının 5.4±0.3'den, 5.6±0.6'ya yükseldiği saptandı ($p>0.05$).

Sonuç ve Öneriler: Hemodiyaliz hastalarına uygulanan inhaler lavanta hastaların damara iğne girişi sırasında yaşadığı ağrı şiddetini azaltmaktadır. Bu çalışma sonuçları, inhaler lavantanın herhangi bir olumsuz etki yaratmadığını ve ağrı kontrolü için güvenle uygulanabileceğini göstermektedir. Bu nedenle hemşirelik uygulamalarında bu girişimlere yer verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: Hemodiyaliz, ağrı, inhaler lavanta, hemşirelik

HS-004

YOĞUN BAKIMDA YATAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERDE EKLEM AÇIKLIĞI HAREKETLERİNİN DELİRYUMU ÖNLEMEDEKİ ETKİSİ

Canan Karadaş, Leyla Özdemir

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Giriş: Deliryum, yoğun bakımda yatan yaşlı hastalarda; fonksiyonel, metabolik ve kognitif faaliyetteki azalmalara bağlı olarak yaygın görülen, ciddi bir geriatrik sendromdur. Bu çalışmanın amacı, yoğun bakım ünitesinde yatan, invaziv mekanik ventilasyona bağlı olmayan 65 yaş ve üstü hastalarda eklem açıklığı hareketlerinin deliryumu önlemede ve deliryum süresini kısaltma üzerine etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız, Ankara'da bir hastanenin yoğun bakım servislerinde, 47 müdahale ve 47 kontrol grubu hasta ile gerçekleştirilmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastalarda deliryum, günlük olarak Yoğun Bakım Ünitesi-Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Müdahale grubu hastalarına ek olarak günlük eklem açıklığı hareketleri (EAH) uygulanmıştır.

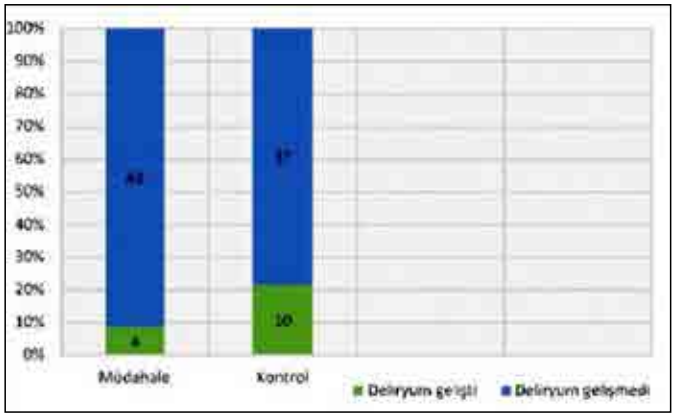
EAH hareketleri; hasta supine pozisyondayken, dört ekstremite için 10 tekrarla gerçekleştirilmiş ve yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Çalışmada; toplam 199 hastaya ulaşılmış ve bunlardan 105 hasta örneklem dışı kalarak; çalışma 94 hasta ile tamamlanmıştır (0.80 güç; α=0,05) (Şekil 1). Gruplar; BUN/ kreatinine (t: 0,271), APACHE II skoruna (t: -1,449) ve görme sorununa (X2: 1,138) göre homojenize edilmiştir (p>0,05).

Bulgular: Müdahale grubunda deliryum görülenlerin oranı %8,5 iken, kontrol grubunda bu oran %21,3'tür. Deliryum varlığı açısından gruplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05, X2: 3,02). Müdahale grubundaki hastaların deliryum süre medyanı 15 saatken; kontrol grubu hastalarında bu oran 38 saattir. Müdahale grubu ile kontrol grubu arasında deliryumda geçen süreye göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05; Z: -0,997). Gruplar arasında istatistiksel anlamlılık olmamasına rağmen, deliryum insidansı ve süresindeki azalma klinik olarak anlamlıdır. Müdahale ve kontrol grubu arasında deliryum ölçek alt maddeleri açısından anlamlı fark olmamasına rağmen, müdahale grubunda tüm ölçek maddelerinde azalma saptanmıştır (p>0.05).

Müdahale hastalarının çoğunluğu (%70,2) çalışmamız kapsamındaki EAH uygulamasından memnun olduğunu ifade etmiştir.

Sonuç: EAH uygulaması ile deliryum görülmesi ve süresi açısından istatistiksel olarak anlamlılık olmamasına rağmen, her ikisinde de klinik olarak yaklaşık 2,5 kat azalma sağlanmıştır. Dolayısıyla yoğun bakım ünitelerinde EAH uygulamasının deliryumu önleme ve süresini kısaltma açısından olumlu etkisi görülmüştür. Yoğun bakım hastalarının sadece deliryum varlığı açısından değil, klinik prognozu olumsuz etkilemesi sebebiyle ölçek alt maddeleri ile birlikte subsendromal deliryum yönünden incelenmesi önerilmektedir. Ek olarak; EAH egzersizlerinin deliryumu önlemede; hastalar tarafından kabul edilebilir, uygulaması kolay ve maliyeti düşük bir yöntem olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimler: Yoğun Bakım Ünitesi, Mobilizasyon, Eklem Açıklığı Hareketleri, Deliryum, Yaşlı Bireyler



Şekil 1. Müdahale ve kontrol gruplarında deliryum görülme durumu dağılımları.

Tablo 1- Müdahale ve Kontrol Gruplarının Deliryum Özelliklerine Göre Dağılımları (n=14)

Deliryum Özellik (N=94)	Müdahale (n=4)		Kontrol (n=10)	
	n	%	n	%
Süresi (saat) (medyan-maks)		15,00(3-144)		38,00(9-120)
? 28 ve altı	3	75,0	5	50,0
> 28	1	25,0	5	50,0
Görülen Zaman				
Gece	4	100,0	7	70,0
Sabah	0	0,0	3	30,0
Tipi				
Hiperaktif	1	25,0	4	40,0
Hipoaktif	1	25,0	6	60,0
Miks	2	50,0	0	0,0
Uygulanan Tedavi				
Farmakolojik*	0	0,0	1	10,0
Nonfarmakolojik**	1	25,0	1	10,0
Farmakolojik+Nonfarmakolojik	1	25,0	3	30,0
Uygulanmadı	2	50,0	5	50,0
Toplam	4	100	10	100

* Haloperidol, haloperidolün kontrendike olduğu durumlarda olanzapine

** Fiziksel kısıtlama

Tablo 2- Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği Maddeleri ile Gruplar Arasındaki İlişki

Özellikler	Müdahale		Kontrol		Ki-kare	p
	n	%	n	%		
Başlangıçtan farklı bilinç değişikliği olma						
Görülmedi	40	85,1	36	76,6	1,099	0,294
Görüldü	7	14,9	11	23,4		
Son 24 saatte bilinçte açılıp kapanma						
Görülmedi	42	89,4	37	78,7	1,983	0,159
Görüldü	5	10,6	10	21,3		
Son 24 saatte sedasyon veya koma skalası değerinde değişim						
Görülmedi	38	80,9	32	68,1	2,014	0,156
Görüldü	9	19,1	15	31,9		
Dikkat toplamakta zorluk çekme						
Görülmedi	40	85,1	34	72,3	2,286	0,131
Görüldü	7	14,9	13	27,7		
Dikkati sürdürme veya başka yöne kaydırmada sıkıntı						
Görülmedi	40	85,1	33	70,2	3,005	0,083
Görüldü	7	14,9	14	29,8		
Dikkat muayenesinde başarı durumu						
Başarılı	40	85,1	34	72,3	2,286	0,131
Başarısız	7	14,9	13	27,7		
Madde 3 veya 4 görülme durumu*						
Görülmedi	42	89,4	36	76,6	2,712	0,100
Görüldü	5	10,6	11	23,4		

**Madde 3; düşünme sürecinde bozulma, Madde 4; kapanmış bilinç düzeyi seviyesini belirtmektedir. Diğer maddeleris deliryum kriterlerini karşılaması halinde tanı konabilmesi için bu iki maddeden herhangi birinin varlığı yeterli olduğundan tabloda birlikte gösterilmiştir.

HS-005

HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK SORUMLULUĞU

Ayşegül Koç[1], Neşe Uysal[2]

[1]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
[2]Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş ve Amaç: Sağlık okuryazarlığı, bireyin uygun sağlık kararları alabilmek için temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesinin derecesiyle ilgilidir. Sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen bir diğer faktör olan sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesidir. Sağlığı geliştirici davranışların üniversite eğitimi sırasında şekillenmeye devam ettiği göz önüne alındığında özellikle kişilerin sağlığının koruması ve sürdürülmesinde rol alan hemşirelik öğrencilerinin bu konudaki bilgi ve uygulamaları kişilerin sağlık davranışlarını da olumlu yönde etkileyebilmektedir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı seviyelerini, sağlık sorumluluklarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören 406 hemşirelik bölümü öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmada verilerin toplanmasında, tanıtıcı özellikler anket formu, Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Sağlıkta Yetişkin Okur Yazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi Formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik ölçütleri, ortalama değerler, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması 20,45±1,91'dir. Öğrencilerin %4,7'si kendisinde, %26,6'sı birinci derece yakınında kronik hastalığın olduğunu belirtmekle birlikte %6,7'sinin düzenli olarak kullandığı bir ilacı bulunmaktadır.

Öğrencilerin boy ortalaması 165,49±7,43; kilo ortalaması 58,96±11,10'dur. Öğrencilerin %12,3'ü sigara kullanmaktadır. Öğrencilerin %40,9'u son 6 ay içinde rutin sağlık kontrollerini yaptırdığını belirtirken, %35,7'si rutin olarak sağlık kontrolü yaptırmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin sağlık sorumluluğu ortalama puanları 23,8±5,38'dir ve öğrencilerin en düşük katılım gösterdiği madde "sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitim toplantılarına katılırım (X =2,22±,08)", en yüksek katılım gösterdiği madde ise "doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağan dışı belirti ve bulguları anlatırım(X=3,06±,08) maddesidir. Kız öğrencilerin sağlık sorumluluğu ortalama puanları daha

yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kronik hastalığa bulunan ve düzenli ilaç kullanımı olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu ortalama puanları daha yüksektir(p<0,05)Öğrencilerin yaş, birlikte yaşadıkları kişi ve sigara kullanımına göre sağlık sorumluluğu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Öğrencilerin %75'i sağlık kuruluşlarındaki evraklardaki yazılan tıbbi terimleri çoğunlukla anladığını belirtmiştir. Sağlık okuryazarlığı değerlendirme formu ortalama puanı 63,6±0,9'dur. Sağlık okuryazarlığı testi sonuçlarına göre öğrencilerin %92,9'u 61-66 puan alarak yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahiptir.

Sonuç: Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelik bölümü öğrencilerinin temel düzey sağlık okuryazarlıklarının iyi olduğu saptanmıştır. Çalışmanın hemşirelik bölümü dışında öğrencilerde uygulanması, sağlık sorumluluğu yönünden farkındalık yaratılması ve sağlık okuryazarlığı kavramının sağlık eğitimine entegrasyonu önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: hemşirelik, sağlık okuryazarlığı, sağlık sorumluluğu

HS-006

SON DÖNEM KANSER HASTALARININ YAŞADIKLARI DUYGU DURUMLARININ İNCELENMESİ

Yasemin Çıracı, Nesrin Nural

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş: Terminal dönemdeki hastalar bir yandan geleceğe ilişkin belirsizlik yaşarken, diğer yandan bir çok farklı duyguyu aynı anda yaşamaktadırlar. Palyatif bakımda hastaların fiziksel, duygusal ve sosyal gereksinimlerini karşılayarak huzur içinde ölmesini sağlamak esastır.

Amaç: Bu çalışma son dönemdeki kanser hastalarının yaşadıkları duygu durumlarını incelemek amacıyla yapıldı.

Methot: Araştırmanın örneklemini, İstanbul İli Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi palyatif tedavi ünitesinde yatan, tedavisi sonlandırılmış ve görüşme yapmayı kabul eden 32 hasta oluşturmuştur. Veriler" hasta tanıtıcı özellikler formu" ve "yarı yapılandırılmış görüşme formu" kullanarak " derinlemesine görüşme" yöntemi ile toplanmıştır.

Bulgular: Hastalar "halsizlik, yemek yiyememe, ayağa kalkamama, halsizlik, ağrı ve acı çekme" gibi fiziksel semptomların yanı sıra; " iyileşememe duygusu, neden ben?, gelecekle ilgi kaygı, geceleri yalnız kalma korkusu, gittikçe arttan korku, acısını paylaşacak kimsenin olmaması, başına gelenlerden kendisini sorumlu tutma, aynaya bakmaktan utanma, ölüme hazırlıklı olmama, ölüm geldiğinde yalnız olma korkusu" gibi bir çok duygusal semptomlar yaşadıkları belirlenmiştir. Hastalar aile bireylerine ilişkin "en çok kendisini bu halde görmelerinden ve onları üzmekten üzüntü duyduklarını" ifade etmektedirler. Hastalar eş ve çocukları tarafından sevilmenin ilaç tedavisi gibi iyi geldiğini" belirtmektedirler. Sağlık personelinin kendilerine sert davranmamasını, güler yüzlü olmasını ve sıkıntılarını paylaşmak için psikolojik destek terapisi istediklerini belirtmektedirler.

Sonuç: Son dönem kanser hastaları fiziksel semptomların yanı sıra yalnızlık, üzüntü, pazarlık, ümitsizlik, kaygı, korku, utanma, ölüm, sevdiklerini bir daha görememe gibi olumsuz duygular yaşadıkları ve psikolojik desteğe gereksinimleri olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimler: Terminal dönem, kanser, duygusal sorunlar

HS-007

HEMŞİRELERİN YAŞLILARA KARŞI TUTUMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zümrüt Akgün Şahin

Kafkas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Bu araştırmada hemşirelerin yaşlılara karşı tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Ocak-Nisan 2014 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Kars Devlet Hastanesi'nde çalışan 615 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren bilgi formu ve Yaşlılara Karşı Tutum Ölçeği (YKTÖ) kullanılmıştır. Veri toplama formu doldurulmadan önce hemşirelerden sözlü onam alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada hemşirelerin yaş ortalamasının 41.22±5.20 olduğu, hemşirelerin 16.44±4.22 yıldan beri çalıştıkları, %84.5'inin çekirdek aileye sahip olduğu, %80.7'sinin evli olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin YKTÖ ortalama puanları 96.44±9.25'dir, hemşirelerin yaşları ve çalışmak istedikleri yaş grubu ile ölçek puanları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.04, p=0.001), hemşirelerin yaşları arttıkça ortalama ölçek puanları düşmüştür. Hemşirelerin eğitim durumları ile ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.61).

Sonuç: Bu araştırmada, hemşirelerin yaşlılarla çalışmak istemedikleri belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre hemşirelere lisans eğitimi sürecinde geriatri konusunu ders olarak verilmesi ve hizmet içi eğitimlerde geriatri sağlığı anlatılarak yaşlılara karşı pozitif tutum geliştirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimler: Yaşlı; Hemşire; Tutum

HS-008

HEMODİYALİZDE HİPOTANSİYON GELİŞEN BİREYLERE UYGULANAN AKUPRES'İN KAN BASINCI VE YORGUNLUK DÜZEYİNE ETKİSİ

Sevil Biçer, Sultan Taşcı

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu çalışma, hemodiyalizde hipotansiyon gelişen bireylere elektrostimülasyon cihazı ile 12 seans uygulanan akupres'in kan basıncı, baş ağrısı ve yorgunluk düzeyine etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü deneysel olarak yapılmıştır. Araştırma, iki il merkezindeki dört hemodiyaliz merkezinde, 67 kişi müdahale, 68 kişi plasebo grubuna alınan 135 hasta ile yürütülmüştür. Çalışmada etik kurul onayı, bireylerden yazılı bilgilendirilmiş onam formu ve T.C. Sağlık Bakanlığı Tıbbi Cihaz ve Daire Başkanlığı'ndan 93/42 EEC belgesi alınmıştır. Araştırmada veriler, anket formu, visüel analog skala (VAS) ağrı ve yorgunluk skalası ile Piper yorgunluk ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Formlar uygulamanın başlangıcında (birinci izlem) ve dört hafta sonra (ikinci izlem) uygulanmıştır. Elektrostimülasyon cihazı, müdahale grubundaki bireylere çalışır vaziyette, plasebo grubundaki bireylere pilleri çıkarılarak çalışmaz vaziyette bir ay süre ile haftada üç kez her diyaliz seansının üçüncü saatinde Neiguan (p6) akupunktur noktasına bağlanmıştır. Dört haftalık uygulamanın bitiminde formlar yeniden uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, t testi, tek yönlü varyans analizi, Student-Newman-Keuls testi, Pearson korelasyon analizi, Ki kare, McNemar ve McNemar Bowker testleri kullanılmıştır.

Müdahale grubundaki bireylerin plasebo grubundakilere göre uygulama süresince tüm seanslarda sistolik ve diastolik kan basınçlarının, kan akım hızlarının ve gerçekleşen ultrafiltrasyon değerlerinin daha yüksek olduğu **($p< 0.05$)** saptanmıştır. Gruplar arası birinci izlemde VAS ağrı, VAS yorgunluk ve Piper Yorgunluk ölçeğinden aldıkları puan arasında bir fark bulunmazken **($p>0.05$)**, ikinci izlemde müdahale grubundakilerin plasebo grubundakilere göre VAS ağrı, VAS yorgunluk ve Piper Yorgunluk Ölçeği'nin duygulanım, duyusal alt boyutları ile toplam yorgunluk puanlarının düştüğü belirlenmiştir **($p< 0.05$)**.

Çalışma sonucunda elektrostimülasyon cihazı ile Neiguan **(*P6*)** akupunktur noktasına uygulanan akupres'in, sistolik ve diastolik kan basıncı regülasyonu sağladığı, VAS ağrı ve VAS yorgunluk şiddetini azalttığı, Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyut ve toplam yorgunluk puan ortalamalarını azalttığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre, hemodiyaliz hastalarında kan basıncı regülasyonu sağlamak, yorgunluk ve ağrı şiddetini azaltmada akupres'in hemodiyaliz seansı esnasında farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılması ve yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: Hemodiyaliz; akupres; kan basıncı; yorgunluk; hemşirelik

HS-009

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN TAMAMLAYICI TEDAVİLERE İLİŞKİN GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI

Bilge Bal Özkaptan[1], Yasemin Dilmeç[2]

[1]Sinop Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü
[2]Sinop Atatürk Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi

Giriş: KOAH'ın tüm dünyada yaygın olarak görülmesi ve giderek artış göstermesi, mortalite ve morbiditeye yol açması, sosyal ve ekonomik yüke neden olması, hastaların modern tedavilerle birlikte ya da tek başına tamamlayıcı tedavilere başvurma eğilimini arttırmaktadır. Tamamlayıcı tedaviler KOAH'da semptom kontrolünü ve modern tedavinin başarısını etkilediğinden hastaların tamamlayıcı tedavilere yönelik görüşleri, başvurduğu yöntemler, hangi amaçlarla bu yöntemlere başvurduğu ve yararlanma durumlarının belirlenmesi önemlidir.

Amaç: Bu araştırma KOAH'lı bireylerin tamamlayıcı tedavilere ilişkin görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.

Yöntem: Bu kesitsel araştırmanın evrenini Haziran 2015-Ağustos 2015 tarihleri arasında Sinop Atatürk Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları kliniğinde yatan KOAH'lı bireyler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünü hesaplamak için güç analizi yapılmıştır. Örnekleme iletişim sorunu bulunmayan, bilinci açık, standart medikal tedavisi devam eden ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 137 KOAH'lı birey alınmıştır. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu hazırlanan KOAH hastalarının tanıtıcı özellikleri ve hastalığa özgü bilgileri içeren ve kullandıkları TAT yöntemlerine ilişkin özellikleri içeren soru formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tüm testler için kritik karar eşiği $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Çalışma kapsamındaki tüm veriler için tanımlayıcı istatistikler ortalama ± standart sapma, sayı ve yüzde şeklinde verilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmaya katılan hastalardan sözlü ve yazılı onam, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay ve Sinop Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin yazısı alınmıştır.

Bulgular ve Tartışma: Çalışmaya katılan hastaların %72.5'i erkek, %27.5'i kadın olup, yaş ortalaması 64.75 ± 9.3 ve ortalama hastalık süresi 6.7 ± 4.6 yıldır. Hastaların %66.4'ünün en az bir tane tamamlayıcı tedavi yöntemine başvurduğu, en sık başvurulan yönteminde bitkisel karışımlar (%80.6) olduğu belirlenmiştir. Kullanılan bitkisel karışımlar kestane balı, çörek otu ve çörek otu yağıdır. Kullanılan diğer tamamlayıcı yöntemler ise vitamin ve mineraller, nefes teknikleri, dua ve gevşemedir. Bu yöntemlere başvurma nedenleri nefes darlığını azaltmak (%88.7), hastalığı tamamen iyileştireceğine inanmak (%56.8) ve modern tedavide kullanılan ilaçların yan etkileri olduğuna inanmak (%34.6) şeklinde sıralanmaktadır. Ayrıca hastaların %43.6'sı kullandığı yöntemlerden yarar gördüğünü ifade etmiştir.Literatürde KOAH'lı bireylerin tamamlayıcı tedavilere kullanma oranları %50 ile %86.3 arasında değişiklik göstermektedir. Bu yöntemlere başvurunun artış göstermesinde ve yöntemlerin çeşitliliğinde, hastalığın kronik olması, semptomların yaşamı kısıtlaması, medya kaynakları, arkadaş ve akraba çevresi ve benzer hastalığı olan bireylerin tecrübelerinin etkisi olduğu düşünülmektedir.

Sonuç: KOAH'lı bireyler nefes darlığı başta olmak üzere yaşadığı tüm semptomların kontrolünde yaygın bir şekilde tamamlayıcı tedavileri de kullanmaktadır. Sağlık profesyonellerinin tamamlayıcı tedaviler konusunda hastalarla iletişim kurması ve konu ile ilgili hastaları bilgilendirmesi modern tedavinin başarısında önemli bir yaklaşımdır.

Anahtar Kelimler: KOAH, Tamamlayıcı Tedaviler, Görüş, Uygulama

HS-010

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA REFLEKSOLOJİNİN AĞRI VE UYKUSUZLUĞA ETKİSİ

Ercan Bakır[1], Sevgin Samancıoğlu[1], Savaş Gürsoy[2]

[1]*Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*
[2]*Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Amaç: Romatoid Artri (RA)'lı hastalar en çok ağrı ve uykusuzluktan yakınmaktadırlar. Refloksoloji; ağrıyı, anksiyeteyi, ajitasyonu azaltmada, gevşemeyi ve konforu sağlamada ve uyku kalitesini arttırmada ve yaşam kalitesini iyileştirmede önemli bir destekleyici nonfarmakolojik yöntem olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı refleksolojinin RA'lı hastaların ağrısı ve bu hastalardaki uykusuzluk üzerine etkilerini incelemektir.

Araştırmanın Gereç ve Yöntemi: Araştırma için Gaziantep Üniversitesi Etik Kurul onayı alındı. Refleksoloji uygulaması ise konu ile ilgili kurs almış sertifikalı araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmanın evrenini Ocak-Temmuz 2015 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran, en az 6 aydır "RA" hastaları oluşturdu. Örneklemine ise; belirtilen evren içinden 18 yaş ve üzeri, il merkezinde ikamet eden, RA için ilaç tedavisi alan, alt ekstremitelerde damar hastalığı, ayakta ülseri, enfeksiyonu olmayan ve ayağa cerrahi operasyon uygulanmayan, alt ekstremitede kemiklerde kırık, burkulma veya yaralanması olmayan, gebe olmayan, diyabet tanısı olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 60 hasta seçildi. Hastalar refleksoloji (n=30) ve kontrol (n=30) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Her iki gruba da ilk görüşmede yüzyüze sosyodemografik verileri içeren anket formları, Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksi (PUKİ) ve Görsel Ağrı Ölçeği (VAS) uygulandı. Refleksoloji grubuna toplamda 6 kez (haftada 1 uygulama) 30 dk süren ayak refleksoloji uygulaması yapıldı. Kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmadı, 6 hafta sonra her iki gruba da ölçekler tekrarlandı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 50.16 ±14.32, %76.7'si kadın, %93.3'ü evli, %28.3'ü okur yazar değildir. %55'i sağlığını "kötü" olarak değerlendirmektedir. %23.3'ünde hipertansiyon, %11.7'sinde kalp rahatsızlığı vardır. Hastaların %66.7'si günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılık yaşamaktadır. %59'unda ağrı, %55'inde hareket kısıtlılığı, %33.3'ünde iş gücü kaybı vardır. Hastaların %96.7'si uyku değişimi yaşamaktadır. %25'i hiç uyumuyor, %63.3'ü uykuya dalmakta zorlanıyor, %48.3'ü sık sık uyanıyor. Araştırmaya alınan hastaların ağrı düzeyleri başlangıçta refleksoloji grubunda 7.4±1.13, kontrol grubunda 8.1±1.24 olarak bulunmuştur. Refleksoloji grubunda 6 haftalık refleksoloji uygulaması sonrasında ise ağrı ortalaması 5.4±0.89 düzeyine düşmüştür. Bu araştırma sonucuna göre, refleksoloji uygulanan RA hastalarının ağrı puanı refleksoloji uygulanmayan RA hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo1). Araştırmamızda refleksoloji grubunun aldığı toplam PUKİ puanı başlangıçta 16.20±3.70, refleksoloji uygulaması sonrasında ise 13.16±3.57 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun toplam PUKİ puanı başlangıçta 16.75±3.64, 6 hafta sonra ise 19.03±3.05'tir. Refleksoloji ve kontrol grubunda 6 haftalık takip sonrasında uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımı incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve gündüz işlev bozukluğu bileşenleri arasında anlamlı ölçüde fark saptanmıştır($p<0.05$) (Tablo 2,3).

Sonuç: Bu araştırma verilerine göre düzenli uygulanan ayak refleksolojisinin romatoid artritli bireylerde ağrı ve uyku sorunlarına olumlu etkisi bulunmaktadır. Ayak refleksolojisi RA hasta grubunda rahatlıkla uygulanabilir.

Anahtar Kelimler: ağrı, refleksoloji, romatoid artrit, uykusuzluk

Tablo 1. Gruplara göre hastaların ağrı ve toplam PUKİ değerlerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Refleksoloji Grubu (n=30) X±SD	Kontrol Grubu (n=30) X±SD	t	p
VAS (Başlangıç)	7.4 ±1.13	8.1 ±1.24	-2,281	0.026
VAS (6 hafta sonra)	5.4 ±0.89	8.1 ±1.02	-10,847	0.00
PUKİ (Başlangıç)	16.20±3.70	16.75±3.64	-,386	0.703
PUKİ (6 hafta sonra)	13.16±3.57	19.03±3.05	-6,834	0.000

Tablo 2. Gruplara göre başlangıçta hastaların PUKİ alt boyut puanları

Uyku Bileşenleri	Refleksoloji Grubu (n=30) X±SD	Kontrol Grubu (n=30) X±SD	p
Öznel Uyku Kalitesi	1.83± 0.91	2.40 ±0.77	0.012
Uyku Latensi	2.21± 0.90	2.66 ±0.49	0.120
Uyku Süresi	1.30± 0.95	1.86± 0.81	0.016
Alışılmış Uyku Etkinliği	6.78 ±1.61	6.56 ±1.67	0.648
Uyku Bozukluğu	1.86 ±0.34	1.80 ±0.40	0.497
Uyku İlacı Kullanımı	0.96± 1.29	0.86 ±1.04	0.743
Gündüz İşlev Bozukluğu	1.83± 0.98	2.56± 0.72	0.002
Toplam PUKİ	16.20 ± 3.70	16.75 ± 3.64	0.703

Tablo 3. Gruplara göre ilk görüşmeden 6 hafta sonra PUKİ alt boyut puanları

Uyku Bileşenleri	Refleksoloji Grubu (n=30) X±SD	Kontrol Grubu (n=30) X±SD	p
Öznel Uyku Kalitesi	1.16± 0.64	2.06 ±0.69	0.000
Uyku Latensi	2.83± 0.91	3.56 ±1.07	0.006
Uyku Süresi	0.30± 0.46	1.53± 0.97	0.000
Alışılmış Uyku Etkinliği	5.06 ±1.52	7.13 ±1.33	0.000
Uyku Bozukluğu	1.63 ±0.49	1.70 ±0.46	0.591
Uyku İlacı Kullanımı	0.63± 0.92	0.73 ±0.90	0.675
Gündüz İşlev Bozukluğu	1.53± 0.81	2.30± 0.79	0.001
Toplam PUKİ	13.16 ±3.57	19.03± 3.05	0.000

HS-011

NONFARMAKOLOJİK YAKLAŞIM EĞİTİMİNİN YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN DELİRYUMU TANIMA VE ELE ALMA DURUMUNA ETKİSİ

Ayşegül Öztürk Birge[1], Hatice Tel Aydın[2]

[1]*Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü*
[2]*Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü*

Amaç: Araştırma, nonfarmakolojik yaklaşım eğitiminin yoğun bakım hemşirelerinin deliryumu tanıma ve ele alma durumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini, Aralık 2012- Nisan 2013 ve Ağustos-Kasım 2013 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi İç Hastalıkları ve Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım

Ünitesinde (YBÜ) yatan ve örneklem kriterlerine uyan toplam 95 hasta ile bu ünitelerde çalışan 19 hemşire oluşturmuştur.

Araştırma; prospektif olarak ön test son test yöntemi ile yarı deneysel yapıldı. Verilerin toplanmasında, Hasta ve Hemşire Tanıtım Formu, Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği, Deliryum Risk Faktörleri, Deliryumla İlişkili Davranışlar ve Deliryumu Önlemeye Yönelik Nonfarmakolojik Yaklaşımlar Gözlem Formu kullanıldı. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde frekans, yüzde, ortalama/medyan, ki-kare/fisher exact test, lojistik regresyon analizi, Cohen'in kappa katsayısı, bağımsız örneklem t ve Mann Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmada eğitim öncesi %26.5 olan deliryum prevalansı %20 .9'a düştüğü saptanmıştır (p>0.05). Eğitim öncesinde saptanan deliryumun %38.5'i hipoaktif ve hiperaktif, eğitim sonrasında ise %66.6'sı hipoaktif tip deliryum olduğu belirlenmiştir. Çalışmada deliryum saptanan hastaların yaş ortalamasının 68.09 + 12.55 ve YBÜ'de kalma sürelerinin 9.5 medyan gün olduğu saptanmıştır. Deliryum gelişen hastalarda gelişmeyen hastalara göre yoğun bakım ünitesinde kalma süresinin uzadığı [medyan gün (min-max); 9.5(3-49), 4(3-46)], GKS puan ortalamasının daha düşük [12.13+2.09, 13.70+1.92] ve tedavide yer alan ilaç sayısı ortalamasının daha fazla [9.36+2.38, 7.81+2.18] olduğu belirlenmiştir (p<0.01). Deliryum gelişen hastaların %81.8'ine fiziksel kısıtlama uygulandığı, %27.3'ünün hipo/hipertermisinin olduğu, %68.2'sinin benzodiazepin kullandığı, %63.6'sının hipo/hipernatremisinin olduğu, %72.7'sine santral venöz katater uygulandığı ve tüm bu değişkenlerin deliryum gelişiminde etkili olduğu bulunmuştur (p<0.01). Aynı zamanda fiziksel kısıtlama kullanımının deliryum görülme riskini 8.5 kat (OR=8.487, %95 CI= 1.851- 38.906), hipo/hipernatremi varlığının deliryum görülme riskini 3.4 kat (OR=3.391, %95 CI=1.014- 11.334) arttırdığı belirlenmiştir. Çalışmaya alınan yoğun bakım hemşirelerin yaş ortalamasının 26.63+3.26, %89.5'inin kadın, %84.2'sinin lisans mezunu ve YBÜ'de çalışma yılı ortalamasının 3.15+2.67 yıl olduğu saptanmıştır. Araştırmaya alınan hastalarda araştırmacı ve hemşirenin deliryumu tanılayabilme arasındaki uyum incelendiğinde; eğitim öncesinde (kappa=-0.107, p=0.001) zayıf bir uyumun olduğu ve eğitim sonrasında ise (kappa=-0.061, p=0.062) kappa katsayısının artmasına rağmen istatistiksel olarak bu artışın önemli olmadığı belirlenmiştir. Araştırmacı eğitim öncesi 13 hastada deliryum belirlerken, hemşire 13 hastanın yalnızca birinde (%7.7), eğitim sonrası araştırmacı 9 hastada deliryum saptarken, hemşire 9 hastanın üçünde (%33.7) deliryum saptamıştır. Hemşirelerin eğitim sonrası deliryumu önleyici nonfarmakolojik uygulamaları kullanma oranlarının arttığı belirlenmiştir.

Sonuç: Yoğun bakım ünitelerinde deliryumun erken tanılanması ve etkin yönetimi için yoğun bakım hemşirelerinin deliryum farkındalıklarının arttırılması ve nonfarmakolojik yaklaşımların uygulanması önemlidir.

Anahtar Kelimler: Yoğun bakım ünitesi, deliryum, risk faktörleri, nonfarmakolojik yaklaşımlar, hemşirelik

Tablo 1. Eğitim öncesi ve sonrası hastalarda deliryum görülme durumu (n=92)

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
YBÜ-KDÖ	n	%	n	%
Deliryum Var	13	26.5	9	20.9
Deliryum Yok	26	73.5	34	79.1
Deliryum Tipi				
Hipoaktif Deliryum	5	38.5	6	66.6
Hiperaktif Deliryum	5	38.5	3	33.4
Mikst Tip Deliryum	3	23.0	-	-
Deliryumun Belirlendiği Gün				
Yatışın 3-7. günleri arasında	6	46.2	5	55.5
Yatışın 8. ve üzeri günlerde	7	53.8	4	44.5

Tablo 2. Deliryuma neden olan risk faktörlerinin lojistik regresyon analizi

							Odds Oranı İçin %95 CI	
Deliryum Risk Faktörleri	B	S.E.	Wald	df	p	Odds Ratio	Alt	Üst
Santral venöz katater varlığı	0.221	0.666	0.110	1	0.740	1.247	0.338	4.604
Hipo/hipernatremi varlığı	1.221	0.616	3.934	1	0.047	3.391	1.014	11.334
Hipo/hipertermi varlığı	0.698	0.834	0.701	1	0.403	2.010	0.392	10.314
Fiziksel Kısıtlama Kullanımı	2.139	0.777	7.579	1	0.006	8.487	1.851	38.906
Benzodiazepin Kullanımı	0.571	0.701	0.664	1	0.415	1.771	0.448	6.999

HS-012

ÇALIŞMA ORTAMININ HEMŞİRE MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ

Sevgisun Kapucu[1], Güler Duru Aşiret[2], Tekmile Kurnaz Köse[3], Berna Kurt[1], Neşe Altınok[1]

[1]*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*
[2]*Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu*
[3]*Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi*

Amaç: Bu araştırma çalışma ortamının hemşirelerin memnuniyeti üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı olan bu araştırma 1 Temmuz- 1 Agustos 2015 tarihleri arasında Ankara'da bir Üniversite Hastanesinde çalışan toplam 310 hemşire ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri, tanıtıcı bilgiler formu, Hemşirelik İş İndeksi- Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği ve Çalışan Memnuniyeti Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar, t testi ve korelasyon testleri kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı, kurumdan yazılı izin ve katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Bulgular: Çalışmamızdaki hemşirelerin yaş ortalamasının 34.3±8.1, %90.6'sının kadın,%58.4'ünün evli ve %65.5'inin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin meslekteki toplam çalışma yılı ortalamasının 12.9±9.3 olduğu ve 8.6±8.4 yıldır aynı klinikte çalıştığı saptanmıştır. Hemşirelerin %50'si servis, %23.2'si yoğun bakım, %22.3'ü ayaktan tedavi ve %4.5'i poliklinik hizmeti vermektedir. Çalışmamızda hemşirelerin %55.5'inin nöbet tuttuğu ve ayda gece tutulan toplam nöbet sayısı ortalamasının 6.7±4.9 olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin %73.2'si çalışma koşullarının nasıl olduğu sorulduğunda, kendine yeterince zaman ayıramadığını ve %96.4'ü ise mesleğini icra etmenin karşılığında kazancının yeterli olmadığını ifade etmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin Hemşirelik İş İndeksi- Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının 2.4±0.4 ve Çalışan Memnuniyeti Ölçeği toplam puanının 67 olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda hemşirelerin yaş grubu (p=0.000), eğitim durumu (p=0.000), ünitede çalışma süresi (p=0.003), hemşire olarak çalışma süresi (p=0.000), nöbet tutma durumu (p=0.000), kendine yeterince zaman ayırdığını düşünme durumu (p=0.001), meslekte yeterince para kazandığını düşünme durumu (p=0.032) ile Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği ve Çalışan Memnuniyeti Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması arasındaki ilşkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda iki ölçeğin birbiri ile pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu da saptanmıştır (r=0.710), (p=0.000).

Sonuç: Çalışmamızda örneklem kapsamındaki hemşirelerin çalışma ortamını yönelik tutumlarının orta düzeyde ve memnuniyetlerinin kötü olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin çalışma ortamına yönelik değerlendirmeleri olumlu oldukça çalışma ortamında memnuniyetlerinin de arttığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimler: Hemşirelik İş İndeksi- Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği, Çalışan Memnuniyeti Ölçeği, Hemşire

HS-013

DİYABETİK HASTALARDA MOTİVASYONEL GÖRÜŞME ÖZYÖNETİM ALGISI VE METABOLİK DEĞİŞKENLERİ ETKİLER Mİ?

Ayşe Doğru, Nimet Ovayolu, Özlem Ovayolu

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Amaç: Çalışma diyabetik hastalara uygulanan motivasyonel görüşmenin özyönetim algısı ve metabolik değişkenlere etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Çalışma Nisan-Temmuz 2015 tarihleri arasında Gaziantep ilinde bulunan bir Kamu hastanesinin Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları polikliniğine başvuran, Amerikan Diyabet Birliği kriterlerine uygun olarak son altı ay içinde hekim tarafından diyabet tanısı konulan yetişkin hastalarla deneysel olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini belirtilen tarihlerde kuruma başvuran ve diyabet tanısı alan tüm hastalar, örneklemini ise kriterlere uygun olan hastalar oluşturdu. Çalışmaya katılmaya gönüllü, 18 yaş ve üstü, iletişim sorunu, mental konfüzyonu ve herhangi bir psikiyatrik problemi olmayan 30 müdahale, 30 kontrol olmak üzere toplam 60 hasta araştırmaya dahil edildi. Örneklem sayısının belirlenmesi için güç analizi yapıldı. Araştırma öncesi Etik Kuruldan, çalışmanın yapılacağı kurumdan ve hastalardan izin alındı. Çalışmanın verileri; sosyodemografik ve hasta bilgilerini sorgulayan soruları içeren anket formu ve Diyabette Öz Yönetim Algısı Skalası (DÖYAS) ile toplandı. Müdahale grubuna motivasyonel görüşmeler yapılıp, görüşmeler sonrasında her iki gruba tekrar anket formunun hasta bilgilerini sorgulayan bölümü ve DÖYAS uygulandı.

DÖYAS Smitth ve ark. (1995) tarafından geliştirilmiş, Bayındır Çevik ve Özcan tarafından (2014) ülkemiz için geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçekten alınabilecek en az puan sekiz, en çok puan ise 40'dır. Toplam puanın yüksek olması, bireyin diyabet yönetiminde farkındalığının iyi olduğunu göstermektedir. Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında Student t, One way anova, Mann whitney U, Kruskal wallis testi, paired t ve korelasyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun 45 yaş ve üzeri, kadın, ilköğretim mezunu olduğu, diyabet tanı süresinin 0-5 yıl arasında değiştiği ve tedavi olarak oral antidiyabetikleri kullandıkları belirlendi ($p>0,05$). Her iki grupta yer alan hastalardan 20-44 yaş grubundakilerin, eğitim düzeyi yüksek olanların, erkeklerin, maddi durumu daha iyi olanların, ailesinde diyabet öyküsü olanların, daha az sıklıkta hastaneye yatanların, başka kronik hastalığı olmayanların, aylık kontrollere gidenlerin, düzenli egzersiz yaptığını ve diyetine uyum gösterdiğini belirtenlerin, günlük daha sık kan şekeri ölçümü yapanların, oral antidiyabetik tedavi alanların öz yönetim algı puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. Motivasyonel görüşme sonrası müdahale grubundaki hastaların beden kütle indeksi, açlık ve tokluk kan şekeri, HbA1C, trigliserit, LDL ve HDL kolesterol, sistolik-diyastolik kan basıncı puan ortalamaları azalırken, öz yönetim algı puan ortalamalarının belirgin düzeyde arttığı, HDL ve diyastolik kan basıncı dışındaki değerlerde gözlenen bu değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ($p<0,001$). Kontrol grubunda ise; trigliserit ve diyastolik kan basıncı dışındaki metabolik kontrol kriteri değerlerinde belirgin olarak artış görüldüğü ve öz yönetim algı puan ortalamalarında ise azalma olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Diyabet tanısı alan hastalara uygulanan motivasyonel görüşme tekniğinin hastaların metabolik kontrol göstergelerini olumlu yönde etkilediği ve öz yönetim algılarını yükselttiği saptandı. Bu doğrultuda motivasyonel görüşme tekniğinin diyabetik hastalarda kullanılması önerilebilir.

Anahtar Kelimler: Diyabet, Öz Yönetim Algısı, Motivasyonel Görüşme, Hemşirelik

HS-014

KRONİK HASTALIĞA SAHİP KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANSIN CİNSEL YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Feride Taşkın Yılmaz[1], Azime Karakoç Kumsar[2], Gülbahtiyar Demirel[3], Birnur Yeşildağ[1]

[1]*Cumhuriyet Üniversitesi Suşehri Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Sivas*
[2]*Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul*
[3]*Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Sivas*

Amaç: Kronik hastalıklar zaman içerisinde özellikle kadınlarda, üriner inkontinans gibi bazı fonksiyon bozukluklarına neden olabilmektedir. Üriner inkontinans, bireylerin sosyal ilişkilerinde bazı kısıtlamalara, duygusal ya da psikolojik iyilik halinde bozulmalara yol açabilmektedir. Ayrıca, cinsel yaşam üzerine de olumsuz etkileri olabilmektedir. Araştırma, kronik hastalık tanısı alan kadınlarda üriner inkontinans varlığının cinsel yaşam kalitesi üzerinde etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilen çalışmanın örneklemini, 02 Ocak - 01 Temmuz 2015 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi Genel Dahiliye, Endokrinoloji, Kardiyoloji, Nöroloji ve Göğüs Hastalıkları kliniklerinde yatarak tedavi gören, en az 6 aydır kronik hastalık tanısı alan, sözel iletişim engeli bulunmayan, yeterli bilişsel düzeye sahip, haftada en az bir kez üriner inkontinans şikayeti yaşayan, genetik olarak üriner inkontinans yatkınlığı bulunmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üzeri 191 kadın oluşturdu. Veriler tanılama formu, Çetinel ve ark. (2004) tarafından güvenilirliği ve geçerliliği yapılan Uluslararası İnkontinanas Konsültasyon Anketi-Kısa Form (ICIQ-SF) ve Tuğut ve Gölbaşı (2010) tarafından güvenilirliği ve geçerliliği yapılan Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) kullanılarak toplandı. ICIQ-SF için alınabilecek puan aralığı 3-21 arasında olup; yüksek puan üriner inkontinasın sıklığı, şiddeti ve etkisinin kötü olduğunu gösterir. CYKÖ-K için alınabilecek puan aralığı ise, 18-108 arasında olup; yüksek puan cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterir. İstatistiksel değerlendirmede ortalama, yüzdelik dağılım ve pearson korelasyon analizi kullanıldı. Çalışma için bir üniversitenin etik kurulundan yazılı izin alındı.

Bulgular: Kronik hastalığa sahip kadınların yaş ortalaması 55.10±11.48 (min:26, max:74) yıl olup; %71.2'si evli, %37.7'si okur-yazar ve %79.6'sı ev hanımıdır. %47.9'u obez olan, %37.7'sinin hipertansiyon ve %26.7'sinin diyabet hastalığı bulunan kadınların hastalık süresi ortalaması 8.35±5.44 (min:2, max:24) yıldır. Kadınların %80.6'sı haftada en az bir kez üriner inkontinans problem yaşamaktadır. Kadınların ICIQ-SF puan ortalaması 11.59±5.41 (min:3, max:21) ve CYKÖ-K puan ortalaması 61.50±19.10 (min:26, max:108)'dur. Çalışmada, kadınların ölçeklerden aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında, negatif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlendi ($r=-0.214$, $p= 0.003$).

Sonuç: Çalışmada üriner inkontinas sıklığı, şiddeti ve etkisinin kadınları orta düzeyde olumsuz etkilediği, kadınların cinsel yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu ve üriner inkontinans sıklığı, şiddeti ve etkisi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği saptandı. Bu bağlamda, hemşirelerin kronik hastalığa sahip ve üriner inkontinans problemi yaşayan kadınlara yönelik bakım, eğitim ve danışmanlık uygulamaları üriner inkontinansın etkilerini kontrol altına alınması yönünde faydalı olacaktır. Böylece, cinsel disfonksiyon gibi istenmeyen diğer sağlık problemlerinin gelişiminin de geciktirilebileceği ya da önlenebileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimler: Kronik hastalık, üriner inkontinans, cinsellik, yaşam kalitesi, kadın.

HS-015

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

Yasemin Şadiye Ceyhan, Ayla Ünsal

Ahi Evran Üniversitesi

Giriş: "*Bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendisi hakkındaki yargısıdır*" şeklinde tanımlanan öz-etkililik (ÖE), kronik hastalıklarda olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi için oldukça önemlidir. Hemşireler ÖE'yi yükseltmek için bütüncül bakım vermelidir.

Amaç: Çalışma kronik hastalığı olan bireylerde ÖE ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırmanın evrenini, Kronik Kalp Yetmezliği, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Diyabetes Mellitus, artrit ve Kronik Böbrek Yetmezliği tanılarını almış olan hastalar oluşturmuştur. Örneklemi ise, literatür doğrultusunda 350 hasta birey oluşturmuştur.

Veriler; 23 sorudan oluşan Hasta Tanıtım Formu ve Kronik Hastalıklarda Öz-etkililik Ölçeği Orijinal Formu ile toplanmıştır. Sözü edilen ölçeğin Türkçe formu, orijinalinin Türkçe'ye uyarlanması ile elde edilmiştir.

Orijinal form, Lorig et al. tarafından 1996 yılında geliştirilmiş, 33 sorudan ve 10 alt boyuttan oluşan likert tipi bir ölçektir. Alt boyutlar ve soru sayıları Tablo 1'de sunulmuştur.

Ölçek 1'den 10'a kadar artan ÖE algısını belirleyecek şekilde oluşturulmuştur. 1 rakamı "hiç güvenim yok" ifadesini, 10 rakamı ise "tamamen güvenim var" ifadesini temsil etmektedir.

Bireyin ölçekten aldığı toplam puanı, madde sayısına bölünerek ortalama bir öz-etkililik skoru bulunur. Eğer bu skor 7'nin altında ise, stratejilerin ve problem çözmenin yeniden değerlendirmesi gerektiği, 7 ve üzerinde ise bireyin öz-etkililiğinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Bulgular: Dil eşdeğerliği aşaması Şema 1'de, geçerlik güvenirlik aşaması ise Şema 2'de sunulmuştur.

Ölçek, test-tekrar test analizi için her hastalık grubundan 12 olmak üzere toplam 60 hastaya, 15 gün ara ile iki kez uygulanmıştır. İki ölçüm sonucu arasındaki korelasyon değeri 0.98 bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Test-tekrar test puan ortalamaları arasındaki fark, bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($t=1.19$; $p>0.05$). Tekrarlanan ölçümler sonrası farkın olmaması ve benzer sonuçların bulunması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir.

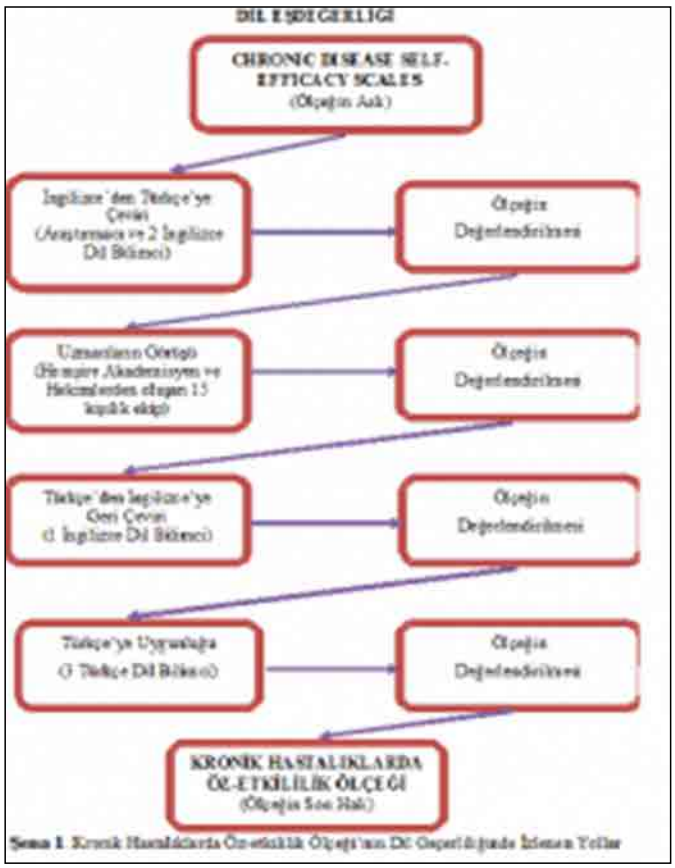
İç tutarlılığın belirlenmesi için Cronbach's α değeri ve madde-toplam puan korelasyon katsayısına bakılmıştır. Toplamda 33 maddeden oluşan ölçeğin, 30 maddeye indirilmesi uygun görülmüştür. Ölçeğin Cronbach's α değeri 0.95›tir. Alt boyutların değerleri Tablo 2›dedir. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları ise 0.55-0.96 arasında uygun sınırlardadır.

Faktör analizinde örneklem yeterliliği için Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequecy=0.91, örneklem büyüklüğü için de Barlett's Test of Sphericity=1287.32 olarak saptanmış olup her iki test sonucunda $p<0.001$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

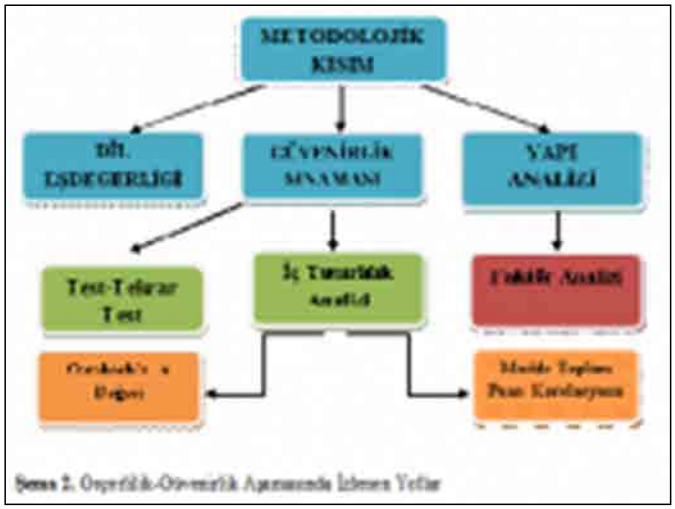
Ölçeğin faktöriyel yapısını belirlemek için "Principal Component" yöntemi kullanılmış ve analizler "varimax" dönüştürmesine göre yapılmıştır. Açıklandığı varyans yüzdeleri Tablo 3›de sunulmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Ölçeğin Türkçe formunun yüksek geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olduğu dolayısıyla da Türk toplumunda kullanılabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Bu doğrultuda ölçeğin daha geniş gruplar ve farklı kültürler üzerinde uygulanması, dolayısıyla da ölçeğin kullanılabilirliğinin araştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: Öz-etkililik, Kronik Hastalık, Hemşirelik, Geçerlik, Güvenirlik



Şekil 1.



Şekil 2.

Tablo 1. Kronik hastalıklarda öz-etkililik ölçeği alt boyutları ve soru sayıları

Alt boyutlar	Soru sayısı
Düzenli spor yapmak	3
Hastalığı hakkında bilgi almak	1
Toplum, aile ve arkadaşlardan yardım almak	4
Hekim ile iletişim kurmak	3
Genel olarak hastalığı yönetmek	5
Gündelik işleri yapmak	3
Sosyal/eğlence etkinliklerine katılmak	2
Nefes darlığı ile başa çıkmak	5
Semptomlarla başa çıkmak	1
Depresyon ile başa çıkmak	6

Tablo 2. Kronik hastalıklarda öz-etkililik ölçeği'nin faktör yapısı ve alt boyutların toplam varyansının açıklama düzeyleri

Faktör grupları	Madde no	Faktör ağırlığı	Alt boyutların açıklandığı varyans %
1.ALT BOYUT	1- 2 -3	0.961- 0.966 -0.982	94.03
2.ALT BOYUT	4	-	-
3.ALT BOYUT	5-6-7	0.884 -0.815 -0.814	70.26
4.ALT BOYUT	8-9-10	0.973 -0.964- 0.987	94.95
5.ALT BOYUT	11-12-13-14	0.751- 0.820 -0.772- 0.782	61.01
6.ALT BOYUT	15-16	0.977- 0.977	95.40
7.ALT BOYUT	17-18	0.974 -0.974	94.83
8ALT BOYUT	19-20-21-22-23	0.799 -0.967- 0.977- 0.967- 0.971	88.07
9.ALT BOYUT	24	-	-
10.ALT BOYUT	25-26-27-28-29-30	0.945 -0.959- 0.930- 0.921- 0.957- 0.943	88.83

Tablo 3. Kronik Hastalıklarda Öz-etkililik Ölçeği Alt Boyutlarının Cronbach's α Değerleri

Alt boyutlar	Cronbach's α değerleri
1.ALT BOYUT Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma	0.968
2. ALT BOYUT Hastalık Hakkında Bilgi Alma	-
3. ALT BOYUT Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma	0.784
4. ALT BOYUT Doktorla İletişim	0.973
5. ALT BOYUT Genel Hastalık Yönetimi	0.786
6. ALT BOYUT Ev İşlerini Yapma	0.952
7. ALT BOYUT Sosyal/Eğlence Aktiviteleri	0.945
8. ALT BOYUT Semptomlarla Başa Çıkma	0.963
9. ALT BOYUT Nefes Darlığı ile	-
10. ALT BOYUT Depresyonu Yönetme/Kontrol	0.975

HS-016

OBEZ BİREYLERDE TEORİLERÜSTÜ MODEL(TM) UYGULANARAK DAVRANIŞ DEĞİŞİMİNİN SAĞLANMASI

Tuğba Menekli[1], Çiçek Fadıloğlu[2]

[1]*Trakya Üniversitesi Keşan Sağlık Yüksekokulu*
[2]*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*

Giriş: Obezite,Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda tüm dünyada obezitenin görülme sıklığı giderek artmaktadır. Obez bireylerin genetik yapısını değiştirmek mümkün olmasa da yeme alışkanlığı fiziksel aktivite düzeyi değiştirilerek, sağlıklı yaşam davranışları kazandırılabilmektedir. Bireylerin sağlık davranışlarını açıklamaya yönelik birçok model geliştirilmiştir. TM, James Prochaska ve Carlo Diclemente (1983) tarafından geliştirilmiştir. Model, davranış değişiminin sonuçtan çok süreç olduğunu, değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimler kullanılması gerektiğini savunur.

Amaç: TM'ye dayalı bilgilendirme ve danışmanlık programının Antropometrik değerlere, lipid profiline, Beslenme ve Egzersiz Değişimlerine olan etkisini değerlendirmek amacı ile uygulamalı(bağımsız eş zamanlı uygulama-kontrol) bir çalışma olarak yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Endokrinoloji polikliniğinde Ağustos 2011-Eylül 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma örneklemini; uygulama grubu 30, kontrol grubu 30 olmak üzere toplam 60 hasta oluşturmuştur. Obezite değerlendirme formu, Rhode Island Üniversitesi Değişimi Değerlendirme Ölçeği, Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği, Egzersiz Değişim Süreçleri Ölçeği ve araştırmacılar tarafından hazırlanan obezitede davranış değişimi el kitabı kullanılmıştır. Ön izlem sonrası girişim grubundaki bireylere, değişim aşaması temelli bireysel danışmanlık girişimi uygulanmış;1 ay, 3 ay ve 6 ay sonra izlemler devam etmiştir. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulundan, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden ve hastalardan yazılı izin alınmıştır.

Bulgular: Uygulama ve kontrol grubundaki bireylerin sosyo-demografik özellikleri şekil 1'de gösterilmiştir. Uygulama grubu bireylerin ön izlemde kilo ortalamasının 95.14±2.7, son izlemde 92.01±1.5;kontrol grubu bireylerin ise ön izlemde 96.19±1.7,son izlemde 98.54±1.2 olduğu saptanmıştır. Uygulama

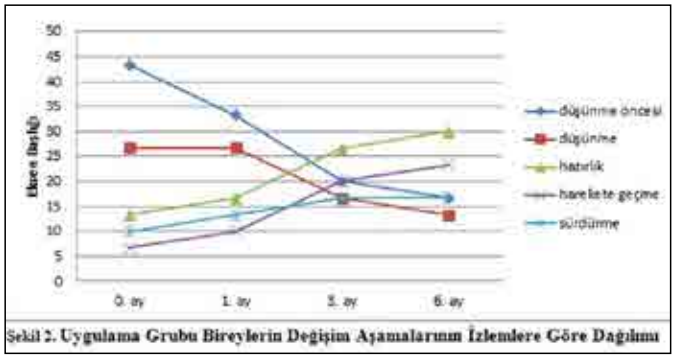
grubu bireylerin ön izlemde beden kitle indeksi ortalamasının 37.11±1.3, son izlemde 33.25±0.4; kontrol grubu bireylerin ise ön izlemde 38.55±1.6, son izlemde 40.15±1.6 olduğu saptanmıştır. Uygulama grubu bireylerin ön izlemde kolesterol ortalamasının 310.34±1.5, son izlemde 306.42±1.6 olduğukontrol grubu bireylerin ise ön 316.14±1.1, son izlemde 319.22±1.8 olduğu saptanmıştır. Uygulama ve kontrol grubu arasında beslenme değişim süreçleri ölçeği, egzersiz değişim süreçleri ölçeği ve Rhode Island Üniversitesi Değişimi değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), ön izlem-son izlem farkının uygulama grubunda istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.01$), kontrol grubunda ise anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Uygulama grubu bireylerin %26.7'sinde değişim aşamasında gerileme,%56.7'sinde değişim aşamasında ilerleme belirlenirken, %16.6'sında aşama değişimi olmamıştır. Kontrol grubu bireylerin %50.0'sinde değişim aşamasında gerileme, %16.7'sinde değişim aşamasında ilerleme belirlenirken, %33.3'ünde aşama değişimi olmamıştır (Şekil 2,3).

Sonuç: Obez hastalara yönelik TM doğrultusunda hazırlanmış bireysel danışmanlık hemşirelik girişimlerinin beslenme ve egzersiz davranış değişiminin sağlanmasında etkili ve yararlı olduğu saptanmıştır.

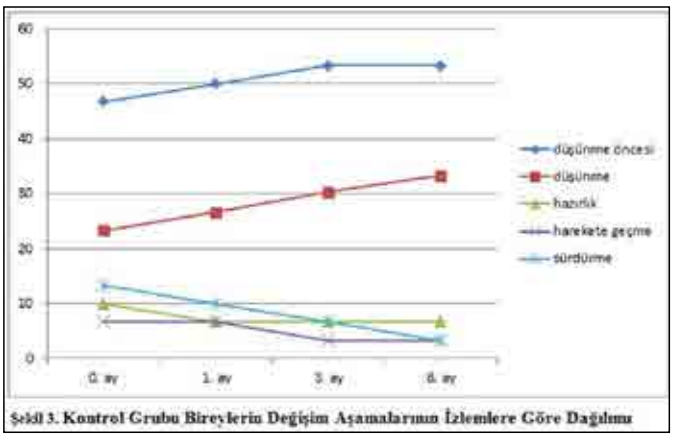
Anahtar Kelimler: teorilerüstü model, değişim aşaması, davranış değişimi, beslenme, egzersiz, izlem, hemşirelik, uygulama-kontrol grubu

Şekil 1: Bireylerin Sosyo-demografik Ozelliklerinin Dağılımı

Kişisel Özellikler	*Uygulama Grubu*		*Kontrol Grubu*	
	S	*%*	*S*	*%*
Yaş Grubu				
22-28	5	16.7	4	13.3
29-36	18	60.0	16	53.4
37-44	7	23.3	10	33.3
Yaş ortalaması	X̄ : 32.21±5.7		X̄ : 34.82±4.1	
Cinsiyet				
Kadın	19	63.3	17	56.7
Erkek	11	36.7	13	43.3
Eğitim Durumu				
İlköğretim Mezunu	4	13.3	3	10.0
Ortaöğretim Mezunu	8	26.7	9	30.0
Lise Mezunu	12	40.0	13	43.3
Lisans Mezunu	6	20.0	5	16.7
Medeni Durum				
Bekar	12	40.0	10	33.3
Evli	18	60.0	20	66.7
Gelir Durumu				
İyi	5	16.7	6	20.0
Orta	21	70.0	19	63.3
Kötü	4	13.3	5	16.7
TOPLAM	30	100	30	100



Şekil 2. Uygulama Grubu Bireylerin Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Dağılımı



Şekil 3. Kontrol Grubu Bireylerin Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Dağılımı

HS-017

KALP YETMEZLİĞİ HASTALARINDA BAKIM VERENLERİN YÜKÜ İLE HASTALARIN HASTALIĞA İNANÇ UYUM İLİŞKİSİ

Sibel Sevinç[1], Sevgin Samancıoğlu[2]

[1]*Kilis 7 Aralık Üniversitesi Y.Ş. Sağlık Yüksekokulu*
[2]*Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı*

Giriş: Kronik bir hastalık olan kalp yetmezliğinde, hastanın hastalığa uyumunu bir çok faktör etkileyebilir. Bakım verenin bakım yüküde bu faktörlerden biri olabilir.

Amaç: Bu çalışmada, KY nedeniyle tedavi alan hastalara bakım verenlerin bakım yükü ile hastaların hastalığa inanç uyum düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma Ocak – Haziran 2014 tarihleri arasında bir Üniversite Hastanesi'nde yürütüldü. Çalışmanın örneklemini belirtilen tarihler arasında belirtilen hastanenin kardiyoloji servisinde tedavi gören, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden KY tanısı almış hastalar ve bu hastalara bakım verenler oluşturdu. Çalışmada; veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan hastalara 31, hasta yakınlarına 33 sorudan oluşan ve sosyodemografik özellikleri içeren soru formu ile hastanın hastalığa inanç ve uyumu ölçen; İlaca Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHİÖ), Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHİÖ), Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği (BİHİÖ) ile hasta yakınının bakım yükünü ölçen Zarit Bakım Yükü ölçeği ile toplandı. Araştırmaya başlamadan önce her bir hastaya araştırmanın amacı açıklandıktan sonra hastalardan görüşme öncesi sözel ve yazılı onam alındı.

Bulgular: Araştırmanın örneklemini 92 KY hastası ve 92 bakım veren oluşturdu. Hastaların yaş ortalaması 59.89 (SD,17.11) bakım vericilerin yaş ortalaması 47.50(SD,14.77) idi. Bakım yükü ölçeği ile İUHİÖ yarar alt boyutu arasında (r =,434 P <0.001) pozitif, engel alt boyutu arasında (-,449 P < 0.001) negatif korelasyon; DUHİÖ yarar alt boyutu arasında (r= ,295 P= 0,004) pozitif korelasyon saptandı, DUHİÖ engel alt boyutu arasında (r =,106 P= ,314) ilişki saptanmadı. Bakım yükü ölçeği ile BİHİÖ yarar alt boyutu arasında (r= ,393 P <0.001) pozitif korelasyon saptandı, BİHİÖ engel alt boyutu arasında (r =-,080 P=,448) anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç: Bakım yükü fazla olan bakım vericilerin hastalarının ilaç ve diyete uyumda, bireysel izlemde algıladıkları yarar yüksek, ilaç uyumda algıladıkları engeller düşük olarak saptandı. Bu sonuçlara dayanarak, bakım vericilerin yükünün artmasıyla birlikte, hastalarında hastalığa uyumu sağladıkları söylenebilir. Böylece, kalp yetmezliği hastalarının hastalığa uyumunda etkin olduğu düşünülen bakım vericilerin bakım sürecinde desteklenmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimler: Kalp Yetmezliği, Bakım Yükü, Hastalığa İnanç-Uyum

HS-018

AYDIN MERKEZDE YAŞAYAN 75 YAŞ VE ÜZERİ YAŞLILARIN YAŞAM KOŞULLARI VE SAĞLIK DURUMLARI

Serap Gökçe[1], Sakine Boyraz[1], Filiz Adana[1], Fatma Demirkıran[1], Emine Didem Evci Kiraz[1], Betül Aktaş[2], Safiye Özvurmaz[1], Belgin Yıldırım[1]

[1]Adnan Menderes Üniversitesi
[2]Katip Çelebi Üniversitesi

Teknolojinin insan yaşamına sağladığı kolaylıklar, tıptaki gelişmeler, sağlığı koruma ve sürdürme konusunda bilinçlenme ye bağlı olarak, beklenen yaşam süresini uzamakta; yaşlı nüfus oranı artmakta; yaşlı sorunları çözülmesi gereken önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışma; 75 yaş ve üzeri yaşlılarda yaşam koşulları ve sağlık durumlarının değerlendirmesi, acil ve sürekli ihtiyaçlarının belirlenmesi, güvenlik sorunlarının tespiti, bu ihtiyaçları giderecek kurum ve kuruluşların bilgilendirilmesi, üniversite-emniyet işbirliğinin geliştirilmesi ve yeni projeler için zemin hazırlanması amacıyla Ekim 2012 -Şubat 2013 tarihleri arasında kesitsel tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Aydın merkezde yaşayan 75 yaş ve üzeri 5450 birey oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi; çok aşamalı örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür bilgisine ve yaşlı sağlığı konusunda uzman öğretim üyelerinin görüşleri doğrultusunda hazırlanan "Yapılandırılmış Soru Formu" ve "Günlük Yasam Aktiviteleri Ölçeği (GYA)" kullanılarak toplanmıştır. Ölçümsel olarak elde edilen verilerde; sfigmomanometreli tansiyon aleti, steteskop, timpanik termometre, baskül (taşınabilir) ve esnemeyen mezuro kullanılmıştır. Verilerin toplanmasında; 2012-2013 Eğitim yılı Güz döneminde Aydın Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencileri ve Aydın İl Emniyet Müdürlüğü Toplum Destekli Polislik Büro'sunda çalışan polis memurları görev almıştır. Veriler SPSS paket veri programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yaş: Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların yaş ortalaması 80.54 ± 4.42, çocuk sayısı: 3.43±1.85, %49,4'ü evli, %35,6'sı okur-yazar değil; %91,6'sının sosyal güvencesi bulunmakta; %71,2'si emeklidir. Katılımcıların büyük bölümü (66,3) bakımını kendisinin sürdürdüğünü ve (37,3) eşiyle birlikte yaşadığını, hanesinde özürlü birey olmadığını (%92,5) belirtmiştir. 86,3'ünün kronik bir hastalığı bulunmakta; %87,0'sinin herhangi bir özrü bulunmamakta ve %98,4'ü giderilmesi gereken acil sorunu bulunmadığını bildirmektedir. Ölçümsel verilere bakıldığında; BKI (n=190) 26.09 ± 3.42; sistolik tansiyonu: (n=501)132,2± 16,7mmHg diastolik tansiyonu: (n=501) 76,8 ±11,3 mmHg olarak saptanmıştır. Araştırma sonucuna göre katılımcıların çoğunlukla günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduklarını bildirdikleri görülmüştür. Araştırma sonuçları katılımcıların %99'unun saldırıya uğramadığını, %95,3'ünün evine hırsız girmediğini; çoğunluğunun ev içinde ve ev dışında kaza geçirmediğini ortaya koymuştur.

Katılımcıların özellikleri ile bağımlılık düzeyleri karşılaştırıldığında; bekar olanların, eğitim durumu ilkokul ve altı olanların, emekli olanların, sosyal güvencesi olanların, aylık gelir durumu yeterli olanların, bakımını başkası sağlayanların, hanede özürlüsü olanların, haneye dışardan yardım almayanların, fiziksel özrü olmayanların ve evden dışarı çıkamayanların bağımlılık durumunun daha fazla olduğu (p< 0.05) bulunmuştur.

Bu sonuçlarla yaşlı bireylerin günlük yaşamda karşılaştıkları zorluklara çözüm bulabilmek, ihtiyaç ve isteklerinin tespit edilmesi resmi ve sivil kurum ve kuruluşların katılımı ile ihtiyaçlarının görülmesi, rutin ziyaretlerle sürekli kontrollerinin yapılması ve sosyal hayata katılımlarının sağlanabilmesi amacıyla kurumlar arası işbirliği ve yeni stratejiler geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: yaşlı, yaşam koşulu, sağlık durumu

HS-019

YAŞLI BİREYLERİN SAĞLIK VE SOSYAL ÇALIŞANLARDAN BEKLENTİLERİNİN İNCELENMESİ

Özlem Küçükgüçlü, Burcu Akpınar Söylemez

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Giriş: Avrupa yaşlanan toplumun gereksinimleriyle karşı karşıyadır. Yaşlanan toplumun gereksinimlerini karşılamaya yönelik olumlu yaklaşımlar gereklidir. Yüksek öğrenim kurumları bu gereksinimleri karşılamada en önemli rolü üstlenmektedirler. Bu proje sağlık personelinin eğitimini yaşlı populasyonun değişen gereksinimlerini karşılamaya hazır hale getirmeyi amaçlamaktadır. Projenin direkt hedef grubu sağlık eğitimi veren kurumlar, eğitimciler ve bu kurumların yöneticileridir. İndirekt hedef grubu ise, öğrenciler, çalışanlar ve yaşlılardır. Bu projenin amacı: Tüm Avrupa kapsamında yaşlı bireylerle çalışan sağlık personeli için ortak yeterlilikler (copetences) geliştirmektir. Bu yeterlilikler çerçevesi sağlık personeli yetiştiren kurumlarda müfredat oluşturulması ya da mevcut müfredatların geliştirilmesi için kullanılacaktır. Bu araştırma bu proje kapsamında 10 çalışma grubundan içinde Türkiye'nin yer aldığı dördüncü çalışma grubunun sorumluluğu çerçevesinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın amacı: Yaşlı bireylerin "yaşlı bireylerle çalışan sağlık personelinde olması gerektiğini düşündükleri ve arzu ettikleri yeterlilikleri " belirlemektir.

Yöntem: Bu çalışma kalitatif araştırma metodu kullanılarak yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.

Örneklem: Her ülkeden 60 yaşın üzerinde 16 kişi ile görüşme yapıldı. Toplam altı ülkeden doksanaltı katılımcı ile görüşülmüştür.

Verilerin toplanması: Dördüncü çalışma grubunda yer alan ülkeler Portekiz, Türkiye, İsveç, Litvanya, Ingiltere, Avusturya dır. Her katılımcı ülke derinlemesine görüşme yoluyla veri toplamıştır. Görüşme sırasından katılımcı ülkeler tarafından literatür incelenerek, istenen temalara ve ülke temsilcilerinin tartışmalarına dayanarak hazırlanmış yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

Etik boyut: Her ülke kendi ülkesinin ve kurumunun etik kurulundan çalışmanın yürütülmesi

AVRAVRUPA İLERİ YAŞ AKTİF AĞI PROJESİ ELLAN – European Later Life Active Network Project, Avrupa birliği'nin "yaşam boyu öğrenme" programI kapsamInda desteklenen bir projedir- ELLAN – European Later Life Active Network Agreement number 2013-3218/001-001; Project number 539547-LLP-1- 2013-1-FI-ERASMUS-ENW

This project has been funded with support from the Lifelong Learning Programme of the European Commission. This publication (communication) reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Anahtar Kelimler: ellan, analiz

HS-020

SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Yasemin Tokem[1], Figen Ok[2]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Tanımlayıcı tipte planlanan bu araştırmanın amacı; hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) yapılan hastalarda yaşam kalitesinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

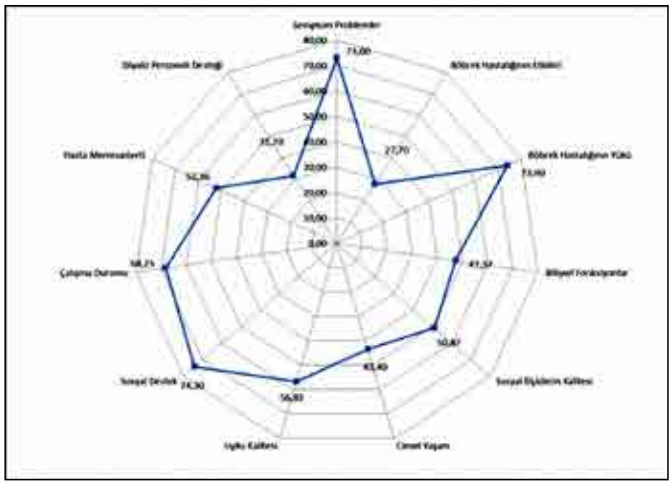
Gereç Yöntem: Araştırmanın evreni; İzmir ilindeki bir üniversite hastanesinin Nefroloji Kliniğine kayıtlı olarak Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi tedavisi alan tüm son dönem böbrek hastaları oluşturmuştur (N=100). Belirtilen kuruma kayıtlı hemodiyaliz tedavisi alan 70 hasta, SAPD tedavisi alan 30 hasta olmak üzere toplam 100 diyaliz hastasının tamamı araştırma örneklemini oluşturmuş ve 15 Eylül 2014- 9 Ocak 2015 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak Veriler Hasta Tanıtım Formu (9 soru) ve Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form *(Kidney Disease Quality of Life Questionnaire-Short Form: Original form geçerlik güvenirlik çalışması Barotfi ve ark.2006; Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Yıldırım ve ark. 2007)* ile toplanmıştır. Bu ölçek; 36 soru ve 11 boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanların artması yaşam kalitesinin yükseldiğini gösterir. Verilerin analizinde; SPSS paket programında tanımlayıcı ve karşılaştırmalı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Araştırmanın etik boyutunda; Üniversitenin Girişimsel Olmayan Etik Kurulunda Etik izin; araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin ve araştırmaya dahil olan hastalardan sözel ve yazılı onamları alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya dahil olan hastaların %51'i erkek, %20'si 31-40 yaş aralığında, %19'u 51-60 yaş aralığında, %63'ü ilkokul mezunu, %62'si evlidir. Hastalıkla ilgili değişkenler incelendiğinde; %54'ü 0-5 yıl önce böbrek hastalığı tanı konmuştur, %71'i 0-5 yıldır diyaliz tedavisi almaktadır. Diyaliz hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamaları Tablo 1'de ve puan diyagramı Şekil 1'de gösterilmiştir. Böbrek hastalığı tanısı konma süreleri ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 6-10 yıldır tanısı olan hastaların diğer gruplara göre sosyal destek boyutundaki yaşam kalitesi puanlarının daha düşük (p=0.037), gelir düzeylerine göre incelendiğinde gideri fazla olan gruptaki hastaların böbrek hastalığının etkileri puan ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu (p=0.004), yaş gruplarına göre incelendiğinde 20-30 yaş grubundaki hastaların bilişsel fonksiyon alt boyutu ve sosyal ilişkilerin kalitesi alt boyutu puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu (sırasıyla p=0.024, p=0.021), 31-40 yaş grubundaki hastaların çalışma durumu alt boyutu puan ortalamalarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu (p=0.047), cinsiyete göre incelendiğinde kadın hastaların çalışma durumu alt boyutunda puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (p=0.036) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Sonuç ve Öneriler: Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda diyaliz tedavisi alan son dönem hastalarının yaşam kalitesi "orta" düzeyde saptanmıştır. Hastalara verilecek bakım ve tedavi uygulamalarında bulgularda yer

alan bağımsız değişkenler ve etkilenen alt boyutlar dikkate alınmalı ve bakım planına dâhil edilmelidir.

Anahtar Kelimler: Böbrek Hastalığı, Diyaliz, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik



Şekil 1.

Tablo 1. Diyaliz hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı

	Ortalama Puan	SD	Min. puan	Max. puan
Semptom Problemler	73,000	24,433	10,000	100,000
Böbrek Hastalığının Etkileri	27,700	13,916	10,000	50,000
Böbrek Hastalığının Yükü	73,900	22,958	20,000	100,000
Bilişsel Fonksiyonlar	47,367	20,869	3,330	96,670
Sosyal İlişkilerin Kalitesi	50,867	24,429	6,670	100,000
Cinsel Yaşam	43,400	29,822	10,000	100,000
Uyku Kalitesi	56,818	18,764	9,090	95,450
Sosyal Destek	74,300	24,629	20,000	100,000
Çalışma Durumu	68,250	24,773	12,000	100,000
Hasta Memnuniyeti	52,360	9,200	20,000	60,000
Diyaliz Personeli Desteği	31,700	11,639	10,000	50,000

HS-021

NÖBET TUTAN HEMŞİRLERDE OTONOMİK KARDİYAK AKTİVİTENİN KALP HIZI DEĞİŞKENLİĞİ ANALİZİYLE İNCELENMESİ

Müzeyyen Arslan[1], Sümeyra Yavuz[1], Mesut Kararslan[1], Özlem Çerikçi[1], Şenol Dane[2]

[1]*Turgut Özal Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu*
[2]*Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç: Vardiya ve nöbet şeklinde çalışma biçimi, çalışan kişinin normal biyolojik, psikolojik, sosyal yaşama şeklini bozan bir durumdur. Bu çalışma kalp ritminin önemli bir belirleyicisi olan otonom sinir sistemi üzerinde hemşirelerde gece nöbetinin etkilerinin neler olduğunu belirlemektir.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada hemşirelerde nöbet tutmanın Kalp Hızı Değişkenliği (KHD) ve kan basıncı üzerine etkileri incelendi. Çalışmaya 20-40 yaş arası nöbet tutan 50 hemşire katıldı. Uygun koşullarda 5 dk EKG kaydı yapılarak KHD analizi yapıldı. Araştırma verilerinin toplanmasında literatür taraması sonucunda araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyo demografik bilgileri içeren anket formu ve EKG kayıtları (EKG kaydı için halen Fizyoloji Anabilim Dalı Laboratuarı' nda biyosinyallerin multimodal izlenmesi amacıyla kullanılan PowerLab 26T (ADInstruments, Avustralya) ölçüm cihazı kullanıldı) kullanılmıştır. Dijital sinyaller daha sonra bir dizüstü bilgisayara aktarıldı ve LabChart® yazılımı (MLS310/7 - HRV Module) kullanılarak analiz edildi. Tüm kayıtlarında R dalgaları işaretlendi Kayıtlardan yazılım tabanlı filtrelerle ektopik atımlar ve hareket artefaktları temizlenerek ardışık tüm RR intervalleri elde edildi.

Bulgular: Çalışma 50 hemşirenin katılımı ile tamamlandı. Katılımcıların yaş ortalaması 25,44; hemşirelik yaptığı sürelerin ortalaması 3,5 yıl olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda nöbet tutmanın KHD'ni olumsuz yönde etkilediği analizin bazı paremetrelerinde bulunmuştur.

Sonuç: Vardiya ve nöbet şeklinde çalışma biçimi, çalışan kişinin normal biyolojik, psikolojik, sosyal yaşama şeklini bozan bir durumdur. Hemşirelerde vardiyalı çalışmanın kalp hızı değişkenliği üzerine etkisini belirlemek amacıyla araştırmanın daha geniş bir örneklem grubunda daha uzun süreli olarak yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimler: Vardiyalı çalışma; hemşire; kalp hızı değişkenliği

HP-001

TOKAT'TA KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN "HEMŞİRELİK BAKIM PLANI" KONUSUNDAKİ ALGILARI VE YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLER

Saadet Lale Tarım[1], Mesut Ardıç[2], Döndü Tuna[2]

[1]Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tokat Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
[2]Gaziosmanpaşa Üniversitesi Erbaa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Giriş: Ülkemizde 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde ki projelerden biri; bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü bir diğeri nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon olarak ifade edilmektedir. Bu çalışmaların amacı "sağlık hizmeti sunumunda" hizmet kalitesini arttırmak, sürekli gelişimi sağlamak, sağlık bakımına ihtiyaç duyan bireylerin ve sağlık hizmeti verenlerin hukukunu ve güvenliğini en üst düzeyde korumak ve israf etmeksizin kaynakların en etkili yolla kullanılmasını sağlamak olarak belirtilmektedir. (Demir ve ark., 2010). Bu amaçla Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve sonra Üniversite hastaneleri kliniklerinde çalışan hemşirelerden bireysel hasta bakım planının aktif kullanımı istenmekte ve hatta zorlanmaktadır.

Araştırmanın amacı: Çalışma, kliniklerde çalışan hemşirelerin "hemşirelik bakım planı" konusundaki algıları ve yaşadıkları güçlükleri belirlemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve yöntem: Araştırma Tokat il merkezinde bir Devlet Hastanesi ile bir Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan 208 hemşire ile yapılmıştır. Veriler 15 Temmuz – 30 Ağustos 2013 tarihleri arasında toplanmış, SPSS 16 programında, sayı, yüzdelik hesaplarından yararlanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hemşirelerin %34,6'sı 24-29 yaş aralığında, %52.4'ünün lisans mezunu, %80.8'inin yatak başı hemşiresi, %67.8'inin nöbet usulü ile çalışmaktadır.

Hemşirelerin %71.6'sı bakım planı kullanırken, %28.4'ü kullanmamakta, %75'i kendilerini hasta bakımında "yeterli" görürken, %58.7'si temel hemşirelik işlevlerini yerine getiremediğini ve sebep olarak %44.2'si iş yükü fazlalığını göstermiştir.

Hemşirelerin %56.2'si bakım planının hemşireye iş doyumu sağlamadığını düşünürken, %50'si hemşireye bireysel kimlik kazandırdığı, %53.8'i hemşirenin kritik düşünme ve yaratıcılığı geliştirdiği ve %52.4'ü hemşirenin bağımsız fonksiyonlarını kullanmayı arttırdığı, %63.5'i hemşireye yasal dayanak sağlayacağı görüşündedir.

Hemşirelerin %61.1'i bakım planının bakımın niteliğini arttırdığını, %49'u hemşire ve hastaya fayda sağladığını belirtirken %44.2'si buna katılmamakta ve büyük bir kısmı (%56.7) hemşirenin vaktini aldığını düşünmektedir.

Bakım planı hazırlamada, hemşirelerin %27.5'i bakım planı yazmada "her zaman", %27.1'i girişim planlama, %26.9'u sonuç değerlendirmede "nadiren" güçlük yaşadıkları görülmüştür.

Bakım planı hazırlama/kullanmada yaşanılan güçlüklerin en önemli sebebi olarak %27.7'si zaman yetersizliğini, %19.2'si eleman yetersizliğini, %16.2'si hasta sayısı fazlalığını, %13.8'i yararına inanmamayı göstermiştir. Yaşanılan güçlükleri azaltmak için %49.6'sı hemşire sayısının artırılmasını, %20.2'si hasta merkezli çalışmayı, %13.2'si hizmet içi eğitimi, %10.9'u ekip işbirliğinin geliştirilmesini önermiştir.

SONUÇ ve öneriler: Güçlükler dikkate alınarak, çalışma şartlarının iyileştirilmesi, uygun hemşire-hasta sayısının sağlanması, hemşirelik işlevlerinin dışında iş yükünün azaltılması, hasta merkezli çalışmanın tercih edilmesi önerilebilir.

Hemşirelerin önemli bir kısmının bakım planı kullanmanın hemşireye iş doyumu sağlamadığı hatta hemşirenin vaktini aldığı, bakıma ayıracağı zamanı kısıtladığına dair algıları da bakım planı kullanmayı zorlaştıran bir diğer faktördür. Eğitim süresince bir hemşirelik modelini kullanmanın gerekliliğine inandırılmaları ve okul hastane işbirliği ile desteklenmeleri gerekmektedir.

Anahtar Kelimler: Hemşirelik süreci, bakım planı algısı, bakım planı yapmada yaşanılan güçlükler

Tablo 1. Hemşirelerin Bakım Planı Algıları

Bakım planı kullanmanın faydaları	s	%
İş doyumu sağlar		
Evet	91	43,8
Hayır	117	56,2
Bilimsel kimlik kazandırır		
Evet	104	50
Hayır	104	50
Kritik düşünme ve yaratıcılığı geliştirir		
Evet	112	53,8
Hayır	96	46,2
Bağımsızlığı artırır		
Evet	109	52,4
Hayır	99	47,6
Bireye özgü bakımın niteliğini artırır		
Evet	127	61.1
Hayır	81	38,9
Hastaya ve hemşireye fayda sağlar		
Evet	102	49
Hayır	92	44,2
Hemşireye yasal dayanak sağlar		
Evet	132	63.5
Hayır	72	36,5
Bakıma ayırılacak vakti azaltır		
Evet	118	56,7
Hayır	90	43,3

HP-002

BİR YERLEŞİM BÖLGESİNDEKİ 40 YAŞ ÜZERİ KADINLARDA MAMOGRAFİ TARAMA SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sevil Biçer[1], Ayla Ünsal[2], Gökçe Demir[2], Yasemin Şadiye Ceyhan[2]

[1]Erciyes Üniversitesi
[2]Ahi Evran Üniversitesi

Amaç: Bu çalışma; bir yerleşim bölgesindeki 40 yaş üzeri kadınların meme kanseri risk düzeylerinin belirlenmesi, erken tarama programlarından mamografi çektirme alışkanlığının kazandırılması, mamografiye yönlendirilmesi ve mamografi sonuçlarının değerlendirilmesi amacıyla kesitsel bir araştırma olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Kırşehir ili Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Halk Sağlığı Şube Müdürlüğü iş birliği ile 1 Şubat -1 Haziran 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini; bu tarihler arasında Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi servislerinde yatılı hizmet alan, 40 yaş üzerinde olan kadın hasta ve yakınları oluşturmaktadır. Araştırma kesitsel tipte olup evreninin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, ayrıca örneklem sayısı belirlenmemiştir. Bu süre zarfında araştırmaya katılmayı kabul eden 409 kadına ulaşılmıştır. Araştırma öncesinde Ahi Evran Üniversitesi'nden etik kurul belgesi, katılımcılara araştırmanın amacı ve uygulama hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onam belgesi alınmıştır. Araştırmada verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili literatür incelemesi sonucunda hazırlanan veri toplama ve meme kanseri risk değerlendirme formu kullanılmıştır.

Veri toplama ve meme kanseri risk değerlendirme formu uygulanan kadınlar için Kırşehir Kanseri erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'nden (KETEM) ran-

devu alınmış ve belirlenen gün ve saatte kadınlara eşlik edilerek mamografi çektirmelerine yardımcı olunmuştur. Mamografi sonuçları her kadın için KETEM'de görev yapan doktorla değerlendirilmiş ve patoloji saptanan kadınların tercihine göre Kayseri veya Ankara'daki hastanelerin genel cerrahi polikinliklerine yönlendirilmiştir.

Verilerin analizinde, SPSS 16.0 (Statistical Package of Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler olarak; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve yüzde (%), ölçümle belirlenen değişkenler için ise ortalama±standart sapma (x±ss) kullanılmıştır. Ölçümle belirlenen veya hesaplanan değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu tek örnek Kolmogorov-Smirnov testi ile sayısal olarak incelenmiştir. İki grup arasındaki farklılığı bulabilmek için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Üç ve üzeri grup karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bulgular: Annesinde ve kişisel meme kanseri öyküsü bulunan, çocuğu olmayan, 11 yaşından önce menarşa giren, beden yapısı şişman olan, meme kanseri risk değerlendirme formuna göre yüksek risk grubunda olan, mamografi sonucuna göre nodüler ve aksiler lenf nodu bulunan kadınlarda meme kanseri risk puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Mamografi sonucuna göre doktor tavsiyesi üzerine kadınların, % 61.1'ine bir yıl sonra kontrole gelmeleri istenirken, %38.9'una daha ileri teşhis için bireylerin kendi tercihlerine göre Kayseri veya Ankara'daki hastanelerin genel cerrahi polikinliklerine yönlendirilmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışma sonucunda araştırma kapsamına alınan kadınların %1.7'sinde meme kanseri riski çok yüksek bulunmuş ve patolojik durum olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşireler; hizmet verdikleri kadınları meme kanseri risk faktörleri yönünden tanımalı, risk düzeylerini belirlemeli, yaş grubuna uygun tarama programlarına katılmaya teşvik ve takip etmelidir

Anahtar Kelimler: Mamografi, Tarama

HP-003

DİSFAJİLİ GERİATRİK BİREYDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Halil İbrahim Tuna, Pınar Tunç Tuna

Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz SYO

Yaşlıda disfaji ve yönetimi: Yutma sürecindeki herhangi bir bozulma disfaji olarak tanımlanabilir. Ağız içinde, farinkste, larinkste ve özefagusta fizyolojik ya da anatomik problemleri bulunan insanlar disfaji belirtileri ve işaretleri gösterebilirler. Buna ek olarak disfaji; en önemlileri pnömoni ve malnutrisyon olan çeşitli sağlık durumu bozukluklarına yol açabilir.

Disfaji yaşlı nüfus içerisinde giderek artış göstermektedir. Yaşlılarda yaşla ilgili değişen çiğneme fizyolojisi kadar yaşla ilgili hastalıklar da disfaji için predispozan faktörlerdir. Yaşlıda sık rastlanan inme, Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı gibi nörolojik hastalıklar sıklıkla yutma güçlüğüne yol açarlar. Disfaji bakım evi yaşlılarının % 68'ini, hastaneye kabul edilen yaşlıların % 30'unu, inme geçiren yaşlı hastaların % 64'ünü ve bağımsız yaşayan yaşlıların da % 13 ile 18' ini etkilemektedir. Dahası disfaji mortalite ve morbidite oranlarının yükselmesi ile de ilgilidir.

Disfaji oral alım tercihlerinin bozulmasına yol açabilir ve bu durum nutrisyonel dengenin bozulması ile sonuçlanır. Bu da fonksiyonel kapasitenin bozulmasına neden olabilir. Dahası disfaji yaşlı bireylerde kırılganlık, zayıflık sürecine neden olabilir. Yaşları 65-94 arasında olan yaşlılardan seçilen bir grupta disfaji prevelansı % 37.6 olarak rapor edilmiştir.

Disfajisi olan yaşlı bireyler oral alım tercihlerinin bozulması ya da oral alımı reddetmeleri sonucunda ağız hijyeni alışkanlıklarını değiştirebilirler. Bu da ağız bakımının aksamasına ve ağız bakımı konusunda bağımlı olmalarına yol açabilir.

Disfajili Yaşlıda Hemşirelik Bakımı: Hemşireler; hastalarının günlük bakımını yaparken oral alımın sürdürülmesi sırasında aspirasyon riskini azaltmak için çeşitli müdahaleler başlatabilir ve bu müdahaleler yoğunlaştırılmış ağız hijyeni yönetimi, yemek yerken optimize edilmiş oturma pozisyonu verme, rahatsız edici seslerin önlenmesi ve sakin bir ortam sağlanması ve hastaların ağzına küçük parçalar halinde yiyeceklerin verilmesi ile aspirasyon olasılığına minimize edebilmeyi sağlayabilir.

Duru sıvı alımı sırasında öksüren hastalar için koyu kıvamda sıvı kullanımı ve çiğneme zorluğu çeken hastalar için yiyecek kıvamının düzenlenmesi ayrıca kafanın doğru pozisyonu, çiğneme yardımı ve ağız içinde yiyecek havuzu oluşturma, çiğneme refleksini başlatmak için soğuk uygulama disfajik hastalar için bazı tedavi yönetimleri olabilir.

Hemşireler ayrıca disfajili hastaların alacağı katı ve sıvı besinlerin kıvamını ve koyuluğunu ve hastaların bu besinleri hangi sıra ile alacağını yönetebilir. Disfajik hastalar için hayat tarzı değişikliği yeterli oral alımın sağlanması için oldukça önemlidir. Bu müdahaleler ile ilgili kanıtların belirsiz olmasına karşın, hayat tarzı değişikliği ve yiyeceklerde kıvam ayarlama (püre haline getirme, kıyma gibi) disfajik hastaları aspirasyondan koruyabilir ve bunlar sağlık profesyoneli tarafından uygulanabilir.

Hastaya multi disipliner yaklaşılmalı, tedavi ve bakımında aktif rol alınmalıdır.

Yaşlının genel durumu değerlendirilmeli, bağımlı-bağımsız fonksiyonları belirlenmelidir.

Hastanın bilinç durumu değerlendirilmeli, birden fazla ilaç kullanıp kulanmadığı kontrol edilmelidir.

Ağız içi muayene edilmeli, çürük diş, çekilmiş veya kanayan diş eti ve ağız kokusu varsa ağız ve diş sağlığını geri kazandırmak için girişimler yapılmalıdır.

Besinler küçük lokmalar halinde verilmeli, yeterince çiğnediğinden ve sorunsuz yutabildiğinden emin olunmalıdır.

Anahtar Kelimler: Disfaji, Disfajik Hasta Bakımı, Yaşlı Bireyde Disfaji

HP-004

ASPİRASYON PNÖMONİSİ

Şehriban Yöndem, Fatma Ok Sever, Kerim Güler

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Acil Dahiliye

Aspirasyon pnömonisi (AP) yaşlılarda sık görülen mortalite nedenidir. Kötü ağız hijyeni, oluşmasında önemli rol oynar. Bu derleme ile ağız bakımında hemşirelerde farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

Aspirasyon; orofarengeal veya gastrik içeriğin alt solunum yollarına geçişine denir. Orofarengeal aspirasyonu engelleyen en önemli savunma mekanizmaları öksürük refleksi ve yutma fonksiyonudur. Sağlıklı erişkinlerin yaklaşık yarısı uyku sırasında az miktarlarda orofarengeal içeriği aspire eder. Normal farengeal sekresyondaki bakteriyel virülansın düşük olması, öksürme fonksiyonu, siliyer transport, immün savunma mekanizmaları sayesinde patoloji oluşmaz; ancak bunlardan birinde bozukluk olursa pnömoni gelişebilir. Aspirasyon sonucunda başlıca üç pulmoner sendrom ortaya çıkar. Birincisi; akciğere toksik maddelerin aspirasyonu sonucu oluşan aspirasyon pnömonitisi. İkincisi; non-toksik maddelerin aspirasyonuna bağlı refleks olarak hava yolu kapanması. Üçüncüsü ise; enfeksiyon etkenleriyle kolonize olmuş orofarengeal sekresyonun aspirasyonu ile oluşan AP' sidir. AP, ikinci en sık hastane enfeksiyonu nedenidir. Mortalitesi yapılan çalışmalarda %20-80 arasında değiştiği bildirilmektedir. AP' de etken genellikle ağız florasıdır. Yaşlı ve yutma refleksi bozulmuş hastalarda gelişen AP' de etkeni araştıran bir çalışmada, en sık normal flora örnekleri tespit edilirken bunu *Candida spp, Staphylococcus spp., Streptococcus spp.* izlemiştir. Yaşlılıkla azalan immün cevap, ağız hijyeni kötü olan yaşlılarda, periodontal hastalığa yol açan anaerob bakteriler ile bazı enterik çomakların oral florada kolonize olmalarına neden olmaktadır. Bu inokulum aspirasyon yoluyla akciğerlere ulaşabilir ve AP gelişimine yol açabilir. Ağız bakım alışkanlıklarına yönelik yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üzeri 101 bireyin sadece %16'sının en az 2 kez dişlerini fırçaladıkları bildirilmiştir. AP ve periodontal hastalık ilişkisine yönelik son yıllarda yayınlanan çalışmalar, özellikle dişlerini fırçalayamayan yatağa bağımlı hastaların yavaş beslenmeleri ve ağız hijyeninin yardımcı personel tarafından kabul edilebilir seviyeye getirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Hemşireler hastanın oral kavitesini değerlendirmeli, diş fırçalama sıklığını, kullanılan malzemeleri, protez varlığını ve temizleme biçimini sorgulamalıdırlar. Ağız hijyeni günde en az 2 kez etkin bir şekilde diş, yanak ve dili kapsayacak şekilde mekanik temizlik yapılmalı ve arayüz temizleyicileri(diş ipi, arayüz fırçası) kullanılmalıdır. Asitli gıda tüketimi sonrası ağız su ile çalkalanmalı ve 2-3 saat sonra dişler fırçalanmalıdır. İnatçı bakteri plağı olan, engelli, el manipülasyonu yetersiz veya Parkinson hastalığı olanlarda elektrikli diş fırçaları önerilebilir. Diş fırçası yumuşak, naylon kıllı ve yuvarlak uçlu olmalıdır. Bakım öncesi hastanın başı en az 30° yukarıda tutulmalıdır. Ağız içinde enfeksiyon varsa özel ağız bakımı uygulanmalıdır. Bakım solüsyon türü ve uygulama sıklığı mukozadaki etken ile doğrudan ilişkilidir. Genellikle en az 2 en fazla 8 saat aralıklarla uygulanır. Hasta ve yakınları ağız bakımı konusunda eğitilmeli, devamlılığının sağlanması ve düzenli diş hekimi kontrollerinin önemi hakkında bilgilendirilmelidirler.

Sonuç: Pnömoninin yüksek mortalite oranı düşünülerek, yaşlı hastalarda kötü ağız hijyeni varlığında AP oluşumunu önlemek için hastalar ağız hijyeni konusunda eğitilmeli ve hemşirelerin farkındalığının artırılması sağlanılmalıdır.

Anahtar Kelimler: Aspirasyon pnömonisi, Ağız hijyeni ve bakımı

HP-005

60 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE UYUMU VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Necla Biçer, Zümrüt Ak gün Şahin

Kafkas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Bu araştırma, 60 yaş ve üzeri hastaların günlük yaşam aktivitelerine uyumu ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın evrenini Eylül 2014- Şubat 2015 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatarak tedavi gören 60 yaş ve üzeri 340 hasta, örneklemi ise araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişime açık, en 60 yaş ve üstü 320 hasta oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu, Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, ve WHOQOL Bref Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmada %73.5'ünün görme, %67.3'inin işitme, %60.3'ünün hareket, %78.2'sinin tat almada yetersizlik yaşadığı, %68.3'ünün Alet/Protez/cihaz kullandığı, %69.5'inin baston kullandığı saptanmıştır. Hastaların fiziksel yetersizliğine göre bağımlılık durumlarının dağılımına bakıldığında; görme, işitme, hareket, tat alma sorunu yaşayanlarda bağımsız olarak günlük yaşam aktivitelerini yapmakta yetersiz oldukları, yardımcı araç-gereç (gözlük, işitme cihazı, protez, baston) kullananlarda ise günlük yaşam aktivitelerini yine bağımsız bir şekilde yerine getirmekte zorluk yaşadıkları belirlenmiştir. Hastaların Yaşam Kalitesi alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; Bedensel alan (10.45±1.53), ruhsal alan (9.23±1.87), sosyal alan (9.45±1.76) ve çevresel alan (9.65±1.66) puan ortalamalarının dağılımının düşük olduğu görülmüştür.

Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik yaşadıkları, yardımcı alet kullanarak fiziksel yetersizliklerini tamamlamaya çalıştıkları ve Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimler: Yaşlı, günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi.

HP-006

60 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ KİŞİLERİN YAŞAM DOYUMU VE YAŞAM TUTUM PROFİLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Zümrüt Akgün Şahin

Kafkas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Bu çalışma 60 yaş ve üzerindeki kişilerin yaşam doyumu ve yaşam tutum profilleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Kars il merkezinde bulunan Yenişehir Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireyler üzerinde (350) tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan tanıtıcı özellikler formu, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yaşam Tutum Profilleri Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzdelik oran, t testi, ANOVA, Korelasyon Analizi, Kruskal Wallis ve Mann Whitney- U testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Yaşlıların %53.8'inin 65-70 yaş aralığında, %56.4'ü kadın, %73.6'sı evli, %74.3'ü okur yazar ve %63.3'ünün herhangi bir işte çalışmamaktadır. Yaşlıların yaşam doyumu puan ortalaması 12.55±2.66 olarak bulunmuştur. Yaşam tutum profili puan ortalaması incelendiğinde; yaşamın amacı alt boyutundan 30.33±5.76, yaşamın anlamı alt boyutundan 30.62±5.25, Yaşama Dair Seçim/Sorumluluk alt boyutundan 30.42±5.64, Yaşamın Anlamını Araştırma alt boyutundan 22.52±4.45 puanını almışlardır. Yaşlıların yaş gruplarına göre Yaşam Doyumu ve Yaşam Tutum Profili puan ortalamaları incelendiğinde; yaş arttıkça yaşam doyumunun azaldığı ve Yaşam Tutum Profili tüm alt boyutlarında anlamlı bir düşmenin olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Cinsiyete göre Yaşam Doyumu ve Yaşam Tutum Profili puan ortalamaları incelendiğinde; Yaşam Tutum Profili alt boyutlarından Yaşamın Anlamı ve Yaşama Dair Seçim/Sorumluluk puan ortalaması erkeklerde daha fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşlıların Yaşam Doyumu ve Yaşam Tutum Profili tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Sonuç: Yaşlıların genel olarak yaşam doyumları ve yaşam tutum profillerinin düşük düzeyde olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimler: Geriatri, Yaşam Doyumu, Yaşam Tutum Profili

HP-007

HİPERTANSİYONLU HASTALARIN İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM/ÖZ ETKİLİLİK DÜZEYLERİNİN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Zümrüt Akgün Şahin

Kafkas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Bu araştırma hipertansiyon tanısı alan hastaların ilaç tedavisine uyum düzeylerinin ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma Ekim-Nisan 2015 tarihleri arasında Kars Devlet Hastanesi İç hastalıkları polikliniklerine başvuran 185 hipertansiyon hastası ile yapılmıştır. Veri toplama araçları olarak; hasta bilgi formu ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde yüzde hesaplama, ortalama, student t-testi, tek yönlü ANOVA testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Hipertansiyon hastalarının yaş ortalamasının 61.78±9.12 olduğu, hastaların %54.6'sının kadın, %86.7'sinin evli olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların ilaca bağımlılık/uyum öz-etkililik puan ortalamasının 60.78±2.25 olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubunun ilaca bağımlılık/uyum öz-etkililik puan ortalamasının düşük olduğu saptanmıştır. Hipertansif hastaların kişisel özellikleri ve hastalığa ilişkin özellikleri ile ilaca bağımlılık/uyum öz-etkililik puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Diyete uyum sağlayan hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine bağımlılık/uyum öz-etkililik düzeyleri diyete uyum sağlamayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Hipertansiyon hastalarının diyete uyumunu arttırmada sağlık ekip üyelerinin iş birliği içinde hastalığa uygun diyet programlarının hazırlanması önerilir.

Anahtar Kelimler: Hipertansiyon, uyum, ilaca bağlılık, hemşirelik bakımı.

HP-008

İNMELİ HASTALARA BAKIM VERENLERDE BAKIM YÜKÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Zümrüt Akgün Şahin

Kafkas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Çalışma, inmeli hastaya bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma Mart 2014-Nisan 2015 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Kars Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniklerinde yatan 84 hastanın bakım vereni oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak; hasta bilgi formu ve Zarit Bakım Yükü Ölçeği, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde ki-kare, Student t, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların bakım verenlerinin Zarit Bakım Yükü Ölçeği puan ortalamasının 71.45 ± 5.20 olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan bakım verenlerin, bakım yüklerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklere göre bakım verme yükü ölçek puanıyla karşılaştırıldığında, cinsiyet, çalışma durumu, yaş grupları ve eğitim düzeyi ile anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Bakım verenlerin bakım vermeden önce ve bakım verdikten sonraki sağlık algıları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ($p<0.001$).

Sonuç: İnmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükünün yüksek olduğu saptanmıştır. Aile üyeleri ile bakım verme yükünü paylaşmak bir kişiye düşen yükü azaltabilir. Aile içinde her bireye bakımla ilgili eşit sorumluluk verilmelidir.

Anahtar Kelimler: İnme, bakım beren yükü, hemşirelik.

HP-009

HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARIN TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMI: LİTERATÜR TARAMASI

Duygu Kes[1], Feray Gökdoğan[2], Döndü Tuna[3]

[1]Karabük Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Karabük
[2]British University of Nicosia, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, KKTC
[3]Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

Bu literatür taramasında dünyada ve ülkemizde hipertansiyonu olan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) kullanım sıklığı, türü, bilgi kaynağı, kullanma nedeni, algılanan yararı ve kullanan grubun özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Gazi Üniversitesi kütüphanesi elektronik veri tabanları üzerinden Medline, YÖK Ulusal Tez Merkezi, Google Akademi Ebscohost, Pubmed taraması ile 2004-2014 yılları arasında yayınlanmış 10 uluslararası altı ulusal makaleye iki yüksek lisans tezine ulaşılmıştır.Ayrıca 2009-2014 ulusal kongre kitaplarında sunulan bir olgu sunumu ve bir bildiri özeti incelenmiştir. Literatür taramasında "complementary and alternative therapy (CAM); hypertension; herbals" anahtar kelimeleri kullanılmıştır. İncelenen çalışmalardaki örneklem toplamını hipertansiyonu olan 62.555 hasta oluşturmuştur. TAT kullanım sıklığı %12,8 ile % 85,7 arasında dağılım göstermektedir. En sık kullanılan yöntemin bitki karışımları olduğu ve kullanılan bitkisel ürünler ülkelerin kültürlerine göre değişmektedir. TAT kullanımını; ilaçları satın alamama, yaş, cinsiyet, aile tipi, hipertansiyona ek kronik hastalığın olması, ikamet edilen yer, eğitim durumu, ailede hipertansiyon öyküsü olması, çalışma durumu, kullanılan TAT türü, kullanım süresi, bilgi kaynağı, hipertansiyonun önlenebilir bir hastalık olduğu algısı, hipertansiyonun doğa üstü güçler (büyü,sihir) nedeniyle oluştuğuna inanma gibi faktörlerin etkilediği belirtilmiştir. Kullanılan diğer yöntemler ise dua ve kupa terapisidir. Bilgi kaynağının sıklıkla arkadaş, akraba, internet, televizyon, diğer hastalar ve sağlık personelleri olduğu belirtilmiştir. TAT kullanma nedeni olarak hastalar sağlık sorunlarını tedavi etmek, hastalık semptomlarını hafifletmek, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, kan basıncını kontrol altına almak ve ilaçları satın alamama nedeniyle kullandıkları belirlenmiştir. Hastaların büyük çoğunluğunun doktor/hemşireye konu ile ilgili bilgi vermediği belirtilmiştir.

Anahtar Kelimler: Hipertansiyon, Tamamlayıcı ve Alternatif tedaviler, Bitkisel tedaviler

HP-010

HEMODİYALİZ HASTALARINA YAPILAN VAKA YÖNETİMİNİN SAĞLIK ALGISI VE SEMPTOMLARA ETKİSİ

Bahar İnkaya [1], Sezgi Çınar [2]

[1]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
[2]Celal Bayar Üniversitesi

Bu çalışmanın amacı; hemodiyaliz hastalarında sağlık algısı ve yakınmaların iyileştirilmesinde vaka yönetiminin etkisi olup olmadığını belirlemektir. Metodolojik ve deneysel olarak yapılan bu çalışma iki aşamada gerçekleştirildi. İlk aşamada; hemodiyaliz hastalarında oluşabilecek sağlık algısı ve yakınmaları belirlemek için iki ölçek geliştirildi. Hemodiyaliz Hastalarında Sağlık Algısı Ölçeği (HHSAÖ) Cronbach alfa katsayısı 0,79, ve Hemodiyaliz Hastalarında Yakınma/Semptom Ölçeği (HHY-SÖ) ölçeğinin 0,83 olarak bulundu. İkinci aşamada; 80 hemodiyaliz hastası örneklem grubuna alındı ve deney ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrıldı Kontrol grubuna ilk görüşmede herhangi bir eğitim yapılmadı, ancak son görüşmede hemodiyaliz ile ilgili kapsamlı bir eğitim verildi. deney grubuna ise birinci görüşmede yapılan eğitim sonrası vaka yönetimi ile 3 aylık izlem yapıldı. Vaka yönetimi için "Vaka Yönetimi Bakım Protokolü" oluşturuldu ve izlem bu protokole gore yapıldı. Deney grubunda, ilk görüşme ve son görüşme arasında HHSAÖ puanları açısından anlamlı fark bulunmazken, ilk görüşmeye gore son görüşmede HHY-SÖ puanlarının azaldığı belirlendi. Kontrol grubunda, ilk görüşme ve son görüşme arasında HHY-SÖ puanları açısından anlamlı fark bulunmazken, HSAÖ puanlarının ilk görüşmeye gore son görüşmede arttığı belirlendi. İlk görüşmede, iki grup arasında HHSAÖ ve HHY-SÖ puanları farklı değilken, son görüşmede deney grubuna göre kontrol grubunun HHSAÖ ve HHY-SÖ puanlarının daha kötü olduğu belirlendi. Son görüşmede, kontrol grubuna gore deney grubunun serum sodium, potasyum, kalsiyum, hemoglobin, hematokrit düzeylerinde artma olurken, interdiyalitik kilo alımı ve kan basınçlarında azalma oldu. Vaka yönetimi ile takip yapılan hemodiyaliz hastalarının sağlık algısının daha iyi olduğu ve yakınma-semptomlarının azaldığı belirlendi. Sonuç olarak; hemodiyaliz hastalarında olumsuz sağlık algısının ve yakınma-semptomların azaltılmasında vaka yönetimi etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimler: hemodiyaliz, sağlık algısı, yakınma, geçerlilik

HP-011

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN HASTALARDA YETİ YİTİMİ İLE DEPRESYON DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bahar İnkaya[2], Ezgi Karadağ[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Amaç: Bu çalışma KOAH'lı hastaların yeti yitimi ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini 100 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri; Sosyo-demografik ve hastalık verilerine ilişkin soru formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA) kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde . t-testi, Kruskall Wallis Varyans Analizi, Mann Whitney-U testi, pearson korelasyon analizi ve cronbach alfa iç tutarlılık testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların BDÖ'ne göre aldığı puanlar incelendiğinde; hastaların %19'u minimal, %40'ı hafif, %33'ü orta, %8'inin şiddetli derecede depresyonda olduğu saptanmıştır. KYA puanlarının dağılımı incelendiğinde; hastaların %10.0'ında yeti yitimi yokken, %5.0'ında hafif, %23.0'ında orta, %62.0'ında ağır derecede yeti yitimi geliştiği belirlenmiştir. Erkek hastalarda yeti yitimi düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. KOAH'nın ruh sağlığını etkilemediğini ifade eden hastaların yeti yitimi ve depresyon puanları, ruh sağlığını etkilediğini ifade eden hastalara göre daha yüksek çıkmıştır.

Sonuç: KOAH'lı hastalarda depresyon düzeyi ile yeti yitimi arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu, depresyon düzeyi arttıkça yeti yitiminin arttığı saptanmıştır. Bu nedenle KOAH'lı hastalara bakım veren hemşirelerin hastaların psikolojik sorunlarını göz ardı etmemeleri ve hastaların rutin olarak ruhsal durumunu da değerlendirmeleri gerekmektedir.Anahtar Kelimler: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, depresyon, yeti yitimi, hemşirelik.

HP-012

HEMODİYALİZDE EĞİTİM OLMALI MI? EVET AMA NASIL???

Bahar İnkaya[1], Özlem Düzalan[2]

[1]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
[2]Çankırı Karatekin Üniversitesi

Hemodiyaliz, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastalarda en çok kullanılan tedavilerinden biridir. Düzenli diyaliz tedavisi ile hastaların iki diyaliz seansı arasında almış oldukları sıvı (interdiyalitik kilo) ya da besinlerin metabolizması sonucu oluşan su ultrafiltrasyon (UF) yolu ile uzaklaştırılır. Hemodiyaliz tedavisinden fayda sağlayabilmek için hastaların zorlayıcı diyet ve sıvı kısıtlamalarına uymaları gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda, hemodiyaliz hastalarının diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyumunu sağlamak için hasta eğitimi (Barnett et al., 2008; Shi et al., 2013), hastanın kendi kendine izlemi (Welch et al., 2009) ve vaka yönetimi (Chow and Wong, 2010) gibi yöntemlerin etkili olduğu bildirilmiştir. Hemodiyaliz hastalarının tedavi, bakım ve eğitiminde önemli role sahip olan hemodiyaliz hemşirelerinin, hastaların diyet ve sıvı kontrolü hakkında bilgi, davranış ve tutumlarını bilmeleri, hastalarının yetersiz oldukları konularda eğitim vermeleri gerekmektedir. Eğitim programına başlanırken, renal hastalığın gidişatı önemlidir. Çünkü, üremik semptomların varlığı hastanın algılama ve öğrenme yetisini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle de hemşire eğitim için uygun bir zamanı belirlemelidir. Bu noktada birçok kronik hastalıkla birlikte SDBY'de de kullanılan vaka yönetimi; bakımı geliştirmek ve maliyeti kontrol altına almak amacıyla yüksek riskli ve yüksek maliyetli hedef hasta gruplarına verilen bakımı koordine etmek amacıyla kullanılan bir süreçtir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda kronik hastalıklar için vaka yönetiminin pozitif etkisi olduğu belirlenmiştir (Chow and Wong, 2010; Horigan et al., 2012; Rourke, 2012). Bunun dışında SDBY'de vaka yönetimi anksiyetesinin azalmasına, diyet-sıvı kısıtlamalarına daha rahat uyum sağlamasına ve hastanın kendine güveninin ve yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olmaktadır (Chow and Wong, 2010). Bunların gerçekleşmesi içinde multidisipliner bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Bu noktada biz hemşirelere oldukça fazla görev düşmektedir. Multidisipliner yaklaşımı sağlayabilmek, hasta bakım sürekliliğini ve ekip içi işbirliğini en önemlisi de hastaya yarar sağlayabilmek için hasta eğitiminde vaka yönetiminin kullanılması önerilmektedir (KDIGO, 2013).

Anahtar Kelimler: hemodiyaliz, eğitim, vaka yönetimi, hemşire

HP-013

GESTASYONEL DİYABETLİ GEBEDE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN ETKİSİNİN İNCELENMESİ VAKA ÇALIŞMASI

Hamdiye Arda Sürücü[1], Yeter Erbil[2]

[1]Dicle Üniversitesi, Atatürk Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü, Diyarbakır
[2]Kamu Hastaneler Birliği Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyabet Eğitim Merkezi, Diyarbakır

Amaç: Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM) görülme sıklığı giderek artmaktadır. GDM diyabetli gebelerde ve yenidoğanlarda komplikasyon gelişimini önlemek için önerilen tedavinin yönetimi önemlidir. Bu vaka çalışmasında, gestasyonel diyabetli gebenin incelenmesi ve hemşirelik girişimleri sonrası sürecinin paylaşılması amaçlanmaktadır.

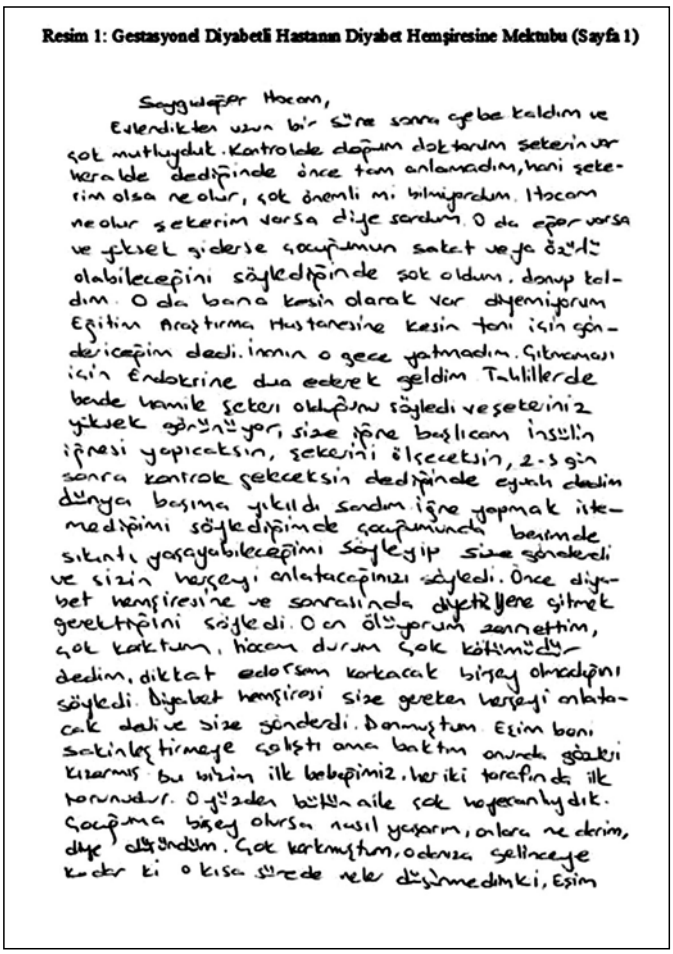
Yöntem: Çalışma, bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmıştır. Vaka olarak 1981 doğumlu 25 haftalık bir gebe alınmış ve gebe tanımlanırken isim ve soy isminin ilk harfleri olan S.Ç. kısaltmaları kullanılmıştır. Verilerin kullanılabilmesi için S.Ç.'den izin alınmıştır. S.Ç. ile bireysel üç görüşme yapılmış ve görüşmeler ortalama 60 dk sürmüştür. Her bir görüşme sonrası eğitim konuları özetlenmiş (insülin uygulaması, hipoglisemi yönetimi, düzenli yaptırılacak tetkikler ve kan şekeri izlemi) ve S.Ç.'nin öğrendikleri eğitim konular hakkında geri bildirim alınmıştır. Her bir eğitim oturumu sonrası, verilen eğitim konularını içeren görsel materyaller/broşürler verilmiştir. S.Ç.'ye üç telefon danışmanlığı verilmiş ve telefon görüşmelerinde, insülin uygulama tekniğinde sorun olup olmadığı sorulmuş, doz ayarlama ve beslenme ile ilgili danışmanlık verilmiştir. Telefonda verilen danışmanlıklar ortalama 5 dk sürmüştür.

Bulgular: Çalışmada, S.Ç.'ye uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası 3. ayda A1c düzeyi %6.0 olduğu ve hastadan alınan geri bildirim sonrası, açlık kan şekeri ortalamasının 79 mg/dl ve tokluk 1. saat kan şekeri ortalamasının 127 mg/dl olduğu, insülini doğru teknikle uyguladığı, egzersiz yaptığı ve tıbbi beslenme tedavisine uyduğu gözlenmiş ve hastadan alınan geribildirimden de anlaşılmıştır. Doğum sonrası annenin gebelik haftasına uygun ağırlıkta olduğu belirlenmiştir. İzlemi süreci içerisinde gestasyonel diyabetli gebe duygu yoğunluğunu dile getiren bir mektup ile diyabet hemşiresine olumlu geribildirimde bulunmuştur (Resim 1).

Sonuç: Vaka çalışmasında, diyabet hemşiresinin terapötik yaklaşımı ve danışmanlığı sonrası hastanın sağlık sonuçlarında olumlu gelişmeler olduğu ve GDM'li gebe, diyabet hemşireliği uygulamaları hakkında olumlu geribildirimlerde de bulunmuştur. GDM'li gebelerde tedavi yönetiminde hemşirelik girişimlerinin etkisinin incelendiği girişimsel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

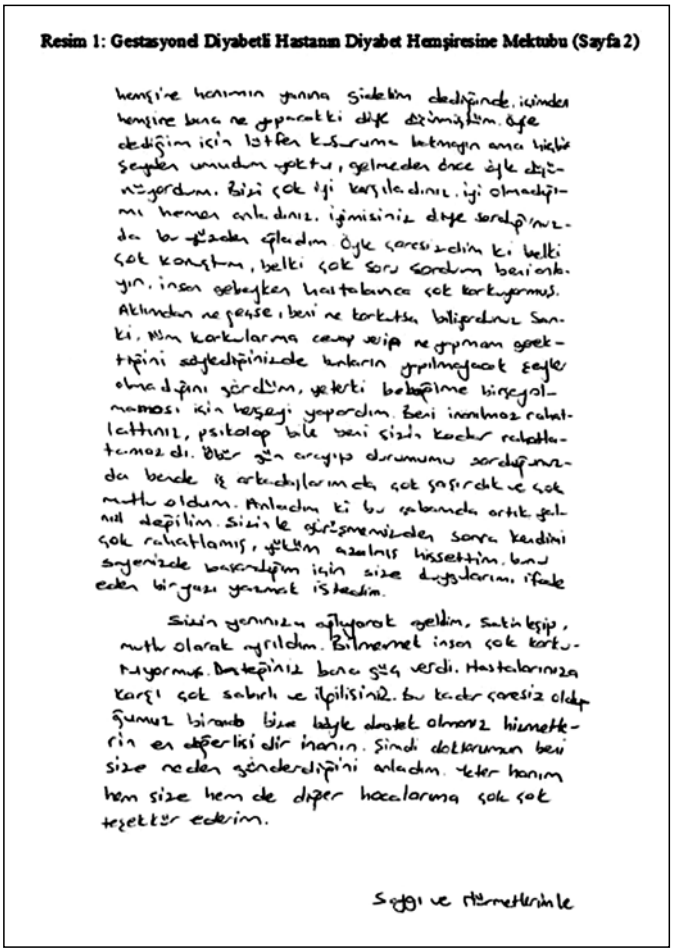
Anahtar Kelimler: Anahtar kelimeler: Bireysel eğitim, hemşirelik girişimleri, gestasyonel diyabet.

Resim 1: Gestasyond Diyabetli Hastanın Diyabet Hemşiresine Mektubu (Sayfa 1)



Saygıdeğer Hocam,
Evlendikten uzun bir süre sonra gebe kaldım ve çok mutluydum. Kontrolde doğum doktorum şekerin var herhalde dediğinde önce tam anlamadım, hani şekerim olsa ne olur, çok önemli mi bilmiyordum. Hocam ne olur şekerim varsa diye sordum. O da eğer varsa ve yüksek giderse çocuğumun sakat veya özürlü olabileceğini söylediğinde şok oldum, donup kaldım. O da bana kesin olarak var diyemiyorum Eğitim Araştırma Hastanesine kesin tanı için göndericeğim dedi. Inanın o gece yatmadım. Sabahı Endokrine dua ederek geldim. Tahlillerde bende hamile şekeri olduğunu söyledi ve şekeriniz yüksek görünüyor, size iğne başlıcam insülin iğnesi yapıcaksın, şekerini ölçeceksin, 2-3 gün sonra kontrole gelecektin dediğinde eşimi dünya başıma yıkıldı sandım iğne yapmak istemediğimi söylediğimde çocuğumuzda beraberde sıkıntı yaşayabileceğini söyleyip size gönderdi ve sizin herşeyi anlatacağınızı söyledi. Önce diyabet hemşiresine ve sonrasında diyetisyene gitmek gerektiğini söyledi. O an ölüyorum zannettim, çok korktum, hocam durum çok kötümüydü dedim, dikkat edersen korkacak birşey olmadığını söyledi. Diyabet hemşiresi size gereken herşeyi anlatacak dedi ve size gönderdi. Donmuştum Eşim beni sakinleştirmeye çalıştı ama baktım onunda gözleri kızarmış. Bu bizim ilk bebeğimiz, her iki tarafında ilk torunudur. O yüzden bütün aile çok heyecanlıydık. Çocuğuma birşey olursa nasıl yaşarım, onlara ne derim, diye düşündüm. Çok korkmuştum, odaya gelinceye kadar ki o kısa sürede neler düşünmedimki, Eşim

Resim 1: Gestasyond Diyabetli Hastanın Diyabet Hemşiresine Mektubu (Sayfa 2)



hemşire hanımın yanına gidelim dediğinde, içimden hemşire bana ne yapacak diye düşünüyordum. Öyle dediğim için lütfen kusuruma bakmayın ama hiçbir şeyden umudum yoktu, gelmeden önce öyle düşünüyordum. Bizi çok iyi karşıladınız, iyi olmadığımı hemen anladınız. İğneniz diye sorduğunuzda bir yüzden çıkacağım öyle çaresizdim ki belki çok konuştum, belki çok soru sordum bezdirdim. İnsan gebeyken hastalıkça çok korkuyormuş. Aklından ne geçse, beni ne korkutsa bilirdiniz sanki. Hem korkularımı cevap verip ne yapmam gerektiğini söylediğinizde bakarın yapılmayacak şeyler olmadığını gördüm, yeterki bebeğime birşey olmaması için herşeyi yapardım. Beni inanılmaz rahatlattınız, psikolog bile beni sizin kadar rahatlatamazdı. Ofiste çıkıp durumumu sorduğunuzda bende iş arkadaşlarımda çok şaşırdık ve çok mutlu oldum. Anladım ki bu çabamda artık yalnız değilim. Sizinle görüşmemizden sonra kendimi çok rahatlamış, yükümün azalmış hissettim. Bana sağınızda bulunduğum için size duygularımı ifade eden birşeyler yazmak istedim.

Sizin yanınıza ağlıyarak geldim, sakinleşip, mutlu olarak ayrıldım. Bilmemek insan çok korkutuyormuş. Desteğiniz bana güç verdi. Hastalarınıza karşı çok sabırlı ve ilgilisiniz. Bu kadar çaresiz olduğumuz bir anda bize böyle destek olmanız hizmetlerin en üstünlüğü diye inanıyorum. Şimdi doktorumun beni size neden gönderdiğini anladım. Yeter hanım hem size hem de diğer hocalarıma çok çok teşekkür ederim.

Saygı ve Hürmetlerimle

HP-014

HİPERTANSİYONU OLAN VE OLMAYAN YAŞLILARDA ÖFKE DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Fatma Ayhan[1], Nevin Çıtak Bilgin[2]

[1]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
[2]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Amaç: Araştırma hipertansiyonu olan yaşlı bireylerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının hipertansiyonu olmayan yaşlı bireylerden farklı olup olmadığının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılmıştır.

Materyal-Metot: Araştırmanın evrenini Bolu Valiliği Yaşlı Merkezine kayıtlı 320 yaşlı oluşturmuştur. Örneklem grubuna bu merkeze kayıtlı hipertansiyonu olan 73 ve hipertansiyonu olmayan 73 olmak üzere toplam 146 yaşlı alınmıştır. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, kikare, fisher's exact testi, t testi, tek yönlü varyans analizi ve Pearson's korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalamasının 72.68±6.39 olduğu, hipertansiyonu olan (%68.5) ve olmayan (%64.4) yaşlıların çoğunluğunun 65-74 yaş grubunu oluşturduğu, hipertansiyonu olanların %65.8'inin olmayanların ise %76.7'sinin evli oldukları, hipertansiyonu olanların %79.5'inin, olmayanların %89.0'unun gelirlerinin gidere denk olduğu belirlenmiştir.

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlılarda sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaş, eğitim ve medeni duruma göre de hipertansiyonu olan ve olmayan grupta sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Hipertansiyonu olan erkeklerin kadınlara göre öfkeyi dışa yansıtma ve öfke kontrol puan ortalamaları yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hipertansiyonu olan bireylerde hipertansiyon süresi ile öfkeyi dışa yansıtma puanları arasında negatif yönlü zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hipertansiyon tanısı alma süresi artıkça öfkeyi dışa yansıtma puanlarının azalma yönünde eğilim gösterdiği gözlenmiştir. Araştırmamızdan elde edilen bulgular hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlılar arasında sürekli öfke ve öfke ifade tarzı açısından farklılık olmadığını göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler: Hipertansiyonu olan erkeklerin kadınlara göre öfkeyi dışa yansıtma ve öfke kontrol puan ortalamaları yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olması nedeniyle erkek yaşlılara öfkelerini kontrollü bir şekilde ifade edebilmeleri konusunda eğitim verilmesi ve öfke kontrolüne ilişkin eğitim materyalleri geliştirilip ücretsiz olarak dağıtılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, Yaşlı, Öfke

Tablo 1. Hipertansiyonu olan yaşlıların cinsiyete göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:73)

	Gruplar	Sayı	X± SS	t	p*
Sürekli Öfke	HT olan kadınlar	45	19.04±4.49	0.138	0.891
	HT olan erkekler	28	19.18±3.74		
Öfke İçe	HT olan kadınlar	45	16.91±2.59	1.400	0.168
	HT olan erkekler	28	15.86±3.41		
Öfke Dışa	HT olan kadınlar	45	13.09±2.94	2.733	0.008
	HT olan erkekler	28	15.00±2.88		
Öfke Kontrol	HT olan kadınlar	45	20.22±3.48	2.514	0.015
	HT olan erkekler	28	22.28±3.36		

Tablo 2. Hipertansiyonu olan yaşlıların, hipertansiyon süresi ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puanları arasındaki ilişki (n:73)

	Sürekli Öfke	Öfke İçe	Öfke Dışa	Öfke Kontrol
Hipertansiyon Süresi	0.093	0.025	-0.239	-0.147

HP-015

DOĞRU VE ETKİN İNHALER KULLANIMI

Döndü Tuna[1], Hatice Bostanoğlu[2], Duygu Kes[3]

[1]Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
[2]Zirve Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
[3]Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

İnhalasyon yoluyla ilaç uygulama, astım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) başta olmak üzere hava yolu hastalıklarında, bronkodilatasyon ve antiinflamatuvar amaçla kullanılmaktadır. Tedavide, istenilen etkinin oluşması için cihaz ve uygun inhalasyon tekniğinin doğru seçilmesi gerekir. İnhaler cihazların doğru kullanımı ile hastalığa uyum, acile başvuruda azalma, maliyet etkinliği, semptom kontrolü ve atak sayısında azalma arasında pozitif bir ilişki vardır.

Hasta, hastanede yatarken, gerekli eğitim, servis hemşiresi tarafından verilmeli, ayrıca evde bakım hemşiresi, taburcu olan hastanın inhalerini doğru kullanıp kullanmadığı konusunda hastayı takip etmeli ve eğitimler sürdürülmelidir. Hemşirelerin bu konuda hasta eğitimi verebilmeleri için yeterli bilgiye sahip olmaları gerekir. Bu nedenle, bu derlemede, hava yolu hastalıklarının yönetiminde etkili olan doğru ve etkin inhaler kullanımı hakkında hemşirelere hasta eğitiminde rehber bilgiler yer almaktadır.

Anahtar Kelimler: İnhaler kullanımı, uyum, hasta eğitimi, hemşirelik

HP-016

HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIK KARŞILAŞILAN PROBLEMLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Döndü Tuna[1], Nimet Ovayolu[2], Duygu Kes[3]

[1]Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
[2]Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri fakültesi
[3]Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan bireylerin tedavisinde en sık (%79) uygulanan renal replasman tedavisi (RRT) tipi Hemodiyaliz (HD) tedavisidir. Böbrek yetmezliğine bağlı ortaya çıkan belirti ve bulgular HD tedavisi ile kontrol altına alınırken, tedavi süreci ve yaşamın HD makinesine bağlı sürdürülmesi farklı sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunlar arasında; hipotansiyon, kas krampları, yorgunluk, güçsüzlük, bulantı, kusma, anemi, kanama, enfeksiyona eğilim, üremik kemik hastalığı, üremik kaşıntı, hiperlipidemi, endokrin anormallikler, fistül komplikasyonları, tromboz, vasküler yetmezlik, anevrizma, rüptür, fiziksel sorunlara bağlı fiziksel işlevsellikte ve genel sağlık algısında bozulma, psikososyal ve emosyonel sorunlara bağlı sorumlulukların yerine getirilmesinde güçlükler, uyku bozuklukları yer almaktadır. HD hastalarının yaşadığı sorunların doğru ve etkin yönetimi, hastaların yaşam kalitesinin ve hemşireler tarafından verilen bakımın niteliğinin arttırılması açısından önemli bir etkendir. Bu derlemede, sıklıkla yaşanılan sorunlar ve çözüm önerileri hakkında rehber oluşturacak bilgiler yer almaktadır.

Anahtar Kelimler: kronik böbrek yetmezliği, hemodiyaliz, hemodiyaliz sorunları, hemşirelik

Tablo 1. Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri: özeti

Problem	Çözüm Önerisi
Hipotansiyon	• Ultrafiltrasyon kontrollü diyaliz makinesi kullanımı • İnterdiyalitik kilo alımını önleyen diyet ve tuz kısıtlaması • Kuru ağırlığın iyi tesbiti ve kuru ağırlığın altında UF yapılmaması • Diyaliz solüsyonu Na+'unun düşük tutulmaması • Na+ profilinin uygulanması
Kas krampları	• Ultrafiltrasyonun hızının ayarlanması • Hipotansiyonla beraber olan kramplarda salin solüsyonlarının (izotonik/hipertonik NaCl solüsyonu) verilmesi • Hipertonik glukoz (%20) kullanılarak da HD sırasında oluşan kramplar durdurulabilir
Bulantı-kusma	• Diyaliz kan akım hızı kontrolü, • Hipotansiyonun düzeltilmesi • Antiemetik (oral/parenteral) verilmesi
Kaşıntı	• Kuru ve pullu cilde suda eriyebilen losyon ya da solüsyon sürülmesi, • sert sabun ve çok sık banyo yapmaktan kaçınmak (gün aşırı yeterli olabilir) • Cilt kuru ise banyo sonrası vücut yağı sürülmesi • Aromaterapi, akupressör, akupunktur gibi tamamlayıcı tıp yöntemlerinin kullanılması • Antihistaminik, ağrı ve kaşıntıyı hafifletebilir
Yorgunluk	• Hemşire, hastanın aktivitelerini değerlendirmeli, yorgunluğa neden olan aktiviteleri belirlemeli ve hastaya özgü aktivite planı oluşturmalı • Hastanın önceliklerini tanımlayarak, vazgeçilebilir olanların bırakılmasını sağlamalı • Hemşire hastayı enerjisinin en yüksek olduğu dönemlerde önemli işlerini yapması konusunda yönlendirmelidir. • Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk sıklıkla anemiye bağlı ortaya çıkar, bu durumda reçete edilen demir ilaçlarını doğru bir şekilde uygulamalı • Hastaların hemodiyaliz sonrası yorgunluklarının yönetimi eğitici programların düzenlenmesi • Hastaların yorgunluğa ilişkin deneyimlerini paylaşmak için haftalık hasta grup toplantılarının yapılması • Egzersiz, yoga, akupresure gibi tamamlayıcı tedavi yöntemlerin kullanılması
Uyku sorunları	• Hemşire, hastanın uyku alışkanlığını ve uyku hikayesini değerlendirmeli • Hasta birey için dinlendirici bir ortam hazırlamak, uyku ve diğer temel fizyolojik gereksinimlerini yerine getirmesini sağlamak • Uyku hijyeni eğitimi, relaksasyon, egzersiz programları, lavanta esansiyel yağı ile aromaterapi uygulanması • Yaşam kalitesinin yükseltilmesi, kas kramplarının önlenmesi gibi alternatif uygulamalar • Sosyokültürel yapı ve yaş baz alınarak hastalara uygun müzik dinletilmesi
Enfeksiyon	• Hemşire, diyalizin amacı ve fistülün önemini hasta ve yakınına anlatmalı, • Hasta ve hasta yakınının vasküler giriş yolunun bakımı ve korunması konusundaki bilgilerini değerlendirmeli • Hemşire hemodiyaliz sırasında aseptik tekniğe uymalı, • Her hasta için farklı eldiven kullanmalı ve kontaminasyon geliştiğinde değiştirmeli, • Bölgeyi antiseptik solüsyonla temizlemeli, • Tedavi sırasında ve fistül iğnesi çıkarıldıktan sonra bölgeyi steril pansumanla kapatmalı • Kateter teknolojisindeki gelişmelere rağmen kateterle ilişkili bakteriyemileri önleyecek en etkili yol, hala personel eğitimi ve sıkı aseptik teknik uygulanmasıdır. KDIGO Hepatit C önleme klavuzuna göre; infeksiyon kontrolüne ilişkin gerekli bilgiler klinik hizmeti yapmayan personel, hastalar, bakıcılar ve ziyaretçiler için de verilmelidir. • Hepatit ile bulaş olmuş hastaların ayrı ünitelerde diyalize alınması, makinalarının ayrılması diğer hastaların da enfekte olmasının önlenmesinde etkindir • KDIGO US 2012 rehberi kontrendikasyon yoksa KBY hastalarının yıllık grip aşısı ve beş yılda bir pnömokok aşısı olmaları gerektiğini vurgulamaktadır • Hepatit B açısından; sadece hastaların değil personelin de aşılanması gerekir
Depresyon-Anksiyete	• Hemşire hasta ve ailesi için yaşadıkları sorunlar ve duygusal gerginliklerini rahatça açıklayabilecekleri ortam hazırlamalı ve onları bu konuda konuşmaya cesaretlendirmeli • Gereksinimi olan hasta ve ailesi için danışmanlık yapmalı • Antidepresan ilaçlar depresyonun verilebilir • Hasta ve hasta yakınları için de hasta-aile grup toplantıları, kendi kendine destek grupları ve eğitim programları ile hastaya ve ailesine hastalığın ayrıntılarıyla anlatılması, • Progresif relaksasyon, derin solunum egzersizleri, akupunktur, aromaterapi, terapötik dokunuş ve müzik terapisi gibi tamamlayıcı tedavi yöntemleri kullanılması • Spirütüel iyilik halinin geliştirilmesi/arttırılması

HP-017

ACİLE BAŞVURAN DAHİLİ HASTALARA VERİLEN HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN TANIMLANMASI VE HASTA MEMNUNİYETİNİN BELİRLENMESİ

Pelin Çelik[1], Mukadder Mollaoğlu[2]

[1]*Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi*
[2]*Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

Bu çalışma, acil servise başvuran dahili hastalara verilen hemşirelik hizmetlerinin tanımlanması ve hasta memnuniyetine etkisini belirlemeye yönelik tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

Çalışmanın örneklemini Ocak-Temmuz 2011 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi acil servisine başvuran acil dahili hastalığı bulunan 84 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini oluşturan tüm bireylere, sosyo-demografik bilgileri, sosyal güvenceleri, acil birime geliş şekli, sonlanma durumları, başvuru nedenlerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmış hasta tanıtım formu, verilen hemşirelik hizmetlerini belirlemek için hemşirelik hizmetleri tanımlama formu ve acil birimde görevli hemşirenin hastaya davranışı, hastayı kontrol etme sıklığı, bilgilendirmesi, hemşireye ulaşabilme kolaylığı, acil birimin konforu ve genel memnuniyet durumunu ile acil birimde bekleme ve toplam kalış sürelerini belirlemek için acil birime başvuran hastalarda memnuniyet düzeyi formu uygulanmıştır.

Veriler; SPSS 15 paket programında Khi kara testi, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, frekans dağılımı, aritmetik ortalama ve t testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Yapılan çalışmanın sonucunda, acil birimde en çok verilen hemşirelik hizmetleri olarak, acil müdahalede bulunma, anamnez alma, yaşam bulgularını değerlendirme, ilaç uygulamasında bulunma, kan ve sıvı infüzyonu, oksijen uygulaması ve mahremiyete özen gösterme olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, hastaların acil birimdeki memnuniyetlerini etkileyen etmenlerin hastaya sağlanan bakım niteliği ve acil birime ait özellikler olduğu saptanmıştır. Özellikle hemşire davranışı ve bilgilendirmesinin en önemli etken olduğu bulunmuştur.

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda, acil hemşiresinin görev, yetki ve sorumluluklarının iyi belirlenmesi ve hastaya bütüncül bakım vermede, hemşirelerin bilgi ve duyarlılıklarının artırılması konusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimler: Acil birim, hasta memnuniyeti, acil hemşireliği.

Tablo 1. Hastaların, verilen hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumlarına göre dağılım

Hemşirelik hizmetleri	Memnun olanlar	Kararsız	Memnun olmayanlar
Hastalara davranış şekli	n: 66 %78,6	n:17 %20,2	n:1 % 1,2
Hasta yakınlarına davranış şekli	n:49 %58,3	n:32 %38,1	n:3 %3,6
Hastayı bilgilendirme	n:32 %38,1	n:38 %45,2	n:14 %16,7
Hasta yakınını bilgilendirme	n:30 %35.7	n:39 %46,4	n:15 %17,9
Ulaşılabilme kolaylığı	n:69 %82,1	n:15 %17,9	n:0 %0,0
Kontrol etme sıklığı	n:65 %77,4	n:18 %21,4	n:1 %1,2
Hemşirelerden genel memnuniyet	n:66 %78,6	n:17 %20,2	n:1 %1,2

HP-018

DİYABETLİ HASTALAR VE ONLARA BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN HASTALIK ÖZYÖNETİM STRATEJİLERİ

Bahar İnkaya[1], Ezgi Karadağ[2]

[1]*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi*

Amaç: Bu araştırma, diyabetli hastalar ve onlara bakım veren hemşirelerin diyabet hastalığını yönetirken karşılaştıkları zorlukları ve özyönetim hakkındaki düşüncelerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma Türkiye'nin İç Anadolu Bölgesinde bulunan bir il olan Ankara'da yapıldı. Bu ilde bulunan Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesine gelen, araştırmaya katılmaya gönüllü olan yedi tip 2 diyabetli hasta ve onlara bakım veren yedi hemşire araştımanın örneklemini oluşturdu. Araştırma verileri "yarı yapılandırılmış görüşme formu" kullanılarak "derinlemesine görüşme" yöntemiyle toplanmış ve "içerik analizi" ile değerlendirilmiştir. Veri toplama formu olarak bireysel tanıtım formu ve ilgili literatur taranarak araştırmacı tarafından oluşturulmuş soru formu kullanılmıştır. Hasta ve hemşireler ile uygun bir ortamda yüz yüze görüşme ile veriler toplandı. Görüşmeler araştırmaya ka-

tılan kişilerden izin alındıktan sonra ses kayıt cihazına kaydedildi. Görüşmeler ortalama onbeş dakika sürdü. Hasta ve hemşirelerden alınan ses kayıtları öncelikle tüm içeriğiyle birlikte aynen yazıya döküldü. Kayda alınan görüşmeler çözümlendikten sonra içerik analizi iki ayrı araştırmacı tarafından yapıldı. Her hasta ve hemşirenin en çok üzerinde durduğu konular belirlendi ve ana temalar oluşturuldu.

Bulgular: Diyabet hastalarının görüşmelerde belirttiği ortak zorluk diyet ve diyete uyum oldu. Ayrıca hastaların egzersizin faydalarını bilmekte fakat yaşamlarına entegre etmekte zorlanddığı görüldü. Hastalar yine ortak olarak stresin kan glikoz düzeylerini yükselteceğini düşünmektedir. Bunun dışında hastalar, daha az olmakla birlikte kendine insulin iğnesi yapmaktan korktuğunu, insulin yerine oral antidiyabetik kullanmayı istediklerini ifade etmiştir.

Hemşirelere diyabetli hastaların özyönetimi sorulduğunda; hastaların en çok nasıl beslenmeleri gerektiği konusuna uyum sağlamada zorlandığı ve diyabet özyönetimini sağlamak için onlara her yönüyle eğitim verilmesi gerektiği konusunda hemfikirdiler. Ayrıca hastaların bir kısmının kendine insulin enjeksiyonu yapmaktan korktuğunu ve insülinin onlara bağımlılık yapacağını düşündüklerini deneyimledklerini belirttiler.

Sonuç: Çalışmamızda hasta ve onlara bakım/eğitim veren hemşirelerin ifade ettikleri zorluklar benzerdi. Özyönetim kavramının hemşire/hastalar tarafından tam olarak bilinmediği görüldü. Sonuç olarak, hastalara diyabet özyönetimi eğitimi verilirken özellikle diyet konusunun üzerinde daha iyi durulması, kişinin korkusunun üzerine gidilmesi, gerekli ise psikolojik destek alması, grup eğitimleri ile hasta duygu ve düşünce paylaşımı yapılması önerilmektedir.Anahtar Kelimler: diyabet, özyönetim, hemşire, kalitatif

HP-019

HİPERTANSİYON HASTALARINDA KALP KRİZİ VE İNMEDEN KORUNMADA HEMŞİRELİK FAALİYETLERİNİN BELİRLENMESİ

Damla Bayrak, Nuran Tosun

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu

Amaç: Bu çalışma; hipertansiyon hastalarında kalp krizi ve inmeden korunmada, hastaların bilgi düzeylerinin ve eğitim gereksinimi duydukları konuların saptanarak uygun hemşirelik faaliyetlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma, bir eğitim hastanesinin İç Hastalıkları klinik ve polikliniğinde Kasım 2012-Nisan 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini 234 hipertansiyon hastası oluşturmuştur. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanan veri toplama formları ile toplanmıştır. (1) "Hastaların Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özellikleri Veri Toplama Formu" ile hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin yanı sıra, kendilerini kalp krizi ve inme geçirme yönünden ne kadar riskli ve kalp krizi ve inmeden korunmada ne kadar yeterli gördükleri değerlendirilmiştir. Değerlendirme 0-10 cm'lik Görsel Analog Skalası ile yapılmıştır. Formda ayrıca, hastaların kalp krizi ve inmeden korunmada kendilerini yetersiz buldukları konular ve hemşirelerden almak istedikleri eğitim ve danışmanlık faaliyetlerini belirlemeye yönelik sorular yer almıştır. Risk faktörleri ve belirtilerine yönelik veriler ise; (2) "Kalp Krizi ve İnme Risk Faktörleri İle İlgili Bilgi Düzeyi Veri Toplama Formu", (3) "Kalp Krizi Belirtileri İle İlgili Bilgi Düzeyi Veri Toplama Formu", (4) "İnme Belirtileri İle İlgili Bilgi Düzeyi Veri Toplama Formu" ile toplanmıştır. Hastalardan sorulara *"Evet", "Hayır", "Bilmiyorum"* yanıtlarından birini vermeleri istenmiştir. Bilgi puanı hesaplamalarında her *"Evet"* yanıtı "1" puan, *"Hayır"* ve *"Bilmiyorum"* cevapları ise "0" puan olarak kabul edilmiştir. Sorulardan alınan puan arttıkça hastaların bilgi düzeyinin arttığı değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine ilişkin bulguları Tablo I'de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan hastalar kalp krizi geçirme yönünden kendilerini ortalama %39.12, inme geçirme yönünden ortalama %35.07 oranında riskli görmektedirler. Hastalar kalp krizinden korunmada kendilerini ortalama %54.62, inmeden korunmada ortalama %53.58 oranında yeterli görmektedirler. Hastaların kalp krizi ve inme risk faktörleri ve belirtilerine yönelik bilgi durumları Tablo II' de yer almaktadır. Hastalarının kalp krizi ve inmeden korunmada kendilerini yetersiz buldukları ve eğitim-danışmanlık almak istedikleri konular Tablo III'de yer almaktadır.

Sonuç: Bu çalışmanın sonucunda, hipertansiyon hastalarının kalp krizi ve inme risk faktörleri ve belirtileri açısından bilgi puan ortalamaları iyi düzeyde olmakla birlikte, bazı konularda bilgilerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Hastaların hemşirelerden almak istedikleri eğitim ve danışmanlık faaliyetleri; kalp krizi ve inmeden korunma, kalp krizi ve inme sırasında hastaneye başvurulması gereken durumlar ve yapılması gerekenler, kalp krizi ve inme risk faktörleri ve belirtileri olarak saptanmıştır. Hastaların gereksinim duyduğu konularda hemşirelik eğitim ve danışmanlık faaliyetlerinin düzenlenmesi ve sürekli eğitimlerin uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: Hemşirelik, Hipertansiyon, Kalp Krizi, İnme, Bilgi, Korunma

Tablo I. Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin dağılımı (n=234)

Özellikler	n	%
Yaş (Ortalama ± Standart Sapma= 55.58 ± 15.58, Minimum=20, Maximum=87)		
Cinsiyet		
Kadın	136	58.1
Erkek	98	41.9
Hipertansiyon tanı süresi (ay) (Ortalama ± Standart Sapma = 116.50±96.77, Minimum=1, Maximum=480)		
1-12 ay	36	15.4
13-60 ay	51	21.8
61-120 ay	75	32.1
121 ay ve üstü	72	30.8
Diğer Kronik Hastalıkları		
Var	140	59.8
Yok	94	40.2
Diyabet	62	36.0
Kardiyovasküler hastalık	25	14.5
Hiperkolesterolemi	21	12.2
Tiroid hastalıkları	20	11.6
KOAH	19	11.0
Nörolojik hastalıklar	15	8.7
Böbrek Yetmezliği	10	5.8
Sigara kullanma		
Evet	33	14.1
Hayır	201	85.9
Alkol kullanma		
Evet	21	9.0
Hayır	213	91.0
Düzenli egzersiz yapma		
Evet	78	33.3
Hayır	156	66.7
BKİ (kg/m^2)		
18.5 altı (zayıf)	0	0
18.5-24.9 (normal kilolu)	32	13.7
25-29.9 (fazla kilolu)	90	38.5
30-34.9 (1.derece obez)	72	30.8
35-39.9 (2.derece obez)	30	12.8
40 ve üzeri (morbidobez)	10	4.3
Daha önce kalp krizi geçirme durumu		
Evet	26	11.1
Hayır	208	88.9
Daha önce inme geçirme durumu		
Evet	16	6.8
Hayır	218	93.2
Kalp krizi ve inme hakkında sağlık personelinden bilgi alma durumu		
Evet	47	20.0
Hayır	187	80.0

Tablo 2. Hastaların kalp krizi ve inme risk faktörleri ve belirtilerine yönelik bilgi durumları (n=234)

	Evet n(%)	Hayır n(%)	Bilmiyorum n(%)
Kalp krizi ve inme risk faktörlerine yönelik bilgi durumları [Bilgi puan ortalaması (Ortalama±Standart Sapma): 16.35±3.66]			
Stres ve üzüntülü bir yaşam kalp krizi riskini arttırır.	229 (%97.9)	0 (%0.0)	5 (%2.1)
Sigara içmek ve pasif içicilik kalp krizi ve inme riskini artırır.	223(%95.3)	2 (%0.9)	9 (%3.8)
Fazla alkol alımı kalp krizi ve inme için bir risk faktörüdür.	223(%95.3)	2 (%0.9)	9 (%3.8)
Kan şekerinin yüksek olması kalp krizi ve inme riskini arttırır.	135 (%57.7)	7 (%3.0)	92 (%39.3)
Kalp krizi geçirmek, inme riskini arttırır.	151 (%64.5)	7 (%3.0)	76 (%32.5)
Yüksek kolesterol (LDL) kalp krizi ve inme için bir risk faktörüdür.	159 (%67.9)	5 (%2.1)	70 (%29.9)
Kalp krizi belirtilerine yönelik bilgi durumları [Bilgi puan ortalaması (Ortalama±Standart Sapma): 9.58±3.06]			
Kalp krizi sırasında göğüs ağrısı görülebilir.	217 (%92.7)	0 (%0.0)	17 (%7.3)
Kalp krizi sırasında solunum sıkıntısı olabilir.	209 (%89.3)	2 (%0.9)	23 (%9.8)
Kalp krizi sırasında soğuk terleme olabilir.	209 (%89.3)	1 (%0.4)	24 (%10.3)
Yaşlı bireylerde kalp krizi sırasında göğüs ağrısı görülmeyebilir.	103 (%44.0)	10 (%4.3)	121 (%51.7)
Kalp krizi sırasında dilaltı ilacı alınmasına rağmen göğüs ağrısı geçmezse beş dakika sonra bir dilaltı ilacı daha alınır ve yardım çağırılır.	108 (%46.2)	11 (%4.7)	115 (%49.1)
Ağrı bazen mide ağrısı şeklinde hissedilebilir.	128 (%54.7)	10 (%4.3)	96 (%41.0)
İnme belirtilerine yönelik bilgi durumları [Bilgi puan ortalaması (Ortalama±Standart Sapma): 8.79±2.96]			
İnme sırasında yüzün bir tarafında düşme/kayma/ uyuşma meydana gelebilir.	220 (%94.0)	0 (%0.0)	14 (%6.0)
İnme sırasında vücudun bir tarafında (yüzde, kol veya bacakta) ani güçsüzlük veya uyuşukluk olabilir.	217 (%92.7)	1 (%0.4)	16 (%6.8)
İnme sırasında ani konuşma bozukluğu/konuşamama görülebilir.	205 (%87.6)	0 (%0.0)	29 (%12.4)
İnme sırasında hareket etmekte ve yürümekte zorluk çekilebilir.	205 (%87.6)	0 (%0.0)	29 (%12.4)
İnme tedavisi için ilk belirti görüldükten sonraki ilk üç saat çok önemlidir.	162 (%69.2)	1 (%0.4)	71 (%30.3)
İnme sırasında yutmada güçlük olabilir.	172 (%73.5)	1 (%0.4)	61 (%26.1)
İnme sırasında ani başlayan ve şiddetli baş ağrısı olabilir.	171 (%73.1)	5 (%2.1)	58 (%24.8)

Tablo 3. Hastalarının kalp krizi ve inmeden korunmada kendilerini yetersiz buldukları ve eğitim-danışmanlık almak istedikleri konuların dağılımı

	n*	%
Hastaların kendilerini yetersiz buldukları konular (n=234)		
Doğru ve yeterli egzersiz yapma	150	64.1
Stresi kontrol altına alma	135	57.7
Doğru ve sağlıklı beslenme	89	38.0
Hemşirelerden almak istedikleri eğitim ve danışmanlık faaliyetleri (n=112)		
Kalp krizi ve inmeden korunmada yapılması gerekenler (ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişiklikleri) hakkında eğitim	71	56.8
Kalp krizi ve inme sırasında hastaneye başvurulması gereken durumlar ve yapılması gerekenler hakkında eğitim	25	20
Kalp krizi ve inme risk faktörleri ve belirtileri hakkında eğitim	16	12.8
*Bir hasta birden fazla yanıt verdiği için n katlanmıştır.		

HP-020

GERİATRİK HASTALARIN AĞRIYLA BAŞA ÇIKMA YOLLARI

Burcu Babadağ[1], Güler Balcı Alparslan[1], Sacit Güleç[2]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı Algoloji Bilim Dalı

Giriş: Yaşlılıkla birlikte kronik hastalıkların görülme oranı yükselmekte ve ağrı sık karşılaşılan sağlık sorunlarından biri olmaktadır. Yaşlı bireylerde ağrıyla başa çıkma stratejilerinde farklılıklar görülebilmekte ve çeşitli çalışmalarda da güçlükler yaşandığı belirtilmektedir. Bu çalışma geriatrik hastaların ağrıyla başa çıkma yollarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte yapılan araştırma, bir üniversite hastanesinin Algoloji Servisi'nde yatan, 60 yaş ve üzerinde olan 100 hastayla 28 Kasım 2014-28 Ocak 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler; araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu ve Ağrıyla Başa Çıkma Ölçeği kullanılarak yüzyüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar, t testi, One-Way Anova testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %74.0'ü kadın olup, %72.0'sinin eğitim durumu ilköğretim ve yaş ortalaması 66.65±8.86 yıldır. Hastaların ağrı yaşama süresi 1 ay ile 40 yıl arasında değişmekte olup, ortalama ağrı yaşama süresi 63.57±82.65 aydır. Hastaların %36.0'sı sırt-bel bölgesinde ve %39.0'u da şiddetli ağrı şikayeti yaşadıklarını, %78'si de ağrının kontrolünde ilaç tedavisi olarak NSAİ grubunu kullandıklarını belirtmiştir. Hastaların %80'i ağrı kontrolünün kendilerinde olmadığını, %74.0'ü de ağrı kontrolünün tanrıda olduğu inancına sahip olduklarını belirtmiştir. Hastaların ağrıyla başa çıkma ölçek alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları; kendi kendine başa çıkma 19.22±6.54, çaresizlik 13.45±3.86, bilinçli bilişsel girişimler 11.90±3.97 ve tıbbi çare arama 12.62±3.98'dir. Çalışmada kadın hastaların erkek hastalara göre tıbbi çare arama ölçek puanları($p<0.05$) anlamlı düzeyde yüksek bulunurken; hastaların yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, evde beraber yaşanılan kişiler, hastalığı ile destek olan kişiler ile ağrıyla başa çıkma ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların daha önce ağrı yaşama durumu, ağrı bölgesi ve ağrı yaşama şiddeti ile ağrıyla başa çıkma ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ağrı kontrolünün kendisinde olduğu inancına sahip hastaların kendi kendine başa çıkma ölçek puanları ($p<0.05$),ağrı kontrolünün hemşirede olduğuna inancına sahip olanların tıbbi çare arama ölçek puanları ($p<0.05$)anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Sonuç olarak geriatrik bireyin ağrıyla başa çıkma yolları değişiklik göstermekte ve uygulanacak hemşirelik girişimlerinde bu farklılıkların göz önüne alınması önerilmektedir

Anahtar Kelimler: ağrı, ağrıyla başa çıkma, yaşlı

HP-021

KRONİK BÖBREK HASTALIKLARINI ÖNLEMEYE YÖNELİK EVRENSEL ÖNLEMLER

Hilal Pekmezcı[1], Sevilay Hintistan[2], Vacide Aşık Özdemir[3]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Hemşirelik ve Bakım Hizmetleri/Yaşlı Bakımı, Rize
[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon
[3]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü, Rize

Dünyada ve ülkemizde böbrek hastalıkları sıklıkla görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kronik Böbrek Hastalıkları önlenebilir veya erken tanılandığında ilerlemesi geciktirilebilir olmasına karşın, farkındalığı ve erken tanısı oldukça düşüktür. Dünyada farkındalığı %10'un altındadır ve ülkemizde de %2'yi geçmemektedir. Kronik Böbrek Hastalıklarının önlenmesi, evrensel olarak genel önleme yaklaşımları ile risk altındaki kişilere yönelik primer önleme yaklaşımlarından oluşmaktadır. Diyabet, hipertansiyon, ileri yaş, ailede böbrek hastalığı varlığı ve obezite, sigara kronik böbrek hastalığı için en önemli risk faktörleridir. Tüm toplumlara yönelik evrensel önleme yaklaşımları; düzenli egzersiz yapmak, sağlıklı beslenmek ve ideal vücut ağırlığını korumak, tuzu azaltmak, yeterli sıvı almak, sigaradan ve aşırı alkol tüketiminden kaçınmak ve ağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri konusunda toplumun eğitiminden oluşmaktadır. Kronik Böbrek Hastalıklarının giderek artan tıbbi, sosyal ve ekonomik yükünü azaltmak için; hastalığın tedavisinden çok gelişimini önlemeye, erken tanı ve uygun tedavi yöntemleriyle ilerlemesini engellemeye ,hastaların yaşam sürelerini uzatmaya ve yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik ulusal ölçekli hastalık yönetim modeli oluşturulmasına gereksinim vardır.Bu anlamda dünyada ve paralelinde ülke-

mizde böbrek hastalıklarının önlenmesi, erken tanısı ve tedavisine ilişkin standart yaklaşımların geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimler: Böbrek Hastalığı, Farkındalık, Evrensel Önlemler

HP-022

KANSER KEMOTERAPİSİ ALAN HASTALARDA ORAL MUKOZİT SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİ

Seher Çakmak, Nesrin Nural

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Amaç: Bu araştırma ayaktan kanser KT'si alan hastalarda oral hijyen durumunu ve tedaviye bağlı oral sorunları saptamak ve OM'in görülme sıklığını, evresini ve risk faktörlerini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Bu araştırma; Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi KT ünitesinde Şubat-Nisan 2015 tarihlerinde tedavi alan akciğer, meme ve GİS (mide, karaciğer, pankreas, kolon, rektum) kanseri tanısı olan ve araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden 147 hasta ile yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu, WHO "Mukozit Evreleme Ölçeği" kullanıldı ve ağız içi muayenesi yapıldı.

Bulgular: Araştırmaya alınan hastaların yaş ortalaması 53.70 ± 11.18 yıl, % 61.9'u kadın, %47.6'sı meme, %38.8'i GİS, %13.6'sı akciğer kanseridir.

Hastaların %51.7'sinde OM saptanmıştır. Oral mukoziti olan hastaların %81.6'sında evre 1, %17.1' inde evre 2 OM bulunmaktadır (Şekil 1). Hastalar tedavi süresince en sık, ağız kuruluğu (% 55.1), tat duyusunda azalma/değişiklik (% 52.4), iştahsızlık (% 47.6), dudaklarda kuruma/çatlama (% 41.5) gibi oral sorunlar yaşadıklarını bildirmiştir (Şekil 2).

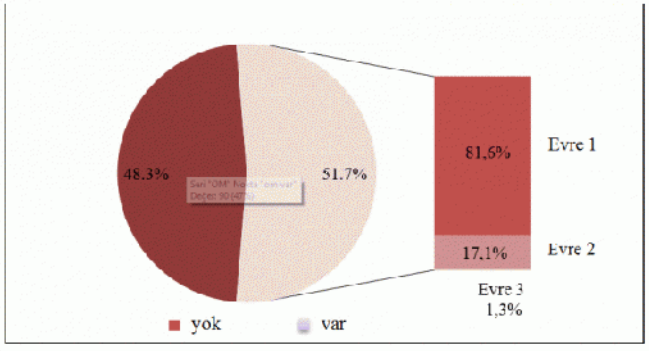
Akciğer kanseri olan hastalarda (%70), tanı yılı 1-3 yıl olanlarda (%58.3), KT öyküsü olanlarda (%56.3), önceki KT kaynaklı OM öyküsü olanlarda (%62.5), dört ve üzeri kürünü alanlarda (%56.9), sisplatin/karboplatin KT kombinasyonu alanlarda (%60) ve KT dışında tedavi alanlarda (%48.6) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmamakla beraber OM daha sık görülmektedir (p>0.05). Kemoterapi süresince oral sorun yaşayan hastalarda (%56.7) oral sorun yaşamayan hastalara göre OM istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Protez diş kullanan (%58.2), çürük dişi olmayan (%55.2), dişlerini günde 2-3 kez fırçalayan (%58.1), mukoziti önlemeye yönelik ağız bakımı almayan (%51.9) ve ağız bakım ürünü kullanan hastalarda (%64.3) OM daha yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

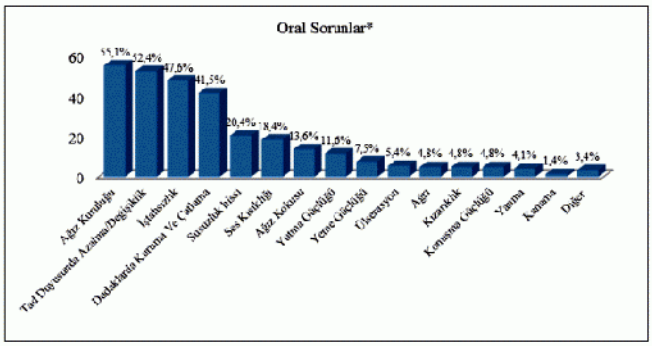
Oral mukozite etki edebilen faktörleri bir arada tespit etmek için logistik regresyon analizi yapıldı. Oral mukozitin % 20.1'ini yaş, iştah durumu, tanı ve kemoterapi süresi açıklamaktadır. Logistik regresyon modeli anlamlı bulundu (p=0.001).Lojistik regresyon analizine göre yaş arttıkça OM sıklığı 1.037 kat artmaktadır (p=0.038, OR=1.037, GA=1.002-1.073). İştahsızlık OM riskini 2.525 kat artırmaktadır (p= 0.030, OR= 0.396, GA= 0.171-0.916). Kemoterapi süresi 1-3 ay olanlarda OM riski 3.542 kat artmaktadır (p=0.005, OR=3.542, GA=1.472-8.520). Lojistik regresyon denklemine giren tanı grupları arasında OM görülme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05) (Tablo 1).

Sonuç: Sonuç olarak ayaktan KT alan hastaların yarısında OM görüldüğü saptanmıştır. Oral mukozit gelişmesinde etkili risk faktörleri, artan yaş, iştahsızlık ve KT süresidir. Hastalar OM'in yanı sıra ağız kuruluğu, tat değişikliği, ses kısıklığı, yeme güçlüğü vb. bir ya da birden daha fazla oral sorun yaşamaktadır. Hemşirelerin hastaların oral sorunlarının farkında olmadığı ve düşük oranda (%12.2) ağız bakımı verdiği ve bu sorunlarının giderilmesine ilişkin hastaların da herhangi bir talepte bulunmadığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimler: Ayaktan hasta, Kanser kemoterapisi, Oral sorunlar, Oral mukozit



Şekil 1. Oral Mukozit Varlığı ve Şiddeti (n=147)



*birden fazla yanıt verilmiştir.

Şekil 2. Oral Sorunların Dağılımı

Tablo 1. Oral mukozit görülme durumu için hastaların bazı değişkenlerine ait lojistik regresyon sonuçları

Değişkenler	B	SH	OR	GA	p
Yaş	0.036	0,017	1.037	1,002 - 1,073	0.038
İştah durumu	-0.926	0.427	0.396	0.171 – 0.916	0.030
Tanı	1.138	0.593	3.119	0.975 – 9.975	0.055
Kemoterapi süresi					
1 aydan daha az					0.016
1-3 ay	1.265	0.448	3.542	1,472 - 8,520	0.005
3 aydan daha fazla	0.922	0.472	2.513	0.997 – 6.333	0.051
R^2	0.201				

HP-023

DAHİLİYE VE CERRAHİ KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARDA ÖLÜM KAYGISI

Sevilay Hintistan[1], Dilek Çilingir[1], Hilal Pekmezci[2]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Hemşirelik ve Bakım Hizmetleri/Yaşlı Bakımı, Rize

Giriş: Hastalık; fiziksel, psikolojik, sosyal, entellektüel, çevresel ve ailesel çok boyutlu bir yaşam, kimlik ve var oluş krizidir. Hastalık ve hastane süreci gibi ölümü hatırlatıcı durumlarda fiziksel hastalıklara eşlik eden en önemli kaygılardan biri de ölüm kaygısıdır. Ölüm kaygısı, bireyin hastalığa uyumunu, tedavisini, iyilik halini ve hastalığın gidişini olumsuz yönde etkilemektedir.

Amaç: Bu araştırmanın amacı dahiliye ve cerrahi kliniğinde yatan hastaların ölüm kaygılarını belirlemektir.

Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır. Araştırma Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi tıbbi ve cerrahi kliniğine 15 Temmuz-15 Ekim 2015 tarihleri arasında başvuran toplam 170 hasta ile yürütülmüştür. Çalışma Anket Formu ve Ölüm Kaygısı Ölçeği ile toplanmıştır

Bulgular: Ölüm kaygısı ortalama puanı, dahiliye kliniğinde yatan hastalarda 7.82±2.73 ve cerrahi kliniğinde yatan hastalarda 8.09±2.73'dir. Dahiliye kliniğinde yatan hastaların ölüm kaygısı ölçeği ortalama puanları ile cinsiyet (p=0.007) ve daha önce cerrahi operasyon geçirme (p=0.031); ölüm kaygısı ölçeği puanları ile meslek (p=0.007) ve hastanede kalınan oda (p=0.007) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Cerrahi kliniğinde yatan hastaların ölüm kaygısı ölçeği puanları ile yaş (p=0.008), medeni durum (p=0.011) ve ziyaretçi gelme (p=0.019), ölümü düşünme sıklığı (p=0.042) ve ölümle ilgili düşünceleri paylaşma (p=0.015) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu.Sonuç olarak cerrahi kliniğinde yatan hastaların ölüm kaygısı dahiliye kliniğinde yatan hastalardan daha yüksektir.

Anahtar Kelimler: dahiliye kliniği; cerrahi kliniği; ölüm; ölüm kaygısı; ölüm kaygısı ölçeği

HP-024

TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE SOSYAL DESTEK, ÖZBAKIM DAVRANIŞLARI, GÜÇLENME VE GLİSEMİK KONTROL

Hamdiye Arda Sürücü[1], Dilek Büyükkaya Besen[2], Yeter Erbil[3]

[1]Dicle Üniversitesi, Atatürk Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü, Diyarbakır,
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir,
[3]Kamu Hastaneler Birliği Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyabet Eğitim Merkezi, Diyarbakır

Amaç: Tip 2 diyabetli bireylerde sosyal destek, özbakım davranışları, güçlenme ve glisemik kontrol arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışma, tanımlayıcı ve ilişkisel tipte planlanmıştır. Çalışma Üniversite Hastanesi ve Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ocak-Temmuz 2014 tarihleri arasında 220 Tip 2 diyabetli bireyden toplanmıştır. Verilerin toplanmasında; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi, Çok Yönlü Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Diyabet Güçlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Formların doldurulması yüz yüze görüşme yöntemiyle ortalama 15 dk sürmüştür. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmada, anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için kurum izni, etik kurul onayı ve diyabetli bireylerden bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan Tip 2 diyabetli bireylerin yaş ortalaması 53.63±11.48, %53.6 kadın, %96.4'ü evli, %70'i okur-yazar, %62.3'ü çalışmıyor, %52.3'ü eşi ve çocukları ile birlikte yaşamakta, %64.1'i geliri giderinden az ve %76.4'ü sigara veya alkol kullanmıyor. Diyabetli bireylerin tanı süresinin ortalaması 10.17±7.95, %39.5'i insülin kullandığı, %62.3'ünün ailesinde diyabet öyküsü olduğu, %45.9'unda diyabete ilişkin komplikasyonu ve %63.6'ında ise diyabet dışı kronik hastalığının mevcut olduğu belirlenmiştir. Diyabetli bireylerde A1c düzeyi ile güçlenme ve özbakım davranışları puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna karşın diyabetli bireylerde A1c düzeyi ile sosyal destek puanı arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir. Diyabetli bireylerde sosyal destek ile özbakım davranışları ve güçlenme puanı arasında pozitif yönde; güçlenme ile özbakım davranışları puanı arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Araştırma sonucunda, diyabetli bireylerin diyabet yönetiminde; sosyal destek, güçlenme, özbakım davranışları ve glisemik kontrol arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin, diyabetli bireylerin özbakım davranışlarını artıracak ve glisemik kontrolü geliştirecek girişimlerin planlanmasında sosyal destek ve güçlenme ele alınması gereken önemli bir alan olabilir.

Anahtar Kelimler: Anahtar kelimeler: Tip 2 diyabetli bireyler, sosyal destek, güçlenme, özbakım davranışları.

HP-025

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARINDA ANKSİYETE VE DEPRESYONUN BİLİŞSEL DURUMA ETKİSİ

Yeliz Akkuş[1], Elanur Yılmaz Karabulutlu[2], Selin Yağcı[3]

[1]Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık YO
[2]Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
[3]Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğrencisi

Giriş: KOAH'ta hastalığın ileri aşamalarında kognitif problemler gelişebilmektedir (Etnier et al. 1999). KOAH hastalarında kognitif bozulma, fiziksel aktivite ve serebral kan akımında azalma, doku hipoksisi, sistemik inflamasyon ve oksidatif stres ile ilişkili multifaktöryel bir süreçtir. Ayrıca hipokseminin oksijene bağlı olan enzimleri etkileyerek asetilkolin gibi nörotransmitterleri etkilediği belirtilmektedir (Dodd ve ark. 2010). Bununla birlikte normal oksijen satürasyonunda bile KOAH hastalarında kognitif durumun etkilendiği ve depresyon ve anksiyetenin de kognitif durumu etkilediği belirtilmiştir. Bu nedenle bu çalışma KOAH hastalarında anksiyete ve depresyonun kognitif durum üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Örneklem seçimine gidilmeden çalışma kriterlerini (18 yaş üzeri, iletişim engeli olmayan, herhangi bir ruhsal hastalık tanısı olmayan) karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, Erzurum Göğüs hastalıkları hastanesinde (Kasım-Aralık 2013 tarihleri arasında) yatarak tedavi gören 80 hasta örnekleme alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında kişisel bilgi formu, Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Ölçeği ve MMSE kullanılmıştır. Veri toplama araçları hastalarla yüz-yüze görüşme yapılarak uygulanmıştır. Çalışma için etik kurul izni, kurum izni ve çalışmaya katılan hastaların tümünün sözel olarak aydınlatılmış onamları alınmıştır.

Veriler SPSS 20.0 paket programında sayı, yüzdelik, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi ve korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 67.73 (10.33)'dür. HAD anksiyete puanı ortalaması 10.44 (2.38), HAD depresyon puanı ortalaması 9.98 (2.23) ve SMMT-E puanı 14.68 (2.66)'dır.

Çalışmaya katılan hastaların %51.3'ünün kadın, %67.5'inin evli, %82.5'inin eğitimsiz, %93.8'inin çalışmadığı, %76.3'ünün müstakil ya da evde, %62.5'inin şehirde ve %11.3'ünün yalnız yaşadığı, %57.5'inin soba ile ısındığı, %60'ının halen sigara içtiği, %61.3'ünün bulunduğu ortamda sigara içildiği belirlenmiştir.

Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine bakıldığında %93.8'inin daha önce hastaneye yattığı, %96.3'ünün ilaç kullandığı, %98.8'inde nefes darlığı ve balgam ve %95'inde öksürük şikayeti olduğu, %60'ının uykusuzluk, %30'unun iştahsızlık, %58.8'inin deride renk değişimi, %26'sında hipertansiyon ve %21.5'inde diyabetes mellitus olduğu ve %6.2'sinin hastaneye daha önce yatmadığı belirlenmiştir.

Yapılan korelasyon analizinde HAD anksiyete skoru ile SMMT-E arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır (r: -0.29, p: 0.01). Bununla birlikte HAD depresyon skoru ile SMMT-E arasında ilişki saptanmamıştır.

Tartışma: Yapılan literatür incelemesinde KOAH hastaları için MMSE'nin duyarlılık ve özgüllüğünün düşük olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte çalışmamızda KOAH hastalarında orta düzede bilişsel bozukluk olduğu görülmektedir. Bu durumun çalışmamıza katılan bireylerin yaş grubu ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca anksiyete düzeyi arttıkça bilişsel sorunların arttığı görülmektedir. Bu nedenle KOAH hastalarına anksiyete düzeyini azaltmaya yönelik girişimlerin yapılması önerilmiştir.

Kaynaklar

1. Dodd JW, Getov SV, Jones PW. Cognitive functions in COPD. Eur Respir J 2010; 35: **913-22.**

2. Etnier J, Johnston R, Dagenbach D, Pollard RJ, Rejeski WJ, Berry M. The relationships among pulmonary function, aerobic fitness, and cognitive functioning in older COPD patients. Chest 1999 Oct;116(4):953-60.

Anahtar Kelimler: Kronik obstruktif akciğer hastalığı, MMSE, anksiyete, depresyon

HP-026

KRONİK HASTALIĞA SAHİP KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS VE BAŞA ÇIKMA DAVRANIŞLARI

Gülbahtiyar Demirel[1], Feride Taşkın Yılmaz[2], Azime Karakoç Kumsar[3], Birnur Yeşildağ[2]

[1]Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Sivas
[2]Cumhuriyet Üniversitesi Suşehri Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Sivas
[3]Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Amaç: Araştırma**,** kronik hastalığa sahip kadınlarda üriner inkontinans durumunu belirlemek ve üriner inkontinansı olan kadınların başa çıkma davranışlarını saptamak amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen çalışmaya 16 Şubat – 30 Nisan 2015 tarihleri arasında bir devlet hastanesinde yatarak tedavi gören, en az 6 aydır kronik hastalık tanısı bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 257 kadın çalışmaya dahil edildi. Veriler hasta tanılama formu, Çetinel ve ark (2004) tarafından güvenilirliği ve geçerliliği yapılan Uluslararası İnkontinanas Konsültasyon Anketi-Kısa Form (ICIQ-SF) ve araştırmacıların literatür incelemesi doğrultusunda hazırladıkları Başa Çıkma Davranışlarını Belirleme Formu kullanılarak toplandı. ICIQ-SF için alınabilecek puan aralığı 3-21 arasında olup; yüksek puan üriner inkontinasın sıklığı, şiddeti ve etkisinin kötü olduğunu gösterir. İstatistiksel değerlendirmede ortalama, standart sapma ve yüzdelik dağılım kullanıldı. Araştırma için bir üniversitenin etik kurulundan yazılı izin alındı.

Bulgular: Kronik hastalığa sahip kadınların yaş ortalaması 51.79±11.70 (min:28, max:72) yıl olup; %58.4'ü evli, %31.5'i okur-yazar ve %75.5'i ev hanımıdır. Kadınların %24.5'i halen sigara içmekte, %56'sı obez, %30'u gastroözofageal reflü, %26.8'i diyabet ve %24.9'u hipertansiyon nedeniyle tedavi görmektedir. Hastalık süresi ortalama 7.40±5.37 (min:2, max:30) yıl olan kadınların %45.1'i sağlığını kötü olarak algılamaktadır. Kadınların %51.4'ü menapoz döneminde ve %47.5'inin bir/iki doğumu bulunmaktadır. Kadınların %79'u haftada en az bir kez üriner inkontinans problemi yaşamaktadır. Kadınların ICIQ-SF puan ortalaması 10.85±4.48 (min:3, max:21) olup; %76.4'ü tuvalete yetişemeden, %80.8'i öksürürken ya da hapşırırken, %12.3'ü uyurken, %25.1'i hareket halindeyken ve %5.4'ü belirgin bir neden olmadan idrar kaçırdığını belirtti. Üriner inkontinansı bulunan kadınların başa çıkma davranışları Tablo 1'de gösterildi.

Sonuç: Kronik hastalığa sahip kadınların dörtte üçünde üriner inkontinans görüldüğü, üriner inkontinas sıklığı, şiddeti ve etkisinin kadınları orta düzeyde olumsuz etkilediği, kadınların üriner inkontinans ile başa çıkabilmek için en fazla

ped ya da bez kullanarak durumu geçiştirme, ayaklarını sıcak tutma ve iç çamaşırını değiştirme davranışlarını gösterdikleri belirlendi.

Anahtar Kelimler: Kronik hastalık, üriner inkontinans, başa çıkma, kadın.

Tablo 1. Kronik hastalığa sahip kadınların üriner inkontinans ile başa çıkma davranışları (n=203)*

Davranış		
Ped ya da bez kullanarak durumu geçiştirme	157	77.3
Daha az sıvı tüketmeye çalışma	61	30
Sık sık tuvalete gitme	98	48.3
Ayaklarını sıcak tutma	127	62.6
Yanımda her zaman yedek iç çamaşırı ve kıyafet bulundurma	49	24.1
İç çamaşırını değiştirme	121	59.6
İdrarını tutmaya yardımcı kaslarımı güçlendirecek "sık-gevşet" egzersizlerini yapma	51	25.1
Öksürmeye neden olabilecek durumları kontrol etmeye çalışma	64	31.5
Hapşırmaya neden olabilecek alerjenlerden uzak durma	29	14.3
Çok fazla gülmemeye dikkat etme	33	16.3
Ağır kaldırmamaya özen gösterme	34	16.7
Sıcak tuğlaya oturma	42	20.7
Fazla kilolarını vermeye çalışma	10	4.9
Özel bölgeyi sıcak su ile yıkama.	21	10.3
Çay ve kafeinli içecekler gibi idrar yapımını artırıcı içeceklerden uzak durma	31	15.3

*Haftada en az bir kez üriner inkontinans şikayeti bulunan kadınlar

HP-027

HEMŞİRELERİN KANSERDEN KORUNMAYA YÖNELİK BESLENME VE FİZİKSEL AKTİVİTE ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Feride Taşkın Yılmaz[1], Azime Karakoç Kumsar[2], Hanife Tiryaki Şen[3], Selma Karakaplan[4], Aytün Leymun[4]

[1]Cumhuriyet Üniversitesi Suşehri Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Sivas
[2]Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul
[3]İstanbul Sağlık Müdürlüğü Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, İstanbul
[4]Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Kanser, morbidite ve mortalite sıklığında artma eğilimi ile dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Koruyucu sağlık hizmetlerinin önem kazandığı günümüzde, hemşirelerin bu kapsamda rol model olarak kanserden koruyucu davranışlar sergilemeleri büyük önem taşımaktadır. Araştırma, hemşirelerin kanserden korunmaya yönelik beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen çalışmaya 01 Ekim 2014- 02 Şubat 2015 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan, kanser hastalığı bulunmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama formlarını eksiksiz dolduran 342 hemşire dahil edildi. Veriler sosyodemografik soru formu ve araştırmacıların literatür incelemesi doğrultusunda hazırladıkları kanserden korunmaya yönelik beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını sorgulayan anket formu kullanılarak elde edildi. Beslenme alışkanlıkları sebze ve meyve, tahıl ürünleri, kalsiyum içerikli ürün, kırmızı et, yağ, yüksek enerjili besin tüketimi, sağlıklı kilo yönetimi, besinlerin saklanması, tuz, su ve alkol tüketimi olmak üzere 11 alt boyutu içermektedir. Fiziksel aktivite alışkanlıkları ise, asansör yerine merdiven kullanma, kısa mesafelerde araç tercihi gibi alışkanlıkları içermektedir. Beslenme alışkanlıklarından elde edilecek puanlar 35-105; fiziksel aktivite alışkanlıklarından elde edilecek puanlar 10-30 arasında değişmektedir. Her alışkanlıktan elde edilecek puanın yüksek olması ise, kötü/sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını ortaya koymaktadır. İstatistiksel değerlendirmede ortalama, standart sapma ve yüzdelik dağılım kullanıldı.

Bulgular: Hemşirelerin yaş ortalaması 33.56±8.10 yıl olup; %89.5'i kadın, %63.5'i evli ve %45.9'u lisans mezunudur. Hemşire olarak çalışma süresi ortalama 12.46±8.69 yıl olan katılımcıların %48.5'i dahili, %36.3'ü cerrahi kliniklerinde görev yapmaktadır. Hemşirelerin %35'i yüksek kilolu ve obez olup; %58.5'i genel sağlık durumunun iyi olarak belirtmektedir. Hemşirelerin %28.7'si ortalama 9.96±6.35 yıldır ve günde ortalama 11.88±7.16 adet sigara içmektedir. Hemşirelerin %14.3'ünün ailesinde kanser hastası bulunmaktadır. Hemşirelerin %53.2'si beslenme alışkanlığında, %38.9'u fiziksel aktivite alışkanlığında hemşirelik mesleğine başladıktan sonra kötü yönde değişiklik olduğunu belirtti. Hemşirelerin beslenme alışkanlıkları puan ortalaması 60.57±8.09 olup; su tüketimi, kalsiyum içerikli ürün tüketimi ve besinlerin saklanması alt grupları puan ortalamasının diğer beslenme alışkanlıkları alt gruplarına göre olumlu olduğu; buna rağmen tahıl tüketimi, alkol tüketimi ve sağlıklı kilo yönetiminin diğer beslenme alışkanlıkları alt gruplarına göre sağlıksız/kötü düzeyde olduğu belirlendi. Hemşirelerin fiziksel aktivite alışkanlığı puan ortalaması ise, 20.33±3.07 olarak saptandı.

Sonuç: Elde edilen bulgulara göre, hemşirelerin kanserden korunmaya yönelik beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarının istendik düzeyde olmadığı belirlendi. Hizmet içi eğitim, bilimsel toplantılar ve sempozyum gibi etkinliklerde beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarının öneminin vurgulanması ve bu koruyucu davranışların yaşam biçimi olarak benimsenmesi için çalışma ortamında, özendirici ortam ve olanakların sağlanması yarar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimler: Kanser, beslenme, fiziksel aktivite, hemşire.

HP-028

HİPERTANSİYON HASTALARININ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Zümrüt Akgün Şahin

Kafkas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Bu araştırmahipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek ve bu davranışları etkileyen faktörlerin incelemektir.

Yöntemler: Araştırma, Ağustos 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında bir devlet hastanesi ve bir araştırma hastanesinin kardiyoloji polikliniklerine tedavi amacı ile başvuran, hipertansiyon tanısı alan hastalar oluşturmuştur. Çalışma verilerinin toplanmasında hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya 180 hasta katılmıştır.

Bulgular: Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği toplam ortalamasının 108.52±5.45, Kendini Gerçekleştirme alt ölçek puan ortalamasının 25.60±4.22, Sağlık Sorumluluğu ölçeği alt ölçek puan ortalamasının 21.25±5.88, Stresle Başa Çıkma puan ortalamasının 15.11±3.08, Egzersiz puan ortalamasının 5.15±2.66, Beslenme puan ortalamasının 18.20±2.12, Kişiler Arası Destek puan ortalamasının 16.19±2.22 olduğu belirlenmiştir

Sonuç: Hastaların yaşam tarzı değişikliklerine adapte olduğu fakategzersiz konusunda hastaların bilinçlendirilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimler: Hipertansiyon, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, hastalık.

HP-029

HEMŞİRELİK VE SAĞLIK TEKNOLOJİLERİ DEĞERLENDİRME

Emine Özer[1], Rabia Kahveci[1], Sevgisun Kapucu[2], Yunus Nadi Yüksek[1]

[1]Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Birimi
[2]Hacettepe Hemşirelik Fakültesi İçhastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Sağlık sistemlerinde sunulan hizmetlerdeki gelişim hızı ile hizmeti alanların beklentileri her geçen gün hızlı bir şekilde artmaktadır. Kaynakların sınırlılığı bilinmekle birlikte beklentilerdeki artış devam etmektedir. Harcamaların kısıtlanması da genel olarak sağlık profesyonelleri ve hizmet alanlar tarafından kabul görmemektedir . Dünyada, son 20 yıl içinde, maliyetlerin kısıtlanması yerine bilimsel verilere dayanarak teknolojilerin göreceli etkililiklerinin ve maliyet-etkililiklerinin hesaplanması sağlık profesyonelleri ile hizmeti alanlar arasında kabul görmüş bir yaklaşımdır. Sağlık politikalarının belirlenmesinde, kanıtların ve maliyet-etkililik hesaplarının politikaya entegrasyonunda kullanılan önemli araçlardan biri de sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesidir (STD) . HTAi (Health Technology Assessment International) sözlüğünde STD, bir sağlık teknolojisinin özellikleri ve etkilerinin, bu teknolojinin hem doğrudan ve beklenen etkilerini hem de doğrudan olmayan ve beklenmeyen sonuçlarını dikkate alarak, sistematik değerlendirilmesi olarak tanımlanır.Burada bahsedilen Sağlık Teknolojisi "Sağlık alanında kullanılan ilaç, cihaz, tıbbi veya cerrahi teknikler ve bu hizmetlerin verildiği kurumsal veya destek sistemler" olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sektöründe kullanılan teknolojiler genel olarak sağlık teknolojileri olarak adlandırılmaktadır. Politik kararın ilgili olduğu teknoloji, uygulamada alternatifi olan uygulama(lar) ile mukayese edilmektedir. Amaç, alternatif uygulamalardan doğabilecek her türlü tıbbi, ekonomik, hukuki, etik ve sosyo-kültürel konuları net olarak karar vericiye sunmaktır. Ancak sağlık teknolojileri dediğimizde akla sadece karmaşık teknolojiler değil, koruyucu sağlık hizmetlerinde, tanıda, tedavide ve rehabilitasyonda kullanılan tüm tıbbi cihazlar, ilaçlar, cerrahi girişimler ve bunlarla ilgili bilgi birikimleri akla gelmelidir. Hemşirelik teknolojisi ise sağlık teknolojilerinin bir parçası olup, sağlığı sürdürmek, geliştirmek, hastalıklardan korumak, başedebilmek ve bakım verebilmek amacı ile bireye yardım etmede özellikle hemşireler tarafından kullanılan metod/uygulamalar ve cihazlar anlamına gelir. Hemşireler, bakımda

kullanılan teknolojik ürünlerin yararlı/etkin olup olmadığını saptamada ve değerlendirmede anahtar rol üstlenmeli, hangi teknolojik ürünün kapsamlı bir şekilde kullanılacağına ve destekleneceğine, hangilerinin ise kullanılmayacağına karar verebilmelidir.

Bu makalenin amacı hemşirelik mesleği profesyonellerinin STD ile ilgili farkındalığının arttırılması ve ülkemizde hemşirelik teknolojilerinde STD nin yerinin tartışılmasıdır.

Türkiye'de bu alandaki farkındalık henüz yeterli düzeyde değildir; ancak STD yapılırken, politik kararlara yansıtılırken ve uygulamaya aktarılırken sağlık profesyonelleri önemli rol oynamaktadır. Hemşirelik mesleği profesyonellerinin ise bu konu hakkında bilgi sahibi olmaları ve sürece dahil olmaları alanın gelişimi ve kararların daha çok paydaş katılımı ile gerçekleşmesi için önemlidir. STD uygulamalarında paydaşların bilgilendirilmesi ve sürece katılımının sağlanması daha akılcı sağlık kararlarının temeli olacaktır. Uygulayıcı, eğtici, yönetici ve araştırmacı rolü olan hemşirelerin, teknoloji değerlendirmesine yönelik ilgi/bilgilerini arttırması hasta bakımına ve uygulamalarına kalite getirecektir.

Anahtar Kelimler: Sağlık teknolojileri değerlendirme, hemşirelik, teknoloji, Türkiye

HP-030

KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA EN SIK GÖRÜLEN SEMPTOMLARA YÖNELİK KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Selma Turan Kavradım [1], Zeynep Özer [2]

[1]*Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*
[2]*Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*

Giriş: Günümüz kanser tedavi yöntemlerinin istenmeyen etkileri görülebilmektedir. Kanser tanısı alan hastaların ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, alopesia, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, dispne, depresyon, anksiyete gibi semptomlar nedeniyle fiziksel, psikolojik ve sosyoekonomik sorunlar yaşadığı bilinmektedir.

Amaç: Bu sistematik derleme ile kanser tanısı alan hastalarda kanıta dayalı semptom yönetimi uygulamalarının kullanımını artırmak amaçlanmaktadır.

Yöntem: Bu sistematik derleme, Akdeniz Üniversitesi veri tabanları taranarak (ScienceDirect, SocINDEX, Cochrane Library) ve belirlenen " pain and cancer, fatigue and cancer, nausea and vomiting and cancer, anxiety and depression and cancer, shortness of breath and cancer, sleep problems and cancer, stomatitis and cancer, nause and reflexology, dspnea and reflexolgy" keywordleri kullanılarak, 2008-2015 yılları arasında yazılmış 281 randomize kontrollü makaleden konuya uygun 16 makaleden elde edilen verilerin analizinden oluşmaktadır.

Bulgular: Kemoterapi alan hastalarda en sık görülen semptomlara yönelik kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili çalışmalara Tablo 1'de yer verilmiştir.

Sonuç: İncelenen çalışmaların sonuçlarına göre kanser tanısı ile takip edilen hastalarda kanıta dayalı uygulamaların semptom yönetimine katkı sağladığı saptanmıştır. Ülkemizde bu tür çalışmaların yapılmasına ve kanıta dayalı sonuçların kliniklerde uygulanmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimler: kemoterapi semptomları, kanıta dayalı uygulamalar, hemşirelik

Tablo 1. Kemoterapi alan hastalarda en sık görülen semptomlara yönelik kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili çalışmalar

Yazarlar	Örneklem	Semptom	Kullanılan Kanıta Dayalı Uygulama	Bulgular ve Sonuçlar
Paley ve ark., 2011	204	Ağrı	Akapunktur	Ağrının azaldığı görülmüştür
Mustafa ve ark., 2013	1378	Ağrı	Psikolojik girişimler	Ağrının azaldığı görülmüştür
Bradt ve ark., 2011	1891	Ağrı	Müzik Terapi	Ağrının azaldığı görülmüştür
Fellowes ve ark., 2008	1322	Ağrı	Aromaterapi ve masaj	Ağrının azaldığı görülmüştür
Cramp ve ark., 2012	4068	Yorgunluk	Egzersiz	Yorgunluğun azaldığı görülmüştür.
Goedendorp ve ark., 2009	3324	Yorgunluk	Psikososyal girişimler	Yorgunluğun azaldığı görülmüştür
Bradt ve ark., 2015	207	Yorgunluk	Dans ve hareket terapisi	Yorgunluğun azaldığı görülmüştür
Wyatt ve ark., 2012	385	Bulantı-Kusma	Refleksoloji	Bulantıyı azalttığı görülmüştür
Genç ve Tan, 2014	64	Bulantı	Akupresör	Bulantıyı azalttığı görülmüştür
Bradt ve ark., 2011	1891	Anksiyete-Depresyon	Müzik terapi	Anksiyete ve depresyonun azaldığı görülmüştür
Mishra ve ark., 2012	4826	Anksiyete-Depresyon	Egzersiz	Anksiyetenin azaldığı görülmüştür
Felbel ve ark., 2012	149	Anksiyete-Depresyon	Yoga	Anksiyete ve depresyonun azaldığı görülmüştür
Felbel ve ark., 2012	149	Uyku Sorunları	Yoga	Uyku kalitesini artırdığı görülmüştür
Mishra ve ark., 2012	4826	Uyku Sorunları	Egzersiz	Uyku kalitesini artırdığı görülmüştür.
Wyatt ve ark., 2012	385	Nefes darlığı	Refleksoloji	Dispnenin şiddetini azalttığı görülmüştür
Worthington ve ark., 2011	10.514	Stomatit	Aloe vera, kriyoterapi, granülosit-koloni uyarıcı faktör, intravenöz glutamin, bal, keratinosit büyüme faktörü, polimiksin- tobramisin antibiyotik pastil	azalmasında etkili oOral mukozitlerin önlenmesinde etkili olduğu görülmüştür.

HP-031

HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ ÖLÇÜM ARACI'NIN (PATIENT ACTIVATION MEASURE) TÜRKÇE'YE UYARLANMASI GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Cansu Koşar, Dilek Büyükkaya Besen

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Giriş: Kronik hastalıklar tüm dünyada, ölüm nedenlerinin başında yer almakta ve sağlık harcamalarının büyük bir kısmı bu hastalıkların tedavisi için yapılmaktadır. Kronik hastalıklara bağlı ölümler komplikasyonlar nedeniyle gerçekleşmektedir. Komplikasyonlar hastalık yönetiminin etkin yapılamaması ve istendik hedeflere ulaşılamaması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Günümüzde kronik hastalıkların etkili yönetiminin, kendi bakımına katılan, aktif bir hasta ile sağlanabileceği kabul edilmektedir. Hibbard ve arkadaşları tarafından tanımlanan aktif hasta, bakımının yönetiminde kendisinin önemli bir rolü olduğuna inanır, destekleyici kişilerle işbirliği içinde olur, sağlığını sürdürür, durumunu nasıl yöneteceğini, fonksiyonlarını nasıl koruyacağını ve sağlık durumundaki gerilemeyi nasıl önleyeceğini bilir, mevcut durumunu yönetebilecek, sağlık ekibi ile işbirliği yapabilecek, sağlık fonksiyonlarını koruyup sürdürebilecek, uygun ve yüksek kaliteli bakıma ulaşabilecek yetenek ve davranışa sahiptir. Hibbard ve arkadaşları hasta aktifliğinin elemanlarını; bilgi, beceri, istek, kendine güven ve inanç olarak ortaya koymuşlardır. Hasta aktifliği özellikle kronik hastalığı olan bireylerde kritik ve önemlidir, çünkü bireylerin, kompleks tedavi rejimlerini takip

etmeleri, durumlarını gözlemlemeleri, yaşam şekli değişiklikleri yapmaları ve bakımlarında karar verici olmaları gerekir.

Yöntem: Metodolojik bir çalışmadır. Örneklemi Hipertansiyon, Diyabet veya Romatoid Artriti olan toplam 130 hasta oluşturmuştur. Veriler; sosyo demografik bilgi formu ve Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı (Patient Activation Measure) ile toplanmıştır.

Bulgular: Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın kapsam geçerliği açısından uzmanlar arasında görüş birliği olduğu saptanmıştır. Güvenirlik: Ölçüm aracının iyi düzeyde iç tutarlık gösterdiği, (α: 0.81) saptanmıştır. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları her bir madde için en düşük 0.38 en yüksek 0.66 aralığındadır. Test-tekrar test güvenirliği korelasyon katsayısı 0.98'dir. Alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi ile üst ve alt grup ortalamaları arasında tüm test maddeleri için anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmış, ölçüm aracının amaçlanan hasta aktifliğini ölçme konusunda ayırt edici olduğu saptanmıştır. Geçerlik: Açıklayıcı faktör analizi sonucunda, ölçüm aracının maddelerinin tek boyutlu yapıda yer aldığı saptanmıştır. Ortaya çıkan faktörün öz değeri: 4,3 olup, 1'in üzerindedir. Faktörün açıkladığı toplam varyans, % 33,09'dur. Maddelerin faktör yükleri, 0,42 ile 0,71 arasındadır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda; model uyum göstergeleri; x^2 / df oranı 1,59, RMSEA: 0.071, GFI: 0.88; CFI: 0.96, NFI: 0.90 olarak saptanmış, maddelerin faktör yüklerinin ise en düşük 0.39 ile en yüksek 0.71 arasında değiştiği belirlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık yönetimine katılabilme, öz yönetimlerini sağlayabilme düzeylerini saptamak ve düzeylerine uygun girişimleri planlamak amacıyla geliştirilen Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın (PAM), elde edilen sonuçlar doğrultusunda, Türkiye'de kronik hastalığı olan bireylerde kullanılabilecek geçerli, güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır.

Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı (PAM), kronik hastalığı olan bireylerde hasta aktifliğini ve aktiflik düzeyini tanılama, öz yönetim stratejilerine daha az uyum gösterebilecek hastaları belirleme ve aktiflik düzeyine uygun girişimleri saptayıp, bakım planı geliştirmede kullanılabilir.

Anahtar Kelimler: Hasta aktifliği, öz yönetim, öz bakım, sağlık davranışları, kronik hastalık yönetimi.

HP-032

ÜST GASTROİNTESTİNAL KANAMALI 240 OLGUNUN ANALİZİ

Güngör Örnek

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Üst Gastrointestinal kanama ciddi morbidite ve mortalitesi olan yaygın bir medikal problemdir. Çalışmamızda Üst Gastrointestinal kanama tanısı ile takip edilen olguların özellikleri değerlendirildi.

Gereç ve yöntem: 01.01.14- 31.12.14 tarihleri arasında kliniğimizde takip edilen 240 gastrointestinal kanamalı hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar yaş, cinsiyet, başvuru şikâyeti, ilaç kullanımı, kanama öyküsü, endoskopik bulgular, uygulanan tedavi, transfüzyon ihtiyacı, yatış süresi ve mortalite açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların 162'si erkek (%67,5), 79'u kadın (%32,5), yaş ortalaması ise 55,2'dir. Başvuru şikayetleri melena (%77,5), hematemez (%37,5), senkop (%7,5), hematokezya (%2,5) 'dır. Hastaların 28'inin (%11,6) nonsteroid antiinflamatuar ilaç (NSAİİ), 26'sının (%10,8) oral antikoagülan, 10'unun da (%4,1) aspirin kullanımı mevcuttur. Üst gastrointestinal endoskopide hastalarda en sık saptanan bulgular gastrit ve ülser (%76,25), varis kanaması (%5,41) dır. Hastaların 17'sine (%7,08) skleroterapi, 5 'ine (%2,08) bandligasyon, 1 hastaya da cerrahi girişim yapılmıştır. Hastaların 46'sı (%19,16) nüks kanama hikayesi mevcut olmakla birlikte hastaların 186'sına (%77,5) transfüzyon uygulanmıştır. Hastaların ortalama yatış süresi 4,92 gün olarak saptanmıştır. Takip esnasında 11 hastanın yoğun bakım ihtiyacı gelişmiş ve 2 hasta da eksitus olmuştur. Eksitus olan ve yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların 9'u (%69,23) 65 yaş üstünde ve 7'sinin (%53,84) de ek hastalıkları mevcuttur. Bunların %28,57'sini diyabet ve hipertansiyon, %28,57'sini maligniteler, %14,28'ini kronik böbrek hastalığı, %14,28'inde karaciğer sirozu, %14,28'ini de astım ve amyotrofik lateral skleroz (ALS) oluşturmaktadır.

Sonuç: Mortalitenin azaltılması için kanama kontrolünün sağlanmasının yanında eşlik eden hastalıkların da dikkate alınması gerekmektedir. Hastalar yaş, kanama riski ve ilaç kullanımı durumlarına göre değerlendirilip gastroprotektif tedavi başlanmalıdır. Yaşlı ve ek hastalığı olan olgular mümkün olduğunca yoğun bakım koşullarında izlenmelidir

Anahtar Kelimler: Üst Gastrointestinal kanamalar

HP-033

TİP 2 DİYABETİ OLAN HASTAYA OREM'İN ÖZ BAKIM YETERSİZLİĞİ TEORİSİNE GÖRE HEMŞİRELİK BAKIMI VERİLMESİ: OLGU SUNUMU

Seçil Gülhan Güner

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Öz bakım teorisi, ilk kez 1956 yılında Dorethea Elizabeth Orem tarafından tanımlanmış ve 1971 ile 2001 yılları arasında "Özbakım Eksikliği Teorisi" olarak şekillendirilmiştir (Orem, 2001). Kuramın ana temalarından biri olan "öz bakım" bireyin kendi sağlığına sürekli katılımı anlamına gelmektedir. Bireyin öz bakımı kendi sağlığını sürdürmesi ve yükseltmesi ile ilgili görüşlerini ve davranışlarını kapsamaktadır. Bu durumda bireyin bilişsel, emosyonel, motor, duyuşsal faktörleri ve kişilerarası özellikleri etkili olmaktadır. Bu teori birey ve bireyin bireysel bakım gereksinimlerine odaklanır. Orem'e göre hemşireliğin amacı bireyler kendi bakımını yapar hale gelinceye kadar yardımcı olmak ve en kısa zamanda onun kendi bireysel bakımını üstlenmesini sağlamaktır (Birol 2004). Hemşireler çeşitli yardım etme yöntemlerini kullanarak, bireylerin kendi gereksinimlerini karşılamalarına yardımcı olarak ya da bakım gereksinimi olan bir aile üyesine nasıl bakım verilebileceğini öğreterek, sanatlarını uygularlar. Son yıllarda hastalığın tedavisinden çok sağlığın sürdürülmesi, sağlığın korunması ve bireyin öz bakım gücü durumu ön plana çıkmaktadır. Bu çalışmada 15 yıldır Tip 2 diyabet tanısı olan, hastaneye bilinci kapalı bir şekilde yatırılan bir hastanın öz bakım gücünü ve öz bakım gücünü etkileyen faktörlerin neler olduğunu saptamak amacıyla Orem'in Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi kullanılarak olgu sunumu yapılmıştır.

Anahtar Kelimler: Orem, Öz bakım, Tip 2 diyabet

HP-034

SON DÖNEMDEKİ ONKOLOJİ HASTALARINDA YALNIZLIK

Yasemin Çıracı[1], Nesrin Nural[2]

[1]*Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Trabzon*
[2]*Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Amaç: Yalnızlık kanser hastaları için aşırı hassasiyet, güvensizlik, çaresizlik, ölüm ve bilinmeyen korkusu ile ilişkili birçok sorunu beraberinde getiren olumsuz bir duygudur. Bu araştırma kanser hastalarında yalnızlık duygusunu belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini, 14 Kasım 2014 – 14 0cak 2015 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi onkoloji servisinde yatan ve kabul etme kriterlerine uyan 55 palyatif bakım hastası oluşturdu. Veriler, hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve bazı klinik özelliklerini içeren hasta bilgi formu ve UCLA Yalnızlık Ölçeği (University of California Los Angeles LonelinessScale) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılımlar ve ortalamalar, "Kruskall Wallis ve Mann Whitney U testleri", "Independentsamples t-testi" testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), çoklu regresyon analizi kullanıldı. Araştırmada kullanılan UCLA Yalnızlık Ölçeği iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa) 0,91 olarak bulundu.

Bulgular: Araştırmaya alınan hastaların genel yalnızlık düzeyi 53,61±9.29 olarak belirlendi. Hastaların genel olarak sosyo-demografik özelliklerinin yalnızlık düzeyini istatistiksel açıdan etkilemediği saptandı ($p>0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre; ziyaret edilme durumu, duygularını paylaşabilme durumu ve aile desteğinin yalnızlık düzeyini istatistiksel açıdan etkilediği görüldü ($p<0.05$). Hastaların çoğu psikolojik desteğe gereksinimleri olduğunu belirtti.

Sonuç: Araştırma sonuçları son dönemdeki kanser hastalarının yüksek oranda yalnızlık duygusu yaşadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimler: kanser, palyatif bakımhastası, son dönem, yalnızlık

HP-035

REİKİ DİYABET TEDAVİSİNDE ETKİLİ BİR YAKLAŞIM MIDIR?

Hamdiye Arda Sürücü

Dicle Üniversitesi, Atatürk Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü, Diyarbakır

Giriş: "Rei" her yerde varolan, "ki" ruhsal yaşam enerjisi anlamına gelmektedir. Sözcük anlamı Japonca'da, "Evrensel Yaşam Enerjisi" anlamına gelmektedir. Kaynağının Tibet olduğu sanılan Reiki, 19.yüzyılda bir Japon Budisti olan Dr. Mikao Usui tarafından ortaya çıkarılmış ve bir şifa tekniği olarak sunulmuştur. Reiki; fiziksel, zihinsel veya duygusal sorunların tümünde kullanılır.

Diyabet, makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonların oluştuğu kronik ve metabolik bir hastalıktır. Diyabet komplikasyonların yönetimi için ömür boyu ilaç kullanımını gerektirir. Bununla birlikte kullanılan ilaçların birçok yan etkisi (özellikle nöropatik ağrı tedavisi) nedeniyle yeni yaklaşımların/nonfarmakolojik tedavilerin araştırılmasına yönlendirmektedir. Reiki sıklıkla kullanılan nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinden biridir. Bununla birlikte kullanılan nonfarmakolojik tedavilerin kullanımına ilişkin bir fikir birliği yoktur.

Amaç: Çalışmanın amacı diyabet tedavisinde reiki'nin etkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Bu bir sistematik derleme araştırmasıdır. Dünya'da diyabetli bireylerde diyabet tedavisinde reiki kullanılan ilgili çalışmalara ulaşmak için Türkçe ve İngilizce olarak "reiki", "diyabet tedavisi", "tamamlayıcı tedaviler", "nöropatik ağrı" ve "enerji tedaviler" anahtar kelimeleri kullanılarak BMJ, Informahealth, Elsevier Clinical Key, WileyInterscience, Ebsco Host, Scopus, Ovid, Pubmed ve Google Akademik arama motorları, online yayınlanan Türkçe ve İngilizce dergiler taranmıştır. Tarih sınırlaması yapılmaksızın diyabetli bireylerle ilgili yapılmış olan tüm araştırmalar taranmış ve 10 tane makaleye ulaşılmıştır. Ancak çalışmanın alınma kriterlerine uygun diyabetik nöropatili hastalarda randomize, tek kör ve plasebo kontrollü yapılmış bir çalışmaya ulaşılmıştır.

Bulgular: Çalışmada Tip 2 diyabetli ve diyabetik nefropatik ağrısı olan 207 birey "reiki", "plasebo reiki" ve "rutin tedavi uygulanan" üç gruba randomize atanmış ve 12 hafta boyunca izlenmiştir. Reiki uygulanan grup 12 hafta boyunca haftalık 25 dakikalık terapi oturumları uygulanmıştır.

Çalışma sonunda Tip 2 diyabetli bireylerde ağrı tanımlayıcıları ve yürüme mesafesi, reiki ve plasebo reiki grubunda girişim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.005$) iyileşme görülürken, rutin tedavi uygulanan grupta herhangi bir değişim görülmemiştir ($p>0.05$). Bununla birlikte gruplar arasındaki farka bakıldığında ise bu iyileşmenin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Çalışmada, girişim öncesi girişim sonrası ile karşılaştırıldığında, grupların kendi içinde ve gruplar arasında ağrı skoru, iyi olma hali ve tedavi memnuniyet skorunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Reiki grubunun yaşam kalitesi skorunda istatistiksel olarak sınırda bir iyileşme görülmüştür ($p=0.05$).

Sonuç ve Öneriler: Nöropatik ağrısı olan Tip 2 diyabetli bireylerde Reiki çalışma grubunda algılanan ağrıyı azaltmada ve "yürünülen mesafeyi" geliştirmede plasebo grubundan daha etkili bulunmamıştır. Ancak reiki'nin diyabet tedavisinde etkisinin olmadığını düşünmek için yeterli ve kaliteli randomize kontrollü çalışmaya ulaşılamamıştır. Reiki'nin diyabet tedavisindeki etkisini araştıracak randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: reiki, diyabet tedavisi, tamamlayıcı tedaviler, nöropatik ağrı, enerji tedaviler.

HP-036

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN SEMPTOM KONTROLÜNDE AKUPRES UYGULAMASININ KULLANIMI

Alev Yıldırım[1], Banu Çevik[2]

[1]Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu, Akşehir/KONYA
[2]Başkent Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, ANKARA

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı fazla olan bir hastalıktır. Kronik böbrek yetmezliği'nden hemen hemen bütün organ ve sistem etkilenmektedir. KBY prevalansı araştırması (Chronic Renal Disease in Turkey- CREDIT) sonuçlarına göre Türkiye'de, KBY olan hasta sayısının 2.5 milyon olduğu bilinmektedir.

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar, hipotansiyon, kas krampları, bulantı-kusma, baş ağrısı, üremik kaşıntı, kanama, iskelet-kas ağrısı, halsizlik ve yorgunluk, uykusuzluk, depresyon, ağız kuruluğu gibi semptomları sık yaşanmaktadır. Bu semptomlar kontrol altına alınamadığında hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Semptomları hafifletmede farmakolojik uygulamaların yanında tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalara da yer verilmelidir. Akapunktur, masaj, aromaterapi, refleksoloji, yoga, enerji terapisi ve müzik gb tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar semptomları hafifletmede kullanılmaktadır. Bu uygulamalardan bir tanesi de yan etkisi olmayan, uygulaması kolay, bağımsız bir hemşirelik uygulaması olan akuprestir. Akupres, geleneksel Çin tıbbında uygulanan ilk üç terapiden birisidir. Akupresle akupunktur noktalarının uyarılmasının nöropeptitlerin salınımını etkileyerek beyin kimyasını değiştirir, vücut içindeki enerjinin dengeli bir şekilde akmasını sağlayarak kaslar üzerinde baskıyı azaltır, dolaşımı artırır, endojen opioidlerin salınımı ile semptomları hafiflettiği belirtilmektedir. Cho ve ark., Tsay SL., Sabouh F ve ark., Tsay SL ve ark.'nın çalışmalarında da akupres uygulamasının yorgunluk, depresyon ve emosyonel durumu önemli ölçüde iyileştirdiği saptanmıştır. Zau C ve ark., Tsay SL ve ark., Dai ve ark., Wu YW ve ark., Shariati ve ark., Tsay SL ve Chen ML'nin çalışmalarında da akupresin uyku ve yaşam kalitesini iyileştirdiği belirtilmiştir. Zhu ve ark.'nın çalışmasında da akupresin kas krampını önemli ölçüde azalttığı belirtilmiştir. Jedras ve ark., Kılıç Akça N ve Taşcı S., Lee KC ve ark., Kılıç Akça N, Karataş N ve Taşcı S.''nin çalışmalarında da akupresin kaşıntı şiddeti ve yaygınlığını azalttığı, uyku kalitelerinin arttığı saptanmıştır. Yang ve ark'nın çalışmalarında CV23, TE17 noktalarına akupres uygulamasının susuzluk yoğunluğunu azalttığı, tükürük akım oranını önemli bir şekilde arttırdığı ve ağız kuruluğu semptomunu hafiflettiği tespit edilmiştir. Hmwe NT ve ark.'nın çalışmasında akupresin depresyon, anksiyete ve stresi azalttığı belirtilmiştir.

Sağlık ekibi üyesi olarak hemşirelerin görevlerinden birisi de, kronik hastalıklarda bireylerin yaşadıkları semptomları gidermek, sağlıklarını geliştirmek, hastalık durumunda bakım ve tedaviyi desteklemek, tamamlayıcı ve destekleyici yöntemler konusunda hastaları bilgilendirmek ve bu tedavilerde yer almaktır.

Anahtar Kelimler: Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek Yetmezliği, akupres, masaj, hemşirelik.

HP-037

KESİCİ DELİCİ ALETLERLE YARALANAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YARALANMA ÖZELLİKLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Nilgün Doğan

Özel Tobb Etü Hastanesi

Amaç: Özel bir hastanede dört yıl içinde sağlık çalışanlarında meydana gelen kesici delici alet yaralanmalarının sıklığını tespit etmek, yaralanmaların hangi işlem basamağında hangi kesici delici alet ile gerçekleştiğini tanımlamak ve alınacak önlemlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç Yöntem: Çalışma 01 Ocak 2011 – 31 Aralık 2014 tarihleri arasında kesici delici alet ile yaralanıp enfeksiyon kontrol komitesine bildirimde bulunan 88 personele ait "Çalışan Güvenliği Olay Bildirim Form"unun retrospektif olarak incelenmesi sonucu yapılmıştır. Veriler SPSS 18.0 programında sayı ve yüzdelik hesabı ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın gerçekleştirilmesi için ilgili kurumdan yazılı izin alınmıştır.

Bulgular: KDA ile yaralanan 88 personelin mesleklerine bakıldığında ilk sırayı hemşire-ebeler (%56,8), 2. sırayı temizlik personelleri (%33,0) oluşturmaktadır. Olguların %95,5'ini iğne batmaları, %4,5'ini kesici alet ile yaralanmaları oluşturmaktadır. KDA yaralanmalarının %40,9'u primer yaralanma, %59,1'inin sekonder yaralanmadır. Yaralanan hemşire-ebelerin %60,0'ının primer yaralandığı, temizlik personellerinin ise %96,5'inin sekonder yaralandığı görülmüştür. Yaralanmaların %33,0'ü kullanılan KDA'in işlem alanında bırakılması ya da yanlış atık kutusuna atılması sonucunda meydana gelmiştir. Yaralanmaların %38,6'sı enjektör ucu, % 15,9'u sütur iğnesi, % 15,9'u lanset ile gerçekleşmiştir. Personel en sık (%26,2) sağ-sol işaret parmağının iç kısmından yaralandığını bildirmişlerdir.

Mesleki tecrübesi 1 yılın altında olan personelin daha sık (%34,1) yaralandığı; bir-üç kez hizmet içi eğitim alan personellerin %42,5'i yaralanırken, 8 ve üzeri eğitim alanların daha az (%10,2) yaralandığı görülmüştür. Ocak 2013 te güvenli intraket ve güvenli kan alma iğnesi (vacutainer iğnesi) kullanımına geçildikten sonra vacutainer iğnesi ve intraket ile yaralanmanın olmadığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının sıkça maruz kaldıkları KDA yaralanmalarının önlenmesi ve azaltılması oldukça önem arz etmektedir. Sağlık kuruluşlarında KDA yaralanmalarını önlenmeye yönelik tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde etkin bir program oluşturulmalı ve oluşturulan programda hizmet içi eğitimlere ağırlık verilmelidir. Eğitimlere tüm sağlık çalışanlarının katılımı sağlanarak belirli aralıklarla tekrar edilmesi farkındalığı arttırarak çalışan sağlığının korunmasında rol alacağı düşünülmektedir.

Güvenli aletler tek başına KDA yaralanmalarını önlemese de KDA yaralanmalarının sayısını azaltacağı düşünülmektedir. Bundan dolayı hastane yöneticileri ile Enfeksiyon Kontrol Komitesi güvenli ürünlerin temin edilmesi, personelin güvenli ürün kullanımına teşvik edilmesi için sıkı işbirliği içinde olmalılardır.

Bu çalışma verileri, KDA yaralanmalarının önlenmesi için alınabilecek önlemlerin geliştirilmesine ve bu konuda yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimler: kesici delici alet yaralanmaları, hemşire, çalışan sağlığı

HP-038

HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMLARINA İLİŞKİN ALGILARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Şerife Kuloğlu[1], Aynur Kızılırmak[2], Songül Göriş[3]

[1]Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Nevşehir
[2]Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu, Nevşehir
[3]Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kayseri

Amaç: Bu araştırma, bir ilin Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin, çalışma ortamlarına ilişkin algılarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç- Yöntem: Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmaya gönüllü olan, veri toplama sürecinde raporlu ve izinli olmayan 217 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında *Kişisel Bilgi Formu* ve *Çalışma Ortamı Ölçeği* kullanılmıştır. Araştırma için etik kurul onayı ve kurum izni alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde dağılımı, ANOVA ve t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada hemşirelerin %48.8'i 19-28 yaş grubunda, %96.8'i kadın, %51.6'sı evli ve % 41.9'u ön lisans mezunudur. Hemşirelerin %40.1'inin çalışma süresinin 1-5 yıl olduğu, %46.5'inin gece-gündüz vardiyası şeklinde çalıştığı, %76.1'inin ayda 6-10 nöbet tuttuğu, %50.2'sinin mesleğini isteyerek seçtiği, %60.8'inin mesleğini yapmaktan memnun olduğu, ve %29.5'inin sözel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.

Hemşirelerin Çalışma ortamı ölçeği puan ortalaması *86.17±15.41* (ölçek min:46- max:117) olarak bulunmuştur. Çalışmada hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma süresi, servisteki çalışma süresi, çalıştığı servisteki görevi, çalışma şekli, mesleği isteyerek seçme durumu, mesleği yapmaktan memnuniyet, servisten memnun olma, sözel şiddete maruz kalma gibi faktörlerin çalışma ortamını algılamalarını etkilediği saptanmış olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmada hemşirelerin çalışma ortamı algılarının iyi olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimler: Çalışma ortamı algısı, hemşire, etkileyen faktörler

HP-039

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARINDA UYKU KALİTESİ

Burcu Topçuoğlu, Sevilay Hintistan

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

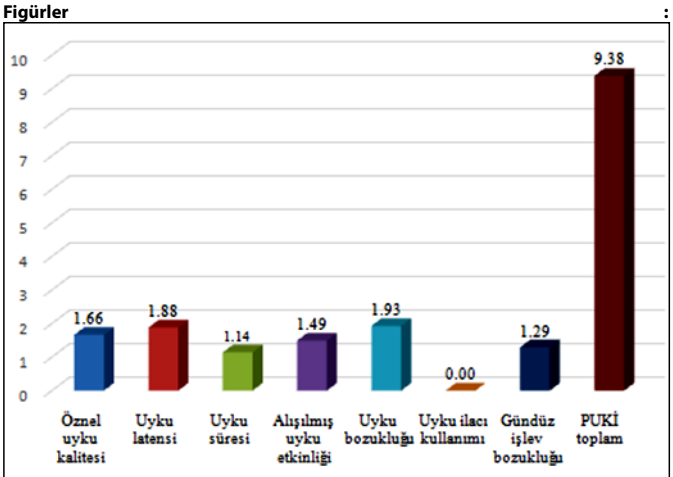
Araştırma, kronik obstrüktif akciğer hastalarında uyku kalitesini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı ile yatan 100 hasta; örneklemini ise Haziran 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında araştırma ölçütlerine uyan 80 hasta oluşturdu. Veriler, Hasta Bilgi Formu ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis Varyans Analizi testleri kullanıldı.

Araştırmada hastaların %97.5'inin uyku kalitesinin kötü, %2.5'inin uyku kalitesinin iyi olduğu belirlendi. Hastaların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puan ortalaması 9.38±3.17; öznel uyku kalitesi puan ortalaması 1.66±0.71; uyku latensi puan ortalaması 1.88±0.86; uyku süresi puan ortalaması 1.14±0.96; alışılmış uyku etkinliği puan ortalaması 1.49±1.12; uyku bozukluğu puan ortalaması 1.93±0.59; gündüz işlev bozukluğu puan ortalaması 1.29±0.75 olarak saptandı.

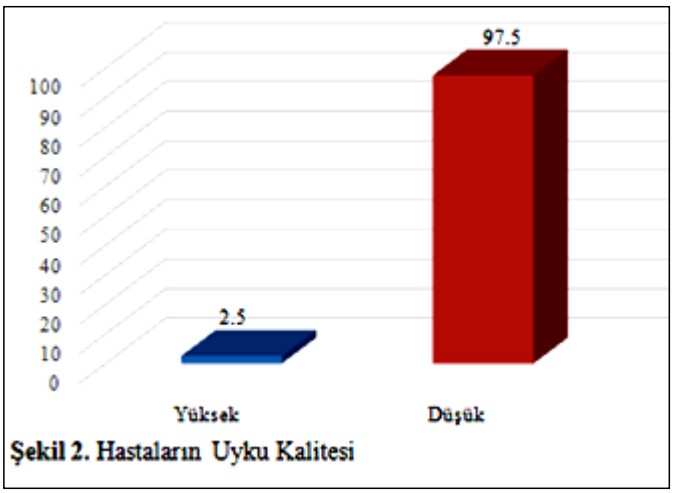
Araştırmada hastaların uyku kalitesi ile cinsiyet, eşlik eden kronik hastalık, ilaçlarla ilgili yan etki yaşama, kronik obstrüktif akciğer hastalığı nedeni ile egzersiz yapma, nefes darlığı, uyunulan yer, uyunulan yatak, uyumadan önce sekresyonları temizleme, uyku bölünmesi, uyurken tedaviye yardımcı cihaz kullanma, uyku sorunu nedeni ile günlük yaşam aktivitelerinde sorun yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Ancak hastaların uyku kalitesi ile yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, meslek, aylık gelir düzeyi, evde birlikte yaşanılan kişiler, sosyal güvence, hastalık süresi, ilaçlarını düzenli kullanma, öksürük, balgam çıkarma, sigara kullanma ve uyurken kullanılan yastık sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Anahtar Kelimler: Hemşirelik, KOAH, Kronik Hastalık, Uyku, Uyku Kalitesi

Figürler :



Şekil 1. Hastaların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puan Ortalamaları



Şekil 2. Hastaların Uyku Kalitesi

HP-040

KÜLTÜRE DUYARLI BAKIM: DAHİLİYE KLİNİĞİ HEMŞİRELERİNİN SURİYE'Lİ HASTALARA İLİŞKİN DENEYİMLERİ

Sibel Sevinç

Kilis 7 Aralık Üniversitesi Y.Ş. Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Bu çalışmada dahiliye kliniği hemşirelerinin Suriye'li hastalara ilişkin yaşadığı güçlükler ve deneyimlerinin belirlenmesi amaçlandı

Yöntem: Kalitatif nitelikte olan çalışmanın örneklemini Temmuz -Ağustos 2014 tarihleri arasında Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği'nde görev yapan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 10 hemşire oluşturdu. Veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak derinlemesine görüşmeler sonucunda elde edildi. Araştırmaya başlamadan önce hemşirelere araştırmanın amacı açıklandıktan sonra görüşme öncesi sözel ve yazılı onam alındı. Görüşmeler, hemşire ve araştırmacının yalnız olacağı bir odada, yaklaşık 45- 60 dk sürecek şekilde, hemşirelerin ifadeleri ses kayıt cihazına kaydedilerek araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Toplanan veriler, açık kodlama yapılarak, içerik analizi ile temalar ve alt temalar belirlendi. Demografik veriler ile ilgili bulgular ise sayısal ve yüzdelik oranlarla ifade edildi.

Bulgular: Çalışma sonucunda, üç tema ve temalara ait alt temalar saptandı. Birinci tema güçlüklerdi. Güçlükler temasının altında, iletişime yönelik, tedavi ve bakıma yönelik, refakatçilere yönelik güçlükler temaları saptandı. İkinci tema farklılıklardı. Farklılıklar temasının altında, ölüme ve hastalara yönelik farklılıklar temaları saptandı. Son tema ise duygular temasıydı.

Sonuç: Sonuç olarak, dahiliye kliniğinde Suriye'li hastalara bakım veren hemşirelerin, bu hastalarla ilgili çeşitli güçlükler farklılıklar ve değişik duygular yaşadığı saptandı. Bu hastalara en iyi tıbbi bakımı verebilmek, hastanede kalış sürelerini kısaltabilmek için hemşirelerinde kültürel duyarlılık farkındalık konularında kendi değerlendirmelerini yapmaları önerilir. Bunun yanında hemşirele-

rin kültürel yeterliliklerinin iyileştirilmesinin de hasta bakım kalitesini arttıracağı söylenebilir. Türkiye'nin bir çok yerinde tıbbi bakım tedavi almaya devam eden Suriye'li hastalarla ilgili yapılan çalışmaların arttırılmasının da sorunların tespiti ve çözümünde etkili olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimler: Dahiliye kliniği hemşireleri, Deneyimler, Suriye'li hastalar

HP-041

KEMOTERAPİ SEMPTOMLARI VE HEMŞİRELİK EĞİTİMİ

Hilal Pekmezci[1], Sevilay Hintistan[2]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Hemşirelik ve Bakım Hizmetleri/Yaşlı Bakımı, Rize
[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon

Günümüzde kanser fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunları içeren, iyileşme ve şiddetlenme dönemleri olan, kısa ve uzun süreli uyum güçlükleri yaratan kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır.Kanserin tedavi yöntemleri arasında genellikle kemoterapi, radyoterapi, cerrahi, immünoterapi ve kemik iliği transplantasyonu yer almaktadır. Kanser tedavisinde bu yöntemlerden bir ya da birkaçı kullanılmaktadır. Kanser tedavileri içerisinde en sık kullanılan yöntemlerden biri olan kemoterapi, özellikle çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan doğal, sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan bir tedavi şeklidir. Kemoterapi, tedavi edici etkilerinin yanı sıra kemik iliği depresyonu, bulantı-kusma, mukozit, diyare, konstipasyon, nefes darlığı, alopesi, uykusuzluk, ağrı, halsizlik, anemi, yorgunluk, nörolojik, üriner, hematolojik, cilt, göz ve cinsellikle ilgili istenmeyen bir çok semptoma da neden olmaktadır. Hastalarda ortaya çıkan bu semptomlar, kemoterapi ilaçlarının özellikle hızlı bölünen hücreler üzerine olan toksik etkilerinden kaynaklanmakta ve şiddeti hafif dereceden yaşamı tehdit eden dereceye kadar değişmektedir. Kanser görülme sıklığının artması kemoterapi kullanım sıklığını da artırmaktadır. Günümüzde pek çok yeni kemoterapi ilaçları olmasına karşın yan etki potansiyellerinin halen devam etmesi nedeni ile hastalar kanser tedavisi sırasında zor dönemlerden geçmektedir.Bu dönemler hastaların stres düzeyinin artmasına, kendi yaşamları üzerinde kontrollerini kaybetme korkusuna, sosyal rol ve etkileşimlerinde değişiklik yapmalarına neden olmaktadır. Ayrıca hastaların hastalık ve tedavi sürecinin belirsizliği nedeni ile kanser tedavisi sırasında ya da sonrasında sosyal ve evlilik ilişkileri de tehlikeye girmekte, hatta eş, aile ve arkadaş ilişkileri etkilenebilmektedir. Kanser hastaları, sağlıkları ile ilgili kararlara katılmak, hastalık ve tedavileri ile ilgili semptomları kontrol altına almak ve kanser deneyimi ile baş etmek için bilgiye ve eğitime gereksinim duymaktadır. Hemşire, bireyin sağlığını yükseltme ve acıyı dindirme amaçlarına yönelik olarak bağımsız eğitim fonsiyonunu en etkin şekilde uygulamalıdır. Hemşirelerin öncelikle hastaların bilgilendirilmesi, kemoterapötik ilaçların uygulanması ve sonrasında ortaya çıkan fiziksel, psikolojik ve sosyal semptomların belirlenmesi ve kontrol altına alınmasında önemli rolü bulunmaktadır. Tedavi ve bakım sürecinin her aşamasında hasta ve hasta yakınlarının gereksinim duydukları konularda bilgilendirilmeleri gerekmektedir . Kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin açık ve anlaşılır bir şekilde, uygun zaman ve yerde verecekleri eğitimle birçok sorunun gelişmesi önlenebileceği gibi var olan semptomlarla da daha etkin baş etme sağlanabilmektedir. Kemoterapi semptomları ortaya çıkmadan önce hazırlayıcı bilgi verilmesinin hastaların olumlu bakış açılarını geliştirmelerine yardım ettiği, korku ve anksiyetelerini hafiflettiği ve kemoterapinin neden olduğu semptomları azalttığı bildirilmektedir. Kanser hastalarına semptom kontrolüne yönelik verilen eğitim ile hastalar bilgilendirilmekte, rahatlatılmakta ve güvenleri kazanılmaktadır. Hastalıkları ile ilgili bilgi alan ve duygularını paylaşan hastaların durumları ile daha iyi baş edebildikleri belirtilmektedir .

Anahtar Kelimler: Kanser, kemoterapi , hemşirelik eğitimi

HP-042

HEMŞİRELİĞİN GÖZ ARDI EDİLEMEYECEK BİR YÖNÜ "BİLİŞİM"

Burcu Topçuoğlu, Sevilay Hintistan

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dünyadaki tüm ülkelerin amacı, bireylerin sağlıklı gelişmiş bir toplum oluşturmasıdır. Bu amacın gerçekleştirilebilmesi için iyi örgütlenmiş bir sağlık sistemine gereksinim vardır. Bu nedenle sağlık hizmetleri ayrıcalıklı yere sahiptir. Çağımızın bilişim çağı olması nedeniyle de iyi örgütlenmiş sağlık sisteminde hemşirelerin bilişim teknolojilerini yakından takip etmeleri ve uygulamalarında etkili bir şekilde kullanmaları önemlidir.

Hemşirelik bilişimi literatüre 1980'li yıllarda girmiştir. Graves ve Corcoran hemşirelik bilişimini; hemşirelik bakımını sağlamak ve hemşirelik uygulamalarını desteklemek için hemşirelik verisinin, bilgisinin ve enformasyonunun işlenmesinde ve yönetilmesinde yardımcı olmak amacıyla bilgisayar, bilgi ve hemşirelik biliminin bir kombinasyonu olarak tanımlamıştır. Hemşirelik bilişimi ile hemşirelik bakım planı uygulaması ve değerlendirilmesi, hastaların yaşam bulguları, ilaç istemi, ilaç uygulamaları, hasta transferi, hasta eğitimi kayıtları, izlemi gibi birçok uygulama yapılabilmektedir. Bunun yanı sıra hemşirelik bilişimi ile malzeme, personel kontrolü, istatistiksel çalışmalar da kolayca gerçekleştirilebilmekte, bilgisayar destekli sistemler ile hemşirelerin form doldurma ve verilere ulaşmada daha az zaman harcayarak doğrudan ve etkili hasta bakımına zaman ayırmaları sağlanabilmektedir. Bilişim programları ile zaman ve kırtasiyecilik yükü azalmakta, klinik karar verme ve hemşirelik uygulamaları kolaylaşmakta, hemşirelik bakımının kalitesi artmakta, hemşirelik araştırmaları için kaynak oluşturmakta, diğer sağlık disiplinleri ile hemşirelik arasında iletişimi sağlamakta ve hemşire için yasal belge oluşturmaktadır. Brezilya'da 2005-2008 yılları arasında yürütülen bir araştırmada hemşireler, bilgisayar destekli yazılımları kullanarak hastalardan hızlı ve güvenilir veri toplayabilmişler ve uyguladıkları hemşirelik bakımını değerlendirme olanağı bulabilmişlerdir. Ülkemizde de bir çalışmada, bilgisayar destekli hemşirelik bakım uygulamalarına çalışanların hasta ile ilgili tüm verilere aynı sistem üzerinden hızlı bir şekilde ulaşmalarının bakımı olumlu şekilde etkilediği sonucuna varılmıştır.

Sonuç olarak bilişim, hemşirelik uygulamalarına pek çok katkı sağlamaktadır. Hemşirelik bilişimindeki gelişmeler ve uygulamaların yaygınlaşması hemşirelik bakım kalitesinin ve mesleki profesyonelleşmenin artmasına yardımcı olabilecektir. Bu nedenle hemşirelik bilişiminin gelişimi için lisansüstü programların açılıp yaygınlaştırılması, sertifika programlarının düzenlenmesi ve bilişimin hemşirelik bakımında uygulanabilirliği sağlanmalı, hastane otomasyonlarının içeriğinde hemşirelik modülü bulundurulmalı ve hemşirelerin bu modülü aktif olarak kullanmaları sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimler: Hemşirelik, Bilişim, Teknoloji, Hemşirelik Bilişimi

HP-043

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN KESİCİ-DELİCİ ALETLERLE YARALANMAYA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Ayşegül Koç[2], Burcu Karataş[1], Sedef Seval Çelik[1]

[1]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi

Amaç: Klinik deneyimlerinin yetersiz olması nedeniyle klinik uygulamalar sırasında hemşirelik öğrencileri delici ve kesici aletlerle yaralanma açısından önemli risk altındadır. Bu çalışma da Yıldırım Beyazıt Üniversitesinde okuyan hemşirelik öğrencilerinin kesici-delici aletlerle yaralanmaya ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan bu çalışmanın evrenini 2014-2015 öğretim yılının bahar döneminde Yıldırım Beyazıt Üniversitesinde eğitim gören hemşirelik öğrencileri oluşturmuş (N=343), üniversite yönetiminden gerekli izinler alınmıştır. Anketin ilk bölümünde; katılımcıların sınıfı, kesici-delici aletlerle yaralanma sayıları ve yaralanmaya neden olan durumları, Hepatit B aşısı yaptırma durumları; ikinci bölümde; Uzunbayır ve ark. tarafından geliştirilen ve güvenirlik geçerliği yapılmış olan (Cronbach alfa=0,80) "Sağlık Çalışanlarının Kesici-Delici Tıbbi Aletleri Güvenli Kullanımına Yönelik Tutum Ölçeği" kullanılmıştır (Uzunbayır, 2011). Verilerin değerlendirilmesinde tüm değişkenlere, ilişkin tanımlayıcı istatistiklere sayı, yüzde verilmiştir. t testi, varyans analizi, Kruskal-Wallis Testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmış, $p<0,05$ ise anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %83,6'sı kadın (n=183), %16,4'sı erkek (n=36)' dir. Grubun %40,6' sını (n=89) 2.sınıf, %32,9' unu (n=72) 3.sınıf, %26,5' ini de (n=58) 4.sınıflar oluşturmaktadır. %38.8'i (n=85) hiç yaralanmadığını; %27,4 'ü (n=60) 1 kez; %27.4 'ü (n=60) 2-4 arası yaralandığını; %15 'i (n=4) daha fazla yaralandığını ifade etmiştir. Öğrenci hemşirelerin kesici-delici alet yaralanmalarının neredeyse %40'a yakını "tedavi öncesi temiz aletle" %13'ü "tedavi sırasında" ve %11,5'u "Enjeksiyon/tedavi sonrasında iğne ucunu kapatırken" karşılaştığı bulunmuştur. Yaralandığını belirtenlerden %18,7 'ü (n=41) yaralanma durumu rapor etmişken, %44,7'i (n=98)rapor etmediğini ifade etmiştir. %73,5 (n=161) katılımcı Hepatit B aşısı yaptırdığını, bu gruptan %43,4'ü (n=95) kişide aşı sonrası tahlil yaptırmadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılanların toplam ölçek puanı ortalamaları 112,7 +- 10,3 (min:72-max:125); bilişsel ölçek puan ortalamaları 54,5+- 5,3 (min:27-max:60); duyusal ölçek puan ortalamaları 26,8+-3,0 (min:16-max:30); davranışsal ölçek puan ortalamaları 31,3+-3,5 (min:19-max:35) bulunmuştur. 4.sınıf hemşirelik öğrencilerinin toplam ölçek puanları (114+-9), 2. ve 3. Sınıf hemşirelik öğrencilerinin toplam

ölçek puanlarına (113+-10; 112+-12) göre daha yüksek saptanmasına rağmen sınıflar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,680). Çalışmaya katılan kadınların toplam ölçek puanları 113,3+-9,5 (min:72-max:125) ; erkek öğrencilerin toplam ölçek puanları 109,3+-13,1 (min:76-max:125) bulunmuştur. Kadın öğrencilerle, erkek örgencilerin toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,157).

Sonuç: Kesici delici yaralanmalar ile viral ve bulaşıcı ajanlara maruziyetin çoğu kez önlenebilir olmasına karşın ciddi bir sorun olmaya devam ettiği görülmektedir. Sağlık çalışanlarının çoğunun standart önlemlerin yanı sıra maruziyet sonrası uygulanması gerekli işlemler konusundaki bilgisi yetersiz olduğu görülmektedir. Bu konuda ortak rehber oluşturularak hem öğrencilikte hem de mezuniyet sonrası eğitim konuları artırılmalıdır.

Anahtar Kelimler: Kesici delici alet yaralanması; hemşire; yaralanma; bulaş

HP-044

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE KÜLTÜRLERARASI DUYARLILIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Ayşegül Koç[1], Şerife Öz[2], Tuğba Kılıç Topal [2]

[1]*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*
[2]*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*

Amaç: Hemşirelik öğrencilerinin bakım verdikleri bireylerin sağlık ve hastalık davranışları arasındaki kültürel faktörleri bilmesi son derece önemlidir. Bu amaçla, araştırmamız hemşirelik öğrencilerinde kültürlerarası duyarlılıklarını ve ilgili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmış ve yapılmıştır.

Gereç ve yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evreni Ankara'da bir devlet üniversitesinin ve bir özel üniversitenin hemşirelik bölümünde okuyan tüm öğrenciler oluşturmuş çeşitli nedenlerle 103 öğrenci ile tamamlanmıştır. Araştırma kapsamına 1.sınıf öğrencileri alınmamıştır. Araştırmamızda gönüllülük esas alınmıştır. Verilerin toplanmasında demografik veriler için oluşturulan soru formu ve Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği (KDÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Bulgular: Vakıf üniversitesi öğrencileri ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi öğrencileri iletişim de sorumluluk boyutu ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (z=1,986 ; p=0,047). Vakıf üniversitesi öğrencilerinin iletişim de sorumluluk boyutu ölçeği puan dağılımı Yıldırım Beyazıt Üniversitesi öğrencilerinin iletişim de sorumluluk boyutu ölçek puanlarından yüksek bulunmuştur. Vakıf üniversitesi öğrencileri ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi öğrencileri Kültürel farklılıklara saygı boyutu ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (z=1.972; p=0,073). Vakıf üniversitesi öğrencileri ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi öğrencileri, iletişimden hoşlanma boyutu ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (z=2,505; p=0,012). Kültürel farklılıklara saygı boyutu, iletişimde kendine güvenme boyutu ölçeği, iletişimden hoşlanma boyutu ölçeği ve iletişimde dikkatli olma boyutu ölçeği puanları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Sonuç: Hemşirelik bakımı kültürel bir olgudur. Hemşirelerin farklı kültür gruplarının gereksinimlerine duyarlı yaklaşmaları bakımın kalitesini olumlu etkileyeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimler: Kültür; Kültürlerarası Duyarlılık; Hemşire; Bakım

HP-045

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNE YAPILAN HASTA ZİYARETLERİNİN DUYUSAL GİRDİLERE ETKİSİ

Sevcan Filiz[1], Sebahat Ateş[2]

[1]*GATA Haydarpaşa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*
[2]*Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü*

Giriş: Yoğun bakım, yaşamı akut olarak tehdit eden bir hastalığı olan ya da böyle bir hastalığın gelişmesi beklenen bireylere verilen multidisipliner bakım ve tedavi şeklidir. Yaşam süresince bireyler, zaman zaman sağlıklı olma durumundan uzaklaşırlar ve durumu kritik olan hastaların tedavi ve bakımı yoğun bakım ünitelerinde sağlanır. Yoğun bakım ünitesine giriş hem hastalar hem de aileleri için oldukça stresli bir deneyimdir.

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalardaki duyusal değişimler: Hasta bireyin aile üyeleri ve arkadaşları ile birlikte olamaması, alışkanlıklarını sürdürememesi yalnızlık ve izolasyon duygularının gelişmesine neden olabilmektedir Aile üyelerinin enfeksiyon için risk oluşturdukları; hastada taşikardi, hipertansiyon, aritmi ve anksiyete gibi fizyolojik değişikliklere neden olabilecekleri düşünülmekte ve bu nedenle de yoğun bakım ünitelerine ziyaretleri sınırlandırılmakta veya tamamen yasaklanmaktadır.

Yoğun Bakım ortamlarında aşırı gürültü, ışık, aşırı hareketlilik gibi duyusal girdilerin çok olduğu durumların yanısıra; tıbbi gereçlerden çıkan monoton sesler, hareketsizlik, sessizlik gibi duyusal girdilerin az olduğu durumlarda olabilmektedir. YBÜ' de hemşirelerin yoğun çalışma koşulları, ziyaretlerin kısıtlanması, hastanın bilincinin kapalı olması, mekanik ventilatöre bağlı olması gibi nedenler ile hastalarla sözlü iletişim azalmakta ve bunların sonucunda hastalar duyusal yoksunluk ve duyusal yüklenme gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar.

Yoğun bakım ünitesine aile ziyaretine ilişkin düzenlemeler: Amerika Birleşik Devletleri Halk Sağlığı Servisi 1962 yılında yoğun bakım ünitelerinin ziyaretine yönelik rehber yayınlamıştır. Yayınlanan rehberde, üniteye yakın bir bekleme alanı bulunması ve her saat beş dakika süreyle ziyaret uygulaması önerilmiştir.1970'li yıllardan itibaren yoğun bakım ünitesine açık ziyaretin hasta, hasta yakınları ve hemşireler üzerine etkilerine yönelik çalışmalar yapılmakla birlikte, halen ziyaret saatleri konusunda farklı uygulamalar görülmektedir. Ülkemizde de benzer şekilde farklı uygulamalar bulunmaktadır.

Yoğun bakım ünitesine yapılan hasta ziyaretinin hasta üzerine etkileri: Yapılan çalışmalarda aile üyelerinin ziyaretinin hasta üzerine olumlu sonuçları olduğu belirtilmektedir. Sevdiği bir kişi ile birlikte olma, hastaya umut ve güç vererek hayata bağlanmasına ve hastalık ile mücadele etmesine yardım edeceği belirtilmektedir.

Yoğun bakım ünitesinde kısıtlanmayan ziyaretlerin hastalar üzerine etkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada; ziyaretlerin hastalarda kan dolaşımının ve stresin azalmasını sağladığı bununla birlikte çevresel mikrobiyal kontaminasyonun arttığı, fakat bunun septik komplikasyonlara neden olmadığını saptamıştır. Aile ziyaretinin mental duruma olan etkisinin etkisini değerlendirildiği diğer bir çalışmada ise hastaların %78'inde mental durum puanlarında düzelme saptanmıştır. Esnek ziyaretin hasta ve yakınları üzerinde memnuniyeti arttırma anksiyeteyi azaltma açısından olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir.

Sonuç: Yoğun bakım ünitesine yapılan ziyaretlerin hastanın duyusal değişimine olumlu etkileri göz ardı edilemez. YBÜ' de çalışan hemşirelerin, yatan hastaların duyusal problemlerini yakından takip etmeleri, aile üyelerini ziyaret ve ziyaret sırasında bakıma katılmalarını konusunda desteklemeleri gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimler: YBÜ, Hasta Ziyareti, Duyusal Girdi Problemleri



Şekil 1.



Şekil 2.

HP-046

RABDOMİYOLİZ VE HEMŞİRELİK

Vacide Aşık Özdemir[1], Sevilay Hintistan[2], Hilal Pekmezci[3]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü, Rize
[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon
[3]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Hemşirelik ve Bakım Hizmetleri/Yaşlı Bakımı, Rize

Uzun süreli immobilizasyona maruz kalınan durumlarda da görülebileceği gibi depremler, elektrik akımı, travma, toksinler, ilaçlar, enfeksiyonlar gibi daha bir çok durumda da görülebilen rabdomiyoliz (RM); bir çok farklı nedene bağlı olarak çizgili kasların hasara uğraması ve kas hücresi içeriğinin sistemik dolaşıma katılması ile gelişen bir sendromdur. Kelime olarak "çizgili kasın erimesi" anlamına gelen RM, iskelet kası hasarını takiben dolaşım sistemi içine hücre içeriğinin salınımı ile karakterize yaşamı tehdit eden klinik bir sendromdur. RM patogenezinde rol alan en önemli faktör kasın belirli bir süre baskı altında kalması (baromiyopati)dır. RM tablosu geçici hafif hiperpotasemi, hipokalsemi, miyoglobulinemi, artan kreatinin fosfokinaz düzeyinden yaşamı tehdit eden hipovolemik şok, asidoz, kalp ve solunum yetmezliği boyutuna kadar değişkenlik gösterebilir. RM sonrasında gelişen en ciddi komplikasyonlarından biri olan akut böbrek yetmezliği (ABY)'nin mortalite ve morbiditeyi arttırdığı Marmara depremi ile dikkat çekmiştir. RM olgusuna deprem dışında bitkiler, ilaçlar, alkol, travma hatta uzun süreli otobüs yolculuğuna bağlı immobilizasyon kaynaklı vakalara da literatürde sıkça rastlanmaktadır. Bu nedenle bu sendromun bakım veren hemşireler tarafından bilinmesi, risk grubunda olan hastaların iyi değerlendirilmesi, erken tanılanması ve gerekli önlemlerin alınarak hayatı tehdit eden komplikasyonların önüne geçilmesi son derece önemlidir. RM sonrasında gelişen kompartman sendromu, bu zeminde ortaya çıkan ezilme sendromu ve rabdomiyolizin en ciddi komplikasyonlarından biri olan akut böbrek yetersizliği (ABY) nin irdelenmesi, özellikle uzun süre immobilize olan hastalarda gelişmesi muhtemel rabdomiyoliz ve komplikasyonları açısından bakım veren hemşirelere farkındalık yaratılmalıdır.

Anahtar Kelimler: Rabdomiyoliz, hemşirelik

HP-047

HEMŞİRELİK UYGULAMALARI VE BİYOMEDİKAL

Nurten Özen

Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Biyomedikal alanda meydana gelen teknolojik gelişmeler sağlık hizmetlerinin sunumunda değişimi zorunlu hale getirmiştir. Sağlık ekibi içerisinde hemşireler; bireylerin sağlık düzeyini koruma, geliştirme, güvenli, etkili ve kaliteli bakım sağlama gibi öncü rollere sahiptir. Bu özellikleri nedeniyle hemşirelerden; birey, aile ve toplum sağlığını etkileyen ve değişen durumlara yönelik bilgi, beceri ve donanıma sahip olması; sahip olduğu bilgi, beceri ve donanım ile bilimsel, aktif ve bilinçli olarak uygulamalarda bulunması beklenmektedir.

Tıp alanındaki hızlı gelişmelere paralel olarak biyomedikal cihaz teknolojilerinin gelişmesi de bu alanı dünyada çok önemli bir noktaya getirmiş, teşhis ve tedavide cihazların kullanımı ve gerekliliği artmıştır. Biyomedikal alanında bilginin kullanımında meydana gelen değişiklikler, sağlık profesyonellerini de etkilemiştir. Sağlık bakım hizmetinin verilmesinde bilgisayarların kullanımı ile bilginin paylaşımı, ekip çalışması, veri ve bilgi temelli uygulama gibi kavramlar yaygınlaşmaya başlamıştır. Bilgisayarlar, hasta bakım hizmetlerini destekleme, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi gibi doğrudan sağlık bakım hizmetlerinin sunulmasında kullanılmasının yanı sıra, karar verme, yönetim, planlama ve biyomedikal araştırmalar gibi idari ve akademik fonksiyonların yerine getirilmesinde daha fazla kullanılmaya başlanmıştır.

Sağlık sektöründe kullanılan teknolojiler genel olarak sağlık teknolojileri olarak adlandırılmaktadır. Ancak sağlık teknolojileri dediğimizde akla sadece karmaşık teknolojiler değil, koruyucu sağlık hizmetlerinde, tanıda, tedavide ve rehabilitasyonda kullanılan tüm tıbbi cihazlar, ilaçlar, cerrahi girişimler ve bunlarla ilgili bilgi birikimleri akla gelmelidir. Sağlık teknolojilerinin kullanım amacı, bireyin ve toplumun sağlıklı olma durumunun korunması ve bu durumun sürekliliğinin sağlanmasıdır. Hemşireler, bakımda kullanılan teknolojik ürünlerin yararlı/etkin olup olmadığını saptamada ve değerlendirmede anahtar rol üstlenmeli, hangi teknolojik ürünün kapsamlı bir şekilde kullanılacağına ve destekleneceğine, hangilerinin ise kullanılmayacağına karar verebilmelidir.

Günümüz bilim ve teknoloji alanındaki ilerlemeler, özellikle biyomedikal alandaki gelişmeler sayesinde durmuş olan bir kalbi yeniden canlandırmak, solunumu devam ettirmek ve kişinin yaşamını devam ettirmek mümkündür. Tüm bu yenilikler son yıllarda özellikle hemşirelerin de etkin bir şekilde yer aldığı tele sağlık uygulamalarını gündeme getirmiştir. Geniş bir uygulama alanına sahip olan tele-sağlık teşhis, bakım sağlama, elektrokardiyogramlar ve sağlık bilgisi iletme, radyolojik görüntüleri analiz etme, uzaktan fetal görüntüleme, servis sağlama ve sağlık uzmanlarının eğitimi için hasta bakımı, eğitim, araştırma, yönetim ve halk sağlığı uygulamalarını içermektedir.

Bu nedenle hemşireler teknolojiyi ve biyomedikal alandaki gelişmeleri yakından takip etmeli ve hizmet içi eğitim programlarına örüntüleyebilmelidir. Böylece uygulayıcı, eğitici, yönetici ve araştırmacı rolü olan hemşireler hasta bakımına ve uygulamalarına kalite getirecektir. Hızlı adımlarla ilerleyen günümüz teknolojisi; etkinlik, güvenlik ve bakım kalitesini geliştirerek hemşireler için çok daha iyi bir çalışma ortamı yaratacaktır.

Anahtar Kelimler: Bakım, iyomedikal, hemşirelik, teknoloji

HP-048

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KEMOTERAPİYE MARUZİYETE SEBEP OLAN ÇEVRESEL ETMENLER

Ayşegül Koç, Erdal Ceylan

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Kemoterapi kanser tedavisinde, neoplastik hastalığın sürecini yavaşlatmak, geriletmek ya da durdurmak amacıyla kullanılmaktadır. Fakat bu ilaçlar hastalar için olduğu kadar sağlık çalışanları için de büyük risk teşkil etmektedirler. Sağlık çalışanları antineoplastik ilaçların hazırlanması, taşınması, uygulanması, depolanması ve atıkların yok edilmesi sırasında inhalasyon, sindirim ya da doğrudan cilde temas yoluyla ilaca maruz kalabilmektedir. Bu literatür çalışmasıyla onkoloji ile ilişkili servis ve eczanelerde kemoterapilere maruziyete sebep olabilecek noktaların ve bununla ilişkili olabileceği düşünülen faktörlerin incelenmesi düşünülmüştür.

Ülkemizde ve yutdışında onkoloji alanında yapılmış olan hakemli dergilerde basılan, özgün araştırmalar iki farklı arama motorundan (PUBMED, Google) taranarak son 5 yıl listelenmiştir. Anahtar kelimeler (Occupational exposure, antineoplastic drugs, cytotoxic drugs contamination) yazıldıktan sonra son 5 yıldaki "ücretsiz tam metinler" seçildi. Çalışmaların yapıldığı tür olarak da "human" seçilerek tarama bu şekilde yapıldı.

Kemoterapilere maruziyet yollarına bakıldığında en çok karşılaşılan yollar dermal maruziyet, inhalasyon ve bunların dışında iğne ve benzeri tıbbi alet batmaları veya istenmeden kontamine el ve malzemelerin ağıza dokundurulması ile olan maruziyetlerdir.

Yapılan çalışmalarda kemoterapi ilaçlarının gerekli önlemler alınmadığı zaman sağlık çalışanları açısından risk taşıdıkları ve önlemler alınsa bile maruziyetlerin her zaman olduğu söylenmiştir. Aynı çalışmalarda kemoterapi ilaçlarının hazırlandığı biyolojik kabin, zemin, çöp kutuları, ilaçların hazırlandığı tezgah, hastaların odaları, kemoterapi ilaçlarının takılmadan önce taşındığı tepsiler, temas ettikleri ve bekletildikleri yerler ile hasta odalarındaki masalardan elde edilen silme örneklerinde kemoterapi bulaşı anlamında pozitif sonuç çıktığı belirtilmiştir. Sağlık personellerinden alınan kişisel ped örneklerinde (sağ ve sol ön kolu ile ön gövde kısmına yerleştirilen pedler) de kemoterapi maruziyeti tespit edilmiştir. Bir başka çalışmada antineoplastik ilaç şişelerinin dış kısmından alınan silme örneklerinden 51 ilaç şişesinin 21'inde kemoterapi tespit edilmiştir.

Sağlık elemanlarına düşen görev ise bulaş yollarını ve çalıştıkları ortamda kemoterapiye maruziyete sebep olabilecek risk faktörlerinin farkında olup gerekli önlemleri almalarıdır. Fakat yapılan çalışmalarda hemşirelerin kemoterapotik ilaçları hazırlama, uygulama, atıkların atılması ve dökülme/saçılma durumlarında korunma önlemlerini yeterince uygulamadıkları belirlenmiştir. Ayrıca kemoterapotik ajanların güvenli kullanımına ilişkin düzenli aralıklarla eğitim almadıkları ve eğitim alan hemşirelerin daha iyi korundukları saptanmıştır.

Anahtar Kelimler: Mesleki maruziyet, antineoplastik ilaçlar, sitotoksik ilaç kontaminasyonu

HP-049

TİP 2 DİYABET VE UYKU

Deniz Talaz[1], Sevgi Kızılcı[2]

[1]İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
[2]Gediz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Giriş: Tip 2 diyabet gelişimini ve hastalık sürecini etkileyen temel nedenlerden biri uyku değişiklikleridir. Yetersiz ve kalitesiz bir uykuda, enerji dengesini sağlayan hormonların salınımındaki değişimler nedeniyle; obezite, hiperglisemi, insülin direnci ve tip 2 diyabet gelişme riski artmakta; diyabetli kişilerde de mikro ve makrovasküler komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Diyabet komplikasyonları da uykunun etkinliğinde ve kalitesinde bozulmalara neden olmaktadır (Şekil 1).

Günümüzde uyku bozuklukları sağlığı olumsuz etkileyen önemli bir problem olarak yaygınlaşmaktadır. Uykunun ve uyku bozukluklarının kan glukozu kontrolünde önemli bir faktör olduğunun birçok çalışma ile gösterilmiş olmasına karşın; diyabetli bireylerin izlem ve bakımıyla ilgili kılavuzlarda, uyku konusuna ayrıca yer verilmediği görülmektedir. Bu nedenle, bu derleme çalışmasının amacı; uyku bozukluklarının glukoz metabolizması ile ilişkisini, diyabetin uykuya etkisini açıklamak ve konuya dikkat çekmektir.

Çalışma Soruları

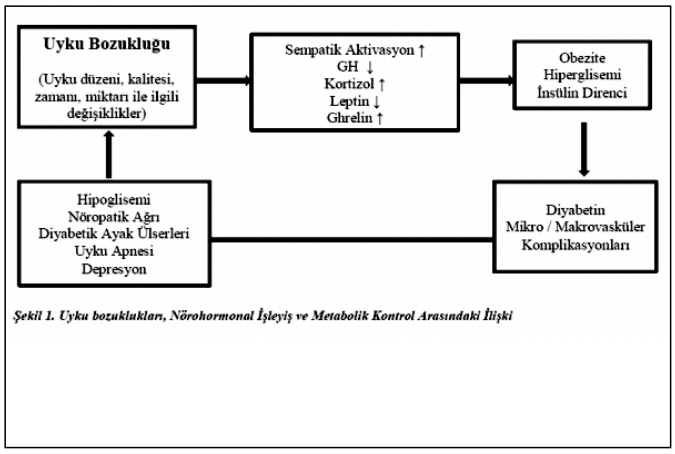
- Uyku bozukluklarının, glukoz metabolizması üzerine etkisi nedir?
- Uyku bozuklukları sonucu görülen nörohormonal değişiklikler nelerdir?
- Tip 2 diyabetin uyku kalitesi üzerine etkisi nasıldır?

Derleme Yöntemi: Yıl sınırlaması yapılmaksızın, Türkçe ve İngilizce olarak, "uyku, uyku kalitesi, uyku bozuklukları, tip 2 diyabet, diyabet ve glukoz metabolizması" anahtar kelimeler ile PubMed, Ebsco, Ovid, Scopus, Medline arama motorlarından tarama yapılmış, konuyla ilgili deneysel çalışmalar, tanımlayıcı araştırmalar ve sistematik derlemeler incelenmiştir.

Bulgular: Yapılan çalışmalarda; uyku süresi, kalitesi ve düzeninin insülin duyarlılığı, bozulmuş glukoz toleransı, metabolik sendrom ve glukoz metabolizmasıyla ilişkisi incelenmiş; uyku bozukluklarının, diyabet riskini ve komplikasyonlarını arttırdığı gösterilmiştir. Uyku bozuklukları sonucunda; sempatik aktivite, kortizol ve ghrelin düzeylerinde artış, büyüme hormonu ve leptin salınımında azalma gibi nörohormonal değişiklikler görülmektedir. Diyabetli bireylerde de, hastalığın komplikasyonlarından olan nöropati ve nöropatik ağrılar, diyabetik ayak ülserleri, obstrüktif uyku apnesi, depresyon, hipoglisemi ve hipoglisemi yaşama korkusu nedeniyle uyku kalitesi ve uyku-uyanıklık siklusunun bozulabildiği gösterilmiştir.

Sonuç: Uyku bozuklukları diyabete, diyabet de uyku bozukluklarına neden olmaktadır. Uyku ile ilgili faktörlerin ve uyku bozukluklarının metabolizma üzerindeki etkilerinin bilinmesi, tüm hastalarda uyku durumunun tanılanması ve uyku gereksiniminin karşılanması, diyabet gelişiminin ve diyabet komplikasyonlarının önlenmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimler: Uyku, Uyku Bozuklukları, Diyabet, Glisemik Kontrol



Şekil 1. Uyku bozuklukları, Nörohormonal İşleyiş ve Metabolik Kontrol Arasındaki İlişki

HP-050

HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARINI KULLANMA DURUMLARI VE BİLGİ ARAMA DAVRANIŞLARI

Haydar Çevik, Gülsüm Gülşen, Sevgin Samancıoğlu

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Amaç: Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olması bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, bakımı standardize etmek ve hemşire memnuniyetini artırmak gibi sonuçlar açısından önemlidir. Bakım, elde edilen en bilimsel bilgiye dayalı olmalıdır. Bilgi ve karar verme arasındaki ilişki hemşireliğin profesyonelleşmesinde en belirleyici unsurdur. Bu araştırma hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını kullanma durumları ve bilgi arama davranışlarını değerlendirmek ayrıca konuya duyarlılığı arttırmak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma için Gaziantep Üniversitesi Etik Kurul onayı alındı. Çalışmaya, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi servislerinde çalışan gönüllü hemşireler dahil edildi (n=56). Araştırma tanımlayıcı türde bir çalışma olup, hemşirelerin sosyodemografik ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkında bilgi ve davranışlarını sorgulayan soru formu kullanıldı. Soru formu, araştırmacılar tarafından literatür bilgisine dayanarak hazırlandı. Soru formunda hemşirelerin sosyodemografik bilgilerini içeren 8, hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkında bilgi ve davranışlarını irdeleyen 22 soru bulunmaktadır. Soru formu çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler ile yüzyüze görüşerek doldurduldu. Her bir hemşire ile görüşme yaklaşık 10 dakika sürdü. Çalışma sonucunda elde edilen veriler SPPS 15.0 paket programı kullanılarak hesaplandı. İstatistiksel değerlendirmede sıklık yüzde analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 28.64±5.00, %76.8'i kadın, %53.6'sı evli, %80'i lisans mezunu, %69.1'i dahili birimlerde çalışmaktadır. Hemşirelerin % 46.4'ü 1-5 yıldır, %26.8'i 6-10 yıldır, %17.9'u 10 yılı aşkındır ve %8.9'u 1 yıldan az hemşire olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %55.4'ü Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları (KDHU) hakkında bilgisi olduğunu ifade etmiştir. Bu hemşirelerin %64.3'ü KDHU hakkında herhangi bir eğitim almamıştır ve %42.9'u konu hakkında eğitim almayı düşünmüştür. Hemşirelerin 39.3'ünde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına gereksinimi "her iş günü"dür ve %61.8'i hastalara bakım verirken kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını kullanmaktadır. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını elde ettikleri kaynaklar %62.5 internet, %35.7 kitap, %26.8 bilimsel raporlar, %16.1 bilimsel dergiler ve %14.3'ü veri tabanlarıdır. Kullandıkları veri tabanları ise, %14.3 Pubmed, %19.6 Medline, %8.9 Cochrane'dir. Hemşirelerin sadece %28.6'sı bu veri tabanlarını yeterli bulmaktadır.

Sonuç: Hemşirelerin sadece %39.3'ü KDHU hergün gereksinim duymakta iken bu durum yeterli bilgiye sahip olmadıklarını daha iyi ifade etmektedir. KDHU hakkında bilgisi olan hemşirelerin ise %61.8'inin uygulamaya bunu yansıtması da yeterli değildir. Ayrıca hemşirelerin veri tabanı hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır. Hemşirelerin KDHU ile ilgili olarak engelleri (Tablo 1) hemşirelerin konu hakkında yeterli ve doğru bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir. Hemşirelerin bilgi arama davranışı sonuçları da (Tablo 2) KDH uygulamalarının öneminin farkında olduğunu fakat bu bilgilere nasıl ulaşacağını bilemediğini göstermektedir. Sonuç olarak elde edilen veriler, hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını kullanma durumları ve bilgi arama davranışlarının yetersiz olduğunu ve bu konu üzerinde daha çok bilgiye ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimler: hemşire, kanıta dayalı uygulama, hemşirelik bakımı

Tablo 1. Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya ulaşmadaki engelleri

	Evet(%)	Hayır (%)
Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları konusunda eğitimim yetersiz	69.6	30.4
Kanıta dayalı bakım geleneksel bakıma göre daha fazla zaman kaybettiriyor	71.4	28,6
Mevcut kanıtlar yetersiz	28.6	71.4
Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkında yeterli ilgim yok	53.6	46.4
Yoğun çalışma saatleri nedeniyle bilgiye ulaşamıyorum	91.1	8.1
Klinikte hemşire başına düşen hasta sayısının çok olması bilgiye ulaşmamı engelliyor	87.5	12,5
Türkçe kaynaklar yetersiz	51.8	48,2
Güncel kaynaklar yetersiz	26.8	73.2
Kaynaklara nasıl erişeceğimi bilmiyorum	48.2	51.8
Araştırmalar anlaşılır değil	32.1	67.9

Tablo 2. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkında bilgi arama davranışları

	Evet (%)	Hayır (%)
Uzman görüşü benim için bakıma karar vermemde önemli kanıttır	92.9	7.1
Hazırlanan rehberler bakımın kalitesini arttırmaktadır	91.1	8.9
Kanıta dayalı hemşirelik uygulaması yaptığımda daha iyi bakım sonuçlarına ulaşıyorum	96.4	3.6
Hemşire olarak litaratürü eleştirel bir gözle incelemelidir	87.5	12.5
Hastanın bakım ve tedavisi için verilen kararlar güvenilir istatiksel bilgilere dayandırılmalıdır	89.3	10.7
Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları maliyeti azaltır	78.2	21.8
Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları akademisyenler için vardır	29.6	70.4
Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları iş yükünü arttırır	26.8	73.2
Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları için başvurulacak kanıtlar yetersizdir	51.8	48.2
Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, klinik tecrübelerin değerini düşürecektir	16.1	83.9
Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, günlük kullanım için uygun değildir	32.7	67.3
Kongre, toplantı benim için önemli kanıta dayalı uygulama eğitimleridir	63.6	36.4

HP-051

ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

Nesrin Nural[1], Seçil Gülhan Güner[1], Ebru İnan[2], Emine Çelebi[2], Şeyda Nur Toraman[2]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü 4.Sınıf Öğrencisi

Yöntem: Araştırma, Gümüşhane il merkezinde, üriner inkontinansı olduğunu belirten ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 60 yaş üstü 105 yaşlı ile gerçekleştirildi. Araştırma Şubat 2015 tarihinde ilgili kurumdan yazılı, bireylerden sözlü izin alınarak yapıldı. Verilerin toplanmasında sosyodemografik bilgileri içeren 9 soru, ICIQF-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form) Türkçe Versiyon ve SEAPI-QMM (S:Stress-related leak, E:Emptying ability, A:Anotomy, P:Protection, I:Inhibition, Q:Quality of life, M:Mobility, M:Mental status) İnkontinans Yaşam Kalitesi Skorlaması soru formları kullanıldı. Bu araştırma için ICIQF-SF soru formunun cronbach alfa değeri 0.84 bulundu. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0, analizinde frekans, ortalama ve yüzde değerleri kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya alınan yaşlıların %53.3'ü erkek, %46.7'si kadın, doğum yılı ortalaması 1941.88.3 idi. Yaşlıların %72.4'ü evli, %38.1'i okuryazar, %47.6'sı emekli, %34.3'ü hafif şişman, %88.6'sı orta derecede gelir düzeyine sahip, %69.5'i ilde yaşamakta ve %37.1'inin evde bakımında yardımcı bir kişi bulunmaktadır. Yaşlıların %12.4'ü sigara kullanmaktadır. Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %73.3'ünün 0-5 yıldır üriner inkontinans öyküsü mevcuttur ve %35.2'si haftada bir veya daha seyrek ve günde birkaç kez ve %41.9'u ise az miktarda idrar kaçırmaktadır. Yaşlıların ICIQF-SF Türkçe versiyon toplam puan ortalaması 12.74.2 (minimum puanı 6, maksimum puanı 21)'dir. Yaşlılar sırasıyla tuvalete yetişmeden önce (%100), öksürme ve hapşırma sırasında (%86.7) ve belirgin bir neden olmadan (%26.7) idrar kaçırmaktadır. Araştırmaya alınan yaşlıların SEAPI-QMM İnkontinans Yaşam Kalitesi Skorlaması puan ortalaması 19.67.3 (minimum puanı 5, maksimum puanı 45) olarak saptandı. Yaşlılarda idrar kaçırma, yaşlıların günlük işlerini (%46.7), eşiyle ilişkisini (%35.2), cinsel yaşamını (%34.3), psikolojisini (%52.4), enerjisini (%48.6) orta derecede, fiziksel ve zevkle yapılan aktivitelerini (%61), arkadaşlarıyla/çevresiyle ilişkilerini (%47.6), ekonomik durumunu (%74.3) ve sağlığını (%68.6) az miktarda etkilemektedir. Yaşlılar "idrar kaçırmam olmasa", "biraz daha faydalı olabilirdim" (%57.1), "yaşam kalitem orta derecede iyi olurdu" (%65.7) ve "yaşam kalitem az miktarda artardı" (%43.8) şeklinde ifade etmektedirler. Yaşlıların %53.3'ü idrar kaçırmanın günlük yaşantılarında beklentilerini az miktarda etkilediğini ifade etmektedir.

Sonuç: Bu araştırmada yaşlılarda üriner inkontinans şiddetinın orta düzeyde olduğu ve yaklaşık üçte birinin haftada bir veya daha seyrek/günde birkaç kez idrar kaçırdığı saptandı. Üriner inkontinans nedeniyle, yaşlıların yarısından fazlasının sağlığının, psikolojisinin, enerjisinin ve ilişki kurmasının orta düzeyde etkilendiği ve yaşam kalitesinin orta derecede iyi olduğu belirlendi.Anahtar Kelimler: İnkontinans, yaşam kalitesi, yaşlı

HP-052

HEMŞİRELERİN PROFESYONELLİĞE İLİŞKİN DAVRANIŞSAL DURUMLARI

Nesrin Nural[1], Seçil Gülhan Güner[1], Mine Kol[2], Müge Tezel[2], Nezaket Cin[2], Havva Gençosman[2], Hüseyin Dağlı[2]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü 4. Sınıf Öğrencisi

Amaç: Araştırma Trabzon il merkezinde çalışan hemşirelerin profesyonelliğe ilişkin davranışsal durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Yöntem: Araştırmaya, Trabzon Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı iki hastane ve bir özel hastanede çalışan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 105 hemşire alındı, fakat anketteki sorulara eksik yanıt verilmesi nedeni ile 15 anket geçersiz sayılarak araştırma 90 hemşire ile tamamlandı. Araştırma Ocak-Şubat 2015 tarihinde ilgili kurumlardan yazılı, bireylerden sözlü izin alınarak yapıldı. Verilerin toplanmasında demografik bilgiler ve profesyonel davranışlar konusu ile ilgili 48 sorudan oluşan Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanter kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0, analizinde frekans, ortalama ve yüzde değerleri kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya alınan hemşirelerin %92.2'si kadın, %38.9'u 18-25 yaş aralığında ve %42.2'si hemşirelik lisans programından mezundur. Hemşirelerin %51.1'i 1 ile 5 yıl arasında hemşirelik mesleğinde, %55.6'sı şu anda dahili/cerrahi klinikte ve %62.2'si 1 ile 5 yıldır aynı klinikte, %65.6'sı servis hemşiresi olarak çalışmaktadır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %16.7'si Sağlık Bakanlığı tarafından verilen bir sertifikaya sahip ve %7.8'i sağlıkla ilgili bir sendikaya üyeydi. Hemşirelerin %6.7'si kalite güvenliği komitesinde, %4.4'ü personel alımı/çıkarımı ile ilgili sorumluluğa sahipti. Hemşirelerin %6.7'si herhangi bir organizasyon komitesine tam ya da kısmen katılırken, tamamına yakını işine ek olarak bir diğer organizasyon veya kuruluşta danışman/bilirkişi, son iki yılda bir araştırma projesinde ve bütçe planlaması ya da finansmanla ilgili bir görev almamaktadır. Hemşirelerin tamamının hemşirelikle ilgili bir dergiye aboneliği bulunmazken, son iki yılda hemşirelik ya da hemşirelik dışı dergilere ve basına yazı gönderimi bulunmamaktadır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %65.6'sı aylık olarak hiç makale okumazken, %24.4'ü ortalama 1 ile 3 makale okumaktadır. Son iki yıl içerisinde hemşirelikle ilgili kitap satın alan hemşirelerin oranı %11.1 iken, yönetimle ilgili kitap satın alan hemşirelerin oranı ise %15.6'dır. Ayrıca hemşirelerin %33.3'ü son iki yılda herhangi bir workshop, seminer ya da kursa, %32.2'si hemşirelikle ilgili seminer ya da workshopa, %17.8'i ise yönetimle ilgili seminer ya da workshopa katılırken, %4.4'ü toplumsal hizmette, %6.7'si ise toplum için örgütte görev almıştır. Hemşirelerin tamamına yakınında Uluslararası Hemşirelik Konseyi'nin (ICN) hemşirelik etik kodlarının bir kopyası bulunmamaktadır. Hemşirelerin %47.8'i uygulamada halen hemşirelik teorilerini kullanırken, %18.9'u uygulamada hemşirelik dışı teorileri kullanmaktadır. Ayrıca hemşirelerin %60'ı çalıştığı ortamda sorunları çözmek için hemşirelik sürecini kullanmaktadır.

Sonuç: Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaklaşık üçte birinin mesleği ile ilgili herhangi bir bilimsel etkinliğe katıldığı, yarısından fazlasının klinikte karşılaştığı sorunları çözerken hemşirelik sürecini kullandığı ve çeşitli komitelerde görev aldığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimler: Davranış, hemşirelik, profesyonellik

HP-053

MEME KANSERLİ HASTALARIN EMOSYONEL DURUMLARI: KALİTATİF BİR ÇALIŞMA

Gülşah Tanrıverdi[1], Zehra Eskimez[1], Pınar Eskimez[1], Gürsel Öztunç[1], Ahmet Turgut Tanrıverdi[2], İpek Köse[1]

[1]Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
[2]Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Din Sosyolojisi Bilimdalı

Kanser; kontrolsüz büyüme ve anormal hücre yayılımı özelliği gösteren, insanı biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları ile tehdit eden hastalıklar grubunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Dünyada kadınlarda en sık görülen kanser türü ise meme kanseridir. Bu çalışma, Meme kanserine yakalanan kadınların tanıları söylendiği andan itibaren yaşadıkları emosyonel durumlarını belirlemek amacıyla kalitatif olarak yapılmıştır.

Bir üniversite hastanesinde meme kanseri nedeni ile tedavi gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 15 hastayla yüzyüze görüşme ile yapılan çalışmada; hastaların yaş ort. 47,67+2,36'dır. Hastalardan 12'si evlidir ve çocuk sayısı ortalaması 2,46+0,49'dur. Hastalardan 8'inin (53,3%) ilkokul mezunu olduğu ve %100'ünün tanısını bildiği, 80% inin tanıyı doktorundan öğrendiği ve tamamının hem cerrahi operasyon geçirdiği hem de kemoterapi aldığı saptanmıştır.

Hastaların çoğu tanıyı ilk duydukları anda şok ve inkar aşamasını yaşadıklarını, kendilerine öfke duyduklarını, bazılarının çevresinden kendilerini soyutladıklarını, hastalıkları geçtiğinde kendilerine çeşitli sözler verdiklerini ifade etmiştir. Geçmiş yaşantılarıyla ilgili kendilerine daha iyi davranmak gibi pişmanlıkları olduğunu, tedaviden vazgeçmediklerini, dışlanma duygusu yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

Hastaların 7'si meme kanserine yakalanmanın inançlarının zaten güçlü olduğu için değişmediğini, 4 hasta inançlarının daha da güçlendirdiğini belirtirken, 3 hasta önce inancının zayıflayıp isyan ettiğini, daha sonra normale döndüğünü söylemiştir. Bir hasta ise hastalık nedeni ile sürekli isyan ettiğini ve inancının azaldığını ifade etmiştir. Hastaların 3'ü hastalık sürecinde yalnız mücadele etmek zorunda kaldığını belirtirken diğerleri ise en çok eş ve çocuklarından destek gördüklerini ifade etmiştir.

Cerrahi, kemoterapi veya radyoterapi tedavisi gören meme kanserli hastaların olumsuz psikolojik tepkilerini azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada aile desteği, profesyonel psikososyal ve spiritüel destek bakımda önemli unsurlar olarak sayılabilir.

Anahtar Kelimler: Meme Kanseri, Emosyonel durum, Hasta, Kemoterapi, Radyoterapi

HP-054

YAŞLIDA İLETİŞİM SORUNLARI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Halil İbrahim Tuna

Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz SYO

Giriş: Yaşlı bireylerin iletişim ihtiyaçları genç bireylerinkinden farklı değildir. Herkes sosyal ilişki, açıklama, rehberlik, eğitim, rahatlık, ve güvenceye gereksinim duyar. İletişim, düşüncelerin, duyguların, bilgilerin, algıların amaçların ve gereksinimlerin kişiler arasında iletildiği bir süreç olarak tanımlanabilir. Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve değişik sağlık sorunları nedeniyle iletişimde düzenlemeler yapmak gerekebilir.

Yaşlı bireyde iletişimi etkileyen faktörler: Yaşlı bireylerde iletişim engelleyen durumlar ve bunlara yönelik iletişim yöntemleri yaşlı bireye bakım veren hemşirelerin özel çaba sarf etmesini gerektirmektedir. İletişimde tüm duyuların etkin rolü vardır.

İletişim sorunu olan birçok yaşlı kendiliğinden dudak okumaya başlayarak iletişimin sürdürmeye çaba sarf eder. Bu konunun da dikkate alınması gerekir. İşitme sorunu olan yaşlı bireylerde söylenenleri işitme güçlüğü, söylenenleri tekrar ettirme bağımsız işlevlerin yerine getirilmesinde güçlüklere, yaşlı bireyde sinirlilik, huzursuzluk ve sosyal izolasyona neden olabilir.

Solunum güçlüğü yaşayan yaşlılarda ses daha derinden ve güç çıkar, larinks yapısındaki değişikliğe bağlı olarak ses titrekleşip aşırı mukus salgısı olan yaşlılar konuşurken sık sık boğazlarını temizleme gereksinimi duyabilirler. Tükürük salgısının azalması, diş kayıpları, dil kaslarının elastikiyetinin, yüz kaslarının gücünün azalması sesin niteliğinin bozulmasına neden olabilir. Bilişsel değişiklikler nedeniyle sözcük bulmada ya da anlamsız sözcük kullanmada artış olabilir.

Motor afazisi olan yaşlı bireyler söylenenleri anlayabilir ancak konuşamadığı için yanıtlayamazlar.

Görme sorunu olan yaşlı bireylerle iletişimde görsel uyaranlardan çok işitsel, dokunsal uyaranların kullanılması yararlı olur.

Demans yaşlılarda hem bilişsel hem de konuşma yetersizliğine neden olur. Ancak yaşlı birey bu yetersizliklerinin farkında olmadığı için bu tür sorunu olan yaşlılarla iletişim özel hemşirelik becerisi gerektirir.

Alzheimer tanısı konmuş yaşlı bireylerde sürekli aynı sözcükleri tekrarlama, ajitasyon, huzursuzluk, küfür etme, kavga etme, anlamsız dolaşma, dikkatini bir konuya toplayamama gibi davranış ve kişilik değişiklileri olur.

Yaşlı bireyle iletişimin genel ilkeleri: Yaşlı bireye hitap ederken duygusal zorlanmalara neden olabilecek anne, teyze, baba vb. sözcükleri kullanmaktan kaçınılmalı,

Kendisine nasıl hitap edilmesini istediğini sorunuz,

İletişimde anlayabileceği sözcükleri seçiniz, tıbbi terminoloji kullanmaktan kaçınınız.

Söylediklerinizi anlamazsa başka sözcüklerle anlatmaya çalışınız.

Yaşlı ile yüz yüze temas kurunuz.

Göz temasını sürdürünüz.

İletişime geçmeden önce varsa/kullanıyorsa yardımcı gereçleri (gözlük, işitme cihazı vb.) kullanmasını sağlayınız.

Sorduklarınıza ya da anlattıklarınıza geçmiş deneyimlerini katarak farklı anlatımlarla iletişimi sürdüren yaşlının iletişimini kesmeden konuyu odaklandığınız alana çekiniz.

Sorularınıza yanıt vermesi için yaşlıya yeterli zaman ayırınız, acele etmeyiniz.

Sözel ve sözel olmayan iletişim yöntemlerini birlikte kullanınız.

Hareketlerinizin, beden dilinizin yaşlının iletişimini engelleyecek biçimde olmamasına dikkat ediniz.

Yaşlı bireyin konforunu sağlayacak bir oturma alanı seçiniz.

Özel eşyalarını (baston, yürüteç, şemsiye vb.) kolayca uzanabileceği uzaklıkta yerleştirebilmesi için uygun düzenleme yapınız.

Yaşlının gizliliğine saygı gösteriniz.

Anahtar Kelimler: Yaşlı bireyde iletişim, Yaşlıda iletişim engelleri

HP-055

ONKOLOJİ HASTALARININ ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Seyhan Çıtlık Sarıtaş[1], Derya Bıçak[1], Derya Akça[1], Deniz Uğur Cengiz[1]

[1]İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği AD

ONKOLOJİ HASTALARININ ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Amaç: Bu araştırma onkoloji hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod: Araştırma tanımlayıcı olarak Ağustos 2014-Nisan 2015 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi onkoloji kliniklerinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, onkoloji hastanesine yatışı yapılan ve kemoterapi ünitesinde ayakta kemoterapi alan 18 yaş ve üzeri hastalar oluşturmuştur. Örneklemini ise; onkoloji kliniklerine yatışı yapılan, tanılanmış psikiyatrik rahatsızlığı olmayan, yapılan güç analizinde; %95 güven aralığında, evreni %80 temsil etme gücüne sahip 196 kanser hastası oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından hafta içi 5 gün hastanede hasta odalarında yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplamada, hasta tanıtım anketi ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik, depresyon ve anksiyeteyi etkileyen faktörleri belirlemede multivariate test kullanıldı.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hastaların %65.3'ünün erkek, %89.8'inin evli, %60.2'sinin ilköğretim mezunu, %85.7'sinin çalışmadığı, %71.4'ünün gelir düzeyini orta olarak ifade ettiği, %80.1'inin 1-5 yıldır kanser hastası olduğu ve %52'sinin metastaz olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların anksiyete puan ortalamaları 8.32 ± 4.89 (min:0-max:21), depresyon puan ortalamaları 9.96 ± 3.78 (min:0-max:21) olarak saptanmıştır.

Sonuç: Kesme noktası 7 olarak alındığında onkoloji hastaları depresyon yönünden risk altında oldukları saptanmıştır. Onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin psikososyal bakımla ilgili olarak desteklenmesinin sağlanması önemli olacaktır.

Anahtar Kelimler: onkoloji, hemşirelik, anksiyete, depresyon.

Tablo 1. Onkoloji hastalarının hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

HAD	X±SS	Min.	Max.
HAD-A	8.32 ± 4.89	0	21
HAD-D	9.96 ± 3.78	0	21

HP-056

OLGU SUNUMU : "BİR KAÇIŞ HİKAYESİ" CRUSH (EZİLME) SENDROMU VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Deniz Ezgi Bitek[1], Filiz Dilek[2], Özgül Erol[3]

[1]Kırklareli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakımı Bölümü, Kırklareli

[2]Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakımı Bölümü, Tekirdağ

[3]Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı, Edirne

Giriş: Crush, kelime olarak ezilme, sıkışma, baskıya maruz kalma anlamına gelir. Crush Sendromu travmanın yol açtığı rabdomiyoliz ve buna bağlı olarak gelişen cerrahi/medikal belirti ve bulguları içeren komplike bir tablodur. Crush Sendromu'nda ölüm nedeni ileri derecede hipovolemik şok, hiperkalemi, hipokalemi, metabolik asidoz, akut myoglobulinürik böbrek yetmezliği ve kompartman sendromudur.

Olgu: 08/03/2015 tarihinde sağlık kuruluşuna getirilen 30 yaşındaki Suriye uyruklu erkek hasta yasadışı yollarla nehirden sınıra geçmeye çalışırken, 3 gün soğukta kaldığını, bir miktar su yuttuğunu ve uzun süre suyun içinde kaldığını ifade etmiştir. Hastanın getirildiği sağlık kuruluşunda yapılan kan tetkikleri sonucunda Hb: 13.8 gr/dl , WBC: 26480, PLT: 198 000, üre: 110 mg/dl, kreatinin: 1.13mg/dl, AST:153 U/L, ALT: 64 U/L, Na^+: 33 mEq/L, K^+: 5.5 mEq/L, PH:6.97, HCO_3:10.1 mEq/L, laktat:16.9 mmol/L saptanması üzerine rabdomiyaliz riski, akut böbrek yetmezliği, crush sendromu açısından üniversite hastanesine sevk edilmiştir. Hastanın sağlık kuruluşunda yapılan fizik muayene bulgularında hastanın Glaskow Koma Skalası E (Göz Hareketleri) 3, M (Motor Cevap) 5, V (Sözel Cevap) 5) 13/15 olarak değerlendirildi. Cildin dehidrate olduğu görüldü. Barsak sesleri normoaktifti. Ekstiremiteler ağrılı ve uzun süre yürüme öyküsü olan hastada sol ayakta tarsal tünel gelişmişti, Her iki ayak başparmakta hipoestezi mevcuttu. Vital bulguları değerlendirildiğinde hasta, hipotermik (35,4 C°) ve hipotansifti (90/50 mm/Hg). Nabız hızı normaldi (88/dk). Periferik nabızlar ritmik ve nabız hızı 88/dk idi. Açlığa bağlı hipoglisemi gelişebileceği için kan glikoz değeri ölçüldü ve normal olduğu görüldü. (92 mg/dl). Hasta sağlık kuruluşuna getirildiğinde vücudu çamurla kaplanmıştı ve hipotermikti. Hastaya öncelikle ılık suyla vücut banyosu yaptırıldı daha sonra temiz kıyafetler giydirilerek battaniyelerle ısıtıldı. Hastaya hidrasyon tedavisi, $NaHCO_3$, mannitol, asetilsistein ve analjezik tedavisi almış ve bir doz tetanoz aşısı yapılmıştır. Aldığı çıkardığı takibi yapılmış ve hasta yakından takip edilmiştir.

Tartışma: 17 Ağustos 1999 Marmara Depremi'nde ezilme sendromuna bağlı akut renal sorunları olan hasta grubunun ortalama yaşı 31,7±14,7 bulunmuştur; hastaların önemli bir kısmı (%69,3) 10-40 yaş dilimindedir. (4) Bu yaş grubundaki hastalarda kas kütlesinin fazla olması, böylece kompartman sendromunun daha ağır seyretmesi ve/veya daha fazla miyoglobinin açığa çıkması söz konusu bulguyu açıklayabilir. Bizim hastamız da 30 yaşında kas kitlesi fazla olan genç bir hastaydı.

Ezilme sendromlu hastalarda en sık rastlanan bulgular akut böbrek yetersizliği, hiperpotasemi, hipotansiyon ve hipovolemik şok ile beraber kalp ve solunum yetmezlikleridir (2,3,6). Olgumuzun kan tahlil sonuçlarında potasyum değeri yüksek (K^+:5.5 mEq/L) çıkmıştı ve kan hipotansif seyrediyordu.

Crush Sendromu, vücuttaki tüm organ ve sistemleri etkileyen çok komplike bir tablodur. Eğer bu sendromda böbrekler etkilenmişse ABY hastaların prognozunu belirleyen önemli bir faktördür (6) Bu olgunun da böbrek fonksiyonlarında bozulma söz konusuydu.

Sonuç: Olgumuz yatışının 9. gününde taburcu edilmiştir. Uygulanan tedavi ve hemşirelik bakımları ile gelişebilecek ciddi komplikasyonların önüne geçilmiş olup hastada iyileşme sağlanmıştır. Multidisipliner ekip yaklaşımıyla hasta tamamen bağımsız bir şekilde yaşam aktivitelerini yerine getirmeye başlamıştır.

Anahtar Kelimler: Crush sendromu, hemşire, hemşirelik bakımı

Tablo 1. Olgunun hemşirelik bakımı

Hemşirelik Tanısı	Amaç/Beklenen Hasta sonuçları	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Böbrek Fonksiyonlarının Bozulmasına Bağlı Sıvı-Elektrolit Dengesizliği	Hastada sıvı-elektrolit dengesizliğine bağlı komplikasyon gelişmemesi. Hastanın kan elektrolit değerlerinin normal sınırlarda olması.	- Hastanın aldığı çıkardığı sıvı takibi yapıldı. - Hasta kusma, diyare, ateş açısından takip edildi. - Serum elektrolitleri, BUN, idrar ve serum osmolaritesi, kreatinin, hematokrit ve hemoglobin düzeyleri kontrol edildi. - Ödem izlemi yapıldı - Tedavi planı doğrultusunda hastanın yeterli hidrasyonu sağlandı.	Hastada sıvı-elektrolit dengesizliğine bağlı komplikasyon gelişmedi.
Hipotermi	Vücut sıcaklığını normal sınırlara çıkarmak ve korumak	- Düzenli aralıklarla vücut ısısı kontrol edildi. - Hastayı ısıtmak amacıyla battaniye kullanıldı. - Vücut sıcaklığını koruyacak giysiler giydirildi.	Hastanın ıslak kıyafetleri çıkarılarak temiz kıyafetler giydirildi. - Battaniye ile ısıtıldı. - Hastanın vücut sıcaklığı 36.6 -37.8 arasında seyretti.
Travmaya Bağlı Fiziksel Mobilitede Bozulma	Hastanın mobilizasyonunda artış olması	- Yatak içi pasif egzersizler hakkında hastaya eğitim verildi ve hastaya uygulatıldı. - Hastanın 2 saatte bir, bir taraftan diğer tarafa dönmesi ve pozisyon değiştirmesi konusunda destek verildi. - Hastanın durumuna göre ROM egzersizleri belirlenip yapması sağlandı. - Hasta tolere edebildiği sürece yataktan kaldırıldı ve kısa süreli olarak yürümesi için yardım edildi. - Her gün birkaç dakika süre ile yatak dışında geçirdiği zaman arttırıldı.	Hastanın mobilizasyonunda artış sağlandı.
Hareket Kısıtlılığına Bağlı Özbakım Eksikliği	Hastanın günlük bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi	- Hastanın her bir özbakım aktivitesini gerçekleştirme yeteneği değerlendirildi - Hastanın öz bakım gereksinimleri saptandı - Hastanın her bir öz bakım aktivitesinde en üst düzeyde katılımı sağlandı ve bağımsız olma konusunda cesaretlendirildi.	- Hasta günlük bakım gereksinimlerini tam bağımsız bir şekilde karşılayamadı.
Alt Ekstremitede Mevcut Ağrıya Bağlı Rahatta Bozulma	Hastanın ağrısının azalması ve rahatladığını ifade etmesi	- Ağrıyı arttıran faktörler incelendi. - Hastanın ağrı şiddeti Vizüel Analog Skalaya (VAS) göre değerlendirildi. - Hekim istemine göre analjezik tedavisi uygulandı. - Analjezik tedavi sonrasında ağrı düzeyi tekrar değerlendirildi. - Hastanı rahatlaması için odadaki gereksiz uyaranlar azaltıldı.	- Hasta ağrısının aralıklı olarak devam ettiğini sözel olarak belirtti. - VAS: 8 olarak değerledirildi.
Aktivite İntoleransına Bağlı Cilt Bütünlüğünde Bozulma Riski	Hastanın cilt bütünlüğünde bozulma olmaması.	- Ezilen kasın bulunduğu ekstremitenin kan akımını engelleyen pozisyonlardan korunması gerektiği açıklandı ve pozisyonu sık aralıklarla değiştirildi. - Her pozisyon değişiminde ciltte eritem, kızarıklık, kuruluk vb. olup olmadığı kontrol edildi. - Uygun cilt bakımı verildi, cildin nemli tutulması sağlandı - Yatak takımlarının kuru, temiz ve gergin olmasına dikkat edildi.	Hastanın cilt bütünlüğü korundu.
Doku travmasına bağlı enfeksiyon riski -Ateş: 37.8	Enfeksiyon belirti ve bulgularının gözlemlenmemesi	- Hasta enfeksiyon belirtileri ve bulguları yönünden gözlemlendi. - Vital bulgular sık takip edildi. - Yaralı dokunun çevresi ödem, akıntı, eritem, ısı artışı açısından takip edildi. - Girişimler ve pansuman uygulamaları aseptik tekniklere uygun yapıldı.	- Hastanın yatışının ikinci gününde vücut sıcaklığı arttı. - Hekim istemi doğrultusunda profilaktik olarak başlanan antibiyotik tedavi düzenli olarak IV yolla uygulandı.
Hareket Kısıtlılığına Bağlı Düşme Riski	Hastanın düşmemesi	- Düşme riski değerlendirildi. - Gerekli çevresel düzenlemeler yapılarak hasta güvenliği sağlandı. - Yatak en alt seviyede tutuldu. - Yatak kenarları kaldırıldı. - Tekerlekli sandalyeye alınırken desteklendi.	- Hastanın düşmesi önlendi.
Başka bir kültürel ortamda bulunmaya bağlı anksiyete	Hastanın anksiyete ve korkusunun azaltılması	- Hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlandı ve hasta bu konuda cesaretlendirildi. - Sessiz bir ortam yaratıldı. Gereksiz uyaranlar azaltıldı. - Empatik yaklaşımla hastayla iletişim kuruldu. - İletişimde beden dili ve şekilli anlatımlarla ek teknikler kullanıldı. - Her işlem ve tedavi öncesi hasta bilgilendirildi.	- Hasta ile İngilizce dilinde basit anlaşılır bir iletişim kuruldu. Ayrıca beden dili gibi tekniklerden de yararlanıldı. - Hastanın anksiyetesi ve korkusu azaltıldı.

HP-057

VENTİLATÖRE BAĞLI TAKİP EDİLEN HASTALARDA AĞIZ BAKIMININ NASIL YAPILMASI GEREKTİĞİNİN SİSTEMATİK OLARAK İNCELENMESİ

Rükuye Burucu[1], Nurseza Akgöz[2], Selda Arslan[2]

[1]*Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi*
[2]*Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

Giriş: Mekanik ventilatöre bağlı olan hastalarda pek çok sebeple (ilaçlar, endotrakeal tüp (ETT), tüpün tespit edilmesi için kullanılan malzemeler, oral yolla beslenememe..vs) hastanın ağız florası değişmektedir. Değişen ağız florası ve kullanılan malzemeler (ETT, tespit malzemeleri..vs) sebebiyle mukozada doku bütünlüğü bozulmakta, ağız hijyeni yeterince sağlanamamaktadır. Ventilatöre bağlı hastalarda en önemli sorunlardan biri ventilatör ilişkili pnömonidir (VIP) ve ağız bakımının yetersizliği buna sebep olan önemli unsurlardandır. Ağız bakımı etkin yapıldığında VİP' nin ve buna bağlı mortalite ve morbiditenin azaldığı, maliyetin düştüğü bilinmektedir. Ancak ağız bakımında belirli bir standardın geliştirilmesi ve bu standarda uygun bakım verilmesinin sağlanması, hemşirelerin de bu konuda bilgilendirilmesi önemlidir.

Amaç: Bu çalışma ile VİP oluşmasında ağız bakımının etkinliği ile ilgili Ocak 2006-Temmuz 2015 tarihleri arasında yayınlanmış çalışmaların gözden geçirilmesi ve çalışmalardan elde edilen verilerin sistematik biçimde incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Selçuk Üniversitesi Akademik Arama Motoru kullanılarak, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), MEDLİNE (Medical Literature Analysis and Retrieval System), (SCI) Science Citation İndex, (SSCI), Social Sciences Citation İndex, Scopus, Science Direct, Akademic Onefile elektronik veri tabanlarında, "ventilator associated pneumonia, oral care or mouth care or oral hygiene, intensive care unit, nursing" anahtar kelimeleri taranmıştır. Mevcut tarama, arama sonuçlarını daraltmak amacıyla; üniversite kütüphanesinde bulunan, tam metin, akademik ve güncel dergilerde yayınlanmış çalışmalarla sınırlandırılmıştır. Konuyla ilgili 153 uluslararası yayına ulaşılmış, bu yayınlardan ventilatöre bağlı, yoğun bakımda yatan erişkin hastalarla yapılan çalışmalardan randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ), deneysel/ yarı deneysel çalışmalardan tam metne ulaşılanlar çalışmalar dahil edilmiştir. Konuyla ilgili ilk ulaşılan 153 çalışmadan 82 tanesi alan dışı olduğu için, 57 tanesi dahil edilme kriterlerinin dışında kaldığı için çalışma dışında tutulmuş, sonuç olarak 14 RKÇ ve deneysel çalışma çalışmaya dahil edilmiştir. Tarama iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı yapılmış, daha sonra araştırmacıların birlikte yeniden değerlendirmesinin ardından uzman görüşüne sunulduktan sonra şekillendirilmiştir. Türkiye' de konuyla ilgili yapılan çalışmaların kanıt düzeyi olarak yüksek olmaması sebebiyle kanıt düzeyi yüksek çalışmalara ulaşmak için sadece İngilizce dilinde tarama yapılmıştır.

Sonuç: Ventlatöre bağlı takip edilen erişkin hastalarda VIP gelişmesine engel olmak doğru ve etkin ağız bakımının yapılmasıyla mümkündür. Ağız bakımının antiseptik solüsyonlar, yeşil çay ve sıcak su, diş fırçası ve diş macunu kullanılarak, temizleme çubukları aracılığı ile yapılabileceği, hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın etkin bir ağız bakımının günde 2)/ 3 kez yapılmasının uygun olduğu ve mekanik temizliğin önemli olduğu ifade edilmektedir.

Anahtar Kelimler: "ventilator associated pneumonia", "oral care", "mouth care", "oral hygiene","intensive care unit", "nursing" " ventlatör ilşkili pnömöni", "ağız bakımı", "ağız hijyeni", "yoğun bakım ünitesi", "hemşirelik"

Tablo 1. Dahil edilen çalışmalar ve özellikleri

Yazar ve dergi	Çalışmanın örneklem sayısı ve türü	çalışmanın yöntemi	sonuç/ öneriler
Liao Y.M. et all British Association of Critical Care Nurses (2014)	199 Yarı deneysel	Deney grubu (n=99) kanıt temelli ağız bakım protokolü, kontrol grubuna (n=100) rutin bakım uygulamış. Her iki grup da ardışık dört güz izlenmiş	Deney grubunda 4, kontrol grubunda 18 hastada VIP görülmüş. VIP önlemek için Ağız bakım protokolleri eşliğinde bakım verilmesi önerilmiş.
Rahimeh et all. İranian Journal of Nursing and Midwifery resources (2014)	76 RKÇ	48 saatten daha uzun süre ventilatörde takip edilen hastalar alınmış. Deney (n=26) grubunda subglotik sekresyonlar aspire edilmiş her iki grupta da yatak başı yükseltilmiş (30-40 derece), rutin ağız bakımı yapılmış.	Deney grubunda VIP %26,3, kontrol grubunda %47,4 tespit edilmiş. Subglotik sekresyonlar ağız içinden uzaklaştırılmalı, daha fazla çalışma yapılmalı önerisinde bulunulmuş
Zurmehly J. The Journal of Continuing Education in Nursing (2013)	44 hemşire Yarı deneysel	Hemşirelere %0,12 klorheksidin kullanılarak yapılması gereken ağız bakımı hakkında eğitim verildikten sonra farkındalıkları artırılıp hastalara uyguladıkları bakım ve kayıt değerlendirilmiş.	Hemşirelerin eğitim sonrası ağız bakımı test skorları ve tuttukları kayıt oranları artmış
Berry A.M İntensive and Critical care Nursing (2013)	398 Tek kör RKÇ	En az dört gün ventilatörde kalan hastalar üç ayrı gruba ayrılarak takip edilmiş. Gruplara sodyum bikarbonat, listerine, steril su ile 2*1 ağız bakımı ve her gruba 3*1 dişlerin fırçalanması uygulanmış	Dental plak oluşma oranı; listerin kullanılan grupta %4,7, sodyum bikarbonat kullanılan grupta %4,5, steril su kullanılan kontrol grubunda %4,3 bulunmuştur. Dişlerin günde iki kez fırçalanarak mekanik temizlik sağlanması önerilmiştir.
Wei L et all. Pak j. Med. SCİ (2013)	611 Deneysel	A grubuna (n=204): nazal ve ağız içi sekresyonlarının geleneksel olarak aspirasyonu B grubuna (n=205): Rutin bakıma ilave salinle nasal kavite yıkanmış, C grubuna (n=206) Rutin bakıma ilave nazal kavite sprey ile temizlenmiş, her 6 saate bir sprey uygulanmış kavite aspire edilmiş.	Total VIP A Grubunda: %36,7, B grubunda: %30,2, C grubunda: %20,3 tespit edilmiş. Rutin ağız bakımına ilave nasal kavitenin her 6 saatte bir sprey ile temizlenmesi ve tüm kavitelerin aspirasyonu önerilmiş.
Chov M.C.M. et all. İnternational Journal of Nursing Studies (2012)	27 RKÇ	Deney grubundan (n=13) ağız içi sekresyonları aspire edilmiş, ve rutin ağız bakımı yapılmış, kontrol grubunda (n=14) sadece rutin bakım uygulanmış. Aspirasyon dental aspiratörle 100 mmHg sürekli uygulanmış.	Deney ve kontrol gruplarında sırasıyla monomikrobial VIP: 3/5, polimikrobial VIP 0/5, S. Aureus 1/5, s.pnönonia 1/1, Pseudomonas A. :0/2, S. Malthoplia: 0/1, Esherisia C: 0/2, Klebsiella: 1/2, candida A: 0/2 hasta olarak tespit edilmiştir. Ağız içi sekresyonları uzaklaştırılmalı önerisinde bulunulmuş.
Cuccio L. Dimens Crit. Care Nursing (2012)	12 aylık dönemdeki VIP oranları izlenmiş ve maliyet analizi yapılmış	Yarı Deneysel Diş fırçalanması ve %0,12'luk klorheksidin ile ağız içi irrigasyonu yapılması şeklinde protokol oluşturulmuş.	Vlp 4,3 ten 1,86'ya maliyet ise 798 dolardan 700 dolara düşürülmüştür (1000 ventilatör gününde). Belirlenmiş kapsamlı bir protokolle ağız bakımı verilmesi önerilmiş
Berry A.M et all İnternational Journal of Nursing Studies (2011)	109 Tek kör RKÇ	48 saatten daha fazla ventilatöre bağlı kalan hastalar üç grupta incelenmiş 1.Grup: (n=43) saate iki kez steril su ile 2.grup:(n=33) saatte iki kez bikarbonatla, 3.grup: (n=33) günde iki kez klorheksidin ve saatte iki kez steril su ile ağız içi irrigasyonu yapılmış.	Bikarbonatlı bakım yapılanda %5, bikarbonat ve steril su irrigasyonu birlikte uygulanan grupta %1 VIP görülmüş. Standardize edilmiş ağız bakım protokolleri olmalı önerisinde bulunulmuş
Yao Li- Yin et all Journal of Nursing resıurces (2011)	53 RKÇ pilot çalışma	En az 48 saat ventilatörde izlenen hastalar dahil edilmiş 1. Gruba su (28) ile diş ve dil üzeri 2*1 elektrikli diş fırçası ile fırçalanmış ve rutin ağız bakımı, diğerine (25) sadece rutin ağız bakımı (pamuk çubuklarla) yapılmış.	Rutin ağız bakımı yapılan grupta VIP %71, deney grubunda %17 bulunmuş. Dişlerin fırçalanması, konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılması önerilmiştir.
Hsu S.P. et all. Journal of Clnical Nursing (2010)	81 Deneysel	A grubu (n=27) kontrol, B grubu (n=25) yeşil çay, C grubu (n=23) sıcak su ile ağız bakımı verilmiş. 14 gün izlenmişler ve izlemde ağız içi, dudak, diş etleri mukoza yapısı gibisi değerlendirilmiş.	Farklı başlıklarda biribirlerine üstünlükleri olsa da Yeşil çay ve sıcak su ile ağız bakımı önerilmiştir
Garcia R. Et all. American journal of Critical Care (2009)	779 Deneysel	48 saatten fazla ventilatöre bağlı izlenen hastalar ele alınmış. Grup ayrılmamış, her hasta günlük değerlendirilmiş, 4 saatte bir derin aspirasyon, günde iki kez diş fırçalama, 6 saatte bir ağız içi temizliği, yatak başının yükseltilmesi tüm hastalara uygulanmış	1000 ventilatör gününde daha önce 12 olan VIP hızı uygulama ile 8' e düşürülmüş. VIP' in azaltılması için protokol eşliğinde ağız bakımı yapılması ve çalışanların yeterliliğinin önemli olduğu vurgulanmış.
Lorraine B.F. Journal of Neuroscience Nursing (2008)	200 RKÇ	48 saat ve üzeri ventilatörde kalan hastalar dahil edilmiş. Deney grubunda ağız bakım bundelları hazırlanmış ve buna göre 8 saatte bir dişler fırçalanmış, ağız içi, diş eti ve dil swab ile temizlenmiş ve rutin ağız bakımı uygulanmış. Kontrol grubunda rutin bakımı yapılmış.	2003 2008 yılları arasında VIP hızı 1000 ventilatör gününde 8,22 den 0,63' e düşürülmüş. Günde üç kez dişlerin fırçalanması ve rutin ağız bakım paketleri (bundle) oluşturulması ağız bakımında önemli olduğu belirtilmiş.
Tsai H. Et all. The american journal of the Medical Sciences (2008)	464 Deneysel	Gruplar Deney (n=227) grubuna oluşturulan protokol doğrultusunde her iki satte bir pozisyon değişikliği öncesi ağız içi sekresyonleri aspire edilmiş ve rutin bakım uygulanmış. Kontrol (n=237) grubuna ise sadece rutin bakım uygulanmış	Deney grubunda VIP %2,6, kontrol grubunda %11,0 olarak tespit edilmiş. Her pozisyon değişikliği öncesi ağız içi sekresyonları aspire edilmesi önerilmiş.
Yann- Fen C.C. et all. Journal of Clinical Nursing (2008)	159 Deneysel	Deney grubunda her pozisyon değişikliği öncesi oral sekresyonlar aspire edilmiş, kontrol grubu rutin bakımı almış.	Kontrol grubunda %15,1, deney grubunda %4,9 hastada VIP gelişmiş. Ağız içi sekresyonlarının azaltılması önerilmiş.

HP-058

TÜRKİYE DE KANITA DAYALI HEMŞİRELİK SWOT ANALİZİ

Sevgisun Kapucu[2], Emine Özer Küçük[1], Huri Seval Çakmak[3], Rabia Kahveci[1]

[1]Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Birimi
[2]Hacettepe Hemşirelik Fakültesi İçhastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
[3]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplumun değişen demografik yapısı yeni bakım yaklaşımlarının üretilmesini gerekli kılmaktadır. Kanıta dayalı uygulama (KDU) hareketi araştırma kanıtları ile uygulanan hasta bakımı arasındaki kabul edilemez boşluktan çıkmıştır. Kanıta dayalı hemşirelik (KDH) hastalara en iyi bakımı sunabilmek için, hasta bakımına ilişkin kararlarda, bilimsel yöntemle elde edilen en iyi kanıtların, deneyimler ve hasta tercihleri ile birleştirilerek hemşirelik bakımında kullanma yaklaşımı olup, hemşirelik uygulamalarına, eğitimine ve hemşirelik bilimine olumlu katkı sağlamaktadır. KDH, deneyimlere dayalı karardan kanıta dayalı karar almaya geçiştir. KDU kanıt ve uygulama arasındaki köprüdür. Özelikle servis hemşireleri klinik uygulama içinde araştırmaya dayalı uygulamada kritik noktadır. Bundan dolayı hemşirelerin uygulamalarını kanıta dayandırmaları gerekmektedir. KDH sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesinde hemşireler, hastalar ve sağlık sistemi için vazgeçilmez bir unsurdur. Ülkemizde kanıta dayalı hemşireliğin gelişmesi için öncelikle durum saptanması gerekmektedir. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamaların gelişmesi için güçlü-zayıf yönlerinin, karşılaşılan fırsat ve tehditlerin somut olarak belirlenmesi kanıta dayalı hemşireliğinin geleceği için önemlidir.

Amaç: Bu çalışmada Türkiye'deki kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi için SWOT analizi yapılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kapsamda KDH çalışma grubunun 20 üyesi çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Beyin fırtınası tekniği ile akademisyen, klinisyen hemşirelerden ve farklı hemşirelik derneklerinin temsilcilerinden oluşan KDH çalışma grubunun "Türkiye de ki KDH ve rehberle ilgili sorun ve çözüm önerileri" konusunda görüşleri alınmış ve SWOT analizi tekniği ile görüşler sınıflandırılmıştır.

Bulgular: Analiz sonucu elde edilen bulgulardan KDH ile ilgili ön plana çıkan *güçlü yönler:* Hemşirelikte lisanüstü eğitimin olması ve KDH ilgili bir çalışma grubunun kurulmuş olmasıdır. *Zayıf yönler*: Hemşirelerin KDU'ya ulaşmada bilgi eksikliğinin olması, klinikte iş yükünün fazla olması, bakım klavuzlarının olmaması ve hemşirelerden KDU yapmaları konusunda beklentisini olamamasıdır. *Fırsatlar:* Hemşirelerin istekli olması, hemşirelikte lisansüstü eğitim fırsatları, iyi yapılmış araştırma raporları, klinik ortamlarda internet erişimi ve araştırma projelerini destekleyen fon desteklerinin olmasıdır. *Tehditler;* Hemşirelik bakım rehberlerinin ülkemizde az olması,hemşirelik ilgili oluşturulan rehberlerde çalışma grubu içerisinde klinisyen hemşirelerin bulunmaması olarak belirlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Sonuç olarak; Ülkemizde KDH in gelişmesinde zayıf yönlerimiz ve tehditlerimizin olmasına rağmen çok önemli fırsatlarımızda bulunmaktadır. Tüm bu analizlerin ışığında toplumumuzun sağlık statüsünün yükseltilmesinde, hemşirelikte KDU ların yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi için gerekli faaliyetlerin (Kurs vb.) gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Türkiye deki KDH in gelişmesi için öneriler şunlardır.

- Sahadaki meslektaşlarımızı KDU, kanıt düzeyleri ve rehberler vb konularda bilgilendirme ve farkındalığı artırma çalışmalarının yapılması.
- Lisans ve lisansüstü eğitimde KDH, akılcı ilaç kullanımı vb dersler konulması.
- KDU konusunun hemşirelik hizmet içi eğitim kapsamına alınması.
- Klinik yöneticilerinin çalışanlarını KDU konusunda cesaretlendirmesi.
- Hemşirelerin KDU ile ilgili çalışmalar yapması, çalışmaların yatak başına inmesinin sağlanması.

Anahtar Kelimler: Kanıta dayalı uygulama, Hemşirelik, SWOT, Türkiye

HP-059

KOAH'LI HASTALARA VERİLENİNHALER EĞİTİM HASTALARIN YORGUNLUĞUNU, GÜNLÜK YAŞAMINI VE SOLUNUM FONKSİYONLARINI ETKİLER Mİ?

Sema Özoğlu Aytaç[1], Serap Parlar Kılıç[2], Sibel Doğru[3], Nimet Ovayolu[4]

[1]Gaziantep Üniversitesi Şahinbey araştırma ve Uygulama Hastanesi, KBB Servis Hemşiresi
[2]Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
[3]Mustafa Kemal Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[4]Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği

Giriş: Kronik Obsrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)'ın ilerlemesiyle görülen dispne ve yorgunluk gibi semptomlar hastaların fiziksel aktivite düzeyini azaltmakta ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerini giderek zorlaştırmaktadır. KOAH tedavisinin temelini inhalasyon tedavisi oluşturmaktadır ve hastalara inhaler tedaviye yönelik verilen eğitim tedavinin etkinliğini arttırarak, semptomların azalmasına yardımcı olmaktadır.

Amaç: Bu araştırma KOAH tanısı almış hastalara inhaler ilaç kullanımına yönelik verilen eğitimin hastaların yorgunluk düzeylerine, günlük yaşam aktivitelerine ve solunum fonksiyonlarına olan etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırma Ocak-Haziran 2014 tarihleri arasında KOAH tanısı almış olup, inhaler tedavi gören ve basit rastgele örnekleme yöntemine göre seçilen, 43 müdahale ve 42 kontrol grubu olmak üzere toplam 85 hasta ile, ön test-son test düzeninde yarı deneysel tasarım niteliğinde yapılmıştır. Altı ay ya da daha uzun süre önce KOAH tanısı alan, üç ay ve daha uzun süredir inhaler ilaç kullanan (ölçülü doz inhaler (ÖDİ), kuru toz inhaler (KTİ) ve nebulizatörler), 18 yaş ve üzerinde olan, iletişim sorunu, mental konfüzyonu, herhangi bir psikiyatrik problemi olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. Müdahale ve kontrol grubuna ait veriler; anket formu, solunum fonksiyon testleri, KOAH ve Astım Yorgunluk Ölçeği (KAYÖ), Görsel Kıyaslama Skalası (Vizuel Analog Skala/VAS) ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ile toplanmıştır. Müdahale grubundaki hastalara anket formunun, ölçeklerin ve solunum fonksiyon testlerinin uygulanmasından sonra bireysel olarak inhaler tedaviye yönelik eğitim ve "KOAH Hastaları İçin İnhaler İlaç Kullanım Rehberi'' verilmiş ve dört hafta sonra anket formları tekrarlanmıştır. Kontrol grubundaki hastalara ise eğitim verilmemiştir. Çalışmanın başlangıcında ve sonunda aynı formlar uygulanmıştır. Ancak çalışma bittikten sonra aynı rehber bu hasta grubuna da verilmiştir. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde, Ki-kare, Student t, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma sonucunda; eğitimin müdahale grubundaki hastalarda yorgunluk, dispne ve günlük yaşam aktiviteleri (GYA) puan ortalamasında ve solunum fonksiyon testlerinde (FEV_1, FVC ve FEV/FVC) anlamlı düzeyde iyileşme sağladığı saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastalarda ise FEV_1, FVC puan ortalamaları hariç ($p>0.05$) diğer tüm parametrelerde anlamlı düzeyde ancak olumsuz yönde bir değişiklik olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim sonrası GYA, FEV_1, FVC puan ortalamaları hariç yorgunluk, dispne ve FEV/FVC puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 1).

Sonuçlar: KOAH'lı hastalara inhaler tedaviye yönelik verilen eğitimin hastaların yorgunluk, günlük yaşam aktiviteleri ve solunum fonksiyon testlerinde iyileşme sağladığı görülmüştür. Bu nedenle KOAH'lı hastaların yorgunluk problemini azaltmak, günlük yaşam aktivitelerini arttırmak ve solunumunu desteklemek için hemşireler tarafından hastalara inhaler ilaç tedavisi konusunda eğitimlerin verilmesi ve bu eğitimin sürekliliğinin sağlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimler: KOAH, inhaler ilaç tedavisi, yorgunluk, günlük yaşam aktiviteleri, hasta eğitimi

Tablo 1. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası her iki grupta yorgunluk, günlük yaşam aktiviteleri, dispne, FEV1, FVC, FEV/FVC Puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası	
Değişkenler	Müdahale Grubu X±SS	Kontrol Grubu X±SS	p	Müdahale Grubu X±SS	ontrol Grubu X±SS	p
KAYÖ	44,04±15,58	41,97±11,63	0,490	35,32±14,36	49,95±10,69	0,001
GYA	26,69±4,13	27,40±4,00	0,425	27,88±3,96	26,23±4,90	0,092
Dispne (VAS)	5,82±2,56	5,08±2,68	0,197	4,76±2,50	6,18±2,64	0,013
FEV1	52,67±23,51	59,78±24,62	0,177	58,83±25,48	57,33±21,57	0,770
FVC	54,23±18,18	56,21±21,07	0,644	59,04±19,19	57,11±17,21	0,628
FEV/FVC	81,60±18,31	82,28±14,41	0,850	88,39±21,59	78,38±15,01	0,015

HP-060

ROMATİZMAL HASTADA GEBELİK PLANLAMANIN ÖNEMİ VE KORUNMA YÖNTEMLERİ

Fatma İlknur Çınar, Nurten Kalender

GATA Hemşirelik Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı

İnflamatuvar romatizmal hastalığa sahip bir kadın; hamile kalıp kalamayacağı endişesini taşıyabilir, istemeden hamile kalmış olabilir ya da hamilelikten korunma yöntemlerini tam olarak bilmiyor olabilir. Romatizmal hastalıklar, organ tutulumu nedenli hamilelik sorunları, fetus ve yenidoğandaki olası riskler ve gebeliğin hastalığın seyri üzerindeki etkileri açısından farklılıklar gösterebilmektedir. Böyle bir hastada gebelik, anne ve yenidoğan açısından ilaç kullanımına ve hastalığın alevlenme durumuna göre çeşitli riskler taşımaktadır. Bu nedenle bu konularda verilen hasta eğitimi ve izlemi büyük önem taşımaktadır.

Hastalığın etkilerine rağmen, seksüel olarak aktif olan romatolojik hastalığa sahip birçok genç kadının, etkili kontrasepsiyon kullanmadığı bildirilmektedir. Romatolojik hastalığı olan kadınlara doğumun yasak olduğu izlenimi yerine uygun korunma yöntemleri anlatılmalıdır. Önerilecek kontraseptif yöntemler, tüm

kadınlar için ulaşılabilir olmalıdır. Romatolojik hastalığa sahip kadınların uygulayabileceği yöntemler arasında; bariyer yöntemleri, sadece progestin içeren kontraseptif yöntemler ve Rahim içi araç (RİA) bulunmaktadır.

Gebelik öncesinde anne adayı; (1) renal yetmezlik ve pulmoner hipertansiyon gibi organ tutulumları, (2) romatolojik hastalığı ile ilgili olarak gebelikte yaşayabileceği potansiyel komplikasyonlar, (3) gebelikte kullanabileceği ilaçlar ve (4) hastalık aktivitesi açısından değerlendirilmeli ve bilgilendirilmelidir. Hastalık seyri ve hastalığa bağlı etkilenme kişisel farklılıklar gösterebildiği için hastaya uygun tedavi protokolü belirlenmelidir. Gebelik planlaması, gebelikte kullanılabilecek romatolojik ilaçlar ile en az altı aydır hastalık aktivite kontrolü sağlanmış ve önemli organ tutulumu olmayan hastalarda önerilmektedir. Gebelik döneminde ise hasta, intrauterin gelişme geriliği, tromboembolik olaylar ve preeklampsi gibi komplikasyonlar açısında takip edilmelidir. Gebelik sonrasında hasta emzirme döneminde kullanabileceği ilaçlar, kontrasepsiyon ve postpartum alevlenme hakkında bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimler: romatizmal hasta, gebelik, korunma

HP-061

İNMELİ HASTALARDA SOSYAL DESTEK İLE ÖZBAKIM GÜCÜ VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Serap Parlar Kılıç[1], Esra Keşer[2], Sevgin Samancıoğlu[3]

[1]Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
[2]Adana Çukurova Dr. Aşkım Tüfekçi Devlet Hastanesi
[3]Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Amaç: Araştırma inmeli hastalarda sosyal destek ile özbakım gücü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma Şubat-Ekim 2014 tarihleri arasında Adana Dr. Aşkım Tüfekçi Devlet Hastanesi nöroloji polikliniğine başvuran122 inmeli hasta ile yürütülmüştür.Araştırmaya dahil edilme kriterleri, 1) Belirlenen hastanede ayaktan tedavi almak, 2) En az 6 ay öncesinde inme tanısı almış olmak, 3) Daha önce inme öyküsü bulunmamak, 4) İletişim sorunu olmamak, 5)Mental konfüzyonu olmamak veya herhangi bir psikiyatrik probleme sahip olmamak, 6)Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenmiştir.Veriler; hasta tanıtım formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır. Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiş olup;sayı, yüzde dağılımları,Student t testi, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA)ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce, tüm hastalar, araştırmacılar tarafından, çalışmanın amacına ve metodlarına ilişkin bilgilendirilmiş ve anket formlarının uygulanması konusunda yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Etik Kurulundan ve Adana Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alınmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hastaların %56.6'sının 71 yaş ve üzeri, %55.7'sinin kadın, %87.7'sinin evli olduğu, %55.7'sinin okur-yazar olmadığı, %50.8'inin ev hanımı olduğu, %97.5'inin ise çalışmadığı, %47.5'inin çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %99.2'sinin günlük bakımına yardımcı olan kişilerin olduğu ve %59.0'unun bakım konusunda çocuklarından destek aldığı saptanmıştır. Hastaların %45.1'inin tanı alma süresinin 6-36 ay olduğu, %92.6'sının iskemik SVO geçirdiği, tamamının(%100) inme sonrası yetersizlik yaşadığı, yarıdan fazlasının (%52.5) konuşma ve yürüme bozukluğu yaşadığı, en çok hareket (yürüyüş, oturma-kalkma, merdiven inip-çıkma) ve günlük alışkanlıklarını yapma (saç tarama, diş fırçalama, tuvalet kullanma,giyinme, banyo yapma) aktivitelerinin sınırlandığı (sırasıyla %90.2, %85.3) ve%53.3'ünün fizik tedavi aldığı belirlenmiştir. Hastaların Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması50.93±10.35, Özbakım Gücü Ölçeği puan ortalaması 87.84±23.45 ve İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması ise 3.01±1.91saptanmıştır. İnmeli hastaların sosyal destek ile özbakım gücü ve yaşam kalitesi arasında yapılan korelasyon analizi incelendiğinde; sosyal destek ile özbakım gücü ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastaların sosyal destek düzeyleri arttıkça özbakım gücü ve yaşam kalitelerinin de arttığı tespit edilmiştir($p<0.001$).

Sonuçlar: Bu çalışmada inmeli hastaların çoğunluğunun iskemik SVO geçirdiği, yarıdan fazlasının konuşma ve yürüme bozukluğu yaşadığı, en çok oranda hareket ve günlük alışkanlıklarını yapma yetersizlikleri yaşadıkları ve hastaların Sosyal Destek Ölçeği, Özbakım Gücü Ölçeği ve İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. İnmeli hastalara bakım veren hemşirelerin, hastaların sosyal destek durumlarını değerlendirerek özbakım gücü ve yaşam kalitelerini belirlemeleri,hasta ve ailenin sosyal destek kaynaklarını tanımaları ve bu kaynakları etkin kullanmaya yönlendirilmeleri önemlidir.

Anahtar Kelimler: inme, sosyal destek, özbakım gücü, yaşam kalitesi

HP-062

ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN ZAMAN YÖNETİMİ BECERİLERİ, AKADEMİK ÖZYETERLİK DÜZEYLERİ VE KARİYER PLANLAMA DURUMLARI

Tülay Başak, Ceyran Yıldırım

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu

Amaç: Bu çalışmada, öğrenci hemşirelerin zaman yönetimi becerileri, akademik özyeterlik düzeyleri ve kariyer planlama durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal/Method: Tanımlayıcı özellikte olan bu çalışmanın evrenini Ankara'da bulunan bir hemşirelik yüksekokulu öğrencileri (n=373) oluşturmuştur. Araştırmada örneklem hesaplaması yapılmamış olup, araştırmaya katılmayı kabul eden 353 öğrenci örneklem kapsamına alınmıştır. Veri toplama formu; araştırmacılar tarafından oluşturulan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve kariyer planlama durumlarına yönelik 8 sorudan, "Zaman Yönetimi Envanteri" ve "Akademik Özyeterlik Ölçeği'nden oluşmaktadır. Zaman Yönetimi Envanteri'nin, Alay ve Koçak tarafından (2002), Akademik Özyeterlik Ölçeği'nin ise, Yılmaz ve ark. tarafından (2007) Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS 15.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalama, minimum, maksimum, ortanca ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi, Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi ve Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. $p\leq0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Tamamı kız öğrencilerin oluşturduğu öğrencilerin %76.8'i kariyer planlaması yapmakta olup, %61.6'sı lisansüstü eğitim planlamaktadır. Öğrencilerin zaman yönetimi beceri toplam puanı ortalaması 90.33±10.62 olup, akademik özyeterlik puan ortalaması 19.00±2.72'dir. Kariyer planlaması yapan öğrencilerin zaman yönetimi becerileri toplam puanı ve akademik özyeterlik puanı, kariyer planlaması yapmayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($Z=-2,560$, $Z=-1,962$; $p\leq0.05$). Öğrencilerin zaman yönetimi becerileri ve akademik özyeterlikleri arasında pozitif yönde ve orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=293$; $p\leq0.05$).

Sonuç: Kariyer planlaması yapan öğrencilerin zaman yönetimi becerileri ve akademik özyeterlik puanları daha yüksektir. Öğrenci hemşirelerin akademik özyeterlik düzeyi artıkça, zaman yönetimi becerileri de artmaktadır. Öğrenci hemşirelerin zaman yönetimi becerilerin, akademik özyeterliklerinin artırılmasına ve okul yaşamının erken dönemlerinde kariyer planlaması konularına yönelik akademik danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: Zaman yönetimi, kariyer planlama, akdemik özyeterlik

HP-063

DİYABET TANISI ALMIŞ HASTALARDA HASTALIK ALGISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Nur Teke[1], Selda Arslan[2]

[1]Nur Teke, Ilgın Dr. Vefa Tanır Devlet Hastanesi
[2]Selda Arslan, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Amaç: Diyabet hastalarında; tedavi merkezine bağımlılık, diyet, ilaç kullanımı gibi pek çok kısıtlama hastada anksiyete, depresyon, sosyal yaşamın kısıtlanması, bağımsızlığını kaybetme düşüncesi, rol değişiklikleri, üzüntü ve umutsuzluk gibi psiko-sosyal sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Hastanın hastalığını nasıl algıladığı yaşanılan bu sorunların artmasında ya da azalmasında önemli bir etkendir. Araştırma hastalık algısı ve bunun sosyo-demografik, sağlık ve hastalığa ilişkin özellikleri ile ilişkisini incelemek amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki bu kesitsel çalışmanın evreni, Dr. Vefa Tanır Devlet Hastanesi dahiliye polikliniklerine başvuru yapan gelişigüzel seçilmiş 166 kişi oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, "Anket Formu" ve "Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)" kullanılmıştır. Ölçümle belirtilen verilerin değerlendirmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (frekans, ortalama, standart sapma) yanı sıra, parametrik test varsayımları karşılandığı için iki grubun karşılaştırılmasında bağımsız t-testi ve ANOVA testleri uygulanmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır (<0.05 anlamlı kabul edilmiştir).

Bulgular: Araştırma kapsamındaki hastaların; 52,54 ortalama yaşa sahip olduğu (ort±ss), %60,2'si kadın, %81,9'u evli, %36,1'i ilkokul mezunu, %63,9'unun ekonomik durumlarının orta düzeyde olduğu görülmüştür. Hastalık algısı ölçeğinin hastalık tipi boyutunda en sık görülen belirtilerden hastalık ile ilgili olduğu düşünülenler; %79,5'i yorgunluk, %70,5'i güç kaybı, %56,0 sersemlik hissidir. Hastalık hakkındaki görüşler boyutunda hastaların; %79,9'u hastalıklarının geçici olmaktan çok kalıcı olduğunu, %61,4' ü hastalığının ya-

şamı üzerinde ciddi etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Hastalık Algısı Ölçeği'nin hastalık nedenleri boyutunda hastaların; %63,2'ü hastalık olası nedeni olarak stres, %69,3 kalıtsal faktörlerini, %62 ise diyet-yemek alışkanlıkları ilgili olduğunu söylemişlerdir.

Sonuç: Diyabet hastalarında; yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, yaşadığı yer ve kişiler, diyabet tipi, diyabet eğitim durumu, diyabet dışında hastalık bulunma durumu, diyabet tanısını aldığı süre, diyabet eğitimini kimden aldığı hastalık algısını etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimler: Diyabet, Hastalık Algısı, Hastalık Algısı Ölçeği

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımları (n=166)

Sosyo Demografik Özellikler	Hastalık Tipi Boyutu	Hastalık Hakkında Görüşleri Boyutları	Hastalık Nedenleri
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Cinsiyet			
Kadın	0,46±0,26	2,90±0,42	2,53±0,54
Erkek	0,43±0,19	2,91±0,41	2,63±0,62
	t=0,99 P=0,32	t=0,71 P=0,94	t=1,13 P=0,25
Yaş			
	0,45±0,20	2,91±0,42	2,58±0,58
	P=0,00	P=0,00	P=0,00
Medeni durum			
Evli	0,46±0,20	2,93±0,40	2,55±0,46
Bekar	0,40±0,16	2,79±0,47	2,65±0,94
	t=1,38 P=0,16	t=1,17 P=0,08	t=0,52 P=0,60
Eğitim durumu			
Okur yazar değil	0,55±0,18	3,06±0,39	2,74± 0,49
Okur yazar	0,45±0,15	2,85±0,38	2,50±0,60
İlköğretim	0,46±0,21	2,97±0,40	2,61±0,52
Lise	0,38±0,19	2,83±0,40	2,56±0,67
Yüksekokul ve üniversite mezunu	0,34±0,16	2,90±0,47	2,30±0,62
	p=0,00	p=0,00	p=0,12
Meslek			
İşçi/ Memur	37±0,18	2,80±0,43	2,43±0,53
Ev hanımı	0,44±0,22	2,84±0,46	2,49±0,62
Emekli	0,46±0,18	2,87±0,40	2,78±0,63
Serbest meslek	0,43±0,12	2,99±0,42	2,65±0,66
Çalışmıyor	0,52±0,21	3,06±0,34	2,63±0,38
	P=0,46	P=0,50	P=0,14
Ekonomik Durum			
Kötü	0,45±0,18	2,85±0,50	2,64±0,61
Orta	0,45±0,20	2,97±0,35	2,60±0,55
İyi	0,45±0,22	2,63±0,49	2,20±0,57
	P=0,99	P=0,00	P=0,99
Yaşadığı yer			
İl	0,34±0,20	2,59±0,39	2,20±0,65
İlçe	0,48±0,18	3,03±0,32	2,65±0,51
Köy	0,49±0,19	2,96±0,45	2,75±0,49
	P=0,00	P=0,00	P=0,00
Kimlerle yaşıyor			
Yalnız	0,43±0,14	2,85±0,47	2,73±0,76
Eşi	0,49±0,21	3,05±0,36	2,61±0,37
Eşi ve çocukları	0,44±0,20	2,91±0,36	2,52±0,54
Akrabaları ve diğer	0,52±0,27	2,20±0,62	2,72±0,77
Kurum	0,31± 0,12	2,44±0,34	2,33±1,09
	P=0,04	P=0,00	P=0,30
Sağlık sigortası			
Evet	0,45±0,20	2,89±0,42	2,56±0,60
Hayır	0,45±0,17	3,02±0,40	2,66±0,38
	t=0,00 P=0,99	t=1,28 P=0,20	t=0,70 P=0,48

HP-064

ALZHEİMER HASTALIĞI'NIN EVRELERİ (ÜÇ OLGU ÜZERİNDEN DEĞERLENDİRME)

Filiz Dilek[1], Aysun Ünal[2]

[1]Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
[2]Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

Giriş: Alzheimer hastalığı (AH) unutkanlık ile başlar, günlük yaşam aktiviteleri bozulur, davranış bozuklukları eklenir, yatağa bağımlı hale gelen hasta sekonder nedenler ile kaybedilir. Bilişsel durum değerlendirilmesinde; Kısa Mental Durum Değerlendirme Testi (KMDT), Saat Çizme Testi (SÇT') , Kognitif bozukluğun şiddetini ve/veya demansın evresini değerlendirmede; Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği (CDR) ve Global Bozulma Ölçeği (GDS) kullanılmaktadır. Hastalığın evresi belirlendikten sonra bireysel problemlere yönelik bakım aile ile birlikte planlanmalıdır.

Amaç: Üç olgu ile AH' lığının evrelendirmesi için kullanılan nöropsikiyatrik test sonuçlarını tartışmak, evrelere uygun hasta bakımının önemine dikkat çekmek amaçlanmıştır. Hastaların, sosyo demografik özellikleri, saat çizimleri, el yazıları, KMDT, CDR ve GDS puanları tablolaştırılarak sunulmaktadır.

Olgu 1: Kızından alınan bilgilere göre; F.A 1 yıl önce unutkanlık şikayetiyle nöroloji polikliniğine başvurmuş ve tanı konulmuştur. Kişisel bakımını kendi yapabilmektedir. KMDT: 23

Olgu 2: Eşinden alınan bilgilere göre; H.Ö 2 yıl önce tanı almıştır. Eşi; H.Ö' nün yeni öğrendiklerini unuttuğunu, yalnız ev içinde dolaşabildiğini, yer ve zamana oryantasyonda zorluk yaşadığını belirtmiştir. Kişisel bakımı için destek gerektiğini ve kendisine yardım etmeye çalışan kişilere direndiğini, öfkelendiğini, duvarlara vurduğunu söylemektedir. KMDT: 18

Olgu 3: Torununundan alınan bilgilere göre; T.Ö 2 yıl önce AH tanısı almıştır. Torunu T.Ö' nün kişisel bakımda yardıma gereksinimi olduğunu ve banyo yapmaya direndiğini belirtmiştir. Ölen eşinin geldiğini ve cama vurduğunu, olmayan olayları olmuş gibi ve tanımadığı kişileri tanıyormuş gibi konuştuğunu belirtmiştir. İyiyken aniden öfkelendiğini, bakım verenden ayrılmayı engellemek için ağladığını belirtmektedir. KMDT: 10

Sonuç: Alzheimer hastası bakımı ailenin de içinde olduğu multidisipliner bir ekip yaklaşımı ve farklı evrelerde farklı bakım hizmeti gerektirmektedir. Bireye özgü bakım verilmeli ve bilgilendirme toplantıları düzenlenerek aileler; destek sistemleri, sağlık bakım uygulamaları, davranışsal ve bilişsel sorunlarla başa çıkma ve travmalardan korunma konularında desteklenmelidir. Anahtar Kelimler: Alzheimer, demans, yaşlılık, bakım

HP-065

OLGU SUNUMU: İLERİ EVRE DEMANS HASTASINDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Filiz Dilek[1], Aysun Ünal[2], Serap Ünsar[3]

[1]Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
[2]Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı
[3]Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Giriş: Alzheimer hastalığı (AH), yaşlılarda görülen demans nedenlerinin % 50 sinden fazlasını oluşturmaktadır. Hastalık klinik olarak erken, orta ve ileri evre olarak evrelendirilmektedir. İleri evrede; bilişsel bozukluk bellek dışındaki işlevlerde de belirginleşmiştir. Günlük yaşam aktiviteleri bozulmuş ve davranış bozuklukları eklenmiştir.. Hastanın sürekli takip ve bakım ihtiyacı; bakım verende fiziksel, psikososyal veya maddi yük yaratmaktadır. Bu nedenledir ki hasta ve ailesi bir bütün olarak ele alınıp hasta bakımı planlanmalıdır.

Olgu: Oğlundan alınan bilgilere göre; iki yıl önce AH tanısı alan 75 yaşındaki erkek hastanın üç ay önce eşi vefaat etmiştir. Ağır derecede unutkanlık vardır. Zaman ve mekana disoryantedir. Ev dışında bağımsızlığını yitirmiştir. Tehlikede olduğuna inanmakta, aile üyelerinin kendisini terk etmeyi düşündüklerini söylemektedir. Ölen anne ve babasının geldiğini görmekte ve onlarla konuşmaktadır. Banyo yapma ve giysilerinin değiştirilmesi gibi günlük aktivitelere direnmektedir. Ailesine yük olduğunu ve ölme isteğini belirtmektedir. Paraya düşkünlüğü artmıştır. Evde amaçsızca dolaşmakta, çekmece ve dolapları karıştırmaktadır. Geceleri uykuya dalmakta güçlük yaşamaktadır. Yemek yediğini unutup tekrar yemek istemektedir.

Oğlu; hastayı aksi, geçinilmesi zor biri olarak tanımlanmaktadır. İhtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini, davranışlarından rahatsızlık duyduğunu, sağlığının bozulduğunu, özel ve sosyal hayatını istediği gibi yaşayamadığını, daha fazla bakımını üstlenemeyeceğini düşündüğünü belirtmiştir. Uygulanan bakım verme yükü ölçeğinden aldığı 85 puan (ölçekten alınacak puan aralığı 0-88) yaşadığı sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir.

Hemşirelik tanıları: Serebral nöronların dejenerasyonu nedeniyle gerçeği değerlendirmemeye bağlı kronik konfüzyon

Nörodejenerasyona sekonder gelişen frontal işlevlerde bozulma nedeniyle huzursuzluk
Huzursuzluk nedeniyle uyku paterninde bozulma
Bilişsel süreçlerde bozulmaya bağlı öz bakım eksikliği
Bilişsel yetersizliğe bağlı olarak çevredeki tehlikelerin farkına varamama nedeniyle, travma riski
Bilişsel işlevlerde bozulmaya bağlı kaybolma riski
Bilişsel süreçlerde bozulmaya nedeniyle gereğinden çok beslenme
Nöropsikiyatrik belirtiler ve uzun süreli bakım gereksinimi nedeniyle aile içi baş etmede yetersizlik riski

Sonuç: Uzun süreli bakım gerektiren AH 'lığında disiplinlerarası yaklaşım ve ekip çalışması ile hasta ve ailesi bir bütün olarak ele alınarak bakım planlanmalıdır. Hasta yakınına; hastanın unutkanlığı ile ilgili olarak yapabileceği zihinsel ve psikomotor aktiviteler, kaybolma riskine yönelik alınacak önlemler, ev içinde travmaları önlemeye yönelik yapılabilecekler, hastayı sakinleştirme ve iletişim yöntemleri, beslenme ve uykunun düzenlenmesi ve halüsinasyonlar için medikal tedavi hakkında bilgi verildi. Hasta yakınına, bakıcı yükünü azaltmaya yönelik olarak yorgunluktan kaçınması, kendi için dinlenme periyotları planlaması, aktivitelere katılması önerildi. Ulusal düzeydeki dernekler ve hasta bakımında yararlanabileceği kaynaklar hakkında bilgilendirildi.

Anahtar Kelimler: Alzheimer, demans, hemşirelik, bakıcı yükü

HP-066

YATAĞA BAĞIMLI BİR OLGUNUN YAŞAM MODELİ DOĞRULTUSUNDA TANILANMASI

Şebnem Bilgiç[1], Filiz Dilek[2]

[1]Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
[2]Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Bireyler birçok nedenle yaşamlarının herhangi bir döneminde yatağa bağımlı olabilmektedir. Yatağa bağımlılığın neden olduğu hareketsizlik fonksiyonel yetersizliğe, iyileşme sürecinin uzamasına, morbidite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Bu hastaların bakımında hemşire, günlük yaşam aktivitelerini etkileyen sorunları belirleyip bireyin gereksinimlerini tanılayarak, bakım uygulamalarını gerçekleştirmekle sorumludur. Bu çalışmada yatağa bağımlı bir olgunun yaşam modeli doğrultusunda tanılanması amaçlanmaktadır.

Olgu: Bir üniversite hastanesi nöroşirürji servisinde kovernöz sinüs trombozu tanısıyla yatan MY 69 yaşında, evli ve ortaokul mezunudur. Hastaya 2 yıl önce jejunostomi açılmış ve PEJ ile beslenmektedir. 35 yıldır DM hastası olan MY ikili insülin tedavisi almaktadır.

Tanılama:

1. Yaşam süresi: 69 yaşındaki hasta DSÖ göre yaşlı sınıflamasına girmektedir. Hastanın kovernöz sinüs trombozuyla birlikte 35 yıldır DM hastası olduğu ve DM'nin yaşlı hastalarda yaşam süresini kısaltığı bilinmektedir.

2. Yaşam Aktiviteleri:

Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi: Yaşlılık ve yatağa bağımlı olma, PEJ ile beslenme, damar yolu ve idrar sondasının olması.

İletişim: Hastanın sözel uyaranlara anlamsız yanıt vermesi/yanıt vermemesi nedeniyle hastayla iletişim kurulamama.

Solunum: Öksürük ve balgamın olması.

Beslenme: Ağızda kuruluk, beyaz plakların olması.

Boşaltım: Bilişsel bozukluğu bağlı anal ve üriner inkontinansın olması.

Kişisel temizlik ve giyim: Saçlarda yağlanma, deride kuruluk, turgorda azalma, gözde çapaklanma gözlenmesi

Vücut sıcaklığının kontrolü: Bilincin kapalı olmasına bağlı vücut sıcaklığını düzenlemede bağımlı olma

Hareket: Hareketsizliğine bağlı olarak deri bütünlüğünde bozulmanın olması

Çalışma ve eğlence, Cinselliği ifade etme, Uyku ve dinlenme ve Ölüm: Veri toplanamadı.

1. Yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler: 69 yaşında olması, 35 yıldır DM hastası olması, hastanede yatma ve hastanenin fiziksel şartları, PEJ ile beslenmesi, sahip olduğu kültürel ve dini inancının bakım ve tedaviye olan etkisi, sosyal güvencesinin, gelir gider dengesinin olması yaşam aktivitelerini etkileyen faktörlerdendir.

2. Bağımlılık-bağımsızlık dizgesi: Hastanın yaşlılık döneminde olması, kronik hastalığının olması, yatağa bağımlı ve bilincinin kapalı olması, PEJ ile beslenmesi nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinin birçoğunu gerçekleştirmede bağımlı/yarı bağımlı olduğu gözlemlendi.

3. Yaşamda bireysellik: Her bireyin yaşam aktivitelerini birbirinden farklı olarak gerçekleştirdiği gözönüne alınarak, hastanın yaşam süresi ve bağımlılık-bağımsızlık durumu, yaşam aktivitelerini gerçekleştirmedeki tercihleri doğrultusunda en uygun bireyselleştirilmiş bakım planlandı.

Sonuç olarak: Yaşam modeli, hemşirelik sürecinin ilk aşaması olan tanılama aşamasında doğru ve eksiksiz veri toplamayı sağlaması açısından uygun bir modeldir. Sistemli, kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşımla veri toplanmasını sağlayan yaşam modeli ile bireyin sorunu belirlenip, çözümü sağlanmaktadır. Bu çalışmada yatağa bağımlı bir olgunun yaşam modeli doğrultusunda tanılaması yapılmış olup yapılan bu tanılamanın hemşirelik sürecinin diğer aşamalarının uygulanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimler: yatağa bağımlılık, yaşam modeli, hemşire, tanılama

HP-067

TÜRKİYE'DE YÖK TEZ MERKEZİNDE TARANAN MÜZİK TERAPİ ALANINDA YAPILMIŞ HEMŞİRELİK TEZLERİ

Şebnem Bilgiç[1], Filiz Dilek[2]

[1]Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
[2]Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: İnsanlar üzerinde fiziksel, fonksiyonel ve psikolojik olarak birçok etkisi bulunan müziğin terapi etkeni olarak kullanılması ilkel çağlara kadar uzanmaktadır. 1800'lü yılların başında müzik terapinin etkisi Florence Nightingale tarafından da kabul edilmiş ve hastanelerde hastaların konforu ve iyileşmesi için kullanılmasının gereği savunulmuştur. İlkel çağlarda hasta iyileşmesinde önemli bir unsur olarak ayin ve büyülerle beraber kullanılmaya başlayan müzik terapi, günümüzde ise bilimsel bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Tüm dünyada ve ülkemizde hasta / sağlam bireylerde hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından müzik terapi ile ilgili çalışmalara yapılmakta ve olumlu sonuçlar elde edilmektedir. Bu araştırma, Türkiye'de YÖK tez merkezinde taranan müzik terapi alanında yapılmış olan hemşirelik yüksek lisans ve doktora tezlerinin sistematik olarak incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Çalışma, Temmuz 2015 tarihinde "müzik, müzik terapi, müzik tedavi, hemşirelik'' anahtar kelimeleri ile Yüksek Öğrenim Kurumu (YÖK) tez merkezi taranarak yapıldı. Tarama sonucunda seçilen tezlerin hemşirelik alanında yapılmış olması araştırmaya dahil edilme kriterleri arasına alındı. Elektronik arama ile elde edilen tezlerin başlık ve özetleri, araştırmacılar tarafından gözden geçirildi, başlık ve özeti açık olmayan tezlerin tam metni incelendi. Tarama sonucu 20 teze ulaşıldı, 4 tezin tam metni olmadığı için inceleme dışı bırakılarak 16 tez incelemeye dahil edildi.

Araştırmacılar tarafından verilerin özetlenmesi için standart bir form geliştirildi ve tezler buna göre incelendi. Veri özetleme formunda tezin yazarı, yılı, Yüksek Lisans/ Doktora tezi olması, örneklem grubunun özelliği, araştırma tasarımı, büyüklüğü ile sonucuna yer verildi.

Bulgular: Araştırmada 2007-2014 yılları arasında yapılmış toplam 14 Yüksek Lisans/Doktora tezi yer aldı. Tezlerin 6'sı doktora 8'i yüksek lisans tezidir. Çalışmaya dahil edilen tezlerde ön test-son test kontrol gruplu/kontrol grupsuz, deneysel ve yarı deneysel araştırma tasarım tiplerinin kullanıldığı saptandı. Yapılan çalışmalarda toplam 1398 katılımcı yer almıştır. Tezler yoğun bakım hastaları, diyaliz hastaları, kanser, KOAH hastaları, huzurevinde kalan yaşlılar gibi değişik popülasyonda gerçekleştirilmiş idi.

Sonuç ve öneriler: Yapılan çalışmaların sonucunda müzik terapinin ağrı, depresyon ve anksiyetenin azaltılması, uyku kalitesinin ve konforun arttırılması, yaşam bulgularını düzenlemesi ve yalnızlık hissinin azaltılması gibi yararları olduğu gösterilmiştir. Bu yararları dikkate alınarak uygulanması pahalı olmayan ve doğal bir girişim olan müzik terapinin hastane ortamında kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: hemşire, müzik terapi, YÖK tezleri.

HP-068

BİR HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN KONSTİPASYON DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Şebnem Bilgiç[1], Filiz Dilek[2], Hatice Sevil Avcı[2], Aysun Ünal[3]

[1]Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü
[2]Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
[3]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte, yaşlanmayla beraber ortaya çıkan sağlık sorunlarında hızlı bir artış görülmektedir. Yaşam kalitesini düşüren, enerji kaybına neden olan, bakım maliyetini arttıran ve diğer tıbbi sorunlarla birlikte sık görülen konstipasyon, yaşlılıkta ortaya çıkan en önemli ve önlenebilir sağlık sorunlarından biridir. Konstipasyonun tanılanması ve ciddiyet düzeyinin belirlenmesi sorunun çözümünde anahtar rol oynamaktadır. Çalışma huzurevinde yaşayan yaşlıların konstipasyon durumlarının tanımlanması ve konstipasyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki çalışma 1-15 Temmuz 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini Tekirdağ ilinde bir huzurevinde yaşayan yaşlılar oluşturdu (N=70). İletişim kurulamayan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen yaşlılar araştırma kapsamına alınmamış olup çalışma 56 yaşlı birey ile yürütüldü.

Araştırmanın yürütülebilmesi için Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan, araştırmanın yapıldığı huzurevinden ve araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlılardan yazılı izin alındı.

Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu, bireylerin dışkılama sıklığını, yoğunluğunu ve dışkılama sırasında zorluğunu belirlemeye yönelik bir ölçek olan Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ), yaşlı bireylerin beslenme durumlarının saptanması ve izlenmesinde kabul edilmiş olan Mini Nutrisyon Testi, kişilerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık derecesini belirlemek amacı ile geliştirilen Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği kullanıldı.

Veriler SPSS 18.0 paket programında %95 güven aralığında değerlendirildi. İstatistiksel analizde ortalama, standart sapma, yüzdelik dağılımlar ve korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 79.32±8.62 yıl, %66.1'i erkek, %32.1'i ilkokul mezunu idi. Yaşlıların %51.8'i boşaltım ihtiyacında güçlük yaşamadığını, %83.9'u düzenli yemek yediğini, %51.8'i fiziksel egzersiz yapmadığını ve %44.6'sı günde 4 bardaktan az sıvı tükettiğini belirtti. Düzenli yemek yeme alışkanlığına sahip yaşlılar ile sahip olmayan yaşlıların, konstipasyon deneyimleme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0.05).

Yaşlıların KCÖ'den aldıkları puanların dağılımı incelendiğinde; KCÖ toplam puan ortalamasının 37.82±12.79, KCÖ alt ölçeklerinde Dışkı Tıkanıklığı alt ölçeğinin puan ortalamasının 14.83 ±6.30, Kalın Bağırsak Tembelliği alt ölçeğinin puan ortalamasının 15.79±4.76, Ağrı alt ölçeğinin puan ortalamasının ise 1.98±3.28 olduğu görüldü.

Günlük yaşam aktivitelerinde yaşlıların 32.1'inin orta derecede bağımlı %57.1'inin ise bağımsız olduğu saptandı. Yaşlıların malnutrisyon durumu değerlendirildiğinde %35.7'sinin malnutrisyon riskinin olduğu, %58.9'unun ise normal olduğu belirlendi.

Yaşlıların KCÖ ile Günlük Yaşam Aktiviteleri ve beslenme durumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p<0.05).

Sonuç ve Öneriler: Araştırmanın sonucunda huzurevinde kalan yaşlı bireylerin KCÖ toplam ölçek puanına göre orta ciddiyette konstipasyon deneyimledikleri, düzenli yeme alışkanlığına sahip yaşlıların diğer yaşlılara göre daha az ciddiyette konstipasyon deneyimledikleri görüldü. Yaşlılarda sık görülen ve mortaliteye neden olabilen konstipasyonun erken dönemde tanılanması, uygun barsak yönetimi programlarının oluşturulması, sıvı alımının arttırılması, düzenli beslenme gibi önlemlerin alınması önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: konstipasyon, huzurevi, yaşlılık

HP-069

DEMANSLI BİREYLERE ÖZGÜ GELİŞTİRİLEN AĞRI DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİNİN İNCELENMESİ

Seher Gönen Şentürk[1], Özlem Küçükgüçlü[2]

[1]*Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*

Amaç: Bu araştırmanın amacı; sözel iletişim kuramayan demanslı bireylere özgü geliştirilen ağrı değerlendirme ölçeklerinin incelenmesidir.

Yöntem: Temmuz- Ağustos 2015 tarihleri arasında Ovid MEDLINE, EBSCO Health, EBSCO Nursing, Cochrane, Pubmed MEDLINE, Wiley Interscience ve Google Scholar veri tabanlarından demanslı bireylere özgü geliştirilen ağrı değerlendirme ölçekleri web ortamında taranmıştır. Tarama İngilizce dilde 'dementia' , 'pain', 'pain assesment scale', 'cognitively impaired elders' anahtar kelimeleri kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Taramalar sonucunda demanslı bireylerde ağrıyı değerlendirmek için yapılmış toplam 328 makaleye ulaşılmıştır. Bu çalışmaların 120 tanesinde ağrı değerlendirme ölçeklerinin kullanıldığı belirlenmiştir. Ölçekler, sözel iletişim kurama-

HP-069 / Tablo 1. Sözel iletişimi olmayan yaşlı demanslı bireyler için geliştirilen ağrı ölçeklerinin ags rehberine göre karşılaştırılması

	AGS Guideline	ABBEY (2004)	ADD (1999)	CNPI (2000)	DS-DAT (1992)	DOLOPSUS2 (2001)	FLACC (1997)	NOPPAIN (2003)	PACSLAC (2004)	PADE (2003)	PAINED (2003)
Yüz İle İlgili Belirtiler	Kaşları çatma, üzgün, korkmuş yüz ifadesi, yüz buruşturma, alın çatma, sıkılmış ve kapalı gözler, herhangi bir çarpık ifadenin olması	Kaşları çatma, yüzünü buruşturma, korkmuş ve gergin bakışlar	Üzgün ve korku dolu yüz hareketleri	Yüzünü buruşturma, göz kırpma (dişleri sıkma, gergin dudaklar, kaşları çatma ve gözleri kısma)	Kaşları çatma, üzgün ya da korku dolu yüz ifadesi	İfadeler (gösterilen ağrı, genellikle normal olmayan boş bakışlar)	Mimikler yapmaması ve gülümsememesi, Kaşlarını çatma ve yüzünü buruşturma, ilgisiz, sallanan	Ağrılı yüz? (yüzünü buruşturma, kınştırma ve ürkek davranışlar sergileme)	Yüz ile ilgili belirtiler: yüz buruşturma, acı, üzgün ve kötü bakışlar, gözleri sıkıca kapatan, dişlerini sıkan, gözlerini kırpan, ağzını açan burnundan soluyan	Kaşları çatma, üzgün yüz ifadesi, anksiyeteli ve korku dolu bakışlar	Yüz ile ilgili tüm belirtiler
Sözler ve Sesler	İnleme, iç çekme, gürültülü nefes alıp verme, yardım isteme ve devamlı sözel tacizde bulunma	İnleme ve sızlama	Yoğun olarak sözel ifadede bulunma, başka kişilere sözel olarak patlama, gürültülü nefes alıp verme	Vokal şikâyetler: (Bu acıtıyor, Ah, Durdur) Sözsüz sesler: (İç çekme, soluk soluğa kalma, inlemeler, çığlıklar)	Negatif sesler çıkarma, gürültülü solunum yapma	Somatik şikâyetler: Sadece soru sorulduğunda ifade etme, ara sıra ya da devamlı isteksizlik	Ağlama/ Çığlık Atma • Ağlamıyor (uyanmış ve uyumuyor olmalı) • İnleme ve sızlanma • Devamlı şikâyet halinde Çenenin titremesi devamlı, giderek artan çığlık, hüngür hüngür ağlamak, sık şikâyet bildirme	Ağrı kelimeleri? (Bu acıtıyor! Ouchh!, Durdur!, lanetleme) Ağrı sesleri? (inleme, inilti, çığlık atma, soluk soluğa kalma, homurdanma)	Korku dolu bir şekilde yardım isteyen, inleme sesleri çıkaran ve sözel yanıtta agresif cevaplar veren	İnleme, hızlı hızlı, çok sayıda ve yüksek sesle nefes alıp verme, soluk soluğa kalma, konuşma ve diğer seslerde sıkıntılı olması	Olumsuz sesler çıkarma ve nefes alma
Vücut Hareketleri	Rijit gergin vücut duruşunu koruma, kıpır kıpır hareketler, adımlayarak yürüyüş yapmak, sallanmak, hareketlerini kısıtlamak, yürüyüş ve hareket değişiklikleri	Vücudunun bir kısmını korumak, kıpır kıpır hareketler, sallanmak	Beden dilini kullanma, kıpır kıpır hareketler, devamlı tekrarlayan hareketler, bir yerden bir yere transferi sırasında ağrı yaşaması	Etkilenen bölgeye masaj yapıldığında huzursuzlanma, sallanma devamlı yer değiştirme, sabit bir şekilde durma Bir arada görülen davranışlar (etkilenen bölgeyi tutmak ve hareket ederken de tutmak)	Beden dilini kullanma, kıpır kıpır hareketler, tepkisiz beden dili sergilemek	Somatik tepkiler: Dinlenme sırasında beden posturünü korumak, özellikle ağrıyan bölgenin posturünü korumak Hareket: Olağan aktivitelerini azaltmak, harekete direnç göstermek	Bacaklar: normal pozisyonunda ve rahat ya da huzursuz, tekme atmak için bacağını hazırda bekleten Aktiviteler: sessiz, uzanmış ve normal pozisyondan kolayca hareket edebilen ya da kıvranan, arkasına önüne dönen ve rijit ve gergin bir şekilde duran	Ovalama? (o bölgeye masaj yapma) Huzursuzluk? (kıpır kıpır olma, sabit duramama)	Beden hareketleri: yerinde duramama, huzursuz, hareketi reddeden, aktiviteleri azalmış, geri çekilmiş, mağlup olmuş, dürtüsel davranışlar gösteren (devamlı tekrarlayan), aktivitelerde azalma, ağrıyan bölgeyi eliyle sarmalamış o bölgeye dokunulduğunda rijit olan ve ölümcül tablolara kadar ilerleyebilen	Beden dili hareketleri, etkilenen bölgeyi hareket ettirmeme, kıpır kıpır hareketler, adımlayarak yürüyüş yapma	Beden dili: 0: rahat 1: temas halinde ağrıyan bölgeyi tutma, kıpırdanma 2: rijit, yumruklarını sıkmış, tekme atmaya hazır ve tekmelemeye doğru giden
Kişilerarası İletişimde Değişiklikler	Agresif, kavgacı, bakıma direnen, sosyal etkileşimi azaltan, sosyal uygunsuzluk, iç kapanık	İçe kapanma	Fiziksel agresyon, içe kapanma davranışı			İletişim: abartılmış artan talepler yada iletişimi reddeden ve yok sayan ifadeler			Sosyal/ kişisel/ mod: Fiziksel agresyon, kimsenin dokunmasını istemeyen, kimsenin yanında olmasını istemeyen, sinirli ve bir şeyler atan	Konuşmanın anlaşılmaz ve komplex olması (kişilerarası paylaşım ve sosyal etkileşimde)	
Rutin Olarak Yaptığı Aktivitelerde Değişiklik	Gıda almayı reddetmek, iştahsızlık, uyku periodu artan, dinlenme periyotlarında değişiklikler, rutinlerini aniden bırakma ve wandering (amaçsız dolaşmalar)	Genellikle yaptıklarını değiştirmesi, yemek yemeyi reddetme	Gece boyunca adımlayarak yürüme			Psikomotor reaksiyonlar: çamaşırlarını yıkama yeteneğinde değişiklikler Somatic reaksiyonlar: uyku düzeninde değişiklikler, dinlenmeme ve insomnia			Yemek yememe, iştahsızlık, ayrılmayı istemek	Yemek yememe, uyumama ve amaçsız dolaşma (wandering)	
Mental Durumda Değişimler	Ağlama ve gözyaşı, artan konfüzyon, sinirlilik ve artan stress durumu	Konfüzyonda artma ve ağlama	Gözyaşlarına boğulma, delüzyonlar, fobiler, halusinasyonlar						Konfüzyonda artış		

yan demanslı bireylerin ağrı ile ilişkili davranışsal durumlarını gözlemleyerek doldurulmaktadır. Literatürde demanslı bireylerde ağrıyı değerlendirmek için geliştirilen toplam 18 farklı ağrı değerlendirme ölçeği mevcuttur. Ölçeklerin isimleri ve geliştirilme yılları şu şekildedir; DS- DAT (1992), CNPI (1996), FLACC (1997), ADD (1999), DOLOPSUS-2 (2001), PADE (2003), PAINAD (2003), PACSLAC (2004), ABBEY (2004), NOPPAIN (2004), PAINE (2006), DBS (2006), CPAT(2007), Dis-DAT (2007), EPCA-2 (2007), PATCOA (2007), PBOICIE (2008), MOBID- 2 (2010). Ülkemizde ise demanslı bireylere özgü geliştirilen ya da geçerlilik- güvenirliliği yapılan herhangi bir ağrı değerlendirme ölçeği mevcut değildir.

Sonuç ve Öneriler: Sonuç olarak, geliştirilen bu 18 ölçek psikometrik özellikleri açısından incelendiğinde hemşirelik uygulamalarında kullanılabilecek geçerli ve güvenilir nitelikte ölçüm araçlarıdır. Yapılan araştırmalarda ağrı yaşayan ileri demanslı bireylerde akut ve kronik ağrıların sonucu olarak iştahsızlık, depresyon, aktivitelerini sınırlandırma, ajitasyon, sözel ve fiziksel şiddete eğilim gibi hastalık sürecini olumsuz etkileyen durumların ortaya çıktığı belirtilmiştir. Bu kırılgan yaşlı grup için bakımda koruyucu değerlendirmeler ve tedaviler hemşirelik mesleğinin önemli bir sorumluluğudur. Geçerliliği ve güvenirliği yapılmış klinik kullanım için geliştirilen özel ölçekler sayesinde, demanslı bireylerde ağrının değerlendirmesi için sistematik bir yaklaşım sağlanabilir. Hemşireler olarak ülkemizde kullanım için demanslı bireylerde ağrıyı değerlendirmeye yönelik yeni ölçekler geliştirebilir ya da mevcut ölçeklerin geçerlilik güvenirliliği yaparak alandaki boşluğu doldurabiliriz.

Anahtar Kelimler: Demans, Ağrı, Bilişsel Bozukluğu olan Yaşlı, Demanslı Bireylerde Ağrı, Ağrı Değerlendirme Ölçeği, Hemşirelik

HP-070

İLACA UYUM VE REÇETE YAZDIRMA ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Feray Gökdoğan[1], Duygu Kes[2]

[1]*British University of Nicosia*
[2]*Karabük Üniversitesi*

İnsidans ve prevalansındaki artışa bağlı kronik hastalıklar, dünyadaki ölümlerin %63'ünü (36 milyon) oluşturmaktadır. Kronik hastalıklara yeterince uyum sağlanamadığında fizyolojik, sosyal ve psikolojik sorunlar katlanarak artış göstermekte; birey ve ailenin günlük yaşam aktiviteleri ile yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Kişilerin hastalığa ve tedaviye uyum sağlayamamaları; sağlık harcamaları ile hastaneye yatış oranlarının yükselmesine, morbiditede artışa ve erken ölümlere yol açabilmektedir. Kronik hastalıklar ve tedavilerde uyumsuzluk oranının %50'lere kadar ulaşabildiği bildirilmektedir. Literatürde kronik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluk nedenleri arasında reçete yazdırmadaki zorluklar, sağlık okur-yazarlığının düşük olması vb. sayılmaktadır.

Ülkemizde kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan hastaların ilaç tedavisine uyumu ve reçete yazdırma yeterliliklerini birlikte değerlendiren kültürümüze ve dilimize uyarlanmış herhangi bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı; "İlaca Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ-7)"nin (Adherence to Refills and Medications Scale [ARMS-7]) Türkçe eşdeğerliliğini sağlamak, güvenirliğini ve geçerliğini test etmektir. Bu ölçeğin hemşireler ile diğer sağlık personelin kronik hastalığı olan bireylerin ilaç tedavilerine uyumlarını ve reçete yazdırma yeterliliklerini hızlı, kolay ve doğru olarak değerlendirmelerine ve hemşirelik literaturüne katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Adı geçen ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması için Dr.Kripalani'den gerekli izin alınmıştır. Ayrıca etik kurul ve çalışmanın yapılacağı üniversite hastanesinden kurum izni, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Çalışmanın verileri Mayıs-Haziran 2015 tarihleri arasında dahil edilme kriterleri doğrultusunda 18 yaş üzerinde kronik hastalığı olan 100 kişiden Hasta Tanıtım Formu, İlaca Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği, Mini-Mental Durum Testi ve sağlık okur-yazarlığı için REALM testi kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 63,2±9,4 (42-78) olup, %61'i kadın, %83'ü okur-yazar/ilkokul mezunu, %47'si eşi ile birlikte yaşıyor, %63'ü orta gelir düzeyinde ve %68'sinin tedavi gördüğü başka bir hastalığı vardır.

Ölçeğin dil eşdeğerliği için Türkçe'ye ve İngilizce'ye geri çevirisi alanında uzman üç kişi tarafından yapılarak orijinali ile uyumlu olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin ifade ve kapsam geçerliliği için alanında uzman 11 hemşire öğretim üyesine gönderilmiştir. Tüm ölçek için soruların değerlendirmesinde -Content Validitiy Index (CVI)- uzmanların verdiği puan ortalaması, 7 soru için 4 üzerinden 3,69±0,19 bulunmuştur. Puan ortalaması "3" altında olan madde bulunmamış ve dolayısıyla herhangi bir madde çıkarılmamıştır. Kendal W uyuşum testi sonucunda uzmanlar arasına görüş birliği olduğu belirlenmiş (Kendall W=0.188; p=0.246) ve ölçekte yer alan ifadelerin kültürümüze uygun olduğu ve ölçülmek istenen alanı temsil ettiği belirlenmiştir. Bu çalışmada 1-4 Likert tipinde süreklilik gösteren ölçekte yer alan maddelerin birbirleri ile tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini kapsadığı; iç tutarlılığı ve güvenirliğin oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (Cronbach Alfa katsayısı 0,74).

Anahtar Kelimler: İlaca uyum, Reçete yazdırma, Geçerlik, Güvenilirlik

HP-071

ONKOLOJİ KLİNİKLERİ DIŞINDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN KEMOTERAPİK AJANLA KARŞILAŞMALARI DURUMUNDAKİ FARKINDALIKLARI

Rükuye Burucu[1], Nesibe Günay Molu[2], Deniz Özdemir[1]

[1]*Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi*
[2]*Necmettin Erbakan Üniversitesi*

Giriş: Günümüzde kanser görülme sıklığı çok yüksek, ölümlere yol açan önemli bir sorundur. Kemoterapik ajanlar uzun süredir ve yaygın olarak kanser tedavisinde kullanılmaktadır. Ancak kemoterapik ajanların insanlar üzerinde kanserojen, mutojenik ve teratojenik olduğu uzun yıllardır bilinmektedir. Hemşireler kemoterapik ajanla ilaç ampulünü kırarken, toz ilacı sulandırırken, ilacı flakondan enjektöre çekerken, enjektör/ setteki havayı çıkartırken, enjektördeki ilacı serum içerisine eklerken, ilaçlı serumun set bağlantısını yaparken, ilaç bittikren sonra serum setini çıkartırken, kaza ile dökülmeler sırasında karşı karşıya kala bilmektedir. Kemoterapik ajana maruz kalan çalışanların ilaca direk temas etmesi yanında solunum yolu ile yani inhalasyonla da maruziyetin olduğu bilinmektedir. Kemoterapik ajanlar sadece onkolojik tedavi amaçlı değil romatoid artrit gibi bazı hastalıklarda, gebelikteki farklı problemlerde tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Bu sebeple çok farklı kliniklerde Methotrexat farklı dozlarda oral, subkutan (SC) ve intra müsküler (IM) olarak kullanılabilmektedir. Hemşirelerin onkoloji kliniği dışında kullanılan kemoterapik ajanlar hakkındaki farkındalıklarının da değerlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür.

Amaç: Onkoloji kliniği dışında hemşirelerin kemoterapi uygulamalarında kendilerini koruyabilmeleri hakkında farkındalıklarının ne düzeyde olduğunu belirlemek ve hemşirelere rehberlik etmesi amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırma Konya ilinde, bir devlet hastanesinde 1 Haziran- 31 Ağustos 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür. Evren 01. 06.2013/ 31.08.2013 tarihlerinde çalışmanın yapıldığı hastanede, çalışan hemşirelik yetkisi almış olan ebe, sağlık memuru ve hemşirelerden oluşmuştur (886). Örneklem ise çalışmayı kabul eden 188 hemşiredir. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan veri toplama formu kullanılmıştır. Araştırma izni alındıktan sonra hemşirelerden çalışmaya katılmayı kabul edenlere olurları alınarak veri toplama formu dağıtılmış, formlar toplandıktan sonra bu konuda eğitim almak isteyenlere de ayrıca eğitim verilmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan ve Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulundan yazılı izinler alınmıştır. Çalışmanın verileri SPSS 15.0 istatistik programı kullanılarak sayı, yüzde, ki kare testleri ile yapılmıştır.

Sınırlılıklar: Çalışmaya katılmayı kabul etmeyip kemoterapi eğitimi almak isteyenler veri toplanması sonrasındaki eğitime dahil edilmiştir. Kemoterapi ünitesinde çalışan hemşireler de eğitime dâhil edilmiş, çalışmaya dâhil edilmemiştir. Hemşirelerin farkındalıklarını artırmak amacıyla çalışmanın verileri toplandıktan sonra eğitim posterleri hazırlanarak hemşirelerin kullandıkları alanlara asılması sağlanmıştır.

Sonuç :

- Hemşirelerin en çok kendilerini korumak noktasında farkındalıklarının olduğu, ancak bunun da yetersiz olduğu
- Kullandıkları ilaçları yeterince tanımadıkları tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimler: hemşire, kemoterpik ajan, onkoloji, hemşrelik

HP-072

GÜVENLİ KAN TRANSFÜZYONUNDA HEMOGLOBİN KONSANTRASYONU: AMERİKA KAN BANKASI DERNEĞİ KILAVUZU

Berna Nilgün Özgürsoy Uran, Yasemin Tokem, Gizem Arslan, Elif Ünsal Avdal, Fatma İltuş

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Giriş: Eğitimli bir klinisyenin tüm yeteneklerini ortaya koymasını gerektiren karmaşık bir terapötik disiplin olan transfüzyon; multidispliner bir ekibin birçok parametreyi göz önüne alarak vermesi gereken bir karardır ve genellikle can kurtaran, yaşam kalitesini arttıran güvenli bir işlemdir. Hastalarda en kritik hemşirelik uygulamalarından biri olan kan transfüzyonunun güvenli bir şekilde uygulanması, uygulama öncesinde ve sonrasında laboratuar parametrelerinin takip edilmesi, olası riskleri öngörebilmesi açısından, hemşirenin bağımlı olduğu kadar bağımsız rollerinin de başında gelmektedir.

Amerika'da yıllık yaklaşık 15 milyon, tüm dünyada 85 milyon ünite eritrosit transfüzyonu yapılmasına rağmen, transfüzyon uygulamaları oldukça değişkenlik göstermektedir. Kan ürünlerinin transfüzyon uygulamalarının güvenle yapılabilmesi için belirli aralıklarla kılavuzlar yayınlanmakta ve bu kılavuzların geçerliliği sürekli olarak test edilmektedir. Klinisyenler transfüzyon yapılma zamanına karar

vermek için çoğunlukla hemoglobin konsantrasyonunu kullanırlar. Fakat çoğu kılavuz anemi semptomları görüldüğünde transfüzyonun yapılabileceğinin altını çizerken tek başına hemoglobin konsantrasyonunu temel almamaktadır. Hemoglobin konsantrasyonuna bakarak transfüzyon kararı verilmesini savunan Amerika Kan Bankası Derneği (The American Association of Blood Banks - AABB)'nin, 2012 yılında güncelleştirdiği Eritrosit Transfüzyonu Kılavuzu ile hemodinamik olarak stabil hastaların eritrosit transfüzyonlarına neden olan klinik değişkenleri ve hemoglobin konsantrasyonunun sınırları hakkında öneriler sunulmuştur. Eritrosit transfüzyonu için aday olan ve hemodinamik olarak stabil olan yetişkin ve çocuklar için önerilerde bulunan bu kılavuza göre 4 temel soru benimsenmiştir.

Amaç: Bu derlemede amaç; Amerika Kan Bankası Derneği (The American Association of Blood Banks - AABB) Kılavuzu'nun değindiği hastanın durumuna uygun olarak kan transfüzyonu yapılması gereken hemoglobin konsantrasyonlarına yönelik 4 temel soruyu ve her soru için kılavuzda yer alan önerileri açıklamaktır.

*** Soru 1:** Hastanede, hemodinamisi stabil hastalarda hangi hemoglobin değeri eritrosit replasmanı için sınır sayılacak?

*** Soru 2:** Önceden kardiyovasküler hastalığı olan hemodinamik olarak stabil hastalarda hangi hemoglobin konsantrasyonunda eritrosit transfüzyonu düşünülür?

*** Soru 3:** Hastanede yatan hemodinamisi stabil Akut Koroner Sendromlu hastalarda hangi hemoglobin konsantrasyonunda eritrosit transfüzyonu düşünülür?

*** Soru 4:** Hastanede yatan hemodinamisi stabil hastalarda hemoglobin konsantrasyonu yerine semptomlar yönlendirici olmalı mıdır?

Kan transfüzyonuna neden olabilecek hemoglobin konsantrasyon sınırları ve diğer klinik değişkenlere odaklanan bu kılavuz; belirlenen sınırın altında hemoglobin değeri olan hastalarda transfüzyonun yapılmamasının klinik için bir sorun oluşturabileceğini savunmaktadır. Hemşirelerin uygun ve doğru bir klinik transfüzyon sürecini takip etmeleri ile hasta güvenliğinin yanı sıra sağlığın ve sağ kalımın gelişmesine de katkı sağlanmış olur. Bu nedenle diğer güncel kılavuzlarda olduğu gibi; AABB kılavuzunda yer alan kanıtlar doğrultusunda hemşirelerin belirli aralıklarla hemoglobin konsantrasyonlarını takip etmesi, transfüzyona devam edilip edilmeyeceği konusunda sağlık ekibine yol gösterecek ve olası hatalı uygulamaların da önüne geçecektir.

Anahtar Kelimler: Kan transfüzyonu, hasta güvenliği, hemşire, güncel kan transfüzyonu kılavuzu, hemoglobin

HP-073

CROHN HASTASINDA HEMŞİRELİK YÖNETİMİ: FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİ

Berna Nilgün Özgürsoy Uran[1], Yasemin Yıldırım[2], Gizem Arslan[3]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
[2]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Crohn hastalığı (CH); ikinci veya üçüncü dekadda sık görülmekle birlikte, 15-30 yaş aralığında ve 50-70 yaş aralığında pik yapabilen kronik inflamatuar barsak hastalıklarından biridir. Aktif ve iyileşme süreçleri ile seyreden hastalık; diyare, abdominal ağrı ve kilo kaybı ile karakterizedir (1-6).

Kronik hastalıkların yönetiminde sağlık ekibinin merkezinde yer alan hastanın gereksinimlerine göre uygun hemşirelik yönetiminin planlanması ve uygulanması ile hastalığın aktif veya remisyon süreçlerinde hastanın düzenli beslenmesi, düzenli ilaç kullanımının sağlanması, düzenli kontrollere gelmesi ve böylece remisyon sürecinin uzatılması sağlanmalıdır.

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri; insanın fonksiyonel özelliklerini temsil ettiği için geniş bir kapsamda hastanın evinde veya yattığı klinikte uygulanabilmektedir. İnsanı bütün olarak ele alan bu modelde bir örüntü diğer tüm örüntüler göz önünde bulundurularak değerlendirilmektedir. Bir örüntüdeki problem, bir diğer örüntüdeki problem nedeniyle olabilir (7, 8). İBH olgularında da bütüncül bakımı desteklemek, hastanın İBH ile yaşamasını güçlendirmek ve etkinleştirmek amacıyla FSÖ modelinin kullanımı uygun olmaktadır. Bu kapsamda ele alınan bu olguda; tüm örüntülere odaklanılması; hemşirelik yönetiminin ilkelerine yer verilmesi düşünülmektedir.

Olgu: 51 yaşında, işçi emeklisi olan hasta (Ş.C.) kusma, ishal ve yemek yiyememe şikayetleri ile özel bir hastaneye başvurmuş; fizik muayenesinde sakral bölgede abse olduğu tespit edilmiş ve daha büyük bir kamu hastanesine yönlendirilmiş. Bu hastanede sakral bölgeye diren takılmış ve bölgenin drenajı yapılmış, ancak iyileşme sağlanamadığı için 8 yıl önce bir üniversite hastanesinin gastroenteroloji polikliniğine başvurmuş ve burada Crohn hastalığı tanısı almış. Oral alım bozukluğu, günde 8-10 kez tuvalete çıkma ve yorgunluk şikayetleri ile tekrar polikliniğe başvuran hastaya 3 gün önce klinik yatış planlanmış.

Olgunun Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre değerlendirmesi Tablo 1'de; uygun hemşirelik tanıları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Sekiz yıl önce Crohn hastalığı tanısı alan hastanın yönetiminde hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşirenin rolü hastanın ihtiyaçlarına göre değişiklik göstermektedir. İBH hemşiresinin hastalık yönetimi; hasta bakımına, bekleme sürelerini azaltarak maliyet avantajı sağlamaya, gereksiz hastane yatışlarını önlemeye ve yenilikçi hizmet sunumunu arttırmaya yöneliktir. Hemşire; hasta eğitiminde hastanın gereksinimlerine, seçimlerine ve başa çıkma yeteneklerine odaklanır.

Bu çalışmada ele alınan olguda yorgunluk, ağrı, boşaltım sürecinde bozulma gibi sorunlar yaşadığı görülmüştür. Bunlara yönelik olarak planlanan eğitimlerle hastalığı ile ilgili bilgi düzeyi arttırılmış, hastanın sorunlarını fark ederek düzenli beslenmesi, sigarayı bırakması, düzenli ilaç kullanması ve tıbbi kontrollere gelmesi önerilmiş ve kendi öz-bakımına katılması desteklenmiştir.

Anahtar Kelimler: İnflamatuar barsak hastalıkları, Crohn hastalığı, Hemşirelik yönetimi, Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli, Kronik hastalık yönetimi

Tablo 1. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Sağlık / Hastalık Öyküsü

FSÖ	Öykü / Durum
Sağlığın Algılanması / Sağlığın Yönetimi	Hasta; son yaşadığı şikayetler nedeniyle kendisini "çok kötü" olarak hissettiğini ifade etmiştir. 3 gündür durumunda düzelme olmadığı için "daha kaç gün yatacağını bilmediğini", "bu durumdan endişe ettiğini" ve "artık eskisi gibi sağlıklı olamayacağını" belirtmiştir. Hastaneye yatmadan önce günde 1,5 paket sigara içen hasta alkol kullanmadığını ve herhangi bir maddeye karşı alerji öyküsünün olmadığını ifade etmiştir.
Beslenme ve Metabolizma	Oral alımı açık olmasına rağmen, iştahsızlığı, tat duyusunda bozulma ve bulantısı mevcut olan hastanın beslenme gereksinimi, intravenöz yol ile saatte 60 ml total parenteral nutrisyon (TPN) aracılığıyla karşılanmaktadır. Son 2 ayda 8 kg kaybeden hasta şuan 46 kg ve 162 cm boyundadır. Buna göre BKİ 17.52 ile zayıf olarak hesaplanmıştır. Sıvı alımının da yetersiz olduğu gözlemlenen hastaya, malnütrisyonu önlemek için rutin tedavisine ek olarak, % 20 Dextroz 500 cc (2x1) başlanmıştır.
Boşaltım	Hastanın 8 yıldır devam eden Crohn hastalığı nedeniyle defekasyon alışkanlıkları değişiklik göstermektedir. Hastalığını tetikleyen gıdaları tükettiğinde tenezm ile birlikte günde 15-20 kere defekasyona çıkan hasta, diyetine dikkat ettiğinde günde 4-5 kez defekasyona çıktığını ve herhangi bir sıkıntı yaşamadığını ifade etmiştir. Hastalığının aktif dönemi olan ve hastaneye yatmasına sebep olan bu son durumunda da günde yaklaşık 10 kez defekasyona çıkmaktadır. Bazı aktivitelerinde bağımlı olan hasta defekasyon ve miksiyon gereksinimini karşılamak için alt bezi kullanmaktadır.
Aktivite-Egzersiz	Vital bulguları Ateş: 36-37 0C, Solunum: 18-25/dk., Nabız: 70-92/dk, Kan basıncı: 100-130/50-70 mmHg olan hasta; tuvalete gitme, merdiven çıkma ve yürüme aktivitelerinde tam bağımlı iken yeme-içme, giyinme-soyunma ve yatak içi hareketlerinde yarı bağımlıdır. Bu nedenle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken refakatçisi olan eşinden destek almaktadır. Hastanın; 15 gündür banyo yapamadığı, genel görünümünün bakımsız olduğu, tırnaklarının uzamış, saçlarının dağınık ve kirli olduğu belirlenmiş; kıyafet hijyeninin tam olmadığı saptanmıştır. Hastada ter ve ağız kokusu mevcuttur. Yorgunluk puanını vizüel analog skalaya (VAS) göre (0-10 arasında) 8 olarak ifade etmiştir. Hasta; sakral bölgede batıcı tarzda ve 7 şiddetinde (VAS 0-10 arası) ağrı olduğunu, bunun da uyku ve fiziksel aktivitelerini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir. Ağrısı sol lateral pozisyonda azalmakta ve analjezik uygulamasına yanıt vermektedir.
Uyku-Dinlenme	Geceleri 4 saat uyuyabildiği ve zinde uyanamadığı, gün içerisinde de yorgunluk puanının 6-8 arasında değiştiğini belirtmiştir. Hastanede 3 kişilik odada kalan hasta, odasının sessiz olmasına rağmen geceleri artan ağrı ve defekasyon gereksinimi nedeniyle uykusunun sıklıkla bölündüğünü ifade etmiştir.
Biliş-Algılama	Hastanın işitme ve algılama ile ilgili herhangi bir problemi bulunmamaktadır. Kişi, yer ve zaman oryantasyonu mevcuttur. Anlık, kısa ve uzun bellekle ilgili sorunu yok.
Kendini Algılama ve Benlik	Hastanın durumuyla ilgili endişeli bir tavrı var; sağlığının eskisi gibi olmayacağını ve taburcu olduktan sonra da şikayetlerinin devam edeceğini düşünmektedir. Bu nedenle taburculuk öncesinde hastalığı ile ilgili beslenme, ilaç kullanımı ve egzersizler konusunda bilgi gereksiniminin olduğu saptandı.
Rol ve İlişki	Hasta evde eşi ve 2 çocuğu ile birlikte yaşıyor. Hastalığından dolayı erken dönemde emekli olmak zorunda kalmış ve bu nedenle maddi açıdan güçlükler yaşadığını, kendini iyi hissettiği günlerde geçici işlerde çalıştığını belirtmiştir. Hastalığının aktifleştiği dönemlerde evden çıkamadığını ve işe veya arkadaşları ile buluşmaya gidemediğini söylemiştir. Hasta; eşinden ve çocuklarından sosyal destek görmektedir.
Cinsellik ve Üreme	Hasta ağrı ve sık defekasyona çıkması nedeniyle cinsel ilişkiye girmekten kaçındığını ifade etmiştir.
Baş Etme ve Stres	Hasta; hastalığı nedeniyle endişe ve stres yaşadığını ifade ederken, yatağa bağımlı olduğu ve defekasyon gereksinimini alt bezi ile karşılamak durumunda olduğu için kendini daha kötü hissettiğini belirtmiştir. Durumu ile baş etmek için uyguladığı herhangi bir yöntem yok.
Değer ve İnançlar	Hasta; bağımlı olması nedeniyle akraba ve arkadaşları ile görüşemediğini, çocukları ile yeterince ilgilenemediğini, tekrar sağlığının "iyi" olduğu günlere dönmek istediğini ancak bu konuda umudunun olmadığını ifade etmiştir.

HP-074

DİYABETİK KADINLARIN YAŞAM KALİTESİ

Fatma Özkal[1], Öznur Erem[2], Melike Baş[2]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
[2]Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu

Kronik hastalıklar arasında diyabet, obezite pandemisine paralel olarak, giderek yaygınlık kazanmakta, tek veya başka kronik hastalıklara eşlik ederek, ulusal hastalık yükleri içinde giderek artan basamaklarda yer almaktadır.

Kontrolsüz Diabetes Mellitus'un, akut ve kronik komplikasyonlar nedeniyle, hem erken ölümlere hem de yaşam kalitesinin bozulmasına yol açacağı bilinmektedir.

Diyabetli bireylerde yaşam kalitesinin sağlam bireylere kıyasla düşük olduğu bilinen bir gerçek olup, tanı, günlük tedavi ve akut ve kronik komplikasyonlar ile başa çıkabilme becerisinin kişilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlıkları üzerinde önemli etkileri olduğu dünya üzerinde birçok çalışma ile gösterilmiştir. Diabetes mellitus'ta yaşam kalitesi, hastalığın gidişinin önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, son yıllarda Diabetes Mellitus hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirmesi önem kazanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlamaktadır. Kadının toplum içindeki yeri yaşam kalitesini belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Toplumsal statüsü kadının sağlık hizmeti almasında ve bu hizmete ulaşmasında belirleyici rol oynamaktadır. Kadının toplumsal statüsünün yanı sıra fiziksel ve ruhsal sağlığı da yaşam kalitesini belirlemektedir. Yaşam kalitesini azaltan fiziksel sağlığa ilişkin nedenler çoğunlukla yaşam dönemlerinde yaşanan sağlık sorunları ve bunlara ilişkin tanı ve tedavi yöntemleridir.

Sönmez ve Kasım'ın "Diabetes mellitus'lu hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeyleri" çalışma sonuçlarına göre; kadınlar hem anksiyete hem de depresyon açısından daha yüksek riske sahip görünmektedirler. Yaşam kaliteleri de erkeklere göre daha düşüktür. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan diğer çalışmalarda da diyabetli kadın hastalarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığının yüksek olduğu gösterilmiştir. Ayrıca yine kadın hastalarda erkeklere göre yaşam kalitesinin daha kötü olduğu bildirilmektedir. Genel populasyonda da kadınlarda yaşam kalitesi erkeklerden daha kötü olarak bildirilmektedir.

Güven'in "Diabetes mellitus'lu hastalarda yaşam kalitesi ve depresyon etkisinin araştırılması" başlıklı uzmanlık tezinde cinsiyet farklılığının yaşam kalitesine olan etkisi değerlendirildiğinde, kadın hastaların yaşam kalitesi skorlarının erkeklere kıyasla daha düşük olduğu bulunmuştur. Jacobson ve Johnson diabetikler üzerinde yaptıkları 2 çalışmada global olarak yaşam kalitesi puanlarını kadınlarda daha düşük olarak bulmuşlardır. Keinanen ve arkadaşları diabetik hastalarda cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında çok zayıf bir ilişki belirlemişlerdir. Brazier ve arkadaşları SF 36 geçerlilik güvenilirlik çalışması sırasında erkek hastaların tüm yaşam kalitesi alt skalalarında kadınlardan daha yüksek skorlar elde ettiklerini saptamışlardır

Anahtar Kelimler: Diyabet, Kadın, Yaşam Kalitesi

HP-075

KÜLTÜREL MİRAS: HACAMAT

Ulviye Özcan Yüce[1], Gülyeter Erdoğan[2], Nilay Bektaş Akpınar[3]

[1]Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
[2]Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakım Programı
[3]Nevşehir Kozaklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Eğitim Hemşiresi

Kültürlerin bir eseri olan halka ait sağlık uygulamaları zaman zaman değişime uğrayabilse de varlıklarını korumuş ve insanlar da bu geleneksel sağlık bilgilerini uygulamaktan vazgeçmemişlerdir. Bunlardan en eski sağaltım geleneklerinden sayılan hacamat, çeşitli hastalıkların tedavisinde veya sağlıklı kalmak amacıyla vücudun belli bölgelerinin hafifçe çizildikten sonra üzerine boynuz, bardak veya kupa oturtularak yapılan kan alma işlemi olarak bilinmektedir. Kan aldırmadan sadece kupa uygulayarak yapılan tedaviye ise kuru hacamat ya da kupa tedavisi denilmektedir.

Hacamat tedavisi, Geleneksel Çin Tıbbı'nın bir parçası olarak düşünülse de Mısır, Roma, Antik Yunan'da ve özellikle İslamiyet'in yayılmasıyla birlikte Orta Asya'da sıklıkla uygulanan ve günümüzde kullanılmaya devam eden bir sağlık uygulamasıdır. Geleneksel Çin Tıbbı'nda hastalıkların, yaşam enerjisi olarak adlandırılan Chi'nin vücut içerisindeki akışının durağanlaşması ya da bloke olması sebebiyle meydana geldiğine; hacamat/kupa tedavisi ile hareketi sağlanan kan ile Chi'nin akışının yeniden düzenlenebileceğine inanılmaktaydı. İslam uygarlıklarında ise hacamat gerek Hz. Peygamber'in konuyla ilgili hadislerinden gerekse bazı hastalıkların tedavisindeki olumlu sonuçlarından dolayı uygulanmaktaydı. Geleneksel tıpta ahlât-ı erbaanın (kan, balgam, sevda ve safra) dengede bulunmasının, insan sağlığı için son derece önemli olduğuna inanılmaktaydı. Bu sıvılarda görülen dengesizliklerin, hastalıkların temel nedeni olduğu düşünülmekte ve hacamat yoluyla kan aldırılarak hastalıklar tedavi edilmekteydi. Doğu kültürüne göre hacamatın kullanıldığı durumlar kan ve enerji (chi) fazlalığından ya da kanın durağanlaşmasından meydana gelen hastalıkları önlemek ya da tedavi etmek, sağlıklı kalmak ve vücut ısısını düzenlemektir.

Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile daha fazla ilgi görmeye başlanan hacamat ve kupa tedavisi, yararı konusundaki ikilemlere rağmen, günümüz modern tıbbı kapsamına alınmıştır. Bu yönetmelik ile hacamatın kullanım alanları kronik yorgunluk sendromu, kronik konstipasyon, uyku bozuklukları, astım, stres inkontinansı olarak belirlenmiştir. Sistematik derlemelerde ise hacamat/kupa tedavisinin çoğunlukla çeşitli hastalıkların sebep olduğu ağrı yönetiminde olumlu sonuçlar verdiğine vurgu yapılmaktadır. Ayrıca literatürde hacamatın inme rehabilitasyonu, hipertansiyon tedavisi, cilt problemlerinin iyileştirilmesinin yanında bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi gibi çeşitli amaçlarla da kullanıldığı bildirilmektedir.

Hacamat/kupa tedavisinin özellikle ağrıyı azaltmadaki etkinliği güçlü görülse de diğer klinik durumlarda kullanımı hakkında günümüzde çok daha fazla kanıt temelli değerlendirmeye gerek oluğu düşünülmektedir. Çünkü hacamat, anemisi olanlarda, sürekli bir kanama odağı bulunanlarda, gebelerde ve bir yaş altında kullanımının riskli olması; Hepatit, AIDS gibi bulaşıcı bir hastalık taşıyanlarda kontaminasyon riskinin yüksek olması nedenleriyle tehlikeli olabilmektedir. Bakımın lideri olan hemşirelerin halkın kültürel bir uygulaması olan ve günümüzde gittikçe daha fazla ilgi gören bu iyileştirme yönteminin faydaları ve riskleri hakkında bilgi sahibi olmaları ve bu konuya olan duyarlılığın artmasına katkıda bulunmaları büyük önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimler: hacamat, kupa, terapi

HP-076

KEMOTERAPİ VE RADYOTERAPİYE BAĞLI MUKOZİTİN ÖNLENMESİ VE TEDAVİSİNDE BİTKİSEL UYGULAMALARIN YERİ

Gülyeter Erdoğan[1], Ulviye Özcan Yüce[2], Nilay Bektaş Akpınar[3]

[1]Nevşehir Hacı Bektaş Veli Ünivesitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Yaşlı Bakım Programı
[2]Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü
[3]Nevşehir Kozaklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Eğitim Hemşiresi

Mukozit, kanserli hastalarda kemoterapi, radyoterapi, kemik iliği ve kök hücre naklinin komplikasyonu olarak görülen ülseratif ve inflamatuar bir süreçtir. Mukozitler, anoreksiya, kaşeksi, dehidratasyon, malnütrisyon ve ağrı başta olmak üzere pek çok probleme sebep olarak hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini düşürür, enfeksiyon gelişimi için zemin oluşturur ve çoğu zaman tedavinin aksaması veya tedavi dozunun azaltılmasına sebep olur. Mukozit yönetiminin yer aldığı tıp, diş hekimliği ve hemşirelik literatüründe, mukoziti önlemeye ve tedavi etmeye yönelik standart tedavi ve bakım uygulamaları ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. Bazı kanıta dayalı uygulamalar dışında spesifik bir ajanın ve nonfarmakolojik bitkisel bir uygulamanın daha iyi olduğuna dair yeterli kanıt olmamasına karşın özellikle bitkisel uygulamalara yönelik çalışmalar sürmektedir.

Tamamlayıcı ve destekleyici tıbba ve geleneksel Çin tıbbına olan ilginin son yıllarda artması oral mukozitlere yönelik çeşitli bitkisel bakım ve tedavi uygulamalarının da hız kazanmasına sebep olmuştur. Genel olarak oral mukozit yönetiminde etkinliği değerlendirilen bitkisel kaynaklardan bazıları; geleneksel Çin bitkileri, indigowood kökü, zerdeçal, manuka ve kanuka yağı, papatya şeklinde sıralanabilir. Yapılan çeşitli çalışmalarda geleneksel Çin tıbbında sıklıkla kullanılan bitkiler tek tek ve değişik kombinasyonlar yapılarak incelenmiştir. Bu bitkisel bileşiklerden dikkat çekenleri Qing Wei San ve Yu Nu Jian'dır. Sözü edilen bitkisel karışımların oral olarak alınması ve ek olarak oral gargara şeklinde uygulanmasının olumlu sonuçları bildirilmiştir. Geleneksel Çin tıbbında üzerinde sıklıkla çalışılan Rhodiola Algida ile ilgili yapılan çalışmalarda ise bitkiden elde edilen ekstrenin oral kullanıma ek gargara olarak uygulanmasının mukozitlerin sıklığını azalttığı ve iyileşme süresini kısalttığı saptanmıştır. Çin geleneğine ait bir diğer bitki olan indigowood kökü ile orta doz radyoterapi alan baş-boyun kanserli hastalarda çalışılmış; indigowood kök çözeltisinin her gün yemeklerden önce oral olarak alınmasının ve gargara olarak kullanılmasının hem mukozit derecesinde hem de şiddetinde azalmaya sebep olduğu tespit edilmiştir. Pek çok kültürde sıklıkla kullanılan papatya, oral mukoziti önlemede ve tedavi etmede etkisi değerlendirilen bir diğer bitki olup çalışmalarda papatyanın oral mukoziti önlemede ve tedavi etmede herhangi bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Curcuma Longa olarak da bilinen zerdeçal ile radyasyon alan baş-boyun kanseri hastalarda yapılan çalışmalarda ise zerdeçal ile yapılan gargaranın mukozit gelişimini engellediği ve mukozit şiddetini azalttığı saptanmıştır. Yine aynı grup hastaları içeren küçük bir grupta yapılan bir diğer çalışmada mukoziti önlemek için ma-

nuka ve kanuka esansiyel yağların karışımının gargara olarak kullanılmasının potansiyel olarak fayda sağladığı saptanmıştır.

Sonuç olarak kanserlerde tedavi kaynaklı oral mukozitin önlenmesi ve tedavisinde bazı bitkiler ya da bitkisel bileşiklerin potansiyel olumlu etkileri olmasına rağmen bitkisel reçeteler çok karışık ve etki mekanizmaları nadiren tarif edilmiştir. Ayrıca bu bitkisel uygulamalarla ilgili yeterli ve kaliteli kanıt oluşturabilecek çalışmaların sayısı yetersizdir. Tüm bu durumlar bitkisel uygulamaları riskli kılmaktadır.

Anahtar Kelimler: Kanser, Mukozit, Tamamlayıcı Bitkisel Uygulamalar

HP-077

ONKOLOJİ HASTALARININ AĞRI DÜZEYİ VE AĞRI İNANÇLARI İLE DİNİ TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Nimet Ovayolu[1], Özlem Ovayolu[1], Sümeyra Mihrap İlter[2], Mahmut Alp Karahan[3]

[1]Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi
[3]Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Amaç: Çalışma onkoloji hastalarının ağrı düzeyi ve ağrı inançları ile dini tutumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Çalışma 01.11.2014-01.05.2015 tarihleri arasında Harran Üniversitesi Anestezi ve Reaminasyon polikliniğine başvuran kanser tanısı almış hastalarla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma öncesi Harran Üniversitesi Etik Kurulundan ve çalışmanın yapılacağı kurumdan yazılı, hastalardan ise sözlü izin alındı. Çalışmaya; araştırmaya katılmaya istekli olan, iletişim kurulabilen, işitme-konuşma problemi olmayan, 18 yaş ve üzeri olan, kanser tanısı alan ve ağrısını Visual Analog Scale (VAS)'de en az 1 olarak belirten toplam 78 hasta dahil edildi. Araştırmanın örneklemi power analizi ile hesaplandı. Araştırmanın verileri anket formu, VAS, Ağrı İnançları Ölçeği ve Dini Tutum Ölçeği ile toplandı. Hastaların ağrı düzeylerini belirlemek için VAS kullanıldı. Bu skalada düşük puan (1) ağrı şiddetinin hafif olduğunu, yüksek puan (10) ise ağrının şiddetli olduğunu göstermektedir. Ağrı inançları ölçeğinin; organik ve psikolojik inanç olmak üzere iki alt boyutu vardır, puanlar bir ile altı arasında değişmekte, yüksek puan organik ve psikolojik inanç atıflarının yüksek olduğuna işaret etmektedir. Dini tutum ölçeğinden ise alınabilen en yüksek puan 155, en düşük puan ise 31'dir. Yüksek puan olumlu dini tutum, düşük puan ise olumsuz dini tutum düzeyinin göstergesidir. Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında Student t, One way anova, Mann whitney U, Kruskal wallis testi ve korelasyon analizi ile değerlendirildi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların %29,5'inin 34-50 yaşları arasında, %52,6'sının kadın olduğu, %28,2'sinin meme kanseri tanısı aldığı, %43,6'sının hastalık süresinin 0-36 ay arasında değiştiği, %38,5'inin evre 2 ve %57,7'sinin metastazının olduğu görüldü. VAS'a göre ağrı puan ortalamalarının 6,3±0,2, dini tutum ölçeği puan ortalamalarının 127,1±1,2, ağrı inançları ölçeği organik ve psikolojik inanç alt boyut puan ortalamalarının ise sırasıyla 4,2±0,8, 4,2±0,1 olduğu tespit edildi. Yapılan korelasyon analizinde hastaların ağrı düzeyi arttıkça, organik inanç ve dini tutumlarının olumsuz, psikolojik inançlarının ise olumlu etkilendiği saptandı. Ayrıca kadınların, ilköğretim mezunlarının, meme kanseri tanısı alanların, hastalık süresi fazla, hastalık evresi 4 ve metastazı olanların, ağrı kontrolü ile ilgili eğitim almayanların ağrı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Okur-yazar olmayanların ve ağrı ile ilgili eğitim alanların, hastalık evresi 1 olanların da dini tutum puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edildi.

Sonuç ve Öneriler: Hastaların ağrı düzeylerinin yüksek, ağrı inançları ölçeği organik ve psikolojik inanç atıflarının orta ve dini tutumlarının ise yüksek olduğu görüldü. Ayrıca ağrı şiddeti arttıkça dini tutumlarının olumsuz etkilendiği tespit edildi. Hastaların ağrı kontrolünün sağlanmasında hastanın özellikleri, ağrı inancı, dini tutumu gibi ağrıyı etkileyebilecek tüm faktörlerin göz önünde bulundurulması önerilebilir.

Anahtar Kelimler: Onkoloji hastaları, ağrı, dini tutum, hemşirelik

HP-078

İMPLANTE EDİLEBİLEN KARDİYOVERTER DEFİBRİLATÖRÜ OLAN HASTALARA UYGULANAN WEB TABANLI EĞİTİMİN HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ

Tuğba Yardımcı[1], Hatice Mert[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Giriş: İmplante edilebilen kardiyoverter defibrilatörler (ICD) hayat kurtarıcı bir cihaz olmasının yanı sıra hasta ve ailesi için bir dizi psikososyal zorluğu da beraberinde getirmektedir. Cihazın şok verme özelliğinin olması, gelecekte şok alma korkusu gibi şoklama ile ilişkili endişelerin hastaların anksiyetelerini arttırdığı ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğu bildirilmektedir.

Amaç: Araştırmanın amacı, ICD'si olan hastalara uygulanan web tabanlı eğitimin şok anksiyete düzeyine ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir.

Yöntem: Bu araştırma, İzmir'de iki ayrı uygulama ve araştırma hastanesi kardiyoloji polikliniğinde yürütülmüş, randomize kontrollü bir çalışmadır. Mart 2013 - Ocak 2015 tarihleri arasında örneklem kriterlerine uygun hastalar belirlenmiş ve web sitesi oluşturulmuştur. Hastalar web tabanlı girişim grubu (n=39) ve standart bakım alan grup (n=37) olmak üzere randomize edilmiştir. Girişim grubuna Ocak 2015-Temmuz 2015 tarihleri arasında altı ay süre ile Bandura'nın Sosyal Bilişsel Öğrenme Teori'si temel alınarak yapılandırılmış web tabanlı girişim uygulanmıştır. Çalışma sonunda web sitesi kontrol grubunun da erişimine açılmıştır. Hasta değerlendirmeleri girişim öncesi, 3. ay ve 6. ayda olmak üzere üç kez, Florida Şok Anksiyete Ölçeği (FSAS) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın yapılması için yazarların bağlı bulunduğu üniversiteden etik kurul izni alınmıştır. Veriler χ^2 analizi, t testi, tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılarak grup, grup-zaman ve zaman faktörü açısından analiz edilmiştir.

Bulgular: Toplamda 76 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmanın başlangıcında grupların sosyo-demografik özelliklerinin ve ölçek puan ortalamalarının homojen olduğu saptanmıştır. Girişim grubundaki bireylerin FSAS puan ortalamalarının zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 1). SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puanları incelendiğinde, mental özet değer ve fiziksel özet değer açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0.05$), mental özet değer puanında zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 2). Yapılan ileri analizde mental özet değerdeki bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 3).

Tartışma ve Sonuç: İleriye yönelik, yapılandırılmış web tabanlı hemşirelik girişimi programı hastaların şokla ilişkili anksiyetelerini azaltmakta ve yaşam kalitesinin mental alt boyutlarında iyileşmelere neden olmaktadır. Bu nedenle ICD hastaları için uygulanan web tabanlı eğitimin yüz yüze eğitim yöntemine alternatif olarak kullanılabileceği ve hemşirelik girişimlerinin ileriye yönelik, uzun dönem etkilerinin izlenmesi açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimler: İmplante Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör, Şok Anksiyete, Yaşam Kalitesi, Web Tabanlı Eğitim, Hemşirelik.

Tablo 1. Florida şok anksiyete ölçeği puan ortalamalarının ileri analizleri

Grup/Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS		
Girişim	14.56±7.85	13.38±6.10	13.30±6.13	4.401	0.016*
Kontrol	17.37±11.22	16.78±10.61	16.78±10.62	1.688	0.192
t	-1.272	-1.723	-1.758		
p	0.207	0.089	0.083		

Tablo 2. SF-36 Yaşam kalitesi puan ortalamalarının grup ve zamana göre karşılaştırılması

Grup/ Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2		F	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS			
Fiziksel özet değer				grup	2.239	0.139
Girişim	49.68±11.72	50.45± 8.93	52.02±9.45	zaman	2.325	0.101
Kontrol	45.77±14.84	47.13±14.44	47.46±13.82	grup*zaman	0.221	0.802
Mental özet değer				grup	0.843	0.361
Girişim	41.33±11.48	42.71±10.47	43.29±9.02	zaman	3.333	0.038*
Kontrol	43.30±8.32	44.80±7.90	44.69±8.08	grup*zaman	0.137	0.872

Tablo 3. SF-36 yaşam kalitesi puan ortalamalarının grup ve zamana göre ileri analizleri

Grup/Zaman	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	F	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS		
Fiziksel özet değer					
Girişim	49.68±11.72	50.45±8.93	52.02±9.45	1.787	0.174
Kontrol	45.77±14.84	47.13±14.44	47.46±13.82	0.835	0.438
t	1.276	1.197	1.687		
p	0.206	0.236	0.096		
Mental özet değer					
Girişim	41.33±11.48	42.71±10.47	43.29±9.02	1.819	0.169
Kontrol	43.30±8.32	44.80±7.90	44.69±8.08	1.660	0.197
t	-0.861	-0.985	-0.712		
p	0.392	0.328	0.479		

HP-079

KRONİK HASTALIK BAKIMININ HASTALAR TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ulviye Özcan Yüce[3], Nilay Bektaş Akpınar[1], Gülyeter Erdoğan[2]

[1]Nevşehir Kozaklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Eğitim Hemşiresi
[2]Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakım Programı
[3]Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Kronik hastalıklar bir ya da daha fazla sistemde, geri dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğunun yaşandığı ve hastalıkların birbiri üzerine eklendiği, uzun dönem sağlık sorunlarıdır. Kronik bir hastalıkla yaşamını sürdürmek zorunda olan bireylerde, hastalığa ve tedaviye bağlı komplikasyonlar, bireyin günlük yaşam aktivitelerinde başkasına bağımlı olmasına, özbakım gücünde ve performansında azalmaya neden olmaktadır. Bunun sonucunda bireylerin fiziksel, sosyal ve duygusal iyilik halleri bozularak yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Öte yandan kronik bir hastalıkla yaşamak bireyin hastalığı ile ilişkili özbakım becerileri kazanma zorunluluğunu ortaya koymaktadır. Dolayısıyla uzun süreli gözlem, kontrol, bakım ve tedavi gibi uygulamaların gerekliliği kronik hastalığı olan bireyin sağlık ekibine olan bağımlılığını arttırmaktadır.

Kronik hastalık yönetiminin etkili bir şekilde gerçekleşebilmesi için rehberlerde de vurgulandığı gibi sağlık bakım ekibi ile hasta arasında verimli bir etkileşimin olması gerekmektedir. Bu etkileşimin sağlanabilmesi için bilgi, beceri ve güven ilişkisi ile motive edilmiş "hasta" ve hastalık konusunda gerekli olan uzmanlık, deneyim, bilgi ve kaynaklara sahip "sağlık bakım ekibinin" birlikte çalışması gerektiği vurgulanmıştır. Bu noktada kronik hastalıkların yönetiminde hemşirelerin hastalar ile bakım sistemleri arasında bağlantıyı sağlama, önleyici bakım sunma, bireylere hastalıklarına özgü özbakım becerileri kazandırma, buna yönelik düzenli eğitimler yapma ve birden fazla sorunun olduğu durumlarda vaka yönetimini sağlama gibi çok önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Konuya uygun örneklere bakıldığında İngiltere'de kronik hastalıkların yönetiminde, özellikle birinci basamakta çalışan hemşireler, artan yetki ve sorumlulukların kendilerini endişelendirdiklerini dile getirmişlerdir. Kanada'da ise kronik hastalıkların yönetiminde genel pratisyen hekimlerin ve uzmanların yer aldığı ekipte hemşirelerin liderliğini yaptığı kronik hastalık yönetiminin daha başarılı bulunduğu söylenmektedir. Bununla birlikte hastalar da hemşirelerin liderlik yaptığı kronik hastalık yönetim modelinin bir uzmandan yardım almada daha etkili bir yeri olduğunu vurgulamışlardır.

Örnekte görüldüğü gibi kronik hastalık yönetiminde amaç en uygun tedavi ve izlemi planlayarak bakım sonuçlarında ve kalitesinde iyileşme sağlama ve dolayısıyla hasta memnuniyetini arttırmaktır. Sonuç olarak hemşireler tarafından hastalara sunulan kronik bakım hizmeti niteliğinin hastalar tarafından değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Elde edilen sonuçların kronik hastalıkların yönetiminde bakımın niteliğinin arttırılması, kanıt temelli bakımın gerçekleştirilmesi ve hastaların yaşam kalitelerinin yükselmesine faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimler: kronik hastalık, bakım, hemşire

HP-080

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ DURUMLARI

Nuriye Efe Ertürk[1], Ayşegül Şen[2], Sultan Bağcı[2], Tekin Tüzer[2]

[1]Batman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
[2]Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç: KOAH önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen, ülkemizde ölüme neden olan hastalık arasında 3. sırada yer almaktadır. Bu hastalığın en önemli sebebi sigara olarak gösterilmektedir. Bu çalışma, ülkemizde sigara kullanımının ve KOAH'ın ülke ekonomisine getirdiği yükün yüksek olması nedeniyle bu hastalığa karşı bireylerin bilgi durumlarını belirlemek ve farkındalık yaratmak amacıyla yapılmıştır.

Gereç/Yöntem: Araştırmanın evrenini 2013-2014 eğitim öğretim yılında Nevşehir Hacı Bektaşi Veli Üniversitesinde öğrenim gören 11730 öğrenci oluşturmuştur. Evreni belli örneklem yönteminden yola çıkılarak örnekleme 300 öğrenci alınmış olup tabakalı örnekleme yöntemi ile öğrenciler eğitim aldıkları bölümlerin ağırlığına göre çalışmaya dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak literatürden yararlanılarak hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler (yüzdelik, ortalama), Khi Kare yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubundaki bireylerin %59.2'si kadın, %52.7.'si 19-21 yaş grubunda, %74.5'i lisans eğitimi almakta, %32.5'i ikinci sınıfta, %51.4'ü düz lise/ süper lise mezunu, %25.2'sinin anne eğitim durumu ve %41.2'sinin baba eğitim durumu lise, 98.0'ı bekar ve %60.5'inin kendi ifadesine göre aylık gelir durumunun gider durumuna eşit olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %48.6'sı sigara kullanmaktadır. Sigara içen bireylerin %60.6'sının KOAH hakkında herhangi bir bilgisi olmadığı ve %54.2'sinin ise KOAH'ın çocuklarda görülen bir hastalık olduğunu ifade ettiği saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen bireylerin cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumları, anne ve baba eğitim durumu, gelir durumları gibi değişkenler ile KOAH hakkında bilgi sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Öneriler: Sigara kullanımının yüksek olması nedeniyle, yerel ve ulusal basın-yayın organları, üniversiteler, hastaneler, özellikle birinci basamak sağlık kuruluşları aracılığı ile sigara kullanımının zararları ve KOAH gibi bu duruma bağlı gelişen hastalıklar hakkında genç neslin bilgilendirilmesi ve koruyuculuk planları yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: kronik obstrüktif akciğer hastalığı, KOAH bilgi durumu, hemşirelik

HP-081

OLGU SUNUMU: ATRİYAL FİBRİLASYON NEDENİYLE WARFARİN KULLANAN HASTADA GELİŞEN İNME

Çağrı Gültepe, Fatma İltuş, Yasemin Tokem, Elif Ünsal Avdal

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Giriş: Atriyal fibrilasyon (AF), atriyumlarda tam olarak bir kasılmanın gerçekleşememesine ve kanın göllenmesine neden olarak kardiyojenik emboli riskini artıran bir aritmi çeşididir. Kardiyojenik emboliler aterosklerozdan sonra inmenin en sık rastlanan ikinci nedenidir. AF ile ilişkili iskemik inmeler çoğunlukla ölümcüldür. Sağ kalan hastalar inme nedeniyle daha özürlü kalmaktadır ve bu hastaların başka inme nedenleri olan hastalara göre nüks yaşama olasılığı daha fazladır.

AF'si olan inme hastaları için risk faktörleri:
Majör: Geçmişteki tromboembolizm, yaş ≥ 75 ve romatizmal mitral darlık,
Orta derece: Hipertansiyon, kalp yetersizliği ve diabetes mellitus,
Minör: kadın cinsiyet, 65- 74 arası yaş ve damar hastalıklarıdır.

İnme riski yüksek AF hastalarında, kontrendike olmadığı sürece, 2.0-3.0 aralığında (hedef 2.5) bir INR değerine ulaşmak için ayarlanmış bir dozda kronik oral warfarin tedavisi önerilmektedir.

Olgu: Olgumuz 77 yaşında kadın hasta, on yıldır hipertansiyon, diabetes mellitus, yedi yıldır hiperlipidemisi mevcuttur. Semptomsuz başlayan AF ile birlikte bir yıl önce geçirilen iskemik inme sonrası warfarin tedavisi başlanmış ve sekelsiz iyileşme görülmüştür.

Hastada hemiparezi ve dizartri şikayetlerinin başlamasından iki gün sonra semptomları düzelmediği için acil servise başvurmuş ve iskemik inme tanısı ile yatışı yapılmıştır. Hasta yakını hastanın warfarini iki üç günde bir aldığını ve besin etkileşimlerine dikkat etmediğini belirtmiştir. Hastada sol hemipleji gelişmiş olup Glaskow koma skalası E:2 M:3 V:1'dir. Hasta yatışının 46. gününde yatağa bağımlı olarak eve taburcu edilmiştir.

Tartışma: Hastamızdaki risk faktörleri: 75 yaş üstünde olma, kadın cinsiyet, geçirilmiş iskemik inme, hiperlipidemi, diabetes mellitus, hipertansiyon olmasına rağmen asıl neden AF ve warfarin tedavisine uyumsuzluktur.

Warfarin tedavisi alanlar diyetteki vitamin K değişikliklerine duyarlıdır. K vitamini açısından zengin yiyeceklerle beslenme warfarinin etkisini azaltabilir. Bu yiyeceklerden her gün benzer miktarlarda yemeye dikkat edilmelidir. Warfarin sık kullanılan birçok ilaçla etkileşmektedir. Warfarin dozunu terapötik aralıkta tutmak için INR düzeyi haftada 2-3 kez, sabit dozu belirlemek için birkaç hafta haftalık ve daha sonra da 4 hafta aralıklarla kontrol edilmelidir. Tedavi uyumu warfarin kullanan hastalarda yüksek düzeyde sağlanmalıdır.

Warfarin tedavisi başlanan hastalarda ilacın etki mekanizması, kullanım şekli, INR takip sıklığı ve aralığı, komplikasyonları, diğer ilaçlarla ve besinlerle etkileşimi hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapılması tıbbi tedaviye uyumu sağlayacaktır.

Sonuç: Hasta ve hemşire arasındaki etkileşimin sıklığı, sürekliliği ve kalitesi tedaviye uyumda belirleyici olabilmektedir. Bireylerin inançlarının, yaşam tarzlarının bilinmesi ve aile desteğinin sağlanması verilecek eğitimin düzenlenmesinde önemli noktalardır. Bireyin karar verme sürecine aktif olarak katılımının sağlanması ve hemşirelerin hastanın tedaviye uyumunu artırmada destekleyici rolü benimsemeleri gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Türk Kardiyoloji Derneği Atriyal Fibrilasyon Tedavi Kılavuzu, 2010

2. Sarı C, Köseoğlu C, Ayhan H. Atrial Fibrilasyon Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Dicle Tıp Dergisi 2014;41(3):614-622

3. Dilek İ. Antikoagülan tedavi ilkeleri. http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/antikoagulan.pdf

4. Özbek S, Kaya E, Tekin A, Doğan Ş. Yaşlılarda Tedaviye Uyum. Türk Geriatri Dergisi. 2006; 9 (3): 177-181

Anahtar Kelimler: Atriyal fibrilasyon, İnme, Warfarin, Tedaviye uyum, Hemşirelik

HP-082

OLGU SUNUMU: MUKOZİTLİ HASTADA HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Vehbiye Keskin, Fatma İltuş, Arife Yavaşer, Yasemin Tokem, Medine Yılmaz

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Giriş: Mukozit, oral kavite ve diğer GİS mukoza alanlarında kanser tedavisi sonucu oluşan mukoza hasarıdır. Mukozitle birlikte çiğneme, yutma ve konuşmada güçlük, inflamasyon, ödem ve ağız içinde lezyonlar gelişir. Çok ağrılı, besin alımını azaltıcı ve yaşam kalitesini düşürücüdür. Ağır mukozitlerde prognozu olumsuz etkileyebilecek şekilde kemoterapi (KT) dozunun azaltılması veya radyoterapiye ara verilmesi gerekebilmektedir. Mukozitler; semptom yönetimi, nütrisyon desteği, sekonder enfeksiyon ve hastanede yatış süresinin uzaması gibi ekonomik yüklere neden olmaktadır.

Olgu: Hastamız 39 yaşında erkek, beş yıl önce Non Hodgkin Lenfoma tanısı alarak altı kür KT almış. Bu yıl hasta halsizlik, mide bulantısı ve burun kanaması ile acil servise başvurmuş. WBC: 900.000, NEU: 1.93, HGB:5.6, PLT:10.000, ateş: 38oC. Hastaya lökoferez ve kan transfüzyonu yapılıp hematoloji kliniğine yatırılmış. Tetkikler sonucunda hastaya Kronik lenfositik lösemi tanısı konulmuştur.

Hastaya yatışının ikinci gününde FC KT şeması: Fludara, Siklofosfamid, Endoxan, Allopurinol; yatışının 30. gününde RFC KT şeması: Rituximab, Fludara, Siklofosfamid, Allopurinol uygulanmıştır.

İlk kür KT sonrası 9. günde hastada mukozit gelişmiş, dört gün içinde hızla ilerlemiştir. Hastanın mukozitleri ve pansitopeni nedeniyle KT'ye ara verilmek zorunda kalınmıştır.

Tartışma: MASCC/ISOO kanıta dayalı uygulama rehberine göre kanser tedavisi gören hastalarda mukozite yönelik destek bakımın üç temel bileşeni:

1. Temel ağız bakımı
2. Ağız bakım protokolleri ve hasta eğitimi
3. Ağrı yönetiminde palyatif bakımdır.

Mukozit tanılaması: Hastanın yatışından itibaren günlük oral tanılama yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) mukozit evreleme ölçeğine göre oral mukozitler evre 3 olarak tanımlanmış ve ağız içi her ağız bakımı sırasında değerlendirilmiştir.

Ağız bakımı protokolü: Hastaya yatışından itibaren standart ağız bakımı yapılmıştır. Mukozit gelişmesi sonrası ağız bakım protokolü: Her öğünden 30-45 dk öncesi lidokainli gargara, öğünden hemen önce transamin gargara, yemek sonrası sodyum bikarbonatlı gargara, öğün arası ve uyku öncesi bariyer etkili jel.

Hasta eğitimi: Mukozitler ve beslenmenin önemi hakkında eğitim verilmiştir.

Ağrı kontrolü: Lidokainli solüsyonla gargara yaptırılmıştır.

Kanama kontrolü: Her öğün öncesinde transamine ile gargara yaptırılmıştır. Ciddi trombositopeni nedeniyle ağız içindeki lezyonlar ve plaklara svap teması sonrası ciddi kanamalar gelişmiş ve efektif ağız bakımı yapılamamıştır. Yatışının 85. gününde ağız içinde ciddi kanaması olan hastaya 10 ampul adrenalinli tamponla lokal müdahale edilmiştir.

Beslenme: Hastaya özel gıda protokolü klinik diyetisyeni tarafından oluşturulmuştur. Hemşire tarafından günlük kalori takibi ve aldığı çıkardığı sıvı izlemi yapılmıştır.

Hasta uyumunun sağlanması: Hemşire ve hasta beslenme şeklini birlikte düzenlemiş ve hasta kendini yemeye hazır hissettiği zamanlarda beslenmiştir.

Sonuç: Oral kavitenin sık izlemi, uygun mukozit tanılama ölçeklerinin kullanılması, hastanın durumuna uygun ağız bakım protokolleri ve hastanın eğitimi mukozit tedavisinde etkin yarar sağlayacaktır.

Kaynaklar

Dalgıç G, Karadağ A, Kuzu N. Kemoterapiye Bağlı Gelişen Stomatitte Hemşirelik Bakımı. CÜHYO Dergisi 1998;2(2):53-59

Lalla RV. At all. MASCC=ISOO Clinical Practice Guidelines for the Management of Mucositis Secondary to Cancer Therapy. Cancer 2014;120(10):1453-61

Yılmaz M. Mukozit Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2007;17(4):241-46

Anahtar Kelimler: Mukozit, Hemşirelik Bakımı, Ağrı Yönetimi, Kanama Yönetimi

HP-083

HEMŞİRELERİN HUMAN PAPİLLOMA VİRÜS (HPV) VE HPV AŞISI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ: EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

Selen Özakar Akça, Filiz Selen

Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Türkiye'de kansere bağlı ölüm nedenleri arasında 13. sırada yer alan serviks kanserinin en önemli risk etmeni *human papilloma virüs* (HPV) ile enfekte olmaktır. Ülkemizdeki ilk cinsel ilişki yaşının giderek düşmesi, birden çok cinsel eş ve cinsel yolla bulaşan hastalık riskinin giderek artması serviks kanserinin önlenmesinde birincil korunmayı önemli kılmaktadır. HPV enfeksiyonu ile ilgili birincil korunmayı yapacak olanların hemşirelerin olduğu düşünülürse; sunulan bu çalışmayla hemşirelerin HPV enfeksiyonu ve aşıları ile ilgili bilgileri belirlenerek HPV enfeksiyonu ve aşıları ile ilgili yapılması planlanan eğitim programına temel oluşturması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmanın Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan (N=365) tüm hemşirelerde tanımlayıcı tipte yapılması planlanmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, çalışmanın yapıldığı tarihler arasında (18.08.14-18.10.14) görev yapan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen (n=222) hemşireler araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya başlamadan önce İl Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği onayı (09.07.2014/10451) ve Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurul izni (18.08.2014/E-14-275) alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelere araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilerek yazılı onam alınmıştır. Veriler anket formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde uygun istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada örneklem grubunun %61,7'sinin HPV enfeksiyonu ve HPV aşısı konusunda eğitim almadıkları, %33,8'inin HPV enfeksiyonu ve HPV aşısı kavramlarıyla hiç karşılaşmadıkları, %20,3'ünün bu kavramla okulda karşılaştıkları görülmektedir. HPV enfeksiyonu ve HPV aşısı konusundaki önermelere doğru yanıt veren hemşirelerin bilgi düzeylerinin farklı olduğu ve bu oranın %11,3 ile %89,2 arasında değiştiği belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ile HPV enfeksiyonu ve HPV aşısı konusundaki bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; hemşirelerin medeni durumu ($p=0,000$), çocuk sayısı ($p=0,003$) ve toplam çalışma süresi ($p=0,006$) ile HPV enfeksiyonu ve HPV aşısı bilgi ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Sonuç: Elde edilen verilere dayanarak hemşirelerin önemli bir kısmının HPV enfeksiyonu ve HPV aşısı konusunda mezuniyet öncesi ve sonrası nitelikli bir eğitim almadıkları belirlenmiş olduğundan, hemşirelere verilecek eğitim programları planlanmalı, bu eğitimler ile hemşirelere bireylerin ve toplumun gereksinimlerini karşılayacak sağlığı koruma ve geliştirme davranışları öğretilmelidir.

Anahtar Kelimler: Anahtar kelimeler: Human Papilloma Virüs (HPV), serviks kanseri, hemşireler

Tablo 1. Hemşirelerin HPV enfeksiyonu ve HPV aşısı konusundaki sorulara verdikleri cevaplar (%)

	Doğru		Yanlış	
HPV Enfeksiyonu ve HPV Aşısı Konusundaki Sorular	n	%	n	%
HPV enfeksiyonu nadir görülen cinsel geçişli bir hastalıktır.	25	11,3	197	88,7
HPV ilişkili genital siğiller hem erkeklerde hem de kadınlarda görülebilir.	198	89,2	24	10,8
Servikal kanserlerin nedenleri arasında HPV enfeksiyonu ilk sırada yer almaktadır.	184	82,9	38	17,1
Kadınlarda geçirilen HPV enfeksiyonlarının büyük bir kısmı ileri yaşlarda serviks kanseri ile sonuçlanır.	192	86,5	30	13,5
Genital HPV enfeksiyonu olan hastaların çoğu semptomatiktir.	167	75,2	55	24,8
Genital siğiller ve servikal kanser aynı HPV tipleri ile gelişir.	62	27,9	160	72,1
HPV vücut sıvıları ile bulaşır.	59	26,6	163	73,4
HPV'nin doğum esnasında anneden bebeğe bulaşma riski yüksektir.	185	83,3	37	16,7
HPV tip 16 ve 18 serviks kanseri için yüksek riskli tipler olarak bilinirler.	192	86,5	30	13,5
Erkeklerde HPV virüsü ile ilişkili olarak en sık görülen penil kanserlerdir.	167	75,2	55	22,8
Serviks kanserlerine en sık Tip 16 ve 18 HPV antijenleri neden olmaktadır.	186	83,8	36	16,2
Aşı rutin olarak 11-12 yaş grubundaki kız çocuklarına önerilmektedir.	135	60,8	87	39,2
Aşının 9-26 yaş arasındaki kadınlara yapılabileceği belirtilmektedir.	181	81,5	41	18,5
Aşının erkeklere de uygulanmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir.	143	64,4	79	35,6
HPV aşısının tip 16 ve 18 HPV ile ilişkili grade 2 ve 3 servikal intraepitelial neoplazi, adenokarsinoma in-situ ve servikal kanserin engellenmesinde %97 etkinliği olduğu bildirilmektedir.	195	87,8	27	12,2
HPV aşısı serviks kanseri dışında anal, vulvar, vajinal, baş ve boyun kanserlerini de engellemektedir.	162	73	60	27
HPV aşısına bağlı HPV enfeksiyonu gelişebilir.	86	38,7	136	61,3
HPV aşısının hem erkek hem de kadınlarda genital kanser ve siğilleri önleyici özelliği vardır	193	86,9	29	13,1
HPV aşısı deri altına uygulanır.	68	30,6	154	69,4
HPV aşısının tek doz olarak yapılması önerilmektedir.	87	39,2	135	60,8
HPV aşısının ilk cinsel ilişkiden önce yapılması önemlidir	169	76,1	53	23,9

Tablo 2. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı ve HPV Enfeksiyonu ve HPV Aşısı Konusundaki Bilgi Düzeyleri

ÖZELLİKLER		Sayı	X± SD	F	P
Cinsiyet	Kadın	194	0,65±0,10	0,000	0,768
	Erkek	28	0,65±0,11		
Mezun Olduğu Okul	Sağlık Meslek Lisesi	57	0,63±0,09	x2= 2,296	0,060
	Sağlık Meslek YO (2 yıllık)	38	0,67±0,09		
	HYO Önlisans	31	0,66±0,10		
	Hemşirelik YO (4 Yıllık)	88	0,64±0,10		
	Yüksek lisans	8	0,71±0,08		
Medeni Durumu	Evli	154	0,67±0,10	13,417	0,000*
	Bekar	68	0,61±0,10		
Çocuk Sayısı	Yok	78	0,61 ± 0,09	4,742	0,003*
	1	56	0,67 ± 0,09		
	2	72	0,66 ± 0,10		
	≥ 2	16	0,63± 0,10		
Görev Yaptığınız Birim	Klinik	178	0,65 ± 0,10	0,091	0,913
	Poliklinik	4	0,63 ± 0,14		
	Yoğun Bakım	40	0,65 ± 0,10		
Toplam Çalışma Süresi (yıl)	≤ 5	79	0,61 ± 0,09	4,219	0,006*
	6-10	41	0,66 ± 0,10		
	11-15	41	0,65 ± 0,10		
	≤ 16	61	0,67 ± 0,09		
HPV ile İlgili Eğitim Aldınız mı?	Evet	85	0,64 ± 0,10	0,009	0,924
	Hayır	137	0,65 ± 0,10		
HPV Kavramı ile İlk Nerede Karşılaştınız?	Karşılaşmadım	75	0,65 ± 0,08	1,056	0,379
	Kitap, seminer, broşür	26	0,64 ± 0,08		
	Televizyon, internet	25	0,68 ± 0,11		
	Okul	45	0,63 ± 0,11		
	Hastane	51	0,65 ± 0,11		
HPV Aşısı Önerme Durumu	Öneririm	185	0,65±0,10	0,588	0,444
	Önermem	37	0,63±0,07		
GENEL TOPLAM		222	0,6 ±0,10		
*p < 0,05					

HP-084

YAŞLILARIN İLAÇ KULLANIMI KONUSUNDAKİ BİLGİLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emine Kıyak[2], Demet Güneş[1]

[1]Erzincan Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzincan
[2]Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum

Amaç: Bu çalışma yaşlıların ilaç kullanımı konusundaki bilgileri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı özellikteki araştırma Erzincan il merkezinde bulunan 5 aile sağlığı merkezine kayıtlı olan 600 yaşlı üzerinde yapıldı. Araştırmanın verileri Ocak-Nisan 2014 tarihleri arasında toplandı. Verilerin toplanmasında anket formu kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, Ki-kare testleri ve lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalamasının 74.5±6.7 ve günlük kullandıkları ilaç sayısının 10±3.9 olduğu tespit edildi. Yaşlıların %79.8'inin kullandığı ilacın adını bilmediği, %49.8'nin ilacı neden kullandığını bilmediği,%32.5'inin ilaç doz formunda değişiklik yaptığı, %91.3'ünün ilaçların yiyecek/ içeceklerle etkileşimini bilmediği, %82'sinin ilacı zamanında almadığı,%32.7'sinin ilacın son kullanma tarihine dikkat etmediği, %35'inin reçetesiz ilaç kullandığı, %46.3'ünün kendini iyi hissettiğinde ilacı almadığı,

%19.3'ünün fazla dozda ilaç kullandığı, %19.5'ine ilaç kullanımı konusunda bilgi verilmediği ve %34.3'ünün ilaç kullanımında sosyal desteğinin olmadığı bulundu. İlacın adını bilmede eğitim düzeyi, meslek ve gelir düzeyinin, ilacı neden kullandığını bilmede gelir düzeyinin, fazla doz ilaç alma ve doz formunda değişiklik yapmada eğitim düzeyinin, ilacı başkasına önermede birlikte yaşanan aile üyelerinin, ilacın yiyeceklerle etkileşimini bilmede eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi ve sağlık güvencesinin, ilaç almayı unutmada eğitim düzeyi, meslek ve gelir düzeyinin, son kullanma tarihine dikkat etmede yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve birlikte yaşanan aile üyelerinin önemli olduğu tespit edildi.

Sonuç: Bu araştırmada yaşlıların ilaç kullanımı konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu ve özellikle eğitim düzeyinin yaşlıların ilaç kullanım bilgileri üzerinde önemli olduğu tespit edildi.

Anahtar Kelimler: İlaç, ilaç kullanımı, yaşlı

HP-085

ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIMA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Tuğba Karataş, Ülkü Polat

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Giriş: Günümüzde palyatif bakım gereksinimindeki artışa paralel olarak; sağlık personelinin, palyatif bakım hizmetlerini sağlamaları ve bu bakım uygulamalarının önemli bir parçası olmaları beklenmektedir. Özelikle hemşireler, hastaların bakım ve tedavisinde daha çok zaman harcadıkları için kaliteli bakım hizmetinin sağlanmasında palyatif bakım ekibinin önemli bir üyesidir. Kaliteli palyatif bakım hizmetinin verilmesi için öğrenci hemşirelerin bu bakım hizmetini yapabilecek yeterlikte bilgi ve beceri kazanmış olmaları gereklidir.

Amaç: Bu çalışma, öğrenci hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır

Gereç Ve Yöntem: Çalışma, 210 birinci sınıf, 255 ikinci sınıf, 110 üçüncü sınıf, 83 dördüncü sınıf öğrencisi olmak üzere toplam 658 öğrenci ile yürütülmüştür. Veriler, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Anket formu; öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf, mezun oldukları okul gibi tanıtıcı özelliklerine ilişkin 4 soru ve palyatif bakım kavramını tanımlama, kavramla ilgili bilgi edinme, ağrı yönetimi ve palyatif bakım ilke ve felsefesini değerlendirme yönelik 15 soru içermektedir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve ortalama kullanılmıştır.

Çalışmanın Etik Yönü: Çalışmanın uygulanabilmesi için fakülte yönetimi, etik kurul ve çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden gerekli izinler alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin %68.7'si (n=452) daha önce palyatif bakım hakkında bilgi aldığını ve %64.8'i (n=293) lisans eğitimi sırasında bilgi verildiğini belirtmiştir. Öğrencilerin palyatif bakım kavramına ilişkin tanımlara bakıldığında; "terminal dönemdeki hastanın son zamanlarını rahat geçirmesi için verilen bakım (%42,9)", "semptom yönetimine yönelik verilen bakım (%29,4)", "bütüncül bakım (%14.4)", "hastanın iyileşme sürecinin hızlanması ve ağrısının geçmesi için yapılan tüm bakım uygulamaları (%9.1)","hasta ve ailesine verilen psikolojik destek (%4.2)" şeklindedir. çalışmamıza katılan öğrencilerin%5.3 'ü palyatif bakımla ilgili görüşleri kapssayan ağrı yönetimi ve palyatif bakımın ilke ve felsefesi ile ilgili toplam 15 ifadenin tamamını bilirken, palyatif bakım ilkeleri ve felsefesi ile ilgili ifadelerin tamamını bilenler % 26.3, ağrı yönetimi ile ifadelerin tamamını bilenleri se % 5.3'dür. Ayrıca öğrencilerin yarsından çoğu palyatif bakım kavramını tanımlayabilirken (%68.7), %31.3'ü palyatif bakımı tanımlayamamıştır. Palyatif bakımla ilgili verilen ifadelerin tamamına doğru yanıt veren öğrencilerin çoğunluğu (n=13, %54.2) ikinci sınıf öğrenciler, en az doğru yanıt verenler (n=6, %8.3) ise üçüncü sınıf öğrencileridir.

Sonuç: Öğrencilerin palyatif bakım konusundaki bilgi eksikliğinin oldukça fazla olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, öğrencilerin temel eğitim süreçlerinde palyatif bakım alacak hastalara yönelik bilgi ve becerilerinin artırılması ve müfredat programlarının buna göre düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: Öğrenci Hemşire, Palyatif Bakım, Görüş

HP-086

HEMŞİRELERİN KANSERLİ HASTALARA YÖNELİK TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Özden Dedeli[1], Ümmü Kaçer Daban[2], Sezgi Çınar Pakyüz[1]

[1]Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu
[2]Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi

Bu çalışmada amaç, hemşirelerin kanserli bireylere yönelik tutumlarının değerlendirilmesidir. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma Manisa il merkezinde bulunan üniversite hastanesi, devlet hastanesi ve özel hastanede çalışan 332 hemşire ile yürütüldü. Araştırmada veriler, Sosyodemografik Bilgiler Soru Formu ve Kansere Yönelik Tutum Ölçeği (KYTÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, ortalama ± standart sapma, yüzde dağılımları ve regresyon analizi kullanıldı. KYTÖ'den alınan puanlar (96,2±15,5), genel olarak hemşirelerin kanserli hastalara yönelik tutumlarının olumlu olduğunu gösterdi. Hemşirelerin ölçekten aldıkları puanlar yaş grubu, meslekte çalışma yılı ve kanserli hastaya bakım verme durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin aldıkları puanlar cinsiyet, medeni durum, çalıştığı klinikler, eğitim durumu, onkoloji konusunda hizmet içi eğitim alma ve bilimsel toplantılara katılıma durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Araştırma sonuçları, hemşirelerin kanserli hastalara yönelik olumlu tutumlara sahip olduğunu, kanserli hastalarla daha fazla deneyim, bilgi ve uygulamaya sahip olmanın pozitif tutumları arttırdığını gösterdi.

Anahtar Kelimler: Kanser, hemşirelik, tutum

HP-087

DİYABETES MELLİTUSLU BİREYLERDE GASTROİNTESTİNAL SEMPTOM SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özden Dedeli[1], Sezgi Çınar Pakyüz[1], Ümmü Kaçer Daban[2], Seda Kıpçak[2], Deniz Sarı[2], Emel Şenol[2], Zeliha Hekimsoy[2]

[1]Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu
[2]Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi

Bu çalışmada amaç, diyabetli bireylerde gastrointestinal (GI) semptom sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesidir. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma Manisa il merkezinde bulunan bir üniversite hastanesinin, dahiliye poliklinikleri ve dahiliye servislerinde yatarak ya da ayaktan tedavi ve bakım hizmeti alan 138 diyabetli birey ile yürütüldü. Araştırmada veriler, Sosyodemografik Bilgiler Soru Formu, Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği (GSDÖ) ve Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi (GIYKI) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, ortalama ± standart sapma ve yüzde dağılımları kullanıldı. Diyabetli bireylerin yaş ortalaması 49,5±12,9 (18-65) yıl olup büyük çoğunluğu erkek hastalar %53,6 idi. Hastaların %85,2'si Tip II diyabetli olup %48,6'sı tedaviye uyumlarını orta düzeyde olarak değerlendirmişti. Diyabetli bireylerin %16,7'sinde nefropati, %70,4'ünde periferal nöropati ve %50,7'sinde retinopati olduğu belirlendi. Diyabetli bireylerin GI semptom sıklıkları değerlendirildiğinde %71,6'sının karında şişlik, %70,3'ünün barsaklarını tam boşaltamama hissi, %60,1'nin reflü, %58,7'sinin konstipasyon şikayeti olduğu belirlendi. GIYKI aldıkları puan ortalaması ise 76,1±251 (30-127) idi. Araştırma sonuçları, diyabetli bireylerde en sık reflü ve alt gastrointestinal semptomların görüldüğünü, yaşam kalitelerinin de olumsuz etkilendiğini gösterdi.

Anahtar Kelimler: Diyabet, yaşam kalitesi, gastrointestinal semptom

HP-088

KANSER HASTALARINDA MUKOZİTİ ÖNLEMEDE TEDAVİ SEÇENEKLERİ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Dilek Kaya[1], Nurten Özen[2]

[1]Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Nefroloji Bilim Dalı
[2]Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hemşirelik Yüksek Okulu

Kanser tanısı alan hastalar, hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar, kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri ile ağrı, bulantı, kusma, mukozit, ağız kuruluğu, yorgunluk, depresyon gibi sorunlar yaşamaktadır. Bu semptomlar kanserli hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Kemoterapik ajanların uygulanması sonucunda ağız mukozası kolay zedelenir ve hastalarda oral mukozit meydana gelir.

Oral mukozit görülme oranı, hemopoetik kök hücre transplantasyonu olan hastalarda %85-95, baş-boyun kanseri olan ve radyasyon ile birlikte kombine Kemoterapi alan hastalarda %98'dir. Tedavinin ikinci ya da üçüncü gününde gelişmeye başlayan mukozit, 10-15. günlerde ağızda ve dudaklarda hassasiyet ve ağrı hissedilmesine neden olur. Grade 3-4 mukozitler hastanın genel durumunu ve beslenmesini engelleyerek tedavinin geciktirilmesine veya sonlandırılmasına neden olabilir.

Literatürde mukoziti değerlendirmek için "Dünya Sağlık Örgütü Mukozit Değerlendirme Skalası", "Ağız Değerlendirme Ölçeği", "Oral Mukozit İndeksi", "Oral Mukoza Sınıflama Ölçeği", "Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği" gibi çeşitli skalalar kullanılmaktadır. Bu skalaların ortak özelliği ülserasyonu ve ağrıyı net bir şekilde belirlemesidir. Kanamayı değerlendirmede "Ağız Değerlendirme Ölçeği", beslenme göz önüne alınarak değerlendirme yapılacağı zaman ise "Dünya Sağlık Örgütü Mukozit Değerlendirme Skalası" ve "Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği" kullanılması önerilmektedir.

Mukozitin yönetiminde hemşirelerin önemli rolleri vardır. Bunlar: oral kaviteyi iyi tanıyıp hastanın semptomlar yönünden izlemi, ağız bakımının yapılması ve hasta eğitimidir.

- Hastalara hassasiyet, ağrı ve diş eti kanaması gibi mukozite ilişkin belirtiler öğretilmeli, hangi durumlarda sağlık personeline başvurması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir.
- Mukoziti önleme ve tedavide %0.9'luk sodyum klorür solüsyonu veya sodyum bikarbonat gibi gargaralar, kriyoterapi, sükralfat süspansiyonu ve sodyum hiyaluronat gibi mukoza örtüleyicileri, A ve E vitaminlerinin topikal yoldan uygulanması ve β-karotenin parenteral uygulanması önerilmektedir. MASCC/ISOO'nun (Multinational Association of Supportive Care in Cancer) rehberinde radyoterapiye bağlı oral mukozitlerin önlenmesinde benzidamin hidroklorür kullanımı önerilmiştir.
- Literatürde karadut şurubunun kanserli hastalarda ağız mukozasında etkinliğini değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, karadut meyvelerinin su ve etanol ekstrelerinin anti kandidal aktivitesi olduğu bildirilmiştir.
- Antioksidan görevi olan beta-karoten, A ve E vitaminleri; hücre koruyucu özelliği olan sükralfat süspansiyonu, sodyum hiyalüronat, prostaglandin E2 mukoziti önleme ve tedavisinde etkinliğini kanıtlayan çalışmalar yetersiz ve MASCC=ISOO klinik uygulama rehberi kullanımını önermemektedir.
- MASCC/ISOO'nun klinik uygulama rehberinde kök hücre nakli öncesi kemoterapi alan hastalarda düşük doz lazer tedavisinin oral mukoziti önlemek için kullanımı önerilmektedir.
- Mukozit oluştuktan sonra ağız bakımı sürdürülmeli ve etkili gargaralar kullanılmalı, ağrı çok şiddetli ise narkotik analjezik verilmelidir.

Anahtar Kelimler: KANSER, MUKOZİT, TEDAVİ, HEMŞİRE, GÜNCEL, KEMOTERAPİ

HP-089

VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİYİ ÖNLEMEDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Dilek Dikici[1], Nurten Özen[2]

[1]*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kardiyoloji Anabilim Dalı*

[2]*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hemşirelik Yüksek Okulu*

Ventilatör ilişkili pnömoni (VİP) yoğun bakım enfeksiyonları arasında ilk sırada, sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlardaysa üriner sistem enfeksiyonlarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Mekanik ventilasyondaki hastaların %25-85'inde VİP görülmektedir. VİP gelişim süresi ortalama 10 gün olup, hastaların yoğun bakımda kalış süresini yaklaşık olarak 6,5 gün arttırmaktadır. Sağlık hizmetiyle ilişki enfeksiyonlara bağlı görülen ölümlerin ise %60'ını oluşturmaktadır. VİP'te en önemli risk faktörü hastanın mekanik ventilatörde geçirdiği süredir. Bilinç değişikliği olan hastalarda solunum sistemi temizlenmesi ile ilgili refleks mekanizmalar bozulur ve aspirasyon riski artar. Kronik akciğer hastalığı olan, torasik veya üst gastrointestinal sistem operasyonu geçiren hastalarda VİP görülme sıklığı artar. Malnütrisyonu bulunan ve immün sistemi baskılayan tedavi alan hastalar VİP görülme yönünden daha fazla risk taşır.

VİP'i önlemede kanıta dayalı uygulamalar

- Ventilatör ilişkili pnömoninin saptanması için sürveyans çalışmalarının yapılması (Kanıt düzeyi II)
- Noninvaziv ventilatör tedavisi uygulanması (Kanıt düzeyi III)
- Bakım veren sağlık personelinin VİP hakkında eğitilmesi (Kanıt düzeyi II)
- Uygun hastalarda stres ülser profilaksisinin yapılması(Kanıt düzeyi I)
- Hastalar yoğun bakımda bulunduğu sürece kinetik yataklarda yatması
- Gastrointestinal sistem kolonizasyonuna bağlı kontaminasyonunun önlenmesi (Kanıt düzeyi I)
- Enteral beslenme için küçük çaplı tüplerin kullanılması (Kanıt düzeyi II)
- Hastalarda sürekli enteral beslenme yönteminin uygulanması (Kanıt düzeyi II)
- Ventilatör devreleri rutin olarak sterilize veya dezenfekte edilmemelidir (Kanıt düzeyi III).
- Gözle görülebilir kirlenme veya mekanik fonksiyon bozukluğu olmadığı sürece, solunum devreleri rutin olarak değiştirilmemesi (Kanıt düzeyi I).
- Solunum devrelerinde biriken sıvı rutin olarak boşaltılmalı, işlem sırasında eldiven giyilmeli ve uygulamaya hasta tarafından başlanarak devredeki sıvının hastaya geri kaçmamasına dikkat edilmesi (Kanıt düzeyi II).
- Tek kullanımlık solunum devreleri/nemlendirici kaplar tercih edilmeli. Tekrar kullanılabilir özellikte ise yeni hasta için bir önceki hastadan kalan nemlendirici kabı kesinlikle kullanılmamalı, her yeni hasta için temizlenip dezenfekte edilmiş ve kurutulmuş nemlendirici kabı kullanılmalıdır (Kanıt düzeyi III).
- Nemlendirici filtreler mekanik fonksiyon bozukluğu gelişmediği veya gözle görülebilir kirlenme olmadığı sürece rutin olarak değiştirilmemelidir. Solunum devresi değiştirildiğinde nemlendirici filtreler de değiştirilmelidir (Kanıt düzeyi III).
- Isıtıcılı nemlendiricilerin yerine, kontrendikasyon yoksa ısı-nem tutucularının kullanımı önerilir (Kanıt düzeyi II).
- Nemlendirici kaplarda mutlaka steril su kullanılması (Kanıt düzeyi III)

Anahtar Kelimler: Ventilatörle İlişkili Pnömoni, hemşirelik, güncel

HP-090

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ORGAN BAĞIŞINI SOSYAL, EĞİTSEL VE DİNSEL YÖNDEN ALGILAYIŞLARI: ÇORUM ÖRNEĞİ

Filiz Selen, Selen Özakar Akça

Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Organ naklinin en önemli amacı; organ yetmezliği nedeniyle yaşamının sonuna gelmiş bir hastanın hayatını kurtarmak, yaşam süresini ve kalitesini artırmaktır. Gençlerin organ bağışına yönelik bilgi ve görüşlerinin bilinmesi, onların bu alanda daha etkin görevler planlaması ve uygulaması açısından önem taşımaktadır. Sunulan çalışma ile üniversite öğrencilerinin organ bağışını sosyal, eğitsel ve dinsel yönden algılayışlarını belirlemek, bu sonuçlar doğrultusunda öneriler getirmek ve konu ile ilgili yapılması planlanan eğitim programına temel oluşturması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmanın tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılması planlanmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup çalışmanın yapıldığı tarihler arasında (15.11.2014-15.01.2015) öğrenim gören ve araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen öğrenciler (n=313) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya başlamadan önce Üniversite Rektörlüğü'nden izin (10.10.2014-6196) ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul'undan onay (05.11.2014/E-14326) alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılmaya gönüllü olan öğrencilere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek yazılı onam alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin %14,7'sinin organ bağışı hakkında olumsuz düşündüğü, olumsuz düşünme nedenleri olarak; %36,9'unun dini açıdan uygun bulmaması, cesaretsizlik ve %23,9'unun güvensizlik olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin organ bağışını sosyal, eğitsel ve dinsel yönden algılayışları ile organ bağışı hakkındaki düşünceleri arasındaki ilişki incelendiğinde; "Organ nakli ve bağışı konusundaki ulusal birliğe ihtiyaç vardır." ($p<0,05$), "Dini açıdan organ bağışına engel durumlar olabilir." ($p<0,01$), "Sağlıklı iken organ bağışı yapmayı düşünüyorum." ($p<0,01$), "Genç bireyler, ileri yaş dönemindeki bireylere oranla organ bağışı konusunda daha olumlu düşünmektedirler." ($p<0,01$), "Organ bağışı konusunda alacağım kararlarda ailemin olası olumlu tutumu kararımı çabuklaştırır." ($p<0,01$), "Toplum tarafından kabul görmüş kişilerin (sanatçı, ünlü) konuyla ilgili olası olumlu görüşleri kararımın olumlu olmasını hızlandırır." ($p<0,01$), "Organ nakli ve bağışı konusunda din adamları bilgi vermeli ve öncülük etmelidirler." ($p<0,05$) önermeleri ile öğrencilerin organ bağışı hakkındaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Tüm bu sonuçlar doğrultusunda geleceğin yetişkinleri olan gençlerin organ bağışı konusunda sosyal ve eğitsel yönden yetersiz fakat dinsel yönden algılayışlarının yeterli olduğu görülmektedir. Bu araştırma sonuçları organ bağışı konusunda öğrencilere hem eğitimleri sırasında hem de sosyal hayatta kapsamlı bilgi verilmesi görüşünü desteklemektedir. Organ bağışının yasal, dini ve etik yönü öğrencilere açıklanarak olumlu düşünceleri desteklenmeli, olumsuz düşünceye neden olan ön yargılar giderilmelidir. Organ nakli ve bağışı konusunda sistemli organizasyonlar yapılmalı ve bu alanda öğrencilerinde sorumluluk alması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimler: organ bağışı, inanç, eğitim

Tablo 1. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	N	%
Yaş*		
18-21	235	75,1
22-25	78	24,9
Cinsiyet*		
Erkek	82	26,2
Kadın	231	73,8
Mezun Olunan Lise Türü*		
Düz Lise	134	42,8
Meslek Lisesi	64	20,4
Anadolu – Fen Lisesi	115	36,7
Gelir Düzeyi*		
Düşük	25	8
Orta	273	87,2
Yüksek	15	4,8
Ailenin En Uzun süre Yasadığı Yer*		
Köy-Kasaba	65	20,8
Şehir	248	79,2
Organ bağışı hakkında düşünceleriniz*		
Olumlu	267	85,3
Olumsuz	46	14,7
Organ bağışı konusunda olumsuz düşünme nedenleri **		
Dini Açıdan Uygun Bulmuyorum	17	36,9
Güvensizlik	11	23,9
Cesaretsizlik	17	36,9
Nakile rağmen olumsuz sonuçların oluşu	1	2,3
Organlarınızı bağışladınız mı?*		
Evet	10	3,2
Hayır	303	96,8
Organ bağışının nereye yapıldığını bilme durumu*		
Bilen	71	22,7
Bilmeyen	242	77,3
Bağışlamayı düşündükleri organlar*		
Tamamı	168	53,7
Böbrek	19	6,1
Karaciğer	9	2,9
Kalp	5	1,6
Göz	4	1,3
Akciğer	1	0,3
Hiçbiri	107	34,2
Öğrencilerin yaş ortalaması	Minimum	Maksimum
X±SD 20,41±1,497	18	25

*N=313, **N=46

Tablo 2. Öğrencilerin organ bağışını sosyal eğitsel ve dinsel yönden algılayışları

		Organ Bağışı Hakkındaki Düşünceleri			
		Olumlu (%)	Olumsuz (%)	Toplam (%)	X2 / p
Organ nakilleri konusundaki en önemli engel organ bağışının yetersiz oluşudur.	Katılıyorum	244 (91,4)	39 (84,8)	283 (90,4)	1,974 / 0,130
	Katılmıyorum	23 (8,6)	7 (15,2)	30 (9,6)	
Organ nakli bekleyen hastaların dışında konuya ilgi duyan kişileri olduğuna inanmıyorum.	Katılıyorum	110 (41,2)	24 (52,2)	134 (42,8)	1,931 / 0,110
	Katılmıyorum	157 (58,8)	22 (47,8)	179 (57,2)	
Genetik çalışmalar (kök hücrelerden organ ve doku geliştirme konusundaki) gelecekte organ nakillerinin yerini alabilecektir.	Katılıyorum	187 (70)	30 (65,2)	217 (69,3)	0,429 / 0,311
	Katılmıyorum	80 (30)	16 (34,8)	96 (30,7)	
Organ nakli ve bağışı konusundaki ulusal birliğe ihtiyaç vardır.	Katılıyorum	241 (90,3)	35 (76,1)	276 (88,2)	7,564 / 0,010
	Katılmıyorum	26 (9,7)	11 (23,9)	37 (11,8)	
Organ nakli ve bağışı konusunda. basın ve görsel yayın topluma yeterince bilgi vermektedir.	Katılıyorum	47 (17,6)	12 (26,1)	59 (18,8)	1,846 / 0,126
	Katılmıyorum	220 (82,4)	34 (73,9)	254 (81,2)	
Organ bağışı yaşamsal öneme sahiptir.	Katılıyorum	254 (95,1)	44 (95,7)	298 (95,2)	0,023 / 0,617
	Katılmıyorum	13 (4,9)	2 (4,3)	15 (4,8)	
Eğer kişi ekonomik sıkıntıya düşerse böbreğini para karşılığında bağışlayabilmelidir.	Katılıyorum	21 (7,9)	6 (13)	27 (8,6)	1,335 / 0,188
	Katılmıyorum	246 (92,1)	40 (87)	286 (91,4)	
Kültürel farklılıklar organ bağışı ve nakli konusundaki düşünceleri etkiler.	Katılıyorum	206 (77,2)	39 (84,8)	245 (78,3)	1,343 / 0,168
	Katılmıyorum	61 (22,8)	7 (15,2)	68 (21,7)	
Dini açıdan organ bağışına engel durumlar olabilir.	Katılıyorum	91 (34,1)	29 (63)	120 (38,3)	13,922 / 0,000
	Katılmıyorum	176 (65,9)	17 (37)	193 (61,7)	
Organ nakli konusunda doktorlar güvenilir insanlardır.	Katılıyorum	114 (42,7)	14 (30,4)	128 (40,9)	2,441 / 0,079
	Katılmıyorum	153 (57,3)	32 (69,6)	185 (59,1)	
Lisans – önlisans eğitimimiz süresince organ nakli ve bağışı konusunda yeterince bilgi veriliyor	Katılıyorum	48 (18)	9 (19,6)	57 (18,2)	0,066 / 0,467
	Katılmıyorum	219 (82)	37 (80,4)	256 (81,8)	
Organ bağışı ve nakli konusunda Avrupa ve Amerika ülkeleri bize kıyasla çok daha iyi durumdadır.	Katılıyorum	125 (46,8)	21 (45,7)	146 (46,6)	0,021 / 0,507
	Katılmıyorum	142 (53,2)	25 (54,3)	167 (53,4)	
Organ bağışı yapmayı düşündüğüm kişinin kim olduğu önemli değildir.	Katılıyorum	198 (74,2)	32 (69,6)	230 (73,5)	0,425 / 0,314
	Katılmıyorum	69 (25,8)	14 (30,4)	83 (26,5)	
Sağlıklı iken organ bağışı yapmayı düşünüyorum	Katılıyorum	95 (35,6)	3 (6,5)	98 (31,3)	15,406 / 0,000
	Katılmıyorum	172 (64,4)	43 (93,5)	215 (68,7)	
Genç bireyler. ileri yaş dönemindeki bireylere oranla organ bağışı konusunda daha olumlu düşünmektedirler.	Katılıyorum	134 (50,2)	11 (23,9)	145 (46,3)	10,894 / 0,001
	Katılmıyorum	133 (49,8)	35 (76,1)	168 (53,7)	
Organ bağışı konusunda alacağım kararlarda ailemin olası olumlu tutumu kararımı çabuklaştırır.	Katılıyorum	208 (77,9)	18 (39,1)	226 (72,2)	29,392 / 0,000
	Katılmıyorum	59 (22,1)	28 (60,9)	87 (27,8)	
Toplum tarafından kabul görmüş kişilerin (sanatçı. ünlü) konuyla ilgili olası olumlu görüşleri kararımın olumlu olmasını hızlandırır.	Katılıyorum	112 (41,9)	9 (19,6)	121(38,7)	8,290 / 0,003
	Katılmıyorum	155 (58,1)	37 (80,4)	192 (61,3)	
Organ nakli ve bağışı konusunda din adamları bilgi vermeli ve öncülük etmelidirler.	Katılıyorum	194 (72,7)	27 (58,7)	221 (70,6)	3,687 / 0,043
	Katılmıyorum	73 (27,3)	19 (41,3)	92 (29,4)	
Organ nakli ve bağışı konusunun sosyal yönü yeterince araştırılmamıştır.	Katılıyorum	124 (46,4)	22 (47,8)	146 (46,6)	0,030 / 0,493
	Katılmıyorum	143 (53,6)	24 (52,2)	167 (53,4)	
Organ nakli ve bağışı konusunun tıbbi yönü yeterince araştırılmıştır.	Katılıyorum	109 (40,8)	17 (37)	126 (40,3)	0,244 / 0,373
	Katılmıyorum	158 (59,2)	29 (63)	187 (59,7)	

HP-091

KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ

Zülfünaz Özer[1], Hatice Bostanoğlu[2]

[1]Selahaddin Eyyubi Üniversitesi
[2]Zirve Üniversitesi

Günümüzde, insanlar daha uzun yaşamakta, doğum oranları azalmakta ve yaşlı nüfus sayısal olarak artmaktadır. Gelişmiş ülkelerde, daha belirgin olan yaşlanma olgusu, artık gelişmekte olan ülkeler açısından da önem kazanmakta olup ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmaktadır.

Birleşmiş Milletler (BM) 2010 yılı raporuna göre; 65 yaş ve üzerindeki bireylerin dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 11'ini oluşturduğu, 2050 yılında ise bu oranın yüzde 26'ya yükseleceği tahmin edilmektedir. Ülkemizdeki 65 yaş üzeri nüfus, 2012 yılında yüzde 7,5 iken, 2023 yılında yüzde 10,2, 2050 yılında yüzde 20,8 ve 2075 yılında ise yüzde 27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir.

Nüfus yaşlanması, sağlıktan sosyal güvenliğe, eğitime, iş imkânlarına ve aile hayatına kadar toplumun her yönünü etkilemektedir. Yaşlılarda, yaşlılıkla birlikte meydana gelen fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarda gerilemeler ve yetersizlikler, sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Kronik sağlık sorunları, uzun dönemli ve genellikle yavaş ilerleme gösteren, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlardır. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri grubun yüzde 90'ında 1, yüzde 35'inde 2, yüzde 23'ünde 3, yüzde 15'inde 4 ve daha fazla kronik sağlık sorunu olduğu tahmin edilmektedir .

Türkiye genelinde yapılan çok merkezli çalışmalarda, yaşlılarda sıklıkla görülen kronik hastalıkların sırasıyla; hipertansiyon %30,7, osteoartrit %13,7, kronik kalp yetersizliği %13,7, diyabetes mellitus %10,2, koroner arter hastalığı %9,8 ve osteoporoz %8,2 olduğu saptanmıştır.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'ne (CDC) göre, kronik hastalıklar, 65 yaş ve üzerindeki kişilerin yüzde 39'unun günlük yaşam aktivitelerini önemli oranda sınırlamaktadır. Yaşları 65-79 arasındaki yaşlıların; yüzde 11,5'i hareket etme, banyo yapma, giyinme, tuvalet ihtiyacını giderme ve yemek yeme gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yardıma gereksinim duymaktadır. Ayrıca duyu kayıpları, kalp hastalıkları, kırıklar, hipertansiyon, diyabet, kanser gibi kronik hastalıklar da günlük yaşantıyı etkilemektedir. Bu sorunlar, yaşlılarda, işlevsel yetersizliğe neden olmakta ve kişilerin yaşam kalitesini düşürmektedir.

Yaşlı bakımında temel hedef, fonksiyonların iyileştirilmesi veya korunmasının sağlanması, böylelikle yaşam kalitesinin yüksek tutulmasıdır.

Günümüzde yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar, yaşam beklentisini uzatmaktan ziyade yaşam kalitesini ve genel sağlığı artırmaya odaklanmıştır. Yaşlıların sadece uzun yaşamaları ile ilgilenilmemeli aynı zamanda onların yaşam kalitesi ve yaşamın anlamı ile de ilgilenilmelidir.

Yeterli öz-bakım gücü olan yaşlılar, gereksinimlerini karşılayabilmekte, sağlığının sorumluluğunu alabilmekte ve sonuçta, başkalarına bağımlılıkları azalmaktadır. Bu durum hemşirelerin araştırıcı, vaka yöneticisi, eğitimci, danışman, bakım verici rollerini etkin bir şekilde kullanmasını gerektirmektedir.

Anahtar Kelimler: Yaşlanma, Yaşlılık, Kronik Hastalık, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik

HP-092

KORONER KALP HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK

Zülfünaz Özer[1], Hatice Bostanoğlu[2]

[1]Selahaddin Eyyubi Üniversitesi
[2]Zirve Üniversitesi

Koroner kalp hastalığı(KKH), koroner arterlerin genellikle ateroskleroz (damar sertliği) nedeniyle daralması veya tıkanmasıdır. Damarlardaki daralma, içinden geçen kan miktarını azaltacağından dolayı kalbin beslenme bozukluğuna bağlı problemler geliştirmektedir.

Koroner Kalp Hastalığı, ülkemizde ve dünyada ölüme yol açan en önemli hastalıklar arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2012 yılı "Dünyada İlk 10 Ölüm Nedeni Raporu"na göre ölüme neden olan hastalıklar arasında KKH, gelir düzeyi yüksek ve orta düzeyde ülkelerde ilk sırada, düşük gelirli ülkelerde ise çeşitli enfeksiyon hastalıklarından sonra beşinci sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, KKH'ye bağlı ölümlerin önümüzdeki yirmi yılda kadınlarda %120 erkeklerde %137 artacağı tahmin edilmektedir.

Koroner kalp hastalığında 2 tip korunma yöntemi önerilmektedir: Birincil korunma; Koroner kalp hastalığı klinik bulgularının olmadığı , hastalık riski yüksek bireylerde, yaşam tarzını değiştirerek ve risk faktörlerini ortadan kaldırarak hastalığın oluşması önlenir veya hastalığın ortaya çıkışı geciktirilir.

Birincil korunma önlemleri; sigaranın bırakılması, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz gibi davranış değişikliği girişimleri ile birlikte kilo ve kan basıncının kontrolünün sağlanması, lipid düşürücü tedavinin uygulanması, diyabetin kontrol altında tutulması ve aspirin verilmesi gibi ilaç tedavilerini içeren girişimlerdir.

İkincil korunma: Koroner arter hastalığı klinik bulgularının saptandığı hastalardaki korunma şeklidir. Amaç, koroner arter hastalığının ilerlemesini ve aterosklerotik diğer damar hastalıklarının ortaya çıkmasını önlemektir.

İkincil korunma önlemlerinin etkinliği, ölüm oranları izlenerek değerlendirilir. Amerikan Kalp Birliği'nin sekonder korunma kapsamında yer alan önerileri; sigaranın bırakılması, arter kan basıncının kontrol edilmesi, kan lipid değerlerinin kontrolü, fizik aktivitenin artırılması, kilo kontrolü, diyabetin tedavi edilmesi, antiagregan /antikoagülan, renin anjiyotensin aldosteron antagonistleri ve beta bloker ilaçların verilmesi gibi hem biyolojik hem de davranışsal risk faktörlerinin kontrol altına alınmasıdır.

Kardiyak rehabilitasyon (KR): kalp hastalığı olan bir kişinin, fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki açıdan optimal fonksiyon düzeyine ulaşabilmesi için yapılan rehabilitasyon çalışmalarının tümüdür.

KKH'larında, yaşam kalitesi olumsuz etkilemektedir. Risk faktörlerini değiştirmek, hastanın katılımı ile yapılan eğitim, yaşam kalitesini geliştirmede önemlidir. Sağlık ekibinin tüm üyeleri, KKH hakkında bilgi verme, psikolojik, duygusal ve sosyal destek sağlamada temel rol oynamaktadır.

Sağlık ekibinin etkin bir üyesi olan hemşireler, KKH risk faktörlerini belirleme, tanı, tedavi, girişimsel uygulamalar, bakım ve taburculuk gibi temel süreçlerin yönetiminde büyük sorumluluklara sahiptir. Hemşireler, bu sorumlulukların bilincinde olarak bakımı planlamalıdır.

Anahtar Kelimler: Koroner Kalp Hastalığı, Hemşire, Korunma, Eğitim, Risk faktörleri

HP-093

ALZHEİMER'DA BİREY VE AİLEYE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Hatice Bostanoğlu[1], Zülfünaz Özer[2]

[1]Zirve Üniversitesi
[2]Selahaddin Eyyubi Üniversitesi

Son yüzyılda, sağlık alanındaki gelişmeler, ortalama yaşam beklentisinin artmasına dolayısıyla da, 65 yaş ve üzeri nüfusta artışa neden olmuştur. 65 yaş üzerinde AH prevalansı %3-11 civarındadır. Prevalans, yaş arttıkça yükselmekte ve 85 yaş üzerinde %20-47'ye ulaşmaktadır. Ülkemizde 70 yaş üzerinde AH prevalansı %11'dir. AH için hasta başına yıllık maliyet yaklaşık 17.000-48.000 $ olarak bildirilmektedir. Bu nedenlerle, AH'ları risk faktörleri, yaşam kalitesi, kişi, ailesi ve sağlık sistemi açısından getirdiği yüklerin değerlendirilmesi önemlidir.

Alzheimer hastalığı(AH), merkezi sinir sisteminin (MSS) çeşitli kısımlarında nöron ve sinaps kayıpları nedeni ile ortaya çıkan; bilişsel işlevlerde azalma, öz bakım yetersizlikleri, çeşitli nöropsikiyatrik ve davranışsal bozukluklar ile karakterize progresif nörodejeneratif bir hastalıktır. Bellek bozukluğu ile başlayan hastalık, mental işlevlerin yerine getirilememesi, kişilik değişiklikleri ile ilerlemekte ve son evrede hastalar sözel ve motor becerilerini kaybetmiş tam bağımlı bireyler haline gelmektedir.

AH kliniğinin en önemli özelliği sinsi başlayıp yavaş seyirli olmasıdır. Hasta ve yakınları yaşlılıkta unutkanlığın normal olduğu düşüncesi, hastaların hekime başvuru zamanını geciktiren bir etken olmaktadır.

AH için en önemli ve değiştirilmesi mümkün olmayan risk faktörü yaştır. Düşük eğitim düzeyi de, AH'ye yakalanma olasılığını artırmaktadır. Çalışmalar da AH, kadınlarda erkeklere göre iki kat fazla görülmektedir. Kafa travması ile ilgili çalışmaların çoğu, AH riskini artırdığını göstermektedir. Vasküler sistemi bozan hastalıkların AH gelişim riskini artırdığı ortaya konmuştur. Depresyon öyküsü bulunanlarda AH gelişim riski, depresyon öyküsü olmayanlara göre daha fazladır. Yapılan prospektif çalışmalarda hem düşük hem de yüksek vücut ağırlığının yaşa bağımlı olarak AH riskini artırdığı ortaya çıkmıştır.

AH'nin tedavi ve bakımı; semptomatik, hastanın yaşam kalitesini artırıcı ve bakımını destekleyici nitelikte olmalıdır.

Erken tanı ve tedavi; Alzheimer hastalığının bugün için standart ve etkin bir tedavi protokolü yoktur. AH'da, hastalığın erken dönemlerinde, hemşirelik bakımı, hastanın çevresine uyum sağlamasına yardımcı olmaya odaklanmıştır. Hasta kendi bakımını yapabilme yeteneğini yitirdiğinde ve bağımlı hale geldiğinde, hem fiziksel hem de psikolojik gereksinimleri de giderek artmaktadır.

AH, kronik ve kişilere bağımlılıkla sonuçlanan bir hastalık olması nedeniyle, hastalar kadar bakım veren kişiler için de zor bir süreç oluşturmaktadır. Hastanın sürekli bakıma gereksinim duyması, aile üyelerinin sosyal yaşamlarının olumsuz etkilenmesine, iş stresi ve ailesel sorunlara neden olabilmektedir.

Sonuç olarak; Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan Alzheimer, hasta ve aileleri için yıkıcı bir durum olabilmektedir. Bu durumda, hasta ve ailesine destek sağlamada ve yaşam kalitelerini yükseltmede, hemşirelere önemli sorumluklar düşmektedir.

Anahtar Kelimler: Alzheimer, Hasta, Bakım Verenler, Hemşirelik, Eğitim

HP-094

KRONİK HASTALIKLARDA YAŞAM KALİTESİ

Hatice Bostanoğlu[1], Zülfünaz Özer[2]

[1]Zirve Üniversitesi
[2]Selahaddin Eyyubi Üniversitesi

Kronik hastalıklar, yaşlı nüfusun artmasıyla ilişkili olarak hızla artmakta, tedavilerindeki gelişmeler nedeniyle tam olarak iyileşme sağlanamasa da yaşam süresi uzamaktadır. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte görülme oranı artan kronik hastalıklar, uzun dönemli ve genellikle yavaş ilerleme gösteren, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlardır.

DSÖ yayınladığı raporda; başta kalp damar hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları olmak üzere kronik hastalıkların insan sağlığına yönelik önde gelen bir tehdit olduğu bildirilmektedir.

Kronik hastalıklar, bireyin günlük yaşam aktivitelerini önemli oranda sınırlamaktadır Kronik hastalıklarda yaşam kalitesini etkileyen fiziksel problemler arasında, ağrı, bulantı/kusma, halsizlik, defekasyon yapamama, beslenememe, görünüm bozukluğu, uykusuzluk, disfaji yer almaktadır. Psikososyal problemler ise anksiyete, depresyon, deliryum, kendine güven kaybı, cinsel sorunlar, gelecekteki belirsizlikle, uzun yaşam süresi, kansere bağlı morbiditeler, tedavi yöntemlerine bağlı sorunlardır. Bu nedenlerle, kronik bir hastalığın olması, hasta ve ailesinin yaşantısında önemli bir değişikliğe neden olmaktadır.

Fonksiyonel kapasite ve yeteneklerin kaybı ile bireyin günlük yaşam aktiviteleri sınırlanmakta, bağımsız fonksiyonları giderek yarı bağımlı ya da tam bağımlı hale gelmektedir.

Kronik bir hastalığa sahip olmak, hastalık belirtileri ile baş etmek, tedavinin getirdiği sıkıntı ya da kısıtlamalar, geleceğe yönelik yaşanan endişeler gibi pek çok olumsuz duygu bireyin fiziksel, bilişsel ve sosyal yaşamını etkilemektedir. Kronik hastalık tanısı almış bireylerin yaşam kalitesi, hastalığın getirdiği bir takım semptom ve komplikasyonlar sonucunda bozulabilmektedir .

Kronik hastalık tanısı konan bireylerde, bakımın temel amacı, en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini sağlamak ve bu süreç içerisinde yaşam kalitesini koruyarak en üst düzeye çıkarmak olmalıdır.

Sonuç olarak: Kronik hastalıklarda, bireyin öz yeterlilik gücünün yükselmesi, tedaviye uyumu kolaylaştırarak; akut ve kronik komplikasyonların önlenmesine destek sağlamakta, fiziksel yeterlilik düzeyini ve yaşam kalitesini artırmaktadır.

Anahtar Kelimler: Kronik Hastalık- Yaşam Kalitesi, Hemşirelik, Eğitim.

HP-095

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN YAŞLILARDA AĞRIYA YÖNELİK GÖRÜŞLERİ

Ülkü Polat, Tuğba Karataş

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş: Ağrı, ileri yaş grubunda çok sık rastlanan bir semptomdur. Yaşlı hastalarda görülen ağrı, hemşireler tarafından yaşlanmanın doğal sonucu gibi görülmekte, yeterli değerlendirilmemekte ve gerektiği ölçüde tedavi edilmemektedir. Bu nedenle hemşirelerin mesleki eğitim sürecinde yaşlılarda ağrıya yönelik yaklaşımları önemlidir.

Amaç: Çalışma, hemşirelik öğrencilerinin yaşlılarda ağrıya yönelik görüşlerinin saptanması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç Ve Yöntem: Çalışma, birinci sınıfta öğrenim gören 204 (%32.4), ikinci sınıfta öğrenim gören 240 (%38.2), üçüncü sınıfta öğrenim gören 107 (%17.0) ve dördüncü sınıfta öğrenim gören 78 (%12.4) öğrenci olmak üzere toplam 629 öğrenci ile yürütülmüştür. Veriler, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Anket formu; öğrencilerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 4 soru; birlikte yaşadığı yaşlı kişiler, birlikte yaşadığı yaşlının komorbid hastalık durumu, ağrıya ilişkin bilgi alma durumu, bilgi alınan kaynaklar, ağrısı olan yaşlıya bakım verme durumu, bakım vermede yaşanılan güçlükler, ağrısı olan yaşlı bireye verilen hemşirelik bakım uygulamalarına ilişkin 13 soru ve yaşlılarda ağrıya yaklaşımı içeren 18 soruyu içeren 35 sorudan oluşmaktadır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde sayı, yüzde dağılımları ile ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Çalışmanın Etik Yönü: Çalışmanın uygulanabilmesi için fakülte yönetimi, etik kurul ve çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden gerekli izinler alınmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin %59.1'inin ağrısı olan yaşlı bireye bakım verdiği, bakım verenlerin %41.4'ünün (n=154) bakım verirken güçlük yaşadığı belirlenmiştir. Ağrısı olan yaşlı bireylere yönelik hemşirelik bakım uygulamalarına verilen yanıtlar; dikkatini başka yöne çekme (n=232, %63.6), analjezik uygulama (n=186, %51.0), mobilize etme (n=91, %24.9), masaj yapma (n=72, %19.7), yatak içi pozisyon verme (n=61, %16.7), soğuk uygulama (n=36, %9.9), solunum egzersizi yaptırma (n=27, %7.4), yatak içi egzersiz yaptırma (n=16, %4.4), sıcak uygulama (n=16, %4.4), duygusal destek verme (n=14, %3.8), odayı havalandırma (n=11, %3.0), dinlenmesini sağlama (n=10, %2.7) ve plasebo uygulama (n=10, %2.7) dır. Çalışmaya katılan 629 öğrencinin %19.1'i (n=120) yaşlı bireylerde ağrıya yönelik verilen 18 ifadenin tamamına doğru yanıt vermiştir. İfadelerin tamamına doğru yanıt veren öğrencilerin çoğunluğunu %45.8'i (n=55) ikinci sınıf öğrenciler oluşturmaktadır. İfadelere en az doğru yanıt verenler ise dördüncü sınıf öğrenciler idir (n=15, %12.5).

Sonuç: Öğrencilerin yaşlı bireylerde ağrı konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Bu nedenle temel hemşirelik eğitiminde yaşlılarda ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi konusuna daha fazla yer verilmelidir.

Anahtar Kelimler: Hemşirelik Öğrencisi, Yaşlı, Ağrı

HP-096

DİYABETLİ BİREYLERİN DİYABET KOMPLİKASYONLARINA FARKINDALIĞI VE DİYABET ÖZBAKIM DAVRANIŞLARI

Özlem Kardaş Kin, Sevgi Kızılcı

Gediz Üniversitesi

Amaç: Diyabet komplikasyonlarının önlenmesinde önemli rolü olan özbakım davranışlarının belirleyici faktörlerinden biri, diyabetli bireyin hastalığa farkındalık durumudur. Bu nedenle çalışma, diyabetli bireylerin diyabet komplikasyonlarına farkındalığının ve farkındalık durumuna göre diyabet özbakım davranışlarının tanımlanması amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklem grubunu İzmir Bornova 6 no'lu Atatürk Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran, 18 yaş ve üzeri, en az altı ay önce tip 2 diyabet tanısı almış, herhangi bir fiziksel kısıtlılığı bulunmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 211 Tip 2 diyabetli birey oluşturmuştur. Araştırma verileri Haziran-Kasım 2014 tarihleri süresinde toplanmıştır. Veri toplamak için araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Özellikleri Tanıtıcı Anket Formu ve Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi (DÖBA) kullanılmıştır. İstatistiksel analizler sayı, yüzde, t testi ve mann-whitney U testi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan diyabetli bireylerin retinopati farkındalığı %93.4, diyabetik ayak %91.5, nöropati %86.7, nefropati %86.3, inme %73.5, kalp yetmezliği %64.9, cinsel fonksiyon bozukluğu %54.5 olarak saptanmıştır. Komplikasyonların farkında olan diyabetli bireylerde diyet, ayak bakımı ve kan şekeri izlemi özbakım davranışı puan ortalamaları, farkında olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak, özbakım davranışlarından egzersiz puanı, komplikasyonların farkında olan ve olmayanlarda benzer bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmanın sonucunda, diyabet komplikasyonlarının farkında olan diyabetli bireylerin özbakım davranışları puan ortalamalarının, farkında olmayanlara göre daha yüksek olduğu, fakat egzersiz yapma ile farkındalık durumu arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle, diyabet eğitiminde komplikasyonların öncelikli olarak ele alınması, egzersiz durumunun tanımlanması, egzersiz yapmama konusunda hastaya özgü nedenlerin araştırılması ve hasta ile uygun planlamanın oluşturulmasının önemli olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimler: diyabet komplikasyonlarına farkındalık, diyabet özbakım davranışları

HP-097

RİZE İLİ YETİŞKİNLERİNİN METABOLİK SENDROMLU OLMA DURUMUNA GÖRE YAŞAM ŞEKLİ RİSKLERİNİN ANALİZİ VE PREVELANSI

Ayfer Bayındır Çevik[1], Serap Baydur Şahin[2], Teslime Ayaz [3], Aynur Kırbaş[4], Sema Koçan[5], Hilal Pekmezci[5], Mehtap Metin Karaaslan[5]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[4]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı
[5]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Giriş: Demografik ve yaşam şekline ait bir çok risk faktörü doğrudan yada dolaylı bir şekilde metabolik sendrom (MetS) gelişiminde rol oynamaktadır.

Ancak bu risklerin MetS ile ilişkisi tamamiyle netlik kazanmamıştır. Gittikçe prevalansı artan ve hala açıklanamayan birçok yönü olan MetS'un birinci basamakta önlenmesi ve gelişiminde ise izlemi çok önemlidir.

Amaç: Bu çalışmada MetS olan ve olmayan popülasyonun yaşam şekli alışkanlıklarını, MetS gelişimine etki eden prediktörleri analiz etmek, korunma ve takipte primer bakım sağlayıcılarına rehber olacak bilgileri sağlamak amaçlandı.

Metod: Araştırmanın evrenini Rize ilinde yaşayan 30-70 yaş arası erişkin nüfus oluşturmaktadır. Örnekleme büyüklüğü $t^2.p.q/d^2$ formülü ile belirlendi. Tasarım hassasiyeti "2" olarak dikkate alındığında, %95 güven aralığında, 930 kişinin örneklem kapsamına alındı. Rize Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) küme birimi olarak belirlenmiştir. Aile Sağlığı Merkezlerinin kümülatif toplamları bulundu. Rastgele sayılar tablosu ve nüfusa orantılı küme sistematik örnekleme yolu ile ASM›lerinden 30 küme belirlendi. Küme örneklemine dahil olan, erişkinler rastgele sayılar tablosu kullanılarak seçildi. Çalışmada kişisel bilgi form ve MetS riskleri araştırma formu kullanıldı. Antropometrik ölçümler ve kan alınması işlemleri araştırmacılar tarafından gerçekleştirildi.

Bulgular: The prevalence of MetS was 35.59 % (erkek: 31.3%, kadın: 38.1%) in our population. Populasyonun 32.7%'sinde en az 1 MetS komponeti, 25.0%'inde 2 component, 14.9%'unda ise 3 komponent, 5.5%'inde 4 komponent mevcuttur. Metabolik Sendrom prevelansı 40 yaş üzeri, evli, eğitim düzeyi düşük, çalışmayan, çocuk sayısı ≥ 3 olan ($p<0.001$), kadınlarda ekonomik seviyesi düşük olan ve kırsal nüfusta ($p<0.05$) daha yüksek bulundu. Metabolik Sendrom olan kişilerde BMI, WHR, sKB, dKB, FPG, TG, TC, LDL-C, HDL-C ($p<0.001$) ve WC, ($p<0.05$) ölçümleri daha yüksektir. Metabolik Sendromu olan kişilerde kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet, obesite, menopoz ($p<0.001$), tiroid ($p<0.05$), ailede diyabet ($p<0.005$), antipsikotik, antidiyabetik, antihipertansif, statin ve antiplatelet kullanımı ($p<0.001$) daha fazladır. MetS'lu hastaların 55.3%'ü obeztir (Table 1).

Tuz, kırmızı et, balık tüketimi ($p<0.05$) MetS olanlarda, süt tüketimi ise MetS olmayanlarda ($p<0.005$) fazladır (Table 2). Erkeklerde obesite (OR: 2.141), kadınlarda yaş (OR: 2.280), obesite (OR: 2.749), aile hikayesinde diyabet (OR: 1.539), menopoz (OR: 2.594) MetS'a katkı sağlamaktadır. Kardiyovasküler hastalık tüm populasyonda (OR: 2.464) MetS ile ilişkilidir (Table 3).

Sonuç: Bu bilgiler primer bakım sağlayıcılarına MetS'da korunma ve takip konusunda rehberlik edebilir. Toplumun 3'de 1'inin MetS'lu olduğu göz önüne alındığında, demografik riskleri yüksek olan ve kırsal kesimde yaşayan popülasyona, MetS'u önleyici eylem planının acil başlaması önemlidir.

Anahtar Kelimler: metabolik sendrom, prevalans, primer bakım, risk faktörü, tarama, yaşam şekli.

Table 1. Metabolik Sendrom ile ilişkili olabilecek medikal karakteristikler

	MetS (+) (n:331) n (%)	MetS (-) (n:599) n (%)	p
Endokrin metabolik hastalıklar			
Kalp hastalığı			
Yok	275 (83.1)	562 (93.8)	0.000*
Var	56 (16.9)	37 (6.2)	
Hipertansiyon			
Yok	159 (48.0)	506 (84.5)	0.000*
Var	172 (52.0)	93 (15.5)	
Diyabetes Mellitüs			
Yok	251 (75.8)	574 (95.8)	0.000*
Var	80 (24.2)	25 (4.2)	
İnme			
Yok	329 (99.4)	598 (99.8)	0.260
Var	2 (0.6)	1 (0.2)	
Tiroid hastalığı			
Yok	267 (80.7)	516 (86.1)	0.028**
Var	64 (19.3)	83 (13.9)	
Obezite varlığı			
Yok	148 (44.7)	432 (72.1)	0.000*
Var	183 (55.3)	167 (27.9)	
Menapoz (n:588)			
Yok	272 (74.7)	82 (36.6)	0.000*
Var	142 (63.4)	82 (36.6)	
İlaç kullanımı			
Antipsikotik			
Yok	267 (80.7)	521 (87.0)	0.000*
Var	64 (19.3)	78 (13.0)	
Antihipertansif			
Yok	163(49.2)	502(83.8)	0.000*
Var	168(50.8)	97(16.2)	
Antidiyabetik			
Yok	259(78.2)	570(95.2)	0.000*
Var	72(21.8)	29(4.8)	
Antihiperlipidemik			
Yok	271(81.9)	559(93.3)	0.000*
Var	60(18.1)	40(6.7)	
Oral kontraseptif			
Yok	215(96.0)	345(94.8)	0.506
Var	9(4.0)	19(5.2)	
Antiplatelet			
Yok	258(77.9)	523(87.3)	0.000*
Var	73(22.1)	2(12.7)	
Ailede diyabet varlığı			
Yok	166 (50.2)	360 (60.1)	0.003**
Var	165 (49.8)	239 (39.9)	

*p<0.001, **p<0.05

Table 2. Metabolik Sendrom varlığına göre yaşam şekli alışkanlıkları

Yaşam şekli alışkanlıkları	MetS (+) (n:331) n (%) yada x ort	MetS (-) (n:599) n (%) yada x ort	t	p
Sigara kullanımı				
Hayır	263 (79.5)	477 (79.6)		0.949
Evet	68 (20.5)	122 (20.4)		
Alkol kullanımı				
Hayır	327 (98.8)	580 (96.8)		0.065
Evet	4 (1.2)	19 (3.2)		
Fizik aktivite (En az 5 gün 30 dk/hafta)				
Hayır	266 (80.4)	459 (76.6)		0.188
Evet	65 (19.6)	140 (23.4)		
Strese maruz kalma				
Hayır	106(32.0)	223(37.2)		0.116
Evet	225(68.0)	376(62.8)		
Beslenme Alışkanlıkları				
Tereyağ kullanımı				
Hayır	25(7.6)	46(7.7)		0.945
Evet	306(92.4)	553(92.3)		
Tuz tüketimi (n:456)				
Tuzsuz	115(65.0)	147(52.7)		0.010*
Tuzlu	62(35.0)	132(47.3)		
Süt ve ürünleri tüketimi (günlük tüketim)				
Tüketen	27(8.2)	77(12.9)		0.030*
Hiç tüketmeyen	304(91.8)	522(87.1)		
Kırmızı et tüketimi (sıklık/hafta)	2.87±2.34	2.45±2.00	t:2.90	0.004*
Tavuk sıklık	1.70±1.25	1.73±1.28	t: 0.30	0.764
Balık tüketimi	2.10±1.48	1.83±1.35	t:2.76	0.006*
Baklagil tüketimi	2.18±1.72	2.21±1.72	t:-2.83	0.777
Sebze tüketim	4.55 ±4.05	4.41 ±3.61	t:0.539	0.590
Meyve tüketim	10.52±9.16	10.70±9.11	t: -0.289	0.773
Hazır gıda	1.14 ± 1.59	1.28± 1.64	t:-0.951	0.342
Su tüketimi	6.12 ±4.18	6.07 ±4.15	t: 0.206	0.837
Artan kilo miktarı/hafta	2.18 ±1.23	1.8±1 0.79	t: 0.182	0.363

*p<0.05

Table 3. Cinsiyete göre metabolik sendroma katkıda bulunan riskler

	β	SE	Wald	Sig	OR	95%CI
Erkek (n:342)						
Kardiyovasküler hastalık varlığı	1.094	0.348	9.854	0.002**	2.985	1.508-5.909
Obesite	0.761	0.247	9.511	0.002**	2.141	1.320-3.474
Constant	-12.359	2.329	28.147	0.069	0.524	
Kadın (n:588)						
Yaş (40 yaş üzeri olma)	0.824	0.266	9.631	0.002**	2.280	1.355-3.837
Obesite	1.011	0.195	26.876	0.000*	2.749	1.876-4.030
Ailede diyabet varlığı Kardiyovasküler hastalık varlığı	0.431	0.194	4.921	0.027**	1.539	1.051-2.251
Kardiyovasküler hastalık varlığı	0.666	0.336	3.915	0.048**	1.946	1.006-3.763
Menopoz	0.953	0.232	16.834	0.000*	2.594	1.645-4.090
Constant	-1.710	0.356	23.108	0.000*	0.181	
Her iki cinsiyet						
Yaş (40 yaş ve üzeri olma)	1.004	0.179	31.454	0.000*	2.729	1.922-3.876
Cinsiyet (Erkek-Kadın)	0.377	0.157	5.798	0.016**	1.458	1.073-1.982
Obesite	0.963	0.151	40.874	0.000*	2.620	1.950-3.520
Ailede diyabet varlığı	0.454	0.150	9.211	0.002*	1.575	1.174- 2.111
Kardiyovasküler hastalık varlığı	0.902	0.239	14.218	0.000*	2.464	1.542-3.937
Constant	-1.448	0.261	30.795	0.000*	0.235	

*p<0.001, **p<0.05

HP-098

PALYATİF BAKIM BİLGİ TESTİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Ahmet Seven, Havva Sert

Sakarya Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, İç hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmanın amacı Nakazawa ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilen Palyatif Bakım Bilgi Testi'nin (PBBT) Türkçe formunun, geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını incelemektir

Gereç Yöntem: Çalışma metodolojik olup, Kasım 2014-Nisan 2015 tarihleri arasında, kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı üç hastanede çalışan 350 hemşireyle yapıldı. PBBT; felsefe, ağrı, dispne, gastrointestinal ve psikiyatrik problemler şeklinde 5 alt boyuttan ve toplamda 20 maddeden oluşmakta ve doğru, yanlış ve bilmiyorum şeklinde cevaplanmaktadır. PBBT'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında dil eşdeğerliği, kapsam geçerliği, yapı geçerliği (İç Tutarlılık Analizi; madde korelasyonu ve madde ayırt edicilik, birleşme ve ayrılma geçerliliği), Cronbach alpha, Gutman ve Spearman Brown güvenirlik katsayısı (Yarıya Bölme Yöntemi), madde analizi (madde toplam-item-total correlation, madde kalan-corrected item-total correlation ve madde ayırt edicilik indeksleri), ve test tekrar test tekniği kullanıldı.

Bulgular: Dil eşdeğerliği için çeviri tekrar çeviri ve uyarlanan ölçeğin Türkçe ve İngilizce formlarının karşılaştırma yöntemi kullanıldı. PBBT'nin Türkçe ve İngilizce formu 15 kişilik gruba uygulandı. PBBT genel ve tüm alt boyutları ile Türkçe ve İngilizce formlarının uygulamaları arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı güçlü ilişki olduğu belirlendi ($p<0.000$). Kapsam geçerliği incelemesi için alanlarında uzman toplam 10 uzmana gönderilen PBBT maddeleri için Dawis tekniği kullanılarak hesaplanan kapsam geçerlik indeks (KGİ) puanı 0,99±0,022 ileri derecede anlamlı olduğu saptandı (KGİ >0,80). PBBT iç tutarlık güvenirliğini belirlemek üzere yapılan analiz sonucunda Cronbach Alpha değeri $\alpha=0,91$ olarak hesaplandı. Maddelerin iki eşdeğer yarıya bölünmesi ile elde edilen güvenirlik (split-half reliability) katsayıları Spearman değeri (Equal-length Spearman-Brown) Sb=0,83 ve Guttman değeri (Guttman split-half) ise G=0,86 olarak saptandı. PBBT genel boyutunda yer alan maddeler için Pearson çarpım moment korelasyon analizi sonucu madde-toplam korelasyonlarının 0,450 ile 0,756 arasında; madde-kalan korelasyon katsayılarının ise 0,394 ile 0,709 arasında değiştiği ve ölçeğin bütününe ilişkin madde-toplam, madde-kalan ve madde ayırt edicilik özelliklerinin istatistiksel olarak $p<0,000$ düzeyinde ve PBBT'nin alt boyutlarında yer alan maddelerin tamamının ise $p<0,001$ düzeyinde anlamlı olduğu bulundu. PBBT'nin test tekrar test (n=30) analizinde 3 hafta ara ile yapılan birinci ve ikinci uygulamaları arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı güçlü ilişki olduğu belirlendi ($p<0.000$).

Sonuç: Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) Türkçe formu geçerli ve güvenilir bir araçtır.

Anahtar Kelimler: Palyatif Bakım, Bilgi Testi, Geçerlik, Güvenirlik

HP-099

HEMŞİRELERİN ÖLMEKTE OLAN HASTA BAKIMINA İLİŞKİN TUTUMLARI

Ahmet Seven, Havva Sert

Sakarya Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, İç hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışma hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel özellikte planlanan çalışma, Kasım 2014-Nisan 2015 tarihleri arasında, kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı üç hastanede çalışan 350 hemşireyle yapıldı. Sosyodemografik özellikleri içeren tanıtım formu ve Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD) ile toplanan verilerin analizi bilgisayar ortamında yüzdelik, ortalama, Mann Whitney U test ve Kruskall Wallis-H testi kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 31.58 ± 7.63 yıl olan hemşirelerin çoğunluğu kadın (%84.3), yarısından fazlası evli (%60.9), lisans ve üzeri mezunu (%51.4) ve dahili birimlerde çalışmaktadır (%62.9). Katılımcıların meslekte çalışma süreleri 1-16 yıl ve üzerinde değişmekte olup büyük çoğunluğu (%35,7) 1-5 yıl arasında çalışanlar oluşturmaktadır. Hemşirelerin FATCOD (min-max;30-150) aldıkları puanlar 54-100 arasında değişmekte olup puan ortalaması ise 77.98± 8.81'dir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun çalışırken ölmekte olan hastaya bakım verdiği (%62,6) ve ölüm olgusuyla karşılaştığı (%80,6)ve %82'sinini ölmekte olan hastaya fiziksel bakım verirken zorlanmadığı saptandı. Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verirken en çok keder/üzüntü (%93,4) duygusu yaşadıkları, ölüm olgusuyla ilk karşılaştıklarında ise ölümü doğal karşıladıkları

(%32,3) görüldü. Medeni durum, öğrenim düzeyi ve çalışılan birimin hemşirelerin ölüme ilişkin tutumlarını etkilemediği saptandı (p>0,05). "Ölmekte Olan Hastaya Fiziksel Bakım Vermede/Dokunmada Zorlanma Durumu" ile FATCOD puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu (p<0,001).

Sonuç: Hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının orta düzeyde olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimler: Hemşire, Ölüm, Tutum

HP-100

GUİLLAİN BARE SENDROMU: VAKA SUNUMU

Özgül Erol

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Giriş: Guillain Bare Sendromu (GBS), akut inflamatuar demyelinizan bir noropatidir. İnsidansı 100.000'de 1-2'dir. Genellikle hastalığın başlangıcından birkaç hafta öncesinde üst solunum yolu enfeksiyonu, gastroenterit gibi bir enfeksiyon, cerrahi girişim, aşılama öyküsü mevcuttur. GBS hızla kol ve bacakların uç kısımlarında simetrik uyuşmalar ile başlar. Hastalık hızla ilerleme göstererek simetrik motor güçsüzlük, reflekslerde azalma, yüz felci, yutma ve solunum güçlükleri gelişebilir. Kesin tanı,lomber ponksiyon ve elektromiyografi sonuçları ile konur.

Vaka sunumu: Öykü: Üst ve alt ekstremitelerde uyuşma, simetrik kuvvetsizlik şikayetleri ile acile başvuran hastada 86 yaşındaki erkek hasta ilk başvuruda herhangi bir nöroloik tanı konulamayarak eve gönderildi. Hızla ve giderek artan güçsüzlük şikayeti ile yataktan kalkamayacak hale gelen hasta, tekrar acil servise götürüldü ve GBS tanısı ile nöroloji kliniğine yatırıldı. Hastanın 10 gün önce gastroenterite bağlı karın ağrısı ve ishal şikayetlerinin olduğu ve kendiliğinden geçtiği belirlendi. Diyabet, hipertansiyon, serebrovasküler hastalık, koroner arter hastalık gibi sağlık sorunları olmayan hastanın 60 yıl sigara öyküsü bulunduğundan kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) mevcuttu. Yedi yıl önce pnömotoraks geçiren hasta, 5 ay önce sağ kolunda gelişen lenfödem nedeniyle enfeksiyon kliniğinde yatarak tedavi görmüştür.

Fiziksel muayene: Hastanın bilinci açık, oryante, konuşması akıcıdır. Periferik nabızlar palpe edilebilir olup, anormal kalp sesleri bulunmamaktadır. Pupillalar izokoriktir, elektrokardiyografisinde patolojik bulguya rastlanmamış olup akciğer grafisi KOAH ile uyumludur. Vital bulguları ve laboratuvar tetkik sonuçları normal aralıklarda bulunmuştur. Elektromiyografi ve BOS sonuçları kesin tanıyı doğrulamaktaydı. Kan gazı analizi: Ph:7.45, pO2: 73.2 mmHg, pCO2:28.7 mmHg

Tedavi: Hastaya 5 gün boyunca intravenöz immunglobulin ve plazmaferez tedavileri uygulandı. Dört ekstremiteye pasif ROM egzersizleri yaptırıldı. İlaçlar: %5 Dextroz %0.45NaCl 1500 cc (IV), Kabiven 500 cc (IV), Dekort amp. 4x1 (IV), Nevofam amp 2x1 (IV), Clexane 1x0.6 ml(SC), Dodex amp 1x1 (IM), farodil combi nebul 3x1, combivent nebul 4x1, seraquel tabl.1x1, Xatral tabl. 1x1, BT enema (LH)

Tartışma: Hastanın öyküsünde yaklaşık 10 gün önce karaciğer tava yemeye bağlı karın ağrısı ve ishal şikayetleri bulunmaktadır. Yaşına ve uzun yıllar sigara içme öyküsüne rağmen hastanın KOAH dışında herhangi bir sağlık sorunu bulunmamaktadır. Birkaç gün içinde alt ve üst ekstremitelerde güçsüzlük şikayetleri ile başlayan, ilk günlerde tanı konulamayan hastalık, çok kısa sürede hastayı yatağa bağımlı hale getirmiştir. Hastalığın en önemli komplikasyonları arasında solunum yetersizliği ve otonom fonksiyonlarda bozulma yer almaktadır. Hemşirelik bakımında Amaç: Hastanın solunum fonksiyonlarında iyileşme sağlamak, hareketliliği arttırmak, yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamak, etkili iletişim sağlamak, korku ve anksiyeteyi gidermek, komplikasyonların gelişimini önlemektir.

Hasta için öncelikli hemşirelik tanıları: Gaz alışverişinde bozulma, fiziksel hareketlilikte bozulma, beden gereksiniminden az beslenme, konstipasyon, enfeksiyona eğilim, uyku örüntüsünde bozulma, kontrol kaybı ve paraliziye bağlı anksiyete ve korku belirlendi.

Sonuç: İkinci haftanın sonunda genel durumunda kötüleşme ve artan solunum sıkıntısı nedeniyle yoğun bakım ünitesine alınan hasta yapılan tüm müdahalelere rağmen bir gün sonra kaybedildi.

Anahtar Kelimler: Guillain Bare Sendromu, hemşirelik bakımı, yaşlılık

HP-101

DAHİLİ KLİNİKLERDE YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARIN HEMŞİRELERDEN BEKLENTİLERİNE YÖNELİK KALİTATİF BİR ÇALIŞMA

Rükuye Burucu[1], Zehra Gökalp[2], Selda Arslan[3]

[1]*Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi*
[2]*Beyhekim Devlet Hastanesi*
[3]*Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

Amaç: Sağlık hizmetinin sunumunda kaliteyi artırmak İçin hizmetin etkili biçimde verilmesi ve hizmeti kullananların da memnuniyeti önemlidir. Hemşireler hasta bireyin beklentilerini karşılayabilmek İçin onun ne beklediğini bilmelidirler. Bu nedenle çalışmada yatarak tedavi gören hastaların yatış sürecinin farklı dönemlerinde hemşirelerden beklentilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem: Çalışma bir devlet hastanesinin dahili kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların hemşirelerden beklentilerini belirlemek amacı ile kalitatif olarak yapılmıştır araştırmanın çalışma grubunu, dahili kliniklerde yatarak tedavi gören, daha önce en az bir kez dahili kliniklerde tedavi görmüş, rastgele seçilmiş 10 hasta oluşturmuştur . Görüşme başlıkları hastaların; « *hastaneye ilk yattığı gün "," yattığı surede "," ziyaret saatlerinde" ve "taburcu olurken*" hemşirelerden beklentileri olmak üzere 4 ana başlıkta toplanmis, uzmanbir araştırmacı onayi alındıktan sonra yapılandırılmıştır. Hastalara araştırma hakkında açıklama yapılmış, yazılı onamları alındıktan sonra moderatör ziyaretinde raportör eşliğinde niteliksel yöntemlerden *derinlemesine Görüşme methodu* kullanılmıştır. Hastalar ses kaydı ve kamera kaydını kabul etmedikleri İçin raportör notlarının dışında hastaların verdikleri cevaplar ayrıca yazılı olarak da alınmıştır. Kalitatif verilerin analizinde betimsel veİçerik analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların hemşirelerden *ilk yatış günündeki beklentileri*; "güler yüzle karşılasınlar", "saygı göstersinler", *tüm yatış süresince beklentileri*; "ilgili davransınlar", "güler yüzlü davransınlar", çağırdığımızda hemen gelsinler", "tedavimi zamanında yapsınlar", "gece 24:00' den sonra rahatsız etmesinler" şeklinde dile getirilmiştir. *Ziyaret saatlerindeki beklentileri*: "ziyaretçilerime iyi davransınlar", "ziyaret uzun sürsün", ziyaret kısa sürsün", ziyaret saati biterken nazikçe haber versinler" şeklinde ifade edilmiştir. *Taburculuk sırasındaki beklentileri* ise "işlemlerimi hızlı tamamlasınlar", "misafir uğurlar gibi yollasınlar", "ilaçlarımı ve kontrollerimi anlatsınlar", " Taburcu olurken doktorlar değil hemşireler anlatsın doktor diliyle anlaşılır olmuyor" şeklinde bildirilmiştir.

Sonuç: Hastaların beklentileri sonucunda hemşirelerin doğru iletişim tekniklerini kullanmaları, hastaların beklentilerini karşılamaları, ziyaret saatine özen göstermeleri, özellikle taburculuk eğitiminin hemşireler tarafından verilmesinin beklendiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu ifadeler doğrultusunda hemşirelerin bakım verdiği hastaların beklentilerini dikkate alması ve hemşirelik öğretim elemanlarının da eğitimlerde bu konular uzerinde farkındalığı daha çok arttırmaları önerilebilir.

Anahtar Kelimler: Dahili klinikler, yatan hasta, hemşirelerden beklenti

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özellikleri

İsimler	Yaş	Cinsiyet	Eğitim durumu	Çalışma durumu	Hastaneye yetiş sebebi	Yatış deneyimi
ŞS	63	Kadın	ilköğretim	Ev hanımı	KOAH	3. yatış
SÖ	60	Kadın	İlköğretim	Ev hanımı	KOAH	3. yatış
ND	48	Erkek	İlköğretim	Çalışan	DM	2. yatış
MK	64	Erkek	İlköğretim	Emekli	DM	4. yatış
AD	62	Erkek	ilköğretim	Emekli	DM	2. yatış
VÇ	56	Erkek	İlköğretim	Emekli	DM	2. yatış
HÖ	58	Erkek	İlköğretim	Emekli	DM	4. yatış
AY	57	erkek	İlköğretim	Emekli	Enterit	3. yatış
İT	61	Erkek	İlköğretim	Emekli	R.Artrit	2. yatış
AB	57	Kadın	İlköğretim	Ev hanımı	KOAH	2. yatış

HP-102

Hemşirelerin Ağrı Yönetimi Hakkında Bilgi Düzeylerinin, Ağrı Uygulamaları Üzerine Etkisi

Yasemin Tokem[1], Esra Acar[2]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
[2]İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tire Devlet Hastanesi, Nöroloji Kl.

Amaç: Araştırmanın amacı; hemşirelerin ağrı yönetimi hakkındaki bilgi düzeylerinin ağrı uygulamaları üzerine etkisinin incelenmesidir.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı tipte planlanan bu araştırma; İzmir iline bağlı 250 yataklı bir ilçe hastanesinin dahili, cerrahi ve yoğun bakım kliniklerinde çalışan ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan 79 hemşire ile yürütülmüştür. Veri toplama araçları olarak; Hemşire Tanıtım Formu, Ağrı İle İlgili Hemşire Bilgi Ve Davranışları Anketi *(16 soru, her doğru cevaba 1 puan verilir)* ve Ağrıya Yönelik Girişim Uygulama Anketi *(18 soru; 5'li likert:((1): Hiçbir zaman; (5): Her zaman)* kullanılmıştır. Sözel onamları alınarak, anketler kağıt-kalem yöntemi ile hemşireler tarafından doldurulmuştur. Araştırmanın etik boyutunda; etik kurul izni ve kurum izni alınmıştır. Veriler SPSS programında tanımlayıcı istatistikler, tek yönlü varyans analizi, student t testi kullanılarak analiz edilmiştir ve sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık p<0,05 düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin %48,1'inin 21-30 yaş aralığında olduğu, %41,8'inin ön lisans mezunu olduğu, %34,2'sinin 16 yıl ve üstü mesleki deneyime sahip olduğu, %59,5'inin servis hemşiresi olarak görev yaptığı, %67,1'inin daha önce ağrının hemşirelik yönetimi ile ilgili eğitim/bilgi almadıkları görülmüştür. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve davranışları anketine verdikleri doğru cevaplar incelendiğinde; hemşirelerin, ''Uzun zamandır opioid alan hastalarda nadiren solunum depresyonu ortaya çıkar'' ifadesini %82.3, ''Bir ağrı hafifletme yöntemine başvurulmadan önce, hastanın ağrıya mümkün olduğu kadar dayanmaya teşvik edilmesi gerekir'' ifadesine ise %63,3 oranında doğru yanıt verdikleri görülmüştür. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi düzeyleri puan ortalaması 4,73±2,09 (Min:1.00-Max:10.00) ile düşük düzeyde bulunmuştur. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi puanları ile yaş, eğitim, çalışılan birim, görev ve çalışma yılları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p<0,05). Hemşirelerin Ağrıya Yönelik Girişimleri Uygulama anketindeki maddelere verdikleri yanıtlara bakıldığında ise hemşirelerin en yüksek oranda**,** yaptığı girişimleri vardiya bitiminde meslektaşına aktarma (%88,6) ve ağrının yerini tespit etme (%73,1) uygulamalarına, her zaman yanıtını verdikleri, ağrıyı azaltmak yada yok etmek için farmakolojik ajanları epidural-intratekal boşluğa epidural kateter aracılığıyla uygulama seçeneğine ise %48,1 oranında hiçbir zaman yanıtını verdikleri görülmüştür.

Sonuç ve öneriler: Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda; hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve davranış puanının düşük olduğu; bilgi ve davranış puanları ile yaş, eğitim, çalışma yılı ve ağrı yönetimi ile ilgili daha önce eğitim alma durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, hemşirelerin ağrı uygulamalarına bakıldığında ise en yüksek oranda; yaptığı girişimleri vardiya bitiminde meslektaşına aktarma olduğu görülmüştür. Perifer hastanelerde görev yapan hemşirelerin ağrı yönetimi konusunda bilgi düzeylerini arttırma ve ağrı yönetiminde hemşirenin sorumluluklarının vurgulanmasına yönelik hizmet içi eğitimlerin planlanması ve uygulanması, gerekirse bir proje kapsamında akademisyen hemşireler tarafından eğitimlerin yürütülmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: Ağrı, Hemşire, Ağrı Yönetimi

HP-103

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN KLİNİK EĞİTİM SIRASINDA YAPTIKLARI İLAÇ UYGULAMA HATALARI VE TIBBİ HATA FARKINDALIKLARI

Ayfer Bayındır Çevik, Ayşegül Demirci, Zehra Güven

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitimleri sırasında yaptıkları ilaç uygulama hatalarının sıklığını ve tıbbi hatalar konusunda farkındalıklarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı.

Yöntem: Araştırma Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 242 öğrenci ile gerçekleştirildi. Veri toplamada literatür bilgilerinden yararlanarak araştırmacılar tarafından hazırlanan, 20 sorudan oluşan anket formu kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde dağılımları, pearson ki kare, ANOVA testleri kullanıldı.

Bulgular: Öğrenciler en sık başka birinin hazırladığı ilacı uygulama (%48.8) hatasını yapmaktadır. Öğrencilerin yaptıkları ilaç hataları sıklıkları arasında sınıflara göre anlamlı farklılık yoktur (p>0.05). Enjeksiyonu yanlış bölgeye yapma (%15.3) (p<0.05) ve yanlış ilaç uygulama (%11.8), yanlış hastaya uygulama (%14.1), sterilitesi bozulmuş malzeme ile ilaç hazırlama (%12.9) ve göze kulağa yanlış teknikle ilaç uygulama hatasını (%12.9) en fazla 1. sınıf öğrencileri (p<0.001) yapmaktadır. Başka birinin hazırlamış olduğu ilacı uygulama hatasını ise en fazla (%75.3) 2. sınıf öğrencileri yapmaktadır (p<0.05) (Tablo 1). Uygulamalarda en sık tanık olunan tıbbi hatalar iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar (%62.0) ve iğne ucu yaralanmalarıdır (%59.9) (Tablo 1). Uygulamalar sırasında 3. sınıfların en çok ilaç hatalarına (%45.0), 2. sınıfların en çok iğne ucu yaralanmalarına (% 68.5) tanık olduğu belirlendi (p<0.01) (Tablo 2). Tıbbi hata yapılmasının en sık nedeni olarak uygulamalar sırasında yanında sorumlu hemşire/öğretim elemanı bulunmaması (%69.4) görülmektedir. Tıbbi hataların azaltılması için daha fazla pratik yapılması (%62.8) gerektiği düşünülmektedir (Tablo 3).

Sonuç: Tıbbi hata farkındalığını arttırmak ve ilaç hatalarını azaltmak için öğrencilere 1. sınıfta klinik öncesi laboratuvar ortamında daha fazla pratik yaptırılması, kliniklerde öğretim elemanı/hemşirelerin öğrenci ile daha fazla bire bir uygulama yapmaları, ilaç ve tıbbi hatalardan nasıl kaçınabileceklerinin öğretilmesi, farkındalık eğitimlerinin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: hemşirelik, üniversite öğrencisi, ilaç hatası, tıbbi hata, farkındalık.

Tablo 1. Sınıf seviyelerine göre hata yapma durumu

	1.sınıf	2.sınıf	3.sınıf	Toplam	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
	85(35.1)	89(36.7)	68(28.01)	242(100.0)	
Oral ilaç uygulamada hasta yanında beklememe	38(44.7)	41(46.1)	33(48.5)	112(46.3)	0.894
Başka birinin hazırladığı ilacı uygulama	44(51.8)	67(75.3)	45(66.2)	156(64.5)	0.004**
Son kullanma tarihine bakmadan ilaç uygulama	31(36.5)	41(46.1)	22(32.4)	94(38.8)	0.186
Uygulamadan sonra hastayı gözlemlememe	37(43.5)	42(47.2)	26(38.2)	105(43.4)	0.533
Açıklama yapmadan ilaç uygulama	33(38.8)	30(33.7)	22(32.4)	85(35.1)	0.664
Uygulamayı ilaç formuna kaydetmeme	28(32.9)	26(29.2)	11(16.2)	65(26.9)	0.055
İlaç hazırlamada aseptik teknikle hazırlamama	19(22.4)	16(18.0)	10(14.7)	45(18.6	0.474
Enjeksiyon sırasında yanlış teknikle ilaç uygulama	15(17.6)	8(9.0)	6(8.8)	29(12.0)	0.136
Yanlış dozda ilaç uygulama	12(14.1)	9(10.1)	4(5.9)	25(10.3)	0.250
Sterilitesi bozulmuş ilacı hastaya uygulama	8(9.4)	5(5.6)	3(4.4)	16(6.6)	0.416
Sterilitesi bozulmuş malzeme ile ilaç uygulama	11(12.9)	5(5.6)	3(4.4)	19(7.9)	0.092*
Enjeksiyonu yanlış bölgeye uygulama	13(15.3)	6(6.7)	2(2.9)	21(8.7)	0.019*
Hekim istemi olmadan ilaç uygulama	10(11.8)	5(5.6)	3(4.4)	18(7.4)	0.162
Yanlış ilaç uygulama	10(11.8)	11(12.4)	2(2.9)	23(9.5)	0.093*
Yanlış zamanda ilaç uygulama	13(15.3)	8(9.0)	6(8.8)	27(11.2)	0.322
Yanlış hastaya ilaç uygulama	12(14.1)	9(10.1)	2(2.9)	23(9.5)	0.062*
Göze ve kulağa yanlış teknik ile ilaç uygulama	11(12.9)	5(5.6)	1(1.5)	17(7.0)	0.018*
Yanlış yoldan ilaç uygulama	9(10.6)	5(5.6)	1(1.5)	15(6.2)	0.064*
İlaç uygulamada aseptik tekniğe dikkat etmeme	15(17.6)	19(21.3)	8(11.8)	42(17.4)	0.290
Tabelaya bakmadan ilaç uygulama	14(16.5)	12(13.5)	8(11.8)	34(14.0)	0.694

*p<0.001, **p<0.05

Tablo 2. Sınıf seviyelerine göre tanık olunan tıbbi hata sıklıkları

	1.sınıf	2.sınıf	3.sınıf	Toplam	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
	85(35.1)	89(36.7)	68(28.01)	242 (100.0)	
Hekim istemine ve mevcut protokollere uymama	12(14.1)	12(13.5)	8(11.8)	32(13.2)	0.909
İlaç hatası yapma	20(23.5)	42(47.2)	47(69.1)	109(45.0)	0.000*
Yanlış veya uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hatalar	20(23.5)	17(19.1)	11(16.2)	48(19.8)	0.514
Hastaların yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar	41(48.2)	46(51.7)	27(39.7)	114(47.1)	0.319
Düşmeler	16(18.8)	18(20.2)	19(27.9)	53(21.9)	0.356
Hastane enfeksiyonları	43(50.6)	41(46.1)	42(61.8)	126(52.1)	0.141
Cerrahi hatalar	8(9.4)	8(9.0)	11(16.2)	27(11.2)	0.299
Bilgilendirme hataları	39(45.9)	58(65.2)	38(55.9)	135(55.8)	0.038**
İletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar	48(56.5)	59(66.3)	43(63.2)	150(62.0)	0.398
El hijyenine dikkat etmemekten kaynaklanan hatalar	28(32.9)	32(36.0)	25(36.8)	85(35.1)	0.867
Yanlış kan transfüzyonları	10(11.8)	10(11.2)	3(4.4)	23(9.5)	0.239
İğne ucu yaralanmaları 34(40.0) 61(68.5) 50(73.5) 145(59.9) 0.000*	34(40.0)	61(68.5)	50(73.5)	145(59.9)	0.000*

*p<0.001 **p<0.05

Tablo 3. Yapılan tıbbi hataların nedenleri ve yapılması gerekenler (n:242)

	n (%)
İlaç Dışı Tıbbi Hata Yapma Durumu	
Evet	52 (21.5)
Hayır	190 (78.5)
Hatanın Ciddi Sonuçlanması (n:52)	
Majör	1 (0.4)
Hafif	26 (10.7)
Minör	25 (10.3)
Hata Bildirimi (n:52)	
Evet	43 (17.8)
Hayır	9 (3.7)
Hatanın Öğretim Elemanına Bildirilmeme Nedeni*	
Kulaktan kulağa yayılma korkusu	73 (30.2)
Hastaların algısının negatif yöne çevrilmesi korkusu	89 (36.8)
Ayıplanma/suçlanma korkusu	190 (78.5)
Tıbbi Hata Nedenleri*	
Öğretim elemanının ilgisizliği ve yeterli donanımda olmaması	108 (44.6)
Servise oryantasyon ve eğitim eksikliği	136 (56.2)
Servisteki hemşireler tarafından iş yükü zorlaması	141(58.3)
Tıbbi bakımın karmaşıklığı	75 (31.0)
Hastaların sorumluluklarını bilmemesi	34 (14.0)
Derslerin yetersiz materyal ile işlenmesi	87 (36.0)
Hastanedeki malzemelerden yeterince ve kolaylıkla faydalanamama	33 (13.6)
Uygulamalar sırasında yanında sorumlu hemşire/öğretim elemanının bulunmaması	168 (69.4)
Kendilerine olan güven eksikliği	152 (62.8)
Uygulamada hemşireler tarafından öğrencilere değer verilmemesi ve önemsenmemesi	142 (58.7)
İletişim eksikliği	143(59.1)
Beceri ve yeterlilik sorunları	112 (46.3)
Teorik bilgi ve uygulamaların uyumlu olmaması	116 (47.9)
Tıbbi hataların azaltılması için yapılması gerekenler*	
Sorumlu hemşire/öğretim elemanı ile bire bir çalışma	150 (62.0)
Daha fazla pratik yapma	152 (62.8)
Hasta güvenliği hakkında eğitim alma	55 (22.7)

*Birden fazla şık işaretlenmiştir

HP-104

ÜLSERATİF KOLİT HASTALARININ YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Emine Karaman[1], Kadriye Sayın Kasar[1], Sevda Doğan[2], Yasemin Yıldırım[1], Gülseren Dinçer[2]

[1]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği

Amaç: Bu araştırma; ülseratif kolit hastalarının yaşam kalitesini incelemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Yöntemler: Çalışmaya bir üniversite hastanesinin gastroenteroloji kliniği ve polikliniğinde tedavi gören, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 100 ülseratif kolit hastası dahil edilmiştir. Veriler, Hasta Tanıtım Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve SEO Klinik Aktivite İndeksi kullanılarak toplanmış olup; student t testi ve Kruskal Wallis H testleri ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın yapıldığı kurum ve katılımcılardan gerekli izinler alınmıştır.

Bulgular: Hastaların yarısı kadın olup, %40'ı 45 yaş ve üzerinde, %66'sında ise ek bir hastalık bulunmamaktadır. Hastaların %39'u 1-5 yıldır ülseratif kolit hastası olup, %94'ü ise bu hastalığa bağlı herhangi bir operasyon geçirmemiştir. Hastaların %51'inde distal tip bir tutulum olduğu, %53'ünde günlük dışkılama sayısının 1-5 arasında olduğu görülmüştür. Hastaların yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu; evlilerde, erkeklerde, 45 yaş ve üstü bireylerde yaşam kalitesi puanları daha yüksek olarak saptanmıştır. Bireylerin SEO Klinik Aktivite İndeksi puan ortalaması 165.41±45.25'tir ve bu ortalamanın artışı ile bireylerin yaşam kalitesi ve alt boyut puanlarında anlamlı bir azalmanın olduğu görülmüştür.

Sonuç: Ülseratif kolit, yaşam kalitelerini etkileyen önemli bir sağlık problemidir. Çalışma sonucunda; ülseratif kolitli bireylerin yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu; medeni durum, cinsiyet, yaş ve hastalık aktivite düzeyinin yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır. Ülseratif kolitli bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin hastaların yaşadığı sorunların anlaşılmasını ve tedavinin değerlendirilmesini sağlayarak daha iyi bir hemşirelik bakımının sunulmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimler: Ülseratif kolit, yaşam kalitesi, aktivite indeksi, hemşirelik

HP-105

ALZHEİMER HASTALIĞI OLAN BİREYİN BAKIM VERENLERİNE UYGULANAN DESTEK GRUP GİRİŞİMİNİN BAKIM VEREN YÜKÜ ÜZERİNE ETKİSİ

Özlem Küçükgüçlü[1], Burcu Akpınar Söylemez[1], Ahmet Turan Işık[2], Görsev Yener[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Alzheimer hastası olan bireylere bakım verenlerin yüklerinin azaltmak için kullanılan girişimlerden birisi de destek grup girişimleridir. Bu gruplar benzer sorunlar yaşayan bireylerin deneyimlerini paylaştığı ve karşılıklı desteğin planlı bir eylemler zinciri olarak tanımlandığı tipteki çalışma gruplarıdır.

Amaç: Alzheimer hastalığı olan bireyin bakım verenlerine uygulanan destek grup girişiminin bakım veren yükü üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır

Yöntem: Araştırmada kalitatif ve kantitatif karma yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik özellikler anket formu ve bakım veren yükü ölçeği kullanılmıştır. Odak grup görüşmelerinde yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Veriler Eylül 2014- Haziran 2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Örneklemi, bir üniversite hastanesi demans ve geriatri polikliniğine kayıtlı Alzheimer hastalığı olan bireylere en az altı aydır bakım veren, 30 primer bakım veren oluşturmuştur. Otuz kişi kantitatif veri sağlarken 15 kişi kalitatif çalışmaya katılmıştır. İki farklı destek grup oluşturulmuştur. Gruplar ikişer hafta ara ile olmak üzere toplam 10 oturum şeklinde yürütülmüştür. Oturumların her biri 120 dk sürmüştür. Tüm oturumlar eğitim, paylaşım ve tartışma gibi bölümlerden oluşmuştur. Belirlenen konular ile ilgili öncelikle araştırmacılar tarafından 10-15 dakikalık bir bilgilendirme yapılmış ardından bakım verenlerin paylaşım ve tartışmalarına yer verilmiştir. Araştırmacılar tarafından belirlenen konuların dışında, grup tarafından bir önceki oturumda konuşulması planlanan ya da oturumlar sırasında ortaya çıkan konular belirlenip gereksinimler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Verilerin analizinde sayı ve yüzde dağılımları, girişim önce ve sonrasını değerlendirmek için iki eş arasındaki farkın önemlilik (t testi) testi ve kalitatif içerik analizi kullanılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli kurum, etik kurul ve katılımcı izinleri alınmıştır.

Bulgular ve Tartışma: Girişim öncesi ve sonrasında toplam yük (p=.049), sosyal (p=.008) ve duygusal yük (p=.000) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma bulunmuştur (Tablo 1). Kalitatif verilerin analizi sonucu elde edilen "Bilgi sahibi olma", "Rahatlama", "Kabullenme" temaları bakım veren

yükünün sosyal yük ve duygusal yük alt boyutlarında belirlenen azalmanın açıklanmasında önemli bir veri oluşturmaktadır. Odak grup görüşmesi sırasında bakım verenler baş etme becerilerinin geliştiğini, iletişim kurmayı öğrendiklerini, gelecekte yaşanacaklara hazırlıklı olduklarını, şükretmeyi, sabretmeyi ve kabullenmeyi öğrendiklerini ifade etmişlerdir. Bu kazanımların bakım veren yükünün azalmasında etkili olan faktörler olduğu düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler: Sosyal destek sağlamada önemli bir girişim olan destek grubun bakım verenlerin sosyal yük, duygusal yük ve toplam yük puanlarında anlamlı bir azalma sağlaması açısından önemli bir araştırma bulgusudur. Bu sonuçlar doğrultusunda bakım veren yüklerini azalmak için destek grup uygulamalarının farklı demans tiplerinde ve farklı hastalık gruplarında da yapılması önerilmektedir.Anahtar Kelimler: destek grup, demans, bakım veren, yük, mix yöntem

Tablo 1. Destek grup öncesi ve sonrasına göre bakım veren yükü ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Destek Grup Öncesi (30) x ±SS	Destek Grup Sonrası (30) x ±SS	t	p
Bakım Veren Yükü	40.45 ± 19.08	35.84 ± 18.86	2.058	.049
Zaman-Bağımlılık Yükü	11.83 ± 6.49	12.00 ± 5.9	-.242	.810
Gelişimsel Yük	9.37 ± 5.76	8.93 ± 5.64	.513	.612
Fiziksel Yük	8.71 ± 5.99	7.92 ± 6.12	.890	.381
Duygusal Yük	5.03 ± 2.99	2.56 ± 2.94	4.163	.000
Sosyal Yük	5.43 ± 4.49	4.00 ± 5.05	2.854	.008

HP-106

İSKEMİK İNMELİ HASTADA TROMBOLİTİK TEDAVİ VE ACİL HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Gülnur Evmek, Nilüfer Yeşilot Barlas, Erdi Şahin

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

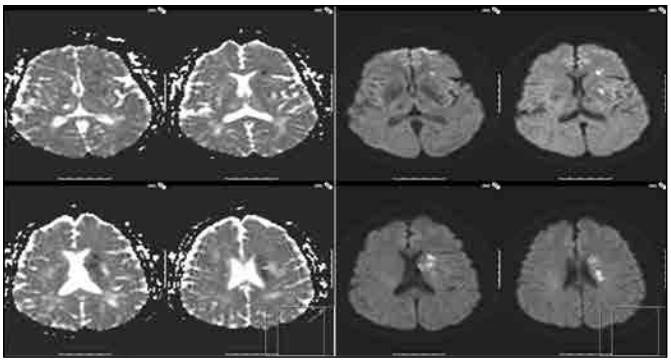
Giriş: İskemik inme, beyine giden veya beynin içindeki damarların çeşitli şekilde daralması, tıkanması sonucunda gelişmektedir. Rekombinan doku plazminojen antikoru (rt- PA) ile intravenöz trombolitik tedavi ilk 4,5 saat içinde uygulanabilen, akut iskemik inme hastalarında etkinliği kanıtlanmış bir tedavi yöntemidir.

Olgu: 81 yaşında kadın hasta saat 13:00'da ani gelişen peltek konuşma, sol kol ve bacak güçsüzlüğü yakınmalarıyla başvurduğu başka bir hastanede enoksaparin 0,6 cc 1x1, Asetilsalisilik asit 100 mg 1x1 tedavisi verilerek acil polikliniğimize yönlendirildi. Bilinen inme ve geçici iskemik atak öyküsü olmayan hastanın özgeçmişinde 7 yıldır bilinen hipertansiyonu ve diyabeti vardı. Soygeçmişinde erkek kardeşi 50 yaşında miyokard infarktüsü nedeniyle kaybedilmiş. 30 paket/ yıl sigara kullanım öyküsü olan ve hala sigara kullanan hastanın alkol kullanım öyküsü yoktu. Valsartan + hidroklorotiyazid 160/ 12,5 mg /gün, gliklazid 30 mg/gün kullanıyordu. Kan basıncı sağ kol: 135/ 85 mmHg, sol kol: 140/80 mmHg, nabız: 65/dk ritmik, oksijen saturasyonu: %99, vücut ısısı: 36° C, kan glikozu:128 mg/dl saptandı, sistemik muayenesi normaldi. Nörolojik muayenede seslenmekle göz açıyordu, iş birliği kısıtlı, yer, kişi yönelimi korunmuş, zaman yönelimi bozuktu, dizartrik konuşuyordu, anozognozisi vardı, pupilleri izokorikti, sağa bakma eğilimindeydi, ışık refleksi iki yanlı alınıyordu, okülosefalik refleksle sola baktırılabiliyordu, sol nazolabial sulkus silikti, sol kol ve bacak yatak seviyesinde hareketliydi, sağ kol ve bacakta kas güçleri tamdı, sol kol ve bacakta duyusal söndürmesi vardı, derin tendon refleksleri normoaktifti, taban dersi refleksi sağda fleksör, solda ekstansördü. National Institutes Health Stroke Skalası (NIHSS) : 11, Glasgow Koma Skalası (GKS) :14. Acil laboratuar incelemelerinde, EKG, kranyal BT, akciger grafisinde patolojik bulgu saptanmadı. Geniş lümenli iki damar yolu açıldı. Monitörize edilerek vital bulguları takip edildi. Güvenli çevre oluşturularak aspirasyon riskine karşı semi- Fowler pozisyon verildi, nazogastrik sonda takıldı. Aldığı çıkardığı ve kanama takibi için Foley sonda takıldı. Saat 15:50'de 59 kg olan hastaya 5,3 mg bolus, 47,9 mg 1 saatlik infüzyon rt-PA tedavisi uygulandı. Hastanın NIHSS, ajitasyon, bulantı/ kusma, kanama, anizokori, konvülsiyon, vital bulgular, oksijen saturasyonu, kan şekeri 15 dak. aralarla takip edildi. Trombolitik tedavi başladıktan 30 dak. sonra kan basıncı 190/ 75 mmHg saptanan hastaya, esmolol infüzyon tedavisi başlandı ve kan basıncı 180/110 mmHg altında olacak şekilde doz ayarlandı. 17:00'da hastaya konvansiyonel anjiyografi yapıldı ve sağ karotis interna proksimaline stent uygulandı. Hemşirelik bakımında düşme riski, hava yolu açıklığının sağlanması, aspirasyon , enfeksiyon , sıvı volüm dengesizliği , kanama ve konfüzyon riskleri bakımından değerlendirildi ve girişimler uygulandı.

Tartışma: Uygulanan intravenöz trombolitik tedavisi komplikasyonsuz gerçekleşen hastada, endovasküler girişim sonrasında NIHSS:11 GKS:14 saptanarak, nöroloji inme ünitesine sevk edildi.

Sonuç: Dünyada kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü ölüm nedeni olan inme sonucunda hastaların % 30' unun hemen kaybedildiği, geri kalan grupta engelliliğe neden olduğu düşünülürse toplumun bu konuda eğitilmesi ve uzman hizmet sunan merkezlerin arttırılmasının toplumun yaşam kalitesinin arttıracağı aşikârdır.

Anahtar Kelimler: iskemik, inme, tromboliz, tedavi, acil hemşirelik,



Şekil 1.

HP-107

RİZE İLİNDE YAŞAYAN ONKOLOJİ HASTALARININ TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANMA DURUMLARI

Ayfer Bayındır Çevik[1], Tuba Koyuncu [2], Meryem İnce[2], Gülnihal Tufan[2]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Onkoloji Ünitesi

Giriş: Tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) henüz konvansiyonel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen sağlık bakım sistemleri, ürünleri ve uygulamalarıdır. Bununla birlikte TAT kullanımı hem genel popülasyonda hem de kanser hastaları arasında artmaktadır. Bir çok kanser hastası konvansiyonel tedavilerle birlikte, tedavi olma/sağlama, tedaviye destek olma, kanserin tekrarlamasını önleme, konvansiyonel tedaviler yerine kullanma ve son bir çare olarak TAT kullanmaktadır. Aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 14 Avrupa ülkesinde kanser hastalarında TAT kullanım sıklığının incelendiği bir çalışmada kanser hastalarının TAT kullanım oranı %36 olarak (%15-73 arasında değişen aralıkta) bulunmuştur.

Kanser hastalarının TAT kullanımı hakkında ulaşılabilen çalışmalar incelendiğinde, ülkemizde bir çok çalışmaya rastlanmaktadır. Bununla birlikte TAT kullanımı ile ilgili farklı bir kültüre ve bitki florasına sahip Doğu Karadeniz Bölgesi›ne ait veriye rastlanamamıştır.

Amaç: Bu çalışmada Rize ilindeki onkoloji hastalarının TAT yöntemlerini kullanma durumları ve buna etki eden faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

Metod: Araştırma dizaynı tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı. Çalışma verileri 30 Kasım 2014 –30 Mayıs 2015 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Birimi'nde ayaktan tedavi yapılan Kemoterapi Ünitesi'nde toplandı. Araştırmaya kanser tanısı almış ve belirtilen tarihlerde üniteye başvuran iletişim kurabilen, en az ilkokul mezunu ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar dahil edildi. Katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alındı. Literatür doğrultusunda hazırlanan demografik bilgilerin ve tamamlayıcı tıp yöntemleri kullanımına yönelik sorulardan oluşan anket kullanıldı. Araştırma verilerinin analizinde frekans, analizi kullanıldı.

Bulgular: Çalışma grubunun %50.6'sı kadın, %49.4'ü erkeklerden oluşmaktadır. Yine çalışma grubunun %68'i kentte oturmakta, %45'i ortaokul/lise mezunudur. Çalışma grubunun %6.9'u halen sigara, %1.9'u halen alkol kullanmaktadır. Çalışma grubunun %29.4'ü meme kanseri, %50'si IV evre, %94.4'ü KT almakta, %42.5'i kendi sağlığını iyi olarak algılamaktadır. Çalışma grubunun %35.6'sı TAT kullanmaktadır. Çalışma grubunun %22.5'i tedaviye destek olma amacı ile, %22.5'i bal kullanmaktadır. Kullananların 49.1'i bu konuda sağlık elemanına bilgi vermemekte ve sağlık elemanlarının ise %29.8'i TAT kullanımını önermekte ve %29.8'i karışmamaktadır. Grubun %47.4'ü TAT hakkında bilgiye internetten ulaşmakta, %33'ü internetten temin etmektedir. Çalışma grubunun %47.4'ü TAT ürünlerine aylık 1-100 TL harcamaktadır. TAT kullananların %47.3'ü şikayetlerinin azaldığını belirtmektedir.

Sonuç: Rize ilinde TAT kullanım oranı yüksek olup sıklıkla doğal bal kullanılmaktadır. TAT ürünleri konusunda internetten bilgi edinme ve temin etme oranı yüksek olduğundan onkoloji hastalarının bu konuda bilinçlendirilmesi önemlidir. Hastanın tedavisinden ve bakımdan sorunlu olan sağlık bakım üyeleri, kanser hastalarının TAT kullanım nedenlerini ve bunu etkileyen faktörleri bilmelidir

ve günümüz modern tıbbın olanakları ile tedavi olabilecek kanser hastalarının sağlık bakım sisteminin içerisinde kalmaları sağlanmalıdır. Konvansiyonel tedavileri uygularken hastaların tedavi kararlarına katılımı ve tedavileri üzerinde daha çok kontrol olanağı sağlamalı ve hasta ile olumlu, insancıl ve bu konuda ön yargısız bir iletişim kurulmalıdır.

Anahtar Kelimler: Tamamlayıcı ve alternatif tedavi, onkoloji, hasta, hemşirelik

Tablo 1. Çalışma grubunun karakteristikleri

Sosyo demografik özellikler	X ort yada n (%)
Yaş	Yaş 56.08±13.01
Cinsiyet	
Erkek	79(49.4)
Kadın	81(50.6)
Oturulan Yer	
Kent	110(68.8)
Kır	50(31.2)
Eğitim durumu	
Okur yazar değil	17(10.6)
İlkokul	29(18.1)
Ortaokul/lise	72(45.0)
Üniversite	42(26.3)
Aile tipi	
Yalnız	15(9.4)
Çekirdek aile	105(65.6)
Geniş aile	40(25.0)
Ekonomik durum	
Geliri giderinden az	36(22.5)
Geliri giderinden eşit	115(71.6)
Geliri giderinden fazla	9(5.6)
Alışkanlıkları	
Sigara kullanımı	
Halen kullanıyor	11(6.9)
Bırakmış	78(48.8)
Hiç kullanmamış	71(44.4)
Alkol kullanımı	
Halen kullanıyor	3(1.9)
Bırakmış	38(23.8)
Hiç kullanmamış	119(74.4)
Hastalığa ilişkin faktörler	
Kanser türü	
Meme	47(29.4)
Akciğer	29(18.1)
Kolon	25(15.6)
Diğer	59(36.9)
Evre	
I	8(5)
II	19(11.9)
III	30(18.8)
IV	80(50)
Bilinmeyen	23(14.4)
Bugüne kadar görülen tedaviler	
Cerrahi	104(65.0)
Kemoterapi	151(94.4)
Radyoterapi	64(40.0)
Hormon tedavisi	6(3.8)
Diğer	9(5.6)
Sağlık algısı	
Çok iyi	29(18.1)
İyi	68(42.5)
Orta	41(25.6)
Kötü	19(11.9)
Çok kötü	3(1.9)

Tablo 2. Çalışma grubunun TAT kullanımına ilişkin verileri

	n (%)
TAT kullanımı	
Evet	57(35.6)
Hayır	103(64.4)
TAT kullanma nedenleri*	
Tedavi olma	13(8.1)
Destek olma	36(22.5)
Son çare	2(1.3)
Mücadele	9(5.6)
Yaşam kalitesi	7(4.4)
Tekrarı önleme	6(3.8)
Yan etkileri azaltma	2(1.3)
Bağışıklığı güçlendirme	14(8.8)
Şikayet azaltma	3(1.9)
TAT kullanım yöntemleri*	
Bitki	31(19.8)
Baharat	12(5.6)
Bal	36(22.5)
Polen	6(3.1)
Şifalı su	6(2.5)
Vitamin	1(0.6)
İnanç	12(4.3)
Hayal kurma	1(0.6)
Son 1 ayda TAT kullanan (n:57)	38(66.6)
Sağlık elemanına bilgi verme (n:57)	28(49.1)
Sağlık elemanı ile konuşabilme (n:57)	
Hiçbir zaman konuşmam	15(26.3)
Bazen konuşurum	11(19.3)
Genellikle konuşurum	31(19.4)
TAT kullanımını sağlık elemanlarının desteklemesi (n:57)	
Karışmıyor	17(29.8)
Öneriyor	17(29.8)
Haberi yok	23(54.4)
TAT hakkında bilgi kaynakları	
İnternet	27(47.4)
Arkadaş, komşu, akraba	14(24.6)
Aile	7(12.3)
Benzer hastalığı olan	4(7.0)
TV, dergi, gazete	4(7.1)
Sağlık elemanı	1(1.8)
TAT ürünlerini nerden temin ettiği	
Evde kendi hazırlıyor	12(21.1)
Eczane	3(5.3)
Aktar	23(40.4)
Internet	19(33.3)
TAT ürünlerine harcanan para (ayda/TL)	
Hiç harcamıyor	18(31.6)
1-100 TL	27(47.4)
100 TL üzeri	12(21.1)
Kullanım şekli	
Oral	56(98.2)
Cilde Sürme	1(1.8)
TAT sonrası şikayet azalması	
Evet	27(47.37)
Hayır	12(21.05)
Farkında değilim	18(31.58)
Azalan şikayetler (n:27)	
KT, RT şikayetleri	6(22.2)
Hastalıkla ilgili şikayetleri	13(48.2)
Psikolojik olarak iyi geliyor	8(29.6)
Çevrenizde TAT kullanan (n:57)	
Evet	22(38.6)
Hayır	35 (61.4)

*Birden fazla şık işaretlenmiştir

HP-108

MATE BİTKİSİNİN SAĞLIKTA KULLANIMI VE OBEZİTE ÜZERİNE ETKİSİ

Muhammed Hüsameddin Kaya[1], Ayfer Bayındır Çevik[2]

[1]*Özel Medikal Park, Gaziantep*
[2]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Rize*

Amaç: Türk Toplumun da mate çayı kullanım oranı ve etkinliğini belirlemek için bu yönde çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Bu çalışmada Türk Toplumunda mate çayının kullanım alanlarının ve şeklinin belirlemesi, en sık kullanımı olan obezitenin önlenmesinde etkinliğinin değerlendirilmesi, kullanım ve tercih nedenlerinin ele alıp incelenmesi amaçlandı.

Botanik özellikleri: Mate bitkisi, çobanpüsküller ailesinden ve latince "Ilex paraguariensis'' olarak adlandırılan Güney Amerika da yetişen bir bitkidir. Türkiye'de Akdeniz ve Ege Bölgesi'nde de yetiştirilebilmektedir. Genellikle çay ve kahvenin yerine tercih edilmektedir.

Mate çayının medikal alanlarda kullanımı

- **Mate ve diyabet (tip 2):** Mate çayı tedavisi obezite ile ilişkili glukoz seviyeleri üzerinde modüle edici bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Glikoz metabolizmasında yer alan klorojenik asit, ana polifenol, glikoz-6-fosfataz, aktivitesini düzenlediği düşünülmektedir.
- **Mate ve antioksidan etki:** Yapılan hücresel çalışmalar mate çayının antioksidan özelliğini göstermiştir. Bu özelliğini içerdiği polifenollerden kaynaklandığı düşünülmektedir.
- **Mate ve antimikrobiyal etki:** Mate çayının içerdiği fenolik bileşiklerden dolayı E.coli dışında ki tüm bakterilere bakterisit etki gösterdiği bulunmuştur.
- **Mate ve Obezite:** Mate çayının obezite üzerinde etkilerinin araştırıldığı bir çok çalışmada lipid parametrelerinde, yağ dokuda azalma ve ünsilin direnci üzerinde olumlu ve modüle edici bir etkiye sahip olduğu gözlenip mate çayının obeziteye karşı savaşta yardımcı olabileceği savunulmaktadır. Mate çayı ile tedavi edilen farelerde, kolestrol, trigliserit, LDL- kolestrol ve glukoz serum düzeylerinde, kilo alımında, yağlanma da belirgin azalma ve obezite ile ilgili çeşitli genlerin sentezlenmesinde modüle edici bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır.

Mate çayının kontrendikasyonları: Kafein bir uyarıcı olduğu için nabız ve tansiyonda yükselmeye, kalp ritminizi bozmaya yönelik zararlı bir etkisi gözlenebilir. Ayrıca kafein mate çayının içeriğinden dolayı fazla oranda içilmesi uyarıcı etki yapıp uykusuzluk ve sersemliğe sebep olabilir. Hamilelerde dikkatli kullanılmalıdır. Mate çayının sıcak ve uzun süreli içilmesinden dolayı kanser yapma riskinin olduğu bazı çalışmalarda gözlenmiştir.

Sonuç ve öneriler:

- Yapılan denek hayvan çalışmaları ve taramalar sonucunda, mate çayının obezite ve glukoz metabolizması üzerinde olumlu etkisi ve obezite ile savaşta kullanılabilir olduğunu göstermektedir.
- Uzun süreli ve sıcak kullanımında kanser riski olduğu için uzun süreli kullanılması ve sıcak çay formatında içilmesi önerilmemektedir.
- Taramalarımız sonucunda Türkiye'de mate çayı ve obezite üzerine yapılan çalışmalar yapılmadığı belirlenmiştir. Türk Toplumun da mate çayı kullanım oranı ve etkinliğini belirlemek için bu yönde çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Kaynaklar

1. Arçari DP., Bartchewsky W Jr., dos Santos TW., ve ark. (2011) Anti-inflammatory effects of yerba maté extract (Ilex paraguariensis) ameliorate insulin resistance in mice with high fat diet-induced obesity. Molecular and Cellular Endocrinology 30; 335(2): 110-5.

2. Kang YR., Lee HY., Kim JH., ve ark. (2012) Anti-obesity and anti-diabetic effects of Yerba Mate (Ilex paraguariensis) in C57BL/6J mice fed a high-fat diet. Lab. Anim. Res. 2012; 28(1),23-29.

Anahtar Kelimler: Mate, Ilex paraguariensis, obesite,



Şekil 1.

HP-109

DİYABETİN KADIN CİNSEL SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Lale Yacan[1], Özgül Erol

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Diyabet, tüm dünyada gideren artış gösteren ve yaygınlığı ile birey, aile ve toplum sağlığı üzerinde önemli etkileri olan bir sağlık sorunudur. Cinsellik, yaşamın doğal, sağlıklı ve ayrılmaz bir parçası olup hem kadınların hem de erkeklerin hayatında önemli bir yere sahiptir. Cinsellik; yaş, hormonal değişiklikler, bazı hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar, endokrin hastalıklar gibi pek çok unsurdan etkilenir. Diyabet de cinsel sağlığı etkileyen önemli unsurlardan biridir. Diyabet, hem erkek hem de kadın cinsel sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Diyabetin erkek cinsel sağlığı üzerindeki etkilerini inceleyen pek çok çalışma varken, kadın cinsel sağlığı üzerindeki etkilerine daha az değinilmektedir. Halbuki kadınlarda diyabete bağlı kan şekeri yüksekliği nedeniyle vajinal mantar enfeksiyonlarına sık rastlanılmaktadır. Bu enfeksiyonlar sonucu kadınlarda kaşıntı, kötü kokulu akıntı ve ağrı gibi cinsel yaşamı etkileyecek şikayetler oluşur. Ayrıca diyabete bağlı gelişen nöropati, otonom sinir sisteminde hasara yol açarak orgazmı olumsuz yönde etkiler, cinsel isteğin azalmasına ve uyarılma düzeyinin uzamasına neden olur. Lubrikasyon eksikliğine bağlı olarak da kadınlarda disparoni görülebilir. Bu durumların tümü cinsel isteğin azalmasına, cinsel sağlığın bozulmasına yol açar ve kadınların çocuk sahibi olma kararlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Diyabetin kadınlarda cinsel sağlığa olan olumsuz etkilerini azaltmak için glisemik kontrolün sağlanması, alkol-sigaranın bırakılması, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz ve vücut ağırlığının kontrolü gibi yaşam tarzı değişikliklerinin yapılması çok önemlidir.

Anahtar Kelimler: diyabet, cinsellik, cinsel sağlık, kadın

HP-110

SAFRAN BİTKİSİNİN SAĞLIKTA KULLANIMI VE KANSERDE ETKİSİ

Aleyna Akpınar[1], Ayfer Bayındır Çevik[2]

[1]*Sürmene Devlet Hastanesi, Trabzon*
[2]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Rize*

Amaç: Bu çalışmada ülkemizde yetişmekte olan ancak, önemi yeterince kavranmamış olan safran bitkisinin sağlıkta kullanım alanlarına değinmek ve safran kanser ilişkisini irdelemek amaçlandı.

Botanik özellikleri: Latincesi Crocus sativus L., yöresel adı Safran'dır. Bileşiminde uçucu yağ (%0.4-1.5), pikrokrosin ve krosin esas maddelerini içerir. Safran dünya piyasalarında tıbbi ve aromatik bitkiler içinde yer almaktadır. Safran ismi hem bitki hem de baharat olarak kullanılmaktadır. Crocus Sativus L. bitkisinin çiçeğinin parlak kırmızı boyuncuk (stilus) ve tepecik (stigma) kısımları kullanılarak safran bitkisi veya baharatı elde edilmektedir. Safran kokusunu *safranal*, tadını *picocrocin* ve rengini *crocin* maddelerinin verdiğini bu madde-

lerinde crocus sativus L.'nin kırmızımsı ve üç parçalı stigmalarında bulunduğu tespit edilmiştir. Sonbaharda çiçek açan, 20-30 cm boyunda, soğanlı bir kültür bitkisidir. Yaprakları uzun ve koyu yeşil renklidir. Çiçekleri mor renklidir. Tepeciklerinden elde edilen safran; renk, tat ve koku verici olarak kullanılır.

Kullanım alanları:

- Sinir sistemi rahatsızlıkları ve uykusuzlukta yatıştırıcı,
- Solunum sistemi rahatsızlıklarında (astıma karşı, öksürük kesici),
- Sindirim sistemi rahatsızlıklarında (mide hastalıkları, kolik ağrılar),
- Genital sistem rahatsızlıklarında (adet düzensizlikleri ve ağrıları, afrodizyak, tüp bebek uygulamalarında fazla sayıda oosit elde etme),
- Kalp yetersizliğinde,
- Hipertansiyon ve yüksek kolesterolde tedavi amacı ile,
- Strese karşı koruyucu bir etkisi nedeni ile kullanılmaktadır.
- Kanser tedavisinde kullanılır.
- Depresyona iyi gelir.
- Göz sağlığını korur.
- Sedef hastalığı tedavisinde kullanılır.
- Enfeksiyon önleyici etkisi bulunmaktadır.

Safran ve kanser: Yapılan araştırmalarda vücutta artan safran özü, karotenoidler ve belirtilen ana bileşenlerin kansere karşı kemopreventif özelliklere sahip olduğunu göstermiştir. Safranın özellikle akciğer, karaciğer, prostat ve pankreas kanserleri üzerinde etkisini araştırmaya yönelik çalışmalar bulunmaktadır.

Sonuç: Literatür taraması sonucunda safran bitkisinin sağlık konusunda insanlara kazandırılması gereken dünya çapında bir bitki olduğu görüldü. Yapılan son çalışmalar safranın birçok yararlı etkisine ilaveten potansiyel bir antikanser etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Öneriler: Günümüzde alternatif tıp kullanımın artması ve insanların doğal yollara başvurması safran bitkisinin etkileri ve kullanımları hakkında kamuoyu bilinçlendirilmelidir. Safran bitkisinin sağlığın farklı kullanım alanlarını belirlemeye yönelik daha fazla çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Kaynaklar

1. Mousavi SZ, Bathaie SZ. (2011). Historicaluses of saffron: İdentifying potential new avenues for modern research. Avicenna Journal of Phytomedicine, 1(2): 57-66.

2. Srivastava R, Ahmed H, Dixit RK, Dharamveer, Saraf SA. (2010). Crocus Sativus L: A comprehensive review. Pharmacoqn Rev., 4(8):200-8.

3.Festuccia C, Mancini A, Gravina GL, Scarsella L, Lorens S, Alonso GL, Tatone C, Di Cesare E, Jannini EA, Lenzi A, D'Alessandro AM, Carmona M. (2014). Antitumor effects of saffron-derived carotenoids in prostate cancer cell models. Biomed Res Int.,1350-48.

Anahtar Kelimler: Safran, Crocus sativus L, kanser, safran özü, karotenoidler



Şekil 1.

HP-111

DERİ KANSERİ VE GÜNEŞTEN KORUNMADA HEMŞİRENİN ROLÜ

Zehra Güven, Ayfer Bayındır Çevik

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmada güneş ışınlarının deri üzerindeki olumsuz etkileri ve kanserle olan ilişkisini açıklamak, deri kanserinden korunmak için alınabilecek önlemlerde hemşirenin rolü hakkında bilgi vermek amaçlandı.

Genel bilgiler: Deri kanseri dünyada ve ülkemizde giderek artan insidansı ile dikkati çekmektedir. Yapılan birçok çalışma bireylerin güneşten korunma, deri kanseri, kendi kendine deri muayenesi hakkında bilgi eksikliği olduğunu, eğitimlerle bunun önlenebileceğini ortaya koymuştur. Bu nedenlerden dolayı güneşten korunma bilincinin erken dönemde oluşturulması son derece önemlidir.

Hemşirenin rolü: Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)'nin Cilt Kanserini Önleme Ulusal Eğitim Programın'a göre;

Primer korunma programı kapsamında hemşire, özellikle risk altında olan bireyleri kanserden korunma ve erken tanı belirtileri konusunda bilgilendirmesi önemlidir. Bireylere gölgede bulunma, uzun-ince açık renkli giysi kullanma, geniş kenarlı şapka kullanma, güneş gözlüğü kullanılması ve güneşten koruyucu ürünlerin kullanılması, ciltte bulunan benlerde meydana gelen değişiklikler açıklanmalıdır.

Sekonder korunma programı kapsamında hemşire, sağlık taramalarının ve erken tanının önemini vurgulamalıdır. Risk altındaki grupların seçilerek taranması daha başarılı sonuçlar vermektedir. Erken tanı süreci sırasında bireylere destek ve yardım sağlamadaki etkinliklerinin yanı sıra tanı konulduğunda, hastanın olduğu kadar ailenin de bilgilendirilmesinde rol alabilirler.

Tersiyer korunma programı kapsamında hemşireler, hastaları eğiterek ve izleyerek komplikasyonları önleyebilirler. Ayrıca, semptom kontrolünü sağlayarak ve komplikasyonlar için anında girişimde bulunarak sakatlıkları azaltabilirler.

Sonuç: Sağlığı koruma ve geliştirmede önemli rol üstlenen hemşireler çocuklara ve ailelere güneşten korunmanın amacını ve önemini öğreterek farkındalıklarını arttırmalıdır. Bunun için halkın güneşten korunma konusundaki bilgilerini ve davranışlarını değerlendirme ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Bu amaçla epidemiyolojik saha araştırmaları yapmak ve davranış değişikliğini sağlayıcı eğitim programları düzenlemek gerekmektedir.

Öneriler:

Dünya Sağlık Örgütü güneşten korumayı aşağıdaki gibi önermektedir:

- UV indeksini takip edin.
- Ailelerden başlayarak toplumun sağlık eğitimi ile bilinçlendirilmesi,
- Okullarda hizmet içi programların hazırlanması,
- Okulda güneşten korunma ile ilgili politikaların geliştirilmesi,
- Özellikle kırsal kesimde yaşayan aileler için toplum sağlığı hizmetlerinde koruyucu önlemlerle ilgili çalışmalara önem verilmesi,
- Medya aracılığı ile UV-I'nın halka duyurulması,
- Alınması gereken önlemler konusunda broşürler bastırılması, güneşten korunma kampanyaları düzenlenmesi, toplum politikalarının oluşturulması,
- Güneş koruyucu krem ve güneş koruyucu gözlük kullanımı gibi uygulamaların sosyal güvenlik sistemi kapsamına alınabilirliğinin sağlanması,
- Açık alanda çalışan insanlar için çalışma saatlerinin düzenlenmesi.

Kaynaklar

1. Aktürk A., Yıldız D. K., Bilen N., Bayramgüller D., Kıran N., Onyedi M. (2006). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesine 1996-2003 yılları arasında başvuran deri kanseri olguları. Türkiye Klinikleri Journal Dermatology; 16: 44-49.

2. Ergül, Ş., Özeren, E. (2011). Sun Protection Behavior and Individual Risk Factors of Turkish Primary School Students Associated with Skin Cancer: A Ouestionnaire-Based Study. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention; 12, 765-770.

Anahtar Kelimler: deri kanseri, güneşten korunma, hemşire



Şekil 1.

HP-112

SAĞLIK EĞİTİMİ ALAN KIZ ÖĞRENCİLERİNİN OSTEOPOROZ RİSK FAKTÖRLERİ VE FARKINDALIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayfer Bayındır Çevik[1], Hilal Pekmezci[2], Sema Koçan[2]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Amaç: Bu çalışma sağlık eğitimi alan kız öğrencilerin sahip oldukları osteoporoz risk faktörlerini, risklerini ve farkındalıklarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı.

Metod: Çalışma verileri 192 kız öğrenciden toplandı. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özelliklerin ve alışkanlıkların sorgulandığı bilgi formu, Uluslararası Osteoporoz Vakfı tarafından geliştirilmiş olan "Bir dakikalık risk testi" ve araştırmacılar tarafından geliştirilmiş "Osteoporoz Risk Farkındalıkları"nı değerlendirmeye yönelik form kullanıldı. Verilerin analizinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma ve korelasyon testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin % 98.4' ü bekar, %6'sı sigara kullanmakta, %54.7'si hiç egzersiz yapmamakta, %42.2'si ise süt tüketmemektedir. Öğrencilerin %13'ü düzenli olarak ilaç kullanmakta,%40.6'sı sırt ve bel ağrısı çekmekte, %50.5'i kapalı giyim tarzını seçmekte ve %57.3'ü güneşlenmemektedir. Öğrencilerin ailelerinin %12.5'inde osteoporoz, %20.3'ünde ise kırık hikayesi bulunmaktadır. Ailesinde osteoporoz hikayesi bulunanların risk puanları bulunmayanlara göre daha yüksek bulundu ($p<0.001$). Beden Kütle Indeksi (BKI) ile osteoporoz risk puanı arasında ters yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Öğrencilerin %97.4' ünün osteoporoz risklerinin düşük, osteoporoz risk farkındalık puanına göre ise farkındalıklarının orta düzeyde (12.84±3.16) olduğu belirlendi. Osteoporoz risk puanı ile farkındalık puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p<0.05$).

Sonuç: Bu çalışma, gençlik döneminde düşük risk grubunda yer alan öğrencilerde erken dönemde risk faktörleri taraması yapılması, risklerinin ölçülmesi, farkındalıklarının arttırılması ve korunmaya yönelik yaşam şekli düzenlemeleri konusunda eğitim ile davranış değişikliği yapılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimler: Osteoporoz, risk, farkındalık, öğrenci, kadın

Tablo 1. Öğrencilerin sahip oldukları osteoporoz ile ilişkili şikayetleri ve risk faktörleri (n:192)

Değişkenler	% (n)
Osteoporoza yönelik şikayetlerin varlığı	40.6 (78)
Sırt/bel ağrısı çekme	12.5 (24)
Sırtta kamburlaşma	5.7 (11)
Kırık hikayesi	18.2(35)
50 kg'dan düşük olma	
Riskli yaşam tarzı	
Sigara Kullanımı	3.1 (6)
Egzersiz yapmama	54.7 (105)
Düzenli kahve tüketimi	57.3 (110)
Düzenli olarak süt tüketmeme	57.8 (111)
Güneşlenmeme	57.3 (110)
Kapalı giyim tarzı	50.5 (97)
Özgeçmiş	
Menarş yaşı 14 ve üzeri olan	39.6(76)
3 aydan uzun süre yatağa bağımlılık	2.1 (4)
Soygeçmiş	
Ailede osteoporoz öyküsü	12.5 (24)
Ailede kırık öyküsü	20.3 (39)
İlaç kullanımı	
Düzenli kullanım	13.0 (25)
Östrojen ve kalsiyum desteği alma	2.6 (5)
3 aydan uzun süre kortizon kullanımı	2.6(5)
Osteoporoz ve ilişkili hastalıkların varlığı	
Hipertansiyon	0.5(1)
Diyabet	1.0 (2)
Tiroid	1.6 (3)
Akciğer hastalığı	1.0(2)
Böbrek hastalığı	2.1(4)
Mide ve barsak	5.7(11)
Romatoid artirit	1.0(2)
Osteoporoz	0.5(1)

Tablo 2. Öğrencilerin Risk Gruplarına Göre Puanları (n:191)

Risk Grupları	Risk Grupları % (n) Risk Farkındalığı Puanı	Risk Farkındalığı Puanı
Düşük risk (<50 puan)	97.4 (186)	12.84±3.16
Orta derecede risk (55-100 puan arası)	2.6 (5)	13.16±2.48

Tablo 3. Osteoporoz risk puanı ile farkındalık puanı ve beden kitle indeksi ilişkisi

	Osteoporoz risk puanı	Risk farkındalık puanı	BKI
Osteoporoz risk puanı	1		
r			
p			
Risk farkındalık puanı		1	
r	0.065		
p	0.372		
BKI			1
r	-0.247	0.098	
p	0.001	0.180	

r: spearman korelasyon katsayısı
p<0.05

HP-113

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN FİZİKSEL TESPİT UYGULAMASINA YÖNELİK GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülşen Kılıç[1], Sevinç Kutlutürkan[2], Banu Çevik[3], Bülent Erdoğan[4]

[1]Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Dahiliye Yoğun bakım
[2]Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
[3]Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü
[4]Başkent Hastanesi Ankara Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım

Giriş-Amaç: Fiziksel tespit, bazı yardımcı araç gereçlerin kullanılarak hastayı ya da çevresindeki diğer hastaları korumak, güvenliğini sağlamak ve davranışlarını kontrol etmek için yapılan bir işlemdir. Bu çalışmanın amacı; yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasına yönelik görüşlerinin değerlendirilmesidir.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Başkent Üniversitesi Hastanesi erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle soru formu kullanılarak yapılmıştır. Toplam 90 hemşire ile görüşülmüştür.

Bulgular: Hemşirelerin %59.4'ü kadın, %40,6'sı erkek ve %54,4'ü dahili bilimler yoğun bakımda, %45,6'sı cerrahi bilimler yoğun bakımda çalışmakta olup, çoğunluğunun 1 yıldan uzun süredir yoğun bakımda çalıştıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin %41,1'i fiziksel tespit konusunda daha önceden eğitim aldıklarını belirtmiştir. Hemşireler fiziksel tespit uygulamasının amacını, hastayı kendisine ve çevresine zarar vermekten korumak (%82,2) ve hastaya uygulanan tedavinin aksamaması(%14,4) olarak belirtmişlerdir. Fiziksel tespit uygulamasının başlatılması ve sonlandırılması kararını, hemşirelerin %21,3'ü kendileri tarafından, % 43,3'ü hemşire ve doktor işbirliği ile, %22,2'si yalnızca doktorlar tarafından verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Hemşireler, fiziksel tespit uygulanmasının, tedavi devamlılığının sağlamak (% 24,4), hastanın kendisine ve çevresine zarar vermekten korumak (% 65,6) ve hemşirelerin iş yükünü azaltmak (%6,7) gibi avantajlar sağladığını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %76,7'si fiziksel tespit uygulaması konusunda eğitim almak istediklerini bildirmişlerdir.

Sonuç: Elde edilen bulgular doğrultusunda; hemşirelerin fiziksel tespiti hasta güvenliği yönünden yapılması gereken bir uygulama olarak değerlendirdikleri ve tespitin başlaması ve sonlandırılması konusunda, farklı görüşlere sahip oldukları belirlenmiştir. Sonuçlar dikkate alındığında; hemşirelerin fiziksel tespit ve uygulama ile ilgili sorumluluklar konusunda bilgilerin güncellenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimler: Fiziksel tespit, yoğun bakım, hemşire

HP-114

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ORAL MUKOZİT YÖNETİMİ

Ayfer Bayındır Çevik[1], Nermin Olgun[2]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
[2] Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Amaç: Literatürde onkoloji hastalarının mukozit yönetimine yönelik bir çok çalışma bulunmasına rağmen, yoğun bakım ünitelerinde mukozit yönetimi ile ilgili yeterli ve standart literatür bilgisi bulunmamaktadır. Bu çalışmada amaç yoğun bakım ünitesinde mukozit yönetimi ile ilgili güncel bilgileri gözden geçirmektir.

Genel bilgiler: Mukozit, mukoz membranın ağrılı enflamasyonu ve ülserasyonudur.Yoğun bakım hastasında sedatif ve kas gevşetici ilaç kullanımı, yetersiz beslenme, yüksek konsantrasyonda oksijen terapisi, endotrakeal entübasyona bağlı travma, öksürük refleksinin olmaması, baskılanan immün sistem ve azalmış tükürük üretimi ağız bakımı sorunlarını arttırmaktadır.Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde mukozit yönetimi önemlidir.

İnsidans: Yoğun bakım hastalarının %65'inin oral mukozasında patojen mikroorganizmaların varlığı tespit edilmiştir. Oral yoldan entübe olan yoğun bakım hastalarının %37.5'inde ise nazokomiyal bakteri, mantar vb. patojenlerin bulunduğu bildirilmektedir. Febril nötropenisi olan hastaların %30'unda oral mukozit görülmektedir.

Mukozitte risk faktörleri: Mukozit gelişimini attıran risk faktörlerini hasta odaklı (Çocuklar ve yaşlılar, oral mukoza bütünlüğünü bozan durum ve hastalıklar, kötü beslenme, oral hijyen eksikliği) ve tedavi odaklı risk (oksijen tedavisi, ventilatör desteği, antineopolastik tedaviler, baş ve boyun bölgesine radyoterapi, kemik iliği transplantasyonu, antikolinerjikler ve steroid tedavisi, hematolojik durum) faktörleri olarak gruplandırabiliriz.

Oral mukozitlerin değerlendirilmesi ve sınıflaması

Oral mukozitin değerlendirilmesinde ise aşağıda belirtilen çeşitli derecelendirme sistemleri kullanılabilir:

- Dünya Sağlık Örgütü Kriterleri (WHO)
- Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği = Oral Mukositis Assesment Scale (OMAS)
- Oral Değerlendirme Ölçeği = Oral Assesment Guide (OAG)
- Oral Mukozit İndeksi = Oral Mukositis İndex (OMN)
- Oral Mukoza Sınıflama Ölçeği = Oral Mukoza Raiting Scale (OMRS)

Oral mukozit tedavisi ve yönetimi

Yoğun bakım hemşireleri mukozit tedavi ve yönetiminde şunlara dikkat etmelidir:

- Kanıta dayalı uygulamaları takip etmelidir.
- Oral mukoziti tanılamada uygun tanılama aracı kullanmalıdır.
- Hastanın mevcut durumuna en uygun ağız bakımını yapmalıdır.
- Hastayı sık olarak izlemeli ve tanılamalıdırlar.

Oral mukozit tedavisinde ve korunmasında tercih edilen uygulamalar:

- Hafif gargaralar
- Antiseptik özelliği olan gargaralar (bakteri grubu mikroorganizmalara etki eden solüsyonlar, mantar grubu mikroorganizmalara etki eden solüsyonlar, topikal anestezikli gargaralar)
- Kriyoterapi: Soğuğun anestetik etkisinden yararlanarak oral mukozada ağrının azaltılmasına yönelik 20-30 dakika buz uygulaması yapılabilir.

Sonuç ve öneriler: Yoğun bakım hemşiresi hastanın oral mukozayı değerlendirdikten sonra uygun solüsyonu seçerek, ağız bakımını yapar. Bilinci açık hastada solüsyon ağızda bir dakika tutulmalı, gargara yapılmalıdır. Dudakları nemli tutmak için vazelin sürülür. Hastanın bilinç durumuna göre bilinçli hasta ya da bilinçsiz hastada uygulama basamaklarına uyularak ağız bakımı verilmelidir.

Kaynaklar

1. Berry AM, et al. Consensus based clinical guideline for oral hygiene in the critically ill. Intensive and Critical Care Nursing 2011; 27(4):180-85.

2. e Silva ME, et al. Oral hygiene protocols in intensive care units in a large Brazilian city. Am J Infect Control. 2015; 43(3):303-4.

Anahtar Kelimler: hemşirelik, oral mukozit, yoğun bakım.

HP-115

HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Nevin Doğan[1], Songül Göriş[2]

[1]Siirt Üniversitesi
[2]Erciyes Üniversitesi

Amaç: Bu çalışma, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırma, bir ilin huzurevinde kalan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 108 yaşlı bireyle gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri, Yaşlı Tanıtım Formu, Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) kullanılarak toplanmıştır. Çalışmada etik kurul onayı, kurum izni ve yaşlı bireylerden bilgilendirilmiş gönüllü olur alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler, bağımsız iki örnek t testi ve One-Way ANOVA testi kullanılmış, $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %52.8'inin erkek, %39.8'inin 75-84 yaş grubunda ve % 56.5'inin eğitim düzeyinin okur yazar/okur yazar olmadığı belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin %46.4'ünün önceki mesleğinin ev hanımı olduğu, %63.0'ının sosyal güvencesinin olduğu, %43.5'inin gelir durumunun iyi olduğu ve % 49.1'inin sağlık durumunu iyi olarak algıladığı saptanmıştır.

Çalışma grubundaki yaşlıların; %47.2'sinin günlük yaşam aktivitelerini yarı bağımlı olarak yerine getirebildiği ve WHOQOL-OLD toplam puanlarının 50.15±18.82 olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin WHOQOL-OLD ölçeği alt boyutlarından; duyusal işlevler puan ortalamasının en yüksek (64.23±30.24), sosyal katılım puan ortalamasının ise en düşük (36.11±23.01) olduğu saptanmıştır. Ayrıca günlük yaşam aktivitelerini yarı bağımlı olarak yerine getiren yaşlıların bağımsız olarak yerine getirenlere göre yaşam kalitesi ölçeğinin "ölüm ve ölmek" (56.00±5.10), "yakınlık" (47.67±3.99) alt boyutları ve "yaşam kalitesi toplam" skordan (45.93±2.42) aldıkları puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Sonuç: Sonuç olarak, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyinin yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiş ve bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin yükseldiği saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda; huzurevlerinde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitelerinin düzenli olarak değerlendirilmesi ve yükseltilmesi için, geniş kapsamlı ve uygulamaya dönük çalışmaların planlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimler: Yaşlı, huzurevi, günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi, hemşirelik

HP-116

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TRANSKÜLTÜREL HEMŞİRELİK BAKIMI KONUSUNDAKİ GÖRÜŞ VE DENEYİMLERİ

Esra Akbulut[1], Burcu Bayrak Kahraman[2]

[1]Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü
[2]Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Giriş ve Amaç: ''Transkültürel (kültürlerarası) hemşirelik'' kavramı, farklı kültürdeki bireylere bakım verme gereksiniminden doğmuştur (Öztürk ve Öztaş, 2012). Bu nedenle, hemşirelerin bu kavramı bilmeleri ve bakımlarını bu kavram doğrultusunda planlamaları oldukça önemlidir. Bu araştırmada bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin transkültürel hemşirelik bakımı konusundaki görüş ve deneyimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini Ankara'daki bir üniversite hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 104 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili hastanenin başhekimliğinden ve Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Araştırmada verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanan ''Veri Toplama Formu'' kullanılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından çalışmanın amacı katılımcılara açıklanarak sözel izin alındıktan sonra yüzyüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak sayı, yüzdelik ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalamasının X= 31.77 ± 6.997, %95.2'sinin kadın, %80.8'inin lisans mezunu ve %43.3'ünün 0-5 yıldır meslekte çalışmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin transkültürel hemşirelik konusunda görüş ve deneyimleri incelendiğinde %35.6'sının daha önce bu kavramı duyduğu ve %18.3'ünün "Transkültürel Hemşirelik Bakımı" tanımını yapabildiği belirlenmiştir. Hemşirelerin bakım verdikleri hastaların kültürel gereksinimlerini ne sıklıkta karşıladıkları sorulduğunda %60.6' sının "bazen", %25'inin "hiçbir zaman", %7.7'sinin "sık sık", %6.7'sinin ise "düzenli

olarak" yanıtını verdiği saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin %88.5'i "sağlıklı veya hasta bireylere bakım verirken kültürel farklılıklara değer verilmesi konusunda duyarlı davranılmalıdır'' şeklinde görüş belirtmiştir. Hemşirelerin cinsiyeti, eğitim durumları, çalışma yılı ile "Transkültürel Hemşirelik Bakımı'' tanımını duyma ve "Transkültürel Hemşirelik Bakımı'' tanımını yapabilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.001$).

Sonuç ve öneriler: Çalışmada hemşirelerin yalnızca üçte birinin "Transkültürel Hemşirelik Bakımı" tanımını daha önce duyduğu ve çok az bir kısmının bu tanımı yapabildiği belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin transkültürel hemşirelik bakımını önemli görmelerine karşın çok az bir kısmının düzenli olarak bakım uygulamaları sırasında hastaların kültürel gereksinimlerine dikkat ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin transkültürel hemşirelik konusundaki bilgilerinin artırılmasının, hastaların kültürel özellikleri ile bir bütün halinde ele alınmasını sağlayacağı ve bu konuda farkındalığı artıracağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

Öztürk E.,Öztaş D.(2012).Transkültürel Hemşirelik. Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi,Cilt:1 Sayı:1

Anahtar Kelimler: Hemşire, Transkültürel, Bakım

HP-117

ÖZ ETKİLİLİK VE STRESLE BAŞA ÇIKMA BECERİSİ GELİŞTİRMENİN HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDEKİ ÖNEMİ

Ayfer Bayındır Çevik, Ayşegül Demirci

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Hemşirelik eğitiminde hedeflenen davranış değişikliklerine ulaşmak için öğrencilerin stres düzeylerini azaltmak ve öz-etkililik ve yeterlik (ÖEY) düzeyini ise arttırmak önemlidir. Bu çalışma öz etkililik ve stresle baş etme becerisi geliştirmenin hemşirelik eğitimindeki önemini vurgulamak ve literatür bilgisini gözden geçirmek amacıyla planlandı.

Giriş: Hemşirelik eğitimi zor ve stresli bir süreçtir.Bu süreç içerisinde öğrencilerin öz güveninin yüksek olması, kendilerini ifade edebilmesi, etkili iletişim kurabilmeleri, kararlarını savunabilmeleri istenir. Bu durumda öğrencilerden ÖEY düzeylerinin yüksek olmaları beklenmektedir. Öğrencilerin ÖEY düzeyi bilinirse; öğrenmelerini kolaylaştıracak stratejiler geliştirmeleri konusunda yardım edilebilir. Bilişsel, motivasyonel ve davranışsal olarak kendi öğrenme sürecine aktif olarak katılan öğrencilerin daha başarılı olduğu ve ÖEY düzeyinin yüksek olduğu bilinmektedir.

Hemşirelik eğitimi, öğrenci için stresli bir deneyimdir. Stres etkenlerinin kişisel, sosyal, akademik, klinik tecrübe olmak üzere dört alandan kaynaklandığı ve en büyük stresörün klinik eğitim olduğu bildirilmektedir. Stres düzeyi yüksek olan öğrencilerde akademik başarının düşük olduğu, hastasının gereksinimlerini iyi gözlemleyemediği ve hastanın güvenini kaybettiği, bunun da hasta ve hemşire arasındaki ilişkiyi etkilediği bildirilmektedir. Stres öğrenci eğitiminde başarıyı azaltan önemli bir faktör olup öğrencinin beceri geliştirme ve klinik performansını olumsuz olarak etkilemektedir.

Öğrencilerin ÖEY düzeyleri ve stresle başa çıkma becerileri ölçekler yardımıyla belirlenebilir: *Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ):* 23 maddelik ölçekte, her bir madde için; 1- "beni hiç tanımlamıyor", 2-"beni biraz tanımlıyor", 3-"kararsızım", 4-"beni iyi tanımlıyor", 5- "beni çok iyi tanımlıyor" seçenekleri kullanılmaktadır. Ölçekten en az 23, en fazla 115 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, bireyin ÖEY algısının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir (Tablo 1).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÖ): 30 maddelik ölçek, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama olmak üzere toplam 5 faktörden oluşmaktadır. Her faktöre ait sorulardan elde edilen puanlar toplanmakta ve o faktöre ait toplam soru sayısına bölünerek her faktöre ait ortalama puan elde edilmektedir. Her alt ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 3'tür (Tablo 2).

Sonuç ve öneriler

Bu doğrultuda;

- ÖEYdüzeyi düşük olan öğrencilerin ÖEY düzeylerinin değerlendirilerek geliştirilmesi için programların oluşturulması,
- Öğrencilerin mesleğe yönelik pozitif algılarının güçlendirilmesi,
- Uygun öğrenme ortamları ve öğretim elemanları tarafından etkin danışmanlık sağlanarak öğrencilerin klinik uygulamaya hazırlanması ve stres ve kaygılarının kontrol altına alınması,
- Öğrencilerin olumlu yönlerini takdir etme,
- Olumlu rol modellerinden yararlanması sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Altıok, Ö.H., & Üstün, B. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinin Stres Kaynakları. Eğitim Danışmanlığı ve Araştırmaları İletişim Hizmetleri Tic. Ltd. Şti. Educational Sciences: Theory & Practice - 13(2):747-759.

2. Zengin, N. (2007). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Öz-Etkililik-Yeterlilik Algısı ve Klinik Uygulamada Yaşanılan Stresle İlişkisinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(1): 49-57.

Anahtar Kelimler: öz etkililik yeterlik, stres, başa çıkma becerileri, hemşirelik eğitimi

Tablo 1. ÖEYÖ'nin alt grupları, madde sayısı ve puan aralığı

Alt gruplar	Madde Sayısı	Puan Aralığı	Düşük	Orta	Yüksek
Davranışa başlama (DB)	8	8-40	8-18	19-29	30-40
Davranışı sürdürme (DS)	7	7-35	7-16	16.5-25.5	26-35
Davranışı tamamlama (DT)	5	5-25	5-11	12-18	19-25
Engellerle mücadele (EM)	3	3-15	3-7	7.5-11.5	12-15
Toplam (ÖEY)	23	23-115	23-53	54-84	85-115

Kaynak: Gözüm, S., Aksayan, S. (1999). Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Yapı Geçerliliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1):21-34.

Tablo 2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları Puan Dağılımı

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği	Min-max	Ort ±Sd
Kendine güvenli yaklaşım	9-28	21.67±2.76
İyimser yaklaşım	8-20	14.42±1.93
Çaresiz yaklaşım	7-19	12.85±2.46
Boyun eğici yaklaşım	7-21	12.68±2.53
Sosyal destek arama	8-16	11.37±1.94

Kaynak: Türküm, A.S. (2002). Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışmaları. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2(18):25-34.

HP-118

DİKKAT ACİL DURUM: AKUT RESPİRATUAR DİSTRES SENDROMU

Berna Nilgün Özgürsoy Uran, Elif Ünsal Avdal

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş: Solunum sistemindeki gaz değişimi nedeniyle alveolo–kapiller permeabilitenin geçirgenliğinin artmasına bağlı olarak ortaya çıkan, her iki akciğeri de içine alabilen, oksijen tedavisine cevap vermeyen akut akciğer hasarına AKUT RESPİRATUAR DİSTRES SENDROMU (ARDS) adı verilmektedir.

Bu tabloda hastaların acil servise başvuru nedeni sıklıkla primer olarak ARDS'ye neden olan patolojilerin oluşturduğu multisistem organ yetersizliğinin komplikasyonlarıdır. Komplikasyonlar ve ARDS'ye neden olan hastalığın (Karaciğer disfonksiyonu, sepsis, organ transplantasyonu, HIV enfeksiyonu, aktif malignensi) ciddiyeti, bu dönemdeki ölümlerin en sık nedeni olarak görülmektedir. Bu nedenle bu derlemede; ARDS'ye bağlı sorunlarla acil servise başvuran hastalara yaklaşımda hemşirelik yönetimi açısından temel konular açıklanacaktır.

Pnömoni, aspirasyon, taşipne, dispne, emboli, sepsis, damar içi koagülasyon, ani mental değişiklikler ve akciğer kapiller permeabilitesinde artışa bağlı ortaya çıkan pulmoner ödem en önemli belirti ve bulguları olup, acil servise başvuruları arttıran olaylardır.

Acil yaklaşımda hemşirelik yönetimi: Acil servise gelen hastada yapılması gereken ilk tetkikler akciğer grafisi ve arter kan gazı analizidir. Planlanacak olan tedavide asıl amaçlar ise; hipoksemiyi önlemek veya düzeltmek, CO_2 ve solunumsal asidozu kontrol etmek, solunum yetersizliğine neden olan hastalığı tedavi etmektir. Bu amaçlara göre ARDS hastalarının acil serviste tedavi basamakları farklılık göstermektedir (Tablo 1).

ARDS hastalarının acil servisteki hemşirelik yönetiminde amaçlar;

- Etkili hava yolu açıklığının sağlanması ve sürdürülmesi
- Yeterli perfüzyon ve ventilasyonun sürdürülmesi
- Doku perfüzyonunda değişikliğe neden olan durumların belirlenmesi
- Hareketsizlikten kaynaklanan komplikasyonların önlenmesi
- Anksiyete ve korkunun azaltılması
- Hastanın rahatını sağlanması

Bu amaçlar çerçevesinde uygun hemşirelik tanılarından birkaçı Tablo 2'de belirtilmiştir. Bu kapsamda uygulanabilecek hemşirelik girişimleri ise aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Hastanın yardımcı solunum kaslarını kullanılıp kullanılmadığı değerlendirilir.
- Hekim istemine uygun olarak ilaçlar uygulanır, hastanın yanıtı ve yan etkileri değerlendirilir.

- O_2 tedavisi sürdürülür. (SaO_2 > % 90)
- Entübasyon ve mekanik ventilasyon uygulanır.
- Hastanın vital bulguları, genel durumu ve idrar çıkışı izlenerek saatlik kayıt yapılır.
- Nefes almayı ve öksürüğü kolaylaştırmak ve aspirasyonu önlemek için hastanın dik oturması veya başını yukarı kaldırması sağlanır.
- Sekresyonun daha kolay çıkması için kontrendike değil ise, hastanın sıvı alımı sağlanır.
- Hastanın sekresyonlarının temizlenmesi için genel durumuna ve toleransına göre, göğüs fizyoterapisi, postural drenaj, etkili öksürme ve derin solunum egzersizleri veya gerekirse aspirasyon uygulanır.
- Hastanın solunumu değerlendirilir (Kalitesi, derinliği, şekli, solunum için harcanan eforu, sesleri…)
- ROM egzersizleri uygulanır, kademeli mobilizasyon sağlanır (yatakta oturma, sandalyede oturma, ayağa kalkma…)
- 1-2 saat ara ile pozisyon değişikliği yapılır. (Sekresyonların hareketini, hastanın rahatlamasını ve deri bütünlüğünün devamını sağlar.)

Sonuç olarak ARDS'nin tedavi ve bakımı sırasında, etkili hava yolu açıklığı ve etkili gaz değişimini sağlamak, komplikasyonları önlemek amacıyla gerekli hemşirelik girişimlerinin uygulanması ve hastanın yakından izlemi önemlidir.

Anahtar Kelimler: Akut respiratuar distres sendromu, Acil servis, hemşirelik

Tablo 1. Acil Serviste ARDS hastasının tedavi basamakları

İntravenöz sıvı tedavisi	Esas hastalığa yönelik olarak antibiyotik, trombolitik veya antikoagülan tedaviler
Nitrik asit	Bronkodilatör, steroid, vazopresör veya diüretik tedavileri
Kortikosteroidler	Nütrisyon desteği ve elektrolit eksikliklerinin yerine konması
Siklooksijenaz inhibitörleri	Antioksidanlar, antisitokinler ve surfaktan
Prostasiklinler	

Tablo 2. ARDS Hastası İçin Uygun Hemşirelik Tanıları

Nedeni	Hemşirelik tanısı
Akciğer kompliansına azalma, yetersiz miktarda surfaktan, sıvı birikmesi, yorgunluk ve enerji seviyesinde azalma, solunumda artma, primer tıbbi problemler	Etkisiz Solunum Örüntüsü
Pozitif basınçlı ventilasyona bağlı intratorasik basınçta artma	Kalp Debisinde Azalma
Diffüzyonda yetersizlik, alveolekapiller membran hasarı ve buna bağlı olarak 02 – C02 geçişinde bozulma, alveollerin kollabe olması, alveollerin sıvı ile dolması, ölü boşluk oranında artış	Gaz Değişiminde Bozulma
Akut solunum güçlüğü, monitorizasyon araçları, mekanik ventilasyon, diğer tedaviler	Fiziksel Harekette Bozulma
ARDS'nin getirdikleri ve acil servis ortamı	Anksiyete
ARDS ve yoğun tedaviler	Güçsüzlük
Endotrakeal tüp ya da ventilatör	Sözel İletişimde Bozulma

HP-119

YENİ BİR UZMANLIK ALANI: İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIĞI HEMŞİRELİĞİ

Berna Nilgün Özgürsoy Uran[1], Yasemin Yıldırım[2]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
[2]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Giriş: Ülseratif kolit (ÜK) ve Crohn hastalığını (CH) içeren inflamatuar barsak hastalıkları (İBH); yaşam kalitesinde ve fiziksel, psikolojik, sosyal ve mesleki fonksiyonlarda yüksek bir etkiye sahip yaşam boyu süren, iyileşme ve ataklarla seyreden kronik hastalıklardır. 15-30 yaş ve 55 – 65 yaş aralıklarında, şehirlerde yaşayanlarda, sosyoekonomik durumu iyi, sedanter yaşamı olan, kapalı ortamlarda çalışan bireylerde görülme sıklığı artar. Ülkemizde insidans ve prevalans durumu sırasıyla ÜK için 2.6/100.000 ve 2.18/100.000; CH için 1.4/100.000 ve 47/1000'dir.

İBH'da hastalık aktivitesi zamanla dalgalanmalar gösterdiğinden dolayı hastalığın kapsamlı yönetimi gerekmektedir. Hastalık yönetimi; remisyon süresini en üst düzeye çıkarmayı, semptomları hafifletmeyi, komplikasyonları gidermeyi ve yaşam kalitesini geliştirmeyi amaçlamaktadır.

İBH hemşireliği gastroenteroloji alanında henüz yeni gelişen bir alandır. İngiltere'de 1990'lı yılların ortalarında gelişmeye başlayan ve günümüzde sayıları 240'a ulaşan İBH hemşireleri, hastanın gereksinimleri doğrultusunda İBH'ya özgü özelleşmiş bir bakım süreci oluşturmaktadırlar.

Ülkemizde hemşireliğin birçok alanında lisansüstü veya sertifika programları ile uzmanlık düzeyinde eğitimler verilmesine karşın İBH alanında "uzmanlık" yetkisi kazandıracak herhangi bir eğitim programı bulunmamaktadır. Ancak İç Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisans ve doktora programlarında "Gastroenteroloji Hemşireliği" dersinde, lisans eğitiminde ise "Sindirim Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı" derslerinde İBH konusuna yer verilse de hastaya özgü bir bakım süreci oluşturmak konusunda alanda çalışan hemşirelerin yetersiz olduğu görülmektedir. Tüm bunların sonucunda İBH yönetiminde multidisipliner ekip içerisinde aktif rol alacak, bu konuda yeterli bilgi ve beceri ile "uzmanlık" yetkisine sahip "İBH Hemşire"lerine gereksinim duyulmaktadır.

Hastaların gereksinimleri ve yaşamlarının ciddi düzeyde etkilenmesi nedeniyle İBH hemşireliğinin geliştirilmesi ve mezuniyet sonrası eğitim programları ile branşlaşmanın desteklenmesi gerekmektedir. Çünkü hastalığı kontrol altında tutabilen, farkındalığı ve bilgi durumu yüksek olan hastaların remisyon sürecinin uzamasına İBH uzmanı olan hemşirelerin katkısı kaçınılmazdır. Bu derlemede amaç; İBH hemşireliğinin tanımını, niteliklerini ve çalışma alanlarını açıklamak ve bu yeni hemşirelik uzmanlığı konusunda sahada çalışanlara yol göstermektir.

Bugün dünyada ve ülkemizde hemşireliğin temel sorumluluğu; bireyin ya da toplumun sağlığını yükseltmek, sağlıklı bireyin sağlığını korumak, hastalıklı bireyi tedavi etmek ve acıyı dindirmektir. Bu sorumluluklarla hastalık yönetimini iyileştirme, uyum ve hasta memnuniyetine yönelik çalışmalar İBH hemşireliğinin uzmanlık alanı içerisine girmektedir. Ayrıca İBH hemşireliği Tablo 1'de belirtilen görevleri uzmanlık alanının kapsamı içerisinde yerine getirmektedir. İBH hemşireleri bu görevleri yerine getirirken bazı kişisel niteliklere de sahip olmalıdırlar (Tablo 2).

Sonuç olarak İBH alanında uzman olan hemşireler sayesinde; hastaların aileleri ve içinde yaşadıkları toplumla birlikte ele alınmasıyla BÜTÜNCÜL bir İBH bakımı sunulacak, hastanın hastalığını algılaması ve farkında olmasıyla BAŞ ETME becerileri geliştirilecek ve tüm bunların temelinde de etkili bir kişilerarası İLETİŞİM ile hastanın remisyon sürecinin uzun olmasına katkıda bulunulacaktır.

Anahtar Kelimler: İnflamatuar barsak hastalıkları, Ülseratif kolit, Crohn hastalığı, İBH Hemşireliği

Tablo 1. İBH hemşiresinin görevleri ve uygulama kapsamı

Görevleri	Uygulama Kapsamı
• Telefonla danışma	• Klinik bakım
• Klinik takip	• Eğitim
• Yatan hasta desteği	• Araştırma
• İmmunsupresyon tedavisinin yönetimi	• Danışmanlık
• Anti-TNF tedavisinin yönetimi ve izlemi	• Hizmet yönetimi
• Nütrisyon desteği	
• İBH hizmetlerini tanımlama ve geliştirme	
• Mutlidisipliner İBH ekibi ile iletişim	
• Endoskopi ve kolonoskopi işlemlerine hazırlama, işlem sırası ve sonrası takip	
• İBH hastaları için kolorektal kanser izlemi	

Tablo 2. İBH uzmanı hemşirelerde aranan genel özellikler

Kişisel nitelikler	Kişisel inançlar
• Motive ve gayretli olmak	• İBH hastaları için bütüncül bakım vermek
• Hasta gereksinimlerine duyarlı olmak	• Sağlığın öneminin farkında olmak
• Kendine güvenmek	• Kişilerarası ilişkilerde yüksek düzeyde beceriye sahip olmak
• Ulaşılabilir olmak	• İBH'ya yönelik pozitif tutum geliştirmek
• Kendinin farkında olmak	• Hasta savunucusu olmak
• Kişilerarası ilişkilerde başarılı olmak	• Kültürlere ve farklılıklara saygı duymak
• Sağduyulu olmak	• İBH hastaları için bakım kalitesini arttırmayı amaçlamak
• Kültürel değişkenlerin farkında olmak	• İBH uzmanlığında yenilikçi ve değişim ajanı olarak çalışmak
• Eleştiriye açık olmak	• Sağlık bakım profesyoneli için uzman bir rol model olmak
• İyi bir mizah duygusuna sahip olmak	• Multidisipliner ekibin diğer üyelerini tamamlayıcı bir role sahip olmak
• Güven vermek	
• Hasta ile iletişimde esnek olmak	

HP-120

TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN CİNSİYETE GÖRE FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Vildan Kocatepe[1], Sevgi Kızılcı[2]

[1]Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
[2]Gediz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir

Amaç: Diyabetli bireyin hastalığını iyi yönetmesi ile diyabet komplikasyonları önlenebilir ve/veya geciktirilebilir. Diyabetli bireylerde düzenli fiziksel aktivite glisemik kontrolü iyileştirir ve kardiyovasküler riskleri azaltır. Bu araştırma tip 2 diyabetli bireylerin cinsiyete göre fiziksel aktivite düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Endokrinoloji polikliniğinde yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini polikliniğine başvuran, örnekleme dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 413 tip 2 diyabetli birey oluşturmuştur. Çalışma verileri Haziran-Kasım 2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) kullanılmıştır. Verilerin analizinde T testi, Ki Tare testi, Pearson Korelasyon analizi, Mann Whitney U testi ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmada UFAA'nın kullanımı ve veri toplama araçlarının uygulanması için izinler yazılı olarak alınmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Onay numarası: 2012/21-21). Aydınlatılmış onam formu kullanılarak, gönüllü olarak katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır.

Bulgular: Çalışmanın sonucunda, diyabetli kadınların %54,2'sinin, erkeklerin %41,8'nin fiziksel aktivite düzeyinin yetersiz olduğu bulunmuştur. Toplam fiziksel aktivite puanı, kadınlarda 1265,81±1063,97 MET-dk/hafta, erkeklerde 1601±1006,23 MET-dk/haftadır. Diyabetli kadın ve erkeklerin gelir durumu azaldıkça toplam fiziksel aktivite puanı azalmaktadır. Kadınların beden kitle indeksi azaldıkça toplam fiziksel aktivite puanları azalmaktadır.

Sonuç: Çalışmanın sonucunda tip 2 diyabetli kadın ve erkeklerin çoğunun fiziksel aktivite düzeyinin yetersiz ve kadınların erkeklere göre daha hareketsiz olduğu bulunmuştur. Bu nedenle, diyabet eğitiminde fiziksel aktivitenin öneminin vurgulanması, fiziksel aktivite düzeyinin düşük olmasının nedenlerinin araştırılması ve bu problemin çözümü için çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: Diabetes Mellitus, Fiziksel Aktivite, Cinsiyet

HP-121

KARDİYAK REHABİLİTASYONDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Esra Akbulut[1], Burcu Bayrak Kahraman[2], Derya Tülüce[1]

[1]Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü
[2]Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Kardiyovasküler hastalıklar dünyada ve ülkemizde en önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasında yer almaktadır (Yıldırım, 2012). Hastalığa bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmak için kardiyak rehabilitasyona ihtiyaç duyulmaktadır (Monsen ve Oftedahl, 2012). Kardiyak rehabilitasyona akut koroner sendrom, kronik stabil anjina pektoris, kronik kalp yetmezliği, perkütan koroner girişim, koroner by-pass, kalp kapak operasyonları ve kalp transplantasyonu sonrası başvurulmaktadır (Kunduracılar, 2012). Kardiyak rehabilitasyon, kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin yaşadıkları toplumda mümkün oldukça fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan iyilik halinde olmalarını ve aktif bir yaşam sürmelerini sağlamaktadır (Yıldırım, 2012). Amerikan Kardiyovasküler ve Pulmoner Rehabilitasyon Derneği 'Kardiyak Rehabilitasyon ve Sekonder Önleme Programları' kılavuzuna göre; sigaranın bırakılması başta olmak üzere koroner risk faktörlerinin modifikasyonu, egzersiz eğitimi, kilo verilmesi, fiziksel aktivite önerisi, psiko-sosyal değerlendirme (alkol ve ilaç kullanımı, sosyal izolasyon, işe dönüş vb. girişimler) kardiyak rehabilitasyon kapsamında yer almaktadır (AACVPR, 2004). Hiç kuşkusuz tüm bu girişimlerin gerçekleşebilmesi bir rehabilitasyon ekibi ile mümkün olabilir (Uzun, 2012). Hemşire, bu ekibin vazgeçilmez bir parçasıdır. Kardiyak rehabilitasyon hemşiresinin kardiyak risk faktör modifikasyonu ve hasta eğitimi başta olmak üzere bir çok anahtar rolleri bulunmaktadır (Elitoğ ve Erkuş, Erişim Tarihi: 13.08.2015). Hasta ve ailesine danışmanlık yapmak, eğitim gereksinimlerini belirlemek, eğitimleri planlamak ve uygulamak, hasta ve ailesini motive etmek, yaşam şekli değişikliklerinde desteklemek, hasta haklarını savunmak, araştırma yapmak ve diğer ekip üyeleri ile iletişimi sağlamak hemşirenin bu anahtar rollerinden bazılarıdır (Uysal, 2012; Fridlund, 2002). Sonuç olarak tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde giderek artan kardiyovasküler hastalıklar kardiyak rehabilitasyon ekibinin önemini ortaya çıkarmıştır. Ekibin önemli parçası olan kardiyak rehabilitasyon hemşiresinin yeterli bilgi ve beceri ile sorumluluklarını yerine getirmesi, kardiyovasküler hastalık tanısı alan bireylerin yaşamlarını daha kaliteli geçirmelerini sağlayacaktır.

Kaynaklar

Yıldırım N.(2012).Kardiyak Rehabilitasyon Kapsamında Sekonder Önlemede Genel İlkeler. Türkiye Klinikleri J Cardiology-Special Topics; 5(2):21-5

Monsen K.A.,Oftedahl G.(2012).Cardiac Rehabilitation and Informatics: Strategies for Increasing the Global Impact of Cardiac Rehabilitation on Population Health.Türkiye Klinikleri J Cardiology-Special Topics; 5(2):14-20

Kunduracılar Z.(2012).Kalp Ameliyatlarından Sonra Kardiyak Rehabilitasyon.Türkiye Klinikleri J Cardiology-Special Topics; 5(2):89-94

American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs (2004). 4th. Ed. Champaign IL. Human Kinetics

Uzun M.(2012).Kardiyak Rehabilitasyonda Organizsayon. Türkiye Klinikleri J Cardiology-Special Topics; 5(2):1-8

Elitoğ N.,Erkuş B.Acıbadem Hastanesi Kardiyak Rehabilitasyon Hemşireliği Deneyimi Sonuçları. Erişim Tarihi: 13.08.2015

Fridlund B.(2002).The Role of The Nurse in Cardiac Rehabilitation Programmes. Eur J Cardiovasc Nurs. Feb;1(1):15-8

Uysal H.(2012).Kardiyak Rehabilitasyon ve Hemşirenin Sorumlulukları. Türk Kardiyol Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi – Turk. Soc. Cardiol. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing. Derleme-Review

Anahtar Kelimler: Kardiyovasküler hastalıklar; Kardiyak rehabilitasyon; Hemşire

HP-122

KORONER ARTER HASTALARINDA SOLUNUM EGZERSİZİNİN STRES VE YORGUNLUK DÜZEYİNE ETKİSİ

Derya Atik[1], Hilal Kuşçu Karatepe[1], Arzu Erkoç[2]

[1]Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Osmaniye
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Rize

Amaç: Tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin önemi giderek artmaktadır. Solunum egzersizi de TAT yöntemlerinden biridir. Çalışmamızda, şimdiye kadar üzerinde yeterince durulmamış olan, KAH olan bireylerde, stres ve yorgunluk düzeyine solunum egzersizinin etkisini araştırdık.

Gereç-Yöntem: Araştırma, randomize kontrollü deneysel olarak planlandı. Çalışma grubundaki 120 hasta rastlantısal örneklem yöntemiyle deney ve kontrol grubuna ayrıldı. Veri toplanmasında; Hasta tanıtım formu, Algılanan Stres Ölçeği, Piper Yorgunluk Ölçeği kullanıldı. İlk değerlendirme sonrası deney grubundaki hastalar eğitildi, hastalara solunum egzersizleri öğretildi. Kontrol grubuna çalışma süresince hiçbir müdahalede bulunulmadı. Bir ay sonra kontrole geldiğinde hastaların stres ve yorgunluk düzeyleri tekrar incelendi.

Bulgular: Deney grubunda, stres ve yorgunluk düzeyinde ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı iyileşme saptandı. Kontrol grubunda ise stres ve yorgunluk düzeyinde ($p>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı iyileşme saptanmadı.

Sonuç: Çalışmada koroner arter hastalığı olan bireylere, verilen solunum egzersizi eğitiminin stres ve yorgunluğu azaltarak genel iyilik halini artırdığı sonucuna ulaşıldı. Bu hastalara verilecek rutin eğitimlerde solunum egzersizi eklenmesi önerildi.

Anahtar Kelimler: Koroner arter hastaları, solunum egzersizi, stres, yorgunluk

HP-123

ARTERİYOVENÖZ FİSTÜLE BAĞLI GELİŞEN KOMPLİKASYONLARIN STRES DÜZEYİ VE STRES YÖNETİMİNE ETKİSİ

Derya Atik[1], Hilal Kuşçu Karatepe[1], Sultan Demir[2], Arzu Erkoç[3]

[1]Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Osmaniye
[2]Hatay Antakya Devlet Hastanesi, Hemodiyaliz Bölümü, Hatay
[3]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Rize

Amaç: Araştırma; HD tedavisi uygulanan hastalarda,arteriyovenöz fistüle (AVF) bağlı gelişen komplikasyonların, stres düzeyi ile stres yönetimine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç-Yöntem: Araştırma, prospektif ve tanımlayıcı niteliktedir. Araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan 103 HD hastası örneklemi oluşturdu. Araştırmada veriler; Hasta tanıtım formu, Algılanan Stres Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Stres Yönetimi Alt Ölçeği) ile toplandı. Analiz yöntemi olarak; yüzdelik, ortalama, One Way Anova, regresyon analizi yöntemleri kullanıldı.

Bulgular: Hastaların, %47.6'sına bir defa AVF açılmış, %45.6'sında AVF açılmasına bağlı en az bir komplikasyon gelişmişti, en sık görülen komplikasyonlar sırasıyla tromboz, kanama ve stenozdu. KBY nedenleri arasında, DM ve HT

ilk sıralardaydı. AVF komplikasyonu gelişen hastalarda, algılanan stres düzeyi daha yüksek bulundu ancak stres yönetim düzeyleri daha düşüktü. Bir defa AVF açılanlarda, stres yönetim düzeyi daha yüksek, 2 defa AVF açılanlarda algılanan stres düzeyi daha yüksekti.

Sonuç: AVF'e bağlı komplikasyon gelişiminin hastaların stres düzeyi ve stres yönetimi üzerinde etkili olduğu saptandı.

Anahtar Kelimler: Arteriyovenöz fistül, hemodiyaliz, komplikasyon, stres, stres yönetimi

HP-124

HEMŞİRELİKTE NE DEĞİŞTİ?

Hilal Kuşçu Karatepe[1], Derya Atik[1], Arzu Erkoç[2]

[1]Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Osmaniye
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Rize

Kavramsal olarak bakıldığında değişim, herhangi bir şeyi bir düzeyden başka bir düzeye geçirmektir. Heraklitos'un "Her şey akıştadır ve hiçbir şey duruşta değildir", sözü ile insanlığın değişimi anlama, algılama ve uyum sağlama süreci başlamıştır. Değişim denen bu karmaşık olgu, bilginin, gelişmenin ve iletişimin hızlı ilerlemesi günümüzde bütün sosyal sistemlerin yaşama ilişkin kültürlerini ve yönetim biçimlerini derinden etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, hemşirelikte dikkat çekmektir. Derleme yöntemiyle yapılan bu çalışmada yerli ve yabancı akademik yazın taranmıştır.

Gerek bireyler gerekse kurumlar için tartışmasız bir zorunluluk halini alan değişim, karmaşık ve yüksek derecede bağımlılık gösteren çevresel şartlarında daha da önemli hale gelmiştir. Özellikle, bilgi teknolojilerindeki gelişmeler sonucu, hem bireyler hem de kurumlar değişik boyutlarda yaşanan değişimden son derece hızlı etkilenmekte ve hatta kendileri de bu değişimde aktif rol oynamaktadırlar. Hemşirelik rolleri de toplumun, tıbbın, çevrenin değişen yapısı içinde evrimleşmektedir. Günümüzde hemşirelik rollerinin biçimlenmesi; birey ve toplumların yaşama yüklediği anlamın, yaşamdan beklentilerinin ve yaşam biçiminin değiştiği ölçüde gerçekleşmiştir. Bu genel çerçevede özellikle toplumların, toplumsal dinamiklerin, sağlık gereksinimlerinin ve sağlık politikalarının değişmesi tüm meslekler olduğu gibi hemşirelik üzerinde de etkili olmuştur.

Hemşirelik, tarihinde bir dizi hızlı ve çarpıcı değişim geçirmiştir. Bu değişim ile bağımlı uygulamalarından bağımsız olabildiği özerkleşen; sadece hastanelerde değil çeşitli ortamlarda uygulanan; sınırlı görevlerden önemli toplumsal sorumlulukları olan; sadece hastalığa değil sağlığa odaklanan; hastanın sadece fiziksel bakımına yönelen bir meslekten hastayı biyopsikososyal bir bütün olarak ele alan; iş merkezli çalışan bir meslekten hasta / sağlıklı birey merkezli çalışan, paternalist yaklaşımı benimseyen bir meslekten hastası ile işbirliği yapan ve hastasının kararlarına saygı duyan mesleğe dönüşmüştür.

Sonuç olarak, bireylerin ve toplumların küreselleşen dünyada yer alabilmeleri, yaşamlarına devam edebilmeleri için hızla ilerleyen ekonomik, politik, teknolojik, bilimsel, toplumsal vb. birçok değişikliğe uyum göstermeleri gerekmektedir. Hemşirelik de her türlü değişimden çok çabuk etkilenen sağlık karması içinde gösterdiği uyum ölçüsünde yer bulacaktır.

Anahtar Kelimler: Değişim, hemşirelik, uyum

HP-125

KÜRESELLEŞMEDEN ETKİLENEN DİĞER ALAN: SAĞLIK

Hilal Kuşçu Karatepe[1], Derya Atik[1], Arzu Erkoç[2]

[1]Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Osmaniye
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Rize

Son yirmi yılın popüler kavramlarından küreselleşme, ekonomik, sosyal, kültürel, politik değerlerin sınırlar ötesine taşmasıdır. Sağlık sistemi de küreselleşmeden etkilenmiştir. Bu çalışmada, sağlıkta küreselleşmenin olumsuz etkilerine dikkat çekilmektedir. Derleme olarak hazırlanan çalışmada yerli ve yabancı akademik yazın taranmıştır.

Dünyada ekonomik çözülmeler küreselleşme ile hızlanmakta, finansal krizler sonucu yoksulluk artmaktadır. Küreselleşme ile gelen eşitsizlikler üretimi artıracak olan bebek ölümlerini artırırken, dünyada yaşam süresinin uzaması ile tüketici yaşlı nüfus artmaktadır. Ülkeler arasında ulaşım kolaylaşmakta, yeni hastalıklar uluslararası seyahatlerin hızına bağlı olarak artmaktadır. Rekabetin sonucu, birbirini takip eden savaşlar, bulaşıcı hastalıkların yayılma riskini çoğaltmaktadır. Hareketsiz yaşam, obesite, kanser ve kronik hastalıklar tüketici yaşam biçimi ve davranışların medyanın da etkisi ile kabullenilmesinin sonucudur. Küresel üretim ve pazarlaması hızla artan sigara, tütün ve alkol artan ciddi bir sağlık sorunu olarak kendini göstermektedir. Doğal görünen ancak kaynağı bilinmeyen birçok tüketim ürünü artık karşımıza 'bioterörism' olarak çıkmaktadır ve dünya için ciddi tehdittir.

Sağlıkta özelleştirme ve reformlar ile sağlık hizmeti için daha çok ödenmekte ancak daha niteliksiz hizmetler alınmaktadır. Halk, sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere ulaşmakta zorlanmakta ve sağlık bakım maliyetleri artmaktadır. Artan hastane maliyetleri ile evde bakım hizmetlerine önem verilmekte, kazancı az getiren koruyucu sağlık hizmetlerinden ise vazgeçilmektedir. Özel sağlık sigorta şirketlerinin de maliyetleri karşılaması bu akımı desteklemektedir. Sosyal yapılarda parçalanmalar, intiharlar, terör, kronik hastalıklar, endemik, pandemik hastalıklar aslında küresel rekabetin sağlığa getirdikleridir. Nüfus artışı, nükleer kazalar, kaynakların tüketilmesi, çevre kirlilikleri, çölleşme, sanayi atıklarının çoğalması, kazalar, toprak erozyonu, işçi sağlığı sorunları, sismik değişiklikler, kültürel mirasın kaybı, zararlı böceklerin çoğalması, ormanların tahrip edilmesi, gürültü artışı da küreselleşmenin neden olduğu çevre sağlığı sorunları arasındadır.

Sonuç olarak dünyada 1978 Alma–Ata bildirgesinde "Herkese sağlık hedefi" unutularak, sağlık sistemlerinde özelleştirme, küreselleşmenin en önemli gerçekleşemeyen ancak sözde müdafaa edilen sloganı olmuştur. 1980'lerde başlayan küreselleşmenin sağlık üzerindeki etkileri hızla devam etmekte ve daha çok olumsuz taraflarıyla sağlımızda yer almaktadır.

Anahtar Kelimler: küreselleşme, olumsuz etkiler, sağlık

HP-126

SENİ DUYMUYORUM

Arzu Erkoç[1], Şahizer Eraydın[2], Tayfun Yağcı[3], Mehmet Akıç[3]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Rize
[2]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Tokat
[3]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Rize

Amaç: 2000 yılı Türkiye Genel Nüfus Sayımı Raporu'na göre Rize ilinin nüfusu 368.938'dir. Bu nüfusun 429'u işitme engelli bireyler olmak üzere 6.786'sını engelli vatandaşlarımız oluşturmaktadır. İşitme engelli vatandaşlarımızın başvurdukları sağlık kurumunda daha kolay iletişim kurması ve sağlık hizmeti alabilmesine yönelik yeniliklere gereksinim duyulduğundan; bu çalışma işitme engellilerin hastanede iletişim durumlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç-Yöntem: Evren; Rize ilinde yaşayan 429 işitme engelli bireyden, örneklem ise Rize il merkezinde yaşayan, Rize İşitme Engelliler Derneği'ne üye ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 13 işitme engelli birey oluşturdu. Araştırmacı tarafından olguların yaşı, eğitim durumu, sağlık durumu, hastanelerde yaşadığı sorunlar, hastane personeliyle iletişimi kurma yolları, acil sağlık sorunu yaşama durumunda ne yaptığı ve çözüm önerilerinin sorulduğu 7 soruluk anket formu oluşturuldu. İşaret dili eğitimi almış araştırmacılar olgularla birebir ve yüz yüze görüşmelerde bulundu. İşaret dili kullanılarak verilerin toplanması planlandı, ancak olgulardan üçü işaret dili eğitimi hiç almamış ve kendi aralarında anlaşabildikleri bir beden dili geliştirmiş olduklarından ifadeleri anlamlandırılamadı ve çalışmadan çıkarıldı. Kaydedilen bütün veriler nitel araştırma desenlerinden fenomoloji ile değerlendirildi.

Bulgular: İşitme engelli bireylerin tamamı erkekti ve 46,8±11,1 (31-66) yaşındaydı, %90'ı okur-yazardı. Olguların %50'si bel ağrısından şikayetciydi ve %80'i en az bir hastalığa sahipti. Hastaneye başvuru yaptıklarında bireylerin tamamının iletişim sorunu yaşadığı, sağlık çalışanları ile iletişim kurmak için ise aile fertlerinin yanı sıra işitme engelliler öğretmeni ve dernek çalışanından yardım aldıkları tespit edildi. Acil sağlık sorunu yaşadıklarında ne yapacakları sorulduğunda %50'si "Yapabileceğim bir şey yok, bilmiyorum" yanıtını verdi. Öneri olarak ta %60'ı işaret dilini bilen bir işitme engelliler uzmanının hastanelerde 24 saat hizmet vermesinin gerekli olduğunu belirtti.

Sonuç: İşitme engelli vatandaşlarımız sağlık hizmeti veren kurumlarda iletişim sorunu yaşayabilmektedir. Acil sağlık sorunu halinde; çoğunun yaşanacaklara dair öngörülerinin olmaması, bireylerin gelecek kaygısı yaşamalarına neden olabilir. Bu bağlamda; konunun daha geniş bir örneklemde çalışılması ve kaygı durumlarının irdelenmesi önerilir.

Anahtar Kelimler: hastane, iletişim, işitme engelliler, sağlık

HP-127

TİP 2 DİYABET HASTALARINDA DİYABET EĞİTİMİNİN BİLİŞSEL-SOSYAL FAKTÖRLERE ETKİSİ

Arzu Erkoç[1], Mehtap Tan[2]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Rize
[2]Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum

Amaç: Diyabet eğitiminin Tip 2 diyabet hastalarının bilişsel-sosyal faktörlerine ve metabolik kontrol değişkenlerine etkisinin incelenmesidir.

Gereç-Yöntem: Araştırmada tek grup ön test - son test deneme öncesi modeli uygulandı. Araştırma evrenini 15 Ağustos - 15 Eylül 2013 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Polikliniği'ne başvuran Tip 2 diyabetli 287 hasta; örneklemini ise rastgele seçilen 62 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Türkçe Çok Boyutlu Diyabet Anketi ve Metabolik Kontrol İzlem Formu kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizinde; Kolmogorov-Smirnov Testi, Eşli Serilerde T Testi ve Wilcoxon Signed Ranks Testi kullanıldı.

Bulgular: Eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilişsel-sosyal faktörlerin karşılaştırılmasında engel algısı, ciddiyet algısı, pozitif destekleyici davranışlar ve sonuç beklentisi algısına ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; sosyal destek algısı ve özyeterlik algısına ait puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası kan basıncı puan ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; açlık plazma glikozu, tokluk plazma glikozu, HbA1c, HDL, LDL, trigliserid, bel çevresi ve BKİ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı.

Sonuç: Tip 2 diyabet hastalarına verilen planlı eğitimin, sosyal destek algısı ve özyeterlik algısı dışında diğer bilişsel-sosyal faktörleri olumlu yönde etkilediği ancak kan basıncı dışında diğer metabolik kontrol değişkenlerini etkilemediği saptandı.

Anahtar Kelimler: bilişsel-sosyal faktörler, diyabet eğitimi, metabolik kontrol değişkenleri

HP-128

BASI YARASI BAKIMI: OLGU SUNUMU

Hüseyin Ertaş[1], Mehmet Şükrü Yıldırım[1], Tayfun Yağcı[1], Arzu Erkoç[2]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Rize
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Bası yarası fiziksel ve psikolojik travmaya neden olan, iyileşmeyi geciktiren ve hastanede kalış süresini uzatan önemli bir sağlık sorunudur. Bası yaraları uygun hemşirelik girişimleri ile önlenebilir bir durumdur.

Amaç: Bası yaraları olan bir olguda bası yaralarının tanımlanması ve evrelerinin belirlenmesi; buna yönelik hemşirelik sürecinin oluşturularak gerekli girişimlerin uygulanması amaçlanmıştır.

Bulgular: 28 yaşındaki olgumuz 10.07.2014 tarihinde trafik kazası nedeniyle Acil Servisi'ne getirilmiştir. Hasta Yoğun Bakım Ünitesi'ne sevk edilip buradan da 26.03.2015 tarihinde Nöroşirurji Servisi'ne sevk edilmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda SVO (Serebro Vasküler Olay) tanısı alan olgumuzun servise kabulünde ayak bileğinin iç kısmında 1,5 cm X 2,5 cm, Evre III, sakral bölgede 4 cm X 4,5 cm Evre IV ve torakanter bölgede 5 cm X 3,5 cm Evre IV düzeyde olmak üzere üç farklı bölgede bası yarası olduğu tespit edildi. Uzman doktor ile görüşülerek uygulanacak pansumana karar verildi. 3 günde 1 uygulanmak üzere; yara etrafı baticon ile silindi, yara içi Serum Fizyolojik ile yıkandı ve Thiocilline pomad sürülerek alanın üzeri steril gazlı bezlerle kapatıldı. Hasta yatağına havalı yatak konuldu. İki saatte bir pozisyon değişikliği planlandı. Yaraya dışkı ve idrar bulaştırılmaması, alt bezinin sık sık kontrol edilmesi, ıslak olduğunda bekletilmeden değiştirilmesi gerektiği konusunda hastanın refakatçisine bilgi verildi. Bir hafta süren takibimiz sonucunda yaralarda doku harabiyetinin azaldığı ve iyileşmenin sağlandığı gözlendi. Hastanın tedavi süreci halen devam etmektedir.

Sonuç: Hastanelerde bakım kalitesinde olumsuzluk göstergelerinden biri olarak bilinen bası yaraları, yatağa bağımlı hastaların uzun süre hareketsiz kalması ve dolayısıyla dokulardaki dolaşımın bozulmasına bağlı gelişen en önemli komplikasyonlardan biridir. Bası yaraları tedavi edilebilir ve oluşması uygun hemşirelik bakımı ile önlenebilir bir durumdur. Sonuç olarak; yatağa bağımlı hastalarda kaliteli bakım sağlanarak bası yarasının oluşmadan önlenmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimler: Bakım, bası yarası, hemşire

HP-129

DİYABETİK AYAK: OLGU SUNUMU

Mücahit Kantaş[1], Halil Mıhcı[1], Mehmet Akıç[1], Arzu Erkoç[2]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Rize
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Rize

Diyabet, pankreastan salgılanarak kan şekerinin kullanımını düzenleyen insülin hormonunun salınımı veya etkinliğinin bozulması veya bu faktörlerin her ikisinin de varlığında ortaya çıkan karbonhidrat, yağ ve protein metabolizması bozuklukları ile karakterize bir hastalıktır. Diyabetin komplikasyonu olarak ortaya çıkan sinir tahribatı ve tıkayıcı damar hastalığının birlikte en çok etkilediği organ hastanın alt ekstremitesidir. Diyabetlilerde gelişebilen ayak komplikasyonları sağlık ekibinin multidisipliner ve koruyucu yaklaşımı ile en aza indirgenebilir. Kişilerin diyabetik ayak bakımı hakkında yeterli bilgilenmeleri büyük önem arz eder.

Olgumuz 54 yaşında, evli ve 3 çocuk babasıdır. 20.04.2015 tarihinde sağ ayak başparmağındaki yara nedeniyle Recep Tayyip Erdoğan Eğitim Araştırma Hastanesi Dâhiliye Yan Dallar Servisi'ne yatırılmıştır. 15 yıldır diyabet hastasıymış ve 12 yıldır insülin kullanıyormuş. Ailesinde annesi, anneannesi, dayıları ve amcaları diyabet hastasıymış. Hastamız hastaneye müracaatından 1 hafta önce sağ ayağında enfeksiyon, batma, yanma olduğunu fark etmiş. Zamanla bu belirtiler artmaya başlamış. Yatışından bir gün sonra gangrenli olduğu tespit edilen sağ ayak başparmağı ampute edilmiştir. Ameliyat sonrası hastamızın yatışı devam etmektedir. Dört gün süren takibimiz sonucunda hastamızın ampütasyon bölgesinde iyileşmenin sağlandığı gözlendi. Pansumanları ve ilaç tedavisi halen devam etmektedir.

Hastalar çoğunlukla çarpma, vurma, yanma, yabacı cisim batması gibi fiziksel bir etkenin yarayı başlattığı durumlarla hastaneye başvurmaktadırlar. Bu nedenle diyabetik ayak, eğitim ile önlenebilir bir durum olduğundan, oluşmasındaki risk faktörlerinin diyabet hastalarının bilgilendirilmeleri önemlidir.

Anahtar Kelimler: Bakım, bası yarası, hemşirelik

HP-130

KAYGI, GÜVENİ AZALTIYOR: OLGU SUNUMU

Arzu Erkoç[1], Derya Atik[2]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Rize
[2]Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Osmaniye

Amaç: Hastalar görevli sağlık çalışanlarına güven duymaları halinde tedavilerine daha iyi uyum sağlayabilirler. Ancak kaygılarının artması durumunda güven kaybına bağlı tedaviye uyumda sorunlar yaşayabildikleri de gözlenmektedir.

Bulgular: 52 yaşındaki kadın olgumuz, dermatoloji polikliniğine kaşıntı ve ciltte döküntü şikayetleri ile başvurmuş ve ürtiker teşhisi konularak, tedavi - takip amacıyla Cilt Hastalıkları Servisi'ne yatırılmıştır. Hastaya 5 yıl önce polipektomi işlemi yapılmış. Bu geçmiş hastane deneyiminde sağlık çalışanları tarafından durumu ve bakımına yönelik yeterli bilgi verilmediğini, bakımının tam olarak sağlanmadığını, yeterince ilgilenilmediğini anlatmakta ve bu nedenle hastane ortamının kendisinde sıkıntı yarattığını ve sağlık çalışanlarına hiç güvenemediğini ifade etti. Uygulanan ilaç tedavisine uyumlu olmasına rağmen ilaçların fayda sağlamayacağını ve gereksiz olduğunu düşünmekte, bazı girişimlerin uygulanmasında sağlık çalışanlarının yoğun çabası neticesinde ikna olmaktadır.

Sonuç: Hastanın daha önce yaşamış olduğu olumsuz deneyim, gelecekteki hastane yatışlarında sağlık çalışanlarına güvensizlik hissetmelerine ve kaygı yaşamalarına neden olabilmektedir.

Anahtar Kelimler: Güven, hasta, hemşire, kaygı

HP-131

KARACİĞER SİROZU VE KOMPLİKASYONLARININ YÖNETİMİ

Ferya Çelik, Hicran Bektaş

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Karaciğer sirozuna ilişkin son 5 yıllık randomize kontrollü çalışmalar, meta analizler, sistematik derlemeler ve kanıta dayalı rehberlere yönelik literatür taraması yapılmıştır. Taramalar elektronik veri tabanları (PubMed, Cochrane Library, AASLD, EASL) üzerinden karaciğer sirozu, asit, özefagus varisi, hepatik ensefalopati ve hemşirelik bakımı kelimeleri ile yapılmıştır. Tarama sonucunda ulaşılan 2 randomize kontrollü çalışma, 4 sistematik derleme ve meta analiz, 5 rehber, 2 hemşirelik bakım rehberi incelenmiştir. Farklı kaynaklardaki kanıt düzeyleri Joanna Briggs'in "Hemşirelikte Kanıt Düzeyi Sınıfları" rehberi esas alınarak gruplandırılmıştır. Karaciğer sirozu ile ilgili öneriler şunlardır:

- Asitli bireylerde diyette tuz kısıtlamasına uyulmalıdır. Diyetine tamamen uyanlar için günlük tuz tüketim miktarı 5.2 gr/gündür (Kanıt düzeyi III3).
- Serum sodyum seviyesi 125 mmol/L' den daha az olmadıkça sıvı kısıtlaması gerekli değildir (Kanıt düzeyi IV).
- Günlük protein alımı 1.2-1.5 gr/kg/gün olmalıdır (Kanıt düzeyi I).
- Öğünler az ve sık olacak şekilde gün içerisine dağıtılmalıdır (Kanıt düzeyi I).
- Asidi olan bireylerin alkol tüketiminden uzak durmaları gereklidir (Kanıt düzeyi II).
- Asidi olan hastalarda tedavinin başlangıcında sodyum kısıtlamasına ve diüretik kullanılmasına başlanmalıdır (Kanıt düzeyi I).
- Diüretik kullanan bireylerin aldığı-çıkardığı izlem takibi yapılmalı, serum elektrolit düzeyleri takip edilmeli ve bireyler aritmiler yönünden dikkatle izlenmelidir.

- Tanı koydurucu abdominal parasentez yatan ya da ayaktan hastalarda yapılmalı, asit sıvısı klinik olarak incelenmelidir (Kanıt düzeyi IV).
- Parasentez uygulamasında steril olmaya dikkat edilmeli, işlemden sonra kanamayı önlemek için birey sağ yan pozisyonda yatırılmalıdır.
- Ikınmama, besinleri iyice çiğneme, çiğ besinlerden uzak durma, irrite edici yiyecek ve içeceklerden kaçınma, aspirin gibi salisilat grubu ilaçları almama gibi konularda bilgilendirme yapılmalıdır.
- Transjuguler intrahepatik portosistemik şant (TIPS) uygun görülen hastalarda tedavi seçeneği olarak kullanılmalıdır (Kanıt düzeyi I).
- Portal hipertansiyonu ortadan kaldırmak için propranolol (dideral) kullanılabilir.
- Portal hipertansiyonu olan hastada melena ve hematemez varsa vazoaktif ilaçlara (Terlipressin gibi) başlanır. Sonrasında endoskopi, varis ligasyonu veya skleroterapi yapılır.
- Birey hepatik koma evreleri yönünden izlenir.
- Hepatik ensefalopatinin sınıflandırılmasında yatak başında uygulanılabilen şekil çizdirme testleri ve Glaskow Koma Skalası kullanılır (Kanıt düzeyi III2).
- Laktuloz hepatik ensefalopatinin tedavisi için ilk seçenek olarak kullanılabilir (Kanıt düzeyi III1).
- Bitkisel kaynaklı proteinler azot dengesi bakımından hayvansal proteinlere oranla daha üstündür ve daha fazla laksatif etkiye sahiptir.
- Hafif hepatik ensefalopatisi olan hastalarda ornitin-aspartatın (HepaMerz) yararı gösterilmiştir.
- Karaciğer sirozu ve asidi olan hastalarda karaciğer transplantasyonu önerilir (Kanıt düzeyi II).
- Bakım vericiler hastada meydana gelebilecek bilinç değişikliklerine ve davranış bozukluklarına karşı bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir.

Anahtar Kelimler: karaciğer sirozu, asit, özefagus varisi, hepatik ensefalopati ve hemşirelik bakımı

HP-132

PALYATİF BAKIM ALAN KANSER HASTALARINDA GÖRÜLEN SEMPTOMLARIN İNCELENMESİ

Berna Nilgün Özgürsoy Uran[1], Yasemin Yıldırım[2], Kadriye Sayın Kasar[2], Fatma Aksoy[3], Hüseyin Can[4], Umut Varol[5], Halime Seda Küçükerdem[4], Rüçhan Uslu[3]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
[2]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
[3]Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi
[4]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi
[5]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH

Giriş: Palyatif bakım; hastanın ve ailesinin yaşamını tehdit eden sorunlarla karşılaştığında, fiziksel, psiko-sosyal ve manevi problemlerin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmeyi önleyen bir yaklaşım olup, hastaların hangi semptomları ne sıklıkta deneyimlediğini saptamak ve uygun hemşirelik girişimlerini uygulamak açısından önem taşımaktadır. Bu araştırmada da; semptom yönetiminin planlanmasına katkı sağlayacak bazı değişkenlere göre kanser hastalarında görülen semptomların şiddeti arasındaki farkın belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı türdeki bu çalışmada veriler Birey Tanıtım Formu ve Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Çalışmaya; palyatif bakım kliniğinde yatan ve en az 6 ay önce kanser tanısı almış 52 hasta dâhil edilmiştir. ESTÖ için yazarlarından, çalışmanın yürütülebilmesi için hastalardan ve kurumdan etik izinler alınmıştır.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 55,50±11,68 olup %59,6'sı erkektir. Hastaların %61,5'inin beden kitle indeksi normal ve %53,8'i hastalığı nedeniyle sigarayı bırakmıştır. Hastalar; son 6 ayda 3,01±1,59 kez hastaneye yatmış, son yatışında da 12,80±1,41 gündür hastanede olduğunu ifade etmiştir (Tablo1).

Hastaların %19'u meme, %25'i rektum veya kolon kanseridir (Figür1). ECOG performans değerlendirmesinde hastaların %48,1'i "sınırlı olarak öz bakımını karşılayabilir"(ECOG=3), %51,9'u "tamamen bağımlı"(ECOG=4) olarak belirlenmiştir.

Yorgunluk, üzüntü, endişe ve kendini iyi hissetmeme semptomları *tüm hastalarda* farklı şiddetlerde en çok görülen semptomlardır.

Cinsiyete göre ESTÖ semptomlarının hiçbirinde anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Eğitim durumları ile ESTÖ şiddet dağılımları arasındaki; bulantı olması, üzüntülü olma, endişe, uykusuzluk ve iştahsızlık semptomlarında anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05). Bulantı semptom şiddeti 6-10 arasında olan hastaların %72,7'sinin; endişe semptom şiddeti 6-10 arasında olan hastaların %65,7'sinin lise ve üzeri eğitime sahip olduğu belirlenmiştir. Üzüntülü olma semptom şiddeti 1-5 arasında olanların %75,0'ının, uykusuzluk semptom şiddeti 1-5 arasında olanların %68,8'inin, iştahsızlık semptom şiddeti 1-5 arasında olanların %77,8'inin ortaokul ve altı eğitime sahip olduğu görülmüştür.

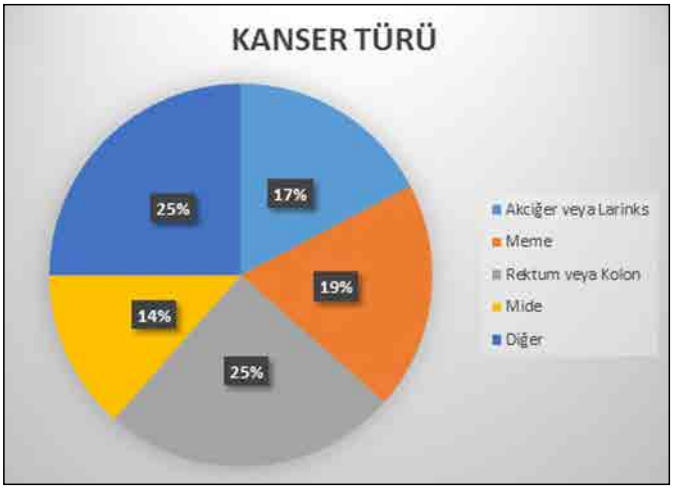
Hastaların son 6 aydaki yatış sayıları ile ESTÖ şiddet dağılımları arasında da anlamlı bir fark olmamasına karşın; şuan hastanede kalış günü açısından bakıldığında sadece ağrı şiddeti arasında anlamlı fark görülmüştür (p<0,05).

ECOG Performans durumu ile ESTÖ şiddet dağılımları arasında ise ağrı ve kendini iyi hissetme semptom şiddetleri arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). ESTÖ şiddet ortalamaları incelendiğinde (Tablo2); hastaların %76,9'u üzüntü, %73,1'i yorgunluk ve kendini iyi hissetmeme semptomlarının şiddetini 6 ve üzerinde olarak ifade etmiştir.

Sonuç: Hastaların ifade ettiği semptom şiddetine göre ESTÖ semptom sıralaması yapıldığında; yorgunluk, üzüntü, endişe ve kendini iyi hissetmeme semptomlarının tüm hastalarda görüldüğü; bunların da büyük çoğunluğunda semptom şiddetinin 6-10 arasında olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışma palyatif bakım kliniğinde yatan onkoloji hastalarında görülen semptomların ESTÖ ile şiddetini saptamamıza ve buna yönelik uygun hemşirelik sürecinin oluşturulmasına yardımcı olmuştur.

Anahtar Kelimler: Kanser, Semptom Yönetimi, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği, Hemşire, Palyatif Bakım



Tablo 1. Hastaların tanıtıcı ve hastalık özelliklerinin dağılımı

Tanıtıcı Özellik	N	%	Tanıtıcı Özellik	N	%
Cinsiyet			Sigara Kullanımı		
Kadın	21	40,4	Hayır	18	34,6
Erkek	31	59,6	Evet	6	11,5
Yaş (55,50±11,68)			Hastalığı nedeniyle bıraktı	28	53,8
30-44 yaş	9	17,3	Alkol Kullanımı		
45-59 yaş	27	51,9	Hayır	36	69,2
60 yaş ve üzeri	16	30,8	Hastalığı nedeniyle bıraktı	16	30,8
Medeni Durum			Hastalığın Tanı Zamanı		
Evli	30	57,7	6-12 ay önce	15	28,8
Bekar	9	17,3	13-19 ay önce	14	26,9
Eşinden ayrı/ Eşi Ölmüş	13	25,0	20 ay ve daha önce	23	44,2
Çocuk Sayısı			Kemoterapi Alma Durumu		
Çocuk yok	12	23,1	Evet	46	88,5
1-2 çocuk	19	36,5	Hayır	6	11,5
3 ve üzeri çocuk	21	40,4	Son 6 Ayda Yatış Sayısı		
Eğitim Durumu			1-2 kez	20	38,5
İlkokul ve altı	23	44,2	3 kez ve üzeri	32	61,5
Lise mezunu	19	36,5	Şuanda Hastanede Yatış Gün Sayısı		
Üniversite mezunu	10	19,2	1-7 gün	12	23,1
Meslek			8-14 gün	31	59,6
Emekli	11	21,2	15 gün ve üzeri	9	17,3
Memur	10	19,2	Eşlik Eden Hastalık		
İşçi	15	28,8	Var	23	44,2
Esnaf/tüccar	6	11,5	Yok	29	55,8
Çalışmıyor	10	19,2	ECOG Performans		
Beden Kitle İndeksi			3 (Sınırlı olarak öz bakımını karşılayabilir)	25	48,1
Zayıf	7	13,5	4 (Tamamen bağımlı)	7	51,9
Normal	32	61,5			
Fazla Kilo	13	25,0			

Tablo 2. Edmontom semptomlarının şiddet dağılımları ve ortalamaları

Edmonton Semptomları	Semptom Var	Semptom Yok	1-5 Şiddeti	6-10 Şiddeti	Şiddet Ort. ± SS
Ağrı	94,2	5,8	32,7	61,5	5,98±2,68
Yorgunluk	100,0	0,0	26,9	73,1	7,03±2,12
Bulantı	92,3	7,7	50,0	42,3	4,90±2,57
Üzüntü	100,0	0,0	23,1	76,9	7,05±2,20
Endişe	100,0	0,0	32,7	67,3	6,51±2,53
Uykusuzluk	98,1	1,9	28,8	69,2	6,01±2,09
İştahsızlık	94,2	5,8	28,8	65,4	6,44±2,60
Kendini iyi hissetmeme	100,0	0,0	26,9	73,1	6,61±2,05
Nefes darlığı	57,7	42,3	44,2	13,5	1,96±2,40

HP-133

GÜNCEL BİR KILAVUZ ÖRNEĞİ: AKUT TRANSFÜZYON REAKSİYONLARININ MUAYENESİ VE YÖNETİMİ KILAVUZU

Yasemin Tokem[1], Berna Nilgün Özgürsoy Uran[1], Gizem Arslan[2], Elif Ünsal Avdal[1], Fatma İltuş Kırbıyıkoğlu[1]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Giriş: Akut transfüzyon reaksiyonları (ATR) yanlış ürünün nakledilmesi, hemolitik reaksiyonlar, kan transfüzyonuna bağlı akut akciğer hasarı, kan nakline bağlı aşırı dolaşımsal yüklenme ve ürünün bakteriyel kontaminasyonuna bağlı olan durumlar dışında, kanın veya kan bileşenlerinin verilmesinden sonraki 24 saat içerisinde meydana gelen reaksiyonlardır. Kan ürünlerinin transfüzyon uygulamalarının güvenle yapılabilmesi ve ATR'nın önlenmesi için kurumlar ve uzmanlar belirli aralıklarla kılavuzlar yayınlamakta ve bu kılavuzların geçerliliğini sürekli olarak test etmektedirler. Bu kılavuzlardan biri de "Guideline on The Investigation and Management of Acute Transfusion Reactions (Akut Transfüzyon Reaksiyonlarının Muayenesi ve Yönetimi Kılavuzu)"dur.

Bu kılavuz; tanı, değerlendirme, yönetim, reaksiyonları önleme, risk tanılaması ve tedavi açısından yol gösterici olmanın yanı sıra; acil servislerde, yoğun bakım ünitelerinde, hematolojide ve cerrahide kullanılmaktadır. Hemşireler, diğer sağlık personelleri, klinik laboratuar personeli, hekimler ve halk sağlığı alanında çalışanlar tarafından kılavuzdaki öneriler benimsenmiştir. Kan ve ürünlerinin transfüzyonu ile ilişkili ciddi semptom ve bulgular gelişen tüm hastalar kılavuzun hedef kitlesini oluşturmaktadır.

Amaç: Bu derlemede; "Guideline on The Investigation and Management of Acute Transfusion Reactions" kılavuzunda yer alan ATR'yi tanıma ve kontrol altına alma sürecine, reaksiyonların acil yönetimine ve reaksiyon gelişen hastanın takibine ilişkin kanıtlar açıklanmıştır. Transfüzyon girişimlerini yoğun olarak hemşirelerin yürüttüğü göz önünde bulundurulursa bu kılavuz; transfüzyondaki hastanın bakımı, takibi, transfüzyon öncesi, sırası ve sonrası girişimler, kan ürünlerinin güvenli uygulaması ve ciddi reaksiyonların yönetimi gibi birçok konuda hemşirelere yol gösterici olacaktır.

Tablo 1'de akut transfüzyon reaksiyonlarını (ATR) tanıma ve kontrol altına alma süreci ile akut transfüzyon reaksiyonlarının acil yönetimi konularında geliştirilen öneriler açıklanırken; Tablo 2'de hastanın takibine ve akut transfüzyon reaksiyonlarının rapor edilmesine ilişkin öneriler sunulmuştur.

Sonuç: Transfüzyondaki hastanın bakımından sorumlu olan hemşire, kan ürünlerinin güvenli uygulamasından ve ciddi reaksiyonların yönetiminde bilgili olmalıdır. Kan transfüzyon sürecinde eğitimli ve bilgili uygulayıcıların olmasıyla, hemşirelerin bu alanda kendi beceri ve yetkinliklerini gösterebilmeleriyle hasta sonuçları iyileştirebilir ve klinik riskler (reaksiyonlar) ile birlikte hata oranları azalabilir. Hemşirelerin, uyguladıkları girişimlerin gerekçelerini bilmesi bu konuda daha hassas ve dikkatli davranmalarını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimler: Kılavuz, kanıta dayalı uygulamalar, akut transfüzyon reaksiyonları, hemşire

Tablo 1. Akut Transfüzyon reaksiyonlarını (ATR) tanıma ve kontrol altına alma süreci ile akut transfüzyon reaksiyonlarının acil yönetimine ilişkin önerile

Önerilerin özeti	Gücü	Kanıt düzeyi
Akut Transfüzyon Reaksiyonlarını (ATR) Tanıma ve Kontrol Altına Alma Süreci		
Akut Transfüzyon Reaksiyonlarının tedavisi sınıflandırmaya bağlı değil, belirti ve bulgulara yönelik olmalıdır. Muayene sonuçları ulaşana kadar ciddi reaksiyonların tedavisi geciktirilmemelidir.	1	C
Bütün hastalara; anafilaksinin acil tedavisi de dahil, transfüzyon yapılan hasta yönetiminde ve kan komponentlerinin yönetiminde eğitilmiş personellerin olduğu ve doğrudan gözlenebilecekleri klinik alanlarda transfüzyon uygulanmalıdır.	1	C
Akut transfüzyon reaksiyonlarının tanınması ve acil yönetimi, yerel transfüzyon politikaları içine dahil edilmeli ve transfüzyon sürecine katılan tüm klinik ve laboratuar personeli için transfüzyon eğitimi zorunlu olmalıdır.	2	C
Hastalardan, transfüzyon tamamlanmasından sonra 24 saat içinde hangi semptomların geliştiğini belirtmesi istenmelidir.	2	C
Akut Transfüzyon Reaksiyonlarının Acil Yönetimi		
Eğer transfüzyon sırasında hastada yeni semptom veya belirtiler gelişirse, transfüzyon geçici olarak durdurulmalı ama venöz giriş korunmalıdır. Hasta, kimlik bilgileri ve kan ürününün uyum etiketi arasındaki detaylar/bilgiler kontrol edilmelidir. Bileşenin görsel kontrolü yapılır ve standart gözlemler ile hasta değerlendirilir.	1	C
Yüksek ateş (Ateşin 38 oC veya üstünde olması veya 1-2 oC artması) ve/veya diğer özellikler olmadan kaşıntı veya döküntü gibi hafif reaksiyonları olan hastalar için transfüzyon uygun tedavi ve doğrudan gözlem ile devam edilebilir.	2	B
Hafif izole febril reaksiyonları olan hastalar oral parasetamol (Yetişkinlerde 500-1000 mg) ile tedavi edilebilir. Hafif alerjik reaksiyonları olan hastalarda, transfüzyon yavaşlatılabilir ve antihistaminik tedavi başlanabilir.	2	C
İngiltere kılavuzlarına göre anaflaksi, intramuskuler adrenalin (epinefrin) ile tedavi edilebilir. Koagülasyonu düzensiz veya trombositopenik hastalara da, anaflaktik reaksiyon geçirirlerse, intramuskuler adrenalin yapılmalıdır.	1	A
Kanama için transfüzyon yapılan hastada hipotansiyon gelişirse, dikkatli şekilde klinik risk değerlendirmesi gereklidir. Kanama hipotansiyona neden oluyorsa, transfüzyonun devam ettirilmesi hayat kurtarıcı olabilir. Bunun aksine, hipotansiyonun en muhtemel nedeninin kan komponenti olduğu düşünülürse, transfüzyon mutlaka durdurulmalı veya alternatif bir komponente geçilip uygun yönetimi sağlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	1	C
Hastada sürekli ateş semptomları veya orta şiddette belirtiler (ateş 39 oC veya daha fazla ya da 2 oC veya daha fazla yükselmesi ve/veya kasılmalar, titreme, kas ağrısı, bulantı, kusma gibi sistemik semptomlar) gelişirse bakteriyel kontaminasyon veya hemolitik reaksiyon düşünülmelidir.	1	C

Tablo 2. Hastanın takibine ve akut transfüzyon reaksiyonlarının rapor edilmesine ilişkin öneriler

Önerilerin özeti	Gücü	Kanıt düzeyi
Hastanın Takibi		
Transfüzyon kaynaklı anaflaktik reaksiyon oluşan hastalar İngiltere kılavuzlarına uygun olarak alerji uzmanı veya immünolog ile birlikte ele alınmalıdır.	1	C
Tekrarlayan febril reaksiyonları olan hastalar için, reaksiyon beklendiğinden bir saat önce oral parasetamol verilerek premedikasyon yapılması önerilmektedir (veya titreme ya da kasılmanın baskın olduğu hastalarda nonsteroid anti-enflamatuar ilaçlar – ama reaksiyon şiddetine karşı her durumda ilaç risklerinin değerlendirilmesi yapılmalıdır) ve reaksiyonun devam ettiği hastalarda yıkanmış kan komponentleri denenmelidir.	2	C
Tekrarlayan hafif febril reaksiyonlarda antihistaminik veya steroidlerle rutin profilaksiyi destekleyen hiçbir kanıt yoktur. İlaç veya lateks alerjileri gibi alternatif nedenler ekarte edilmelidir.	2	C
Tekrarlayan orta veya şiddetli allerjik reaksiyonları olan hastalarda, bunların dışında IgA eksikliği olan hastalarda transfüzyon için daha fazla seçenek bulunur: -Standart komponentlerin transfüzyonunu, resüsitasyon birimleri olan klinik alanlarda doğrudan monitorize edilmeli ve antihistaminik profilaksisi düşünülmelidir (Etkinlik kanıtlarının düşük olmasına rağmen, riskleri de düşüktür.) Massif transfüzyon acilse ve bekleyen kan daha riskli olsa bile bu tek seçenektir. -Yıkanmış eritrosit veya trombosit transfüze edilir. -Plazma değişimi yapılan hastalarda Taze Donmuş Plazma(TDP)'ya tekrarlayan alerjik reaksiyonları olduğunda çözücü deterjan kullanımı TDP'yı düzeltebilir.	2	C
IgA eksikliği onaylanan ve kan reaksiyonu geçmişi olan hastalar, IgA eksikliği olan donörlerin komponentleriyle (1. seçenek) veya zaman varsa yıkanmış eritrositler (2. seçenek) transfüze edilebilir.	1	C
Bunlar hemen kullanılabilir durumda değilse, hayat kurtaran transfüzyon reddedilmemeli veya geciktirilmemelidir ama ciddi alerjik reaksiyonları yönetmek için profesyonel kişiler ve birimler mevcut olmalıdır. -Bilinen IgA eksikliği olan (IgA<0.07 g/L) ve kan transfüzyon reaksiyon öyküsü olmayan hastalar transfüzyon aciliyeti, IgA test endikasyonu, transfüzyonun öngörülen sıklığı ve diğer alanlardaki alerji/anaflaksi öyküsü göz önüne alınarak bireysel olarak değerlendirilmelidir. Çoğu sorunsuz olarak standart komponentleri alır ancak zaman varsa transfüzyon hekimi, immunolog veya alerji uzmanına danışma önerilir.	2	C
Akut Transfüzyon Reaksiyonlarının Rapor Edilmesi		
Bütün transfüzyon reaksiyonları, beklenen hafif febril ve/veya alerjik reaksiyonlar uygun şekilde rapor edilmeli ve hastane içinde ayrıca gözden geçirilmelidir.	1	C

HP-134

ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN İLK KLİNİK UYGULAMALARINDA YAŞADIĞI KAYGI VE ÖZGÜVEN DURUMLARI

Şahizer Eraydın[1], Arzu Erkoç[2]

[1]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Tokat
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Rize

Giriş: İlk klinik uygulama deneyimlerinde hemşirelik öğrencilerinin yaşadığı kaygı, kendilerine olan güvenlerini etkileyebilmektedir.

Amaç: Araştırma hemşirelik 1. sınıf öğrencilerinin ilk klinik uygulama süreçlerinde yaşadığı kaygı ve özgüven düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 1. sınıf öğrencilerinin "Hemşirelik Esasları" dersinin staj uygulamasını yapan 90 öğrenci ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), Özgüven Ölçeği (ÖGÖ) kullanıldı. Çalışma öncesi, okul yönetiminden yazılı izin ve öğrencilerin sözlü onamları alındı. Veriler SPSS18.0 programında, frekans dağılımı, varyans analizi ve ikili gruplarda t testi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Öğrencilerin %55.6'sı devlet hastanesinde uygulama yapmakta, yaş ortalaması 19.18±0.95 (min=17; max=23), %66.7'si kız, %50'si genel lise mezunu idi. %62.2'sinin bölümünü isteyerek tercih etmiş olduğu, %76.7'sinin ise kendini hemşirelik mesleğine uygun bulduğu belirlendi. Öğrencilerin %43.3'ü okul yaşamından ve %47.8'i dersten orta düzeyde memnun olduğu saptandı. Öğrencilerin %58.9'unun dersin teorik kısmına, %63.3'ünün ise dersin laboratuarına hazırlanarak geldiği ve %76.7'sinin teorik derste, %26.7'sinin ise laboratuarda zorlandığı tespit edildi. Öğrencilerin %54.4'ünün klinik ortamda bulunmaktan memnun, %32.2'sinin memnun olmadığı, %20'sinin klinik ortamda kendini yeterli hissederken, %53.3'ünün klinik uygulamalarda kendine güvendiği saptandı. Çalışmada DKÖ ve ÖGÖ her iki ölçekte Cronbach Alpha değeri 0.93 olarak bulundu. Öğrencilerin DKÖ'den aldıkları genel puan ortalamaları 39.32±4.83(min=30; max=52), ÖGÖ'den aldıkları genel puan ortalamaları 123.28±19.06 (min=74; max=160)'dır. Kız ve erkek öğrencilerin DKÖ puan ortalamaları arasında (p=0.511) ve ÖGÖ puan ortalamaları arasında (p=0.349) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Ayrıca devlet ve üniversite hastanelerinde klinik uygulamaları sürecinde de farklı hastane ortamlarında öğrencilerin puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (p>0.05).

Sonuç: Hemşirelik 1. sınıf öğrencileri ilk klinik deneyimlerinde orta düzeyde kaygı yaşamakta ve özgüvenleri yine orta düzeyde etkilenmektedir.

Anahtar Kelimler: Hastane, hemşirelik, kaygı, öğrenci, özgüven

HP-135

HEMODİYALİZ HASTALARINDA CİNSİYET FARKLILIĞININ AĞRI ŞİDDETİ VE AĞRI YÖNETİMİNE ETKİSİ

Derya Atik[1], Arzu Erkoç[2]

[1]Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Osmaniye
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Hemodiyaliz (HD) tedavisi, Kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarının yaşam sürelerini uzatmakta ancak beraberinde önemli komplikasyonlara da neden olmaktadır. Klinikte sıklıkla hastaların ağrı şikayetinde bulunduğu gözlenmektedir; bilhassa son dönem böbrek yetmezliği olan HD hastalarının %75'i şiddetli ağrıları olduğunu ifade etmektedirler. Hastaların ağrı eşiğinin düşük olmasında cinsiyet faktörünün de etkili olabileceği düşünülmektedir.

Amaç: Çalışmada HD tedavisi uygulanan hastalarda komplikasyon gelişme durumunun belirlenmesi, cinsiyet faktörünün ağrı şiddetinde ve ağrı yönetiminde etki durumunun ortaya konulması amaçlandı.

Materyal-Metod: Prospektif ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Evreni; Ekim 2014-Kasım 2014 tarihleri arasında, Antakya Devlet Hastanesi Diyaliz Ünitesinde kayıtlı olarak kronik diyaliz programında bulunan 120 hasta oluşturdu. Genel durumu iyi olmadığı için, konuşamayacak ya da anlamayacak kadar yaşlı olduğu için 17 hasta çalışma dışında bırakılarak örnekleme alınma kriterlerini karşılayan 103 hasta ile çalışma tamamlandı. Araştırmanın yapılması için ilgili kurumdan yazılı izin ve Etik Kurul Onayı, hastalardan bilgilendirilmiş onam alındı. Veriler Hasta Tanıtımı Formu, Ağrı Yönetim Şekillerini Sorgulayan Form, Görsel Analog Ölçek (GAÖ) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edildi. Veriler SPSS 21.0 istatistik programında değerlendirildi. Analiz yöntemi olarak; yüzdelik, ortalama, OneWayAnova, regresyon analizi kullanıldı. Karşılaştırmalarda, p<0.05 olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmada hastaların çoğunluğu; erkek (%63.1), ilköğretim mezunu (%50.5), sigara (%78.6) ve alkol kullanmıyor (%96.1), normal kiloda (%49.5) ve gün içinde aktif olarak çalışmıyordu (%78.6). En sık KBY nedenlerinin, DM ve HT olduğu belirlendi. Hemodiyaliz hastalarında önemli düzeyde komplikasyon görüldüğü, en fazla görülenlerin ise kas krampları (%55.3), baş ağrısı (%51.5) ve hipotansiyon (%44.7) olduğu belirlendi. Kas krampları ve bulantı şikayetlerinin kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği, kadınlarda daha fazla görüldüğü saptandı (p≤0.05). HD uygulanan KBY hastalarının, en fazla kas iskelet sistemi ile ilgili ağrı deneyimledikleri (%36.9), kadında erkeklere göre daha fazla ve şiddetli olduğu görüldü (p<0.05). Hastaların kullandıkları ağrı yönetim şekilleri incelendiğinde en fazla dinlenmeyi (%73.8), uyumayı (%48.5), dine yönelmeyi (%47.6) tercih ettikleri görüldü. Doktor istemiyle ya da doktor istemi dışında ağrı kesici ilaç kullanım oranının kadınlarda daha yüksek olduğu belirlendi (p<0.05).

Sonuç: Hastalarda başta kas krampları olmak üzere birçok komplikasyon geliştiği, dolayısıyla ağrı nedenlerinin en çok kas iskelet sistemi ile ilgili olduğu, orta düzeyde ağrı deneyimledikleri, kadınların kas iskelet sistemine bağlı komplikasyon ve ağrılarının daha fazla olduğu belirlendi. HD hastalarında, cinsiyet farklılığı gözetilerek, bireysel ve bütüncül yaklaşım ile komplikasyonların ve ağrının sorgulanması, değerlendirilmesi, ağrı tedavisinin ve bakımının KBY tedavisi ile birlikte yapılarak hastaların yaşam kalitelerinin artırılması sağlanabilir.

Anahtar Kelimler: Ağrı, cinsiyet, hasta, hemodiyaliz

HP-136

TİP II DİYABETES MELLİTUSU OLAN KADINLARIN CİNSEL FONKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sabire Yurtsever[1], Candan Kale Sarı[1], Fatma Betül Öz[1], Ulviye Özcan Yüce[2]

[1]Mersin Üniversitesi
[2]Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi

Giriş: Diyabetes mellitusu olan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğuna ilişkin yapılmış çalışma sayısı sınırlı olmakla birlikte prevelans %25-63 arasındadır.

Amaç: Çalışmada Tip II DM olan kadınların cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Çalışma 01.10.2014-31.03.2015 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin endokrinoloji polikliniğine en az altı ay önce Tip II DM tanısı almış, çalışmaya katılmaya istekli 60 kadın ile yapılmıştır. Etik Kurul ve kurum izni alındıktan sonra, kadınlardan çalışmanın amacı ve yöntemi açıklanarak onamları alınmıştır. Veriler, 44 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu ve İstek, Uyarılma, Lubrikasyon, Orgazm, Tatmin, Ağrı alt ölçeklerinden oluşan ve toplam 19 maddeyi içeren Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği kullanılarak araştırmacılar tarafından özel bir odada bire bir görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, tek yönlü varyans analizi, Mann Whitney U testi ve Student t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan kadınların yaş ortalamaları 52.63±9.34 olup, %35'i ilkokul mezunu, %66.7'si ilde yaşayan, %76.7'si çekirdek aileye sahip, %58.3'ü ev hanımı, %63.3'ü gelir giderine denk olan, %89.7'si evli ve %50.8'i iki çocuğa sahip idi. Kadınların %23.7'si sigara kullanmakta, %21.7'si düzenli menstüral siklusa sahip, %67.2'sinin başka bir kronik hastalığı da bulunmakta, beden kitle indeksleri ortalamaları 31.67±6.11, hastalık süreleri ortalamaları 10.75±6.42 ve HbA1c ortalamaları 6.7±1.11 idi. Kadınların eşlerinin %31.7'si lise mezunu, %15.3'ü alkol ve %37.3'ü sigara kullanmakta olup, yaş ortalamaları 56.09±9.33 idi. Kadınların evlenme yaşı ortalamaları 22.08±5.39, evlilik süreleri ortalamaları 28.87±12.15 idi. DM tanısı almadan önce kendisini cinsel partner olarak "iyi" gördüğünü ifade edenler %43.3 iken, DM tanısı aldıktan sonra %25.0'ı kendisini cinsel partner olarak "iyi" gördüğünü belirtmiştir. Kadınlar, DM tanısı aldıktan sonra %35.0'ı eskisi kadar cinsel istek duymadığını, %13.3'ü cinsel ilişki sırasında ağrı ve acı hissettiğini, %11.7 oranlarında eskisi kadar cinsellikten doyum almadığını ve cinsel ilişki sıklıklarının azaldığını ifade etmişlerdir. Kadınların %40.0'ı yaşadıkları cinsel sorunları sağlık personeli ile paylaşamadığını ve bilgi almak istedikleri kişi olarak da yarısı hemşireyi belirtmiştir. Kadınlar, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği alt ölçeklerinden sırasıyla; istek: 8.18±2.35, uyarılma:9.62±6.70, lubrikasyon:8.53±6.19, orgazm:6.45±4.93, tatmin:6.68±5.11, ağrı:5.55±5.10 ve toplam:44.71± 24.08 puanlarını almışlardır. Kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyi yükseldikçe istek alt ölçek puanlarının arttığı ($p<0.05$), düzenli menstüral siklusu olan kadınların uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu ($p<0.05$), başka kronik hastalığı olan kadınların uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve ölçek toplam puanının daha düşük olduğu ($p<0.05$) ve sağlık personelinden bilgi almak isteyenlerin lubrikasyon, orgazm, ağrı ve ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Kadınların çoğunluğunun cinsel fonksiyon bozukluğu bulunmaktadır. Bu konuda bilgilendirilmeye gereksinim duymaktadırlar.

Anahtar Kelimler: Tip II Diyabetes Mellitus, Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

HP-137

HEMŞİRELERİN DİYABETLİ HASTA EĞİTİMİ VE TİP 2 DİYABETLİ HASTALARIN HASTALIĞA İLİŞKİN TUTUMLARI

Sevgin Samancıoğlu, Ekrem Bakır, Ayşe Karadağ, Ecem Erkan, Ayfer Aktürk, Cihat Aktürk, Mihrap İlter, Uğur Doğan

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Amaç: Eğitim, diyabet tedavisinin bizzat kendisidir. Dünya Sağlık Örgütü eğitimin diyabet tedavisinin bir temel taşı olduğunu 1980 yılında bildirmiştir. Bu çalışmada, birinci amaç güneydoğu bölgesinde diyabet hastalarının hastalığa ilişkin tutumlarını belirlemek iken ikinci amacımız daima bir diyabet hastasıyla karşılaşmakta olan hemşirelerin diyabet hakkında bilgi düzeylerini saptamaktır.

Yöntem: Bu araştırmanın yürütülmesi için Gaziantep Üniversitesi Etik Kurul onayı alındı. Araştırmaya, Ocak-Mart 2015 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Ersin Aslan Devlet Hastanesi, Şehit Kamil Devlet Hastanesi, Kilis Devlet Hastanesi'nde dahiliye ve endokrinoloji polikliniğine başvuran "Diyabet" tanısı almış hastalar ile dahiliye servislerinde çalışan hemşireler gönüllülük esasına dayanarak dahil edildi. Araştırmada Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Özcan (1999) tarafından yapılan Diyabet Tutum Ölçeği (DTÖ), hastaların sosyodemografik ve hastaların hastalık bilgilerini sorgulayan anket formu ve hemşireler için bilgi formu kullanılmıştır. Hastalara ilk görüşmede hasta bilgi formu ve hastalık hakkında bazı bilgiler, dahiliye-endokrin kliniklerinde çalışan hemşirelere bilgi formu dağıtıldı. Bu form ile diyabet eğitiminin içeriği sorgulandı.

Bulgular: Araştırmada hemşirelerin (n=161) %42,2'si GÜŞAUH, %18,6'si ŞKDH ve %21,7'i EADH, %8.7'ü MAİEAH, %8.7'si KDH'nde çalışmaktadır. Hemşirelerin yaş ortalamasının 29,57±5,76, %81,4'ünün kadın, %58,1'inin evli, %69,6'sının lisans, %22,4'ünün lise, %8.1'inin yüksek lisans düzeyinde eğitim aldığı belirlendi. Hemşirelerin %40,5'i dahiliye, %17,1'i nöroloji, %13,9'unun göğüs hastalıkları, %12,7'sinin nefroloji, %5,7'sinin kardiyoloji kliniğinde görev yaptığı belirlendi. Hemşirelerin %48.8'i 1-5 yıldır hemşire olarak çalışmakta, ortalama çalışma yılı 8,50±6,62'dür. Hemşirelerin %79,5'inin daha önce diyabet ile ilgili eğitim aldığı saptandı. Alınan eğitiminin %42,9'u hemşirelik lisans eğitimi, %28,6'sı ise hizmet içi eğitim sırasında edinildiği belirlendi. Hemşirelerin sadece %9.9'sinin diyabet eğitimi sertifikasına sahip olduğu belirlendi. Hemşirelerin %70,8'inin hastalara diyabet eğitimi verdiği, verilen eğitimin %85,1 oranında bireysel diyabet eğitimi olduğu belirlendi. Hemşirelerin diyabet hastalarına vermiş oldukları eğitim konuları Tablo 2'de gösterilmiştir. Hasta (n=291) özellikleri tablo1'de belirtilmiştir. Bu çalışma için DTÖ Cronbach's a sayısı 0,89 olarak bulunmuştur. Hastaların %95,5'i hastalığı ile ilgili negatif tutuma sahiptir. DTÖ toplam puanları 2,07±0,42 olarak bulunmuştur. Tüm alt boyutlardan alınan puan ortalamasına bakıldığında, en düşük tutumun 0,85±1,13 ile "Hasta Otonomisine Karşı Tutum", en yüksek tutumun 3,06 ±1,00 ile "İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti" alt boyutlarının olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: En düşük düzeyde çıkan "Hasta Otonomisine Karşı Tutum" ile diyabet tedavisi ve kontrolü için diyabetlilerin bireysel yönetime bakışı, rol ve sorumluluklarını algılama ve kabul etme düzeyleri değerlendirilmektedir. Sonuç olarak bu çalışmada Güneydoğudaki hastaların diyabetin bireysel yönetiminde iyi olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle dahili birimlerde hemşirelerin diyabet konusunda hasta eğitimi daha da önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelimler: Diyabet, hasta eğitimi, hemşire, tutum

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik durumu ve hastalık özellikleri

	(%)
Yaş	52,95± 12,22
Cinsiyet	
Kadın	65,6
Erkek	34,4
Sosyal güvence	
Var	87,1
Yok	12,9
Sağlık algılaması	
İyi	52,1
Kötü	47,9
Başka kronik hastalık varlığı	
Evet	64,7
Hayır	35,3
Diyabet eğitimi alma durumu	
Evet	52,8
Hayır	47,2
HbA1c (başlangıç)	8,91 ±2,34
HbA1c (3 ay sonra)	9,00± 4,44
Devam eden tedavisi	
OAD	25,6
İnsülin	31.0
OAD+insülin	43.4
Hipoglisemi yaşama durumu	
Evet	36,4
Hayır	63,6
Hipoglisemi sayısı (son 3 ayda)	6,15 ±11, 60
Beslenme alışkanlığı	
3 ana 3 ara öğün	22,6
Aklıma geldikçe	41,3
3 ana öğün	20,1
3 ana öğün ve gece atıştırma	5,6

Tablo 2. Hemşirelerin diyabet eğitiminde üzerinde durdukları konu başlıkları

Eğitim konusu	(%)
Diyabet tanımı ve belirtileri	60,6
Antidiyabetik ilaçlar nedir ve nasıl kullanılır	58,1
İnsülin tedavisinin önemi, türleri ve etkileri, uygulama bölgeleri ve bölge rotasyonu ile tedavinin yan etkileri ve insülinin saklanması	66,5
Evde kan şekeri ölçümü ve değerlendirmesi	50,3
Şekerin vücuttaki görevi	52,8
Beslenmenin önemi, öğün düzeni, kan şekeri düzeyini etkileyen temel besin öğesi: karbonhidratlar ara öğün seçenekleri	57,1
Diyabette ayak bakımı konusunda öneriler	34,8
Diyabetin akut komplikasyonları ve önlenmesi	39,4
Diyabetin kronik komplikasyonları ve önlenmesi	29,8

Tablo 3. Hastaların diyabet tutum ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamaları

DTÖ Alt Boyutları	Ortalama ±SD
Özel Eğitim Gereksinimi	1,91 ±0,58
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	1,93± 0,54
İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti	3,06 ±1,00
Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	2,26 ±0,49
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	0,92 ±1,19
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	0,85± 1,13
Ekip Bakımına Karşı Tutum	1,01 ±1,30
Toplam DTÖ	2,07±0,42

HP-138

HEMŞİRELERİN DİYABETLİ HASTA EĞİTİMİ VE DİYABETLİ HASTALARIN HASTALIĞA İLİŞKİN TUTUMLARI: TÜRKİYE'DE 3 BÖLGENİN DURUMU

Sevgin Samancıoğlu[1], Hamdiye Arda[2], Renginar Öztürk Dönmez[3], Ayfer Bayındır[1]

[1]Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
[2]Diyarbakır Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu
[3]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
[4]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

Amaç: Bu çalışmanın birincil amacı diyabet hastalarının hastalığa ilişkin tutumlarını belirlemek, ikincil amacı ise daima bir diyabet hastasıyla karşılaşmakta olan hemşirelerin diyabet eğitimine ilişkin sahip oldukları durumu saptamaktır.

Yöntem: Bu tanımlayıcı ve karşılaştırmalı araştırmanın yürütülmesi için Gaziantep Üniversitesi Etik Kurul onayı alındı. Araştırmaya, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama, Diyarbakır Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde dahiliye ve endokrinoloji polikliniğine başvuran "Diyabet" tanısı almış hastalar (n=368) ile dahili birimlerde çalışan hemşireler (n=180) gönüllülük esasına dayanarak dahil edildi. Araştırmada, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Özcan (1999) tarafından yapılan Diyabet Tutum Ölçeği (DTÖ) kullanıldı. Bu araştırmada, ölçeğin genel cronbach alpha katsayısının 0.809 olduğu belirlendi. Ek olarak, hastaların sosyodemografik ve hastalık bilgilerini sorgulayan anket formu ve hemşireler için bilgi formu kullanıldı. Bilgi formları yüz yüze görüşülerek toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı ve yüzde dağılımları, ölçek puan ortalaması, x^2, independent samples t testi, one way anova testi kullanıldı.

Bulgular: Üç farklı bölgeyi kapsayan hastaların sosyo-demografik ve hastalık özellikleri ile ilgili olarak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı belirlendi (p<0.05)(Tablo 1). Her üç bölge için hastaların DTÖ kapsamında, pozitif tutuma sahip oldukları belirlendi(ort >3). Karadeniz bölgesinde yaşayan diyabetli hastaların tedavi ve bakımına uyumunu kolaylaştıran ve engelleyen tutumlarının diğer iki bölgedeki hastalara göre daha olumlu olduğu (4,38± 0,26), Güneydoğu Anadolu bölgesindeki hastaların ise en az olumlu tutuma sahip oldukları belirlendi (3,88 ±0,33)(p<0,05). DTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında bölgeler arasında anlamlı farklılığın olduğu belirlendi (p<0,05)(Tablo 2). Araştırma örneklemini oluşturan hemşirelerin (n=180) yaş ortalamasının 29,26±6,12, %57,82'sinin lisans derecesinde eğitim aldığı belirlendi. Hemşirelerin %28,9'unun dahiliye kliniğinde görev yaptığı belirlendi. Hemşirelerin %75,62'sının daha önce diyabet ile ilgili eğitim aldığı saptandı. Alınan eğitiminin %38,4'sı hemşirelik lisans eğitimi sırasında edinildiği belirlendi. Hemşirelerin %51,1'inin hastalara diyabet eğitimi verdiği, verilen eğitimin %79,7 oranında bireysel diyabet eğitimi olduğu belirlendi. Hemşirelerin diyabet hastalarına vermiş oldukları eğitim konuları Tablo 3'te belirtilmiştir. Güneydoğu Anadolu, Ege ve Karadeniz bölgesinde çalışan hemşirelerin eğitici sertifikasına sahip olma bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 3).

Sonuç: Güneydoğu, Ege ve Karadeniz bölgesinde yaşayan hastaların sosyo demografik özelliklerinin benzer olduğu, ancak diyabet hastalıklarına ilişkin özellikleri arasında istatistiksel olarak farklılığın olduğu belirlendi. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun diyabet eğitimi verdiği, eğitim konusunun en fazla oranda tedaviye yönelik olduğu belirlendi. Hemşirenin verdiği bakım, tedavi ve eğitimin hastanın tutumunu etkilediğini düşünürsek, hastaların pozitif tutumları desteklenmeli, bireysel eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: Hemşire, diyabet tutum ölçeği, Tip 2 diabetes mellitus

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri açısından değerlendirilmesi

	Güney Doğu Bölgesi	Ege Bölgesi	Karadeniz Bölgesi	Önemlilik testi
Yaş	54,96±1,35	54,48± 1,07	54,90±9,77	F=0,211 p=0,891
Cinsiyet				x2=1,364 p=0,714
Kadın	65,0	67,6	62,0	
Erkek	35,0	32,4	38,0	
Sosyal güvence				x2=5,715 p=0,065
Var	85,6	97,1	98,0	
Yok	14,4	2,9	2,0	
Sağlık algılaması				x2=21,122 p=0,012
İyi	53,1	64,7	73,7	
Kötü	46,9	36,3	26,2	
Başka kronik hastalık varlığı				x2=25,862 p=0,024
Evet	63,1	75,0	82,0	
Hayır	36,9	25,0	18,0	
Diyabet eğitimi alma durumu				x2=53,068 p=0,000
Evet	65,0	69,9	30,1	
Hayır	35,0	30,1	69,9	
HbA1c	11,07±3,59	8,21±1,98	8,47± 3,54	F=18,059 p=0,000
Devam eden tedavisi				x2=19,281 p=0,032
OAD	28,8	32,9	53,4	
İnsülin	32,5	29,4	18,2	
OAD+insülin	38,8	37,7	28,4	
Hipoglisemi yaşama durumu				x2=20,581 p=0,003
Evet	38,8	19,1	43,2	
Hayır	61,2	81,9	56,8	
Hipoglisemi sayısı (son 3 ayda)	1,61 ±0,48	1,71±0,82	1,56±0,49	F=1,524 p=0,211
Beslenme alışkanlığı				x2=39,913 p=0,002
3 ara 3 ana öğün	36,9	39,7	37,0	
Aklıma geldikçe	20,6	17,6	22,0	
3 ana öğün	16,2	19,1	30,0	
3 ana öğün ve gece atıştırma	5,6	19,1	1,0	
Diğer	20,6	4,4	10,0	

Tablo 2. DTÖ toplam puanı ve alt boyutlarının bölgelere göre dağılımı

		Ortalama ±SD		
	Güney Doğu Bölgesi	Ege Bölgesi	Karadeniz Bölgesi	Farklılık
DTÖ Alt Boyutları				
Özel Eğitim Gereksinimi	4,33 ±0,37	4,29± 0,30	4,79 ±0,39	F=38,838 p=0,000
İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti	3,57± 0,58	3,37± 0,77	4,01 ±0,99	F=11,817 p=0,000
Sıkı Kontrolün Önemi	3,76± 0,54	4,25± 0,58	4,66 ±0,40	F=65,433 p=0,000
Diyabetli Hastanın Psikososyal Yaşamına Etkisi	3,66 ±0,44	4,11± 0,41	3,70 ±0,75	F=12,476 p=0,000
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	3,81± 0,40	3,85±0,42	4,29 ±0,33	F=28,837 p=0,000
DTÖ madde toplam ortalaması	3,88 ±0,33	4,12 ±0,28	4,38± 0,26	F=5,840 p=0,000

Tablo 3. Hemşirelerin diyabet eğitimi ve eğitim içeriklerinin karşılaştırılması

	Güney Doğu Bölgesi	Ege Bölgesi	Karadeniz Bölgesi	Önemlilik testi
Diyabet eğitimi verme				F=0,179 p=0,837
Evet	70,2	62,1	73,7	
Hayır	29,8	37,9	26,3	
Diyabet eğitici sertifikasına sahip olma				F=3,208 p=0,042
Evet	2,9	10,5	0,0	
Hayır	97,1	89,5	100,0	
Verilen Diyabet Eğitimi Türü				F=1,635 p=0,202
Bireysel	80,0	75,1	100,0	
Grup	20,0	24,9	0,0	
Eğitim Konusu				
Diyabet tanımı ve belirtileri				F=15,017 p=0,000
Evet	72,4	64,7	52,1	
Hayır	27,6	35,3	47,9	
Antidiyabetik ilaçlar nedir ve nasıl kullanılır				F=15,786 p=0,000
Evet	80,3	70,6	23,7	
Hayır	19,7	29,4	76,3	
İnsülin tedavisinin önemi, türleri ve etkileri, uygulama bölgeleri ve bölge rotasyonu ile tedavinin yan etkileri ve insülinin saklanması				F=10,000 p=0,000
Evet	80,3	60,5	42,1	
Hayır	19,7	39,5	57,9	
Evde kan şekeri ölçümü ve değerlendirmesi				F=1,879 p=0,157
Evet	47,4	47,1	28,9	
Hayır	52,6	52,9	71,1	
Şekerin vücuttaki görevi				F=2,571 p=0,085
Evet	39,5	52,9	23,7	
Hayır	60,5	47,1	76,3	
Beslenmenin önemi, öğün düzeni, kan şekeri düzeyini etkileyen temel besin öğesi: karbonhidratlar ara öğün seçenekleri				F=3,327 p=0,042
Evet	56,6	70,6	36,8	
Hayır	43,4	29,4	63,2	
Diyabette ayak bakımı konusunda öneriler				F=5,556 p=0,005
Evet	35,5	58,8	15,8	
Hayır	64,5	41,2	84,2	
Diyabetin akut komplikasyonları ve önlenmesi				F=5,738 p=0,004
Evet	44,0	52,9	15,8	
Hayır	56,0	47,1	84,2	
Diyabetin kronik komplikasyonları ve önlenmesi				F=6,741 p=0,00
Evet	35,5	47,1	7,9	
Hayır	64,5	52,9	92,1	

HP-139

İKİNCİ BİR EL SİZİ KORUR

Nurdane Güder, Fatma Sever

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Amaç: Kan ve vücut sıvılarıyla temasın engellenmesinde en kolay ve koruyucu yöntem olan eldiven kullanımının önemine dikkat çekmek ve farkındalık yaratmak.

Sağlık çalışanı çalışma ortamında her an infekte bir materyalle karsılasabilir. İnfeksiyonun olusumunu patojenin ne olduğu, temasın insi,temas edilen materyalin miktarı ve virusün miktarı belirler. Her temasın infeksiyonla sonuçlanmaması içimizi ferahlatıyor olsa da bu bilgi bize koruyucu olarak eldiven kullanımının hayatı değerini vurgulamaktadır.

Sağlık personeli için standart koruyu önlemler gerek tıp gerek hemşirelik müfredatında yer almakta hizmet içi eğitimlerde ilk konular vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda halen eldiven kullanımının tam olarak yerleşmediği görülmektedir.İstanbul Tıp Fakültesi genel cerrahi kliniğinde yapılan bir çalışmada yaralanma bildiren 40 kişiden 22 (% 55)'si kaza sırasında bariyer olarak eldiven kullanmakta olduklarını ifade ederken kaza sırasında eldiven kullanmayan 18 kişiden hemşire olanlar %66 işin aciliyeti, diğer yardımcı sağlık personeli de ihmal ve alışkanlık olmaması seklinde ifade etmiştir.

Sağlık çalışanları gözle görülür açık yaralanma olmadığı zaman eldiven kullanımı konusunda daha rahat davrandıklarını vurgulamaktadırlar.

Ancak yapılan çalışmalarda hemşirelerin %57'sinin ellerinde küçük akut ya da kronik deri yaralanmalarının olduğu mevcuttur. Özellikle ampul kırma, flakon açma gibi işlemlerde farkında olmadan ellerimizde cok sayıda çizikler olmaktadır.

Sonuç: Eldiven kullanımı yaralanmayı önlemez ancak maruz kalınan kan /vücut sıvısı miktarını %46-86 azatarak sağlık personelini infekte olmaktan koruyabilir.Hiç bir mazeret eldiven kullanmayı engellememelidir. Bana olmaz dememeli 15-20 saniye ayırmalı ve eldiven giyilmelidir. Unutulmamalıdır ki tüm Avrupa'da her yıl 1 milyondan fazla iğne batması olayı olduğu tahmin edilmektedir.

Anahtar Kelimler: eldiven kullanımı, sağlık personeli



Şekil 1.

HP-140

TÜRKİYE'DE YAŞLI AYRIMCILIĞI : SİSTEMATİK DERLEME

Şengül Akdeniz

Akdeniz Universitesi Saglik Hizmetleri Meslek Yuksekokulu

Giriş: Türkiye'de 1960'da kadınlar için 54, erkekler için 51 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi, 2013 yılı için kadınlarda 79.2, erkeklerde 74.7 yıla ulaşmıştır (TUİK, 2013). Yaşam süresinin uzaması ile birlikte, yaşlı nüfusta da önemli bir artış görülmektedir.Yaşlı ayrımcılığı; ileri yaştaki bireylere yönelik önyargıyı ifade eden tutum ve davranışlardır. Bugün dünyada toplumların çoğunda yaşlı bireyler ayrımcılığa uğramaktadır. Bu ayrımcılık, aile bireyleri ve toplumun genel olarak yaşlı bireylere ve yaşlanmaya karşı taşıdıkları olumsuz tutumlardan kaynaklanmaktadır. Toplumların çoğunda yaşlılık ve yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan değişiklikler genelde olumsuz karşılanmaktadır. Yaşlılık tüm yaşam alanlarında, üretkenlikte, yeterlilikte, bireysellik ve bağımsızlıkta azalma süreci olarak görülmektedir. Yaşlıya ve yaşlılığa kalıplaşmış düşünceler, ön yargı ve ayrımcılık ile bakılabilmektedir. Yaşlı ayrımcılığı, ayrımcı eylemlere dönüşebilen inançları ve tutumları kapsamaktadır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Türkiye'deki yaşlı ayrımcılığını araştıran çalışmaları tanımlamak ve sistematik olarak incelemektir.

Yöntem: Derleme York Üniversitesi Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü tarafından geliştirilen Centre for Reviews and Dissemination (CRD) 2009 rehberi doğrultusunda yapılmıştır. Literatür taramasında yıl sınırı yapılmadan Pubmed, Scıense Direkct, Cınahl, Medline, Cochrane, Ulakbim Türk Tıp Dizini veri tabanlarında tarama yapılmıştır. Akdeniz Üniversitesi internet erişim ağı üzerinden yaşlı (aged), tutum (attitude), ayrımcılık (ageism), yaşlanma (aging), önyargı (prejudice), değerlendirme (instrumentation), yaşlı bireyler (older adults) ve Türkiye (Turkey) anahtar sözcükleri kullanılarak tarama yapılmıştır. Tarama İngilizce ve Türkçe dilinde, 8 anahtar sözcük kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Türkiye'de yapılmış, ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanmış ilgili orijinal araştırmalar değerlendirme kapsamına alınmıştır. Konuyla ilgili yapılan derlemeler, tez çalışmaları ve kongrelerde sunulan bildiriler çalışma kapsamına dahil edilmemiştir.Tarama sonucunda araştırma kapsamına 20 çalışma alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaların tamamı tanımlayıcı ve kesitsel türde planlanmıştır. Araştırma kapsamına alınan çalışmalar yaşlı ayrımcılığının boyutlarını ortaya koyan önemli sonuçlar içermektedir. Çalışmalar 2010 ile 2015 yılları arasında yapılmıştır. Araştırma kapsamına alınan çalışmalardan üçü 2010' da, üçü 2011' de, beş'i 2012' de, dörder tanesi 2013 ve 2014' te ve bir tanesi de 2015' te yapılmıstır.

Araştırma kapsamına alınan çalışmalardan dokuzu hemşirelik öğrencilerinin, ikisi bakım personelinin, ikisi hekimlerin, beşi sağlık bakımı alan üniversite öğrencisinin ve dördü üniversite öğrencilerinin yaşlılara karşı tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıstır. Çalışmalarda yaşlı ayrımcılıgına yönelik olumlu tutum gösterenler oldugu gibi olumsuz tutum gosterenler de vardır.

Sonuç: Yaşlı ayrımcılığı ile ilgili yapılan çalısmaların sayısında artıs bulunmasına rağmen çalısmalar sınırlı bir evren ile gerçeklestirilmis olup temsiliyet güçleri sınırlıdır. Bu nedenle genis evrenli çalısmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: Yaşlı, tutum, ayrımcılık

HP-141

ONKOLOJİDE TELEFON TEKNOLOJİNİN ÖNEMİ

Arife Altın Çetin[1], Hicran Bektaş[2]

[1]*Akdeniz Üniversitesi, Onkoloji Ünitesi*
[2]*Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı*

Sağlık bilgi teknolojisindeki ilerlemeler ile çoğu onkoloji hastası ayaktan tedavi programları aracılığıyla evden tedavi edilmekte ve izlenmektedir. Teknolojiye dayalı izlem, uygulanabilir, hastalar tarafından kabul edilebilir, hasta ile bakım sağlayıcı arasında iletişimi geliştiren ve semptomlar üzerine odaklanan bir sistemdir.

Teknolojik yöntemler arasında telefon teknolojisinin kullanımı, hastaların onkoloji alanında bilgiye erişiminde, semptom yönetiminde, uygun bakım düzeyini belirleme ve bireyin öz-bakımında rehberlik edecek profesyonel sağlık ekibine ulaşmada destekleyici bir hizmettir. Telefon; maliyeti düşük, hastane başvurularını azaltan, hasta memnuniyetini arttıran ve hasta eğitiminde kullanılabilen bir yöntemdir. Telefon çoğu hasta için hemşire ile temas kurmada birincil yöntem olarak kullanılmakta, onkoloji hemşireleri hastaların tele-teknolojik yöntemlerle bildirdiği sağlık sorunlarını değerlendirmekte, problemi tanılamakta ve uygun girişimi başlatmaktadırlar.

Hemşire tarafından telefonla danışmanlık programları ile onkoloji hastalarının tedavi ve bakım sorumluluklarını alma yetenekleri arttırılabilmekte, kemoterapiye bağlı gelişen semptomlar erken dönemde saptanıp kontrol altına alınabilmekte, bu dönemin rahat geçirilmesi sağlanabilmekte, günlük yaşamdaki rollere uyum sağlamada yardımcı olunabilmekte ve destek gereksinimlerine erken yönlendirme yapılabilmektedir. Planlı, iyi organize edilmiş telefon görüşmeleri ile hastaların hastalıklarının yan etkilerinin kontrolüne yönelik tedavi ve bakımda kendi sorumluluklarını alabilmeleri, tedavi ve bakım süresince verilecek kararlara katılabilmeleri ve yaşam kalitelerinin yükseltilerek hastalığa, tedavi ve bakıma uyumlarının arttırılması sağlanabilmektedir. Hemşireler tarafından meme, akciğer ve prostat kanserli hastalara yapılan 8 aylık telefonla bireysel problem çözme danışmanlıkları ile, hastaların hastalıkları ile ilgili başa çıkma yetenekleri ve kendilerine olan güvenlerinin geliştirildiği ve depresyon oranlarının azaldığı, telefonla bireysel problem çözme danışmanlığı almayan hastalarda ise optimistik ve destekleyici başa çıkma yeteneklerinin azaldığı belirtilmiştir. Meme kanserli hastalara ameliyattan bir hafta sonra telefonla danışmanlık yapılmış ve bu hastaların telefon danışmanlığını yararlı, zamanında ve uygun buldukları belirlenmiştir. Ayrıca bu hastaların beden imajlarının telefon danışmanlığı yapılmayan gruptan anlamlı derecede daha iyi olduğu, gelecekle ilgili daha az kaygı taşındığı, ameliyat sonrası komplikasyonların daha az yaşandığı ve yaşam kalitelerinin yükseldiği belirtilmiştir.

Hemşireler bütüncül bakım anlayışıyla telefonla danışmanlık yaparak hastaların kendilerini rahat hissettikleri ev ortamında; kanserli bireyi eğiterek hastalığına ve tedavisine bağlı semptomlarını yönetmesine, kendi bakım aktivitelerini üstlenmesine ve kısa sürede bağımsız duruma gelmesine yardımcı olarak, hastanın yaşam kalitesini yükseltebilirler.

Kaynaklar

1. Stacey, D., Bakker, D., Green, E., et al. (2007). Ambulatory oncology nursing telephone services: a provincial survey. CONJ, 17, 1-5.

2. Yount, S., E., Rothrock, N., Bass, M., et al. (2014). A randomized trial of weekly symptom telemonitoring in advanced lung cancer. J pain Symptom Manage, 47 (6), 973-988.

3. Paivi, S., Marja-Terttu, M., Pirkko-Liis,a K., L., et al. (2009). Telephone intervention and quality of life in patients with breast cancer. Cancer Nursing, 32, 177- 190.

Anahtar Kelimler: Onkoloji, telefon teknolojisi, hemşirelik

HP-142

HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN YALNIZLIK VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ

Züleyha Kılıç [1], Songül Göriş[1], Nurhan Kuloğlu[2], Mehtap Şahingöz Tahta[2]

[1]*Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*
[2]*Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu*

Amaç: Bu araştırma huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yalnızlık ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 01 Kasım 2014-31 Aralık 2014 tarihleri arasında bir ilin Huzurevinde yaşayan, çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, 62 yaşlı birey ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın verileri literatür taranarak hazırlanan Yaşlı Tanıtım Formu, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada, Etik Kurul Onayı, Kurum İzni ve çalışmaya katılan yaşlı bireylerden sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş olur alınmıştır. Değişkenlerin özet istatistikleri birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama (X) ve standart sapma (SS) olarak belirtilmiştir.

Bulgular: Çalışma kapsamında huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaş ortalaması 74.24±7.66 ve huzurevinde kalma süresi ortalaması 3.53±2.88 yıldır. Yaşlı bireylerin % 79.0'ı erkek, % 37.1'i ilköğretim mezunu ve % 72.6'sı çocuk sahibidir. Çalışmada yaşlıların % 91.9'unun günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olduğu ve % 41.9'unun sağlığını iyi olarak algıladığı saptanmıştır. Yaşlıların % 33.8'i huzurevinde yaşama nedeni olarak kimsesinin olmadığını, % 71.0'ı huzurevinde yaşamaktan memnun olduğunu, % 66.1'i boş vakitlerini televizyon izleyerek geçirdiğini ve % 40.3'ü sosyal uğraşlara katılmak istediğini belirtmiştir.

Çalışmada yaşlıların UCLA Yalnızlık Ölçeği puan ortalaması 44.37±11.44 ve Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalaması 9.01±5.19 olarak bulunmuştur.

Sonuç ve öneriler: Huzurevinde yaşayan yaşlıların orta düzeyde yalnızlık ve umutsuzluk yaşadıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; yaşlı bireylerin destek kaynaklarını harekete geçirecek ve umut düzeylerini geliştirecek hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulamaya dönük daha kapsamlı çalışmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimler: Yaşlı, yalnız, umutsuzluk, hemşirelik

HP-143

PIHTI ÖNLEYİCİ TEDAVİ: HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Derya Tülüce[1], Hatice Bostanoğlu[2]

[1]*Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü/Ankara*
[2]*Zirve Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü/Gaziantep*

Pıhtılaşma; koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık ve periferal arter hastalığı gibi iskemik hastalıklara neden olmaktadır. Bu hastalıkların önlenmesinde ve/veya tekrarlamamasında pıhtı önleyici tedavi vazgeçilmezdir[1]. Tedavi kapsamında antiagregan, antikoagülan ve antitrombolitik ilaçlar kullanılmaktadır. Pıhtı önleyici tedavilerin kanama başta olmak üzere birçok yan etkisi bulunmaktadır[2]. Bu nedenle, pıhtı önleyici tedavi alan hastaların tedavi süreçlerinde ve hasta/aile eğitiminde, hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Bu görevler arasında; hastaların ilaçları doğru miktarda ve doğru yoldan alması, hastalara ilaçların etki ve yan etkileri anlatılması, hastaların diyete uyumunun sağlanması ve tedaviye uyumu etkileyebilecek durumların araştırılması sayılabilir[2,3,4]. Verilen eğitim ile pıhtı önleyici tedavi alan hastaların tedaviye yönelik bilgi düzeyleri arttırılır, gelişebilecek komplikasyonlar önlenebilir ve hastanın hastalığını yönetebilmesi sağlanır.

Kaynaklar

1. Alshbool FZ, Karim ZA, Vemana HP, Conlon C, Lin OA, Khasawneh FT. The regulator of G-protein signaling 18 regulates platelet aggregation, hemostasis and thrombosis. Biochemical and Biophysical Research Communications 462 (2015) 378e382

2. Abacı O, Kılıçkesmez KO. Aspirin resistance: Where are we now? Anadolu Kardiyol Derg 2013; 13: 370-3

3. Markis M, van Veen JJ, Maclean R. Warfarin anticoagulation reversal: management of the asymptomatic and bleeding patient. J Thromb Thrombolysis. 2010 Feb;29(2):171-81. doi: 10.1007/s11239-009-0412-5.

4. Yang J, Chen Y, Li X, Chen X, Zhang L, Zhang Y et al. Influence of CYP2C9 and VKORC1 genotypes on the risk of hemorrhagic complications in warfarin-treated patients: a systematic review and meta-analysis. Int J Caardiol. 2013 Oct 9;168(4):4234 43. doi: 10.1016/j.ijcard.2013.07.151.

Anahtar Kelimler: antikoagülan, antiagregan, pıhtı önleyici tedavi, hemşirelik, hasta eğitimi

HP-144

ONKOLOJİ HASTALARINDA D TİPİ KİŞİLİK ÖZELLİĞİNİN SEMPTOMLARA ETKİSİ

Ebru Pala[1], Fisun Şenuzun Aykar[1], Birgül Vural Doğru[1], Yasemin Yıldırım[1], Rüçhan Uslu[2]

[1]Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Iç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir
[2]Ege Üniversitesi, Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi, İzmir

Amaç: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan çalışmanın amacı; onkoloji hastalarında D tipi kişilik özelliği ile semptomlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, Aralık 2014-Haziran 2015 tarihleri arasında İzmir'deki bir üniversite hastanesinin onkoloji kliniği ve polikliniğinde tedavi gören, örnekleme alınma ölçütlerine uygun ve araştırmaya katılmayı kabul eden 105 hasta oluşturmuştur.

Araştırmada veri toplama aracı olarak; ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan "Onkoloji Hastalarına Yönelik Hasta Tanıtım Formu(27 soru)", D tipi kişilik özelliklerini belirlemek içi "D Tipi Kişilik Ölçeği- DÖ14" (14 soru) ve "Rotterdam Semptom Listesi-RSC (27 soru)" kullanılmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama ve pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 51.07±14.37 olup, 64.08'inin kadın, %35.02'sinin erkek, %77.01'inin evli, %43.08'inin ilkokul mezunu, %84.08'inin çalışmadığı saptanmıştır. Ayrıca hastaların %28.06'sının başka bir kronik hastalığı olduğu, %51,04'ünün son bir yıl içinde bir kez hastaneye yattığı ve %39'unun ailesinde kanser tanısı olan birey bulunduğu belirlenmiştir.

Araştırmada, hastaların D tipi kişilik toplam puan ortalaması 22.64±11.89, alt boyut puan ortalamaları ise; negatif duygulanım için 12.42±5.63 ve sosyal baskılanma için 10.21± 7.83 olarak bulunmuştur. Hastaların RSC toplam puan ortalaması 59.38 ± 16.96, alt boyut puan ortalamaları ise; fiziksel semptomlar için 42.18±11.71 ve psikolojik semptomlar için 17.20±7.01 olarak belirlenmiştir

Hastaların D tipi kişilik "sosyal baskılanma" ve ''negatif duygulanım'' ile RSC semptom düzeyleri arasında istatistiksel olarak olumlu, orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=.344, p<0.001), (r=.401, p<0.001).

Sonuç: Sonuç olarak; hastaların D Tipi Kişilik Ölçeği'nin her iki alt boyutundan aldıkları puan D tipi kişilik özelliklerine sahip olduklarını, D tipi kişilik özelliğinin semptomları etkilediği saptanmıştır. Bu nedenle bu hastalarda semptom yönetiminin başarılı olarak sağlanabilmesi için D tipi kişilik özelliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: Kanser, D Tipi Kişilik, Semptom, Hemşire

HP-145

MULTİPLE SKLEROZLU (MS) KADINLARDA SEKSÜEL DİSFONKSİYONUN VE ANKSİYETENİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Nurgül Güngör Tavşanlı[1], Selin Ülger[2], Hatice Mavioğlu[3]

[1]Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
[2]Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
[3]Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı

Multiple Skleroz (MS) merkezi sinir sistemini (MS) fokal ve dağınık olarak tutan multiple demyelinizasyon plaklarının geliştiği, remisyon ve alevlenmelerle seyreden bir hastalıktır. Kadınlarda 1.5 kat daha sıktır. MS değişken klinik seyirli, kompleks immunopatolojik özellikleri barındıran inflamatuar ve dejeneratif bir nörolojik bozukluktur. Dünyada MS tanısı almış yaklaşık 1,3 milyon insan olduğu tahmin edilmektedir. MS semptomları hastaların %60-70'inde 20-40 yaş dönemlerinde başlar. Hastalık kadınlarda erkeklere oranla 2 kat fazla görülmektedir. MS'li kadınların kronik hastalıklarının getirdiği ve geri dönüşü olmayan sorunlarından biri seksüel disfonksiyon, yorgunluk, kadında süreklilik yaratan depresyon yaşam kalitelerini etkilemektedir. Bunun için MS'li kadınların rutin takiplerinde seksüel disfonksiyon sorunlarının saptanması, yorgunluk, depresyon ve yaşam kalitelerini değerlendirecek ölçümlerin yapılması ve klinik kullanımlarının sağlanması MS'li kadınların hastalık seyri üzerinde de olumlu yönde değişiklikler yaratacağı düşünülmektedir. Çalışmamızda, MS'li kadınlarda seksüel disfonksiyon, yorgunluk ve depresyonun saptanarak yaşam kaliteleri üzerine etkisini incelemeyi amaçladık Bu amaçla MS'li kadınlar ile sağlıklı kadınların seksüel disfonksiyon, yorgunluk, depresyon ve yaşam kaliteleri karşılaştırılarak MS'li kadınların yaşadıkları sorunlar daha net bir şekilde saptanmış olacaktır. MS'li kadınlarla hemşireler tarafından birebir özel iletişim kurularak seksüel disfonksiyon, yorgunluk ve depresyonun saptanması kolaylaştırılarak yaşam kalitelerinin yükseltilmesi amaçlanmıştır. Çalışma, vaka - kontrol olarak planlanmıştır. Çalışmanın örneklemini gerekli yasal izinler (Etik Kurul onayı, Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji ABD izni, bilgilendirilmiş onamları) alındıktan sonra 30 Mart ve 30 Eylül 2015 tarihleri arasında, Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji MS polikliniğinde takip edilen araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve bilgilendirilmiş onamları alınan 30 MS'li kadın vaka grubunu oluşturmaktadır. Kontrol grubunu ise aynı tarihler arasında, nöroloji polikliniğine başvuran, vaka grubu ile aynı sosyodemografik özellikleri taşıyan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve bilgilendirilmiş onamları alınan 30 sağlıklı gönüllü oluşturmaktadır. Veri toplama işlemi polikliniğin yanındaki boş bir oda da kadınların rahat hissedeceği bir ortam hazırlanarak, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile gerçekleştirilmektedir. Vaka grubuna; EDSS Skalası, sosyodemografik form, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon ölçeği ve MuSiQoLyaşam kalitesi ölçeği uygulanmaktadır. Kontrol grubuna; sosyodemografik form, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Beck Depresyon ölçeği ve Short Form 36 yaşam kalitesi ölçeği uygulanmaktadır. Veriler SPSS 15.0 paket programında değerlendirilecektir.

Anahtar Kelimler: MS, Seksüel Disfonksiyon, Yorgunluk, Depresyon, Yaşam kalitesi

HP-146

KEMOTERAPİ ALAN KANSER HASTALARINDA BULANTI SEMPTOM KONTROLÜNDE AKUPRES UYGULAMASININ KULLANIMI

Banu Çevik[1], Alev Yıldırım[2]

[1]Başkent Üniversitesi Ankara
[2]Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu

Kemoterapi alan kanser hastalarının %80'inde kemoterapiye bağlı bulantı veya kusma (KBBK) görülebilmektedir. Kanserin tedavisinde tedavi kadar bulantı-kusmanın önlenmesi ve kontrolü önemlidir. KBBK sonucu hiponatremi, hipokalemi ve metabolik alkoloz gibi ciddi metabolik komplikasyonlara da yol açabilmektedir. KBBK'yı önlemek için standart tedavide kullanılan serotonin antogonistleri gibi çok etkili antiemetik ilaçlarlara rağmen hastaların yaklaşık %60'ının bulantı, %35'inin ise kusma ve öğürme yakınmaları yaşadıkları belirtilmektedir. Günümüzde kanser hastalarının immün sistemlerini güçlendirmek, hastalıklarını tedavi etmek, kanser tedavisine bağlı gelişen semptomları kontrol etmek ve yaşam kalitelerini yükseltmek için non-farmakolojik yöntemlere yönelim olmaktadır. Yapılan çalışmalarda hasta eğitimi, müzik terapi, gevşeme egzersizleri, hipnoz, masaj, yoga , akupunktur ve akupresörun yararlı yaklaşımlar olabileceği vurgulanmıştır. akupres yan etkisi olmayan, uygulaması kolay, maliyeti az, bağımsız bir hemşirelik uygulamasıdır.

Akupres, vücutta enerji taşıyan meridyenler üzerinde akupunktur noktalarına parmak, avuç içi veya özel stimülasyon bantlarıyla basınç uygulayarak, enerji kanallarının çalışmasını sağlayan bir tedavi yöntemidir. Etki mekanizması akapuntur iğnesi yerine, özel tasarlanmış kol bandı veya el ile bası yöntemi kullanılmaktadır. El bileğinin üç parmak üzerinde bulunan P6 Nei-Guan noktasına bası uygulanması kemoterapi tedavisine bağlı olarak gelişen bulantı-kusmayı önlemektedir. Dibble ve ark. 70 meme kanseri hasta üzerinde P6 ve ST36 noktalarına parmak uçlarıyla kemoterapi kürünün ilk on gününde yaptıkları basınçla kemoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusmada anlamlı bir şekilde azalma olduğu, Price ve ark. 105 kanser hastası ile yaptığı çalışmada, plasebo bant kullanan hastalara kıyasla, gerçek akupresör bant kullanılan hastaların bulantı-kusma ortalama değerlerinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Molassiotis ve ark. 36 meme kanserli hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada bant kullanmayanlara kıyasla P6 noktasına basınç uygulayan bilek bantı kullananların tüm bulantı skorları belirgin biçimde düşük olduğunu bildirmişlerdir. Shin ve ark. 40

Koreli mide kanseri hasta üzerinde yaptığı çalışmada, bulantı-kusmanın kontrolünü sağlamak için bir grup hastaya P6 noktasına parmakla basınç yapmış ve diğer gruba standart bakım uygulamıştır. Akupresör uygulaması yapılan grupta 5 gün boyunca daha az bulantı-kusma gözlendiği ve bulantı-kusmanın sıklığında da belirgin bir azalma olduğunu belirtmişlerdir. Dundee ve ark. bilek bandı ile her iki saate bir beş dakika P6 noktasına uygulanan akupresörün kemoterapi alan 40 hastanın %87'sinde bulantı kusmayı azalttığını, bu yaklaşımın geleneksel antiemetik ilaçlarla birlikte kullanılabileceğini önermişlerdir. Taşpınar'ın 34 jinekolojik kanserli hasta üzerinde, her iki bileğe P6 noktasına 5 gün boyunca akupresör bandı uygulayarak yaptığı çalışmada; bulantı-kusma ve öğürme sayılarında azalma olduğu ve kullanılan antiemetik sayının azaldığı belirlenmiş ve kullanımı önerilmiştir. Yapılan çalışmalarda akupresörün bulantı-kusmanın önlenmesinde etkili bir yaklaşım olduğu vurgulanmıştır. Hastaların bulantı ve şiddetinin azaltılması bireylerin konfor ve yaşam kalitesini artırmada çok etkilidir ve hemşirelerin bu konuda bilgilenerek klinikte nonfarmakoloji yöntemlerin kullanılması önemlidir.

Anahtar Kelimler: Bulantı, Akupresur, Hemşirelik

HP-147

DİYABETİK HASTALARIN SAĞLIK İNANÇLARININ METABOLİK KONTROL ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Nurgül Güngör Tavşanlı, Dilek Özmen

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Bu araştırmada diyabetik hastaların sağlık inançlarının metabolik kontrol üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Diyabetik hastanın, günlük diyabet yönetimini başarılı bir şekilde sürdürebilmesi için yeterli bilgi, beceri ve olumlu tutumlara sahip olması gerekmektedir. Komplikasyonların önlenmesi, tedavide uyumun sağlanması ve stratejilerin geliştirilmesi için hastaların inanç ve tutumlarını içeren bilgilere ihtiyaç vardır.

Dizayn: Tanımlayıcı çalışma.

Yöntem: Araştırma Manisa Devlet Hastanesi Endokrinoloji Bölümü'nde tedavi gören Tip 2 diyabet hastalarında yürütülmüştür. Endokrinoloji Bölümü'ne başvuran Tip 2 diyabet hastası olan 200 hasta örneklemi oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı Diyabetik Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri Bilgi Formu ve Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın verileri SPSS 15.00 ile çözümlenmiştir.

Bulgular: Çalışmada tip 2 diyabetli bireylerin sağlık inançları ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumları, diyabet süresi ve diyabet tedavisinin tipi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Algılanan duyarlılık puan ortalaması tokluk kan şekeri kötü kontrol düzeyinde olan hastalarda daha yüksek, algılanan duyarlılık puan ortalaması BKI obez sınıfında olan hastalarda daha yüksek, hastaların sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutu puan ortalamalarının HbA1c değeri iyi kontrol düzeyinde olan hastalarda daha yüksek, algılanan ciddiyet alt boyutu puan ortalaması diyabet tedavisine uyum algıları ve diyete uyum algıları kötü olan hastalarda anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada hastaların sağlık inançlarının negatif düzeyde olduğu ve tedavi uyumsuzluklarını yadsıdıkları belirlenmiştir. Bu bulgular hastaların diyabet ve tedavisi ile ilgili olumsuz tutumlara ve bilgi eksikliklerine ya da yanlış bilgilere sahip oldukları düşündürtmektedir.

Klink Uygulamaya Etkisi: Hastaların ilk tanı aldıkları andan itibaren düzenli aralıklarla diyabet hemşireleri tarafından sağlık inançlarının, tedavi uyumsuzluklarını yadsıma eğilimlerinin değerlendirilmesi ve verilen eğitimin etkili olup olmadığını değerlendirerek gerektiğinde müdahalelerin yapılması gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca diyabetik hastaların tedavi uyumsuzluklarını yadsımalarının psikolojik nedenlerinin araştırılması ve tedavi uyumsuzlukları konusundaki tutumlarını değerlendirebilmek için geçerli ve güvenilir ölçme araçların geliştirilmesi ve özellikle hastanın zorlandığı noktalarda sosyal desteklerinin harekete geçirilmesi uygun olacaktır.

Anahtar Kelimler: Sağlık inancı, Tip 2 Diyabet, Metabolik Kontrol

Figürler :

Tablo 1. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamaları

Alt Boyutlar	Ort ± SS	Min-Max
Algılanan Duyarlılık (4 Madde)	2.66±0.83	1-5,00
Algılanan Ciddiyet (3 Madde)	1.64±0.77	1-5,00
Algılanan Yararlar (7 Madde)	1.84±0.62	1-3,86
Algılanan Engeller (9 Madde)	1.89±0.76	1-4,56
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler (10 madde)	1.67±0.65	1-4,80

Tablo 2. Hastaların Bazı Özellikleri İle Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Arasındaki İlişki

Tanıtıcı Özellik	n	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Yararlar	Algılanan Engeller	Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler
Yaş		t= -0,294 p=0,769	t= -0,973 p=0,332	t=-0,757 P=0,450	t=-0,293 p=0,770	t= -1,350 p=0,179
58 yaş ve altı	93	2,64±0,78	1,58±0,74	1,81±0,58	1,87±0,76	1,60±0,63
59 yaş ve üstü	107	2,67±0,87	1,69±0,80	1,87±0,66	1,90±0,75	1,72±0,66
Cinsiyet		t= -0,417 p=0,677	t= 1,060 p=0,290	t= 0,924 P=0,357	t= -0,252 p=0,801	t= -0,899 p=0,402
Kadın	139	2,64±0,82	1,68±0,82	1,87±0,63	1,88±0,72	1,64±0,63
Erkek	61	2,70±0,85	1,55±0,64	1,78±0,61	2,06±0,89	1,72±0,70
Eğitim Durumu		f=0,096 P=0,908	f=1,904 P=0,152	f=2,430 P=0,091	f=0,132 P=0,876	f=0,494 P=0,611
Okur-yaz. değil /Okur-yazar	47	2,69±0,75	1,78±0,87	1,95±0,63	1,92±0,81	1,74±0,75
İlköğretim	140	2,66±0,85	1,62±0,75	1,83±0,60	1,87±0,74	1,65±0,62
Lise ve üstü	13	2,57±0,90	1,33±0,49	1,64±0,50	1,95±0,74	1,56±0,57
İş Durumu		t=-0,035 p=0,971	t=-1,028 p=0,305	t=-1,501 P=0,135	t=-0,220 p=0,826	t= 1,084 p=0,280
Çalışıyor	73	2,66±0,83	1,57±0,61	1,76±0,58	1,87±0,78	1,73±0,68
Çalışmıyor	127	2,66±0,83	1,68±0,85	1,89±0,64	1,90±0,74	1,63±0,63
Medeni Durum		t= 0,488 p=0,626	t=-0,273 p=0,785	t=-1,107 P=0,199	t=-1,635 p=0,103	t=-0,200 p=0,842
Evli	192	2,67±0,79	1,63±0,74	1,82±0,61	1,85±0,72	1,67±0,62
Bekar	40	2,60±0,98	1,67±0,88	1,94±0,66	2,06±0,89	1,65±0,76
Diyabetinin Süresi		f= 0,255 p=0,858	f= 0,090 p=0,914	f= 0,756 p=0,520	f= 0,119 p=0,949	f= 2,116 p=0,930
1 yıl ve altı	28	2,66±0,96	2,11±1,51	1,91±0,73	1,92±0,81	1,69±0,55
2 - 9 yıl	77	2,76±0,78	1,63±0,69	1,88±0,52	1,83±0,72	1,82±0,53
10 yıl ve üzeri	95	2,63±0,83	1,67±0,79	1,93±0,60	1,91±0,77	1,78±0,79
Diyabet tedavisinin tipi		X^2=0,261 P=0,878	X^2=0,656 P=0,720	X^2=0,444 p=0,842	X^2=0,699 P=0,705	X^2=0,776 P=0,679
Diyet	12	2,58±0,70	1,75±1,13	1,57±0,45	1,82±0,71	1,57±0,50
Hap	113	2,64±0,80	1,61±0,74	1,81±0,60	1,88±0,78	1,68±0,60
İnsülin	75	2,70±0,89	1,65±0,75	1,93±0,68	1,91±0,74	1,67±0,65
Diyabet tedavisine uyum algısı		z= -0,463 p=0,643	**z= -2,098 p=0,036***	z= -0,224 P=0,823	z= -0,891 p=0,389	z= -0,453 p=0,650
İyi	180	2,66±0,82	**1,60±0,73**	1,84±0,61	1,88±0,77	1,65±0,62
Kötü	20	2,73±0,76	**2,05±1,00**	1,91±0,75	1,96±0,98	1,83±0,89
Diyete uyum algısı		z= -1,040 P=0,298	**z= -2,099 P=0,036***	z= -0,065 P=0,932	z= -0,813 P=0,416	z= -1,199 P=0,230
İyi	190	2,64±0,82	**1,59±0,68**	1,84±0,61	1,88±0,77	1,65±0,64
Kötü	10	2,90±0,65	**2,56±1,50**	1,97±0,82	1,97±0,82	1,95±0,74

*Mann Whitney U

Tablo 3. Hastaların Bazı Metabolik Değerleri ile Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Arasındaki İlişki

Metabolik Değerler	N	%	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Yararlar	Algılanan Engeller	Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler
AKŞ (n= 200)			t=-1,265 p=0,207	t=-0,383 p=0,717	t=-1,529 p=0,128	t=0,748 p=0,457	t=-0,765 p=0,445
İyi Kontrol	56	28	2,54±0,83	1,61±0,83	1,86±0,70	1,95±0,98	1,61±0,57
Kötü Kontrol	144	72	2,71±0,83	1,66±0,78	1,80±0,58	1,86±0,71	1,69±0,68
TKŞ (n= 200)			t=-2,771 **p=0,006***	t=-0,725 p=0,469	t=-1,219 p=0,224	t=1,324 p=0,187	t=-1,833 p=0,068
İyi Kontrol	33	16,5	2,30±0,72	1,55±0,79	1,96±0,74	2,05±0,88	1,48±0,55
Kötü Kontrol	167	83,5	2,73±0,83	1,66±0,78	1,82±0,58	1,88±0,73	1,70±0,66
HbA1c (n= 42)			z=-0,596 p=0,551	z=-0,166 p=0,868	z=-0,918 p=0,360	z=-0,533 p=0,594	z=-2,200 **p=0,034***
İyi Kontrol	10	23,8	2,50±0,59	1,56±0,70	2,04±0,45	2,12±0,45	1,99±0,47
Kötü Kontrol	32	76,2	2,59±0,79	1,62±0,88	1,83±0,61	2,14±1,02	1,48±0,65
BKİ (n=167)			X=-2,043 **P=0,044***	X=-1,401 P=0,164	X=0,606 P=0,647	X=2,858* P=0,005	X=0,131 P=0,861
Normal	17	10	2,33±0,79	1,41±0,61	1,96±0,70	2,26±1,17	1,67±0,73
Obez	50	84	2,76±0,78	1,64±0,84	1,87±0,64	1,74±0,57	1,66±0,64

*t-test ** Mann Whitney U

HP-148

OSTEOARTRİTTE TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF UYGULAMALARIN KULLANIMI

Nilay Bektaş Akpınar[1], Ulviye Özcan Yüce[2], Gülyeter Erdoğan[3]

[1]Nevşehir Kamu Hastaneler Birliği, Kozaklı Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Nevşehir

[2]Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Osmaniye

[3]Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakım Programı,Nevşehir

Osteoartrit (OA), eklem kıkırdağının kaybı ve periartiküler kemiğin yeniden şekillenmesi ile karakterize multifaktöryel etkili, yavaş progresyon gösteren, kronik dejeneratif bir hastalıktır.

D.S.Ö tahminlerine göre 60 yaş üstü kişilerde görülme oranı %25,6'dır . ABD 27 milyon kişiyi etkilemektedir . Ülkemizde hastalık yükü çalışmalarında OA yedinci sırada yer almaktadır. Sakatlık yüküne göre ise erkelerde %7,3 ile ilk sırayı almıştır.

Prevelansı bu kadar yüksek olan OA'nin kişilere sosyal ve fonksiyonel etkileri önemlidir. OA' li hastalar günlük yaşamlarını ağrı nedeniyle sürdürmekte zorluk yaşayabilmekte, orta ve ileri derece ağrı ise kişilerde özürlülüğe neden olabil-

mektedir. OA de medikal tedaviye yanıtsızlık, ağrı semptomunun azalmaması hastaları alternatif tedavi arama ve uygulama seçeneklerine yönlendirmiştir. Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri (TAT) içerisinde OA için hastaların genelde tercih ettiği ve uyguladıkları yöntemler bitkisel tedaviler, akupunktur, tai chi, yoga, masaj terapi, hirudoterapi (sülük tedavisi) olarak sıralanabilir. Sidney ve Avustralya'da 341 OA hasta ile yapılan çalışmada hastaların %40'nın TAT kullandığını, çoğunluğunun bayanlar olduğu, ağrı düzeyini azaltmak için vitamin desteği, kereviz ve sarımsak ekstresi, balık yağı kullandığı belirlenmiştir. Diz OA li 3498 hasta ile 8 hafta boyunca süren yoga uygulaması ile hastaların ağrı seviyesinde anlamlı düzeyde azalmalar olduğu saptanmıştır . Yapılan diğer bir kaç çalışmada ise kısa dönemde ağrının azalması, fonksiyonel durumun düzelmesinde ve eklem sertliğinin azalmasında hirudoterapinin etkili olduğu bildirilmiştir. Alternatif Ve Tamamlayıcı Ulusal Tıp Merkezi'nin (NCCAM) tai chi yöntemini uyguladığı randomize kontrollü çalışmada hastaların ağrı düzeylerinin azaldığı ve aynı zamanda yaşam kalitelerinin de arttığı tespit edilmiştir . Ülkemizde geriatrik populasyon ile yapılan çalışmalarda çoğunluğunun OA'in neden olduğu ağrıyı azaltmak için bitkisel ürünler, dua etmek, masaj, kaplıca/şifalı suları kullandıkları görülmüştür.

Bireylerin kendi sağlık yönetim davranışları, hastalığı tedavi etmelerindeki kişisel durum ve davranışsal faktörlere bağlı olarak değişmekle beraber OA'de tamamlayıcı ve alternatif tıp ürünleri kullanımının sık olduğunu görebilmekteyiz. OA de tamamlayıcı ve alternatif çalışmalar için daha fazla randomize-kontrollü çalışmalar yapılmalı, etkin ve güvenilir olduğu gösterilenlerin ise sağlık hizmetleri sunumu içinde uygun biçimde kullanılmasını sağlamak hastalar için yararlı olabilecektir.

Anahtar Kelimler: Osteoartrit, Tamamlayıcı Tedavi, Alternatif Tedavi

HP-149

ONKOLOJİ HASTALARINDA KONFOR

Aysun Akçakaya, Sevilay Hintistan

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon

Kanser; kısa ve uzun süreli uyum güçlükleri yaratan, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve anormal yayılımı ile karakterize; bireyi, biyolojik, psikolojik, sosyal, çevresel, ailesel ve ekonomik boyutları ile tehdit eden kronik bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü, dünyada 14 milyon yeni kanser vakası bildirmiş ve kansere bağlı 8.2 milyon ölüm gerçekleştiğini belirtmiştir. Türkiye'de ise ölüm nedenleri arasında kanserin ilk sıralarda yer aldığı bildirilmektedir.

Onkolojide erken tanı, tedavi ve bakımdaki gelişmeler bireylerin kanserle yaşam sürelerini artırmıştır. Bu durum, onkoloji hastalarının uzun yaşamalarının yanında kaliteli ve konforlu yaşamaları gerektiğini gündeme getirmiştir. Yirminci yüzyılın başlarından itibaren Orlando, Roy, Watson gibi hemşire kuramcılar tarafından ele alınan konfor kavramı, bakımın tüm yönlerini kapsamakta ve bakım kalitesini artırmayı amaçlamaktadır. "Ağrının, sıkıntının, üzüntünün, tedirginliğin olmaması" durumunu tanımlayan "konfor" kavramı; Katharina Kolcaba (1994) tarafından "fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel boyutta insan gereksinimlerinin karşılanmasıyla ortaya çıkan ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilme" olarak tanımlanmıştır. Konfor kavramı aynı zamanda yaşam kalitesi, palyatif bakım, destekleyici tedavi ve semptom yönetimine alternatif olarak da kullanılmıştır.

Kanser; tanı, tedavi ve bakım süreci ile birlikte güçlüklere neden olan, yaşamın akışını bozan stresli bir süreçtir. Onkoloji hastaları; bulantı, kusma, ağrı, konstipasyon, diyare ve iştahsızlık gibi fiziksel sorunlar; belirsizlik, çaresizlik, öfke, korku ve kontrol kaybı gibi psikolojik sorunlar ve izolasyon, rol değişiklikleri, işsizlik ve ilişkilerde bozulma gibi sosyal sorunlar yaşayabilmektedir. Aynı zamanda kanserin toplumsal stigmatizasyonu ve bir yıkım gibi algılanması, bu sorunları daha da artırabilmektedir. Korkmaz'ın (2010) sağlıklı bireylerle yaptığı çalışmasında, katılımcıların yaklaşık %75.0'ının kanser olma düşüncesinden bile korktuğu belirlenmiştir.

Onkoloji hastalarında konforun amacı; hastalık, tedavi ve bakımdan kaynaklanan fiziksel, psikolojik, spiritüel ve sosyal semptomları mümkün olduğunca erken dönemde önlemek, tedavi etmek ve bunları estetik bir şekilde sunmaktır. Hemşirelerin konfor bilgi düzeylerine yönelik Hou ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin en düşük düzeyde konfor bilgisine sahip oldukları belirlenmiştir. Oysa ki hemşirelerin onkoloji hastalarının konforunu sağlamada; ağrıyı azaltmak, üzüntüyü gidermek, sosyal etkileşimlerini desteklemek ve mahremiyetini korumak gibi önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Onkoloji hastalarında konforun değerlendirilmesi ve bir süreç şekilde ele alınması bakım kalitesini artırmada oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimler: Bakım kalitesi, hemşirelik, kanser, konfor, onkoloji

HP-150

HUZUR EVİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN YALNIZLIK VE SOSYAL DESTEK ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Zehra Eskimez, Gürsel Öztunç, Pınar Yeşil, Gülşah Tanrıverdi, İpek Köse

Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı

Yaşlılık yaşam sürecinin doğal ve zorunlu bir dönemi olmasıyla beraber, yaşamın tüm dönemleri içinde belki de en yalnız kalınan, her birey için farklı anlam taşıyan bir olgudur. Yalnızlık ise içinde yaşadığımız toplumun temel sosyo-kültürel sorunlarından birisidir. Yalnızlık yaşlı bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını etkilemektedir. Yaş ilerledikçe sosyal aktivite eksikliği ve bundan sonraki yaşamını sahip olduğu hastalıkla geçireceği düşüncesi, yaşlı bireylerin kendilerini diğer insanlardan farklı görmesine ve yalnızlık duygusu ile birlikte sosyal izolasyon yaşamasına neden olmaktadır. Bu durumda birey hem sosyal destek kaynağından uzaklaşmakta hem de sosyal desteğe gereksinim duymaktadır. Bu çalışma huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yalnızlık ve sosyal destek algılarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı olarak yapılan çalışmanın evrenini, Haziran-Ağustos 2014 tarihleri arasında Adana Huzurevi'nde yaşayan yaşlı bireyler, örneklemini ise, "Standardize Mini Mental Test" uygulanan ve test sonucunda kognitif fonksiyonları normal olduğu tespit edilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü 70 yaşlı birey oluşturmuştur. Çalışmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan ve yaşlıların sosyo-demografik özelliklerinin sorgulandığı "Bilgi Formu", yaşlıların sosyal destek yeterliliğini değerlendiren "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve yalnızlık düzeylerini belirleyen "UCLA-Yalnızlık Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Çalışma öncesi ilgili kurumdan, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler ve yaşlı bireylerin onamları alınmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistiksel değerler (frekans, ortalama) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması 72.76±8.68 olup, %77.1'i erkek, %31.4'ü ilkokul mezunu, %24,3'ü evli ve ortalama çocuk sayıları 2,77±2,21'dir (min: 0-max:9). Yaşlıların huzurevinde kalış süresi ortalamasının 4,78±3.83 (min: 1- max:15) yıl olduğu ve huzurevinde kalma nedenlerini sırasıyla (%64,3) yalnızlık, (%12,9) eşten ayrılma ve (%10,0) çocuklarına yük olmama şeklinde ifade ettikleri belirlenmiştir.

Çalışmada yer alan yaşlıların UCLA yalnızlık ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 41,74±11.52 (min:20- max:65), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ise 47,43±20.26 (min:12- max:84)'dır.

Çalışmanın sonucunda; yaşlıların çoğunluğunun yalnızlık nedeniyle huzurevinde kaldıkları, yalnızlık ve sosyal destek algılarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu konu ile ilgili kurumsal ve bireysel girişimlere gereksinim duyulduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimler: huzurevi, yaşlı, sosyal destek, yalnızlık

HP-151

DİYABETİK AYAK ÜLSERLERİNDE BİR TEDAVİ SEÇENEĞİ: MAGGOT

Serap Çetinkaya[1], Havva Sert[1], Dilek Aygin[1], Oğuz Karabay[2]

[1]Sakarya Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, SAÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik EABD

[2]Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Enfeksiyon Hastalıkları EABD

Diyabette sık rastlanılan komplikasyonlardan biri olan, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve tedavi maliyetini artıran diyabetik ayak ülserleri diyabetin sebep olduğu nöropati, mikro ve makro-anjiopatik komplikasyonların birlikteliğinden doğmaktadır. Diyabetik ayak tedavisi pek çok yöntemin bir arada kullanılmasını gerektiren komplike bir durumdur. Tedavide; kan şekerinin regüle edilerek glisemik kontrolün sağlanması, lokal yara bakımı yapılması, revaskülarizasyon prosedürlerinin uygulanması, ülser üzerindeki yükün azaltılması, antibiyoterapi, yaraya sürekli ya da aralıklı negatif basınçlı vakum destekli aspirasyon yapılması, granülasyon, anjiogenezise sebep olan büyüme faktörleri, sitokinlerin takviyesi, hastaya ve yaranın gereksinimlerine uygun modern yara bakımı malzemelerinin kullanılması, hiperbarik oksijen tedavisi, ozon tedavisi, trombositten zengin plazma tedavisi, maggot tedavisi gibi birçok yöntem kullanılmaktadır.

Maggot tedavisi 1931 yılında ilk kez Baer tarafından tanımlanmış, 2004'te FDA onayı almış ve maggot debridman tedavisinin yatak yaraları, ayak ülserleri ve ameliyat sonrası yaralarda kullanılması önerilmiştir. Son zamanlarda diyabetik ayak tedavisinde maggot tedavisi kullanılmaya başlanmış olup son 25 yıldır maggotların kullanımında artış olmuştur. Ülkemizde ise ilk kez 2002 yılında

Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde maggot debridman tedavisi uygulanmıştır. Larva tedavisi, terapötik miyaz, biyolojik debridman ve biyocerrahi olarak da bilinen maggot tedavisi yeşil şişe camı olarak adlandırılan Insecta sınıfı, Diptera dizisi, Cyclorrhaphaalt dizisi, Calliphoridae ailesi, Lucilia soyuna ait bir sinek türü olan *Lucilia(Phaenicia) sericata* sineğinin steril hale getirilmiş olan larvalarının kronik yaraların tedavisinde kullanılması durumudur. Maggot debridman tedavisi Hidrokolloid malzeme kullanılarak kafes tarzında pansuman ve son zamanlarda kullanımı artan biobag yöntemiyle yapılmaktadır. Kafes tarzında pansuman yönteminde; Hidrokolloid malzeme yara büyüklüğü kadar kesilip orta kısmı yara açıkta kalacak şekilde kesilir, açıkta kalan yara yüzeyinden biraz büyük hidrokolloid malzemeden biraz küçük olacak şekilde hazırlanan dakron ince tül tülün bir kısmı açıkta kalacak şekilde hidrokolloid üzerine yapıştırılır ve açıkta kalan kısımdan yaraya maggotlar bırakılır. Biobag yönteminde ise maggotlar çay poşetinde olduğu gibi, 0.5mm kalınlığında özel bir materyalden yapılmış iki tül parçası arasına konur ve poşetin ağzı yapıştırılıp yara üzerine konulur. Her tedavi periyodundan sonra serum fizyolojik yara yüzeyine sıkılarak maggotların yara yüzeyinden uzaklaştırılması sağlanır. Yapılan çalışmalarda maggot debridman tedavisinin konvansiyonel tedaviye oranla daha kısa sürede diyabetik ayakta olumlu sonuçlar vermesinin yanı sıra daha ucuz bir yöntem olduğu, ülserdeki iyileşme zamanını belirgin bir şekilde kısalttığı ve aynı zamanda da kronik yaraların iyileşme oranını artırdığı saptanmıştır. Farklı bir çalışmada da maggot debridman tedavisinin geleneksel cerrahi debridman kadar iyi sonuçlar verdiği, hastanede kalma, yara iyileşme süresini ve major ampütasyon riskini azalttığı belirtilmiştir.

Sonuç olarak; antibiyotiklerin keşfi ve cerrahi debridmanın kullanılmasıyla birlikte önemini yitiren maggot debridman tedavisinin, bu tedavilerin cevap vermediği durumlarda kullanıldığı ve olumlu sonuçlar alındığı görülmektedir.

Anahtar Kelimler: diyabet, ayak ülserleri, maggot tedavisi

HP-152

HEMŞİRELİK İKİNCİ SINIF ÖĞRENCİLERİNİN İZOLASYON UYGULAMALARINA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Neslişah Ünal, Hicran Yıldız, Özal Yarşı

Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

Amaç: Sağlık kuruluşlarında izolasyon yöntemlerinin uygulanması bilinmesi enfeksiyon tedavisinin başarısı açısından tek başına yeterli değildir. Aynı zamanda bu bilgilerin etkin şekilde kullanılması da gereklidir. Bu çalışmanın amacı, hemşirelik ikinci sınıf hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulama alanlarında izolasyon yöntemlerinin uygulamasına dair tutuma ilişkin görüşlerin değerlendirilmesidir.

Materyal/Metod: Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evrenini 2014 yılı Eylül ayında bir kamu hastanesinde klinik uygulama yapan 50 hemşirelik ikinci sınıf öğrencisi, örneklemini ise bu öğrenciler arasından araştırmaya katılmaya istekli, 28 öğrenci oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan, izolasyon yöntemlerine ilişkin tutum konusundaki soruları içeren anket formu kullanılmıştır. Veriler SPSS 20.0 programında değerlendirilmiş ve değerlendirmede ortalamalar ile yüzdelikler kullanılmıştır.

Bulgular: Yaş ortalamaları 19.78±1.21 olan öğrencilerin %66.7'si kadındır. Öğrencilerin hepsi iç hastalıkları hemşireliği dersini ilk kez almaktadır ve %22.2'si hemşirelikte temel ilke ve uygulamalar dersini iki kez almıştır. Öğrencilerin%3.7'si ailesinde sağlık personeli bulunmaktadır. Öğrencilerin %74.1'i çıktıkları klinik uygulama alanlarında temas izolasyonu

Uygulandığını ifade etmiştir. Öğrencilerin %93.6'ı hemşirelerin, %3.7'si personellerin hasta odasına girerken izolasyon önlemlerine dikkat ettiğini ifade etmektedir. %51.9'u izolasyonlu hastaya aynı hemşirenin bakım verdiğini; %7.4'ü bulaşıcı hastalığı olan hastaların tek odaya alınmadığını; %96.3'ü bu hastalara ziyaret yasağı konulduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %77.8'i uygulama yaptıkları klinikte periyodik olarak enfeksiyon kontrolü yapıldığını ifade etmiştir. %96.3'ü vücut sıvıları ile temasta eldiven giyildiğini; %96.3'ü izloasyonlu hastaya uygulama yaparken kullanılan eldiven çıkarıldıktan sonra ellerin yıkandığını; %88.9'u bu hastalara uygulama yapılırken eldiven, gözlük ve önlük kullanıldığını; %74.1'i eldivenlerin, % 63'ü önlüğün hasta odasından çıkamadan önce çıkarıldığını belirtmiştir.

Sonuç: Klinik uygulama alanlarında izolasyon yöntemlerinin uygulanmasına ilişkin tutumda eksiklikler olduğu gözlenmiştir. Bu konudaki eksikliklerin giderilmesi için hizmetiçi eğitimlerde bu konulara daha fazla yer verilmesi ve uygula alanlarının bu konuda denetlenmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimler: Hemşirelik öğrencisi, izolasyon, bilgi.tutum

HP-153

DİYABETLİ BİREYLERDE UYKU KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Esra Tutan[1], Merve Betül Uslu[1], Kadriye Sayın Kasar[2], Yasemin Yıldırım[2], Emine Karaman[2]

[1]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
[2]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

Amaç: Bu araştırma, diyabetli bireylerde glisemik kontrol ve uyku kalitesi arasında ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Materyal-Metod: Araştırma örneklemini Ocak-Mart 2015 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin endokrinoloji polikliniğine başvuran, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 230 diyabetli birey oluşturmuştur. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucu geliştirilen Birey Tanıtım Formu ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ile toplanmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için gerekli etik kurul, kurum izinleri ve hastalardan sözlü onam alınmıştır. Elde edilen veriler t testi ve tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Örneklemi oluşturan diyabetli bireylerin yaş ortalamaları 56.26±16.42 olup; %75,2'si evli, %53,5'i erkek ve yaklaşık üçte biri (%35,7) ilkokul mezunudur. Hastaların Beden Kitle İndekslerine bakıldığında; %35.2'sinin normal kiloda olduğu, 36.1'inin hafif şişman, %27'sinin obez ve %1.7'sinin de morbid obez olduğu saptanmıştır. Diyabetli bireylerin Açlık Kan Şekeri ortalamaları 140.67±37.20, Tokluk Kan Şekeri ortalamaları 243.13±54.02 olup, bireylerin %52.6'sında ortalama HbA1C değerlerinin %7-8 aralığında olduğu görülmüştür.

Hastaların çoğunluğun (%95,2) tip 2 diyabet olduğu ve yarıdan fazlasının (%69,6) tanı süresinin 10 yılın altında olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmaya katılan hastaların çoğunun (%60.8) insülin tedavisi kullandığı, %62.6'sının düzenli kan şekeri izlemi yaptırdığı, %54.3'ün komorbit bir hastalığının bulunduğu ve %43.5'de ise diyabet komplikasyonlarının (retinopati, nefropati, nöropati, diyabetik ayak) var olduğu görülmüştür.

Çalışmaya dahil edilen diyabetli hastalarının uyku kalitesi puan ortalamasının 7.81±3.44 ile "kötü düzey"de olduğu bulunmuştur. Diyabetli bireylerin uyku kalitesi ile HbA1C düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) ve HbA1C düzeyi arttıkça uyku kalitesinin bozulduğu saptanmıştır.

Sonuç: Diyabetli bireylerde uyku kalitesinin "kötü düzey"de olduğu ve kötü glisemik kontrolde uyku kalitesinin bozulduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar ışığında, diyabetli bireylerin uyku kalitelerinin de sorgulanmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimler: Diabetes mellitus, uyku kalitesi, HbA1C

HP-154

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARINDA YORGUNLUK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Gözde Barutçu[1], Fadime Güngör[1], Kadriye Sayın Kasar[2], Emine Karaman[2], Yasemin Yıldırım[2], Fisun Şenuzun Aykar[3]

[1]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
[2]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.
[3]İzmir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Amaç: Bu araştırma, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerde yorgunluk düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Materyal-Metod: Araştırmanın örneklemini Aralık-Haziran 2015 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin göğüs hastalıkları kliniği ve polikliniğine başvuran, dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 120 birey oluşturmuştur. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucu geliştirilen Birey Tanıtım Formu ve Yorgunluk Etki Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın yürütüleceği kurumdan yazılı izin ve çalışmaya katılan bireylerden sözlü onam alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Örneklemi oluşturan KOAH hastalarının yaş ortalamaları 67.97±11.24 olup; %75,8'i erkek %82,5'si evli ve yarıdan fazlası (%60) ilkokul mezunudur. Hastaların çoğunluğunun (%81.7) 20 yıl ve üzeri sigara içme öyküsü olup, %70.8'i KOAH nedeniyle sigarayı bırakmıştır. Hastaların %65'inin tanı süresi 10 yılın altındadır. Çalışmaya dahil edilen hastaların yarısı (%50.8) KOAH'ın günlük yaşantılarını olumsuz etkilediğini ve genel sağlık durumlarının orta (%48.3) düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir.

Hastaların yorgunluk etki ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; fiziksel alt puan ortalaması 24.74±7.30, bilişsel/kognitif alt puan ortalaması 19.40±7.65 ve psikolojik alt boyut puan ortalaması 42.45±13.33 olarak ve toplam yorgunluk etki puanı 81.30±2.53 olarak belirlenmiştir. Kronik obstrüktif akciğer

hastalarının toplam yorgunluk etki puan ortalaması ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve gelir durumu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalık süresi daha uzun olan ve sağlık durumunu kötü olarak tanımlayan bireylerde yorgunluğun günlük aktiviteleri daha fazla etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$). Ek hastalık varlığı ve solunum sıkıntısı yaşama durumu ile toplam yorgunluk etki puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0.05$).

Sonuçlar: Çalışma sonuçları; yorgunluğun KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerini "orta" düzeyde etkilediğini göstermiştir. KOAH'lı bireylerde fiziksel sorunların değerlendirilmesinin yanı sıra rutin olarak yorgunluğun günlük yaşama olan etkisinin de değerlendirilmesi ve yorgunlukla başetmek için sosyo-demografik ve hastalık ile ilişkili değişkenleri göz önüne alarak eğitim programlarının oluşturulması önerilmektedir.Anahtar Kelimler: KOAH, yorgunluk, yorgunluk etki ölçeği

HP-155

TİP1 DİYABETLİ ÇOCUKLARIN YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİ İLE DEPRESYON, KAYGI VE BİREYSEL/ SAĞLIK-HASTALIK ÖZELLİKLERİ İLİŞKİSİ

Sebahat Ateş[1], Zarife Tuğçe Dede[2], Münevver Dündar[3], Mehmet Nuri Özbek[3], Nermin Olgun[4], İsmail Aksu[1]

[1]Üsküdar Üniversitesi Sağlık Blimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
[2]Maltepe Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
[3]Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[4]Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Giriş: Tip 1 Diyabet erken yaşlarda ortaya çıkan kronik bir hastalıktır. Bu çalışmada Tip 1 diyabetli çocukların yaşam kalitelerinin, depresyon, kaygı ve bireysel/sağlık-hastalık özelliklerinden nasıl etkilendiğinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Diyarbakır Diyabetli Çocuklar Yaz Kampı'na katılan 9-17 yaşları arasındaki Tip 1 Diyabetli 90 çocuk çalışmaya dahil edildi. İlişki arayıcı ve tanımlayıcı tipteki bu çalışmada veri toplama aracı olarak; Çocuklar için Depresyon Ölçeği, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ergen Formu, Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanteri, kullanıldı. Araştırmanın yürütülebilmesi için kamp yönetiminden gerekli izin ve çalışmada yer almak isteyen çocukların ebeveynlerinin yazılı onamları alındı.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %55,6'sının kadın, %63,3'ünün ilköğretim öğrencisi, %52,2'sinin ekonomik durumunu orta olarak nitelendirdiği ve yaş ortalamasının 13,8±2,48 olduğu bulundu. %15,6'sının sosyal güvencesinin olmadığı ve ortalama 4 kardeşe sahip oldukları belirlendi. 4,52±3,03 yıldır diyabet hastası oldukları, %54,4ünün ailesinde diyabet öyküsü olduğu, %21,1'inin komplikasyon yaşadığı ve en fazla yaşanan komplikasyonların hiperglisemi ve nefropati olduğu saptandı. %95'6 sının enjeksiyon kalemi ile insülin uyguladığı, tamama yakınının (%97,8) diyabet hakkında eğitim aldığı ve bu eğitimi %66,7'sinin hemşireden aldığı belirlendi. Ayrıca %4,4'ünün sağlık durumunu kötü olarak nitelerken HbA1c düzeylerinin ise 9,72±1,91 olarak bulundu. Çocukların ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; toplam yaşam kalitesi puanı 59,97±17,27, fiziksel sağlık toplam puanı 75,49±15,54, psikososyal sağlık toplam puanı 73,92±15,15, depresyon puanları 21,19±8,57 (kesme noktası 19) ve durumluk kaygı puanları 30,28±7,43 olarak saptandı. Yaş, cinsiyet, ekonomik durum, sosyal güvence, kardeş sayısı gibi özelliklere ve ailede diyabet öyküsü olma durumu, diyabet süresi, komplikasyon durumu, tedavi tipi, hastalığa ilişkin bilgi alma durumu, HbA1c düzeyleri gibi sağlık/hastalık özelliklerine göre de yaşam kalitesi puanlarının farklılaşmadığı belirlendi. Sağlığını algılama durumuna göre yaşam kalitesi genel puanlarının (X^2:9,649; $p\leq0,05$), fiziksel (X^2:9,866; $p\leq0,05$) ve psikososyal (X^2:10,065; $p\leq0,05$) alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır. Bu farkın sağlığını iyi olarak nitelendirenlerle kötü olduğunu ifade edenlerin yaşam kalitesi puanları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Yaşam kalitesi ve depresyon ve durumluk kaygı puanları karşılaştırıldığında; yaşam kalitesinin genel ve alt boyut puanları ve depresyon puanları arasında orta düzeyde negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Depresyon düzeyi yüksek olan çocukların yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğu belirlendi. Durumluk kaygı ile yaşam kalitesi puanları arasında ise; psikososyal sağlık boyutu ve genel yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Hemşireler çocukların hastalığa ve tedaviye uyumlarını azaltarak yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen faktörlerin farkında olmalı ve bakımında bu faktörlerin ortadan kaldırılması veya denetim altında tutulması konusuna yer vermelidir.

Anahtar Kelimler: tip 1 diyabet, yaşam kalitesi, depresyon, kaygı

HP-156

YAŞLI BİREYLERİN İYİ ÖLÜM HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ

Deniz Say Şahin[1], Emine Karaman[2], Kadriye Sayın Kasar[2], Yasemin Yıldırım[2], Fisun Şenuzun Aykar[3]

[1]Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
[2]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
[3]İzmir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş: Ölüm, farklı kültür ve inançlarda yaşa göre değişiklikler göstermekle birlikte bireysel değer yargılarından da etkilenen bir kavramdır. Ancak tüm bireylerin beklentisi iyi ölüm çatısı altında birleşmektedir. Yaşlılar ölümü, soyut bir kavram olmaktan ziyade, her an karşılaşabilecekleri bir ihtimal olarak algılamaktadırlar. Bu nedenle yaşlılıkta ölüm kavramı farklı bir anlam kazanmaktadır. Temel bir insanlık hakkı olan iyi ölüme yönelik özellikle yaşlı bireylerin görüşlerinin alınması önem taşımaktadır.

Amaç: Bu araştırma; yaşlı bireylerin iyi ölüme yönelik görüşlerini incelemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Burdur'da bir devlet hastanesinin İç Hastalıkları Kliniğinde yatan ya da polikliniğe başvuran, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 84 yaşlı birey dahil edilmiştir. Veriler, Hasta Tanıtım Formu ve İyi Ölüm Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. İyi Ölüm Ölçeği'nin ülkemizde geçerlik ve güvenirliği Aksu ve Fadıloğlu (2013) tarafından yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ölçek puan ortalaması, student t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan yaşlı bireylerden sözlü onam alınmıştır.

Bulgular: Örneklemini oluşturan bireylerin yaş ortalaması 70.36±4.98 olup; %81'i genç yaşlı, %16.7'si orta yaşlı, %2.4'ü ileri yaşlıdır. Bireylerin %51.2'si erkek, %66.6'sının eğitim düzeyi ilkokul ve altında; %44.4'ü ev hanımı, %29.8'i emeklidir. Yaşlı bireylerin %59.5'i iki kişi birlikte yaşamakta ve %60.7'sinin en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır.

Çalışmaya dahil olan yaşlı bireylerin iyi ölüme yönelik ölçek toplam puanlarına bakıldığında; ölçekte yer alan psikososyal-manevi alt boyutunun puan ortalaması 30.73±4.22, kişisel kontrol alt boyutunun puan ortalaması 10.20±1.97, klinik veya biyomedikal yönleri alt boyutunun puan ortalaması 16.53±2.78 olup; ölçeğin toplam puan ortalaması ise 48.67±5.25 olarak saptanmıştır. Ölçek toplam puan ortalaması ile yaş grupları, cinsiyet, eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı gibi değişkenler arasında anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Sonuç: Çalışmaya dahil edilen tüm yaşlı bireylerin iyi ölüme yönelik beklentilerinin "orta düzey"de olduğu ve bağımsız değişkenlerden etkilenmediği saptanmıştır. Yaşlı bireylerin iyi ölüm hakkındaki düşüncelerinin bilinmesinin sunulacak sağlık bakımına yön vermede yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimler: İyi ölüm, ölüm, yaşlılık

HP-157

HEMODİYALİZ HASTALARINA İNHALASYON YOLU İLE LAVANTA YAĞI UYGULAMASININ ANKSİYETE DÜZEYİ VE UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

Arzu Şentürk, Pınar Tekinsoy Kartın

Erciyes Üniversitesi

Araştırma, hemodiyaliz hastalarına inhalasyon yolu ile lavanta yağı uygulamasının anksiyete düzeyi ve uyku kalitesine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır. Araştırma, il merkezindeki iki diyaliz merkezinde, çalışma kriterlerine uyan 34 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmada etik kurul onayı, çalışmanın yapıldığı kurumlardan izin ve bireylerden yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Araştırmacı çalışmaya dâhil edeceği müdahale ve kontrol grubundaki hastaların gönüllü olurlarını aldıktan sonra, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ile uyku kalitelerini değerlendirmiş, PUKİ puanı hesaplandıktan sonra toplam puanı beş ve üzerinde uyku kalitesi kötü olan hastaları ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) ile anksiyete düzeyi yüksek olan hastaları belirlemiştir. Araştırmada örneklem seçimi randomizasyona uygun olarak yapılmıştır. Lavanta yağı uygulanacak müdahale grubu ile kontrol grubu hastalarının aynı seansta karşılaşmamaları ve birbirlerinden etkilenmemeleri için hemodiyaliz seansı gün ayrımına gidilmiştir.

Araştırmaya dâhil edilen hastalar PUKİ ve anksiyete puanları benzer iki gruba ayrılmış ve hastaların verileri tanıtıcı özellikler anket formu, visüel analog skala (VAS) ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Lavanta yağına karşı alerjik tepki veya kokuya karşı rahatsızlık gelişme durumunun tespit edilmesi amacıyla müdahale grubuna alınacak hastalara müdahalenin ilk aşamasında hastanın bilek içine bir damla lavanta yağı damlatılmış ve hasta bir gün geçtikten sonra gözlemlenerek

alerji gelişme durumu kontrol edilmiştir. Araştırmada müdahale grubundaki bireylere bir hafta süreyle uygulamaları için lavanta yağı ile birlikte küçük bir kutu ve bir paket pamuk teslim edilmiş; lavanta yağını yatmadan 30 dakika önce kutu içerisindeki pamuğa iki damla damlatarak yastığından 15-20 cm uzağa yerleştirmesi gerektiği, her gece yeni bir pamuğa damlatılmış lavanta yağının tekrar hazırlanması ve bir hafta boyunca uygulamaya devam edilmesi hakkında eğitim verilmiştir. Kontrol grubundaki bireylere herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Bir haftalık uygulamanın bitiminde formlar yeniden uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, Shapiro Wilk normallik testi, bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi, Ki kare, Fisher kesin Ki kare testleri kullanılmıştır.

Müdahale grubundaki bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre öznel uyku kalitesinin daha yüksek olduğu, VAS gündüz uykululuk puan ortalamalarının düştüğü ($p<0.05$) ve uyku saati puan ortalamalarının arttığı ($p<0.001$) ancak uykuya dalma süresi puan ortalamasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Müdahale grubundaki bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre Hamilton Anksiyete Ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

Çalışma sonucunda inhalasyon yolu ile uygulanan lavanta yağının VAS gündüz uykululuk düzeyini azalttığı ve Hamilton Anksiyete Ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarını azalttığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre, hemşirelik uygulamalarında hemodiyaliz hastalarının anksiyete düzeyini azaltmak ve uyku kalitesini artırmak için lavanta yağı inhalasyonunun kullanımının yaygınlaştırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimler: Hemodiyaliz, aromaterapi, lavanta yağı, uyku ve anksiyete, hemşirelik

HP-158

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA YAŞANAN SEMPTOMLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE SOSYAL DESTEK İLE İLİŞKİSİ

Nurseza Akgöz, Selda Arslan

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Amaç: Son Dönem Böbrek Yetmezliği hastalarında en sık kullanılan tedavi şekli hemodiyalizdir. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar, fiziksel ve psikolojik semptomlar nedeniyle olumsuz etkilenmektedirler. Bu nedenle diyaliz tedavisi alan hastaların yaşadıkları problemler hakkında bilgi sahibi olmak, sağlık ekibi ve ailelerin hastaları anlamalarını kolaylaştırmak, gelişebilecek pek çok sorun ortaya çıkmadan önlemek önemlidir. Bu çalışmanın planlanmasındaki amaç; diyaliz tedavisi alan hastaların yaşadıkları semptomların demografik özellikler ve sosyal destek ile ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte planlanan çalışmanın grubunu 7.7.2014-30.12. 2014 tarihleri arasında Konya merkeze bağlı üç hastanede diyaliz tedavisi gören 105 hasta oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında; literatür taraması sonrasında araştırmacı tarafından hazırlanan 15 sorudan oluşan anket formu ve Diyaliz Semptom İndeksi kullanılmış veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde hesaplamaları, t testi, tek yönlü varyans analizi Mann Witney U ve Kruskal Wallis kullanılmıştır. Çalışma için hastaların onamları ve etik kurul izinleri alınmıştır.

Bulgular: Hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının 51.1±15.2, % 54,3'ünün erkek, %51,4'ünün ilkokul mezunu, %65,7'sinin evli, %72,4'ünün Konya şehir merkezinde ve %86,7'sinin ailesi ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların Diyaliz Semptom İndeksinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde orta düzeyde semptom yaşadıkları (45,88±26.36) yorgunluğun %74,3 oranında hastalar tarafından en çok deneyimlenen semptom olduğu ve bacakları hareketsiz tutmada zorlanmanın %15,2 en düşük oranda deneyimlenen semptom olduğu görülmüştür. Yapılan analiz sonucunda sosyodemografik özellikler ve algılanan sosyal desteğe göre oluşturulan grupların semptom puan ortalamalarının benzer olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Diyaliz hastalarının orta düzeyde semptom yaşadıkları, semptom puanının sosyodemografik özellikler ve algılanan sosyal destek durumunun anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimler: hemodiyaliz, sosyal destek, semptom

Çizelge 3.7. Bireylerin DSİ puanları ile bazı sosyo-demografik özellikler ve algıladıkları sosyal destek ile ilişkisi (n=105).

Değişkenler	Ortalama ± Standart Sapma	Test Değeri	P Değeri
Cinsiyet		1,112	0,496
Kadın	49,00±24,90		
Erkek	43,26±27,46		
Yaş Grubu		1,961	0,091
18-25	37,50±22,91		
26-35	47,71±24,32		
36-45	38,85±21,27		
46-55	51,08±27,75		
56-65	57,19±29,49		
66 ve üzeri	39,76±24,97		
Medeni Durum		1,193	0,308
Evli	48,11±28,77		
Bekar	37,11±17,54		
Dul/Boşanmış	45,63±22,81		
Öğrenim Durumu		1,276	0,285
Okur-yazar değil	36,80±20,16		
Okur-yazar	45,76±31,86		
İlkokul	50,64±27,58		
Ortaokul	37,00±21,75		
Lise ve üstü	45,60±24,19		
Başka Kronik Hastalık		2,136	0,841
Evet	50,47±25,45		
Hayır	39,52±26,55		
Diyaliz Süresi		0,986	0,439
6 aydan az	39,18±20,29		
7-12 ay	48,62±31,95		
13-24 ay	40,25±22,04		
25-36 ay	51,50±27,10		
37-48ay	51,00±30,71		
49-60ay	63,00±26,98		
61 ay ve üzeri	43,07±26,32		
Yardımcı Kişi		-1,136	0,997
Evet	44,47±26,30		
Hayır	51,90±26,41		
Değer Veren Kişi		-0,465	0,893
Evet	45,17±26,40		
Hayır	47,92±26,62		

HP-159

KRONİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİNDE SEMPTOM KÜMELEMESİ

Arzu Şentürk, Nurhan Doğan, Pınar Tekinsoy Kartın

Erciyes Üniversitesi

Semptom, bireyin biyopsikososyal fonksiyonları, duyuları ve bilişsel durumundaki değişiklikleri yansıtan, çok boyutlu, karmaşık ve bireysel farklılıklar gösteren subjektif bir durumdur. Semptom kümesi ise eş zamanlı olarak görülmekle birlikte morbidite oranını artıran birbirleri ile ilişkili üç ya da daha fazla semptomun birleşimi olarak tanımlanmaktadır. Semptomların ortaya çıkışı, şiddeti, oluşturduğu rahatsızlık düzeyi, niteliği ve süresi üzerinde aynı sürede ve birliktelik göstermeleri durumunda etkili olan fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler kendi aralarında etkileşim göstermekte ve bireyde daha fazla sayıda semptom ortaya çıkmasına veya mevcut semptomun daha şiddetli algılanmasına neden olabilmektedir. Bu faktörlerin etkileşimi sonrasında da bireyin semptom algısını, semptomun anlamını ve semptoma tepkisini değerlendirmesini kapsayan semptom deneyimi sürecini oluşmaktadır. Semptom kümelerinde semptom sayısının artması, hastaların tedavi sürecinin gidişini ve tedaviye olan toleransını olumsuz etkileyebilmekte, bireyin fonksiyonel durumunu, performansını, günlük yaşam faaliyetlerini, iş yaşamını, aile içindeki rollerini, sorumluluklarını, problem çözme durumunu, sosyal ilişkilerini ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Ayrıca bu semptom kümeleri bireyin morbitidesi-

ne olumsuz sinerjik etkide bulunmaktadır. Bu nedenle semptomların tek başına yönetilmesi yerine sistematik değerlendirme gerekmektedir.

Düzenli ve sürekli tedavi, bakım ve izlem gerektiren, uzun dönem sağlık sorunlarını içeren, kronik hastalıklar bireylerde birçok semptomlara yol açmakta ve hastaların yaşam kalitesini önemli düzeyde olumsuz olarak etkilemektedir. Literatürde semptom kümesine yönelik yapılan çalışmaların daha çok kanser hastalarını kapsadığı, diğer kronik hastalıklara yönelik geniş kapsamlı incelemelerin bulunmadığı görülmektedir. Semptomların kontrol altına alınması ile bireylerin yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilendiği yapılan çalışmalarda belirtilmektedir. Bu nedenle bireylerin yaşamdan doyum sağlayabilmeleri için, yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin sınırlayıcı etkilerinin en aza indirilmesi gerekmektedir.

Semptomların kontrolü multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Semptomların şiddetinin azaltılmasında ve giderilmesinde özellikle hemşirelere önemli işlevler düşmektedir. Hemşireler; hastalığın rehabilitasyonu, hastalıkla birlikte yaşamın sürdürülmesi, semptomların belirlenmesi ve kontrolü olmak üzere hastalığın tüm evrelerinde yüksek kalitede bakım vermek ve hastaların yaşam kalitelerini yükseltmekle sorumlu profesyonellerdir. Semptomların kümelerinin belirlenmesi ve hastanın yaşam kalitesi iyileştirmek için gerekli tedavide önemli role sahiptirler. Semptom kümesinde bulunan semptomlardan biri diğerini etkileyebileceğinden, hemşireler semptom yönetimi girişimlerini bütüncül olarak değerlendirmeli ve değerlendirme sürecine hasta kliniğe kabul edildiğinde başlanarak belli aralıklarla tekrarlamalıdır. Semptom kümelerinin belirlenmesiyle hemşirelerde farkındalık oluşması, daha doğru semptom tanımlaması, semptomun rahatlatılmasını arttıracak girişimlerde bulunulması amaçlanmaktadır. Bireyin semptomlarının yönetimi ile de hasta bakım sonuçlarında gelişmeler meydana gelmektedir.

Anahtar Kelimler: Semptom kümesi, kronik hastalık, hemşire

HP-160

GİRİŞİMSEL KARDİYOLOJİDE STRES İLE BAŞA ÇIKMADA YENİ YÖNTEM: REFLEKSOLOJİ

Birgül Vural Doğru, Fisun Şenuzun Aykar

Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,

Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre 2008 yılında yaklaşık 18 milyon kişinin kardiyovasküler hastalıklardan öldüğü, 2030 yılında bu değerin 23 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (http://www.who. int/cardiovasculardiseases/en/index.html.). Bununla birlikte bu hastalıklarının tanılamasında, değerlendirilmesinde ve tedavisinde kullanılan Koroner anjiyografi (KAG), Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti (PTKA) ve Elektrofizyolojik Çalışma (EPS) gibi invaziv yöntemlerin kullanımıda giderek artmaktadır (Sharif ve ark., 2014;Fihn ve ark., 2012; Erdem ve Yazıcı, 2012;Shaw ve ark., 2008).

Yapılan araştırmalar invaziv tanı ve tedavi yöntemlerinin, bireylerde anksiyete, ölüm korkusu ve strese neden olduğunu göstermiştir (Sharif ve ark., 2014; Vardanjani ve ark., 2013; Hindoyan ve ark., 2011;Mikosch ve ark., 2010;Jamshidi, Abbaszadeh ve Kalyani, 2009; Thrall ve ark.,2007). Yüksek düzeyde anksiyete ve stres sempatik sistemin aktivasyonuna ve katekolamin salınımının artmasına neden olduğundan, bazal metabolizmanın hızlanmasına, miyokardın oksijen ihtiyacının artmasına, solunum hızı, kalp hızı, kan basıncı gibi bazı fizyolojik parametrelerde artışa neden olabilmektedir. Ayrıca anksiyete ve stresin devam ettiği durumda, geçici miyokart iskemisi, çarpıntı ve göğüs ağrısı gelişebilmektedir (Moradi ve Adib-Hajbaghery, 2015;Adib-Hajbaghery, Abasi ve Rajabi-Beheshtabad, 2014; Jamshidi, Abbaszadeh ve Kalyani, 2009).

KAG, PTKA ve EPS gibi İnvaziv tanı-tedavi yöntemlerinin öncesinde anksiyete, stres ve ağrıyı azaltmak için farklı farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (Moradi ve Adib-Hajbaghery, 2015;Hindoyan ve ark., 2011;Jamshidi, Abbaszadeh ve Kalyani, 2009). Son yıllarda kullanımı artmakta olan non-farmakolojik yöntemlerden biri olan refleksolojinin stres, anksiyete, ağrı, vital bulgular, ilaç kullanımı, plazma glukoz seviyesi, yaşam kalitesi ve biyokimyasal parametreler üzerine etkisini gösteren çeşitli çalışmalar yapılmaktadır (McCullough ve ark., 2014; Dalalve ark., 2014;Vardanjani ve ark., 2013;Adib-Hajbaghery, Rajabi-Beheshtabad ve Abasi, 2013; Wang ve ark., 2008). Tamamlayıcı ve alternatif tıpta (TAT) yaygın olarak kullanılan ayak refleksolojisi; ayak üzerinde hedef organlara, endokrin bezlere karşılık gelen refleks noktalarına basınç uygulaması olup hedef organları etkileyerek anksiyete ve stresin azalmasını, gevşemeyi ve homeostasisi sağladığından farklı semptomlarda etkili bir biçimde kullanılmaktadır (Wang ve ark., 2008). Ayrıca refleksolojinin farmokolojik yöntemlere göre yan etkisinin az olması, basit, non-invaziv, daha güvenli ve düşük maliyetli olması nedeniyle hemşirelerin bu yöntemi uygulamada kullanımlarını giderek arttırmaktadır (McCullough ve ark.,2014; Bagheri-Nesami ve ark.,2014;Wang ve ark.,2008). Bunların sonucunda;bireylerde KAG, PTKA ve EPS öncesi anksiyete ve stresin azaltılması oldukça önemli olup hemşireler tarafından bu yöntemlerin etkinliğinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Tüm bu düşüncelerden yola çıkılarak amaç, girişimsel kardiyolojide anksiyete ve stres ile başa çıkmada refleksoloji uygulamasının etkinliğini göstermektir.

Anahtar Kelimler: Koroner Anjiyografi, Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti, Elektrofizyolojik Çalışma, Anksiyete, Stres, Refleksoloji

HP-161

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA KONSTİPASYON VE REFLEKSOLOJİ

Amine Deniz, Sevilay Hintistan

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemodiyaliz (HD), dünyada ve Türkiye'de en sık kullanılan bir tedavi yöntemidir ve HD hasta sayısı her geçen yıl artmaktadır. HD hasta sayısında artışla birlikte HD'e bağlı gelişen sorunlarda da artış görülmektedir. HD hastaları gastrointestinal (Gİ) sorunlarla sıklıkla karşılaşmaktadır ve bu Gİ sorunlardan biri konstipasyondur. Konstipasyon, genellikle defekasyon sıklığında ve sayısında azalma, sert gaita olması, ıkınma gereksiniminin artması olarak tanımlanmakta ve gaitanın kalın barsakta uzun süre kalması ve barsak motilitesinin azalması sonucu gelişmektedir. HD hastalarında görülen konstipasyon, dışkılama sırasında ıkınma, zorlanma ve ağrı gibi farklı komplikasyonların gelişimine neden olabilmekte, hastalarda dışkı retansiyonu sonucunda anorektal hassasiyete ve buna bağlı fekal inkontinans, hemoroid gibi sorunların gelişimine neden olabilmektedir. Konstipasyon, sağlık bakım maliyetini de artırmakta, iş gücü kaybına neden olmakta, hastaların yaşam kalitesini azaltmaktadır. HD hastalarında önemli bir yere sahip olan konstipasyonun gelişme nedenleri arasında öncelikle sıvı kısıtlaması, yetersiz sıvı alımı, yorgunluk ve ağrı yakınmaları nedeni ile fiziksel aktivitede azalma, fosfor bağlayıcı ajanların kullanımı ve potasyum değerlerini artıracağı düşünülerek taze sebze ve meyve tüketiminin azaltılması yer almaktadır.

HD hastalarında konstipasyon tedavisine yönelik yapılacak uygulamalar sınırlıdır. Bu uygulamalar; lavman, laksatif ve supozituvar kullanımı gibi farmakolojik uygulamalar ve sıvı alımı, beslenme, fizik aktivite, biofeedback, akupunktur ve refleksoloji gibi nonfarmakolojik uygulamaları içermektedir. HD hastalarında konstipasyonun önlenmesi ve tedavisinde sıvı alımı, beslenme, lavman ve laksatif kullanımı ve fizik aktivite gibi yöntemler farklı komplikasyonlara yol açması nedeni ile etkin olarak kullanılamamaktadır. Bu nedenle günümüzde konstipasyon tedavisinde alternatif tedavi yöntemlerine eğilim artmaktadır. Bu alternatif yöntemler arasında refleksoloji uygulaması önemli bir yere sahiptir.

Refleksoloji, vücudun kendi kendini iyileştirdiği bir yöntemdir ve günümüzde özellikle Avrupa'da sıklıkla kullanılmaktadır. Refleksoloji uygulaması temel olarak vücuttaki tüm organların el ve ayaklarda temsil edildiği bir bölgenin olduğu teorisine dayanmaktadır. Ayaklarda ve ellerde belli noktalara yapılan uyarı ile dolaşım ve lenf sistemlerinde ortaya çıkan problemler düzeltilmekte, toksin ve metabolik artıklar vücuttan uzaklaştırılmakta ve homeostazisin sürdürülmesine katkı sağlanmaktadır. Refleksoloji uygulamasının konstipasyon bulgularını azalttığı yönünde çalışmalar da bulunmaktadır. Dışkı kaçırma ve kronik konstipasyon yönetiminde refleksolojinin etkinliğini araştıran bir çalışmada altı seanslık refleksoloji uygulamasının dışkı kaçırma insidansını azalttığı ve barsak hareketlerini artırdığı bulunmuştur. Refleksoloji, hemşirelerin konstipasyon yönetiminde kullanabilecekleri invaziv olmayan, ekonomik bir yöntemdir. HD hastalarında refleksolojinin konstipasyon yönetiminde kullanılması farmakolojik yöntemlerin kullanımını azaltarak maliyeti düşürecek, konstipasyonla birlikte ortaya çıkabilecek hazımsızlık, şişkinlik hissi, ağrı gibi yakınmaları da azalmayı sağlayarak hastanın yaşam kalitesini artırabilecektir.

Anahtar Kelimler: hemodiyaliz, konstipasyon, refleksoloji

HP-162

ONKOLOJİK HASTALARLA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÖTANAZİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

Gülşah Tanrıverdi, Nesibe Neşe Sedef, Gürsel Öztunç

Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Ötanazi; tıbbın elinde bulundurduğu olanaklarla iyileştiremediği ve nitelikli bir yaşam da sağlayamadığı hastaların yaşamlarının, içinde bulundukları belli koşullarda ve biçimde sona erdirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelerin ötanazi konusundaki düşünceleri bu konuda geliştirilecek politikaların oluşturulmasında önemlidir. Çalışma onkolojik hastalarla çalışan hemşirelerin ötanazi uygulamaları hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Tanımlayıcı olarak yapılan çalışmanın evrenini Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi ile Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanelerinin onkoloji - hematoloji birimlerinde görev yapan tüm hemşireler, örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden 45 hemşire oluşturmuştur. Veriler hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini, ötanazi hakkındaki bilgi ve düşüncelerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşan anket formu ile toplanmıştır. Çalışma öncesi hastane yönetimlerinden ve girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan izin alınmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamalarının 28,38±8,0 olduğu, %62,2'sinin Lisans mezunu ve çalışma yılı ortalamalarının 7,91±8,66 yıl olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %60,0'ının ötanazinin insan/ hasta hakkı

olduğunu düşündüğü, terminal dönem kanser hastası olsalar kendileri için ötanazi isteme oranının %24.4 olduğu, %33.3'ünün ötanazinin Türkiye'de yasallaşmasına karşı olduğu, %35,6'sının yasallaşması ile ilgili kararsız olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %35,6'sının aktif ötanazi uygulanmasını onayladığı ve aynı oranda da konu ile ilgili kararsızların olduğu, pasif ötanazinin uygulanmasını ise hemşirelerin %35,6'sının onaylamadığı ve %44,4'ünün kararsız olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin onkolojik hastaya aktif ötanazi uygulanmasına, pasif ötanazi uygulanmasına göre daha olumlu yaklaştıkları belirlenmiştir (X^2 =20.978, p=0,000). Hemşirelerin aktif/ pasif ötanazi ve Türkiye'de ötanazinin yasallaşmasına ilişkin görüşleri ile çalıştıkları hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.01). Ötanazinin yasallaşması durumunda hemşirelerin %60,0'ının ötanaziyi yasaların belirlediği bir ekibin yapması gerektiğini düşündüğü, %84,4'ünün uygulamada yer almak istemediği belirlenmiştir. Hemşirelerin %84,4'ünün ötanazinin yasallaşması durumunda istismar edilebileceğini ve %53,3'ünün ise ülkemizde belirli durumlarda ötanazinin uygulandığını düşündükleri saptanmıştır. Çalışmanın sonunda, onkolojik hastalarla çalışan hemşirelerin aktif ötanaziyi pasif ötanaziye göre daha çok destekledikleri, ötanazinin yasallaşmasına ilişkin görüşlerinin ise genellikle olumlu olmadığı ifade edilebilir.

Anahtar Kelimler: Onkolojik Hasta, Hemşirelik, Ötanazi, Ölüm

HP-163

SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN UYKU PROBLEMİ VE YORGUNLUĞUN KONTROLÜNDE FARMAKOLOJİK OLMAYAN YÖNTEMLERİN BELİRLENMESİ

Gamze Muz, Gülhan Kadriye Arslan, Ersin Duman, Muhammed Emre Dağla

Nevşehir Hacıbektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Bu araştırma Nevşehir Hacıbektaş Veli Üniversitesi sağlık yüksekokulu öğrencilerinin uyku ve yorgunluğun kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan yöntemleri kullanma durumlarına ilişkin tutumlarını ve bu tutumları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı türde yapılan bu araştırmanın örneklemini 15- Mart 20 Mayıs tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 259 öğrenci oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak sosyo-demografik özellikler ve farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımına ilişkin soruları içeren anket formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde ortalama ve standart sapma), ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan bireylerin % 78.4'ü kız, % 30.1'i ikinci sınıfta okumaktadır ve % 53'ü yurtta kalmaktadır. Öğrencilerin % 56'sı uyku problemleri ve yorgunluk yaşadığını ve farmakolojik olmayan yöntemler kullandığı, bu yöntemler arasında; %14,3 kişinin müzik dinlediği, %10,4 kişinin bitkisel yöntemleri, %4,6 dini yöntemler (dua okuma vb.), %7,3, %6,2 kişinin müzik ve masajın ikisini %6,9 kişi ise müzik, aromaterapi ve masajın üçünü birlikte kullandıklarını belirtmişlerdir. Farmakolojik olmayan yöntemleri kullanan öğrencilerin % 84.9'unun bu uygulamalardan herhangi bir yan etki görmediğini, % 17.4'ünün bu yöntemleri kullandığını sağlık personelinin bilgisi olduğunu ve % 51.9'u kullandıkları yöntemi başkalarına önerdiğini belirtmişlerdir. Bilgi edinme kaynakları olarak en fazla eş, dost, akraba, televizyon ve internet olduğu saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Öğrencilerin % 56'sının uyku problemleri ve yorgunluk yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemler kullandığını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda kullanılan yöntemlerin tek tek ele alınarak incelenmesi deneysel ve nitel çalışmaları yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimler: Uykusuzluk, yorgunluk, farmakolojik olmayan yöntemler

HP-164

YAŞLI BİREYLERİN YAŞADIKLARI ÖLÜM KAYGISI İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Kadriye Sayın Kasar[1], Emine Karaman[1], Deniz Say Şahin[2], Yasemin Yıldırım[1], Fisun Şenuzun Aykar[3]

[1]*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*
[2]*Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu*
[3]*İzmir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

Giriş: Ölüm,inanç ve kültürlere göre çeşitli farklılıklar göstermekle birlikte yaş ve bireysel değer yargılarından etkilenen, yaşam kalitesini etkileyen bir kavramdır. Yaşamın ilerlemesi ile bireyler kendilerini ölüme daha yakın hissedebilmekte, çevrede ya da yakınlarında şahit oldukları deneyimler ölüme yönelik kaygıları arttırabilmektedir. Özellikle yaşlı bireyler kendilerini ölüme daha yakın görebilmekte ve bu noktada yaşlılıkta ölüm kavramı farklı bir anlam kazanmaktadır. Özellikle yaşlı bireylerin yoğun olarak yaşadıkları ölüm kaygısı yaşam kalitesini de etkilemesi açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle yaşlı bireylerin ölüme yönelik yaşadıkları endişelerin anlaşılması ve bu durumun yaşam kalitesi ile birlikte incelenmesi önem taşımaktadır.

Amaç: Bu araştırma; yaşlı bireylerin ölüm kaygıları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya bir devlet hastanesinin İç Hastalıkları Kliniğinde yatan ya da polikliniğe başvuran, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 84 yaşlı birey dahil edilmiştir. Veriler, Birey Tanıtım Formu, Ölüm Kaygısı Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, student t testi,tek yönlü varyans analizi ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan yaşlı bireylerden sözlü onam alınmıştır.

Bulgular: Örnekleme dahil edilen yaşlı bireylerin %81'i genç yaşlı, %16.7'si orta yaşlı, %2.4'ü ileri yaşlı olup; yaş ortalaması 70.36±4.98'dir. Bireylerin %51,2'si erkek, %66.6'sı ilkokul ya da altında bir eğitim seviyesine sahip; %44.4'ü ev hanımı, %29.8'i emekli ve %9.5'i yalnız, %59.5'i ise eşi ile birlikte yaşamaktadır. Çalışmaya dahil olan yaşlı bireylerin hiçbirinde herhangi bir ölümcül hastalık bulunmazken yarısından fazlasında (%60.7) en az bir kronik hastalığın var olduğu görülmüştür.

Örnekleme alınan bireylerin ölüm kaygısı ölçek puan ortalamaları 7.73±2.63 olup; yaş grupları, cinsiyet, kronik hastalık varlığı gibi değişkenlere göre ölüm kaygısının değişmediği görülmüştür. Yaşam kalitesi alt boyutlarının puan ortalamasına puanına bakıldığında; fonksiyonel durum alt boyutunun 77.77±19.40, esenlik alt boyutunun 59.44±15.43, genel sağlık anlayışı alt boyutunun 54.44±16.62 olduğu saptanmıştır. Global yaşam kalitesi puan ortalaması ise; 63.88±14.41'dır. Ölüm kaygısı ile global yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt boyutlarından esenlik arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Sonuç: Yaşlı bireylerin yüksek düzeyde ölüm kaygısı yaşadığı, yaşam kalitelerinin "orta düzeyde" olduğu ve yaşadıkları ölüm kaygısının yaşam kalitelerini etkilediği görülmektedir. Bu doğrultuda yaşlı bireylerin ölüme yönelik yaşadıkları kaygının ve bu kaygının yaşam kalitesi ile etkileşiminin bilinmesinin sunulacak sağlık bakımına yön vermede yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimler: Ölüm kaygısı, yaşlılık, yaşam kalitesi

HP-165

TERMİNAL DÖNEMDEKİ HASTA İLE İLETİŞİM: SAĞLIK PERSONELİNİN YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER

Gamze Sarıkoç, Sabahat Coşkun, Nurten Özen

Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Terminal dönemdeki hasta ve ailesine verilecek hizmette önemli role sahip olan hemşirelerden, ölümcül hastalığı olan bireylere ve ailelerine bakım verme, ölümcül hastalığa ilişkin tepkiler, bu tepkilerle başetmeyi destekleme, ölüm sürecinde hasta ve aileye yardım gibi konularda yeterli bilgiye sahip olmaları beklenir. Bununla birlikte bakım kalitesini en üst düzeye yükseltebilmek için hemşirelerin hasta, aileleri ve diğer sağlık bakım ekibi ile açık ve etkili bir iletişim içinde olmaları önemlidir. Ulusal Hospis ve Palyatif Bakım Organizasyonu'nun herhangi bir ortamda kaliteli yaşam sonu bakımı somutlaştırmak ve uyumu geliştirmek için oluşturduğu üç hedef: a- Güvenli, rahat ölüm için uygun semptom yönetiminin sağlanması, b- Hastanın yaşamı sonlandırmada kendi belirleyiciliği: hastanın otonomisi ve süreç boyunca katılımı, c- Geride kalan hasta yakınları için etkili yas tutmadır. Bu sonuçlar hemşireler için ölüm sürecindeki hastaya verilen bakımda etkili bir model sağlar. Bununla birlikte hastanın bakım savunuculuğunda anahtar role sahip hemşireler terminal dönemdeki hasta ve hasta yakını ile iletişimde güçlükler yaşamaktadır. Hastanın ölümü, hemşirenin yaşamı koruma ve sürdürme amacına ters düşmekte, bu nedenle de ölümü beklenen hasta ile iletişime geçmek güç hale gelebilmektedir. Terminal dönem hastalarıyla çalışan hemşireler, kendi üzerlerinde yarattığı çağrışımlar nedeniyle bu hastalardan ve ölüm olayından kaçma isteği içinde olabilir. Yapılan bazı çalışmalar, hemşirelerin yetersiz ve başarısız olmaktan korktukları için terminal dönem hastalarıyla çalışmaktan kaçındıklarını ortaya koymaktadır. Bu dönemde hastaya verilen psikososyal bakımda hemşire hastanın korkularını ve kaygılarını ifade etmesini sağlamak, saygınlık, bireysellik ve aile bütünlüğünü koruma, hastanın güç toplamasına yönelik yardım etme, aileyi yas sürecine hazırlama ve semptomları kontrol ederek hastanın rahat ölümünü sağlama ile sorumludur. Diğer yandan hasta yakınlarının kederinin farkedilmesi, yasın aşamaları için ailenin hazırlanması, cihazların tanıtılıp açıklanması, yapılan açıklamalarda tıbbi terminolojinin kullanılmaması, aile üyelerinin evdeki rol değişikliklerinin tanınması ve destekleyici moral verilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimler: terminal dönemdeki hasta, iletişim güçlükleri

HP-166

İNSÜLİN KULLANAN DİYABETLİ HASTALARDA HİPOGLİSEMİ KORKUSU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Zehra Gökalp[1], Mustafa Kılıç[2], Selda Arslan[2]

[1]Beyhekim Devlet Hastanesi
[2]Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Amaç: Hipoglisemi sık karşılaşılan bir durumdur ve bu durum diyabetli bireylerde korku oluşturmaktadır. İnsülin kullanan diyabet hastalarının yaşadıkları olumlu ve olumsuz hipoglisemi deneyimleri, hipoglisemi korkusu ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı türdeki çalışma; 15 Nisan – 15 Haziran 2014 tarihleri arasında Konya Beyhekim Devlet hastanesi diyabet eğitim polikliniğinde yapılmıştır. Veriler, diyabetli bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin yanında sağlık ve hastalık durumlarını içeren hasta tanıtım formu ile Hipoglisemi Korku Ölçeği kullanılarak toplandı. Çalışma 104 diyabetli birey ile tamamlanmıştır. Sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile özetlenen verilerin istatistiksel analizinde bağımsız gruplarda t testi ve one-way anova kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 50,42 ± 14,78 olduğu %53,8 ini kadınlar oluşturmaktadır. %70,2'si evli olan araştırmacıların %34,6 sının 3 çocuk sahibi olduğu belirlendi. Katılımcıların büyük çoğunluğunu (%88,5) tip 2 diyabetli birey oluşturmakta, %37,5'nin hastalık süresinin 1 ila 5 yıl arasında değiştiği, %66,3'ünün 1 ila 5 yıl arasında değişen süredir insülin kullanmaya devam ettiği belirlenmiştir. %85,6 diyabet hastasının insülini kendilerinin uyguladığı ancak %45,2 sinin düzenli olarak uyguladığı belirlenmiştir. Katılımcıların Hipoglisemi Korku Ölçeği (HKÖ) 'nden aldıkları toplam puan 41,51±20,29 olup, araştırmamızda sosyo-demografik ya da sağlık ve hastalık özellikleri ile ilgili istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır.

Sonuç: Araştırma sonucunda katılımcıların HKÖ aldıkları toplam puan ile diğer özellikleri arasında bir ilişki bulunmasa da, çeşitli çalışmalarda ilişkili faktörler bulunmuştur. Bu çalışmalar göz önüne alınarak, diyabetli hastaların hipoglisemi korkusunun daha geniş hasta sayısı ile değerlendirilmesini öneriyoruz.

Anahtar Kelimler: Hipoglisemi korkusu, diyabet, insülin

HP-167

YAŞLILARIN ÇOKLU İLAÇ KULLANIMINDA TEDAVİYE UYUM VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞIN ÖNEMİ

Sabahat Coşkun, Gamze Sarıkoç, Nurten Özen

Gülhane Askeri Tıp Akademisi,

Teknolojinin birçok alanında özellikle modern tıptaki gelişmeler yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranını artırmaktadır. Toplumdaki yaşlı nüfus oranın artması kronik hastalıkların prevalansının artışını da beraberinde getirmektedir. Bu da yaşlı bireyde giderek daha fazla sayıda ilaç kullanımına neden olmaktadır. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı, oluşan farmakokinetik, farmakodinamik değişiklikler ve tıbbi sorunlar nedeniyle dikkat edilmesi gereken bir durumdur. İlaçların farmakokinetik özellikleri yaşla birlikte değişmektedir. İlaçların emilimi, vücutta dağılımları, metabolizmaları, atılımları ve reseptör seviyesindeki değişikliklere bağlı olarak ilaçlara verilen yanıt yaşlı bireylerde farklılıklar göstermektedir. Böylece ilaç etkileşimlerinin ve yan etkilerinin görülme oranı ile birlikte ilaç kullanım hataları çoklu ilaç kullanımı ile katlanarak artmaktadır. Ayrıca yaşlanmayla azalan duyusal ve bilişsel fonksiyonlar yaşlıların tıbbi tedaviye ya da sağlık önerilerine olan uyumu da azaltmaktadır. Tedaviye uyumun azalması, kaynakların gereksiz kullanılmasına bağlı sağlık harcamalarının artışına ve tedavinin uygun şekilde yerine getirilmemesinden kaynaklanan ilaç etkilerinin geç ortaya çıkmasına ve hastalık sürecinin uzamasına neden olmaktadır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı tedaviye uyumsuzluğun önemli bir nedeni olarak gösterilmektedir. Sağlık okuryazarlığı; sağlıkla ilgili bilgilerin okunması ve anlaşılması için gerekli temel becerilerden ziyade, bireylerin sağlığını geliştirmesi ve iyi sağlık halini sürdürebilmesi için sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlamaktadır Literatürde yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeyinin diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu bu nedenle ilaç kullanım talimatını anlamada iki kat daha fazla hataya maruz kaldığı gösterilmektedir. Düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olan yaşlıların önemli bir bölümünün; ilacın dozu, günde kaç kez ve ne zaman, aç ya da tok karnına, yutarak ya da çiğneyerek, su ya da başka bir sıvı ile alınması, saklanma koşulu, son kullanma tarihi ve prospektüsünü okuma, anlama konularında zorluk yaşadığı böylece tedaviye uyumsuzluk gösterdiği belirtilmektedir.

Yaşlılarda tedaviye uyumsuzluk ve yetersiz sağlık okur-yazarlık; eksik ve yetersiz sağlık bilgisine, kronik hastalıkların insidanslarında artışa, tedavi yöntemlerini anlamada düşüşe, ilaç kullanım hatalarında artışa, hastalığı yönetme ve sağlık hizmetlerine ulaşmada yetersizliğe, sağlık bakım ve koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanılması sonucu kanser gibi erken teşhis edilebilen durumlar için erken tarama sıklığında azalışa, yaşam kalitesinde bozulmaya böylece yüksek morbidite ve mortalite oranlarına neden olmaktadır. Ayrıca acil servis gibi maliyeti yüksek hizmetlerden yararlanma ve hastaneye yatma oranlarının artışı ciddi boyutlara varan sağlık harcamalarına neden olarak ekonomik açıdan da ağır bir yük oluşturmaktadır. Bu nedenle her yaşlı bireysel olarak değerlendirilmeli ve tedaviye uyum ile birlikte sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılmasına yönelik müdahaleler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimler: Yaşlılık, çoklu ilaç kullanımı, tedaviye uyum ve sağlık okuryazarlığı

HP-168

KANSER HASTALARININ SIK KULLANDIĞI TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP YAKLAŞIMLARI VE ETKİLERİ

Gizem Arslan[1], Berna Nilgün Özgürsoy Uran[2]

[1]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH
[2]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Giriş: Kanser, dünyada ve ülkemizde sağlığı tehdit eden önemli sağlık sorunlarından biri olarak ölüme yol açan hastalıklar arasında 2. sırada yer almaktadır. Bu önemli soruna ilişkin çözüm yollarının araştırılması günümüzde hala devam etmektedir. Kanser tedavisi kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi olarak yapılmaktadır. Bu tedaviler ağrı, yorgunluk, dispne, alopesi, dehidratasyon, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, bulantı, kusma, mukozit, kemik iliği supresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel semptomlara yol açabilmektedir. Bu septomlar hastaların günlük yaşam aktivitelerinde, yaşam kalitesinde ve devam etmekte olan tedaviye uyumlarında bazı güçlükleri de beraberinde getirebilmektedir. Bu güçlükler nedeniyle bazı hastalar baş edemeyerek tedavilerini ertelemek ya da yarım bırakmak istemektedirler. Tedavinin tamamlandıktan sonra yan etkilerin birçoğu ortadan kalkacak olsa da, bir kısmı uzun süre devam edebileceğinden hasta tarafından sıkıntılı bir dönem yaşanmaktadır. Bu nedenle hastaların çoğu;

- spritüel destek sağlamak
- tanı sonrasında yaşam süresini ve kalitesini artırmak
- immun sistemini güçlendirmek
- umutsuzluk duygusundan kurtulmak
- nüksleri önlemek
- kür sağlamak

amacıyla semptomlara ve tedavinin yan etkilerine karşı tamamlayıcı ve alternatif tedavileri (TAT) kullanmaktadırlar.

Konvansiyonel tedaviler dışında kalan uygulamalar için kullanılan genel bir kavram olan TAT; alternatif tıp, bireylerin tıbbi profesyonel kişilere danışmadan kullanabileceği tedavi edici, destekleyici ve koruyucu sağlık uygulamalarını kapsamaktadır. Tüm dünyada konvansiyonel tıbbın önerileri dışında kalan bu tedaviler zaman geçtikçe daha fazla kabul görmekte ve uygulanmaktadır. Ancak bu uygulamalar üzerinde kanıtlanmış araştırmalar olsa da terapilerin güvenirliği ve işe yarama durumları konusunda daha fazla araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu uygulamaları özellikle kanser hastalarının önemli bir çoğunluğu tercih etmektedir. Kanser hastalarının TAT kullanımının başlıca nedenleri; tedavi için bütün seçenekleri denemek, konvansiyonel tedavilerin yeterli olmadığını düşünmek, hastalığın kaybolmasını ve nükslerin önlenmesini istemektir.

Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine-NCCAM) kullanılan 200'den fazla TAT uygulamasını 5 sınıfta toplamıştır:

1. Alternatif ve Medikal Sistem: Akupunktur, Geleneksel Çin Tıbbı, Homeopati, Aurveda, Naturopati

2. Beden-Zihin Tedavisi: Biyofeedback, Hipnoz, Gevşeme/Meditasyon, Müzik, Hayal Kurma, Dua/Spirualite

3. Biyolojik Temelli Tedaviler: Bitkisel Tedavi, Yüksek Doz Vitaminler, Özel Diyetler, Hayvan Parçaları (Köpek Balığı Kıkırdağı vb.)

4. Enerji Tedavileri: İyileştirici Dokunma, Reiki, Elektromagnetik Terapiler

5. Manipülatif ve Beden Temelli Tedaviler: Masaj, Egzersiz, Kiropraktik, Hidroterapi, Refleksoloji, Akupressur, Osteopati

Kanser hastalarının sıklıkla başvurmuş olduğu TAT uygulamaları Tablo 1'de özetlenmiştir.

Sonuç: TAT uygulamaları geçmişten günümüze kadar uzanan köklü tedavi yöntemleridir. Ancak çoğu uygulamaların güvenirliği ve etkinliği yeterli çalışmalarla kanıtlanmamıştır. Bu yüzden hemşireler TAT konusunda hasta ve ailelerini bilgilendirmeli, TAT uygulamalarına ilişkin yeterli bilgi ve birikime sahip olmalıdırlar. Hasta ve ailelerini TAT konusunda yönlendirirken daima doğru yönlendirme yapmalı; TAT konusundaki bilimsel çalışmalara da katkı sağlamalıdır.

Anahtar Kelimler: Tamamlayıcı tıp, alternatif tıp, kanser tedavisi, yan etkiler, hemşire

Tablo 1. Sık kullanılan TAT uygulamaları ve etkileri

TAT türü	Açıklama	Etkisi
AKUPUNTUR	-Latince kökenli bir kelimedir. İğne anlamına gelen "acus" ve delme anlamında olan "pungare" kelimelerinden meydana gelmektedir. -Ağrılı durumlarla ilgili rahatsızlıkları azaltmak için iğnelerle özel periferal sinirlerin uyarılmasıdır. -En eski tedavi metodu olup, klasik geleneksel Çin tıbbının temelidir. -Temel amacı ise endokrin, limbik ve otonom sinir sistemlerinin bir uyum içerisinde çalışmasını sağlamaktır. -En önemli kullanım alanı akut/kronik ağrıyı azalmaktır.	Kanser hastalarında *ağrı *yorgunluk *anksiyete *bulantı, kusma *uykusuzluk *gece terlemesi *sıcak basması gibi yan etkilerin azaltılmasında ve hastanın yaşam kalitesinin arttırılmasında kullanılmaktadır.
HİPNOZ	-Dikkati belirli bir noktaya odaklayan ve fiziksel rahatlamayı sağlayan, uykuya benzeyen bilinç değişikliği durumudur. -Standart tıbbi bakımla birlikte kullanıldığında kronik ağrıyı azaltabilmektedir.	Kanser hastalarında *ağrı *mukozit ağrısı *yorgunluk *anksiyete *korku *uykusuzluk *bulantı-kusma *sıcak basması gibi yan etkilerin azaltılmasında ve hastanın yaşam kalitesinin arttırılmasında kullanılmaktadır.
MÜZİK TERAPİ	-Müzik fiziksel, fonksiyonel, psikolojik ve eğitimsel olarak çeşitli durumlarda kullanılır. -Hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin azaltılmasında yardımcı olur.	Kanser hastalarında *gevşemeyi sağlamak *rahatlık düzeyini arttırmak *stresi azaltmak *ağrıyı azaltmak *depresyonu önlemek *bulantı kusmayı engellemek amacıyla kullanılmaktadır.
BİTKİSEL TEDAVİ	-Hastaların sıklıkla başvurmuş olduğu bir yöntemdir. -Genellikle devam eden tedavinin yararlılığının arttırılması için tercih edilir. -Geleneksel tedavi yöntemi olarak bilinir. -Çeşitli bitkiler güvenirliliği kanıtlanmadan kullanılmaktadır.	Kanser hastalarında *ağrı *yorgunluk *anksiyete *uykusuzluk *bulantı-kusma *tat değişiklikleri gibi yan etkilerin azaltılmasında ve hastanın yaşam kalitesinin arttırılmasında kullanılmaktadır.
REFLEKSOLOJİ	-Vücudun spesifik noktalarına (genellikle el ve ayaklara) basınç uygulayarak yapılan, vücudun belli bölgelerinde bloke olmuş enerjiyi çözerek, bedenin kendi kendisini iyileştirme gücünü harekete geçirmesini sağlayan bir yöntemdir.	Kanser hastalarında *anskiyetenin azaltılması *depresyonun önlenmesi *yaşam kalitesinin arttırılması amacıyla kullanılmaktadır.
AKUPRESSUR	-Akupuntur uygulamasına benzeyen fakat iğne yerine parmak basıncı kullanılan bir tedavi yöntemidir. -Temel amacı enerji akışını dengeleyerek vücudun kendi kendini iyileştirme potansiyelini artırmak, genel sağlık durumunu iyileştirmektir.	Kanser hastalarında özellikle bulantı ve kusmaların kontrol altına alınması ve hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi için kullanılan bir yöntemdir.

HP-169

OBEZ BİREYLERDE YALNIZLIK VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Nuray Çay[1], Yasemin Yıldırım[2], Serap Parlar Kılıç[3], Emine Karaman[2]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
[2]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
[3]Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu

Giriş: Günümüzde obezite yaygın bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Obeziteye eşlik eden sağlık sorunlarının yanında düşük beden imajı, benlik saygısında azalma, toplumsal önyargılar obez bireylerin okul ya da iş yaşamını, özel yaşamını, sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyerek, yaşam kalitelerini azaltmakta ve yalnızlık duygularına neden olmaktadır.

Amaç: Araştırma obez bireylerde yalnızlık ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

Gereç-Yöntem: Bu araştırma İzmir'de bir üniversite ve bir Sağlık Bakanlığı hastanesinin iç hastalıkları veya obezite polikliniğine başvuran, beden kütle indeksi ≥30 olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 182 obez bireyle yürütülmüştür. Veriler; sosyo-demografik özelliklerini içeren anket formu, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı ile yapılmış olup; değerlendirmede sayı, yüzde dağılımları ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmanın yapılacağı kurumdan gerekli izinler alındıktan sonra çalışmaya katılan bireyler bilgilendirilmişlerdir. Gönüllülerin onamları alındıktan sonra birebir görüşme yöntemi ile anketler uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamaları 42.05±12.62 olup BKİ (beden kütle indeksi) ortalaması 36.33±4.64'dür. Katılımcıların %84.6'sının kadın, %45.1'inin ilköğretim mezunu, %78'inin evli, %65.4'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. Bireylerin obezite tanı süresi 3.13±2.49 yıldır. Bireylerin %36.8'inin günde üç öğün, %28'inin dört öğün ve %14,8'inin ise altı öğün tükettiği saptanmıştır. Örneklemi oluşturan bireylerin %34.6'sının ailesinde obezite hikayesinin olduğunu, %69.8'inin kilo vermek için girişimde bulunduğunu ve %48.4'ü diyet, %11'i ise egzersiz yaparak kilo vermeye çalıştıklarını ve yarından fazlası (%50.5) ise kilo vermenin çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. Obez bireylerin %75.8'inin kilo vermeyi istedikleri, %24.2'sinin ise kilo verme zorunluluğundan dolayı obezite polikliniğine başvurdukları belirlenmiştir.

Bireylerin UCLA Yalnızlık Ölçeği puan ortalaması 49.02±6.73 ve Yaşam Kalitesi Ölçeği global yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 50.24±15.22 olarak saptanmıştır. BKI ortalaması ile yaşam kalitesi puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanır iken ($p<0.05$); yalnızlık puan ortalaması arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Yalnızlık ve yaşam kalitesi arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Sonuçlar: Araştırma sonuçlarına göre bireylerin çoğunluğunun kilo vermek için çaba gösterdikleri ve kilo vermeyi istedikleri görülmüştür. Obez bireylerin orta düzeyde yalnızlık yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin de orta düzeyde olduğu saptanmıştır. BKI arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı ve yalnızlık düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimler: obezite, yalnızlık, yaşam kalitesi

HP-170

PLATELETTEN ZENGİN PLAZMA TEDAVİSİ

Havva Sert, Serap Çetinkaya

Sakarya Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, SAÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik EABD

Plateletten zengin plazma(Platelet Rich Plasma) tedavisi, kişiden alınan az miktarda kanın santrifüj işlemlerinden geçirilerek bileşenlerine ayrıştırılması ve bu işlemin sonucunda elde edilen az miktardaki platelet yönünden zenginleştirilmiş plazmanın(PRP) aynı kişinin sorun olan bölgesine enjeksiyon yolu ile verilmesi işlemi olarak bilinmektedir. PRP tedavisi ilk kez 1987'de Ferrari ve arkadaşları tarafından acık kalp ameliyatlarının ardından homolog kan ürünlerinin transfüzyonunu azaltmak amacıyla kullanılmıştır. PRP'nin geçmişi yaklaşık 20-30 yıllık bir süreci kapsamaktadır. PRP uygulamasıyla hedef bölgeye giden platelet miktarı artar ve plateletin bünyesinde bulunan büyüme faktörleri hasarlı olan bölgeye hızlı bir şekilde ulaşıp hasarlı bölgenin onarımını hızlandırır. Osteoartrit, tendon yırtıkları, kas iskelet sistemi yaralanmaları, venöz kökenli alt bacak ülseri, vokal kord yaralanmaları, cilt gençleştirme, saç dökülmesi, yara iyileşmesi, sivilce izleri, stria, skar dokusu, alopesi, selülit, ince çizgi ve kırışıklıklar olmak üzere pek çok durumda PRP tedavisi uygulanabilmektedir. Tedavi aşamasında uygulama yapılacak bölgenin yerine göre ya derin enjeksiyon ya da yüzeyel enjeksiyon yapılmaktadır. PRP enjeksiyonu yapılmadan önce lezyon olan bölgenin iyi lokalize edilmesi, bölgenin işaretlenmesi ve PRP'nin doğru bölgeye uygulanması gerekir. PRP doğru bölgeye enjekte edilmediği taktirde kişi tedaviden yarar görmeyebilir, ağrı olabilir, enjeksiyon yapılırken antisepsi koşullarına dikkat edilmezse sepsis durumu ile karşı karşıya kalınabilir. Yapılan çalışmalarda PRP tedavisinin kas iskelet sistemi yumuşak doku yaralanmalarının iyileşmesinde, kronik vasküler hastalıkların tedavisinde, skar dokusunu azaltmada ve kırışıklıkları gidermede etkili olduğu bildirilmektedir. Yapılan bir çalışmada diz osteoartritinde bir kez ve üç hafta ara ile iki kez PRP enjeksiyonu yapılan hastalar altıncı ayın sonunda salin enjeksiyonu yapılmış hastalarla karşılaştırıldığında PRP enjeksiyonu yapılanlarda daha az ağrı olduğu ve Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC) skorlarında da anlamlı bir iyileşme olduğu saptanmıştır. Knop ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada da osteoartrit tedavisinde PRP uygulamasının etkili olduğu bildirilmiştir. Farklı bir çalışmada da venöz kökenli alt bacak ülserlerinde PRP tedavisi uygulanmış ve bunun sonucunda 4-10 hafta arasında tüm hastaların yaralarının tamamen iyileştiği gözlenmiştir. Alopesili bireylerle yapılan bir çalışmada da PRP tedavisinin saç uzamasına katkı sağladığı belirlenmiştir. Vokal kord yaralanmalı farelerle yapılan çalışmada ise PRP'nin yara iyileşmesi üzerinde yararlı etkileri olduğu, epitel büyüme faktörü reseptörünü uyararak epitelizasyonu artırdığı, skar doku oluşumunu önlemede yararlı olabileceği belirtilmektedir.

Sonuç olarak; yapılan çalışmalarda hücresel tedavi yöntemi olan PRP tedavisinin birçok hastalıkta kullanımının olumlu etkileri olduğu belirtilmekle beraber tedavinin etkinliğinin kanıtlanması adına daha fazla randomize kontrollü çalışmayla bulguların desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimler: plateletten zengin plazma tedavisi, büyüme faktörleri, osteoartrit, yara iyileşmesi, ağrı

HP-171

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERİN ÖZ-BAKIM YÖNETİMİ: KALİTATİF ÇALIŞMA

Dilek Sezgin, Hatice Mert

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Amaç: Çalışma kalp yetersizliği olan bireylerin öz-bakımlarını nasıl yönettiklerini açıklığa kavuşturmak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı kalitatif olarak yapılan çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi kardiyoloji polikliniğinde yürütülmüştür. Kalp yetersizliği tanısıyla polikliniğe başvuran 24 birey örneklemi oluşturmuştur. Veriler, yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak, derinlemesine görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Görüşmeler ses kayıt cihazı kullanılarak kaydedilmiştir. Veriler tümevarım-içerik analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın örneklemini oluşturan bireylerin yarısı kadın, yarısı erkek, yarısından fazlası (%62.5) ilköğretim mezunudur. Katılımcıların %70.8'i evlidir ve %95,9'u çalışmamaktadır. Bireylerin NYHA sınıflamasına göre çoğunluğu (%62.5) II. evredir. Hastaların yaş aralığı 45-77 yaş arasında olup, ortalaması 64.95 ± 8.73'tür. Bireylerin kalp yetersizliği tanı süresi 1.5-22 yıl aralığında olup, ortalama tanı süresi 8.56 yıldır. Bireylerin EF yüzdeleri %20-%60 arasında, ortalama EF yüzdesi 40.20'dir.

Bulgular: Çalışmada kalp yetersizliği olan bireylerin öz-bakımlarını nasıl yönettiklerine ilişkin kolaylaştırıcılar ve engeller olmak üzere iki ana tema ve 11 alt tema belirlenmiştir. Kolaylaştırıcılar ana teması altında semptomu tanıma/semptom yaşamak istememe, korku, aile desteği, tedaviye inanma, motivasyon, mecbur olma alt temaları; engeller ana teması altında alışkanlıklardan vazgeçememe, bilgi eksikliği, hastalığı kabullenmeme/önemsememe, kendine güvenmeme, kadercilik alt temaları yer almaktadır (Tablo 1).

Tartışma: Çalışma sonucunda, kalp yetersizliği olan bireylerin hastalıkları, tedavileri, semptomları, hastalıkları ile baş etmede yapmaları gereken durumlar konularında bilgi eksikliğinin olduğu bulunmuştur. Çalışmada kalp yetersizliği olan bireyler yeni yaşam tarzını benimsemekte ve tedaviye uyum sağlayabilmede sorun yaşamakta ve yeni yaşam tarzına ilişkin davranış değişikliği oluşturamamaktadır. Bununla birlikte semptom yaşayan ve semptomlar nedeniyle kötü deneyimleri olan bireyler semptom yaşamak istemedikleri ve ölüm korkusu yaşamaları nedeniyle öz bakımlarını yönetebilmek için çaba harcamaktadırlar. Semptom yaşamanın öz bakımlarını yönetebilmede başarılı olma ve başarısız olmada etkisi olabilmektedir.

Sonuç ve öneriler: Çalışmadan ede ettiğimiz sonuçlara göre; kalp yetersizliği olan bireylere hastalıklarını yönetimleri sürecinde tanıları, tedavileri, semptomları ve semptomlarla nasıl baş edebilecekleri ile ilgili eğitimin alanında uzman hemşirelerce sağlanması, kalp yetersizliği olan bireylere öz bakım yönetiminde etkin olabilmeleri için motivasyon sağlanması, kalp yetersizliği olan bireylerin sosyal desteklerinin sağlanabilmesi için hemşirelerin ailelerle işbirliği içinde olması önerilmektedir.

Anahtar Kelimler: Kalp yetersizliği, öz-bakım, öz-bakım yönetimi, hemşirelik

Tablo 1. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Öz-Bakımlarını Nasıl Yönettiklerine İlişkin Oluşturulan Ana Tema ve Alt Temalar

ANA TEMA	TEMA
KOLAYLAŞTIRICILAR	Semptomu tanıma/semptom yaşamak istememe
	Korku
	Aile desteği
	Tedaviye inanma
	Motivasyon
	Mecbur olma
ENGELLER	Alışkanlıklardan vazgeçememe
	Bilgi eksikliği
	Hastalığı kabullenmeme/önemsememe
	Kendine güvenmeme
	Kadercilik

HP-172

PULMONER ARTERİYEL HİPERTANSİYON POLİKLİNİĞİ, YENİ TEDAVİLER, YENİ BİR DENEYİM

Dilek Sezgin[1], Hatice Mert[1], Bahri Akdeniz[2], Ebru Özpelit[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH), pulmoner arter basıncının yükselmesi sonucu sağ ventrikül yetersizliği ile karakterize, nadir görülen kronik, ilerleyici bir hastalıktır. Prognoz belirsiz ve mortalite oranı yüksektir. PAH tedavisine özgün olarak kullanılan ilaçlarla (sürekli prostasiklin infüzyonu) hastalığın progresyonu azaltılabilmektedir. PAH tedavisinde sıklıkla kullanılan parenteral ilaçlar epoprostenol ve treprostinildir.

Epoprostenol tedavisi santral kateter aracılığıyla sürekli intravenöz (IV) infüzyon yoluyla, infüzyon pompası ile verilmektedir. İnfüzyon pompasının kullanımını öğrenmek ve her gün ilaç hazırlamak, santral kateterin bakımı hasta ve yakınlarının öğrenmesi gereken temel becerilerdir. PAH tedavisinde kullanılan bir diğer tedavide treprostinil tedavisidir. Treprostinil tedavisi sürekli IV ve subkutan (SC) yola verilebilmektedir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji AD içinde hizmet veren PAH polikliniğinde prostasiklin infüzyonu ile tedavi uygulaması yürütülmektedir ve poliklinikte hastaların eğitim ve danışmanlıklarını sürdürecek hemşire bulunmamaktadır. Prostasiklin infüzyonu ile tedavi alan bireylerin ve PAH tanısı ile poliklinikte izlenen bireylerin eğitim ve danışmanlıklarını sürdürmek amacıyla DEÜ Hemşirelik Fakültesi'nden bir öğretim üyesi ve bir öğretim görevlisi olarak hizmet vermekteyiz. Bu süreçte yaşanan deneyimlerin paylaşılması amacıyla bu bildiri hazırlanmıştır.

PAH polikliniğinde beş hastada prostasiklin infüzyonu ile tedavi uygulaması yapılmıştır. Bu bireylerden ikisi sürekli IV epoprostenol, üçü sürekli SC treprostinil tedavisi uygulanmıştır. Epoprostenol tedavisi alan bireylerden biri 75, diğeri 18 yaşındadır. Treprostinil tedavisi alan bireylerin yaşları 36, 18 ve 65'tir.

Poliklinik çalışma sürecimizde PAH olan birey, aile ve bakım verenlerinin eğitiminin çok önemli olduğu, bazı süreçlerin yönetiminde hasta çok etkin rol alıp, aile üyelerinin eğitim sürecinde yeterli gelişim gösteremediği görülmüş, bazı süreçlerde hastanın kendisinin bu tedavi sürecini üstlenmek istemediği, sorumluluğu ailenin aldığı ve bazı süreçlerde hasta ve ailesinin eğitimde başarılı olamadığı ve bakım ve izlemi bakım veren başka bir kişinin üstlendiği görülmüştür. Eğitim sürecinde etkin olamayan aile üyeleri ve bireyler değerlendirildiğinde ileri yaş, görme problemleri, tedavi sürecinin bilinmeyen ve ilk kez karşılaştıkları durumlar olması ve yanlış yaptıkları bir durumda kendilerine/yakınlarına zarar verme korkusunun yer aldığı belirlenmiştir.

Tedavi sürecinde PAH olan bireylerin yaşadıkları güçlükler ve eğitim gereksinimleri değerlendirildiğinde hemşireler tarafından verilen eğitim ve danışmanlık büyük önem taşımaktadır. Bireyler fiziksel, psikososyal birçok sorunla karşı karşıya kalmakta ve hastalıkları ile yaşam sürecinde desteğe gereksinim duymaktadır. Özellikli eğitim ve danışmanlık gerektiren ilaç tedavilerinin de yaşamlarına girmesiyle hemşirelerden aldıkları destek bireylerin yaşamlarında kolaylaştırıcı bir faktör durumuna gelmektedir.

Tedavi süreci deneyimlenen beş hasta ile yaşanılan durumlardan öğrenilenler ve çıkarılan sonuçlar hemşirelik bakım ve izlem programının oluşumuna yardımcı olmuş, bu deneyimler sonucu bakım ve izlem programı şekillenmiştir.

Anahtar Kelimler: Pulmoner arteriyel hipretansiyon, hemşirelik, pulmoner arteriyel hipertansiyon tedavisi

HP-173

PULMONER ARTERİYEL HİPERTANSİYON VE SÜREKLİ SC TREPROSTİNİL TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Dilek Sezgin[1], Hatice Mert[1], Ebru Özpelit[2], Bahri Akdeniz[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH), pulmoner arter basıncının yükselmesi sonucu sağ ventrikül yetersizliği ile karakterize, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayabilen semptomlarla seyreden, kronik, ilerleyici bir hastalıktır. Pulmoner hipertansiyonun prognozu belirsizdir ve mortalite oranı yüksektir. PAH tedavisinde yeni oral ve parenteral tedavilerin uygulanmasıyla fonksiyonel kapasitede önemli gelişmeler sağlanabilmektedir.

GÜ, 18 yaşında, PAH+ Eisenmenger sendromu tanısı ile Nisan 2014 tarihinden itibaren DEÜ Kardiyoloji AD içinde hizmet veren PAH polikliniğinde izlenmektedir. NYHA sınıflamasına göre FK:III, nefes darlığı, çabuk yorulma sorunu yaşamakta, kilo:41.8, Ta: 90/70mmHg, Nb:120/dk, O2 saturasyonu %91, Hgb: 15, Hct: %47, 6DYT: 180 mt ve BNP 429 olarak değerlendirilmiştir. GÜ'nün 2 kez senkop öyküsü bulunmaktadır ve GÜ'ye SC treprostinil tedavisi

önerilmiş, ancak hasta tedaviyi almak istememiştir. Üç ay sonraki kontrolünde FK:IV, efor dispnesi ve senkop yakınmaları mevcut. O2 saturasyonu %80 olan hasta treprostinil tedavisi uygulanmasını kabul etmiştir ve SC treprostinil tedavisine başlanmıştır.

Treprostinil tedavisi sık karşılaşılan bir tedavi yöntemi olmadığı için GÜ'nün tedavi başlangıcında anksiyetesi yüksekti. Tedaviyi evde sürdürmede kaygıları bulunmaktaydı ve evde sorun yaşarsa bunlarla baş edemeyeceğini düşünmekteydi. Vücudunda sürekli bir kateter bulunması ve sürekli bir infüzyon pompası kullanmak GÜ için biraz moral bozucu olmaktaydı. İnfüzyon pompasının dışarıdan fark edilmesi GÜ'nün beden imajına zarar vermekteydi.

Treprostinil tedavisi için GÜ'ye kateterin takılması, ilacın enjektöre yerleştirilmesi, infüzyon pompasının kullanımı, treptostinil tedavisinin en belirgin yan etkileri olan baş ağrısı, diyare, buantı ve kusma, flushing, ciltte döküntüler hakkında ve bu yan etkileri yaşadığında yapması gerekenler konularında eğitim verilmiştir. GÜ, tedaviye ilişkin tüm sorumlulukları kendisi yürütebilmektedir. Tedavinin başlangıcında kateterin takılması konusunda güçlük yaşamış, kateteri kendisi takamamıştır, ancak birkaç kez birlikte işlemi gerçekleştirdikten sonra kendisi bu işlemi yapar duruma gelmiştir. GÜ'nün annesi tedavi sürecine ilişkin eğitim konusunda yeterli derecede gelişim gösterememiştir.

GÜ treprostinil tedavisine yedi aydır devam etmektedir. Yedinci ay sonunda GÜ'nün tedaviden yarar görmesi sonucunda tedaviye ilişkin algıları değişmiş, nefes darlığı ve çabuk yorulma yakınmalarında azalma sağlanmıştır. Tedavi öncesi evden dışarı çıkarken tekerlekli sandalye kullanan GÜ, dışarıda dinlenerek yürüyebilmekte, sosyal aktivitelere katılabilmektedir.

Anahtar Kelimler: Pulmoner arteriyel hipretansiyon, hemşirelik, pulmoner arteriyel hipertansiyon tedavisi.

HP-174

BRUSELLA VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Deniz Ünlü[1], Sevgin Samancıoğlu[2]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
[2]Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Brusella, pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinin (peynir) kullanımı ile görülen zoonoz bir hastalıktır.Zoonoz, hayvanların hastalığı olup insanlarda da hastalığa neden olan mikroplarla ortaya çıkan hastalıklardır. İnsanda en sık brusselloza yol açan tür Brucella melitensis'tir.CDC (Centers of Disease Control and Prevention), brusellanın dünyada halk ve hayvan sağlığı programlarının etkin olmadığı Akdeniz havzası, Orta ve Güney Amerika, Doğu Avrupa ve Asya ülkelerini risk altında olarak belirtmektedir.Türkiye'de ise en çok Güneydoğu, Doğu ve İç Anadolu bölgelerinde görülmektedir.Hastalık kardiyovasküler, hematopoetik, iskelet sistemi, sinir sistemi, deri ve gastrointestinal sistem gibi birçok sistem tutulumuyla belirlenir.Belirtiler yüksek ateş, terleme, kırıklık, anoreksia, baş ağrısı, sırt kasları ve eklemlerde ağrı, yorgunluk ile kendini gösterir. Tekrarlayan ateş, artrit, testis ve skrotum alanında şişme, endokardit, kronik yorgunluk, depresyon gibi bazı semptomlar uzun süre devam edebilir.Hastalığın en sık komplikasyonu kemik-eklem tutulumu (%20-80) özellikle en sık sakro–iliak eklem tutulumu olarak görülmektedir.İnkübasyon süresi genelikle 5-60 gün bazen birkaç aya kadar uzayabilir. Bulaşıcılık doğrudan kişiden kişiye son derece nadirdir. Emziren kadınlar bebeklerine enfeksiyonu bulaştırabilir.Kesin tanı kültürde Brucella spp. tanımlanması ile konulur.Laboratuar ortamında çok bulaşıcı olduğu için laboravutar çalışanları için risk oluşturmaktadır.Tedavide genel olarak doksisilin ve rifampin 6-8 hafta antibiyotik kullanımı önerilmektedir.Bakımda özel izolasyon gerekmez. Brusselloz olgularının Sağlık Bakanlık'ına ihbar edilerek o bölgenin brusella yönünden geniş incelenmesinin yapılması sağlanmalıdır.

Önleme Önerileri: Seyahat sırasında süt ya da peynir, dondurma gibi ürünler tüketilmemeli, hasta veya ölü hayvanlarla temas edilmemeli, laboratuvar çalışanları tüm örnekleri uygun biyogüvenlik koşullarda çalışmalıdır.

Hemşirelik bakımı: Hastalar yatak istirahatine alınmalı, en azından endotoksinlerin fazlaca açığa çıktığı tedavilerinin ilk haftalarını yatakta geçirmelidir. Bu dönemde ateş varsa ateş düşürücü, soğuk uygulama ve bol vitaminli, yüksek kalorili diyet önerilmektedir. Ancak ağır yemekten kaçınılmalı, sindirimi kolay sulu yiyecekler tercih edilmelidir.Eklem ağrılarını azaltmak için eklemlere basıncı önlemek ve ağrılı bölgeye sıcak uygulama yapılabilir. Ağız hijyeni sağlanıp, dudaklar yağlanmalıdır. Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır. Terlemeye bağlı kokuları azaltmak ve hastayı rahatlatmak için duş alması sağlanır.Hareket kısıtlılığı varsa hastaya sık silme banyosu verilir. Hastanın antibiyotiklere karşı herhangi bir reaksiyonu olup olmadığı gözlenir. Hastada geçici olarak irritabilite, halsizlik, uykusuzluk ve depresyon görülebilir. Bu nedenle hasta gözlenmeli, rahatlatıcı, sessiz ve sakin bir ortam sağlanmalıdır. Duyma ve görme bozukluklarının varlığı ansefalit veya menenjit düşündürebilir. Bu nedenle hasta gözlenmelidir. Tedavi olan hastalara iyileşme dönemlerinin 6-8 hafta sürebileceği söylenmeli ve hastaya destek olunmalıdır.

Kaynaklar

1. Brucellosis, National Notifiable Diseases Surveillance System (NNDSS). http://wwwn.cdc.gov/nndss/conditions/brucellosis/. 15.08.2015
2. Brucellosis. http://www.cdc.gov/brucellosis/15.08.2015
3. Christopher F. Lowe et al. Hospital-Associated Transmission of Brucella melitensis outside the Laboratory. Emerging Infectious Diseases, 2015;21(1):150-152.

Anahtar Kelimler: Brusella, hemşirelik bakımı, zoonoz

HP-175

HEMŞİRELERİN ÖRGÜTSEL ADALET ALGILARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Havva Sert[1], Ahmet Seven[1], Dilek Aygin[2], Serap Çetinkaya[1], Hande Açıl[2]

[1]Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği
[2]Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Amaç: Çalışma hemşirelerin örgütsel adalet algı düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak planlanan çalışma Ocak-Mart 2014 tarihleri arasında kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra, Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 75 hemşireyle yapıldı. Veriler bireysel görüşme formu ve Örgütsel Adalet Algısı Ölçeği (ÖAAÖ; Cronbach Alpha:0.95, ölçekten alınabilecek puan 20-100 arasında değişmektedir) kullanılarak toplandı. Veriler bilgisayar ortamında, yüzdelik, ortalama, Mann Whitney U, Kruskal Wallis H ve korelasyon testleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 31.24±8.67 yıl (min-max:18-56) olan hemşirelerin %60'ının evli, %54.7'sinin lisans mezunu, %50.7'sinin cerrahi birimlerde çalıştığı, meslekte çalışma sürelerinin 10.13±7.55 yıl olduğu, ortalama ayda 6.05±3.60 kez nöbet tuttukları ve bir haftada yöneticileriyle %34.7'sinin hiç görüşmediği, %33.3'ünün birkaç kez, %32'sinin ise her gün görüştüğü belirlendi. Hemşirelerin ÖAAÖ aldığı puanların 20-96 arasında değiştiği ve puan ortalamalarının 60.44±17.42 olduğu saptandı. Çalışmada eğitim durumu, yaş, medeni durum ve çalışılan birim değişkenlerinin ÖAAÖ puanlarını etkilemediği ($p>0.05$), yöneticileriyle haftalık görüşme değişkeninin ise ÖAAÖ puanlarını etkilediği; yöneticisiyle her gün görüşen hemşirelerin puan ortalamalarının hiç görüşmeyen ve haftada birkaç kez görüşenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.01$). Bir ayda tutulan nöbet sayısı ile ÖAAÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu ($p<0.05$), tutulan nöbet sayısı arttıkça hemşirelerin örgütsel adalet algılarının olumsuz yönde etkilendiği belirlendi.

Sonuç: Hemşirelerin örgütsel adalet algılarının orta düzeyde olduğu, bir ayda tutulan nöbet sayısı ve yöneticiyle görüşme durumunun örgütsel adalet algı düzeylerini etkilediği belirlendi.

Anahtar Kelimler: hemşireler, örgütsel adalet, algı

HP-176

HEMATOLOJİ HASTA YAKINLARININ ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

İsmail Ayvaz[2], Zuhal Çimen[1], Sevgül Çalışkan[1], Funda Güntürk[1], Asiye Akyol[2]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
[2]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Hematolojik kanserler (kan, kemik iliği ve lenf bezi kanserleri); lösemi, lenfoma ve multiple miyelomu içerir. 2013 yılı Türkiye İstatistik Kurumu "TÜİK" raporuna göre lenfaid ve hematopoetik malign tümörler tüm malign ve benign neoplazmlar arasında ilk 3'de yer almakta, ölüm nedenleri ve insidansı 8.2/100.000'dir. Hasta yakınlarının gün boyunca hasta ile birlikte olup hastalık sürecinde uyku sorunları, kendilerini işlerine verememe, unutkanlık ve konsantrasyon bozuklukları, bu sorunlara bağlı olarak da fiziksel ve bilişsel yorgunluk/bitkinlik hali deneyimlemektedirler. Diğer taraftan hasta yakınlarının bakım sırasında rol performanslarında ve sosyal etkileşimlerinde değişimler yaşamakta, bireysel gereksinimleri karşılayacak yeterli enerjilerinin ve zamanlarının olmaması, bu alandaki sorunların daha artmasına, bireylerde öz bakım gücünde azalmaya bağlı tükenmişlik ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yetersizliğe neden olmakta, yaşam kalitelerini olumsuz bir şekilde etkilemektedir.

Amaç: Bu çalışma, hematoloji hasta yakınlarının öz-bakım gücünün yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç-yöntem: Çalışmanın evrenini Aralık 2014- Mart 2015 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin İç Hastalıkları (Hematoloji) kliniklerinde yatan hastaların yakınları, Örneklemini ise; olasılıksız rastgele örneklem yöntemiyle seçilen, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 142 hasta yakını alınmıştır. Araştırmanın verileri 8 soru içeren hasta yakını tanıtım formu, FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öz-bakım Gücü Ölçeği "ESCA" ile toplanmıştır. Araştırma verilerinin analizi, SPSS 21.0 programı kullanılarak sayı ve yüzde dağılımları, öz-bakım gücü ve yaşam kalitesi puan ortalamalarına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla student t, One-way ANOVA testleri ve korelasyon ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hematoloji hasta yakınlarının %41,5'i, 41-55 yaş aralığındadır. Hasta yakınlarının %56,3'ü kadın, %81,0'i evli olduğu, %35,9'u lise mezunu olduğu, %38,7'sı ev hanımı olduğu, %62,7'si eşine refakat ettiği, %62,0'sinin gelirinin orta düzeyde olduğu ve %75,4'ünün kronik bir hastalığının olmadığı saptanmıştır.

Hematoloji hasta yakınlarının yaşam kalitesi puan ortalaması 53.19 ± 10.29 ve öz-bakım gücü puan ortalaması 97.41±15.22'dir. Ölçeklerden alınan puan yükseldikçe öz-bakım gücü ve yaşam kalitesi düzeyleri yükselmektedir. İki ölçek arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde, zayıf ve pozitif yönde, anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=0.249, p=0.003).

Hasta yakınlarının yaşam kalitesi düzeyleri ile yaşları arasında istatiksel olarak (F=3.74, p=0,21) ve hasta yakınlarının öz-bakım gücü düzeyleri ile yaşları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=4.85 p=0.059). Hasta yakınlarının yaşam kalitesi düzeyleri ile kronik hastalığı olan ve olmayanlar arasında (t=0,874 p=0.042) ve hasta yakınlarının öz-bakım gücü düzeyleri ile kronik hastalığı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (t= 0,850 p=0.04).

Sonuç: Elde edilen bulgular araştırma grubunu oluşturan hematoloji hasta yakınlarının yaşam kalitesinin orta düzeyde ve öz bakım gücünün ise yüksek düzeyde olduğunu göstermiştir. Sonuç olarak, yaşam kalitesi ve öz bakımını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, bireylerde sosyal uyumun sağlanması ve uygun aktivite planlaması ile birlikte etkili bir şekilde baş edilme sağlanacaktır.

Anahtar Kelimler: Hasta yakını, Öz bakım, Yaşam Kalitesi, Hematolojik hastalıklar

HP-177

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA YORGUNLUĞUN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İsmail Ayvaz, Serap Özer, Büşra Çetin, Tuğçe Köylü

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Amaç: Yorgunluk kronik hastalıkların çoğunluğunda olduğu gibi, kalp yetersizliği'nde (KY) de prevelansı yüksek en önemli semptomlar arasında yer almaktadır ve hastaneye tekrarlı yatış oranlarını arttırmaktadır. Kronik KY'nde yorgunluk yaşam kalitesini etkilemesinin yanında günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek hastanın öz bakım yeteneklerini de engellemektedir.

Bu çalışma, KY olan hastalarda yorgunluğun ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

Gereç-yöntem: Çalışmanın evrenini; Şubat-Mayıs 2015 tarihleri arasında İzmir'deki bir üniversite hastanesinin kardiyoloji kliniğinde yatan tüm kalp yetersizlikli hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise; en az altı aylık KY tanısı olan, NYHA (New York Heart Association) sınıflamasına göre sınıf II, III, IV olan, iletişim sorunu ve tanılanmış psikiyatrik problemi olmayan, rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiş 106 hastayı kapsamıştır. Araştırmanın verileri; 21 soru içeren "Hasta Bilgi Formu", 18 maddeli ve iki alt boyutlu "Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası" ile toplanmıştır. Verilerin analizinde, SPSS 21.0 programı kullanılmış, uygun istatistiksel analizler (sayı, yüzde dağılımları, ölçek puan ortalamaları, student t, one-way ANOVA ve pearson korelasyon testi) gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan 106 hastanın yaş ortalaması 63.35±9.87 olup, %42.5'i, 65 yaş üzeri grupta yer almaktadır. Hastaların %52.8'i erkek, %60.4'ü evli, %30.2'si ortaokul mezunu, %39.6'sı emeklidir ve %53.8'i eşi ile birlikte yaşamaktadır. Hastalık özellikleri incelendiğinde; hastaların ortalama 11.20±7.31 yıldan beri KY tanısı olduğu, ortalama %25.92±6.06 EF değerine sahip olduğu görülmüştür. %66.0 oranında NYHA sınıf III'de yer alan hastalarda %61.3 oranında KY'ne eşlik eden bir kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. Yorgunluğu en fazla oranla (%64.2) "iş yaparken zorlanma" olarak tanımlayan hastalar %52.8 oranıyla da "iş yapma"nın yorgunluklarını arttıran faktör olduğunu belirtmişlerdir. "Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası"nın "yorgunluk" alt boyutu puan ortalaması 5.23±1.73, "enerji" alt boyutu puan ortalaması 4.21±1.77 olarak saptanmıştır. Yaşın, cinsiyetin, medeni durumun, eğitim ve çalışma durumunun yorgunluk düzeyini etkilemediği, hastalık süresi, EF değeri, NYHA sınıfı ve eşlik eden hastalık varlığının ise yorgunluğu etkileyen faktörler olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Elde edilen bulgular araştırma grubunu oluşturan KY olan hastaların yorgunluk düzeyinin orta olduğunu göstermiştir. Yorgunluğu etkileyen en önemli faktörlerin de daha çok hastalıkla ilişkili faktörler olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, yorgunluğun ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi uygun aktivite planlaması ile birlikte KY'nde bu semptomla etkili bir şekilde baş edilmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimler: Kalp Yetersizliği, Yorgunluk, Etkileyen Faktör

HP-178

TAMAMLAYICI VE DESTEKLEYİCİ UYGULAMALARDA MÜZİĞİN YERİ

Öznur Erem[1], Fatma Özkal[2], Melike Baş[1]

[1]Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Müzik, düşünce ve duyguları seslerle anlatan ya da sesleri estetik ve düzen içerisinde ifade eden bir sanattır. Müzikle tedavi ise, sanat-tedavi yöntemlerinden biri olup, hastaların aktif ve yaratıcı katılımını gerektirir. Müzikle tedavi yöntemlerinden, sadece hastalıkların tedavi sürecinde değil, sağlıklı bireylerin toplumda ve bireysel yaşantılarında uyumlu birer birey olarak yaşayabilmeleri için de yararlanılabilmektedir. Müziğin insan üzerinde çok yönlü etkisi bulunması tedavide kullanımı artarak, son yıllarda tıbbın önemli bir parçası haline gelmiştir. Arslan ve arkadaşlarının yapmış olduğu ürogenital cerrahi öncesi dinletilen müzikle birlikte deney grubundaki bireylerin kaygı ve anksiyete düzeylerinin kontrol grubuna göre düşük çıktığı bulunmuştur. Doğan'ın yapmış olduğu çalışmada da anjiografi öncesi müzik dinletilen hastaların anksiyete düzeyleri kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Zengin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada port katateri takılırken hastalara dinletilen müziğin ağrı ve anksiyetelerinde azalma olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalar, doğrultusunda hastalarda anksiyeteyi azaltması, gevşemeyi sağlaması, yan etkisinin ve riskinin olmaması, kolay uygulanabilir olması, bakım maliyetinin düşük olması ve hemşirelik bakımına bağımsız fonksiyon katması nedeniyle müzik, tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalarda yerini almıştır.

Anahtar Kelimler: müzik, hemşirelik, tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar

HP-179

KRONİK HASTALIKLARDA MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

Havva Sert[1], Goncagül Sevinen[2]

[1]Sakarya Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, İç hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik EABD
[2]Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik EABD

Yaşlı nüfusun giderek artması, beklenen yaşam süresinin uzaması, sedanter yaşam, fast-food tarzı beslenme gibi yaşam şeklindeki değişiklikler, tanı ve tedavideki yenilikler kronik hastalıkların görülme oranlarının artmasına yol açmıştır. Kronik hastalıkların uzun süreli düzenli bakım ve izlem gerektirmesi, çoklu ve sürekli ilaç kullanımına neden olması, hastanın rol ve işlevlerinde, yaşam şeklinde değişikliklere yol açması, fiziksel, sosyal ve duygusal yönden hastaları olumsuz etkilemesi, kronik hastalıkların yönetimini ve tedaviye uyumun sağlanmasını zorlaştırır. Kronik hastalık yönetiminin etkin ve başarılı bir şekilde sürdürülmesinde, tedaviye uyumun sağlanmasında, hastaneye yeniden yatışların önlenmesinde, hasta eğitimi son derece önemlidir. Son yıllarda kronik hastalıklarda hasta eğitiminde Motivasyonel Görüşme Tekniği (MGT) kullanılmaktadır. MGT insanlara davranış değişikliği kazandıran ve kararsızlıklarını gideren klinik bir yöntemdir. MGT, problemli bağımlıların tedavisinden gelen deneyimlerle geliştirilmiş olup ilk olarak William Miller tarafından 1983 yılında; hastaların sorunlarını keşfetme ve çözmelerine yardım ederek davranış değişimi sağlamak amaçlı olarak verilen danışan merkezli bir görüşme biçimi şeklinde tanımlanmıştır. MGT; sağlıklı davranışa doğru değişimi sağlayan, danışan merkezli, danışan kişiye kendi fikrini ve düşüncesini dayatmadan, danışan kişinin enerjisini kullanarak değişime yönelik isteğini ortaya çıkaran birey odaklı bir iletişim tekniğidir. Motivasyonel görüşmenin temelini, empatik yaklaşım göstererek bireyin öz yeterliliğini destekleyerek, davranış değişikliği konusunda yaşadığı çelişkileri çözümlemesine yardımcı olmak ve davranış değişikliğini gerçekleştirmesini sağlamak oluşturmaktadır. MGT'nde danışman değişime zorlayıcı değil, değişime yardımcı bir ortam yaratmalı, dirence doğrudan karşı çıkmamalı, değişimin sağlanması için bireyle tartışmaktan kaçınmalıdır. Burada bireye "ben seni değiştireceğim" değil "eğer istersen değiştirmene yardımcı olabilirim" şeklinde yaklaşmalıdır. MGT'nde davranışı değiştirirken davranışı

bırakmaktan ziyade davranış değişimi; davranışı yapmaktan kaçınmaktan çok tekrar şekillendirme vardır. MGT diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların yanı sıra alkol, tütün madde bağımlılığı, anksiyete bozukluğu, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, cinsel davranış değişikliği ve kilo vermede etkili bir şekilde kullanılmaktadır. Pek çok çalışmada kronik hastalıklarda risk faktörleri ile mücadelede MGT'nin etkili olduğu belirtilmektedir. Çin'de hipertansiyonu olan 120 hastayla yapılan çalışmada kontrol grubuna standart hasta eğitimi vaka grubuna ise MGT ile hasta eğitimi verilmiş, MGT grubundaki hastaların sistolik/diyastolik kan basınçlarında anlamlı düşüş olduğu görülmüştür. Rubak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da MGT'nin kan basıncı kontrolünde, kilo vermede etkili olduğu gösterilmiştir. Armstrong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaysa obez ve fazla kilolularda MGT'yle yapılan hasta eğitiminin hastalarda kilo kaybı sağladığı belirtilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada da kronik hastalığı olan bireylerde MGT'yle sigarayı bırakmada ve buna karar vermede eğitim öncesine göre anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak son yıllarda etkinliği birçok çalışmada gösterilmiş olan MGT; kısa süreli, uygulaması ve öğrenilmesi kolay bir yöntemdir.

Anahtar Kelimler: Kronik Hastalık, Motivasyonel Görüşme Tekniği, Hasta Eğitimi

HP-180

KARDİYOLOJİ VE KALP-DAMAR CERRAHİSİ ÜNİTELERİNDE YATAN HASTALARIN ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ FARKLI MI?

Aysel Özdemir, Hicran Yıldız, Neriman Akansel

Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Öğrenim gereksinimleri, hastanın sahip olduğu hastalığa ve bundan sonraki yaşamına ilişkin eğitim ihtiyaçlarını içermektedir. Bu çalışmanın amacı, kardiyoloji ve kalp-damar cerrahisi ünitelerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimleri arasında fark olup olmadığının incelenmesidir.

Materyal/Metod: Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evrenini 2014 yılı Eylül-Aralık ayları arasında bir üniversite hastanesinin kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi servislerinde yatan tüm hastalar, örneklemini ise hastalar arasından araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 196 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında genel bilgi formu ve öğrenim gereksinimleri ölçeği kullanılmıştır.Veriler SPSS 20.0 programında değerlendirilmiştir. Değerlendirmede ortalamalar, yüzdelikler, Krusskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Yaş ortalamaları 57,87±15,60 olan olguların %54.6'sı erkektir. Olguların%53.1'i ilköğretim mezunudur ve %36.7'si ev hanımıdır. Olguların %78.1'inin ekonomik durumunu orta düzeydedir ve %39.8'i eşi ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Olguların %59.2'si kardiyoloji servisinde yatmaktadır ve ortalama yatış süresi 7.38±10.26 gündür. Olguların %68.9'unun yanında refakatçi bulunmaktadır. Olguların %38.8'inde hastalık süresi 3 yıldan uzundur ve %79.1'i daha önce hastanede yatmıştır. Olguların%35.7'i hastalıkla ilgili eğitim almıştır. Olguların %76.5'i hastalıkla ilgili eğitim yapılmasını istemektedir. Olguların öğrenim gereksinimi orta seviyededir (146,69±41,75) ve en az öğrenim gereksinimi duydukları konu cilt bakımı (12,25±4,70), en fazla öğrenim gereksinimi duydukları konular yaşam kalitesi(25,81±7,64) ve tedavi ve komplikasyonlardır (28,83±7,45). Her iki serviste yatan hastaların öğrenim gereksinimleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$). Kalp damar Cerrahisi servisinde yatan hastalarda sosyo-demografik özellikler, sağlık ve hastalıkla ilişkili özellikler ile öğrenim gereksinimleri alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$). Kardiyoloji servisinde yatan hastalarda öğrenim düzeyi ile duruma ilişkin duygular; ailede kronik hastalık varlığı ile yaşam aktiviteleri, cilt bakımı ve toplam puan; refakatçi varlığı ile cilt bakımı hariç tüm alt boyutlar ve toplam puan; birlikte yaşadığı kişi/kişiler ile yaşam kalitesi; hastalık konusunda eğitim alma ile cilt bakımı; eğitim verilmesini isteme durumu ile cilt bakımı hariç tüm alt boyutlar ve toplam puan arasında anlamlı farklılıklara rastlanmıştır($p<0.05$).

Sonuç: Her iki serviste yatan hastaların öğrenim gereksinimleri arasında fark olmamakla birlikte kardiyoloji servisinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerini etkileyen çok sayıda faktör olduğu saptanmıştır. Özellikle kardiyoloji servisinde yatan hastaların öğrenim gereksinimleri açısından mutlaka değerlendirilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimler: kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, öğrenim gereksinimleri

HP-181

AKUT MİYELOİD LÖSEMİ: BİR OLGU SUNUMU

Özgül Erol, Lale Yacan

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Giriş: Akut Miyeloid Lösemi (AML), olgunlaşmamış hematopoetik hücrelerin kemik iliğinde toplanması, kana ve tüm dokulara yayılması sonucu oluşan malign bir kan hastalığıdır. Yetişkinlerde daha fazla görülür, erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre daha fazladır. Hastalarda anemiye bağlı olarak halsizlik çabuk yorulma, fiziksel aktivite sırasında nefes darlığı; trombositopeniye bağlı olarak vücutta morluklar, dişeti ve burun kanaması gibi şikayetler görülür. Ateşlenme ve solunum yolu enfeksiyonlarına sık rastlanır,iştahsızlık ve kilo kaybı görülür. Akut miyeloid lösemi ani başlayan ve tedavi edilmezse kısa sürede ölüme yol açabilen bir hastalıktır.

Olgu: 82 yaşında, evli olan erkek hasta, yaklaşık olarak 4 ay önce halsizlik, yataktan kalkamama ve yürüyememe şikayetleri ile devlet hastanesine başvurmuş. Yapılan tetkikler sonucu Hb: 5.8 g/dL olarak bulunmuş ve üniversite hastanesine sevk edilmiştir. Hastanın özgeçmişinde 55 yaşında geçirdiği inguinal herni operasyonu ve 8 yıl önce geçirmiş olduğu serebrovasküler hastalık bulunmaktadır. Hastada serebrovasküler hastalık sonucu herhangi bir sekel oluşmamıştır. Soygeçmişinde herhangi bir sağlık sorunu yoktur.

Hastanın yaşam bulguları; kan basıncı 140/90 mmHg, nabız 80/dk, ateş: 36.5°C, solunum 16/dk'dır. Hasta yeme-içme, yataktan kalkma, yürüme, hijyenik bakım gibi gereksinimlerini karşılama yönünden bağımlıdır. Hasta genelde gün içinde uyukluyordu ve sayıklamaları oluyordu. Hasta 35 yıl boyunca günde 2 paket sigara içmiş ve alkol kullanmamıştır. Hastada yutma güçlüğü olduğundan sulu yumuşak diyet ve günde 2 defa 250 ml olan beslenme solüsyonu veriliyordu. Hastanın Beck mukoza puanı 17 idi. Oral mukoz membran pembe ve nemliydi. Hastada dispne ve hırıltılı solunum bulunmaktaydı, üriner kateteri mevcuttu. Hasta 1 hafta önce odasında düşmüş ve sol kalça kırığı meydana gelmişti. Hastanın hemogram sonuçlarına göre; eritrosit sayısı 3.620.000/mm^3, hemoglobin 10.6 g/dL, trombosit sayısı 63000/mm^3'dü. Hastaya hava yolunu temizlemede etkisizlik, fiziksel hareketin bozulması, özbakım eksikliği, beden gereksiniminden az beslenme, oral mukoz membranda değişiklik, yorgunluk, iletişimde yetersizlik, beden gereksiniminden az beslenme, kanama riski, doku bütünlüğünde bozulma riski, enfeksiyon riski ve travma riski hemşirelik tanıları konulmuştur.

Sonuç: Hastanın sürekli uykulu olması nedeniyle etkili iletişim kurulamadı. Solunum sıkıntısı devam etmekte ve balgam çıkarmada zorlanmaktaydı. Hastaya derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilemedi. Hastada sol kalça kırığı nedeniyle yatakta dinlenmeye devam etti, yatak içi egzersiz yapmaya istekli değildi. Hastanın yatağa bağımlı olması ve sürekli uykulu olması sebebiyle özbakım gereksinimleri ailesi ile birlikte karşılandı. Hastada yutma güçlüğü ve iştahsızlık olduğundan beden gereksiniminden az beslenme sorunu vardı. Sulu-yumuşak diyet ve beslenme solüsyonu ile yeterli beslenmesi sağlandı. Hastanın oral mukozası her gün kontrol edildi ve mukozit oluşmaması için ağız bakımı yapıldı. Aileye de ağız bakımı eğitimi verildi. Hastada basınç yarası oluşumunu engellemek için yatak içinde pozisyon verildi, aspirasyon riskine karşı semifawler pozisyonu verildi. Enfeksiyon gelişme riskine karşı evrensel önlemler alındı. Hasta kanama riski yönünden takip edildi, kanama belirti ve bulguları izlendi ve ailesine öğretildi. Düşme ve travma riskine karşı gerekli güvenlik önlemleri alındı.

Anahtar Kelimler: akut miyeloid lösemi, yaşlı hasta, hemşirelik bakımı, yatağa bağımlı hasta

HP-182

AKUT MİYOKARD INFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARIN ACİL SERVİSE BAŞVURMA SÜRELERİ VE GECİKME NEDENLERİ

Hayriye Ünlü, Nevin Doğan

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Son yıllarda tedavisi ve bakımı ile ilgili çok önemli gelişmeler olmasına karşın, Akut miyokard infarktüsü(MI) toplumun en önemli sağlık sorunlarından biridir. MI'de reperfüzyonun koruyucu ve mortaliteyi azaltıcı etkisi tromboilizisin uygulanış saati ile çok yakından ilgilidir. Reperfüzyonda ilk 60 dakika altın saat olarak adlandırılır. Semptomların başladığı ilk bir saat içinde reperfüzyon sağlanan her 1000 hastada 35 hasta kurtarılabilirken semptomların 7-12. saatlerinde tedavi edilen hastalarda kurtarılan yaşam sayısı sadece 1000 hastada 16'dır.

Amaç: Akut MI geçiren hastaların semptomları ve hastaneye gelmede gecikme nedenlerinin saptanmasıdır.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Erişkin Acil Servisinde yapılmıştır. Araştırma kapsamına MI şüphesi ile acile başvuran 116 hasta alınmıştır. Araştırmanın verileri 17 Temmuz-31 Aralık 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın uygulaması için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'ndan resmi izin(KA14/205) alınmıştır. Verilerin niteliğine göre istatistiksel değerlendirmede; yüzdelikler, değişkenleri karşılaştırmada t testi, chi kare ve fishers testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların %67.2'si erkekdir. Çoğunluğu ilköğretim(%42.2) mezunu olup evlidir(86.2).%57.8'i bir işte çalışmakta ve %75.9'u şehir merkezinde oturmaktadır. Hastaların çoğu (%35.1) stresli bir işte çalıştığını belirtmiştir.%56,9'u gelirinin giderine eşit olduğunu ve %75.9'u daha önce tanı konulmuş bir hastalığa sahip olduğunu ifade etmiştir. Hastalar göğüs ağrısı (%87.1), terleme(62.1), göğüste baskı hissi(%50.0), çarpıntı(%31.0), bulantı (%26.7), sol kola vuran ağrı (%11.2) belirtileri ile acil servise başvurduklarını belirtmişlerdir. MI belirtileri başladığında hastalar bu belirtileri kalp rahatsızlığı (%83.6), mide ve sindirim problemi(%25) ve kas ağrısı (%23.3) olarak yorumlamışlardır. Hastaların %48.2'si ilk 1 saat içinde acile başvurduklarını belirtmişlerdir. Hastaların %56.9'u belirtiler başladığında dinlenmeyi, %27.6'sı dua etmeyi, %22.4'ü belirtileri yok saymayı, %20.7'si yardım almayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Hastalar hastaneye gelmede gecikme nedenlerini; belirtileri ciddiye almama(%47.4), belirtilerin geçmesini bekleme(%44.0), dinlenince geçeceğini düşünme (%19) ve hastaneye gitmekten hoşlanmama(%6.9) olarak ifade etmişlerdir.

Sonuç ve Öneriler: Koroner semptomların başladığında gecikme nedenlerinin net olarak ortaya çıkarılması ve toplum eğitiminin sağlanması koruyucu sağlık hizmetlerinin arttırılmasının toplumun akut MI'ne ilişkin bilgi ve duyarlılığın arttırabilir bireylerin koroner semptomlar başladığında hastaneye erken dönemde başvurmalarını ve ölümlerin azaltılmasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimler: Miyokard, Infarktüs

YAZAR DİZİNİ

Dizin alfabetik sıra ve sayfa numaralarına göre hazırlanmıştır.

A

Abul, Yusuf 238, 256
Acarer, Didem 154, 233, 280
Acar, Kadir 254
Açıkel, Cengizhan 192
Açıkgöz, Seyyid Bilal 231, 241
Açıl, Hande 454
Ada, Bilge 215
Adana, Filiz 376
Adaş, Mine 178, 207, 224
Ağan, Fatma Zehra 171
Ağdaş, Şener 135
Akalın, Aysen 124
Akansel, Neriman 456
Akarca, Ulus Salih 73
Akar, Harun 106, 111, 112, 125, 152, 159, 160, 174, 177, 193, 197, 200, 205, 220, 234, 241, 268
Akarken, Derya 193, 197
Akarsu, Ayşe 218, 298
Akarsu, Murat 109, 110, 138, 182, 211, 218, 296
Akay, Cemal 108
Akay, Seval 193, 197
Akbaba, Gülhan 125, 128
Akbaş, Sami 245, 303
Akbulut, Esra 430, 433
Akbulut, Hakan 246
Akcan, Tuğçe 138
Akçakaya, Aysun 445
Akça, Selen Özakar 413, 416
Akçay, Emine Ülkü 149, 188, 189, 190, 231
Akçiçek, Fehmi 237
Akdağ, Burkay 271
Akdeniz, Bahri 453
Akdeniz, Derya 131, 285
Akdeniz, Şengül 441
Akdere, Gonca 138
Akdoğan, Fatih 124, 194, 239
Akgöz, Nurseza 402, 448
Akgül, Emin Özgür 156
Akgül, Sebahat 106
Akgün, Mehmet Mert 139, 140, 141, 150, 151
Akgün, Metin 248
Akhan, Muharrem 156, 157, 234
Akıç, Mehmet 434, 435
Akıncı, Hakan 182, 188
Akın, Fatih 251, 267
Akın, Hakan 175, 211
Akın, Seydahmet 152, 155, 210, 212, 217, 221, 223, 226, 242, 258, 260, 261, 262, 288, 289
Akkaya, Bahar 263
Akkoca, Ayşe Neslin 292
Akkuş, Yeliz 389
Akmeşe, Atacan 125, 200
Akol, Mehmet Evren 216
Akpınar, Aleyna 427
Akpınar, Nilay Bektaş 410, 412, 444
Akpınar, Timur Selçuk 106, 109, 113, 114
Aksoy, Aysun 106, 121, 176
Aksoy, Dürdane Bekar 148
Aksoy, Fatma 436
Aksöyek, Aydan Ünsal 138
Aksöz, Zekeriya 112
Aksu, Esma 237
Aksu, İsmail 447
Aksu, Meltem 112
Aktan, Ahmet 134
Aktan, Ahmet Hamdi 132, 133
Aktaş, Aynur 130
Aktaş, Betül 376
Aktaş, Burak Yasin 105
Aktaş, Gülali 145, 180, 252
Aktaş, Hanife Şerife 144, 220, 239
Aktaş, Serdar 114
Aktürk, Ayfer 439
Aktürk, Cihat 439
Aktürk, Müjde 125, 126
Akyazı, Elif 227
Akyer, Erdal 289
Akyıl, Rahşan Çevik 329
Akyol, Asiye 454
Akyol, Büşra 188
Akyol, Büşra Selcen 182
Akyol, Lütfi 227
Aladağ, Nazire 152, 155, 210, 212, 213, 217, 221, 223, 225, 242, 260, 261, 262, 288
Aladağ, Nazire Başkurt 258, 289
Alagöz, Yasemin 128, 172
Alagüney, Mehmet Erdem 43
Alan, Sevgi 166
Alçelik, Aytekin 145, 172
Algün, Ekrem 132, 133, 134
Alıcı, Ömer 148
Alibeyoğlu, Alpay 109
Alim, Sait 269
Aliustaoğlu, Mehmet 152, 155, 210, 212, 213, 217, 221, 223, 225, 242, 258, 260, 261, 262, 288, 289
Aliyeva, Alide 281
Alkan, Ali 287
Alkan, Havva Öz 336
Alkan, Özlem 142
Alkan, Sabır 306
Alkım, Canan 193
Alkım, Hüseyin 167, 193
Almuradova, Elvina 142
Alparslan, Güler Balcı 387
Altaş, Abdullah 147
Altaş, Ayfer 241
Altay, Murat 215, 276, 300
Altay, Mustafa 112, 123, 149
Altıner, Seda 120
Altıner, Seda Tutluer 120
Altınok, Neşe 372
Altınordu, Rabia 252
Altınova, Alev Eroğlu 125, 126
Altınsoy, Esra 221
Altıntop, Levent 227
Altunbaş, Rabia 253
Altunbaş, Rıza 168, 171, 173, 253
Altun, Bülent 165
Altuner, Mehmet Şakir 278
Altun, İbrahim 251, 267
Altunkaş, Fatih 269
Altunoğlu, Esma Güldal 121
Altun, Özgür 110
Altuntaş, Fevzi 255
Altuntaş, Yüksel 202, 244
Apaydın, Süheyla 202
Aras, Bekir 226
Araz, Filiz 185
Arcagök, Murat 171, 173
Arda, Hamdiye 440
Ardıç, Mesut 379
Arechavaleta, Rosario 144
Arıbaş, Zeynep 297
Arıcan, Bilal 147
Arıcı, Sena 287
Arıcı, Serdar 278
Arıkan, İzzet Hakkı 271
Arıkan, Şenay 135
Arık, Deniz 251
Arısoy, Arif 269
Arifoğlu, Ünzile 258
Arman, Yücel 109, 110, 138, 182, 211, 218, 296
Arslan, Abdulmuttalip 137, 196
Arslan, Emre 125, 126
Arslan, Erol 108, 113, 121, 122, 156, 157, 166, 190, 222, 223, 234, 235, 238, 244, 264, 266, 270, 282, 303, 308
Arslan, Gizem 408, 409, 437, 451
Arslan, Gülgün 147, 225
Arslan, Gülhan Kadriye 450
Arslan, Metin 126
Arslan, Müzeyyen 331, 377
Arslan, Selda 402, 404, 422, 448, 451
Arslantaş, Didem 196
Aslan, Abdullah Tarık 165
Asma, Övgü 215, 217
Asma, Süheyl 138
Aşcı, Emine 280
Aşçı, Emine 230, 233, 296
Aşık, Mehmet 139, 140, 141, 150, 151
Aşiret, Güler Duru 372
Ataç, Alida 167
Atar, Reşit Volkan 145, 146, 257
Atay, Kadri 178, 292
Atay, Memiş Hilmi 227
Ateş, İhsan 215, 272, 273
Ateş, Sebahat 396, 447
Atıcı, Adem 109
Atik, Derya 433, 434, 435, 438
Atik, Fatih 145
Avcı, Ali Berkant 300
Avcı, Begüm 162
Avcı, Burçak Kılıçkıran 107
Avcı, Hatice Sevil 406
Avcıoğlu, Banu Yılmaz 152
Avcı, Suna 243
Avdal, Elif Ünsal 108, 408, 412, 431, 437
Avlağı, Gökalp Kurhan 276
Ayar, Yavuz 281
Ayaz, Teslime 132, 133, 134, 290, 419
Aybak, Serap Ünübol 114
Aybal, Berna Yücel 204, 205, 230
Aydın, Adem 121, 190, 234, 235, 244, 264, 282
Aydın, Demet 254, 259
Aydın, Ercan 267
Aydın, Ferzan 168
Aydın, Hatice Tel 371
Aydın, Mehmet Fethullah 281
Aydın, Tolga 153
Aydın, Ünsal 127, 153
Aydoğan, Yasemin 137, 139, 273
Aygin, Dilek 445, 454
Ayhan, Fatma 384
Aykan, Musa Barış 122, 166, 238, 266, 303, 308
Aykar, Fisun Şenuzun 443, 446, 447, 449, 450
Aykın, Ebru 263
Aykut, Umut Emre 106
Aysal, Harun 155
Ay, Seyit Ahmet 234
Aytaç, Sema Özoğlu 403
Ayvaz, İsmail 454, 455
Azık, Mehmet Fatih 251, 267

B

Babadağ, Burcu 387
Bağcıoğlu, Burçin 148
Bağcı, Sultan 412
Bahadır, Özgür 174
Bahadir, Çiğdem Tura 148
Bahar, Sevinç 176
Bakır, Ekrem 439
Bakır, Ercan 371
Bakkaloğlu, Oğuz Kağan 109, 110
Balcı, Tansel Ansal 199
Balta, Şevket 234
Balyen, Lokman 105, 126, 131, 146, 276
Balyen, Lütfiye Seçil Deniz 105, 126, 131, 146, 276
Baran, Erdem 155, 210, 212, 213, 225, 288
Bardak, Simge 279, 280
Barışan, Emrah 257
Barlas, Nilüfer Yeşilot 425
Barutcu, Canan Demir 367
Barutçu, Gözde 446
Basat, Özlem 259
Basat, Sema 124, 194, 239, 245
Basat, Sema Ucak 303
Basat, Sema Uçak 144, 152, 220, 250, 272
Başak, Tülay 404
Başaran2, Özcan 251
Başaran, Cenk 122
Başaran, Enes 158
Başaran, Nursel Çalık 105, 165, 225, 229, 319
Başaran, Özcan 267
Başarır, İbrahim 130, 168
Başar, Rafet 113
Başbuğ, Barbaros 238
Başer, Banu 172

Başgöz, Bilgin Bahadır 108, 192
Başgöze, Ahmet 217
Baş, Melike 410, 455
Başpınar, Batuhan 105, 278
Baş, Süleyman 203, 204, 205, 230, 274
Baştürk, Abdülkadir 128, 158, 172
Başyiğit, Sebahat 179, 186, 188, 189
Batmaz, İbrahim 293
Batu, Aziz 160
Baydar, İdris 127
Bay, Figen 343
Bayındır, Ayfer 440
Bayır, Duygu 257
Bayır, Yasin 368
Bayiğit, Sebahat 185
Baykal, Gül Sena 198, 229, 232
Baykan, Ali Haydar 198
Baykan, Emine Kartal 127, 153
Bayman, Kadriye Bahriye Payzın 265
Bayrak, Ahmet 133, 283
Bayrak, Alper 274
Bayrak, Damla 386
Bayrak, Muharrem 153, 164
Bayraktarlı, Recep Yılmaz 183, 269
Bayramov, Ferruh 114
Bayyiğit, Akif 161, 176, 261, 275, 287, 288, 302
Bektaş, Hicran 435, 442
Benekli, Mustafa 111
Bentli, Recep 239
Berke, İlay 254
Besen, Dilek Büyükkaya 389, 391
Beşışık, Selman Fatih 176
Beyan, Esin 105, 112, 123, 137, 139, 149, 232, 273, 306, 307
Beyaz, Şengül 139, 140, 141, 150, 151
Beydilli, Halil 171
Biçer, Hatice Selcen 124, 245, 271
Biçer, Mürüvvet 293
Biçer, Necla 381
Biçer, Sevil 370, 379
Bilge, Müge 161, 176, 207, 224, 254, 269
Bilgen, Şule Apraş 165
Bilgiç, Şebnem 406
Bilgin, Nevin Çıtak 384
Bilgir, Oktay 259
Bilican, Gülden 182, 188
Bilir, Cemil 290
Binici, Doğan Nasır 137, 177, 178, 196
Binnetoğlu, Emine 265
Bircan, Latife 133, 283
Birge, Ayşegül Öztürk 371
Bitek, Deniz Ezgi 400
Biteker, Murat 251, 267
Boran, Belgin 181
Borlu, Fatih 159, 167, 193, 202, 249
Bostan, Emel 174, 180, 252
Bostanoğlu, Hatice 384, 418, 419, 442
Boyacı, İhsan 135
Boyacıoğlu, A. Sedat 76
Boylu, Uğur 290
Boyraz, Sakine 376
Boyraz, Sakine 361
Bozbey, Hamza Uğur 284, 292
Bozcan, Selma 178
Bozgün, Zeynal 226
Bozkurt, İrem 282
Bozoğlu, Ergün 27
Bölek, Ertuğrul Çağrı 105
Böyük, Banu 215, 276, 300
Budak, Mehmet Emin 127, 135, 153
Bulucu, Fatih 113
Bulur, Işıl 251
Bulur, Oktay 133, 283
Bulut, Ahmet 282
Bulut, Ahmet Said 142
Bulut, Yunus Emre 114
Burucu, Rükuye 402, 408, 422
Büber, Ahmet 131, 285
Büyükdemirci, Semih 182, 188
Büyükdemir, Serpil 114
Büyükkuşcu, Aslı 203, 204, 205, 230
Büyükoğlan, Rüksan 191
Büyüköztürk, Suna 121
Büyükünlüer, Mustafa 121

C

Can, Başak 176, 261, 288, 302
Canbek, Tuğba Dübektaş 128
Can, Burak 166, 224
Can, Fatma İnci 166, 194, 258
Can, Gerçek 297, 299
Can, Gülbeyaz 340
Can, Güray 285
Can, Hüseyin 436
Cankurtaran, Mustafa 92
Canlı, Merve 287
Can, Orçun 286, 291
Canpolat, Dilek Günay 191
Can, Yusuf 267
Cebeci, Egemen 275
Cemşahin 251
Cengiz, Mahir 107, 137, 169, 213, 242, 243, 253, 297
Cengiz, Melike 306
Cenik, Fuat 181
Cevher, Selim 139
Ceyhan, Yasemin Şadiye 373, 379
Ceylan, Cengiz 255
Ceylan, Erdal 397
Ceylan, Serdar 105
Ciğerli, Şebnem 249
Cihangiroğlu, Nurefşan 229
Cinel, Murat 153
Cinemre, Hakan 194, 216, 258
Cin, Nezaket 399
Coşar, Ramazan 301
Coşgun, Süleyman 232
Coşkun, Burhan 281
Coşkun, Sabahat 450, 451
Coşkun, Yusuf 182, 188

Ç

Çadırcı, Kenan 153, 164
Çağdaş, Öznur Sadioğlu 203, 204, 205, 230, 274
Çağıltay, Eylem 135
Çağlıyan, Gülsüm Akgün 259
Çakan, Cengiz 161, 259
Çakar, Mustafa 234, 236
Çakır, Hilal 217
Çakır, Nuri 30, 125
Çakıroğlu, Sibel 221
Çakır, Özcan 203
Çakır, Özlem 172
Çakır, Sabahattin 209
Çakır, Teoman 240
Çaklılı, Özge Telci 282
Çakmak, Huri Seval 403
Çakmak, Ramazan 109, 138
Çakmak, Seher 388
Çalışkan, Ezgi 278
Çalışkan, Sevgül 454
Çalışkan, Tuğçe 178
Çalışkan, Zuhal 190
Çamyar, Hakan 108
Çarlıoğlu, Ayşe 127, 135, 153, 164
Çataklı, Serra Aydın 157
Çataltepe, Esra 283
Çavdar, Eyüp 173
Çavdar, Eyyüp 181, 194, 195
Çavuş, Bilger 176
Çavuşoğlu, Çağatay 292
Çaycı, Mustafa 128, 158
Çaycı, Tuncer 234
Çay, Nuray 452
Çekiç, Cem 108
Çekin1, Ayhan Hilmi 218
Çekin, Ayhan Hilmi 180, 182, 184, 213, 221, 222, 235, 298
Çelebi, Abdussamet 161, 261, 275, 287, 288, 302
Çelebi, Abdüssamet 176
Çelebi, Aslan 215, 276, 300
Çelebi, Emine 399
Çelebi, Koray 292
Çelebi, Samet 183
Çelik, Çiğdem 286
Çelik, Elif Erat 246
Çeliker, Dilek 263
Çeliker, Fatma Beyazal 134
Çeliker, Meral 198, 223
Çelik, Ferda 145
Çelik, Ferya 435
Çelik, Levent Mukadder 114
Çelik, Mehmet 209
Çelik, Murat 246
Çelik, Pelin 385
Çelik, Sedef Seval 395
Çeltek, Nagihan Yıldız 239
Çerçi, Pamir 120
Çerikçi, Özlem 377
Çetin, Arife Altın 442
Çetin, Ayşe İrem Yasin 257
Çetin, Büşra 455
Çetindağlı, İbrahim 195, 238, 256, 290
Çetin, Furkan Bertuğ 184, 298
Çetin, Güven 257, 264
Çetin, Hüseyin 202
Çetinkalp, Şevki 142, 143
Çetinkaya, Serap 445, 452, 454
Çetin, Mustafa 255
Çetin, Nezih Abdullah 248
Çetin, Ozan 128
Çetintepe, Sultan Pınar 46
Çevik, Ayfer Bayındır 419, 423, 425, 427, 428, 429, 430, 431
Çevik, Banu 393, 429, 443
Çevik, Haydar 398
Çınar, Burcu 321
Çınar, Fatma İlknur 403
Çınar, Sezgi 382
Çıracı, Yasemin 370, 392
Çıtıl, Rıza 114, 239
Çiftçiler, Rafiye 125, 126
Çiftçi, Rumeysa 111
Çil, Eylem Özgün 110, 138
Çilingir, Dilek 388
Çilingir, Fatih Mehmet 252
Çimen, Zuhal 454
Çoban, Erkan 237, 263
Çoban, Eyüp 265
Çorapçıoğlu, Demet 153
Çoşgun, Cihat 266
Çoşkunkan, Ufuk 146
Çoşkun, Süleyman 214
Çöküş, Emine 158
Çullu3, Neşat 171
Çüçen, Sevilay 295

D

Daban, Ümmü Kaçer 415
Dağdeviren, Murat 123
Dağdeviren, Tanyel 123
Dağla, Muhammed Emre 450
Dağlı, Hüseyin 399
Dağlı, Mustafa Neçati 214, 217, 274
Dal, Kürşat 123, 149
Dal, Sinan 249
Dane, Şenol 377
Danış, Hanife 286
Davarcı, Pınar Zehra 203, 204, 205, 230, 274
Dayı, Şennur Ünal 268
Dedeli, Özden 415
Dede, Zarife Tuğçe 447
Demir, Ahmet Numan 167, 249
Demiral, Bahadır Han 147
Demir, Ayşe Kevser 114, 148, 155, 239, 269, 304
Demirbaş, Şeref 108, 113, 121, 122, 156, 157, 166, 190, 222, 223, 234, 235, 238, 244, 264, 266, 270, 282, 303, 308
Demirbaş, Şule Erayman 128, 172
Demir, Büşra 157
Demir, Canan 130
Demircan, Fatih 304
Demir, Ceren 139, 140, 141, 150, 151, 265
Demirci, Ayşegül 423, 431
Demirdağ, Filiz 243
Demirdağ, Hakan 190
Demirel, Burak 265
Demirel, Fatma Selek 128
Demirel, Gülbahtiyar 373, 389
Demirel, Naciye 252
Demirel, Yasemin Ceren 265
Demir, Fatime 145
Demir, Gökçe 379
Demir, Hakan 282
Demir, Kadir 176
Demirkıran, Fatma 376
Demirkol, Sait 234
Demir, Mustafa Volkan 267
Demir, Nazan 167
Demir, Özlem Tuğba 295

Demir, Pınar 110
Demir, Pınar Saner 138, 178
Demir, Selim 269
Demir, Serap 279, 280
Demir, Sultan 433
Demir, Şule 114
Demirtaş, Ahmet 155, 304
Demirtunç, Refik 167, 179, 207, 208, 247, 295
Deniz, Amine 449
Dermenci, Hasan 167, 249
Dervişoğlu, Elmire 114
Devir, Çiğdem 285
Dikici, Dilek 416
Dilbil, Melis 300
Dilek, Filiz 400, 405, 406
Dilmeç, Yasemin 370
Dinççağ, Nevin 32
Dinçer, Gülseren 424
Dinçkal, Çiğdem 281
Doğan, Elif Ece 264
Doğan, İbrahim 278
Doğan, Meryem 292
Doğan, Nevin 430, 457
Doğan, Nilgün 393
Doğan, Nurhan 448
Doğan, Sevda 424
Doğan, Tolga 236
Doğan, Uğur 439
Doğru, Atalay 119, 199, 293, 294, 295
Doğru, Ayşe 372
Doğru, Birgül Vural 443, 449
Doğruel, Fatma 191
Doğru, Gülümser Kır 206
Doğru, Hakkı Hamid 206
Doğru, Mehmet Fehim 230
Doğru, Sibel 403
Doğukan, Ayhan 199, 214, 217, 274
Dolu, Süleyman 180, 182, 184, 213, 218, 222, 235
Dönder, Emir 304
Dönmez, Halil 194
Dönmez, Renginar Öztürk 440
Döventaş, Alper 28, 243
Duman, Ersin 450
Dumanoğlu, Betül 142
Duman, Tuba Taslamacıoğlu 172, 287
Duran, Mustafa 281
Duran, Ömer Faruk 169
Durdu, Ali 220
Durgun, Hasan Mansur 239, 249
Dursun, Hüseyin 168, 171
Dursun, Recep 239, 249
Dündar, Münevver 447
Düzalan, Özlem 382
Düzcü, Selma Erdoğan 285
Düzenli, Tolga 113
Düzgün, Ahmet 181

E

Ecirli, Şamil 158, 172
Edipoğlu, Elif Durak 291
Ekim, Ozan 258, 289
Ekinci, Ferhat 111, 125, 129, 152, 177, 240
Ekinci, İskender 257
Ekinci, Mustafa 239
Ekiz, Esra 131
Ekizoğlu, İsmail 215, 276, 300
Ekren, Gamze Sevri 114
Eksin, Mehmet Akif 182, 188
Elbey, Bilal 293
Elbüken, Gülşah 145, 146
Elyiğit, Faruk 125, 129, 160, 177, 200, 240, 241
Emegil, Şebnem 257
Eminle, Ahmet Tarık 189
Eminler, Ahmet Tarık 188, 189, 190, 231
Emral, Rıfat 64
Engin, Bahar 159, 177, 205, 255, 268
Enki, Serkan 163, 164, 165, 235, 243
Erarslan, Sertaç 198, 277
Erarslan, Sertaş 131, 191, 229
Eraydın, Şahizer 434, 438
Erbağ, Gökhan 265
Erbaş, Oytun 112, 149, 243
Erbil, Yeter 383, 389
Erdemir, Vefa Aslı 209
Erden, Abdulsamet 163
Erden, Burak 228
Erdenen, Füsun 121, 209
Erdinçler, Deniz Suna 243
Erdoğan, Alper 112
Erdoğan, Bülent 429
Erdoğan, Ezgi 233
Erdoğan, Gülyeter 410, 412, 444
Erdoğan, Mehmet 142, 143
Erem, Öznur 410, 455
Eren, Gülay Aşık 163
Erez, Yeşim 299
Ergen, Abdulkadir 194, 195
Ergenç, Hasan 149, 188, 189, 190, 199, 231, 232
Ergene, Elif 124, 194, 239, 245, 271
Ergin, Mustafa 182, 187, 188
Ergün, Gamze 235, 280
Erikli, Feride Öztürk 159
Eriksson, Mats 144
Erkan, Ecem 439
Erk, Ayşe Mine Önen 204
Erkek, Esra Turan 262
Erkoç, Arzu 368, 433, 434, 435, 438
Erkul, Bengü 159, 255
Ermiş, Sevilay Süreyya 169
Ernur, Damla 158
Eroğlu, Eray 129
Eroğlu, Mustafa 139, 140, 141, 150, 151
Erol, Cihan 287
Erol, Özgül 400, 422, 456
Ero, Özgül 427
Erselcan, Kubilay 257
Ersoy, Alparslan 281
Ersoy, Damla 272
Ersoy, Ercan 160, 200, 205, 255
Ersoy, Mustafa 124
Ertaş, Hüseyin 435
Erten, Nilgün 113, 114
Ertilav, Senem 194
Ertuğrul, Derun Taner 112, 123
Ertürk, Nuriye Efe 412
Ertürk, Zeynep 149, 188, 189, 190, 231, 232
Eruzun, Hasan 182, 211, 218, 286, 296, 297
Esen, Ferhan 196
Esen, Özgür 219
Eser, Bülent 255
Eser, Mithat 105, 113, 157, 179, 185, 186, 187, 188, 189, 228, 232, 306, 307
Eser, Murat 105, 113, 123, 137, 139, 179, 185, 186, 187, 188, 189, 228, 232, 306, 307
Eskimez, Pınar 399
Eskimez, Zehra 399, 445
Eskin, Fatih 239, 266
Evmek, Gülnur 425
Eyüpgiller, Tülay 176, 183, 228, 261, 275, 302
Eyüpgiller, Tülay Samancı 288

F

Fadıloğlu, Çiçek 374
Fetullahoğlu, Zeynep 111, 154, 230, 244
Fırat, Esra 278
Filiz, Sevcan 396

G

Gaal, Luc Van 144
Gamsız, Tuğba 260, 261
Gamsız, Tuğba Sevinç 210, 217, 221, 262
Gedik, Habip 163, 164, 165, 296
Gelincik, Aslı 121
Gelincik, İbrahim 145, 146
Gelişgen, Remise 137
Genç, Ahmet Bilal 267
Gençosman, Havva 399
Genç, Sema 114
Genç, Tuğrul Burak 163, 164, 165, 235, 296
Geredeli, Çağlayan 291
Gökalp, Zehra 422, 451
Gökbelen, Aslı Yüksel 249
Gökçen, Belma 259
Gökçe, Serap 376
Gökden, Yasemin 174, 176, 178, 183, 224
Gökden, Yasemin Gök 228
Gökdoğan, Feray 382, 408
Gökdoğan, Feray 347
Gökkaya, Tuğba 237
Gökrem, Manolya 252
Göksu, Sema Sezgin 283
Göksu, Uğur Alp 283
Gönüllü, Emel 169
Gönüllü, Emre 169
Gönültaş, Aylin 292
Görar, Süheyla 182
Gören, Mustafa Taner 121
Göret, Ceren Canbey 292
Görgülügil, Gizem 235
Görgülügil, Gizem Zorlu 180, 184, 218
Göriş, Songül 394, 430, 442
Gözcü1, Hakan 137, 177
Gözcü, Hakan 135, 153, 177, 178, 196
Gözel, Nevzat 304
Gram, Elif 125, 152, 155, 205, 240, 241, 284
Güçlü, Feyzullah 129
Güder, Nurdane 441
Gülcü, Aytaç 299
Güldü, Mehmet Mustafa 274
Güleç, Sacit 387
Gülenay, Süheyla Ayça 235
Güler, Kerim 380
Gülle, Semih 155, 200, 234, 263
Güllü, Mehmet Nezir 239
Güllüoğlu, Mine 169
Güloğlu, Cahfer 239, 249
Gül, Serdar Savaş 148
Gülseven, Merve Erol 145, 174, 180, 252
Gülşen, Gülsüm 398
Gültekin, Aziz 131
Gültepe, Çağrı 412
Gülümsek, Erdinç 158
Gümüş, Abdullah 203, 204, 205, 230
Gümüş, Ayça 306
Gümüşkaya, Perihan Özkan 161, 180, 183, 287, 288, 302
Gümüşsoy, Doğukan 114, 304
Günaldı, Meral 111
Günay, Deniz 288
Günay, Deniz Sevindik 284
Günaydın, Şenay 161, 176, 183, 211, 261, 275, 287, 288, 302
Günaydın, Uluğ Mutlu 161, 211, 287
Günay, Melike 203, 204, 205, 230, 274
Günay, Rafet 247
Günay, Süleyman 174
Gündoğdu, Abidin 152, 155, 212, 221, 223, 242, 258, 260, 261, 262, 276, 288
Gündüzalp, Ahmet 249
Gündüz, Ercan 239, 249, 293
Gündüz, Mehmet 239, 249
Güner, Seçil Gülhan 392, 399
Güneş, Alper 269
Güneş, Demet 414
Güneş, Mustafa 203, 204, 205, 230
Güneş, Pembegül 204
Güney, Engin 114
Güney, Murat 147
Güngör, Erdal 248
Güngör, Fadime 446
Güngör, H. Gizem 179, 247
Güngör, Kaan 142
Güntürk, Funda 454
Gürbüz, Hüseyin 239, 249
Gürel, Elif 265
Gürel, Hasan 108
Gürkan, Fulya 112
Gürler, Mehmet Yavuz 249
Gürpınar, Feyza Şahan 207
Gürsoy, Ahmet 266
Gürsoy, Savaş 371
Gürsoy, Sevtap 163, 164, 165, 296
Güvenç, Tolga Sinan 247
Güven, Deniz Can 163, 278
Güven, Elif 167
Güven, Gülay Sain 229, 278
Güven, Gülay Sain 53
Güven, Zehra 423, 428
Güzelce, İpek Buse 203, 204, 205, 230
Güzel, Murat 236

H

Habiloğlu, Esra 215
Habir, Kübra 159, 249
Halil, Meltem 57
Haliloğlu, Tuba Öztürk 202, 207, 208
Hamamcı, Mevlüt 182, 188

Hançerli, Yusuf 187, 195, 238, 256, 290
Harmandar, Ferda 235
Harmandar, Ferda Akbay 180, 182, 184, 222
Harmankaya1, Özlem 280
Harmankaya, Özlem 154, 230, 233, 235, 243, 244, 280
Hassan, Zahra Abdullahi 277
Hatemi, Ali İbrahim 178
Hatemi, İbrahim 169
Haydarov, Bahadır 233
Hekimgil, Mine 281
Hekimsoy, Zeliha 415
Helvacı, Ayşen 161, 176, 207, 224, 254, 269
Helvacı, Özant 225
Helvacı, Şerife Ayşen 259
Hintistan, Sevilay 387, 388, 394, 395, 397, 445, 449
Hocaoğlu, Erhan 111
Hocaoğlu, Rabia Hacer 253
Huang, Yu-Yao 144
Hurşitoğlu, Mehmet 154, 233, 243, 244, 280
Hünük, Mustafa Ahmet 148, 278

I

Irak, Kader 181
Irmak, Sedat 182, 211
Işık, Ahmet Turan 424
Işık, Arzu 152, 212, 217, 221, 223, 261, 262
Işık, Arzu Cennet 155, 210, 212, 213, 242, 258, 260, 288
Işık, Emirhan 210
Işık, Göknur 113
Işık, İlknur 131
Işıklar, Aysun 122
Işık, Mehmet Emirhan 288

İ

İbiş, Mehmet 254
İçer, Mustafa 239, 249
İçsel, Pınar 300
İğdem, Ayşenur Akyıldız 215
İlhan, Abdullah 156
İlhan, Mahmut Muzaffer 157
İlhan, Nurullah 203, 204, 205, 230
İlhan, Sami 247
İlhan, Yusuf 306
İlter, Mihrap 439
İlter, Sümeyra Mihrap 411
İltuş, Fatma 408, 412, 413
İmanova, Nerimane 237
İnal, Satılmış 234
İnan, Bayram 272, 273
İnanç, Betül Battaloğlu 125
İnanç, Mevlüde 283
İnan, Ebru 399
İnan, Yeşim Özdem 165, 296
İnce, Meryem 425
İnkaya, Bahar 382, 385
İpek, Emrah 114
İpek, Fevkiye Nur 288
İslamoğlu, Gökhan 217
İşçi, Bilge 155, 213, 221, 262
İşçimen, Mine 182, 211, 218, 296
İzgi, Mehmet Akif 253
İzgü, Nur 352

J

Jabrayılov, Jabrayıl 163

K

Kabul, Hasan Kutsi 192
Kadıköylü, Gürhan 58
Kadı, Melek 135
Kahraman, Burcu Bayrak 430, 433
Kahraman, Burcu Bayrak 324
Kahraman, Cüneyt 192, 206, 214, 221, 226, 227, 229, 232
Kahramaner, Murat 207
Kahraman, Filiz Cebeci 204
Kahraman, Nilüfer Kuzeyli 192, 206, 226, 227, 232
Kahvecioğlu, Fatma Akdağ 129, 145, 172, 173, 285
Kahvecioğlu, Serdar 278
Kahveci, Rabia 390, 403
Kahyaoğlu, Figen 161, 176, 183, 261, 275, 287, 288, 302
Kalacı, Ender 291
Kaldırım, Yasemin 202
Kalender, Nurten 403
Kalkan, Kübra Erol 167
Kalyon, Semih 161, 176, 183, 228, 261, 275, 287, 288, 302
Kalyon, Seray Türkmen 228
Kanburoğlu, Özlem 126
Kanburoğlu, Özlem Kanburoğlu 125
Kanıtez, Nilüfer Alpa 296
Kantarcı, Fatma Eda Nuhoğlu 121, 209
Kantaş, Mücahit 435
Kapağan, Tanju 193, 249
Kaplan, Mustafa 113, 195, 238, 256, 290
Kaptanoğulları, Özlem 296
Kapuci, Ayşegül 148, 278
Kapucu, Sevgisun 372, 390, 403
Karaahmetoğlu, Fatih 182
Karaaslan, Mehtap Metin 419
Karaaslan, Yaşar 36
Karabay, Oğuz 166, 445
Karabela, Şemsinur 163
Kara, Bilge 125
Karabulut, Hülya 327
Karabulutlu, Elanur Yılmaz 389
Karaca, Cebrail 109
Karaca, Çetin 176
Karaca, Mustafa 111, 237
Karacan, Alper 189
Karadağ, Ayşe 439
Karadağ, Berrin 29
Karadağ, Ezgi 382, 385
Karadağ, İbrahim 112, 123, 137, 149, 228
Karadağ, Ömer 163
Karadaş, Canan 368
Karagöz, Gül 303
Karagülmez, Ayşe Duran 297
Karahan, Mahmut Alp 411
Karahan, Samet 300
Karahan, Yavuz 209
Karakaplan, Selma 390
Karakaş, Burak 106, 152, 155, 160, 197, 200, 234, 263, 268
Karakaş, Emel Yiğit 168, 253
Karakaya, İbrahim 139
Karakaya, Serdar 137, 139, 228
Kara, Kayıhan 156, 157, 270
Karakoç, Mahmut Celal 248
Karaman, Emine 424, 446, 447, 450, 452
Karaman, Kayıhan 269
Karaman, Murat 234
Karaman, Özcan 157
Kara, Melike 195
Kara, Muammer 113, 187
Kara, Nur 280
Kararslan, Mesut 377
Kara, Rukiye 272
Kara, Sultan 179, 247
Karataş, Burcu 395
Karataş, Ömer Faruk 107
Karataş, Tuğba 415, 419
Karatepe, Hilal Kuşçu 433, 434
Karayakalı, Metin 304
Kara, Zehra 242, 243
Karslı, Aslı 282
Karşıdağ, Kubilay 122
Kartın, Pınar Tekinsoy 447, 448
Kasapoğlu, Umut 202
Kasar, Kadriye Sayın 424, 436, 446, 447, 450
Kaş, Fehmi 168, 171
Kavaklı, Kuthan 222
Kavradım, Selma Turan 391
Kaya, Ahmet Şevki 169
Kaya, Ayşem 237
Kayabaş, Abdulcelil 236
Kayabekir, Murat 137, 196
Kaya, Dilek 415
Kaya, Emin 49
Kaya, Handan 262
Kaya, Muhammed 231
Kaya, Muhammed Hüsameddin 427
Kaya, Ömer 292
Kaya, Serap 175, 248, 286
Kaya, Sühelya Uzun 114
Kaya, Süheyla Uzun 148, 155, 239, 304
Kaya, Süheyla Uzun 39
Kayataş, Kadir 179, 208, 247
Kaya, Tezcan 149, 216, 232, 241, 258
Kaya, Yasemin 135, 153
Kaygın, Mehmet Ali 137, 196
Kaygısız, Onur 281
Kayhan, İlkim Deniz 178, 291
Kaymakoğlu, Sabahattin 71
Kaynar, Leylagül 255
Kaypak, Muhammed Ali 174, 200, 240, 268
Kaypak, Muhammet Ali 220
Kefeli, Gül 236
Kenar, Gökçe 297, 299
Keren, Fatma 124, 245, 271
Kes, Duygu 382, 384, 408
Keser, Gökhan 300
Keser, Gökhan 102
Keskin, Göksal 120
Keskin, Göksal 82
Keskin, Havva 135, 153
Keskin, Lezan 122
Keskin, Özcan 152, 155, 210, 212, 213, 217, 221, 223, 225, 242, 258, 260, 261, 262, 288, 289
Keskin, Ümran 124, 271
Keskin, Vehbiye 413
Keşer, Esra 404
Keşkek, Nedime Şahinoğlu 139
Keşkek, Özgür Şakir 158
Keşkek, Şakir Özgür 139, 162
Khalilnejad, Hamid 112
Kıdır, Mehtap 226
Kılavuz, Aslı 281
Kılıç, Gülşen 429
Kılıç, Levent 163
Kılıç, Mustafa 451
Kılıç, Nihan 215
Kılıçoğlu, Zeynep Gamze 202, 203
Kılıç, Özcan 283
Kılıç, Özgür 129
Kılıç, Salih 152, 223, 226
Kılıç, Serap Parlar 403, 404, 452
Kılıç, Züleyha 442
Kılınç, Ali 121, 156, 157, 190, 234, 235, 244, 264, 270, 282
Kılınç, Faruk 304
Kılınç, Oğuz 248
Kılınç, Rabia Mihriban 171
Kıpçak, Seda 415
Kırbaş, Aynur 419
Kırbıyıkoğlu, Fatma İltuş 437
Kırcalı, Ekin 256
Kırım, Sinan 158, 162
Kırna, Kerem 110
Kır, Seher 227
Kısakol, Gürcan 148, 278
Kıvrakoğlu, Fatih 182, 187, 188
Kıyak, Emine 414
Kıyıcı, Sinem 148, 278
Kıykım, Ahmet 279, 280
Kızılca, Güler 273
Kızılcı, Sevgi 397, 419, 433
Kızılırmak, Aynur 394
Kilit, Celal 210
Kilit, Türkan Paşalı 191, 198, 201, 206, 210, 214, 221, 227, 229, 277
Kin, Özlem Kardaş 419
Kiraz, Emine Didem Evci 376
Kiremitçi, Sercan 203, 204, 205, 230
Kocaağa, Mehmet 114
Koca, Emine 128
Kocamaz, Nursel 248
Kocar, Merve 215, 217
Kocatepe, Vildan 433
Kocayiğit, İbrahim 267
Koçak, Cengiz 226
Koç, Altuğ 111
Koçan, Sema 419, 429
Koç, Ayşegül 369, 395, 396, 397
Koç, Bayram 156, 157, 270
Koç, Güven 194, 239, 245
Koçoğlu, Hakan 111, 154, 230, 233, 235, 243, 244, 280
Koç, Tuncay 145, 146
Koçyiğit, İsmail 129
Kol, Mine 399
Komaç, Andaç 152, 159, 160, 174, 205, 241, 255, 268
Konuk, Gözde 180
Konya, Aylin 248
Kordan, Yakup 281
Korkmaz, Mehmet 226
Korkmaz, Metin 191, 198

Korkmaz, Sümeyye 231
Korkmaz, Ümmü 113
Koşar, Cansu 391
Koyuncu, Aylin 158
Koyuncuoğlu, Aylin 162
Koyuncu, Tuba 425
Köker, Gökhan 180, 184, 213, 218, 221
Kök, Mehmet 180, 182, 184, 213, 218, 221, 235
Köksal, Ali Rıza 202
Köksal, Aydın Şeref 190, 231
Köksel, Umut 306
Kömürcüoğlu, Müge 152, 258
Kördemir, Kübra 202, 207, 208
Köse, İpek 399, 445
Köse, Murat 109, 110, 138
Köse, Tekmile Kurnaz 372
Köylü, Tuğçe 455
Kubat, Selina 124, 239
Kudu, Ayşegül 280
Kuet, Orçun 135, 205
Kuloğlu, Nurhan 442
Kuloğlu, Şerife 394
Kumbasar, Abdulbaki 154, 181, 230, 235, 243, 244, 280
Kumbasar, Abdülbaki 233
Kumsar, Azime Karakoç 373, 389, 390
Kurnaz, Fatih 255
Kurt, Adem Deniz 172, 173
Kurt, Ahmet 179
Kurt, Berna 372
Kurt, Can Ebru Bekircan 297
Kurt, Mevlüt 172, 173
Kurt, Ömer 234, 236
Kurt, Şule 129, 172, 173, 285
Kurt, Türker 222, 223
Kuseyrioğlu, İpek 290
Kutbay, Yaşar Bekir 111
Kutlu, Orkide 128, 158, 172, 182, 211, 297
Kutlu, Tuncer 108
Kutlutürkan, Sevinç 429
Kutlutürk, Faruk 148, 155, 239
Kutlu, Yasin 110, 182, 211, 218, 296
Küçükdiler, Ayşe Hilal Eroğlu 256
Küçük, Emine Özer 403
Küçükerdem, Halime Seda 436
Küçükerdoğan, Çağdaş 182, 188
Küçükgüçlü2, Özlem 407
Küçükgüçlü, Özlem 376, 424
Küçükgüçlü, Özlem 341
Küçükler, Ferit Kerim 266
Küçük, Mehmet 161, 176, 180, 183, 261, 275, 287, 288, 302
Küçüköztaş, Nadire 287
Küet, Orçun 227
Külcü, Duygu Gelen 295

L

Leblebici, Cem 209
Levent, Ayhan 181
Levent, Mustafa 110, 125
Leymun, Aytün 390

M

Makay, Özer 143
Mann, Johannes 144
Mantı, Bengü 291
Marre, Michel 144
Mas, Mehmet Refik 108
Mavioğlu, Hatice 443
Mazı, Emrah Erkan 159, 202, 249
Medeni, Şerife Solmaz 219
Mehdiyev, Shahin 271
Menekli, Tuğba 374
Meral, Ayfer 112
Mercanoğlu, Fehmi 89
Mercan, Zuhal 145
Merdin, Alparslan 245
Merdin, Fatma Avcı 245
Mert, Hatice 367, 411, 453
Mert, Meral 230
Metan, Gökhan 165
Mıhcı, Halil 435
Mısıroğlu, Fuat 181
Mollaoğlu, Mukadder 385
Molu, Nesibe Günay 408
Mosenzon, Ofri 144
Muratoğlu, Özlem 254
Muratoğlu, Özlem Basat 269
Musayeva, Günel 282
Musmul, Ahmet 196
Muşmul, Ahmet 197
Mutcalı, Sibel Işlak 163
Muz, Gamze 450
Müftüoğlu, Tuba 113

N

Nalbant, Ahmet 188, 189, 190, 194, 232, 241
Nalbantoğlu, Mecbure 130
Nalbant, Selim 213
Nart, Deniz 281
Nazlıgül, Yaşar 185, 186, 187
Nural, Nesrin 370, 388, 392, 399

O

Ocak, Birol 148, 278
Oflaz, Hüseyin 114
Oğuz, Aytekin 282
Oğuz, Başak 244
Ojalvo, David 202
Okaygün, Pembe 159, 202
Ok, Figen 376
Okumu, N. Gülfer 65
Okuturlar, Yıldız 111, 154, 163, 164, 165, 230, 233, 235, 243, 244, 280, 296
Olçum, Gülçin Güngör 124, 152, 194, 239, 245, 250, 271
Olgun, Nermin 430, 447
Olt, Serdar 198, 223
Oltulu, Fatih 149
Oluk, Beyza 136
Onat, Hüseyin 281
Onbaşı, Kevser 210
Onmaz, Halil İbrahim 161, 176, 183, 261, 275, 287, 302
Oral, Alihan 142, 289
Oral, Sema 148, 278
Orman, Mehmet 296
Ovayolu, Nimet 368, 372, 384, 403, 411
Ovayolu, Özlem 368, 372, 411
Oyman, Fırat 161, 176, 183, 261, 275, 287, 288, 302
Oysul, Fahrettin Güven 105, 179, 185, 186, 187, 188, 189, 228, 232, 306, 307

Ö

Öktem, Samet 295
Ökten, İlker Nihat 121
Ölmez, Ümit 120
Önalan, Erhan 304
Önder, Yalçın 114, 239
Önem, Yalçın 113, 195, 238, 256
Öner, Özge 154, 174
Öner, Ramazan İlyas 223
Öngel, Berk 275
Öngen, Zeki 107
Önmez, Attila 199
Önol, Suzan Deniz 180
Örnek, Güngör 392
Ösken, Altuğ 267, 268
Özalper, Veysel 187, 195, 238, 256, 290
Özalp, Gülçin 259
Özay, Emine 259
Özbabalık, Demet 196
Özbek, Mehmet Nuri 447
Öz, Canan 249
Özcan, Mert Koray 280
Özcan, Mustafa 109, 110, 138, 182, 211, 218, 296
Özçalık, Merve Şenay 273
Özçelik, Abdullah 133, 290
Özçelik, Gülhan 184, 213, 221, 222
Özdamar, Sevim Erdem 297
Özdemir, Ali Abbas 276
Özdemir, Aysel 456
Özdemir, Deniz 408
Özdemir, Leyla 368
Özdemir, Sibel Çakıroğlu 184, 213
Özdemir, Süleyman 202
Özdemir, Ülkü 356
Özdemir, Vacide Aşık 387, 397
Özdemir, Zeynep Tuğba 292
Özden, Ebru 215, 217
Özen, Gülsen 286
Özen, Mehmet 249
Özen, Mustafa 107
Özen, Nurten 397, 415, 416, 450, 451
Özen, Nurten 358
Özensoy, Uğur 167, 179, 208, 247
Özer, Emine 390
Özer, Hakan 184, 298
Özer, Hüsameddin 224
Özer, Serap 455
Özer, Zeynep 391
Özer, Zülfünaz 418, 419
Özet, Ahmet 111
Özet, Gülsüm 111
Öz, Fatma Betül 438
Özgen, Ahmet Gökhan 142
Özgen, Gökhan 143
Özgür, Arif 300
Özgür, Gökhan 238
Özgüven, Müveddet Banu Yılmaz 202
Özışık, Lale 105, 165, 225, 229, 248
Özışık, Lale 93
Öz, İhsan 224
Özkal, Fatma 410, 455
Özkan, Esra Akyüz 292
Özkan, Gözde 113
Özkan, Hanişe 181
Özkan, Sevil 247, 295
Özkaptan, Bilge Bal 370
Özkaptan, Bilge Bal 333
Özkara, Selvinaz 167
Özkart, Burçin 199
Özkayar, Özgür 229
Özkınay, Ferda 281
Özlük, Ahmet Anıl 143
Özmen, Dilek 444
Özmen, Sevilay 177, 178
Özmen, Zafer 304
Özozan, Seçkin 290
Özpelit, Ebru 453
Özsoy, Neslihan 161, 224, 269
Özşahin, Kürşat 138
Özşeker, Burak 171
Özşenel, Ekmel Burak 159, 167, 249
Öz, Şerife 396
Öztepe, Ayşegül Beste 159
Öz, Tuğba Kemaloğlu 268
Öztunç, Gürsel 399, 445, 449
Öztürk, Ahmet Emin 169, 253, 297
Öztürk, Birsen 125
Öztürk, Güler 213
Öztürkmen, Yüksel Aslı 193
Özütemiz, Ayça Özbek 297
Özvurmaz, Safiye 376
Özyiğitoğlu, Derya 159
Özyol, Ezgi 159

P

Pakyüz, Sezgi Çınar 415
Pala, Çiğdem 255
Pala, Ebru 443
Pala, Emin 194, 195
Pala, Gursoy 149
Parlak, Erkan 190, 231
Parlak, Zafer 129
Paşa, Semir 126, 131, 146
Pehlivan, Özlem 303
Peker, Ahmet 125, 129, 160, 200, 240, 255, 263, 268
Pekgör, Selma 172
Pekmezcı, Hilal 387
Pekmezci, Hilal 388, 395, 397, 419, 429
Persil, Özlem 237
Polat, Ülkü 415, 419
Polat, Ülkü Görgülü 359
Pratley, Richard E. 144

R

Rabuş, Murat Bülent 288
Rahatlı, Samet 148
Ramazanoğlu, Atilla 306
Rastgeldi, Mehmet Yiğit 171
Renkliyıldız, Bilge 297

S

Sadıkoğlu, Safa 216
Sadri, Sogol 230, 243

Sağır, Rabia Pişkin 269
Sağlam, Kenan 108, 113, 121, 122, 156, 157, 166, 190, 192, 222, 223, 234, 235, 238, 244, 264, 266, 270, 282, 303, 308
Sahtiyancı, Berrak 181
Saka, Bülent 106, 113, 114
Sakin, Abdullah 286, 291
Saler, Tayyibe 158, 162
Salim, Ozan 237, 306
Samancıoğlu, Sevgin 371, 375, 398, 404, 439, 440, 454
Saraçoğlu, Pelin 256
Sargın, Mehmet 147
Sarı, Candan Kale 438
Sarı, Deniz 415
Sarıkaya, Remzi 109
Sarı, Kerime Rumeysa 219
Sarıkoç, Gamze 450, 451
Satıcı, Ömer 105, 126, 131, 146, 276
Satman, İlhan 144
Satymbaev, Ulugbek 277
Savaş, Sumru Emine 237
Savuranoğlu, Hasan Yasin 113, 238
Saydam, Nurbanu 181
Saygılı, Füsun 143
Saygılı, Füsun Lütfiye 142
Sayılar, Emel Işıktaş 281
Sayıner, Abdullah 248, 281, 300
Sayman, Elif 167
Sedef, Nesibe Neşe 449
Sedef, Samet 146
Selçık, Engin Burak 239
Selçuk, Engin Burak 239
Selen, Filiz 413, 416
Sennaroğlu, Engin 272, 273
Serel, Ali 219
Serin, Ebru 195
Serin, Ender 185
Serin, Sibel 124
Serin, Sibel Ocak 190, 290, 303
Sert, Havva 421, 445, 452, 454, 455
Seven, Ahmet 421, 454
Seven, Şeref 285
Sever, Fatma 441
Sever, Fatma Ok 380
Sevim, Belma 164
Sevim, Dilara 162
Sevim, Ecem 261
Sevimli, Hakan 127, 135, 137, 153, 177, 178, 196
Sevimli, Tolgahan 230, 235, 243
Sevinç, Can 274
Sevinç, Sibel 375, 394
Sevinen, Goncagül 455
Seydi, Kübra Altunkalem 161, 176, 183, 261, 275, 287, 302
Sezer, Emel Yaman 292
Sezer, Sibel Demiral 155, 197, 263
Sezgin, Dilek 453
Sezgin, Gülbüz 213
Sezgin, Mehmet 238
Sırmatel, Pınar 196
Sivritepe, Rıdvan 144, 152, 220, 250, 272
Solak, Yalçın 149
Solmazgül, Emrullah 113, 195, 256, 290
Solmaz, Volkan 243
Somak, Nazire Gökçe 113, 157, 234
Sonbahar, Mehmet 265
Soyaltın, Utku Erdem 111, 125, 152, 193, 220
Soysal, Dilek Ersil 158
Sökmen, Hacı Mehmet 190
Sönmez, Ali 129
Söylemez, Burcu Akpınar 376, 424
Söylemezoğlu, Figen 229
Sözeri, Elif 349
Sözer, Volkan 137
Subaşı, Cemal Fırat 106
Sucak, Gülsan 254
Sulu, Cem 169
Sutukoğlu, Abdülhamit 211
Sümer, Süheyla Ayça Gülenay 221, 222, 298
Sürücü, Hamdiye Arda 383, 389, 393

Ş

Şahin, Ahmet Bilgehan 281
Şahin, Burcu 130
Şahin, Cem 125, 128, 171, 255, 267
Şahin, Deniz Say 447, 450
Şahin, Didem 120, 287
Şahin, Erdi 425
Şahinkuş, Salih 267
Şahin, Mehmet 119, 199, 293, 294, 295
Şahin, Mutlu 304
Şahin, Osman Tamer 206, 227, 232
Şahin, Osman Zikrullah 133, 134
Şahin, Serap Baydur 133
Şahin, Serap Baydur 132, 134, 419
Şahin, Şafak 114, 155, 239, 304
Şahin, Tamer 210, 219
Şahin, Zerrin 295
Şahin, Zümrüt Akgün 304, 370, 381, 390
Şahpaz, Fatih 135, 199, 205, 206, 214, 217, 227, 274
Şak, Duygu 121, 209
Şanlı, Davut 129
Şanlı, Yasemin 113
Şan, Yosun 217
Şarlak, Hakan 234, 236
Şavlı, Haluk 145, 180
Şen, Ayşegül 412
Şencan, Hüseyin 295
Şendur, Gökhan 259
Şener, Yusuf Selçuk 304
Şener, Yusuf Ziya 105
Şen, Fatma 292
Şen, Hacer 265
Şen, Halil Murat 265
Şen, Hanife Tiryaki 390
Şen, Nesrin 212
Şenol, Emel 415
Şen, Sait 281
Şentürk, Seher Gönen 407
Şentürk, Arzu 447, 448
Şentürk, Bahar 114
Şentürk, Hayriye 128, 158
Şentürk, Taşkın 79
Şıvgın, Hakan 148
Şıvgın, Serdar 255
Şimşek, Cem 105
Şimşek, Ersin Çağrı 158
Şimşek, Gülçin 123
Şimşek, Mehmet Masum 230
Şimşir, Ilgın Yıldırım 142, 143
Şirik, Mehmet 198, 223
Şirin, Burcu Makbule 136
Şişik, Abdullah 190

T

Tabak, Ömür 137
Tacar, Seher Yıldız 162
Tahta, Mehtap Şahingöz 442
Talaz, Deniz 397
Tambova, Ayşe Kuşcu 138
Tamer, Ali 149, 166, 188, 189, 194, 231, 232, 241
Tanakol, Refik 19, 83
Tanas, Serdar 137, 177, 178, 196
Tan, Mehtap 434
Tanrıöver, Mine Durusu 105, 225, 229, 278
Tanrısev, Mehmet 106
Tanrıverdi, Ahmet Turgut 399
Tanrıverdi, Gülşah 399, 445, 449
Tanrıverdi, Özgür 110
Tarhan, Mustafa Oktay 299
Tarım, Saadet Lale 379
Taş, Ahmet 156
Taşan, Emel 368
Taşan, Ertuğrul 157
Taşcı, Sultan 370
Taşçı, Asiye Gülşah 171
Taşçı, İlker 108, 192
Taşçıoğlu, Cemil 113
Taşdemir, Mehmet 194
Taşkıran, Dilek 112, 149
Taşkıran, Emin 106, 112, 155, 200, 234, 263
Taşköylü, Burcu Yapar 191
Taşlıyurt, Türker 114, 155, 239
Taştan, İbrahim 155
Taştekin, Fatih 124, 138, 197
Taş, Zahide 180, 182, 184, 213, 222, 235, 298
Tatar, Erhan 215, 219
Tatar, Kevser Kutlu 272
Tavas, Ozan 175
Tavşanlı, Nurgül Güngör 443, 444
Tekçe, Hikmet 172
Tekçe, Mustafa 152, 212, 223
Tekdemir, Özge 179, 247
Teke, Havva Üsküdar 251
Teke, Nur 404
Tekgöz, Emre 156, 157, 270
Tekinalp, Atakan 257
Tekin, Aysun 271
Tekin, Dilara 194
Tekmen, Yeliz 243
Terekeci, Murat Hakan 113, 238
Tezcan, Fatma 261, 288
Tezcan, Mehmet Engin 221
Tezel, Müge 399
Timur, Özge 135, 137, 177, 178, 196
Tiryakioğlu, Azize 271
Toçoğlu, Aysel Gürkan 188, 231, 232
Tokem, Yasemin 376, 408, 412, 413, 437
Tokuç, Abdullah 182
Toluç, Berrin Didem 282
Tombuloğlu, Murat 281
Topal, Firdevs 108
Topal, Hatice 251, 267
Topal, Tuğba Kılıç 396
Topal, Yaşar 251, 267
Top, Cihan 113
Topçu, Atakan 175, 286
Topçuoğlu, Burcu 394, 395
Toper, Hasan 286
Toprak, Deniz 110
Toprak, İlkim Deniz 182, 211, 218, 296
Toprak, Zeki 110, 296
Toraman, Şeyda Nur 399
Torun, Ayşenur İzol 138
Torus, Bora 293, 294
Tosun, Nuran 386
Totama, Ahmet 211
Törüner, Füsun Baloş 125, 126
Tözün, Nurdan 67
Tufan, Gülnihal 425
Tuğsal, Handan Yarkan 297
Tuğtekin, Hacı Bayram 194
Tuna, Döndü 379, 382, 384
Tuna, Halil İbrahim 380, 400
Tuna, Kıymet 161
Tuna, Pınar Tunç 380
Tuna, Savaş 111
Tunca, Hasan 128
Tunca, Recai 114
Tuncay, Gülseren 291
Tunç, Şevket Ercan 119, 199, 293, 294, 295
Tural, Deniz 111
Tural, Mehmet 170
Turan, Kadri 207
Turgutalp, Kenan 279, 280
Turgutalp, Sezer Çiçekli 279
Turkal, Rana 213
Tursun, İrfan 237
Tutan, Esra 446
Tutar, Belgin Keleş 228
Tutar, Süleyman 187
Tüfekçi, Damla 132, 133, 134
Tükek, Tufan 109, 110, 138, 182, 211, 218, 296
Tülüce, Derya 433, 442
Tülüce, Derya 364
Türemiş, Cihangir 205, 234, 241
Türkarslan, Ayşe 123
Türkçü, Fatih Mehmet 293
Türkmen, Cüneyt 113
Türkmen, Funda Müşerref 203, 204, 205, 230, 274
Tüzer, Tekin 412

U

Uçan, Bekir 129
Ugan, Yunus 119, 199, 293, 294, 295
Uğurlukişi, Bilal 110, 138
Uğur, Mehmetcan 160
Uğur, Mehmet Can 125, 152
Ulaş, Turgay 253
Ulular, Melisa Sanem 202, 207
Ulu, Ramazan 304
Ulusoylar, Neziha 185
Ulusoy, Yusuf 249
Uran, Berna Nilgün Özgürsoy 108, 408, 409, 431, 432, 436, 437, 451
Urtekin, Abdullah 168
Uslan, Mustafa İhsan 231
Uslu, Merve Betül 446

Uslu, Rüçhan 436, 443
Usta, Ahmet Ali 119
Ustaoğlu, Mehmet Ali 291
Utku, İrem Kıraç 181
Utlu, Mustafa 127, 135
Uyanıklıoğlu, Ahmet 177
Uyanıkoğlu, Ahmet 168, 173, 177, 178
Uyaroğlu, Oğuz Abdullah 163
Uyar, Seyit 180, 182, 184, 213, 218, 221, 222, 235, 298
Uysal, Neşe 369
Uzaslan, Esra 248
Uzun, Cengiz 96
Uzun, Hafize 107, 137
Uzunlulu, Mehmet 142
Uzun, Mehmet 106, 155, 200
Uzun, Sezin Kıroğlu 202
Uzun, Yusuf Emre 254

Ü

Üçgün, Serdar 192, 201, 210, 277
Ükinç, Kubilay 139, 140, 141, 150, 151
Ülger, Selin 443
Ünal, Ali 255
Ünal, Aysun 405, 406
Ünal, Mustafa 237
Ünal, Neslişah 446
Ünal, Serhat 225, 248
Üngör, Dilek 221, 277
Ünlü, Deniz 454
Ünlü, Hayriye 457
Ünsal, Ayla 373, 379
Ünsal, Belkıs 108
Ünsal, İbrahim 297
Ünsal, Oktay 137, 139, 179, 185, 186, 188, 189, 228, 273
Ünsar, Serap 405
Ünübol, Mustafa 114
Ünverdi, Selman 133, 283
Üreten, Kemal 301
Üyetürk, Uğur 287
Üyetürk, Ümmügül 285, 287
Üzüm, Yusuf 158

V

Vahabov, Cavanşir 163
Varım, Ceyhun 232, 267
Varol, Umut 436
Vatansever, Sezai 284
Velipaşalar, Özge 154
Vural, Sevil 108
Vuruşkan, Hakan 281

Y

Yacan1, Lale 427
Yacan, Lale 456
Yagan, Fidan Canan Celik 194
Yağan, F.canan Çelik 245
Yağan, Fidan Canan Çelik 239
Yağcı, Selin 389
Yağcı, Tayfun 434, 435
Yaka, Hümeyra 128, 158, 172
Yakut, Aysun 167, 249
Yalçın, Bahar 215, 276, 300
Yalçın, Cumali 223, 226
Yalçın, Günışıl 203, 204, 205, 230
Yalçın, Mehmet Muhittin 125, 126
Yalçın, Nezih 175, 271, 286
Yalçın, Nuriye 175
Yaldıran, Adnan Levent 107, 169, 213, 253, 297
Yaman, Miray 300
Yanarsoy, Altan 181
Yanık, Serdar 292
Yardımcı, Tuğba 411
Yarkan, Handan 299
Yarşı, Özal 446
Yaşar, Hamiyet Yılmaz 111
Yaşar, Hatime Arzu 291
Yaşar, Kadriye Kart 163, 164, 165
Yaşar, Mehmet 108
Yaşar, Nurgül 286
Yaşayancan, Özkan 239
Yaşmut, Orçun 215
Yavaşer, Arife 413
Yavuz, Betül Gülsüm 291
Yavuzer, Hakan 107, 137, 169, 213, 242, 243, 253, 297
Yavuzer, Serap 107, 137, 169, 213, 242, 243, 253, 297
Yavuz, Mehmet 259
Yavuz, Sümeyra 377
Yayla, Ahmet Emin 160
Yaylacı, Selçuk 267
Yazıcı, Halil 106
Yazısız, Veli 300
Yeğit, Ozan 109
Yekedüz, Emre 105, 165, 225
Yener, Görsev 424
Yeniçeri, Emine Neşe 125
Yeniçeri, Önder 171
Yenilmez, Çınar 196
Yeşil, Bayram 221, 222, 277
Yeşildağ, Birnur 373, 389
Yeşildal, Fatih 236
Yeşilova, Aylia 161, 176, 213, 224, 242, 254, 269
Yeşil, Pınar 445
Yeşil, Yusuf 239
Yıldırım, Alev 393, 443
Yıldırım, Ali 158
Yıldırım, Aslıhan Mete 112, 149
Yıldırım, Belgin 376
Yıldırım, Ceyran 404
Yıldırım, Deniz Yüce 177, 220, 240, 255
Yıldırım, Derun Taner 149
Yıldırım, Hasan Çağrı 159, 160, 200, 205, 220, 240, 255, 268
Yıldırım, Mehmet 189, 194, 231, 241
Yıldırım, Mehmet Şükrü 435
Yıldırım, Mustafa 106, 155, 174, 177, 200, 220, 234, 263
Yıldırım, Sümeyra 167
Yıldırım, Tuba Demirci 111, 159, 205, 284
Yıldırım, Yasemin 409, 424, 432, 436, 443, 446, 447, 450, 452
Yıldız, Abdülmecit 281
Yıldız, Alaattin 106
Yıldız, Birol 108, 192
Yıldız, Canan 123
Yıldız, Coşkun 174
Yıldız, Derya Şenel 203, 204, 205, 230, 274
Yıldız, Faruk 135, 153
Yıldız, Gülçağrı 161, 213
Yıldız, Hicran 446, 456
Yıldız, Pınar 138, 196, 197, 251
Yıldız, Pınar 41, 99
Yıldız, Rabia Sevda 157, 257
Yıldız, Satı Sena 239
Yıldız, Seval 227, 232
Yılmaz, Candeğer 142
Yılmaz, Deniz 243
Yılmaz, Ebru 113
Yılmaz, Fahri 285
Yılmaz, Feride Taşkın 373, 389, 390
Yılmaz, Filiz Şahin 176
Yılmaz, Gülsah Karaören 190
Yılmaz, Güven 258, 260, 261
Yılmaz, Hakkı 130
Yılmaz, Medine 413
Yılmaz, Murat 114
Yılmaz, Mümtaz 281
Yılmaz, Nevin 128
Yılmaz, Nihal 152, 155, 221, 223, 242, 258, 262, 288
Yılmaz, Nisbet 215, 273
Yılmaz, Recep 287
Yılmaz, Şeref Rahmi 278
Yılmaz, Yusuf 106
Yiğit, Ece 144, 152, 220, 237, 250, 272
Yiğit, İrem Pembegül 122
Yiğittürk, Gürkan 112, 243
Yiğit, Zerrin 237
Yoldemir, Şengül 110
Yoldemir, Şengül Aydın 110, 138, 218, 296
Yoon, Kun Ho 144
Yorulmaz, Elif 169
Yorulmaz, Göknur 169
Yöndem, Şehriban 380
Yumuştutan, Pembegül 178
Yurtsever, Nurgül 247
Yurtsever, Sabire 438
Yücel, Orhan 237
Yücel, Orhan Kemal 263
Yücel, Selma 198
Yüce, Orhan Kemal 111
Yücesoy, Türker 191
Yüce, Tuğba 113
Yüce, Ulviye Özcan 410, 412, 438, 444
Yüce, Yusuf 172
Yüksekyayla, Osman 168, 171
Yüksek, Yunus Nadi 390
Yüksel, Arif 217
Yüksel, Elif Sarıtaş 108
Yüksel, Hatice 293
Yüksel, İlhami 182, 187, 188
Yüksel, Sena 157
Yürüyen, Gülden 182, 211, 218, 296
Yürüyen, Gülden Akmeşe 109, 110, 138
Yürüyen, Mehmet 107, 213, 243, 253, 297

Z

Zehir, Regayip 268
Zengin, Yılmaz 239, 249
Zöngür, Gonca 286
Zuhur, Sayid 145, 146


TÜRK İÇ HASTALIKLARI UZMANLIK DERNEĞİ
1995